



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER
(Art. 33 L.R.T. 24 febbraio 2005 n. 40)
Viale Pieraccini, 24 - 50139 FIRENZE
C.F. P.Iva 02175680483

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 211 DEL 11 MAG. 2017

OGGETTO: Esercizio 2014 - Aggiornamento del Documento Strategico "La trasformazione dell'azienda ospedaliero universitaria Meyer 2004 - 2013 e strategie verso il 2020" adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 154/2016, alla luce della Deliberazione n. 88/2017/PRSS del 15.03.2017 della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE SI

<p>Il Coordinatore dell'Area Tecnico Amministrativa: Dr.ssa Carla Bini _____</p> <p>Struttura proponente: Direzione Amministrativa</p> <p>Il Dirigente proponente: Dr. Tito Berti</p> <p>Il Responsabile del Procedimento: Importo spesa:</p> <p>Il presente atto si compone di n. 6 pagine e Allegati n. 1</p>	<p>Da partecipare a:</p> <p><input type="checkbox"/> SEGR. DIREZIONE _____</p> <p><input type="checkbox"/> STAFF DIREZIONE GENERALE UFFICIO _____</p> <p><input type="checkbox"/> STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA UFFICIO _____</p> <p><input type="checkbox"/> CENTRO SALUTE GLOBALE</p> <p><input type="checkbox"/> DIP. SPEC. INTERD. - AREA _____</p> <p><input type="checkbox"/> CENTRO DI ECCELLENZA DI _____</p> <p><input type="checkbox"/> CAMPUS Sett. _____</p> <p><input type="checkbox"/> AREA PROFESSIONI SANITARIE</p> <p><input type="checkbox"/> COORD. AREA TECNICO AMMINISTRATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE</p> <p><input type="checkbox"/> SUPP. AMM.VO AL FUNZIONAMENTO DELL'OSPEDALE Sett. _____</p> <p><input type="checkbox"/> PIANIFICAZIONI, INVESTIMENTI E AREA TECNICA Sett. _____</p> <p><input type="checkbox"/> AMMINISTRAZIONE LEGALE E DEL PERSONALE: Settore _____</p> <p><input type="checkbox"/> AFFARI GENERALI E SVILUPPO</p> <p><input type="checkbox"/> OO.SS.</p> <p><input type="checkbox"/> STRUTTURA _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dr.ssa/Dr</p>
<p>Inviata a:</p> <p><input type="checkbox"/> Collegio sindacale _____ in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> Giunta Regionale Toscana in data _____</p> <p>Approvata Giunta regionale con decisione n. _____ del _____</p> <p>Affissa all'albo di pubblicità degli atti</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Divenuta esecutiva dal _____</p>	

In datanella sede dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Alberto Zanobini
(D.P.G.R.T. n. 156 del 31 agosto 2015)

Visto il D. Lgs.vo 30/12/1992 n. 502 e sue successive modifiche ed integrazioni e la L. R. Toscana n. 40 del 24/02/2005 e s.m.i. di disciplina del Servizio Sanitario Regionale;

Dato atto:

- che con deliberazione del Direttore Generale n. 133 del 29.12.2015 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'A.O.U. Meyer, ai sensi dell'art. 6 del Protocollo d'intesa del 22.04.2002 fra Regione Toscana e Università degli Studi di Firenze, Siena e Pisa, con decorrenza dal 1.1.2016;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 134 del 30.12.2015 si è provveduto a definire l'organigramma complessivo dell'A.O.U. Meyer e sono stati assunti i primi provvedimenti attuativi relativi al conferimento degli incarichi di direzione delle strutture Dipartimentali e/o a valenza dipartimentale, delle Aree Funzionali Omogenee, dell'Area Servizi dell'Ospedale, dell'Area delle Professioni Sanitarie e dell'Area Tecnico Amministrativa;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 140 del 30.12.2015 sono state assunte determinazioni attuative del nuovo Atto aziendale in merito alla conferma/riassetto delle strutture organizzative complesse e semplici;
- che con successiva deliberazione del Direttore Generale n. 492 del 2.12.2016 si è provveduto ad approvare la sistematizzazione della organizzazione aziendale, dopo un primo percorso attuativo dello Statuto Aziendale;

Ricordato che:

- la Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti con nota prot. 0005390 - 17/10/16- SC_TOS-T83-P, a seguito dell'esame di competenza effettuato sulla relazione del Collegio Sindacale sul bilancio di esercizio 2014 di questa Azienda Ospedaliero Universitaria, ha formulato richiesta di chiarimenti ed integrazioni a cui è stato dato riscontro con nota prot. 7632 del 8.11.2016;
- nell'esame effettuato dal citato Organo di controllo, è emersa la necessità di ulteriori approfondimenti volti a meglio chiarire alcune ipotesi di irregolarità dalle quali potrebbero conseguire specifiche pronunce di accertamento e conseguentemente, con nota prot. 0006118-14/12/2016-SC_TOS-T83-P, la Corte dei Conti invitava la A.O.U. Meyer a far pervenire le proprie controdeduzioni ed osservazioni entro il termine del 27 gennaio corrente anno;
- conseguentemente questa Azienda, con nota prot. 577 del 27.01.2016, ha trasmesso relazione di approfondimento e chiarimento circa le specifiche tematiche rilevate dall'Organo di controllo suscettibili di censura;

Dato atto che:

- a seguito della decisione n. 88 /2017/PRSS del 15 marzo c.a., la Sezione Regionale di Controllo per la Toscana ha deliberato alcune irregolarità gravi che hanno dato luogo a specifica pronuncia di accertamento con riferimento ai limiti di spesa correlati ad *“acquisti di prestazioni da operatori privati accreditati”*, *“acquisti di beni e servizi”* ed al *“personale”* in ordine alle quali *“l'Azienda Ospedaliera Meyer dovrà adottare entro sessanta giorni le consequenziali misure correttive, ai fini del successivo esercizio dell'attività di controllo spettante a questa Sezione”*;
- pertanto, attesa la notifica della deliberazione sopracitata, avvenuta il 16 marzo u.s., questa Azienda deve adottare le misure correttive richieste entro il prossimo 15 maggio;

Atteso quindi, al fine di ottemperare alla succitata decisione, di dover procedere in conformità alle prescrizioni impartite e conseguentemente determinare il percorso che questa Amministrazione intende adottare al fine di dare puntuale ed adeguata risposta circa il rigore seguito nelle scelte organizzative e gestionali;

Atteso altresì di dover dare evidenza circa l'operato di questa Amministrazione, che sin dall'esercizio 2004 – preso a riferimento per la spesa del personale ai sensi dell'art. 2, comma 71, della Legge 191/2009 – ha

sempre improntato le proprie scelte secondo principi di virtuosità e massima razionalizzazione della spesa pubblica;

Ritenuto che, al fine di permettere il successivo esercizio dell'attività di controllo da parte della Corte dei Conti, risulta opportuno procedere a redigere specifica relazione integrativa rispetto a quella già trasmessa alla Corte nell'ambito del controllo dalla stessa effettuato sul precedente esercizio 2013 - attraverso la quale sono già stati puntualmente rappresentati ed analizzati i diversi periodi intercorrenti tra gli esercizi finanziari 2004/2013 - così da dare evidenza anche per l'esercizio 2014, quest'ultimo oggetto dello specifico controllo, dei momenti tipici di sviluppo organizzativo ed evoluzione delle attività sanitarie sviluppate dalla A.O.U. Meyer nel periodo di riferimento;

Ricordato come questa Azienda attraverso la Deliberazione del Direttore Generale n. 154 del 20.04.2016 abbia formalizzato il *"Documento strategico in attuazione di quanto indicato dalla Deliberazione n. 20/2016/PRSS della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti: La trasformazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer 2004 – 2013 e strategie verso il 2020"* finalizzato a formulare la risposta alla pronuncia di accertamento adottata in relazione al bilancio di esercizio 2013 con la succitata deliberazione 20/2016;

Ricordati gli esiti di tale procedura di cui alla Deliberazione della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana n. 54/2016/PRSS del 19.05.2016 della quale si richiamano per estratto le considerazioni e valutazioni in merito al Documento strategico presentato:

-
- *"che l'Azienda, nel proprio "Documento strategico in attuazione di quanto indicato dalla deliberazione n. 20/2016/PRSS della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti", adottato in sede di misure correttive, ha dato conto, con grande dettaglio, sia del processo di trasformazione che ha interessato l'Azienda nel periodo tra il 2004 e il 2013, sia delle strategie aziendali fino al 2020;*
 - *che nel suddetto documento l'Azienda ha dato dimostrazione della dimensione nazionale e internazionale ormai assunta dall'ospedale pediatrico e della sua proiezione come primo ospedale pediatrico italiano sull'orizzonte 2020;*
 - *che l'Azienda ha, conseguentemente, attestato sostanziali modificazioni in relazione a spazi di cura, assetti organizzativi e casistica trattata;*
 - *che i costi di produzione, ancorché in continuo incremento di anno in anno, sono stati sempre bilanciati da un costante e proporzionale aumento del valore complessivo della produzione che, nel tempo, ha determinato margini attivi;*
 - *che i costi di personale, pur incrementandosi di anno in anno, hanno fatto registrare una netta diminuzione dell'incidenza percentuale sul totale dei costi della produzione, che va dal 54,85 per cento dell'anno 2004 al 49,28 per cento dell'anno 2013;*
 - *che negli ultimi anni, il meccanismo dei valori massimi di remunerazione imposti dalla Regione ha dato luogo al mancato riconoscimento economico di una quota parte dell'attività caratteristica effettuata";*

Ricordate altresì le disposizioni impartite nella Deliberazione succitata:

-
- *"Ritenuto di prendere atto delle dichiarazioni dell'Azienda in ordine alla particolarità della propria vocazione e del conseguente processo di trasformazione che l'ha interessata nel corso degli ultimi anni;*
 - *che ciò non la esime, tuttavia, dal rispetto, sia pure in via tendenziale, degli obiettivi di rigore stabiliti dalla normativa in tema di spending review e di spesa per il personale;*
 - *che le risultanze di bilancio di esercizio 2014, cui l'Azienda fa riferimento nella propria relazione del 20 aprile 2016, saranno oggetto di successiva valutazione da parte di questa Sezione;*
 - *Delibera di prendere atto del "Documento strategico" adottato dall'Azienda in relazione la pronuncia specifica n. 20/2016 di questa Sezione, riservandosi di esaminare in dettaglio le risultanze del bilancio di esercizio 2014"; ...*

Rilevato come nell'aggiornamento del Documento Strategico, unito al presente atto (allegato A) per formarne parte integrante e sostanziale, siano definiti anche per l'anno 2014 i costi di produzione che, seppur ancora incrementati rispetto al 2013, risultano rappresentativi di un costante aumento della

produzione con effettivi margini attivi, quale naturale sviluppo ed in continuità con quanto rilevato dalla Corte dei Conti nella precedente pronuncia n. 20/2016;

Dato atto che anche la gestione operativa dell'esercizio 2014 si è caratterizzata per l'estremo rigore nelle scelte adottate a seguito di un costante monitoraggio dell'uso delle risorse utilizzate, improntando così la organizzazione ed il governo a criteri di economicità ed efficienza pur mantenendo inalterato l'elevato livello qualitativo dei servizi sanitari resi al piccolo paziente ed alle famiglie;

Dato altresì atto che l'esercizio 2014 costituisce il naturale sviluppo del percorso precedentemente avviato nel quale sono assolutamente riconfermate le modalità gestionali già adottate nei precedenti esercizi, sempre improntate al massimo rigore ed attenzione ai principi di appropriatezza e conformità ad elevati standard prestazionali;

Ritenuto di dare evidenza, anche nella versione aggiornata del Documento strategico, del costante mantenimento delle azioni di monitoraggio e di controllo finalizzate all'osservanza dei principi di rigore stabiliti dalla normativa in materia di spending review, in assoluta coerenza e consequenzialità con quanto enunciato dalla Sezione di Controllo della Corte dei Conti;

Ritenuto altresì necessario - così da consentire attraverso il presente documento una completa visione della complessa realtà di questa Azienda Ospedaliero Universitaria ancora in implementazione per linee di produzione sanitaria di prossima realizzazione - ricordare gli atti normativi che nel tempo hanno proiettato l'Ospedale Meyer da un contesto produttivo di area metropolitana ad unica Azienda pediatrica di riferimento regionale di terzo livello, coordinatrice e gestore della rete pediatrica e più precisamente:

- Piano Sanitario Regionale 2002 - 2004 approvato con deliberazione Consiliare RT n. 60 del 9.4.2002;
- Deliberazione DG n. 276 del 29.06.2001 con la quale viene approvato il Piano Attuativo Ospedaliero AO Meyer 2002 - 2004;
- Piano Sanitario Regionale 2005 - 2007 approvato con deliberazione Consiliare RT n. 22 del 16.02.2005;
- Documento della "Rete materno-infantile regionale" il cui coordinamento viene affidato alla AO Meyer, ai sensi delle Delibere Giunta Regionale nn. 784 del 02.08.2004 e 915 del 13.09.2004;
- Piano di Sviluppo approvato con Delibera Giunta Regionale toscana n. 1043 del 24.10.2005;
- Piano Sanitario Regionale 2008/2010 approvato con delibera Consiliare RT n. 53 del 16.07.2008;
- Centro di Salute Globale (DGRT n. 909/2012);
- Comitato Etico Pediatrico (DGRT n. 418/2013);
- Clinical Trial Office (DGRT n. 553/2014);
- Legge Regionale n. 84/2015 a modifica/integrazione della LR n. 40/2005, con l'affidamento del coordinamento della rete pediatrica regionale (cfr. art. 33 bis);
- Nuovo Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 133 del 29.12.2015 previa intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Firenze e autorizzazione della Giunta Regionale Toscana;

Dato atto inoltre che la caratterizzazione di questa Azienda, sia per la valenza universitaria sia quale primo riferimento per le prestazioni di altissimo livello in ambito pediatrico regionale, ha nel tempo comportato lo sviluppo delle attività di ricerca e delle correlate sperimentazioni cliniche che caratterizzano anche l'esercizio finanziario 2014;

Ritenuto:

- di dover altresì dare massima evidenza circa il perdurante stato di stabilità di questa Azienda Ospedaliero Universitaria durante gli anni, sia in termini economici che finanziari, già percepibile dal rigoroso rispetto dei termini di pagamento in favore dei fornitori;
- di rendere edotto l'organo di Controllo che il succitato livello di stabilità viene mantenuto se pur vengano espletate attività sanitarie la cui remuneratività specifica non copre i costi e/o le stesse sono rese

disponibili agli utenti pur non sussistendo una specifica remunerazione, ciò grazie anche alla consistenza di attrazione di pazienti provenienti da altre regioni per prestazioni di elevato profilo qualitativo;

- che dal 2012 la Regione Toscana applica sulla contabilizzazione delle prestazioni rese dalle Aziende Ospedaliere universitarie, in favore dei pazienti toscani, una predeterminazione dei valori massimi di remunerazione (c.d. "tetto"), a carico di ciascuna Azienda territoriale, che ha dato sempre luogo ad un mancato riconoscimento economico di una quota parte dell'attività effettivamente espletata che, con riferimento all'esercizio 2014, ammonta ad Euro 3.650.000;

Ritenuto pertanto di procedere, attraverso la succitata relazione allegata con specifico riferimento all'esercizio 2014, all'aggiornamento del documento strategico "La trasformazione dell'Azienda Ospedaliero universitaria Meyer 2004 – 2013 e strategie verso il 2020" adottato con deliberazione n. 154/2016, sviluppando i seguenti punti:

- a) introduzione;
- b) incremento complessivo e progressivo delle attività sanitarie in prevalenza ad elevata complessità assistenziale: commenti;
- c) specifiche esplicative in ordine al limite di spesa per acquisti di prestazioni da operatori privati accreditati;
- d) specifiche esplicative in ordine al limite di spesa per acquisti di beni e servizi;
- e) specifiche esplicative in ordine ai limiti di spesa del personale;
- f) precisazioni in ordine alla contabilizzazione dei proventi dalla Regione Toscana per il ripiano delle perdite pregresse;
- g) riflessioni conclusive;

Ritenuto altresì di integrare la suddetta relazione di aggiornamento con gli acclusi documenti che allegati al presente atto ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

- 1) Delibera G.R.T. n. 902 del 27.10.2014;
- 2) Relazione del Responsabile della Struttura Malattie Metaboliche del 27.01.2016;
- 3) Note AOU Meyer prot. n. 7495/2015 del 6.11.2015 e n. 661/2016 del 29.01.2016;
- 4) Art. 14 L.R. 40/2005 e s.m.i.;
- 5) Disposizione Dirigenziale AOU Meyer n. 75 del 26.02.2013;
- 6) Delibera G.R.T. n. 877 del 6.09.2016;
- 7) Delibera D.G. AOU Meyer n. 201 del 25.06.2012 istitutiva CADM;
- 8) Delibera G.R.T. n. 707 del 19.07.2016;
- 9) Verbale n. 1/2016 "Monitoraggio ex art. 121 bis L.R. n. 40/2005";
- 10) Deliberazione D.G. AOU Meyer n. 154/2016.

Considerato di dover procedere all'approvazione del documento "Esercizio 2014 - Aggiornamento del Documento strategico *La trasformazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer 2004 – 2013 e strategie verso il 2020* adottato con deliberazione n. 154/2016" (All. A), quale declinazione delle misure correttive adottate da questa Azienda in esito alla decisione n. 20/2016/PRSS della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti;

Ritenuto che sussistono le condizioni per dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, al fine di partecipare con immediatezza lo stesso ed i suoi allegati alla Sezione della Corte dei Conti competente per le attività di controllo, ai sensi dell'art. 42, comma 4, della L.R.T. n. 40/2005 e s.m.i.;

Acquisito il parere del Coordinatore dell'Area Tecnico Amministrativa, Dr.ssa Carla Bini, espresso mediante sottoscrizione nel frontespizio del presente atto;

Con la sottoscrizione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del Decreto legislativo n. 229/99;

DELIBERA

Per quanto esposto in narrativa che espressamente si richiama,

- 1) Di approvare il documento “Esercizio 2014 - Aggiornamento del Documento strategico *La trasformazione dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer 2004 – 2013 e strategie verso il 2020* adottato con deliberazione n. 154/2016” (All. A) che unito al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale, quale adempimento assunto da questa Azienda Ospedaliera in esito alla decisione n. 20/2016/PRSS della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti.
- 2) Di trasmettere il presente atto alla competente Sezione regionale di controllo della Corte dei Conti unitamente al Documento strategico di cui al precedente capoverso ed acclusi allegati 1 / 10 meglio individuati nelle premesse.
- 3) Di partecipare il presente atto al Collegio Sindacale di questa Azienda.
- 4) Di partecipare il presente atto alla Direzione Diritti di Cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana.
- 5) Di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, ai sensi dell’art. 42, comma 4, della L.R.T. n. 40/2005 e s.m.i., così da inviare con immediatezza lo stesso ed i suoi allegati alla Sezione della Corte dei Conti competente per le attività di controllo.
- 6) Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell’art. 42, comma 2, della L.R. T. n. 40/2005 contemporaneamente all’inoltro all’albo di pubblicità degli atti di questa AOU Meyer.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Alberto Zambini)



IL DIRETTORE SANITARIO

(Dr.ssa Francesca Bellini)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dr. Tito Berti)



ESERCIZIO 2014 - AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO STRATEGICO

“LA TRASFORMAZIONE DELL’AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER 2004 – 2013 E STRATEGIE VERSO IL 2020” ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 154/2016

Firenze, 11 maggio 2017

ESERCIZIO 2014 - AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO STRATEGICO

“LA TRASFORMAZIONE DELL’AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER 2004 – 2013 E STRATEGIE VERSO IL 2020” ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 154/2016

a) INTRODUZIONE	pag. 2
b) INCREMENTO COMPLESSIVO E PROGRESSIVO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE IN PREVALENZA AD ELEVATA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE: COMMENTI	pag. 4
c) SPECIFICHE ESPLICATIVE IN ORDINE AL LIMITE DI SPESA PER ACQUISTI DI PRESTAZIONI DA OPERATORI PRIVATI ACCREDITATI	pag. 7
d) SPECIFICHE ESPLICATIVE IN ORDINE AL LIMITE DI SPESA PER ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	pag. 11
e) SPECIFICHE ESPLICATIVE IN ORDINE AI LIMITI DI SPESA DEL PERSONALE	pag. 15
f) PRECISAZIONI IN ORDINE ALLA CONTABILIZZAZIONE DEI PROVENTI DALLA REGIONE TOSCANA PER IL RIPIANO DELLE PERDITE PREGRESSE	pag. 18
g) RIFLESSIONI CONCLUSIVE	pag. 19

a) INTRODUZIONE

La continua evoluzione del ruolo e delle funzioni correlate all'attività dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer caratterizza anche l'esercizio 2014 oggetto di esame; anche in questo anno l'Ospedale è sempre fortemente impegnato nell'implementazione e nello sviluppo progressivo delle attività di alta specializzazione e di eccellenza erogate nei confronti dei piccoli pazienti provenienti, anche in volumi significativi, da altre regioni italiane e dall'estero.

L'esercizio 2014, analizzato dalla Sezione di Controllo della Corte dei Conti e raffrontato al precedente 2004 - sia dal punto di vista della *attività* dell'Azienda (e quindi produzione da un lato e fattori produttivi dall'altro) sia dal punto di vista *strutturale* ed ancora da quello *organizzativo* - è rappresentativo di una realtà ormai molto lontana dal 2004, quando il Meyer ancora era un medio / piccolo ospedale cittadino che solo in nuce manifestava le prime aperture al futuro sviluppo.

Il 2004, se raffrontato al 2014, appare infatti una realtà organizzativa e strutturale semplice che nel tempo è stata inglobata in un grande contesto erogatore di salute ad elevato livello specialistico e tecnologico ancora in corso di evoluzione che unisce la vecchia vocazione di assistenza per i piccoli pazienti del territorio fiorentino a quella di ospedale pediatrico di riferimento per il terzo livello non solo per l'ambito territoriale regionale ma anche nazionale.

Il 2014 riconferma ed esprime la nuova realtà ospedaliera nella quale il "vecchio Meyer" ha completamente mutato la sua identità genetica.

Quanto sopra sintetizzato costituisce la base del rigoroso nuovo approccio organizzativo dichiarato nel nuovo Statuto aziendale approvato, previa procedura autorizzativa della Regione Toscana e dell'Università degli Studi di Firenze, con deliberazione del dicembre 2015. Tale atto caratterizza la mission della AOU Meyer, nel costante orientamento ed impegno nel *"fornire le migliori cure possibili per il trattamento e la guarigione dei piccoli pazienti che provengono dall'Italia e da altri paesi e, a completamento e parte della cura, ad accompagnare e sostenere le famiglie in tutto il percorso assistenziale"*¹.

Sulla scorta delle suddette considerazioni, si evidenzia peraltro il **ruolo strategico e centrale assunto - nell'ambito delle politiche sanitarie regionali - dall'AOU Meyer, quale ospedale che assicura la funzione di riorganizzazione e coordinamento operativo della rete pediatrica**, anche alla luce delle ultime modifiche apportate alla L.R.T. n. 40/2005 (cfr. L.R.T. n. 84/2015) con la disposizione contenuta nell'art. 33 bis.

¹ Cfr. art. 3, comma 2 del vigente Statuto dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer.

Tale evoluzione si ricollega al trasferimento delle attività nel nuovo ospedale pediatrico Meyer di Viale Pieraccini nel comprensorio di Careggi a Firenze avvenuto il 15.12.2007 ed ai conseguenti investimenti in attrezzature tecnico - scientifiche rispondenti alla necessità di sviluppare nuove linee di produzione e/o di ampliare le esistenti soprattutto per la gestione di casistica ad alta/elevata complessità.

Di tutta evidenza appare la **diversa consistenza dell'Azienda Meyer maturata nel decennio in esame:**

- nuovo è il presidio ospedaliero, nuove sono le tecnologie in utilizzo;
- diversa e molto più importante è la casistica trattata;
- più ampio è il bacino di utenza dei piccoli pazienti e, pertanto;
- tutti i fattori produttivi impiegati non possono che essere aumentati nel peso economico e nel numero;

ma è anche vero che **quanto riassunto corrisponde e si riferisce ad un'attività produttiva raddoppiata e di maggior peso tale da inserire il Meyer nel novero dei primi ospedali pediatrici italiani, polo di attrazione da tutto il territorio italiano e non solo.**

Da una competenza prevalentemente territoriale - zonale (Area Metropolitana), poi di Area Vasta, l'AOU Meyer si è pertanto spostata a competenze regionali anche sulla scorta delle funzioni assegnate dalla Regione Toscana.

b) INCREMENTO COMPLESSIVO E PROGRESSIVO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE IN PREVALENZA AD ELEVATA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE: COMMENTI

Al fine di rendere chiaro l'incremento complessivo e progressivo delle attività sanitarie, in prevalenza ad elevata complessità, che hanno caratterizzato l'evoluzione della AOU Meyer nell'erogazione di assistenza e salute nel susseguirsi degli anni dal 2004 al 2015 ed in particolare in relazione agli anni 2004 e 2011 (rispettivamente basi di riferimento su cui calcolare i limiti di spesa per il personale e l'acquisizione di beni e servizi) e le ultime annualità (2014 in primis), di seguito si riportano alcune tabelle di analisi atte a dare evidenza dell'andamento dei principali indicatori capaci di permettere confronti tra i diversi esercizi presi in esame.

Tabella 1: Analisi andamento indicatori di sintesi AOU Meyer anni 2004-2015

Indicatore	Anno 2004 (a)	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014 (b)	Anno 2015	Scostamento (b)-(a)	Scostamento (b)/(a)%
N. dimessi in regime ordinario	6.841	8.938	9.040	8.886	8.898	8.675	2.057	30,07%
Peso medio dimessi ordinari	1,23	1,43	1,44	1,43	1,48	1,46	0,25	20,33%
Degenza Media dimessi ordinari	5,13	5,57	5,65	5,67	6,07	6,25	0,94	18,32%
N. posti letto effettivi in regime ordinario	117,43	159,91	160,83	160,24	166,00	166,24	48,57	41,36%
% tasso utilizzo letti di degenza ordinaria	78,54	89,17	88,18	87,52	91,38	90,47	12,84	16,35%
% attrazione extraregionale ricoveri ordinari	12,11	24,79	23,86	23,96	24,72	26,65	12,62	104,22%
N. accessi Day Hospital	8.252	34.389	34.271	35.200	38.458	39.176	30.206	366,04%
% attrazione extraregionale ricoveri diurni	9,92	16,09	17,44	18,63	20,04	21,86	10,12	101,97%
N. sale operatorie	3	7	7	7	7	7	4	133,33%
N. dipendenti	651	968	965	963	999	1.030	348	53,46%
N. prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni (escluso farmaci)	403.262	604.406	601.011	601.731	611.408	655.499	208.146	51,62%
N. accessi in pronto soccorso	31.351	46.058	42.955	42.719	44.841	44.081	13.490	43,03%
Indicatore	Anno 2004 (a)	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014 (b)	Anno 2015	Scostamento (b)-(a)	Scostamento (b)/(a)%
Valore della produzione comprensivo dei tetti dall'anno di prima applicazione 2012 (in migliaia di Euro)	55.101	100.856	106.144	105.836	108.300	116.785	53.199	96,55%
Costo della produzione (in migliaia di Euro)	52.706	102.461	105.787	104.910	107.127	116.047	54.421	103,25%

L'analisi della tabella 1 evidenzia il consistente sviluppo delle attività sanitarie erogate dall'Ospedale; ciascun scostamento percentuale indicato nell'ultima colonna individua fortissimi incrementi degli indicatori di produzione.

Si evidenzia come dal 2004 al 2014 l'attrazione extra regionale, per i ricoveri ordinari e per i diurni, sia stata incrementata oltre il 100%, l'appropriatezza nell'utilizzo del setting assistenziale "degenza ordinaria" sia stata oggetto di sostanziali miglioramenti percepibili nell'elevatissimo aumento del numero dei pazienti curati in regime di Day Hospital (oltre il 366%) rispetto ad un aumento dei pazienti curati in regime ordinario (aumento del 30%) così da gestire con questa ultima modalità di cura soltanto la casistica più complessa (desumibile dall'aumento oltre il 20% del peso medio dei dimessi in regime ordinario);

l'aumento dell'attività come sopra sintetizzata corrisponde ad un incremento dei fattori produttivi quali, a mero titolo esemplificativo, le sale operatorie che hanno avuto un incremento del 133%.

Tabella 2: Consistenza patrimoniale AOU Meyer 2004-2015

Grandezza	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Attivo Immobilizzato	58.787.287	93.976.236	104.903.913	119.360.221	122.939.772	121.972.692
Totale Attivo dello Stato Patrimoniale	95.786.426	144.778.321	149.274.519	167.582.816	170.945.979	172.599.849

Grandezza	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
Attivo Immobilizzato	120.520.113	117.474.738	106.846.937	104.030.793	104.228.664	101.125.186
Totale Attivo dello Stato Patrimoniale	176.305.897	173.034.265	167.782.917	249.452.502	226.592.480	232.290.279

Il raffronto di due realtà aziendali totalmente diverse è di tutta evidenza nella lettura della tabella 2 sia prendendo in esame l' "Attivo Immobilizzato" che l' "Attivo dello Stato Patrimoniale"; entrambi in continuo aumento di anno in anno sino a raggiungere percentuali di incremento di circa il 100%.

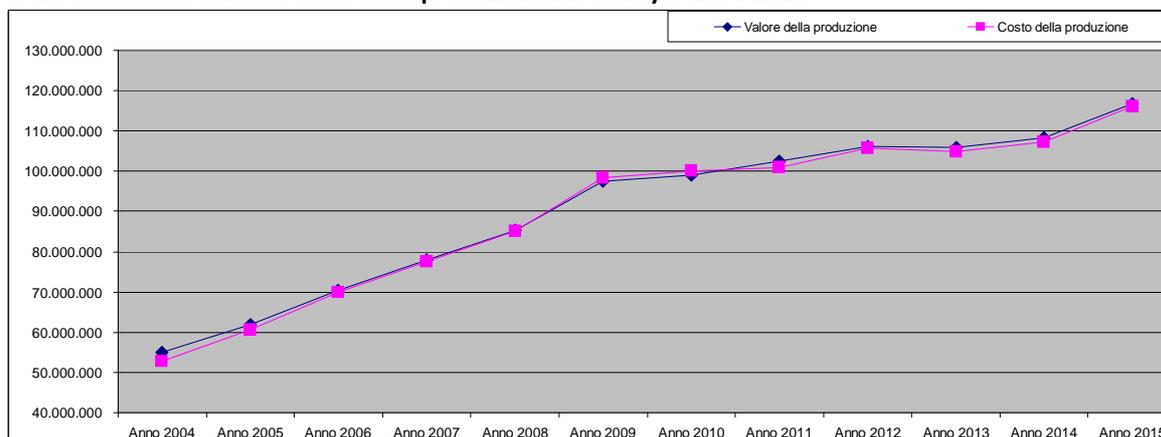
Tabella 3: Valore e costo della produzione AOU Meyer 2004-2015

Grandezza	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Valore della produzione	55.100.740	61.814.461	70.366.157	77.893.912	85.235.861	97.480.990
Costo della produzione	52.705.955	60.702.354	69.981.255	77.610.683	85.147.850	98.260.681

Grandezza	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
Valore della produzione	99.089.894	102.461.016	106.144.223	105.835.601	108.299.931	116.784.789
Costo della produzione	100.107.404	100.856.011	105.786.529	104.910.004	107.127.328	116.047.217

Le valutazioni in ordine allo sviluppo aziendale ed alla qualificazione nel 2014 di un Ospedale nuovo e sostanzialmente diverso rispetto al 2004, supportate dall'evidenza di un continuo incremento della consistenza patrimoniale della AOU Meyer per il periodo in esame, sono riconfermate anche nella lettura dell'incremento del valore della produzione e del costo della produzione di cui alla Tabella 3; anche entrambe le voci prese a riferimento sono incrementate del 100% circa.

Grafico 1: Andamento valore e costo della produzione AOU Meyer 2004-2015



Pertanto le tabelle ed il grafico sopra riportati (cfr. “*Tabella 1 Analisi andamento indicatori di sintesi AOU Meyer anni 2004-2015*”, “*Tabella 2: Consistenza patrimoniale AOU Meyer 2004-2015*”, “*Tabella 3: Valore e costo della produzione AOU Meyer 2004-2015*” e “*Grafico 1: Andamento valore e costo della produzione AOU Meyer 2004-2015*”) danno evidenza del continuo sviluppo aziendale.

Emerge infatti come l’Ospedale Meyer del 2004 abbia subito, come sopra evidenziato anche attraverso le tabelle comparative, radicali trasformazioni sin dall’anno successivo, sulla scorta del mandato di sviluppo conferito dalla Regione Toscana e rafforzato con la deliberazione della G.R.T. n. 1043 del 24.10.2005.

L’Azienda oggi si presenta come una nuova e diversa realtà desumibile:

- in relazione ai **nuovi spazi di cura**, ai **posti letto**, alle **nuove dotazioni tecnologiche ed impiantistiche**;
- in relazione ad un **assetto organizzativo totalmente innovato** che non ritrova gli elementi che hanno caratterizzato la struttura ospedaliera del 2004;
- in relazione alla **casistica trattata** che si caratterizza per la **presa in carico e la cura di patologie ad elevato livello di complessità anche frutto dell’implementazione di nuove linee di produzione sanitaria**, capaci di promuovere la funzione di **ospedale pediatrico regionale di III livello**, oltre ad una **forte attrattività in ambito extraregionale**;
- in relazione a **costi di produzione, in incremento continuo, anno dopo anno, sempre bilanciati da un costante e proporzionale aumento della produzione che nel tempo ha determinato margini attivi.**

Anche la lettura della Tabella 2 “consistenza patrimoniale” dà evidenza di come la trasformazione sopra narrata appaia chiara, nel corso degli anni, anche nella lettura dei dati contabili, relativamente agli investimenti rilevati attraverso lo stato patrimoniale ed in particolare l’attivo immobilizzato che passa da 58,79 M di euro del 2004 a 104,23 MI di euro nel 2014.

Di seguito le osservazioni e controdeduzioni con riferimento alle specifiche tematiche rilevate dalla Sezione di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti.

c) SPECIFICHE ESPLICATIVE IN ORDINE AL LIMITE DI SPESA PER ACQUISTI DI PRESTAZIONI DA OPERATORI PRIVATI ACCREDITATI

“E’ stato rilevato il mancato rispetto delle misure di razionalizzazione della spesa sanitaria prevista, per l’anno 2014, dall’art. 15, comma 14, della L. n. 135/2012 (Spending review)”. La suddetta disposizione normativa stabilisce che, nel 2014, gli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera da operatori privati accreditati al servizio sanitario nazionale siano ridotti, rispetto al livello consuntivato nel 2011, del 2 per cento.”

Con riferimento a quanto osservato circa il presunto mancato adempimento delle prescrizioni normative, per miglior evidenza, di seguito si riporta la tabella di comparazione Conti Economici (CE) 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 per le voci specifiche oggetto di analisi (Voci B.2.A).

Tabella 4: Analisi costi per acquisto di prestazioni da privati accreditati AOU Meyer 2011-2015

Descrizione voce modello CE	2011	2012	2013	2014	2015	2014/2011%	2014/2013%
B.2.A.3.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato – Medici SUMAI	183.000	176.894	186.863	179.409	179.411	-1,96%	-3,99%
B.2.A.3.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato	21.000	59.941	54.973	74.231	84.790	253,48%	35,03%
Totale acquisti servizi per assistenza specialistica ambulatoriale da privato	204.000	236.835	241.836	253.640	264.200	24,33%	4,88%
B.2.A.7.4) Acquisto servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato	0	299.322	299.321	299.312	299.300	nd	0,00%
Totale acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato	0	299.322	299.321	299.312	299.300	nd	0,00%
Totale Generale	204.000	536.157	541.157	552.952	563.500	171,05%	2,18%

In merito alla Tabella 4 sopra rappresentata, per quanto attiene alla voce B.2.A.3.4) “Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato – Medici SUMAI” si ricorda, come già rappresentato nelle analisi relative ai pregressi esercizi, che il costo evidenziato è esclusivamente riferibile a quattro contratti stipulati con Medici Sumaisti specializzati in ginecologia, otorino-laringoiatria, audiologia e pediatria. Tale costo è nel periodo 2011-2014 mantenuto pressoché costante, ed anzi presenta una riduzione di 1,96%.

Tali medici integrano la dotazione organica aziendale per le specifiche competenze professionali dagli stessi possedute.

Con riferimento alla successiva voce B.2.A.3.5) “Acquisti servizi sanitari per assistenza ambulatoriale da privato”, l’importo di euro 74.231 è generato per euro 41.457 da prestazioni realizzate dall’Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) “Fondazione Stella Maris” in merito alla gestione dell’emergenza psichiatrica e per euro 32.774 da prestazioni diagnostico-strumentali realizzate presso

laboratori esteri (Amc University of Amsterdam Lab.Gen., Kinderspital Zurich, University Hospital Heidelberg, ecc.).

In merito alla prima componente si riporta la delibera G.R.T. n. 902 del 27.10.2014 che individua l'IRCCS "Fondazione Stella Maris" come l'altro soggetto giuridico - a tutti gli effetti divenuto parte del Sistema Sanitario Regionale - che insieme alla AOU Meyer, deve programmare e realizzare "l'attività di ricovero ospedaliero relativo all'emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza ai sensi della delibera G.R.T. 339/2005" all'interno della Regione Toscana (cfr. allegato 1).

In merito alla seconda componente riportiamo quanto già espresso nella nostra risposta relativa al bilancio d'esercizio 2013: *«l'incremento è generato prevalentemente da un aumento del numero di particolari esami di laboratorio (es. sequencing costs for sanger exome project, Test DNA, Analisi molecolari, ecc.) non reperibili non solo da parte di altri soggetti pubblici, ma addirittura non reperibili sul territorio italiano, perché molto spesso realizzati in forma esclusiva solo in selezionati laboratori europei. Tale necessità trova coerenza nell'aumento della complessità e numerosità della casistica e trova anche fondamento nella natura della nostra Azienda (appunto Ospedaliero Universitaria) votata anche alla costante ricerca dell'innovazione e delle nuove frontiere di cura».*

Circa la particolarissima circostanza sopra evidenziata si riporta anche la relazione sintetica del Responsabile della Struttura di riferimento (malattie metaboliche) prodotta per l'anno 2013 in quanto coerente anche per l'anno 2014 (cfr. allegato 2).

Si tiene ad evidenziare, peraltro, che questa Azienda, considerando l'incremento delle attività ad elevato contenuto specialistico in atto, in ordine alle quali costituiscono condizione essenziale alcuni esami di laboratorio non direttamente effettuati, è in procinto di creare specifiche linee di produzione ad elevata tecnologia di laboratorio per la gestione diretta di alcuni esami ad oggi forniti da soggetti esterni.

Infine, con riferimento alla voce B.2.A.7.4) "Acquisto servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato", come già evidenziato in risposta alle osservazioni della Sezione di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti riferite al bilancio d'esercizio 2013 (nostre note prot. n. 7495/2015 del 06.11.2015 e n. 661/2016 del 29.01.2016 - cfr. allegato 3), si riconferma che l'aumento di tale costo si riferisce esclusivamente ai servizi erogati dalla "Fondazione Stella Maris".

Su tale voce si ritiene necessario fornire gli ulteriori chiarimenti nei capoversi che seguono.

Il rapporto con l'IRCCS "Fondazione Stella Maris" è disciplinato dalla L.R. 40/2005 che all'articolo 14 prevede come i rapporti con gli istituti scientifici siano avviati sulla base di protocolli d'intesa adottati nell'ambito del Piano Sanitario Regionale e che i rapporti convenzionali per le attività assistenziali con il Servizio Sanitario Regionale siano instaurati tra le aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei

predetti protocolli d'intesa. È compreso in tale categoria di soggetti anche l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto privato "Fondazione Stella Maris" con la propria sede di Pisa – Calambrone (cfr. allegato 4 art. 14 L.R. 40/2005).

L'IRCCS "Fondazione Stella Maris" opera nel settore specialistico della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, nel rispetto del Protocollo d'Intesa con la Regione Toscana di cui alla D.G.R. n. 339/2005 in estratto trascritto di seguito per la parte di interesse.

"In questo ambito il **Piano sanitario regionale 2012 - 2015 conferma e rafforza le funzioni precipe dell'IRCCS** e nello specifico:

- la funzione di neuropsichiatria infantile per le attività assistenziali della Neuropsichiatria Infantile universitaria pisana (D.G.R.T. n. 1018/2004);
- l'attività di alta specialità riabilitativa per le Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva, sotto il coordinamento dell'AOU Meyer;
- l'attività di Pronto Soccorso di III livello per l'emergenza psichiatrica in preadolescenza ed adolescenza in collaborazione con l'Ospedale Meyer;
- nell'ambito della rete regionale delle malattie rare pediatriche coordinata dal Meyer l'attività propria del centro per le malattie rare di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- centro di alta specializzazione per le malattie genetiche di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- sede di valutazione pre-chirurgica e di riabilitazione post-chirurgica dell'epilessia infantile, in collaborazione ed integrazione con l'AOU Meyer e l'AOU Pisana;
- collabora alla elaborazione di appropriati percorsi e protocolli diagnostico - terapeutico - riabilitativi in ambito neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- attività di formazione continua per la neuropsichiatria dell'età evolutiva in collaborazione con l'Università di Pisa ed in coerenza con l'attività formativa dell'AOU Pisana;
- sviluppo, nell'ambito della Fondazione IMAGO 7 e in collaborazione con il Meyer, di un Polo Regionale di ricerca a valenza europea per l'imaging in RM con sviluppo di nuove tecnologie per l'altissimo campo (7 tesla), con particolare riferimento all'età evolutiva;
- collaborazione con l'AOU Meyer in materia di traumi cranio-encefalici, malattie neuromuscolari e neuro-oncologia;
- collaborazione con il CNR su aree tematiche di ricerca di comune;
- completa integrazione della Fondazione con le sfide della sostenibilità economica del SST".

La "Fondazione Stella Maris" e la Regione Toscana, ai sensi del **D. Lgs. 288/2003** condividono tra l'altro i seguenti principi generali:

- **la Fondazione, quale ospedale di rilievo nazionale, è parte concorrente ed integrante del Servizio Sanitario Regionale**, all'interno della programmazione dei servizi sanitari, in ambito regionale e di Area Vasta;
- per le attività di ricovero ospedaliero, il Presidio di Calambrone svolge la funzione operativa regionale ospedaliera di neuropsichiatria infantile;
- la Fondazione opera all'interno dei percorsi assistenziali che sono attivati dalle Aziende Sanitarie;
- coerentemente con tale logica (eccellenza ed appropriatezza delle prestazioni), viene avviato il superamento del sistema dei tetti finanziari delle prestazioni erogate a favore del Sistema Sanitario Regionale, sviluppando modalità di programmazione concertata del bisogno cui dare risposta appropriata ed adeguata.

Per l'AOU Meyer l'accordo attuativo della deliberazione G.R.T. n. 339/2005 con la "Fondazione Stella Maris", relativo all'attività di emergenza psichiatrica in età evolutiva, è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 174 del 02.07.2010. Tale accordo operativo, nel tempo consolidato nella logica definita e finanziata da Regione Toscana, con la delibera G.R.T. n. 902 del 27.10.2014, si è sviluppato con ulteriori determinazioni aziendali sino alla deliberazione del Commissario n. 13 del 15.01.2015 in merito all'attività di emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza presso l'IRCCS Fondazione Stella Maris e presso l'AOU Meyer per il periodo 1.12.2013 – 30.11.2014.

Si ritiene inoltre di evidenziare come:

- i costi da ricondursi alla voce B.2.A.7.4 oggetto di verifica sulla scorta della riclassificazione effettuata nell'anno 2012, nell'esercizio 2011 (modello CE 2011) risultavano iscritti nella voce B.2.A.6.2.; solo successivamente, cioè nei CE 2012, 2013, 2014 tali costi sono rappresentati nella voce B.2.A.7.4 in virtù della riclassificazione citata resasi necessaria a seguito dei nuovi modelli introdotti dal D.Lgs. 118/2011 da ciò derivando una deviante ed ingannevole comparazione dei costi iscritti alla citata voce B.2.A.7.4 nei due esercizi di riferimento. Sulla scorta di quanto sopra si ritiene di evidenziare come la percentuale di incremento del 171,05% (cfr. ultimo rigo Tabella 4) non rappresenti il fenomeno analizzato in quanto il reale scostamento, pari al 24,33%, si può rilevare nel terzo rigo della stessa Tabella di confronto;
- la convenzione tra questa Azienda e la "Fondazione Stella Maris", sottoscritta in esecuzione della citata delibera della G.R.T. n. 339/2005, è stata oggetto di specifico finanziamento per l'esercizio 2014 oggetto di verifica, come da succitata delibera G.R.T. n. 902/2014 (cfr. *allegato 1 sopra richiamata*).

d) SPECIFICHE ESPLICATIVE IN ORDINE AL LIMITE DI SPESA PER ACQUISTI DI BENI E SERVIZI

“E’ stato rilevato il mancato conseguimento dell’obiettivo, posto dall’art. 15, comma 13, lettera a) della L. n. 135/2012 (“Spending review”) di riduzione del valore dei contratti e delle rispettive forniture di beni e servizi in misura pari al 10 per cento, per l’anno 2014 rispetto al 2011”.

Con riferimento al mancato raggiungimento delle economie di spesa previste all’art. 15, comma 14, della L. n. 135/2012, si ritiene opportuno ricordare il ruolo degli **ESTAV** (nel caso di specie ESTAV Centro) istituiti dalla legge regionale 40/2005 e s.m.i. e della successiva unificazione in un unico ente (**ESTAR**) dal 01.10.2014 con operatività dal 01.01.2015.

Tali Enti, istituiti a far data dal 1.10.2005, annoverano, tra l’altro, tra le loro competenze la gestione delle procedure di acquisizione di beni e servizi, nonché la contrattualizzazione delle risultanze di gara ed i relativi acquisti per quanto attiene ai beni, limitandosi alla contrattualizzazione per i servizi la cui gestione compete invece alle singole Aziende utilizzatrici.

In tal senso preme infatti segnalare come le attività volte alla contrazione dei costi, intese come rinegoziazione del prezzo dei beni e dei servizi oggetto di contrattualizzazione, sia stata effettuata da tali Enti, in virtù delle loro **esclusive competenze, assegnate dalla normativa regionale di riferimento.**

Il passaggio di competenze sopra rappresentato non ha comunque esonerato l’Azienda - con azioni sinergiche con ESTAV Centro - dal procedere alla ricontrattualizzazione dei prezzi ove possibile e, se del caso, agendo anche sulle quantità dei beni consumati e dei servizi acquisiti, come si evince dalla Disposizione Dirigenziale n. 75 del 26.02.2013 (*cf. allegato 5*), che ha generato effetti positivi anche per l’esercizio 2014 contribuendo alla riduzione di costi pari al 4,89%.

Le azioni interne poste in essere debbono essere comunque valutate considerando anche la posizione che questa Azienda Ospedaliero Universitaria riveste nel panorama regionale e nazionale con riferimento alle prestazioni sanitarie erogate e rientranti nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA). In tal senso si deve dare atto del continuo sviluppo delle attività a maggior complessità assistenziale la cui erogazione, pur nella massima attenzione in ordine all’appropriatezza delle cure ed efficienza nell’utilizzo delle risorse, può comportare aumenti nel costo globale di beni e servizi.

La specifica tematica trattata richiede altresì ulteriori precisazioni correlate alla crescita dell’Azienda; in tal senso l’attività dell’AOU Meyer, - sviluppatasi negli anni alla luce del nuovo ruolo regionale e nazionale nel tempo acquisito, come già evidenziato in premessa - ha visto un progressivo incremento del valore della

produzione che nel periodo oggetto di raffronto (2004/2014) si è attestato da 55 M di euro a 108 M di euro².

Focalizzando l'analisi specifica e raffrontando l'anno 2011 al 2014, si ritiene che una corretta valutazione dei dati debba essere parametrata anche allo sviluppo delle attività registrate nel quadriennio in esame; in relazione a tale assunto, attraverso la tabella che segue (Tabella 5), si rappresenta la riattualizzazione dei valori di riferimento (ai fini della lettura della norma) esaminati parametrando al valore incrementale della produzione.

Attraverso tale rivalutazione risulta ancor più evidente l'azione di controllo gestionale messa in atto dall'Azienda al fine del contenimento della spesa.

Ai nuovi e sfidanti obiettivi, frutto del costante sviluppo quali-quantitativo delle prestazioni sanitarie rese, conseguono, anche nel periodo 2011 / 2014, rilevanti risultati operativi rappresentati sia dalle voci di costo che di ricavo; la valutazione circa le **capacità aziendali di gestione – e cioè per l'ambito analizzato la qualità delle prestazioni e l'efficientamento nell'uso delle risorse beni e servizi – deve focalizzarsi sulla rilevazione di effetti economici che tengano conto dei costi sostenuti in relazione alla nuova capacità produttiva espressa attraverso i nuovi e ben più rilevanti ricavi.**

Tabella 5: Analisi costi per acquisto beni e servizi AOU Meyer 2011-2012-2013-2014

Rigo	Descrizione voce Valori in migliaia di Euro	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	2014-2011	2014/2011%
1)	Valore della produzione comprensivo dei tetti dall'anno di prima applicazione 2012 (in migliaia di Euro)	100.856	108.916	108.861	111.947	11.091	11,00%
2)	Totale costi per beni e servizi oggetto di analisi (Acquisto di beni al netto della spesa farmaceutica e disp. Medici; Acquisto di servizi al netto delle spese B.2.A.2), B.2.A.5), B.2.A.6), B.2.A.11); B.3 Manutenzione e riparazione; B.4 Godimento beni di terzi	28.147	28.147	29.586	26.501	-1.646	-5,85%
3)	Obiettivo 2014 con la riduzione 10% su 2011				25.332		
4)	Attualizzazione obiettivo 2014 su valore produzione 2014				28.118		
5)	Margine di possibili consumi rispetto a obiettivo				1.617		

La Tabella 5 prende in esame al rigo 1 lo sviluppo del valore della produzione: in particolare si evidenzia come la produzione dal 2011 al 2014 abbia subito un incremento di oltre 11,09 M euro (passando da 100,85 M € a 111,94 M €); a tale aumento, nello stesso periodo esaminato, prendendo in esame il rigo 2, non corrisponde un aumento in *“valore dei contratti e delle rispettive forniture di beni e servizi”* bensì una riduzione di oltre 1,65 M euro (passando da 28,15 M € a 26,50 M €).

² Tale importo – rilevato nel Bilancio d'Esercizio 2014, conto economico, adottato con Deliberazione D.G. n. 47 del 09.02.2016 - risulta, per l'applicazione dei così detti “tetti di attività”, frutto della decurtazione di complessivi 3,65 M €.

Si è inoltre proceduto alla determinazione dell'obiettivo di contrazione della spesa 2014 determinato sulla base della relativa spesa nell'esercizio 2011 ridotta del 10%: la Tabella 5, nel rigo 3 dà conto di tale operazione così applicando letteralmente le disposizioni normative "spending review" (cfr. rigo 3 – colonna "Anno 2014")³.

Nel rigo 4 si è proceduto invece ad operare la riattualizzazione dell'obiettivo 2014 in ragione dell'aumento della produzione rilevata tra gli esercizi 2011/2014 (tale incremento viene calcolato sulla base percentuale dell'aumento della produzione tra i due anni presi in esame pari all'11%). Così facendo il tetto relativo al costo di beni e servizi in esame, pari a 25,33 M euro (cfr. rigo 3) aumenta a 28,12 M euro e costituisce il nuovo valore obiettivo per l'anno 2014 (cfr. rigo 4).

Sulla base di tali risultanze emerge che i reali consumi 2014, pari a euro 26,50 M, risultano inferiori al tetto come sopra riattualizzato di euro 28,12 M.

In altri termini il tetto così come determinato avrebbe consentito l'effettuazione di ulteriori consumi per un importo massimo di euro 1,62 M; tale valore rappresenta un margine ulteriore di risparmi effettuati frutto della capacità di efficientamento aziendale nell'utilizzo delle risorse in esame.

Premesse le evidenze sopra riportate, si ritiene che il risultato ottenuto sia il frutto di una attenta politica di contenimento dei costi che ha generato i propri frutti nonostante, come già rilevato per l'anno 2013, il servizio di Neuropsichiatria infantile, già facente parte delle attività sanitarie della AOU Careggi, sia stato trasferito dal 01.04.2013 all'AOU Meyer, sulla base delle indicazioni regionali per la più corretta allocazione della suddetta attività che si caratterizza per il suo profilo pediatrico, generando pertanto da tale data, e per i successivi esercizi a regime, ulteriori costi gestionali.

Per quanto attiene alla componente della spesa sopra richiamata si precisa che tale assunzione di attività (acquisizione del servizio di neuropsichiatria infantile) ha prodotto un aumento di costi la cui copertura è avvenuta attraverso l'aumento dei contributi regionali in conto esercizio.

Per meglio rappresentare questa ultima fattispecie si riporta di seguito quanto illustrato a pagina 4 della Relazione sulla gestione al bilancio d'esercizio 2013 con acclusa tabella esplicativa.

"Inoltre, l'anno 2013, a partire dal 1° aprile, ha visto il trasferimento dell'attività di Neuropsichiatria Infantile dall'AOU Careggi alla nostra Azienda, con un conseguente passaggio di personale (sotto varie forme di dipendenza o comando) e di altre tipologie di costo, che hanno visto per il bilancio complessivo dell'Azienda Meyer un aggravio di costi diretti pari a circa 1,7 milioni di euro.

³ Nel rigo 3 abbiamo individuato l'obiettivo per l'anno 2014 (riferito alla riduzione costi) prendendo a riferimento l'importo dell'anno 2011 ridotto del 10% (valore di 28,15 M euro del rigo 2 anno 2011 -10%).

Le principali voci di costo che l'Azienda ha sostenuto nell'anno 2013 per l'acquisizione di questo servizio possono essere analizzate nella tabella seguente”:

Tabella 6: Analisi ricavi e costi nuovo servizio di “Neuropsichiatria Infantile”

Analisi ricavi e costi nuovo servizio "Neuropsichiatria infantile"		
Ricavi e Costi	Anno 2012 (fonte AOU Careggi)	Anno 2013 Contabilità Meyer
Ricavi da dimessi Ordinari e DH	1.662.740	-
Ricavi da prestazioni effettive	19.316	-
Totale Ricavi	1.682.056	-
Costo personale	1.174.931	918.829
Costo per acquisto di beni	54.757	-
Costo affitto Villa Ulivella	1.080.000	819.004
Totale Costi	2.309.688	1.737.833
Risultato d'esercizio	-627.632	-1.737.833

Pertanto l'acquisizione della Neuropsichiatria infantile ha comportato un incremento dei costi pari a 1,74 M euro del bilancio 2013 rispetto all'analogo 2011, costi in incremento per l'anno 2014 (considerando che tale esercizio rappresenta la prima annualità nella quale tale attività grava per intero nel bilancio aziendale dal 1.01 al 31.12).

A conclusione della trattazione della presente tematica si ritiene opportuno richiamare la delibera G.R.T. n. 877 del 6.09.2016 attraverso la quale la Giunta regionale ha proceduto ad approvare il bilancio di esercizio 2014 di questa Azienda e delle altre Aziende del Servizio Sanitario toscano dando atto della situazione complessiva di equilibrio economico finanziario (cfr. allegato 6).

Tale deliberazione, nel rappresentare il raggiungimento del più ampio equilibrio del sistema sanitario regionale, evidenzia il perseguimento, se pur con strumenti e modalità diversi, degli obiettivi prefissati dalla normativa in materia di Spending Review.

Occorre infine dare evidenza di tutte le attività operative aziendali che hanno permesso il raggiungimento di detto equilibrio; l'Azienda ha da molto tempo costituito due gruppi permanenti di lavoro per adottare in modo sistematico continue misure di monitoraggio e controllo dei costi per il contenimento dei consumi di farmaci e dispositivi medici: la “Task Force per gli Approvvigionamenti” (TFA) e la “Commissione Aziendale per i Dispositivi Medici” (CADM, di cui alleghiamo la delibera istitutiva ed il relativo regolamento allegato 7). Tali strumenti operativi sono stati di rilevante supporto anche nella gestione della spesa sanitaria.

e) SPECIFICHE ESPLICATIVE IN ORDINE AI LIMITI DI SPESA DEL PERSONALE

“E’ stato rilevato, anche per il 2014, il mancato rispetto, relativamente alla spesa del personale, del limite prescritto dall’art. 2, comma 71, della L. n. 191 del 2009, pari al corrispondente ammontare dell’anno 2004, diminuito dell’1,4 per cento.

Al proposito si sottolinea che la spesa per il personale 2014 utilizzata per il calcolo, pari a 46.071.000 euro, risulta anche in crescita (del 3,77 per cento) rispetto al 2013 e resta ampiamente sopra il limite suddetto, pari a 30.212.000 euro”.

Con riferimento ai rilievi relativi al mancato rispetto dei limiti di spesa del personale di cui all’art. 2, comma 71, della legge 191/2009, si richiama quanto già precedentemente evidenziato in ordine allo sviluppo della Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer dal 2004 ad oggi, e quindi anche con riferimento all’esercizio 2014 oggetto di analisi.

In tal senso si ricorda che tale sviluppo - nato dalla **volontà regionale di prevedere all’interno del Servizio Sanitario toscano una Azienda Universitaria ad esclusiva competenza pediatrica, capace di gestire e dare adeguata risposta alle necessità di terzo livello dei piccoli pazienti dell’intera Regione Toscana** - appare assolutamente chiaro nel raffronto tra il valore della produzione del 2004, rispetto all’anno di riferimento in esame (2014) spostandosi da 55,10 M di euro a 111,95 M di euro⁴.

Appare pertanto assolutamente impossibile poter mantenere costante il costo del fattore produttivo più importante e rilevante dal punto di vista economico nel contesto sanitario, quale la risorsa umana, piuttosto che procedere ad una ulteriore riduzione rispetto ad un continuo aumento dell’attività che tra il 2004 ed il 2014 è pressoché raddoppiata. A tal proposito si evidenzia come l’aumento dell’attività, espresso quale incremento del valore della produzione nel periodo di riferimento, sia pari al 96,55%.

L’attività del Meyer è in progressiva evoluzione per cui non è possibile fare un semplice raffronto tra i periodi presi in esame, atteso che il paragone sarebbe effettuato su due realtà assolutamente non confrontabili, la più recente (2014) espressione della forte evoluzione richiesta dalla Regione Toscana per la realizzazione del nuovo Meyer. Il paragone potrebbe essere invece possibile qualora si fosse mantenuto un livello di attività di produzione costante nel tempo o fondamentalmente invariato.

Un possibile confronto, volto a permettere una prima macro analisi circa l’andamento del costo delle risorse umane tra i due periodi di riferimento, potrebbe essere effettuato operando una riattualizzazione, parametrando cioè il costo del personale al valore della produzione, entrambi incrementati, e verificando se l’andamento dei due valori si è mantenuto proporzionalmente costante o si sono registrate variazioni; in

⁴ I ricavi riportati sono calcolati senza le decurtazioni applicate dalla Regione Toscana sulla base dei così detti “tetti di attività”.

tal senso di seguito si riporta la tabella comparativa dalla quale **emerge, nel raffronto 2004 / 2014, un incremento del costo del personale (+85,15%) proporzionalmente inferiore rispetto all'aumento del valore della produzione (+103,17%).**

Tabella 7: Analisi costo del personale rapportato anche al valore della produzione AOU Meyer 2004 e 2014

Rigo	Valori in migliaia di Euro	Anno 2004	Anno 2014	2014-2004	2014/2004%
1)	Valore della produzione al lordo dei tetti	55.101	111.950	56.849	103,17%
2)	Costo personale	28.052	51.937	23.885	85,15%
3)	Valore riduzione (-1,4% su anno 2004)	393			
4)	Valore riduzione (-1,4% su anno 2004 <u>attualizzato</u> su valore produzione 2014)		798		
5)	Obiettivo 2014 con la riduzione 1,4% su 2004	27.659			
6)	Obiettivo 2014 <u>attualizzato</u> su valore produzione 2014		56.196		
7)	Delta risultato su obiettivo		-4.259		

Attraverso la tabella 7 si è proceduto a rendere omogeneo e quindi confrontabile il costo del personale del 2004 con quello del 2014 (vedi riga n. 2 *“costo del personale”*) considerando gli incrementi del valore della produzione (vedi riga n. 1 *“valore della produzione al lordo dei tetti”* che si incrementa del 103,17%).

Si è altresì definita la riduzione da effettuare sul costo del personale 2004 (nell'ipotesi che non vi fossero stati incrementi dell'attività) pari a euro 393.000 (vedi riga n. 3) e la riduzione sul costo 2004 riattualizzata (nella considerazione dell'incremento del valore della produzione 2014 del 103,17%) pari a euro 798.000 (vedi riga n. 4).

Si è conseguentemente proceduto nella determinazione dell' **“Obiettivo 2014 con la riduzione dell' 1,4% su 2004”** (vedi riga n. 5) pari ad euro 27.659.000 e dell' **“Obiettivo 2014 attualizzato su valore produzione 2014”** (vedi riga n. 6) pari ad euro 56.196.000.

L'analisi esplicitata nell'ultima riga della tabella (n. 7) rende evidente come il costo del personale nel 2014 sia molto più basso rispetto all'attualizzazione dell'obiettivo del -1,4% di cui alla norma di riferimento rispetto al valore della produzione 2004 riattualizzato; infatti la **riduzione del costo del personale da attivare in ossequio alla normativa di riferimento sul costo del personale riattualizzato si attesterebbe in euro 798.000 mentre l'Azienda, oltre a tale valore, ha ulteriormente effettuato una contrazione dei costi di euro 4.259.000.**

Si può chiaramente prendere atto che lo sviluppo dell'attività e la correlata contrazione delle risorse umane ben oltre il 1,4% e cioè per euro 4.259.000 rappresenta la capacità - auspicata dal legislatore

toscano, nell'attribuzione della valenza affidata al Meyer di unico ospedale regionale per la casistica pediatrica di maggior complessità - di organizzare i fattori produttivi impiegati con efficienza ed efficacia **riducendo progressivamente l'incidenza del fattore produttivo umano impiegato rispetto al costo della produzione** come riportato di seguito.

Tabella 8: incidenza costo risorse umane sul totale costi della produzione AOU Meyer 2004 - 2015

Grandezza	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Costo risorse umane su totale costi della produzione	54,85%	54,28%	53,84%	53,05%	51,12%	49,89%

Grandezza	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
Costo risorse umane su totale costi della produzione	51,11%	51,19%	48,23%	49,28%	49,23%	47,78%

Si conclude dando evidenza che, come dalla tabella 7 che precede (*cf. ultimo rigo*) - la voce "Delta risultato su obiettivo" pari a 4,26 M euro avrebbe rappresentato la possibilità per l'Azienda nel 2014, nel rispetto della contrazione del costo del personale del 1,4%, di poter acquisire ulteriori risorse umane per lo stesso importo.

f) PRECISAZIONI IN ORDINE ALLA CONTABILIZZAZIONE DEI PROVENTI DALLA REGIONE TOSCANA PER IL RIPIANO DELLE PERDITE PREGRESSE

Infine, si ritiene di fornire alcune precisazioni in riferimento al rilievo della Sezione di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti in ordine alla *“contabilizzazione dei proventi dalla Regione per il ripiano delle perdite pregresse, pari a 577.000 euro per il 2014, non è conforme a quanto prescritto dall’art. 29 co. 1 lett. d) del D.Lgs. 118/2011. Risulta, infatti, la mancata movimentazione del conto relativo ai crediti verso regione per ripiano perdite, da effettuarsi contestualmente all’assegnazione del contributo, nonché l’errata iscrizione della relativa riscossione alla voce SIOPE 2015 “Altri contributi e trasferimenti correnti da Regione e Prov. Autonoma”, al posto della più pertinente 5102 “Contributi e trasferimenti da Regione e Prov. Autonoma per ripiani perdite”.*

La contabilizzazione dei contributi provenienti dalla Regione per il ripiano delle perdite pregresse pari a 577 mila euro per il 2014, è avvenuta seguendo le indicazioni prescritte da Regione Toscana con delibera G.R.T. n. 1056 del 25.11.16 e le ulteriori delucidazioni forniteci dagli Uffici regionali.

Il contributo regionale è stato contabilizzato a copertura delle perdite pregresse al momento del suo incasso effettivo il 9.12.14 e pertanto il conto *“Crediti verso regione per ripiano perdite”* al 31.12.2014, correttamente, non riporta alcun valore.

Per quanto invece attiene all’utilizzo del codice SIOPE⁵ conveniamo con la Sezione di Controllo circa il fatto che sarebbe stato più appropriato l’utilizzo del codice SIOPE 5102 *“Contributi da Regione per ripiani perdite”* anziché quello proposto in automatico dalla nostra procedura di contabilità 2105 *“Altri contributi correnti da Regione”*.

⁵ Il SIOPE - Sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici - è un sistema di rilevazione telematica degli incassi e dei pagamenti effettuati dai tesoriери di tutte le amministrazioni pubbliche, che nasce dalla collaborazione tra la Ragioneria Generale dello Stato, la Banca d'Italia e l'ISTAT, in attuazione dall'articolo 28 della legge n. 289/2002, disciplinato dall'articolo 14, commi dal 6 all'11, della legge n. 196 del 2009.

g) RIFLESSIONI CONCLUSIVE

L'analisi e le precisazioni effettuate per ciascuna criticità rilevata, sviluppate nei precedenti punti, costituiscono un contributo aggiuntivo di valutazione per la Sezione di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti; sono stati forniti ulteriori elementi e dati tecnici di confronto riferiti al percorso di sviluppo dell'Azienda dal 2004 sino ad oggi e in particolar modo agli anni di riferimento che la normativa di settore individua ai fini del controllo della spesa.

Tale percorso, sempre in continuo sviluppo, anche dai nuovi approfondimenti effettuati, si connota per le positive ed elevate performance sia sul piano della qualità della casistica sanitaria che su quello della economicità dell'azione amministrativa; si rileva come le linee assistenziali (ed i correlati fattori produttivi, quali il personale e gli altri presi in esame ed oggetto di rilievo) presenti nel Meyer del 2004 o 2011, siano state ampiamente rivisitate ed ottimizzate nel tempo dall'Azienda sino al 2014 ed anche nei successivi esercizi, rendendole molto più performanti sia sul piano del rapporto costi/ricavi che della qualità intrinseca dell'atto medico.

L'esercizio 2014, ottemperando alle aspettative di crescita attese dalla Regione Toscana, si caratterizza sulla scia del percorso di sviluppo intrapreso e delle modalità operative di gestione, per le azioni di efficientamento organizzativo, di controllo puntuale dei costi e di oculata gestione delle risorse pubbliche, sottese al migliore e buon uso delle risorse disponibili operando secondo logiche di appropriatezza dei fattori produttivi impiegati.

Attorno al "nucleo 2004" possiamo dunque dire che si è sviluppato un grande ospedale pediatrico nazionale, impegnato a combinare rigore e sviluppo.

Il costante equilibrio finanziario ha caratterizzato la situazione bilancistica della AOU Meyer negli anni: le trasformazioni che si sono susseguite nel lungo percorso esaminato hanno inciso fortemente nei bilanci di esercizio dando luogo al continuo incremento delle poste iscritte nei documenti contabili senza alterare il mantenimento costante dell'equilibrio che si è realizzato se pur in presenza di elementi talvolta non privi di criticità sempre adeguatamente gestiti.

Fra questi ultimi si ritiene doveroso menzionare la mancata remunerazione dell'attività dovuta all'applicazione dei tetti di attività intra-regionali da parte di Regione Toscana che ha ritenuto di imporre vincoli quantitativi alla valorizzazione economica in ordine al volume delle prestazioni effettuate a cittadini residenti, non solo ai privati accreditati, ma anche alle Aziende Ospedaliere Universitarie.

Questa regola, avviata dall'esercizio 2012 per questa Azienda, dà luogo ad un mancato riconoscimento economico per l'attività erogata a bambini toscani qualora le prestazioni superino il tetto convenzionalmente definito.

Tali regole hanno generato, relativamente all'anno 2014, una decurtazione (mancato riconoscimento economico di attività) per ben 3,65 M euro; nella Tabella 9 che segue si dà evidenza degli effetti di tale manovra nel periodo 2012-2015.

Tabella 9: Analisi incidenza tetti di attività sui ricavi AOU Meyer 2012-2015

Macroclasse Ricavi	2012 (rif base 2010)	2013 (rif base 2010)	2014 (rif base 2010)	2015 (rif base 2014)	Ammontare complessivo
Ricoveri Ordinari e DH	- 1.356.549,00	- 1.717.626,00	- 2.363.286,00	- 706.886,00	- 6.144.347,00
Ricavi specialistica ambulatoriale (al netto dei farmaci)	- 1.415.302,14	- 1.307.217,62	- 1.287.062,77	- 985.954,55	- 4.995.537,08
Totale	- 2.771.851,14	- 3.024.843,62	- 3.650.348,77	- 1.692.840,55	- 11.139.884,08

Per completezza ricordiamo che l'anno 2014 ha chiuso con una perdita di esercizio di euro 580.181 esclusivamente per ragioni tecnico contabili come meglio riportato nella relazione sulla gestione al bilancio d'esercizio 2014 paragrafo 4.2 pagina 8 di cui di seguito riportiamo una sintesi. *“Tale perdita trova la sua principale giustificazione, come argomentato nella Delibera della Giunta Regionale della Toscana n. 1342 del 29/12/2015 avente ad oggetto “Assegnazione conclusiva delle risorse finanziarie provenienti dal Fondo Sanitario Nazionale e di ulteriori risorse extra-fondo sanitario, ai fini della chiusura dei bilanci di esercizio 2014, alle Aziende Sanitarie, Estav, Ispo e Fondazione Monasterio”, nel mancato riconoscimento del payback da parte dell'Agenzia Italiana del farmaco. Di seguito riportiamo un estratto della sopracitata delibera: “Rilevato altresì che, con riferimento alla spesa farmaceutica ospedaliera, in assenza di atti formalizzati da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco (A.I.F.A.), e in attesa che vengano emessi, presumibilmente entro la prima metà dell'anno 2016, la somma di € 58.815.355,50, iscritta nel Bilancio Regionale 2015 a titolo di payback con DGR n. 1119/2015 del 24/11/2015, pari al 90% della somma provvisoria di competenza indicata all'interno del D.L. 179/2015, al fine di garantire la coerenza tra il bilancio economico-patrimoniale del Servizio Sanitario Regionale, e quello finanziario regionale, come ricordato nella seduta del “Tavolo degli Adempimenti” del 25/11/2015, non può essere assegnata alle Aziende Sanitarie, né comunque essere iscritta a valere sulla competenza dell'esercizio 2014, ma soltanto eventualmente essere posta “a copertura” di eventuali perdite di esercizio o iscritta all'interno dei Conti Economici dell'esercizio 2015;*

Ritenuto al contempo necessario, a seguito della chiusura del Tavolo di Monitoraggio 2013, dover far iscrivere alle Aziende un importo complessivo di insussistenze di attivo in relazione alle risorse precedentemente assegnate con la DGR 966/2014 a titolo di payback per la spesa farmaceutica

ospedaliera, pari ad € 34.925.740,86, pari alla somma stimata di competenza 2013 non iscritta nei bilanci regionali 2013/14”.

Inoltre nella parte deliberativa si sottolinea quanto segue: “8) di comunicare alle Aziende le rispettive quote di Insussistenza di attivo relative al payback della farmaceutica ospedaliera 2013, già assegnate con la DGR n. 966/2014, pari a complessivi € 34.925.740,86, così come indicato nell'allegato 1 alla presente deliberazione, precisando che le perdite dell'esercizio 2014 derivanti da tale operazione saranno comunque coperte con le risorse iscritte nel bilancio regionale 2015 a seguito del D.L. 179/2015 e della successiva variazione di bilancio effettuata con DGR n. 1119/2015”.

La realtà organizzativa ed operativa del Meyer, ancora oggi, continua pertanto a connotarsi per lo sviluppo auspicato al fine del perseguimento degli obiettivi di ospedale di terzo livello e del governo della Rete pediatrica regionale.

A tal proposito si ribadisce come nella descrizione della “Governance della rete pediatrica regionale” (cfr. all. 1 alla D.G.R.T. n. 707 del 19.07.2016 – allegato 8) si confermi pienamente e si dia ulteriore evidenza del ruolo della AOU Meyer quale soggetto del sistema sanitario regionale in sviluppo.

“La base normativa”, descritta alla pagina 3 penultimo capoverso del citato allegato, dispone che “l’art. 33 bis della legge regionale 40/2005, così come modificata dalla legge regionale 84/2015, attribuisce all’Azienda Universitaria Meyer il coordinamento operativo della Rete pediatrica regionale, di concerto con i direttori generali delle aziende sanitarie ed i direttori per la programmazione di area vasta. Tale ruolo, unitamente alla riorganizzazione ed allo sviluppo delle funzioni attribuite alla AOU Meyer, è altresì reso esplicito nel vigente Statuto aziendale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 133/2015, al Titolo 3.”

Tale allegato peraltro prevede - a pagina 1 penultimo capoverso - che l’organizzazione aziendale non possa “prescindere dallo sviluppo di un ospedale pediatrico regionale che costituisca il centro di riferimento per i piccoli pazienti per la risposta alle patologie di più elevata complessità. In tal senso, l’adozione del nuovo Statuto della AOU Meyer rappresenta lo strumento adeguato e il miglior completamento alla progettualità della nuova rete pediatrica regionale”.

Si richiamano inoltre da un lato il continuo monitoraggio dei costi effettuati dalla Regione Toscana attraverso l’analisi dei modelli CE inviati mensilmente dalla AOU Meyer, e dall’altro gli strutturati incontri tra la Direzione Aziendale e la Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana nei quali si ribadisce ed accerta come lo sviluppo dell’attività sanitaria ed il conseguente aumento di risorse impiegate sia condizionato al raggiungimento dell’equilibrio economico aziendale e quindi in stretta

connessione con l'incremento del valore della produzione (cfr. Verbale n. 1/2016 "Monitoraggio ex art. 121 bis L.R. n. 40/2005"- allegato 9).

Il presente elaborato rappresenta lo strumento da offrire alla Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti, al fine di relazionare, anche in ordine all'esercizio 2014 oggetto di esame, con riferimento alle misure correttive di controllo e contenimento della spesa nel tempo poste in essere da questa Azienda, ai fini di una oculata e rigorosa gestione delle risorse, e costituisce aggiornamento del "Documento strategico" (cfr. Deliberazione del Direttore Generale AOU Meyer n. 154/2016, già trasmessa alla Sezione di Controllo allegato 10), correlato alla pronuncia sull'analisi dell'esercizio 2013.

Si auspica, attraverso il presente aggiornamento e tramite la documentazione allegata, di aver fornito sufficienti elementi di valutazione in ordine al corretto e rigoroso utilizzo delle risorse impiegate nel processo produttivo anche per l'esercizio 2014, atteso che il periodo di riferimento in esame costituisce naturale sviluppo del percorso di crescita intrapreso dall'AOU Meyer, sulla scorta del mandato istituzionale di potenziamento della Regione Toscana, esente da sopraggiunte criticità di rilievo che possono costituire presupposto di nuove strategie gestionali ed operative modificative al processo di sviluppo avviato.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer continuerà il suo percorso di crescita in ottemperanza alle disposizioni regionali, anche le più recenti, mantenendo in atto tutte le misure di contenimento della spesa e sviluppando gli strumenti di controllo in utilizzo che già nel tempo sono stati implementati.

ESERCIZIO 2014 - AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO STRATEGICO

“LA TRASFORMAZIONE DELL’AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER 2004 – 2013 E STRATEGIE VERSO IL 2020” ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 154/2016

ALLEGATI

- 1) Delibera G.R.T. n. 902 del 27.10.2014;
- 2) Relazione del Responsabile della Struttura Malattie Metaboliche del 27.01.2016;
- 3) Note AOU Meyer prot. n. 7495/2015 del 6.11.2015 e n. 661/2016 del 29.01.2016;
- 4) Art. 14 L.R. 40/2005 e s.m.i.;
- 5) Disposizione Dirigenziale AOU Meyer n. 75 del 26.02.2013;
- 6) Delibera G.R.T. n. 877 del 6.09.2016;
- 7) Delibera D.G. AOU Meyer n. 201 del 25.06.2012 istitutiva CADM;
- 8) Delibera G.R.T. n. 707 del 19.07.2016;
- 9) Verbale n. 1/2016 “Monitoraggio ex art. 121 bis L.R. n. 40/2005”;
- 10) Deliberazione D.G. AOU Meyer n. 154/2016



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 27-10-2014 (punto N 6)

Delibera N 902 del 27-10-2014

Proponente

STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile BARBARA TRAMBUSTI

Estensore MIRTA GONNELLI

Oggetto

Assegnazione all'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer di risorse per l'attività di ricovero ospedaliero relativo all'emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza ai sensi della DGR n. 339/2005.

Presenti

ENRICO ROSSI	ANNA RITA BRAMERINI	ANNA MARSON
GIANNI SALVADORI	GIANFRANCO SIMONCINI	LUIGI MARRONI
VITTORIO BUGLI	VINCENZO CECCARELLI	EMMANUELE BOBBIO
SARA NOCENTINI		

Assenti

STEFANIA SACCARDI

STRUTTURE INTERESSATE

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE PRESIDENZA

MOVIMENTI CONTABILI

<i>Capitolo</i>	<i>Anno</i>	<i>Tipo Mov.</i>	<i>N. Movimento</i>	<i>Variaz.</i>	<i>Importo in Euro</i>
U-26058	2014	Prenotazione			397700,00

LA GIUNTA REGIONALE

Richiamato il P.S.R. 2008-2010 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008 ed in particolare i paragrafi:

- 5.6.2.1.1 “La promozione della salute mentale nell’infanzia e nell’adolescenza” nella parte in cui viene evidenziata la necessità di garantire adeguate risposte assistenziali per la gestione delle situazioni di crisi psichiatrica acuta in giovani adolescenti e preadolescenti;

- 8.5.3 “Gli istituti scientifici”;

Visto il comma 1 dell’art. 133 della L.R. 27 dicembre 2011 n. 66 che proroga piani e programmi regionali attuativi del programma regionale di sviluppo (PRS) 2006-2010 fino all’entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal PSR 2011-2015;

Richiamata la deliberazione n. 339/2005 con la quale la Giunta regionale:

-approva lo schema del Protocollo d’intesa tra la Regione Toscana e la Fondazione Stella Maris sottoscritto ai sensi dell’art.18 della L.R. n. 22/2000;

-individua, al punto 3a) dell’allegato A, la Fondazione Stella Maris come sede di posti letto per l’emergenza psichiatrica in adolescenza, e ne prevede la partecipazione alla definizione di un percorso di approccio alle emergenze psichiatriche, nell’ambito dell’attività di pronto soccorso, in stretto rapporto con i servizi territoriali per la salute mentale dell’infanzia e dell’adolescenza e, ove necessario, con strutture di riferimento regionali esistenti nei centri di 3° livello;

-stabilisce che l’attività di ricovero ospedaliero relativa all’emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza viene remunerata attraverso un finanziamento aggiuntivo al valore tariffario del ricovero ordinario e che tale valore economico aggiuntivo viene erogato dalla Regione Toscana attraverso un finanziamento specifico all’Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, mentre la remunerazione relativa al ricovero ordinario di base rimane a carico dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana;

-prevede la stipula di un accordo attuativo tra l’Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer e la Fondazione Stella Maris al fine della definizione dei volumi di attività relativi ai pazienti toscani e il volume finanziario aggiuntivo alla remunerazione ordinaria del ricovero;

Richiamata la Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 avente ad oggetto “Disciplina del servizio sanitario regionale” con la quale all’articolo 28, comma 2, si prevede l’assegnazione alle Aziende ospedaliero-universitarie di quote dei fondi per specifiche finalità previste dagli strumenti di programmazione sanitaria e sociale integrata regionale;

Richiamata la propria deliberazione n. 909 del 04/11/2013 avente ad oggetto “Assegnazione all’A.O.U. Meyer di risorse per l’attività di ricovero ospedaliero relativo all’emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza ai sensi della DGR n. 339/2005;

Preso atto che con la sopra citata delibera il volume di attività di emergenza urgenza, per l’esercizio 2013, era stato quantificato come segue:

-73 ricoveri, sulla base dell’accordo attuativo stipulato tra la Regione Toscana e la Fondazione Stella Maris, con la quota di € 4.100,00 a ricovero, per un importo complessivo di 299.300,00

-24 ricoveri presso l’Azienda Ospedaliero Meyer per l’attività di emergenza psichiatrica per giovani adolescenti e preadolescenti dell’area fiorentina con la quota di € 4.100,00 a ricovero per un importo complessivo di € 98.400,00 tramite la disponibilità di un posto letto dedicato;

Dato atto che tali attività si rendono necessarie anche per l'esercizio 2014;

Vista la nota acquisita agli atti, con la quale l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer chiede il finanziamento relativo alle attività di emergenza psichiatrica di cui alla già citata D.G.R. n. 339/2005 e alle attività riguardanti le situazioni di emergenza e crisi acuta in età adolescenziale e preadolescenziale dell'area fiorentina;

Ritenuto di assegnare all'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer l'importo di € 397.700,00, somma risultante dall'importo di euro 299.300,00 per n. 73 ricoveri presso la Fondazione Stella Maris e di euro 98.400,00 per n. 24 ricoveri presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, per l'esercizio finanziario 2014, per l'attività di ricovero ospedaliero relativa all'emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza, a favore di utenti toscani, ai sensi dell'art. 28 comma 2 della L.R. 40/2005;

Ritenuto pertanto di prenotare a favore dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer l'importo di € 397.700,00, sul cap. 26058 del bilancio gestionale 2014, che presenta la necessaria disponibilità;

Vista la legge regionale n. 78 del 24 dicembre 2013 con la quale viene approvato il bilancio di previsione per l'anno finanziario 2014 ed il bilancio pluriennale 2014-2016;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale del 7 gennaio 2014, n. 2 che approva il bilancio gestionale per l'esercizio finanziario 2014 e pluriennale 2014-2016;

A voti unanimi

DELIBERA

1) di autorizzare l'attività di emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza così come previsto nell'accordo attuativo stipulato tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer e la Fondazione Stella Maris nell'anno 2008 confermando il volume di attività previsto nel suddetto anno anche per l'esercizio finanziario 2014 per un importo complessivo di € 299.300,00;

2) di autorizzare altresì un ampliamento dell'attività di emergenza psichiatrica per giovani adolescenti e preadolescenti dell'area fiorentina prevedendo la disponibilità di un posto letto dedicato presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer per un volume di attività di 24 ricoveri l'anno destinando a tale scopo la quota aggiuntiva di € 4.100,00 a ricovero per un importo complessivo di € 98.400,00;

3) di assegnare all'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer l'importo di € 397.700,00 somma risultante dall'importo di euro 299.300,00 per n. 73 ricoveri presso la Fondazione Stella Maris e di euro 98.400,00 per n. 24 ricoveri presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, per l'esercizio finanziario 2014, per l'attività di ricovero ospedaliero relativa all'emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza, a favore di utenti toscani, ai sensi dell'art. 28 comma 2 della L.R. 40/2005;

4) di prenotare a favore dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer l'importo di € 397.700,00, sul cap. 26058 del bilancio gestionale 2014 – fondo sanitario indistinto, che presenta la necessaria disponibilità;

5) di disporre che la Direzione Generale “Diritti di cittadinanza e coesione sociale” provveda agli atti necessari, vincolando la liquidazione a rendicontazione da parte dell’Azienda Ospedaliero Uiversitaria Meyer delle spese sostenute;

6) di prevedere, al termine dell’ anno di attività, la realizzazione di un’analisi dei costi al fine di confermare o modificare il finanziamento aggiuntivo rispetto alla remunerazione ordinaria del ricovero, così come previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 339/2005;

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell’art. 18 della L.R. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
Il Direttore Generale
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile
BARBARA TRAMBUSTI

Il Direttore Generale
VALTERE GIOVANNINI



Azienda Ospedaliero-Universitaria "A. Meyer"
Clinica di Neurologia Pediatrica-Università degli Studi di Firenze
 Direttore Prof. Renzo Guerrini
Sezione Malattie Metaboliche e Muscolari Ereditarie
 Responsabile: Dott.ssa Maria Alice Donati; email: m.donati@meyer.it
 Viale Pieraccini, 24 - 50146 Firenze
 Tel.+39 055 5662409 - Fax +39 055 5662546



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Firenze, 27 gennaio 2016

Alla Cortese Attenzione
 Direttore amministrativo
Dott. Tito Berti

Oggetto: Invio campioni biologici per analisi biochimiche/molecolari presso Istituti all'Estero

Le malattie metaboliche ereditarie rappresentano ad oggi un gruppo di oltre 500 diversi difetti biochimico enzimatici.

La diagnosi definitiva in alcuni difetti necessita di esami specifici biochimici e/o molecolari ad oggi non eseguiti presso Centri Nazionali e pertanto è indispensabile l'invio dei campioni presso Centri di riferimento Europei (es. Laboratory Genetic Metabolic Diseases Amsterdam).

La diagnosi biochimica/molecolare è indispensabile per una terapia specifica e per un corretto consiglio genetico/diagnosi prenatale nelle famiglie a rischio.

L'invio dei campioni biologici in Centri di riferimento Europeo è necessario anche in alcune patologie metaboliche che mostrano alterazioni del profilo acilcarnitine allo screening neonatale metabolico allargato.

Cordiali saluti.

Dott.ssa M. Alice Donati



IL DIRETTORE GENERALE



Prot. 661/2016

Firenze, 29/01/2016

Corte dei Conti
Sezione Regionale di Controllo
Per la Toscana

E p.c. Collegio Sindacale
A.O.U. Meyer

Direttore Generale
della D.G. Diritti di cittadinanza
e coesione sociale della Regione
Toscana

Oggetto: Controllo-monitoraggio ai sensi dell'art. 1, comma 170, della Legge Finanziaria 2006 e dell'art. 1, commi 3 e 7, D.L. 10 ottobre 2012, n. 174 conv. in L. 7 dicembre 2012, n. 213 – Bilancio di esercizio 2013.

Si fa seguito alla Vs. nota prot. 0008922 - 18/12/2015 – SC_TOS_T83-P, di pari oggetto, al fine di fornire controdeduzioni ed osservazioni in ordine all'ipotesi di pronuncia da Voi allegata alla succitata nota.

Si tiene a rappresentare, in via preliminare, la continua evoluzione del ruolo e delle funzioni correlate all'attività dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, impegnata sempre più, ed in particolare nel decennio dal 2004 al 2013, nell'implementazione e nello sviluppo progressivo delle attività di alta specializzazione di eccellenza erogate nei confronti dei piccoli pazienti provenienti, anche in volumi significativi, da altre Regioni e dall'estero.

Sulla scorta delle suddette considerazioni, si evidenzia peraltro il ruolo strategico e centrale assunto - nell'ambito delle politiche sanitarie regionali - dall'A.O.U. Meyer, quale ospedale che assicura la funzione di riorganizzazione e coordinamento operativo della rete pediatrica, anche alla luce delle ultime modifiche apportate alla L.R.T. n. 40/2005 con la disposizione contenuta nell'art. 33 bis.

Quanto sopra si ricollega allo spostamento delle attività nel nuovo ospedale pediatrico Meyer di Viale Pieraccini nel comprensorio di Careggi a Firenze avvenuto il 15.12.2007 ed ai conseguenti investimenti in attrezzature tecnico - scientifiche rispondenti alla necessità di sviluppare nuove linee di produzione e/o di ampliare le esistenti soprattutto per la gestione di casistica ad alta/elevata complessità.

Da una competenza prevalentemente territoriale zonale (Area Metropolitana), poi di Area Vasta, l'A.O.U. Meyer si è pertanto spostata a competenze regionali anche sulla scorta delle funzioni assegnate dalla Regione Toscana.

Al fine di rendere evidente l'incremento complessivo e progressivo delle attività specialistiche di eccellenza dell'A.O.U. Meyer, si riporta di seguito la tabella di analisi dell'andamento degli indicatori di sintesi con il confronto delle attività 2004-2011-2012-2013.

Analisi andamento indicatori di sintesi anni 2004-2013

Indicatore	Anno 2004 (a)	Anno 2011 (b)	Anno 2012 (c)	Anno 2013 (d)	Scost. (d)-(c)	Scost. (d)/(c)%	Scost. (d)-(a)	Scost. (d)/(a)%
N. dimessi in regime ordinario	8.841	8.938	9.040	8.886	- 154	-1,70%	2.045	28,89%
Peso medio dimessi ordinari	1,23	1,43	1,44	1,43	- 0	-0,69%	0	16,26%
Degenza Media dimessi ordinari	5,13	5,57	5,65	5,67	0	0,35%	1	10,53%
N. posti letto effettivi in regime ordinario	117,43	158,91	160,83	160,24	- 1	-0,37%	43	36,46%
% tasso utilizzo letti di degenza ordinaria	78,54	89,17	88,18	87,52	- 1	-0,75%	9	11,43%
% attrazione extraregionale ricoveri ordinari	12,11	24,79	23,88	23,98	0	0,42%	12	97,90%
N. accessi Day Hospital	8.252	34.389	34.271	35.200	929	2,71%	26.948	328,56%
% attrazione extraregionale ricoveri diurni	9,92	18,09	17,44	18,63	1	6,82%	9	87,71%
N. sale operatorie	3	7	7	7	-	0,00%	4	133,33%
N. dipendenti	651	988	985	983	- 2	-0,21%	312	47,93%
N. prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni (escluso farmaci)	403.262	604.408	601.011	601.731	720	0,12%	198.469	49,22%
N. accessi in pronto soccorso	31.351	48.058	42.955	42.719	- 236	-0,55%	11.368	36,26%
Valore della produzione (in migliaia di Euro)	55.101	100.858	106.144	105.838	- 308	-0,29%	50.735	92,08%
Costo della produzione (in migliaia di Euro)	52.708	102.481	105.787	104.910	- 877	-0,83%	52.204	99,05%

Di seguito le seguenti osservazioni e controdeduzioni con riferimento alle specifiche tematiche rilevate da codesta Spett. Corte.

A) LIMITE DI SPESA PER ACQUISTI DI PRESTAZIONI DA OPERATORI PRIVATI ACCREDITATI

“E’ stato rilevato il mancato rispetto delle misure di razionalizzazione della spesa sanitaria prevista, per l’anno 2013, dall’art. 15, comma 14, della L. n. 135/2012 (Spending review)” e dall’art. 2 della L.R. n. 81/2012. La normativa nazionale stabilisce che, nel 2013, gli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera da operatori privati accreditati al servizio sanitario nazionale siano ridotti, rispetto al livello consuntivato nel 2011, dell’1 per cento. La normativa regionale prevede, altresì, una ulteriore riduzione fino al 7 per cento per l’assistenza ospedaliera e fino al 9 per cento per l’assistenza specialistica ambulatoriale.”

IL DIRETTORE GENERALE

Ad integrazione dei chiarimenti forniti a Vs. precedente richiesta (prot. 0006172-16/10/2015-SC_TOS-T83-P) con nostra nota del 6.11.2015 che ad ogni buon conto si allega quale allegato 1 (cfr. pagine 1 / 4), si rappresenta quanto segue.

Con riferimento a quanto rilevato circa il mancato adempimento delle prescrizioni normative, per miglior evidenza ci si riporta alla tabella di comparazione Conti Economici (CE) 2011, 2012, 2013 (che segue) per le voci specifiche oggetto di analisi (Voci B.2.A).

TABELLA B)

Descrizione voce modello CE	2011	2012	2013	2013/2011	2013/2012%
B.2.A.3.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato – Medici SUMAI	183.000	176.894	186.869	2,11%	5,64%
B.2.A.3.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato	21.000	59.941	54.973	161,78%	-8,29
Totale acquisti servizi per assistenza specialistica ambulatoriale da privato	204.000	236.835	241.836	18,55%	2,11%
B.2.A.7.4) Acquisto servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato	0	299.322	299.321	Nd	0,00%
Totale acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato	0	299.322	299.321	Nd	0,00%
Totale Generale	204.000	536.157	541.157	165,27%	0,93%

In merito alla tabella B) sopra rappresentata, per quanto attiene alla voce B.2.A.3.4) "Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato – Medici SUMAI" si ricorda che il costo evidenziato è esclusivamente riferibile a quattro contratti stipulati con medici Sumaisti specializzati in ginecologia, otorino-laringoiatria, audiologia e pediatria. Tale costo è nel periodo 2011-2013 mantenuto pressochè costante; la varianza più 2,11% deve riferirsi ad un aumento delle specifiche attività correlate alle patologie trattate.

Con riferimento alla successiva voce B.2.A.3.5) "Acquisti servizi sanitari per assistenza ambulatoriale da privato" si ribadisce quanto indicato nella nostra precedente risposta (cfr. allegato 1 citato): «l'incremento è generato prevalentemente da un aumento del numero di particolari esami di laboratorio (es. sequencing costs for sanger exome project, Test DNA, Analisi molecolari, ecc.) non reperibili non solo da parte di soggetti pubblici, ma addirittura non reperibili sul territorio italiano, perché molto spesso realizzati in forma esclusiva solo in selezionati laboratori europei. Tale necessità trova coerenza nell'aumento della complessità e numerosità della casistica e trova anche fondamento nella natura della nostra Azienda (appunto Ospedaliero Universitaria) votata anche alla costante ricerca dell'innovazione e delle nuove frontiere di cura».

IL DIRETTORE GENERALE

Si unisce altresì sintetica relazione del Responsabile della Struttura di riferimento (malattie metaboliche) che ha originato il costo (Allegato 2).

Infine, con riferimento alla voce B.2.A.7.4) "Acquisto servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato", come già comunicato (con la nostra nota del 06/11/2015 sopra citata), si riconferma che esso si riferisce esclusivamente ai servizi erogati dalla Fondazione Stella Maris; su tale voce si ritiene necessario fornire gli ulteriori chiarimenti nei capoversi che seguono.

Il rapporto con la Fondazione Stella Maris è disciplinato dalla L.R. 40/2005 che all'articolo 14 prevede che i rapporti con gli istituti scientifici si instaurino sulla base di protocolli d'intesa adottati nell'ambito del Piano Sanitario Regionale e che i rapporti convenzionali per le attività assistenziali con il Servizio Sanitario Regionale siano instaurati tra le aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei predetti protocolli d'intesa. È compreso in tale categoria di soggetti anche l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato "Stella Maris" con la propria sede di Pisa – Calambrone.

L'IRCCS Stella Maris opera nel settore specialistico della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, nel rispetto del Protocollo d'Intesa con la Regione Toscana di cui alla DGR 339/2005.

In questo ambito il Piano sanitario regionale 2012 -2015 conferma e rafforza le funzioni precipue dell'IRCCS e nello specifico:

- la funzione di neuropsichiatria infantile per le attività assistenziali della Neuropsichiatria Infantile universitaria pisana (DGR 1018/2004);
- l'attività di alta specialità riabilitativa per le Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva, sotto il coordinamento dell'AOU Meyer;
- l'attività di Pronto Soccorso di III livello per l'emergenza psichiatrica in preadolescenza ed adolescenza in collaborazione con l'Ospedale Meyer;
- nell'ambito della rete regionale delle malattie rare pediatriche coordinata dal Meyer la caratterizzazione di centro per le malattie rare di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- centro di alta specializzazione per le malattie genetiche di interesse neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- sede di valutazione pre-chirurgica e di riabilitazione post-chirurgica dell'epilessia infantile, in collaborazione ed integrazione con l'AOU Meyer e l'AOUUP;
- collabora alla elaborazione di appropriati percorsi e protocolli diagnostico - terapeutico - riabilitativi in ambito neuropsichiatrico dell'età evolutiva;
- formazione continua per la neuropsichiatria dell'età evolutiva in collaborazione con l'Università di Pisa ed in coerenza con l'attività formativa dell'AOU Pisana;
- sviluppo, nell'ambito della Fondazione IMAGO 7 e in collaborazione con il Meyer, di un Polo Regionale di ricerca a valenza europea per l'imaging in RM con sviluppo di nuove tecnologie per l'altissimo campo (7 tesla), con particolare riferimento all'età evolutiva;
- collaborazione con l'AOU Meyer in materia di traumi cranio-encefalici, malattie neuromuscolari e neuro-oncologia;
- collaborazione con il CNR su aree tematiche di ricerca di comune;
- completa integrazione della Fondazione con le sfide della sostenibilità economica del SST.

IL DIRETTORE GENERALE

Inoltre la Fondazione "Stella Maris" e la Regione Toscana condividono i seguenti principi generali:

- la Fondazione, quale ospedale di rilievo nazionale (ai sensi del D. Lgs. 288/2003), è parte concorrente ed integrante del Servizio Sanitario Regionale, all'interno della programmazione dei servizi sanitari, in ambito regionale e di Area Vasta;
- ai fini dell'adeguamento a quanto previsto dal D.Lgs. 288/2003 per la conferma del carattere scientifico, la "Fondazione Stella Maris" assume la titolarità dell'accreditamento delle attività di ricovero ospedaliero, a tutt'ora svolte nel Presidio di Calambrone della Fondazione ma di pertinenza della Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, in quanto attività assistenziale della Neuropsichiatria Infantile della Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana;
- la Fondazione è comunque impegnata a mettere a disposizione i propri posti letto ospedalieri per le attività assistenziali della Neuropsichiatria Infantile della Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana;
- l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, è impegnata ad utilizzare, per le attività assistenziali della propria Neuropsichiatria Infantile, il Presidio di Calambrone della Fondazione Stella Maris;
- per le attività di ricovero ospedaliero, il Presidio di Calambrone svolge la funzione operativa regionale ospedaliera di neuropsichiatria infantile;
- la Fondazione opera all'interno dei percorsi assistenziali che sono attivati dalle Aziende Sanitarie;
- per la natura stessa della Fondazione, essa si impegna a garantire modalità di lavoro che privilegino gli aspetti della eccellenza e della appropriatezza delle prestazioni, definite all'interno della modalità di concertazione previste dal PSR 2002 - 2004 e che individuano l'Area Vasta come il bacino ottimale di programmazione ed erogazione delle prestazioni stesse;
- coerentemente con tale logica, viene avviato il superamento del sistema dei tetti finanziari delle prestazioni erogate a favore del Sistema Sanitario Regionale, sviluppando modalità di programmazione concertata del bisogno cui dare risposta appropriata ed adeguata.

Per l'A.O.U. Meyer l'accordo attuativo della deliberazione G.R.T. n. 339/2005 con la Fondazione Stella Maris, relativo all'attività di emergenza psichiatrica in età evolutiva, è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 174 del 2 luglio 2010. Tale accordo è stato successivamente prorogato nel tempo e prosegue, nella logica definita da Regione Toscana, sino alla deliberazione del Commissario n. 13 del 15 gennaio 2015 con la quale sono state assunte determinazioni in merito all'attività di emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza presso l'IRCCS Fondazione Stella Maris e presso l'A.O.U. Meyer per il periodo 1.12.2013 - 30.11.2014., in attuazione della delibera G.R.T. n. 902 del 27.10.2014.

Si ritiene inoltre di evidenziare che:

- la voce B.2.A.7.4 di cui trattasi ha subito a partire dal bilancio d'esercizio 2012 una riclassificazione passando dalla voce del modello CE anno 2011 B.2.A.6.2.) alla voce del modello CE 2012 e 2013 B.2.A.7.4);
- la convenzione derivante dalla citata delibera della G.R.T. n. 339/2005 è stata oggetto di specifico finanziamento per il competente esercizio 2013, come da delibera G.R.T. n. 909/2013 con la quale Regione Toscana assegna all'AOU Meyer un finanziamento di euro 397.700,00 per la gestione dell'emergenza psichiatrica.

IL DIRETTORE GENERALE

B) LIMITE DI SPESA PER ACQUISTI DI BENI E SERVIZI

‘E’ stato rilevato il mancato conseguimento dell’obiettivo, posto dall’art. 15, comma 13, lettera b) della L. n. 135/2012 (“Spending review”) di riduzione del valore dei contratti e delle rispettive forniture di beni e servizi in misura pari al 10 per cento, per l’anno 2013 rispetto al 2011.

In particolare la Sezione ha ritenuto di escludere dal calcolo relativo al rispetto del suddetto obiettivo una serie di voci di costo afferenti alla mobilità sanitaria, alle convenzioni uniche nazionali, ai sussidi previsti dalla L. 210/1992, al personale comandato, alla spesa ospedaliera e alla libera professione intramoenia.”

Ad integrazione dei chiarimenti forniti a Vs. precedente richiesta (prot. 0006172-16/10/2015-SC_TOS-T83-P) con nostra nota del 6.11.2015 allegata (cfr. pagine 4 / 6), si rappresenta quanto segue.

Con riferimento al mancato raggiungimento delle economie di spesa previste all’art. 15, comma 14, della L. n. 135/2012, si ritiene opportuno ribadire il ruolo degli ESTAV (nel caso di specie ESTAV Centro) istituiti dalla legge regionale 40/2005 e s.m.i.

Tali Enti, istituiti a far data dal 1.10.2005, annoverano tra le loro competenze la gestione delle procedure di acquisizione di beni e servizi, nonché i relativi acquisti (per quanto attiene ai beni) e la contrattualizzazione delle risultanze di gara (per quanto attiene ai servizi in gestione delle singole Aziende).

In tal senso preme infatti segnalare come le attività volte alla contrazione dei costi, intese come rinegoziazione del prezzo dei beni e dei servizi oggetto di contrattualizzazione, sia stata effettuata da tali Enti.

Si ritiene necessario evidenziare che, con la costituzione di tali Enti del S.S.R. già dal 2006, sono stati realizzati miglioramenti in *progress* delle risultanze delle gare attivate e quindi dei prezzi praticati per beni e servizi; a tal proposito si sottolinea come la maggior parte dei prezzi raggiunti nel corso dell’attività e soprattutto dopo i primi anni di sperimentazione, se confrontati a quelli ottenuti per gare simili a livello nazionale, si caratterizzano per convenienza ed economicità attestandosi sotto la media dei prezzi ottenuti sul territorio nazionale per gare di eguale prodotto o servizio.

Ancor prima dell’emanazione del D.L. n. 95/2012, gli ESTAV (ciascuno di riferimento per le tre Aree Vaste toscane), attesa la già avvenuta centralizzazione degli acquisti, hanno perseguito l’ottimizzazione dei prezzi ponendosi, rispetto a quelli considerati di riferimento dell’Autorità di Vigilanza sui contratti pubblici, al minimo 0 sulla mediana.

La funzione logistica, anch’essa affidata agli ESTAV, ha consentito inoltre di avviare il monitoraggio dei consumi e la loro comparazione, permettendo al sistema di perseguire, oltre che il risparmio economico sui prezzi unitari dei prodotti, anche l’appropriatezza d’uso, la tendenziale diminuzione della variabilità, la rinegoziazione dei prezzi sui volumi consumati oltre che stimati ed ha perfezionato e favorito meccanismi di confronto e concorrenzialità con e nel mercato.

In assenza di prezzi di riferimento nazionali, gli ESTAV hanno comunque svolto un'attività relativa alla comparazione dei prezzi per prodotti analoghi aggiudicati con gare diverse, promuovendo azioni di rinegoziazione dei prezzi per ottenere il prezzo più basso fra quelli praticati nei tre ESTAV e dando atto che la rinegoziazione è anche fondata e beneficia dell'analisi dei consumi.

Alla luce delle suddette considerazioni, i prezzi di aggiudicazione nel tempo conseguiti, già prima dell'esercizio 2013, rappresentano un livello di risparmio difficilmente comprimibile con riduzioni ulteriori del costo per l'acquisto di beni e servizi con percentuali del 10%.

Quanto sopra rappresentato non ha comunque esonerato l'Azienda nel procedere alla ricontrattualizzazione dei prezzi ove possibile e, se del caso, agendo anche sulle quantità dei beni consumati e dei servizi acquisiti, come si evince dalla Disposizione Dirigenziale n. 75 del 26 febbraio 2013 (Allegato 3).

Come rappresentato nella Disposizione Dirigenziale sopra citata, nonostante l'incremento di alcune attività correlate ai servizi ed il relativo aumento dei costi di euro 74.733,00 iva compresa, *"le azioni di Spending review poste in essere dall'Azienda negli ultimi mesi del 2012 (che hanno comportato un risparmio di euro 91.760,0 iva compresa rispetto alla spesa sostenuta nel 2011) hanno consentito comunque di ottenere un risparmio complessivo di euro 17.027,00 iva compresa"*.

Ciò premesso, risulta necessario ribadire la posizione che questa Azienda Ospedaliero Universitaria riveste nel panorama regionale e nazionale con riferimento alle prestazioni sanitarie erogate e rientranti nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA). In tal senso si evidenzia un continuo sviluppo delle attività a maggior complessità assistenziale la cui erogazione, pur nella massima attenzione in ordine all'appropriatezza delle cure ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, può comportare aumenti nel costo globale di beni e servizi.

La specifica tematica trattata richiede altresì ulteriori precisazioni correlate allo sviluppo dell'Azienda.

L' aumento dell'attività dell'AOU Meyer, negli anni sviluppatasi alla luce del nuovo ruolo regionale e nazionale, nel tempo acquisito, come già evidenziato in premessa, ha visto un progressivo incremento del valore della produzione che nel decennio oggetto di raffronto (2004/2013) si è attestato da 55M euro a 106M Euro.

Puntualizzando conseguentemente l'analisi specifica e raffrontando l'anno 2011 ed il 2013, si ritiene che una corretta valutazione dei dati debba essere parametrata anche allo sviluppo delle attività registrate nel triennio in esame, atteso che la norma di riferimento basa le proprie disposizioni su un contesto ad invarianza di attività.

In relazione a tale assunto, si ritiene di rappresentare con la seguente tabella l'attualizzazione della norma sulla scorta dello sviluppo del valore della produzione.

IL DIRETTORE GENERALE

Valori in migliaia di Euro	Anno 2004	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Valore della produzione comprensivo dei tetti dall'anno di prima applicazione 2012 (in migliaia di Euro)	55.101	100.856	108.916	108.861
Costo della produzione (in migliaia di Euro)	52.706	102.461	105.787	104.910
Costo Beni e Servizi (acquisto di beni, prestazioni di servizi sanitari, non sanitari, manutenzione e riparazioni)		41.266		42.332
Totale costi per beni e servizi oggetto di analisi (Acquisto di beni al netto della spesa farmaceutica e disp. Medici; Acquisto di servizi al netto delle spese B.2.A.2), B.2.A.5), B.2.A.6), B.2.A.11); B.3 Manutenzione e riparazione; B.4 Godimento beni di terzi		28.147	28.147	29.586
Obiettivo 2013 con la riduzione 10% su 2011		25.332		
Attualizzazione obiettivo 2013 su valore produzione 2013				27.343
Delta risultato su obiettivo				2.243

Nella tabella sopra rappresentata l'obiettivo di riduzione del 10% (pari a 25.332 mila euro) sui beni e servizi rilevati nell'anno 2011 (pari a 28.147 mila euro) è stato attualizzato in base all'incremento del valore della produzione raggiungendo così il nuovo obiettivo di 27.343 mila euro; sempre dalla tabella emerge che tale limite è stato superato per 2.243 mila euro.

L'incremento sopradescritto può essere ricondotto sinteticamente a due fenomeni:

- l'aumento dei farmaci per distribuzione diretta afferenti le malattie metaboliche;
- l'attribuzione formale dal 1.04.2013 alla A.O.U. Meyer del servizio di Neuropsichiatria infantile già facente parte delle attività sanitarie della A.O.U. Careggi sulla base delle indicazioni regionali per la più corretta allocazione della suddetta attività che si caratterizza per il suo profilo pediatrico.

Per quanto attiene il primo punto si riporta il dettaglio dei costi afferenti la distribuzione diretta relativa ai pazienti affetti da malattie metaboliche, attività assolutamente non comprimibile attese le particolari patologie in ambito pediatrico trattate molto spesso esclusivamente in questo ospedale.

Costi per consumi Malattie metaboliche Farmaci Erogazione Diretta Anni 2011-2013

IMPORTO CDC FPLIV4 FATPRO	ANNO		
	2011	2012	2013
575-MALATTIE METAB. FED AMB.	2.335.334,83	2.665.535	2.929.997
51-CONSUMO BENI SANITARI			
N01010101-FARMACI VARI		15.724	
N01010116-FARMACI VARI AIC	2.335.334,83	2.649.811	2.929.997
N01010120-ANTIBIOTICI E ANTIPARASSITARI AIC			
Totale complessivo	2.335.334,83	2.665.535	2.929.997

Per quanto attiene al secondo punto in esame si precisa che tale assunzione di attività (acquisizione del servizio di neuropsichiatria infantile) ha prodotto un aumento di costi la cui copertura è avvenuta attraverso l'aumento dei contributi regionali in conto esercizio.

Per meglio rappresentare questa ultima fattispecie si riporta di seguito quanto illustrato a pag. 4 della Relazione sulla gestione al bilancio d'esercizio 2013 con acclusa tabella esplicativa.

«Inoltre, l'anno 2013, a partire dal 1° aprile, ha visto il trasferimento dell'attività di Neuropsichiatria Infantile dall'A.O.U. Careggi alla nostra Azienda, con un conseguente passaggio di personale (sotto varie forme di dipendenza o comando) e di altre tipologie di costo, che hanno visto per il bilancio complessivo dell'Azienda Meyer un aggravio di costi diretti pari a circa 1,7 milioni di Euro.

Le principali voci di costo che l'Azienda ha sostenuto nell'anno 2013 per l'acquisizione di questo servizio possono essere analizzate nella tabella seguente.

Analisi ricavi e costi nuovo servizio "Neuropsichiatria infantile"

Ricavi e Costi	Anno 2012 (fonte AOU Careggi)	Anno 2013 Contabilità Meyer	Note
Ricavi da dimessi Ordinari e DH	1.662.740	-	
Ricavi da prestazioni effettive	19.316	-	
Totale Ricavi	1.682.056	-	
Costo personale	1.174.931	918.829	
Costo per acquisto di beni	54.757	-	
Costo affitto Villa Ulivella	1.080.000	819.004	
Totale Costi	2.309.688	1.737.833	
Risultato d'esercizio	627.632	1.737.833	

La sommatoria delle due fattispecie esaminate ha comportato un aggravio di 2.332 mila euro del bilancio 2013 rispetto all'analogo 2011.

A conclusione della trattazione della presente tematica si ritiene opportuno richiamare la DGRT n. 697 del 25.05.2015 attraverso la quale la Giunta regionale ha proceduto ad approvare il bilancio di esercizio

IL DIRETTORE GENERALE

2013 di questa azienda e delle altre aziende del servizio sanitario toscano dando atto della situazione complessiva di equilibrio economico finanziario. (Allegato 4)

Tale deliberazione, nel rappresentare il raggiungimento del più ampio equilibrio del sistema sanitario regionale, evidenzia il perseguimento, se pur con strumenti e modalità diversi, degli obiettivi prefissati dalla normativa in materia di Spending Review.

Con riferimento a quanto evidenziato nel precedente capoverso, si ritiene necessario evidenziare che l'art. 1, comma 131, della Legge n. 228 del 24.12.2012 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato (Legge di stabilità 2013)", "al fine di razionalizzare le risorse in ambito sanitario e di conseguire una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi, anche al fine di garantire il rispetto degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica", ha modificato l'art. 15, comma 13, del D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modifiche nella L. 135/2012, introducendo alla lettera a) il seguente periodo:

"Al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alle esigenze di inclusione sociale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono comunque conseguire l'obiettivo economico-finanziario di cui alla presente lettera adottando misure alternative, purchè assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario».

Non è infine da sottacere che il raggiungimento di detto equilibrio debba anche essere ricondotto alle continue misure di controllo per il contenimento dei consumi di farmaci e dispositivi medici creando in Azienda due gruppi permanenti di lavoro per analizzare permanentemente l'andamento dei costi di queste due tipologie: la Task Force per gli Approvvigionamenti (TFA) e la Commissione Aziendale per i Dispositivi Medici (CADM di cui alleghiamo la delibera istitutiva ed il relativo regolamento Allegato 5).

C) SPESA FARMACEUTICA

"E' stato rilevato il mancato raggiungimento dell'obiettivo relativo alla spesa farmaceutica ospedaliera, attribuito dalla Regione con delibera della Giunta 25 marzo 2013 n. 201 (allegato B) e ciò pur considerando la quota di payback assegnata dalla Regione con delibera di Giunta 3 novembre 2014, n. 966. Per il calcolo, la Sezione ha ritenuto di adottare un criterio uniforme tra Aziende, fondato sulle risultanze del conto economico (voci economiche B.2.A.2.1., B.1.A.1.1 e B.1.A.1.2)".

Ad integrazione dei chiarimenti forniti a Vs. precedente richiesta (prot. 0006172-16/10/2015-SC_TOS-T83-P) con nostra allegata nota del 6.11.2015 (cfr. pagine 7 / 8), si rappresenta quanto segue.

In via preliminare si rende necessario evidenziare che le gare sui farmaci e dispositivi medici, effettuate da ESTAV negli anni precedenti non hanno prodotto rilevanti effetti sull'esercizio 2013 e quindi da esse (per l'esercizio di riferimento) non sono conseguiti sostanziali risparmi; sulla scorta di ciò le azioni di risparmio direttamente attivate in azienda non hanno potuto dar luogo a sostanziose contrazioni di spesa, tali da ridurre i costi aziendali dei prodotti di cui trattasi fino al 10 per cento del valore 2011, peraltro in un contesto di produzione sanitaria incrementato del 4,94% rispetto all'esercizio 2011 ed in un ambito di azione ove la gestione della casistica di malattie rare comporta sopraggiunti ed elevati costi.

IL DIRETTORE GENERALE

Si rappresenta altresì che un aumento dei costi è frutto anche di specifiche disposizioni regionali che attribuiscono all'azienda nuovi compiti; in tal senso si ricorda a titolo esemplificativo che la Regione Toscana con deliberazione G.R.T. 2 agosto 2004 n. 800 ha provveduto a potenziare presso questa Azienda il sistema di screening neonatale per le malattie metaboliche, dando avvio all'attività di screening della Fenilchetonuria e di altre 30 malattie metaboliche ereditarie mediante l'utilizzo della strumentazione LC/MS/MS (Tandem massa) per tutti i nati della Toscana.

Tale nuova determinazione ha peraltro individuato la A.O.U. Meyer quale centro di riferimento per la diagnosi ed il trattamento delle malattie rare da ciò derivandone un incremento dei pazienti nel periodo 2012-2014 ed il conseguente aumento dei costi.

Si precisa inoltre che Regione Toscana ha ritenuto di ampliare le indicazioni ministeriali definite per determinate categorie di farmaci e/o di autorizzare l'erogazione diretta di farmaci classificati in fascia C (già a carico del cittadino secondo le disposizioni nazionali) da ciò derivandone un incremento dei costi da parte delle Aziende Sanitarie toscane.

Al fine di offrire gli adeguati strumenti di analisi atti a meglio comprendere l'andamento dei costi, da valutarsi alla luce di quanto reso evidente nei precedenti tre paragrafi, si riporta di seguito una tabella riassuntiva dei consumi rilevati attraverso la contabilità analitica aziendale che si ritiene opportuno commentare.

Tipologia Consumi	2011	2012	2013	Scostamento 2013-2012	Scostamento 2013/2012%	Scostamento 2013-2011	Scostamento 2013-2011%
FI-CONSUMO FARMACI INTERNI	4.027.127,86	3.844.822,12	3.778.432,42	-188.189,70	-4,28%	-250.895,24	-6,23%
FD-CONSUMO FARMACI DISTRIBUZIONE DIRETTA	4.580.094,84	5.374.211,80	5.780.854,18	406.442,38	7,56%	1.200.559,32	26,21%
50-CONSUMO FARMACI	6.607.222,50	6.318.893,92	6.557.086,58	238.252,66	3,77%	949.864,08	14,39%
52-CONSUMO PRESIDII	5.028.258,18	4.558.464,01	4.798.467,38	240.003,35	5,27%	-224.790,83	-4,48%
54-CONSUMO MATERIALE USO DIAGNOSTICO	3.282.478,85	3.338.547,83	3.487.178,25	128.628,62	3,85%	204.887,40	6,27%
58-CONSUMO MATERIALE ECONOMALE	577.742,12	488.248,72	454.403,38	-41.849,34	-8,43%	-123.338,74	-21,35%
67-PRODOTTI DIETETICI	289.577,71	320.148,86	370.883,33	50.534,45	15,78%	87.105,82	30,72%
1507-CONSUMO MATERIALE PROTESICO	778.812,97	808.732,28	715.107,40	-193.624,88	-23,95%	-63.505,57	-8,16%
Totale complessivo	18.532.892,34	18.940.973,45	19.362.924,30	421.950,86	2,23%	830.031,96	4,48%
Totale complessivo AL NETTO FD	13.952.797,50	13.586.761,65	13.682.270,14	16.508,49	0,12%	-370.527,36	-2,66%

Dalla tabella soprastante si evidenzia come i consumi per farmaci ad uso interno siano sostanzialmente ridotti dall'anno 2011 all'anno 2013 per un importo complessivo di circa 250 mila euro pari al -6,23%; mentre i farmaci erogati ai pazienti in dimissione (FED) hanno avuto un sostanziale incremento pari, per lo stesso periodo, a 1.200 mila euro (+26,21%). Il dettaglio dei principali incrementi per i FED sono riferibili alle tipologie di farmaci riportate nella tabella sottostante.

Tipologia	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Scostamento 2013-2012	Scostamento 2013-2011
Costo farmaci FED afferenti alle Malattie Metaboliche	2.335.335,00	2.685.535,00	2.929.997,00	284.462,00	594.662,00
Costo Farmaci Oncologici e Biologici (FED)	571.439,37	1.715.308,00	1.468.898,00	-246.312,00	895.558,63
Costo Farmaci farmaci Talassemia (FED)	294.682,00	288.750,00	393.728,00	124.978,00	99.086,00

In merito ai dispositivi medico chirurgici (rappresentati nella tabella riassuntiva dei consumi aziendali rilevati attraverso la contabilità analitica di cui sopra alla voce 52 consumo presidi e 1507 consumo materiale

IL DIRETTORE GENERALE

protetico) si rileva una sostanziale diminuzione nel periodo 2011-2013 pari, rispettivamente, a 225 mila euro e 64 mila euro.

Per quanto attiene l'incremento dei consumi dei diagnostici (*voce 54 consumo materiale uso diagnostico della succitata tabella*) occorre effettuare un'analisi comparativa dell'attività che è stata realizzata dai principali centri di costo utilizzatori di dette fattispecie di consumo, ovvero tutti i laboratori aziendali. L'attività di questi centri di costo per gli anni 2011-2013 è riportata nella seguente tabella.

Attività di laboratorio	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Numero prestazioni di laboratorio effettuate per pazienti ricoverati (*)	889.688	907.648	883.384
Numero prestazioni di laboratorio effettuate per pazienti esterni (ambulatoriali)	303.330	307.529	318.361
Valore prestazioni di laboratorio effettuate per pazienti ricoverati	8.018.855	8.582.289	8.577.553
Valore prestazioni di laboratorio effettuate per pazienti esterni (ambulatoriali)	5.152.343	5.842.701	6.593.114

(*) La contrazione dell'attività per interni che si rileva fra il 2011 e 2013 è il risultato di una attenta politica aziendale tesa al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva interna.

Con riferimento ai valori del conto economico presi in esame relativi alla spesa farmaceutica, si ritiene necessario altresì dare evidenza dell'attività di distribuzione diretta, prevista dalla L. 405 del 16.11.2001, a seguito della quale l'AOU Meyer procede ad erogazioni in favore dei cittadini dimessi, operando attività di competenza/afferenza economica dell'azienda territoriale di riferimento del paziente.

La ratio di tale attività, così come strutturata, risponde a due diverse esigenze l'una organizzativa in favore dell'utente e l'altra di natura economica:

- la prima è volta a favorire il paziente che alla sua dimissione, od a seguito di prestazioni ambulatoriali, riceve direttamente dalla farmacia ospedaliera il primo ciclo di terapia prescrittagli, evitando il rilascio da parte del medico dimittente delle prescrizioni farmaceutiche da acquisire poi nelle farmacie del territorio, con ciò facilitando l'utente nel percorso di cura;
- la seconda permette all'Azienda territoriale di competenza, tenuta alla copertura dei costi dei farmaci post dimissione, di sostenere la spesa di detta terapia al valore di acquisto ospedaliero dei farmaci, con ciò operando un netto risparmio dei costi, costi da dover poi riconoscere alla Azienda Ospedaliera che ha consegnato i prodotti al cittadino.

Tale situazione configura pertanto per l'azienda territoriale un minor costo e per la AOU una partita di giro che non può essere oggetto di valorizzazione nel computo dei propri costi per l'assistenza farmaceutica ospedaliera.

Le valutazioni di cui al precedente capoverso permettono la lettura della spesa farmaceutica di questa Azienda nell'esercizio 2013 attraverso il prospetto che segue dal quale si rileva - se pur con l'evoluzione

delle competenze del Meyer in premessa evidenziate - una contrazione dei costi rispetto al precedente esercizio (al netto dell'attività di distribuzione diretta effettuata a favore delle aziende territoriali cui afferiscono i pazienti dimessi) pari al 7,24 per cento.

- Costo 2012 farmaci (al netto distribuzione diretta)	3.438.000
- Costo 2013 farmaci (al netto distribuzione diretta)	3.206.000
- Riduzione netta costo farmaci 2013/2012 (no distr. Diretta)	232.000
- Percentuale riduzione	7,24%

D) LIMITI DI SPESA DEL PERSONALE

“E’ stato rilevato, anche per il 2013, il mancato rispetto, relativamente alla spesa del personale, del limite prescritto dall’art. 2, comma 71, della L. n. 191 del 2009, pari al corrispondente ammontare dell’anno 2004, diminuito dell’1,4 per cento.

La spesa per il personale 2013 è infatti pari a 50.254.000 euro e, pur risultando in leggero calo rispetto all’esercizio precedente (-2,53 per cento), resta ampiamente sopra il limite suddetto, pari a 30.212.000 euro”.

Ad integrazione dei chiarimenti forniti a Vs. precedente richiesta (prot. 0006172-16/10/2015-SC_TOS-T83-P) con nostra allegata nota del 6.11.2015 (cfr. pagina 8), si rappresenta quanto segue.

Con riferimento ai rilievi relativi al mancato rispetto dei limiti di spesa del personale di cui all’art. 2, comma 71, della legge 191/2009, si richiama quanto già precedentemente evidenziato con riferimento allo sviluppo della Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer dal 2004 ad oggi.

In tal senso si ricorda che tale sviluppo - nato dalla volontà regionale di prevedere all’interno del Servizio sanitario toscano una Azienda Universitaria ad esclusiva competenza pediatrica, capace di gestire e dare adeguata risposta alle necessità di terzo livello dei piccoli pazienti dell’intera regione toscana - appare assolutamente chiaro nel raffronto tra il valore della produzione del 2004, rispetto all’anno di riferimento in esame (2013) spostandosi da 55,101M a 105,036 M.

Appare pertanto assolutamente impossibile poter mantenere costante il costo del fattore produttivo più importante e rilevante dal punto di vista economico nel contesto sanitario, quale la risorsa umana, piuttosto che procedere ad una ulteriore riduzione rispetto ad un continuo aumento dell’attività che tra il 2004 ed il 2013 è pressochè raddoppiata. A tal proposito si evidenzia come l’aumento dell’attività, espresso quale incremento del valore della produzione nel periodo di riferimento, sia pari al 97,57%.

L’attività del Meyer è in progressiva evoluzione per cui non è possibile fare un semplice raffronto tra i periodi presi in esame, atteso che il paragone sarebbe effettuato su due realtà assolutamente non confrontabili, la più recente (2013) espressione della forte evoluzione richiesta dalla Regione Toscana per la realizzazione del nuovo Meyer. Il paragone potrebbe essere invece possibile qualora si fosse mantenuto un livello di attività di produzione costante nel tempo e fondamentalmente invariata.

IL DIRETTORE GENERALE

Un possibile confronto ipotetico, volto a permettere una prima macro analisi circa l'andamento del costo delle risorse umane tra i due periodi di riferimento, potrebbe essere effettuato operando una riattualizzazione, parametrando cioè il costo del personale al valore della produzione, entrambi incrementati, e verificando se l'andamento dei due valori si è mantenuto proporzionalmente costante o si sono registrate variazioni; in tal senso di seguito si riporta la tabella di confronto dalla quale emerge un incremento del costo del personale proporzionalmente inferiore rispetto all'aumento del valore della produzione rispettivamente incrementati del 79,34% e del 97,57% (con una variazione in decremento pari al 18,22 %).

Valori in migliaia di Euro	Anno 2004	Anno 2013	2013-2004	2013/2004%
Valore della produzione comprensivo dei tetti dall'anno di prima applicazione 2012 (in migliaia di Euro)	55.101	108.861	53.760	97,57%
Costo personale	28.052	50.309	22.257	79,34%

Conseguentemente, come dato evidenza nella tabella che segue, si procede nel verificare se, a seguito della riattualizzazione operata, appaia realizzato l'obiettivo di contrazione del costo del personale.

Valori in migliaia di Euro	Anno 2004	Anno 2011	Anno 2013
Valore della produzione comprensivo dei tetti dall'anno di prima applicazione 2012 (in migliaia di Euro)	55.101	100.856	108.861
Costo personale	28.052		50.309
Obiettivo 2013 con la riduzione 1,4% su 2004	27.659		
Attualizzazione obiettivo 2013 su valore produzione 2013			54.645
Delta risultato su obiettivo			- 4.336

Da tale analisi emerge che il costo del personale nel 2013 è molto più basso rispetto all'attualizzazione dell'obiettivo del - 1,4% di cui alla norma di riferimento rispetto al valore della produzione 2004 riattualizzato.

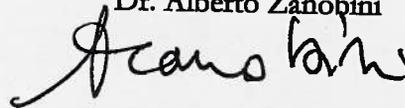
Si può chiaramente prendere atto che lo sviluppo dell'attività e la correlata contrazione delle risorse umane ben oltre il 1,4% rappresenta la capacità - auspicata dal legislatore toscano, nell'attribuzione della valenza affidata al Meyer di unico ospedale regionale per la casistica pediatrica di maggior complessità - di organizzare i fattori produttivi impiegati con efficienza ed efficacia riducendo l'incidenza del fattore produttivo umano impiegato rispetto al valore della produzione passando nella presente disamina 2004/2013 dal 53,22% al 47,95%.

Si conclude dando evidenza che, come dalla tabella che precede, la voce *“delta risultato su obiettivo”* pari a 4,336 M avrebbe rappresentato la possibilità per l’Azienda nel 2013, nel rispetto della contrazione del costo del personale del 1,4%, di poter acquisire ulteriori risorse umane per lo stesso importo.

Certi di aver fornito adeguata motivazione in ordine alle tematiche di cui si è chiesto l’opportuno approfondimento, si rimane a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento ed informazione occorrer possa.

Con osservanza

Il Direttore Generale
Dr. Alberto Zanobini



1920
1921
1922

1923
1924
1925

The first part of the report is devoted to a general description of the work done during the year. It includes a list of the projects undertaken and a summary of the results obtained. The second part is a detailed account of the work done on the project of the synthesis of a new type of polymer. This work was carried out in collaboration with the chemists of the Institute of Chemistry, and the results are described in detail. The third part is a summary of the work done on the project of the synthesis of a new type of polymer. This work was carried out in collaboration with the chemists of the Institute of Chemistry, and the results are described in detail.

John Doe



IL DIRETTORE GENERALE



Prot. 7495/2015

Firenze, 06/11/2015

Spett.le Corte dei Conti
Sezione Regionale di Controllo per la
Toscana
c.a. **Dott.ssa Maria Annunziata Rucireta**
e p.c. Al Collegio Sindacale dell'AOU Meyer
e p.c. Al Direttore Generale della Direzione
Generale Diritti di Cittadinanza e
coesione sociale della Regione Toscana

Loro indirizzi e-mail

OGGETTO: Chiarimenti in merito alla vostra richiesta istruttoria sul controllo monitoraggio sul bilancio d'esercizio 2013 vs. prot. n. 0006172-16/10/2015-SC_TOS-T83-P.

In risposta alla vostra richiesta di istruttoria sul controllo monitoraggio in merito al bilancio d'esercizio 2013, ai sensi dell'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e dell'art. 1, comma 3 del d.l. 11 ottobre 2012 n. 174 convertito dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213, in applicazione della deliberazione della Sezione delle autonomie della Corte dei Conti 15 aprile 2014, n. 13.

Come premessa generale per contestualizzare l'analisi di ciascuna risposta alle richieste di **chiarimenti**, occorre richiamare l'evoluzione dell'attività che la nostra Azienda ha prodotto anche soltanto nell'ultimo triennio. Il raggiungimento di tali livelli di attività non solo ha garantito la costante erogazione dei livelli essenziali di assistenza, ma ha anche consentito il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo previsti per la nostra Azienda nei vari documenti di programmazione regionale, collocando l'A.O.U. Meyer ai vertici della pediatria italiana e non solo.

Quanto sopra esposto trova concretezza nei principali indicatori di attività sotto riportati.

IL DIRETTORE GENERALE

Analisi andamento indicatori di sintesi anni 2004-2011-2012-2013

Indicatore	Anno 2004 (a)	Anno 2011 (b)	Anno 2012 (c)	Anno 2013 (d)	Scost. (d)-(c)	Scost. (d)/(c)%	Scost. (d)-(a)	Scost. (d)/(a)%
N. dimessi in regime ordinario	6.841	8.938	9.040	8.886	- 154	-1,70%	2.045	29,89%
Peso medio dimessi ordinari	1,23	1,43	1,44	1,43	- 0	-0,69%	0	16,26%
Degenza Media dimessi ordinari	5,13	5,57	5,65	5,67	0	0,35%	1	10,53%
N. posti letto effettivi in regime ordinario	117,43	158,91	160,83	160,24	- 1	-0,37%	43	36,46%
% tasso utilizzo letti di degenza ordinaria	78,54	89,17	88,18	87,52	- 1	-0,75%	9	11,43%
% attrazione extraregionale ricoveri ordinari	12,11	24,79	23,86	23,96	0	0,42%	12	97,90%
N. accessi Day Hospital	8.252	34.389	34.271	35.200	929	2,71%	26.948	326,56%
% attrazione extraregionale ricoveri diurni	9,92	16,09	17,44	18,63	1	6,82%	9	87,71%
N. sale operatorie	3	7	7	7	-	0,00%	4	133,33%
N. dipendenti	651	968	965	963	- 2	-0,21%	312	47,93%
N. prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni (escluso farmaci)	403.262	604.406	601.011	601.731	720	0,12%	198.469	49,22%
N. accessi in pronto soccorso	31.351	46.058	42.955	42.719	- 236	-0,55%	11.368	36,26%
Valore della produzione (in migliaia di Euro)	55.101	100.856	106.144	105.836	- 308	-0,29%	50.735	92,08%
Costo della produzione (in migliaia di Euro)	52.706	102.461	105.787	104.910	- 877	-0,83%	52.204	99,05%

Tabella A)

Di seguito si riportano punto per punto le singole richieste di chiarimento.

Parte prima – domande preliminari

1. *Domanda 27 pag. 11 del questionario: in riferimento all'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati, si chiedono chiarimenti in ordine al mancato rispetto dei limiti previsti dall'art. 15, comma 14 del D.L. n. 95/2012 convertito in L. n. 135/2012 e dell'art. 2 della legge regionale 81/212, come evidenziato nella tabella di seguito:*

IL DIRETTORE GENERALE

Descrizione voce modello CE	2011	2012	2013	2013/2011	2013/2012
B.2.A.3.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato – Medici SUMAI	183.000	176.894	186.869	2,11%	5,64%
B.2.A.3.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato	21.000	59.941	54.973	161,78%	-8,29
Totale acquisti servizi per assistenza specialistica ambulatoriale da privato	204.000	236.835	241.836	18,55%	2,11%
B.2.A.7.4) Acquisto servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato	0	299.322	299.321	Nd	0,00%
Totale acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato	0	299.322	299.321	Nd	0,00%
Totale Generale	204.000	536.157	541.157	165,27%	0,93%

Tabella B)

In merito alla prima voce della sopra riportata tabella B) si fa riferimento al costo del personale medico sumaista che si è mantenuto sostanzialmente costante nel corso del triennio, tale risultato crediamo sia già decisamente soddisfacente in considerazione dell'incremento dell'attività a cui ha contribuito anche questo particolare fattore produttivo che costituisce a tutti gli effetti forza lavoro.

Per quanto riguarda la seconda voce riportata in tabella (B.2.A.3.5) relativa ai servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato l'incremento è generato prevalentemente da un

IL DIRETTORE GENERALE

aumento del numero di particolari esami di laboratorio (es. sequencing costs for sanger exome project, Test DNA, Analisi molecolari, ecc.) non reperibili non solo da parte di soggetti pubblici, ma addirittura non reperibili sul territorio italiano, perché molto spesso realizzati in forma esclusiva solo in selezionati laboratori europei. Tale necessità trova coerenza nell'aumento della complessità e numerosità della casistica e trova anche fondamento nella natura della nostra Azienda (appunto Ospedaliero Universitaria) votata anche alla costante ricerca dell'innovazione e delle nuove frontiere di cura.

Infine per il punto B.2.A.7.4) tale cifra è frutto di una convenzione in essere fra noi e la Fondazione Stella Maris per la realizzazione dei servizi di emergenza psichiatrica. In riferimento alla mancanza di tale voce per l'anno 2011 si ricorda che tale fattispecie di gestione era rappresentata nella voce del modello CE "B02185 - B.2.A.6.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)". Il valore di tale convenzione è costante per tutto l'arco del triennio 2011-2013 con un importo annuo pari a 299.322 Euro.

In estrema sintesi per quanto riguarda la domanda 27 crediamo che lo scostamento sul totale di 0,93% tra i costi 2013 e 2012 rappresenti di per sé lo sforzo continuo che l'Azienda ha messo in atto per cercare di contenere al minimo gli inevitabili incrementi di costo legati alle motivazioni sopra dette.

2. *Domanda 33 pag. 11 del questionario: si invita a esporre le ragioni del mancato raggiungimento dell'obiettivo di riduzione del 10 per cento del valore dei contratti e delle connesse prestazioni di beni e servizi, previsto dall'art. 15, comma 13 lett. A) del D.L. n. 95/2012 convertito in L. n. 135/2012 (che escludono gli acquisti di farmaci e dei dispositivi medici) come evidenziato nella tabella seguente.*

Descrizione voce bilancio	2013	2011	2013/2011
B.1 Acquisto di beni	19.280.141	18.527.000	4,07%
B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati	8.990.065	8.124.000	10,66%
B.1.A.3 Dispositivi medici	5.751.760	5.896.000	-2,45%
Acquisto di beni al netto della spesa farmaceutica e disp. Medici	4.538.316	4.507.000	0,69%
B.2. Acquisto di servizi	19.320.822	19.285.000	0,19%
B.2.A.5) e B.2.A.6) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa protesica	0	299.000	-100,00%

B.2.A.11) Acquisto di prestazioni di trasporto sanitario	195.866	180.000	8,81%
Acquisto di servizi al netto delle spese B.2.A.2), B.2.A.5), B.2.A.6), B.2.A.11),	19.124.956	18.806.000	1,70%
B.3 Manutenzioni e riparazione	3.730.781	3.453.000	8,04%
B.4 Godimento beni di terzi	2.462.343	1.381.000	78,30%
Totale Spese	29.586.396	28.147.000	6,07%

Tabella C)

In riferimento alle sotto voci raggruppate nella voci B.1 si ricorda la presenza in Regione Toscana di tre Enti per il Supporto Tecnico ed Amministrativo di Area Vasta ed in particolare, per la nostra Azienda e per tutte quelle di area vasta centro, Estav Centro, che svolge la funzione di centrale di acquisti, gestendo per tutte le aziende di area vasta sia la fase di selezione del fornitore sia la relativa contrattualizzazione della fornitura. Quanto sopra vale anche per gran parte dei contratti di manutenzione e riparazione (voce B.3) e per tutti i servizi di natura non sanitaria (voce B.2.B).

La quasi totalità dei fattori produttivi rappresentati nella tabella C) costituiscono costi variabili rispetto alla produzione (anche non considerando i farmaci e i dispositivi medici), per cui è difficile prevederne un contenimento di fronte ad un aumento della complessità e numerosità della casistica trattata. Nonostante ciò questa Azienda ha deliberato una serie di accordi che prevedono la riduzione del 5% dei costi di determinati servizi, ottenuti in stretta collaborazione con il servizio Acquisizione Beni e Servizi di Estav Centro (allegato 1).

Per quanto riguarda sia la voce B.2.B Servizi non sanitari sia la voce B.3 Manutenzioni e riparazioni, per entrambe queste macrovoci registriamo dei decisi decrementi rispetto agli analoghi valori dell'anno 2013 e rispettivamente -5,00% per i servizi non sanitari e -4,04% per le manutenzioni e riparazioni. Di seguito riportiamo una tabella sintetica di raffronto.

Voce Modello CE	Anno 2013	Anno 2012	Delta Assoluto	Delta %
B.2.B) Servizi non sanitari	10.269	10.810	- 541	-5,00%
B.3) Manutenzione e riparazione	3.731	3.888	- 157	-4,04%

In riferimento all'aumento del costo per godimento beni di terzi voce B.4. si riporta quanto evidenziato nella nota integrativa al bilancio d'esercizio 2013 a pag. 82 paragrafo "Godimento beni di

IL DIRETTORE GENERALE

terzi” «per quanto attiene il rilevante incremento della voce del modello CE BA2000 B.4.A) Fitti passivi questo deriva dall’affitto per i locali di Villa Ulivella nei quali viene realizzato il servizio di Neuropsichiatria infantile acquisto dall’A.O.U. Careggi dal 01/04/2013, come meglio evidenziato nella relazione sulla gestione per l’anno 2013 [Cfr. pag 4]».

In estrema sintesi anche per questa domanda crediamo che lo scostamento sul totale del 2,21% tra i costi 2013 e 2011 se depurato dai maggiori costi derivanti dall’affitto di Villa Ulivella rappresenti già l’attenzione che l’Azienda ha messo in atto per cercare di contenere al minimo gli inevitabili incrementi di costo legati alle motivazioni sopra riportate.

Parte seconda – Conto economico

3. *Domanda 3.2.2 a pag. 21 del questionario: dal prospetto 3.2.5 risulta che i ricavi delle prestazioni erogate in regime intramoenia non coprono i relativi costi e quali, peraltro, includono l’importo complessivo dell’indennità di esclusività. A tale proposito viene chiesto di comunicare la quota imputabile all’attività di libera professione, sia per il 2012 che per il 2013, dettagliando il relativo sistema di calcolo. Si chiede, inoltre, di indicare il valore del fondo di perequazione per gli stessi anni 2012 e 2013.*

In risposta a tale richiesta si riporta che dall’analisi del prospetto richiamato emerge un totale di ricavi da attività intramoenia pari a Euro 2.752.116 e un totale di costi derivanti dalla compartecipazione al personale per attività libero professionale intramoenia pari Euro 1.964.268 con un margine positivo pari a Euro 787.848 sufficiente a coprire gli altri costi legati alla libera professione. Tra questi ultimi costi non sono stati inclusi gli importi relativi all’“indennità di esclusività” che invece costituisce una voce stipendiale prevista a favore dei dirigenti sanitari che esercitano opzione per il rapporto di lavoro esclusivo nel S.S.N. e che, in quanto tale, è del tutto svincolata dall’effettivo esercizio dell’attività libera professionale intramoenia di cui, pertanto, non può essere considerata voce di costo.

Per quanto invece attiene alle modalità di computo di detta indennità, si precisa che questa è stata calcolata secondo quanto previsto dal contratto Collettivo Nazionale del Lavoro normativo anno 1998 – 2001 (vedasi articolo 42 e successiva menzione nell’articolo 57 specificamente riguardante la libera professione) ed i relativi importi sono determinati dalla procedura stipendi.

La risposta di cui sopra è analoga a quella inviata a codesta spettabile Corte dei Conti con ns. protocollo 7276/2014 del 17 ottobre 2014 che alleghiamo per praticità (allegato 2).

IL DIRETTORE GENERALE

Per quanto invece riguarda il valore dei fondi di perequazione personale medico e comparto rappresenta rispettivamente il 5%, di ciascun fondo di perequazione, dell'onorario lordo dovuto al professionista medico e considerato nella costruzione della tariffa utente. La misura percentuale minima prevista è indicata dall'articolo 57 lettera I del CCNL normativo 1998-2001 economico 1998-1999 Area dirigenziale medica e sanitaria, e nella dichiarazione congiunta n. 1 area comparto del CCNL stesso periodo. Gli importi che rispettivamente sono stati accantonati nella determinazione dei fondi sono stati 50.000 Euro sia nell'anno 2012 che nell'anno 2013 sia per il comparto che per la dirigenza medica.

In allegato riportiamo gli atti aziendali di programmazione e di regolamentazione dei volumi di attività, indicando i risultati raggiunti (allegato 3).

4. *Domanda 12.1 a pag. 25 del questionario: in relazione ai dati di cui al punto 12.2.1 si chiede di chiarire i motivi del mancato raggiungimento degli obiettivi per l'assistenza farmaceutica attribuiti dalla Regione con delibera di Giunta 25 marzo 2013 n. 201.*

Le risultanze complessive del consumo di farmaci ed emoderivati possono essere desunte dal Modello CE (D.M. 15/06/2012 e ss.mm.ii.) parte integrante della nota integrativa al bilancio d'esercizio 2013 alla voce "B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati" che per l'anno 2013 rileva 8.990 mila Euro mentre per l'anno 2012 rileva 8.812 mila Euro. Da una prima analisi sembrerebbe esserci stato un incrementato di costi per circa 178 mila Euro, ma se decurtiamo da tali importi i farmaci ad erogazione diretta (farmaci distribuiti post ricovero per il primo ciclo di trattamento terapeutico oggetto di specifica compensazione) pari a 5.784 mila Euro per l'anno 2013 e 5.374 mila Euro per l'anno 2012 l'apparente incremento si rileva una riduzione di circa 232 mila Euro per farmaci consumati internamente all'Azienda.

Inoltre dalle valutazioni effettuate dal Laboratorio MeS inerente i due obiettivi specifici per la farmaceutica assegnati alla nostra Azienda per l'anno 2013 emergono i risultati che alleghiamo alla presente da cui si evidenzia l'ottimo posizionamento dell'AOU Meyer rispetto alla situazione globale sanitaria (allegato 4 indicatore C9A appropriatezza farmaceutica e allegato 5 indicatore F12C dispositivi medici).

Nell'allegato 6 riportiamo il prospetto di raccordo tra tutte i conti di costo del piano dei conti aziendale (comprese le voci indicate in tabella) e le relative voci del modello CE.

IL DIRETTORE GENERALE

5. Domanda 14 a pag. 26 del questionario: si chiede di fornire un prospetto di raccordo tra il "Totale costo prestazioni di lavoro" e le corrispondenti voci contabili del modello CE.

Nell'allegato 7 riportiamo il prospetto di raccordo tra la tabella compilata e le tabelle del conto annuale 2013 che costituiscono la base di partenza per la rilevazione dei dati relativi alla domanda 14, per consentire il relativo raccordo con il modello CE e con il bilancio d'esercizio 2013 riportiamo anche la tabella di riconciliazione fra bilancio e conto annuale 2013 (allegato 8).

6. Domanda 15 a pag. 27 del questionario: oltre ad evidenziare il mancato rispetto, anche per l'anno 2013, del limite previsto per la spesa del personale, dall'art. 2 co. 71 della L. n. 191/2009, viste le precisazioni fornite, sia in sede di istruttoria per l'esercizio 2012, si invita a fornire ulteriori, eventuali, chiarimenti in ordine alla suddetta problematica, anche dettagliando le variazioni della spesa del personale intervenute nell'ultimo biennio, per categoria professionale.

In risposta si allega il prospetto delle variazioni del costo del personale per ruolo e contratto degli anni 2011-2012-2013 (allegato 9), mentre per quanto riguarda il raccordo fra la voce "Spesa del personale 2013" e le voci del modello CE si rimanda ai sopra riportati allegati 7 e 8 alla voce totale della terzultima e penultima colonna della prima tabella.

7. Domanda 15.3 a pag. 27 del questionario: si invita a rispondere al quesito in merito all'attuazione di quanto previsto dalla L. n. 191/2009 art. 2 co. 72 lettera a) e lettera b) che rispettivamente recitano:

- a. [Gli enti di cui al comma 71] «predispongono un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato, che presta servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni, finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale, con conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa per la cui costituzione fanno riferimento anche alle disposizioni recate dall'articolo 1, comma 189, 191 e 194 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e successive modificazioni»;
- b. «fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi del presente comma».

IL DIRETTORE GENERALE

In merito alla lettera a) tale programmazione è stata fatta e completamente rispettata infatti la dotazione del personale al 31/12/2013 risulta essere pari a 1.061 (compreso personale a tempo indeterminato, determinato, contratti di collaborazione coordinata e continuativa, contratti libero professionali e lavoratori in somministrazione-ex interinali) rispetto alle stesse unità rilevate al 31/12/2012 pari a 1.064, con una conseguente riduzione sia dei costi complessivi del fattore produttivo personale (voce Totale costo del personale del modello CE) che da 50.550 mila Euro dell'anno 2012 passa a 50.309 mila Euro dell'anno 2013; sia per quanto attiene il ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa che sono diminuiti come sotto riportato.

Contratto	Anno 2012	Anno 2013	Differenza 2013-2012
Dirigenza Medica	3.880.665	3.880.444	-221
Dirigenza SPTA	201.278	182.018	-19.260
Comparto	5.087.759	5.032.976	-54.783

Per quanto invece attiene il secondo punto, formalmente non sono stati forniti parametri standard, ma siamo riusciti ad ottenere ugualmente il risultato di cui al punto precedente.

Parte terza – Stato patrimoniale

8. *Domanda 4 a pag. 39 del questionario: si rilevano trasferimenti in conto capitale alla partecipata "Fondazione Imago 7" per Euro 147.500,00. Considerato che l'organismo partecipato risulta in perdita negli ultimi tre esercizi, si chiede di indicare le ragioni, supportate da idonea documentazione per cui tali trasferimenti sono stati disposti. Inoltre in ordine ai contratti di servizio, si chiede di indicare se i relativi importi siano stati sottoposti alla riduzione del 10% prevista dall'art. 15, co. 13, lettera a del D.L. n. 95/2012, convertito con L. 135/2012.*

L' AOU Meyer rappresenta un centro di eccellenza nazionale riconosciuto anche all'estero che vede caratterizzata la sua missione dal connubio tra la pratica clinica e la ricerca scientifica ed a tal fine instaura con altri enti di ricerca collaborazioni scientifiche dirette allo sviluppo di innovazioni diagnostiche, tecnologiche e terapeutiche in vari settori specialistici. A tal proposito, la Fondazione Imago 7 gestisce in Italia il primo tomografo RM 7 Tesla il cui impiego è fondamentale nella definizione e nello sviluppo di progetti scientifici nel settore delle malattie pediatriche in generale, con particolare riferimento alle malattie neurologiche e psichiatriche in età evolutive. E' per tale motivo che

IL DIRETTORE GENERALE

dal 2012 in poi l'AOU Meyer con la Delibera del Direttore Generale n. 255 del 18/09/12 ha deciso di entrare, quale ente associato, nel capitale sociale della Fondazione IMAGO 7, acquistando una delle due quote di partecipazione possedute dall'IRCSS Fondazione Stella Maris, ed impegnandosi a versare dal 2012 e fino al 2017 una quota associativa annua di 147.500,00 euro.

Nel corso del bilancio 2013, a seguito della presentazione da parte della Fondazione Imago 7 dei Bilanci 2012 e 2013, abbiamo prontamente provveduto ad effettuare una svalutazione complessiva della nostra partecipazione di 84.310,21 Euro, di cui 6.757,96 Euro relativi all'anno 2012 pertanto rilevate fra le sopravvenienze passive 2013, e di 77.552,25 Euro relative all'anno 2013 rilevate quindi nella voce "Rettificazione di valore di attività finanziarie – Svalutazioni".

Per quanto riguarda i contratti di servizio abbiamo erogato sia nel 2012 che nel 2013 la somma di 8.000 Euro a favore del C.E.T. Società Consortile Energia Toscana a titolo di contributo annuo a copertura dei costi di gestione del Consorzio; mentre abbiamo ridotto da 216.000,00 Euro a 171.635,00 Euro gli importi erogati a favore del Consorzio Metis a copertura dei contratti da quest'ultimo attivati a favore dell'AOU Meyer.

9. Domanda 5 a pag. 40 del questionario: si invita ad indicare l'importo del fondo svalutazione crediti.

In risposta alla domanda di cui sopra si ricorda che tutti i movimenti che hanno agito sul fondo svalutazione crediti nell'anno 2013 sono stati puntualmente dettagliati nelle "annotazioni 1" del questionario, che per praticità alleghiamo (allegato 10). Inoltre si specifica che i dati delle singole poste del fondo svalutazione crediti non sono state indicate nel prospetto in oggetto perché la formula di quadratura non prevedeva la loro immissione, per cui è stato scelto di rispettare la quadratura prevedendone la rappresentazione completa nelle succitate "annotazioni 1" del questionario.

Concludiamo con alcune considerazioni:

- per quanto attiene il mantenimento dell'equilibrio economico aziendale si ricorda che il bilancio d'esercizio dell'anno 2013 della nostra Azienda presenta un utile d'esercizio pari ad Euro 36.865 (contro i 20.749 Euro dell'esercizio 2012). Si ricorda inoltre che il bilancio in analisi è stato sottoposto a revisione contabile da parte della Società di Revisione BDO S.p.A. di cui alleghiamo in copia la relazione che riporta un giudizio positivo sul bilancio (allegato 11);

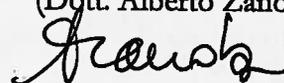
IL DIRETTORE GENERALE

- ricordiamo che l'AOU Meyer nell'anno 2007 si è spostata nella nuova sede ospedaliera di Viale Pieraccini, 24 con un progressivo e rilevante incremento di attività sanitarie (sia in qualità che in quantità) per cui è stata necessario incrementare sia il fattore produttivo personale nonché gli altri fattori produttivi, proprio per sfruttare al meglio la nuova capacità produttiva determinata dalla nuova struttura, e dai nuovi macchinari in essa collocati.

Nella lettera della Sezione Regionale della Corte dei Conti viene richiesto che tali risposte, in quanto integrative o modificative rispetto a quelle già contenute nel questionario sul bilancio d'esercizio 2013, dovranno essere sottoscritte dal rappresentante legale dell'Ente e contenere la presa d'atto da parte del Collegio Sindacale, quest'ultimo le ha condivise nella seduta del 04/11/2015.

Rimanendo a disposizione per qualsiasi chiarimento in merito, porgo cordiali saluti.

Il Direttore Generale
(Dott. Alberto Zanobini)



Allegati:

1. Disposizione dirigenziale n. 75 del 26/02/2013 Ricognizione esiti conseguenti alla spending review;
2. Ns. protocollo 7276/2014 del 17 ottobre 2014 di risposta alla Spett. Corte dei Conti;
3. Atti aziendali di programmazione e di regolamentazione dei volumi di attività erogati in libera professione;
4. Indicatore Laboratorio Mes Anno 2013 C9A appropriatezza farmaceutica;
5. Indicatore Laboratorio Mes Anno 2013 F12C dispositivi medici;
6. Prospetto di raccordo tra le voci costo farmaci e le relativi voci del modello CE;
7. Prospetto di raccordo tra la tabella compilata e le tabelle del conto annuale 2013;
8. Tabella di riconciliazione fra bilancio e conto annuale 2013;
9. Prospetto delle variazioni del costo del personale per ruolo e contratto degli anni 2011-2012-2013;
10. Movimenti che hanno agito sul fondo svalutazione crediti nell'anno 2013;
11. Relazione della Società di Revisione BDO S.p.A. al bilancio d'esercizio 2013.

Toscana

L.R. 24-2-2005 n. 40

Disciplina del Servizio sanitario regionale.

Pubblicata nel B.U. Toscana 7 marzo 2005, n. 19, parte prima, suppl. n. 40.

Art. 14

Enti di ricerca e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

1. I rapporti tra la Regione, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli enti di ricerca, le cui attività istituzionali sono concorrenti con le finalità del servizio sanitario regionale, sono definiti sulla base di specifici protocolli stipulati dal Presidente della Giunta regionale e dai rappresentanti istituzionali degli enti medesimi; i protocolli sono adottati nell'ambito del piano sanitario e sociale integrato regionale vigente ed individuano gli spazi di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e conoscenze nel settore sanitario ⁽⁸⁷⁾.

2. I rapporti convenzionali per le attività assistenziali tra il servizio sanitario regionale, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli enti di ricerca, sono instaurati tra le aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei protocolli d'intesa di cui al comma 1.

(87) Comma così modificato dall'art. 17, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.


AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER

(Art. 33 L.R.T. 24 febbraio 2005 n. 40)

Viale Pieraccini, 24 - 50139 FIRENZE

C.F. P.Iva 02175680483

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: U.O. ACQUISIZIONE RISORSE MATERIALI E TECNICHE
DISPOSIZIONE DIRIGENZIALE

 N° **75** DEL **26 FEB. 2013**
OGGETTO: Contratti di fornitura di beni e servizi: ricognizione degli esiti delle azioni conseguenti alla Spendig Review ed integrazione budget per adeguamento a nuovi fabbisogni.
Struttura proponente: U.O. Acquisizioni Risorse Materiali e Tecniche
Il Responsabile del Procedimento: Dr.ssa Sandra Colombo
Importo spesa: € 74.733,00 Iva inclusa
Il presente atto si compone di n. 2 fogli e
Allegati n. _____
Inviata a:
 Collegio sindacale in data _____

Affissa all'albo di pubblicità degli atti
Dal _____ al _____
Da partecipare a:

- SEGRETERIA DIREZIONE GENERALE
- DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
- RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE
- ACQUISIZIONE RISORSE MATERIALI E TECNICHE: sett. Alberghiero economale _____
- RISORSE UMANE: sett. _____
- SEZ. ESTAV STIPENDI
- AFFARI GENERALI E LEGALI
- STAFF DIREZIONE GENERALE
- DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
- SEZIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
- DIREZIONE. INFERMIERISTICA
- DIREZIONE TECNICO SANITARIA
- COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
- D.A.I.
- CDR SANITARIO
- Struttura _____
- OO.SS.

IL DIRIGENTE DELLA U.O. ACQUISIZIONE RISORSE MATERIALI E TECNICHE

RICHIAMATO l'Atto Aziendale adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 370 del 31.12.2010.

RICHIAMATE le deliberazioni nn. 167 del 15.06.2011 e 337 del 25.11.2011 con le quali vengono assunti provvedimenti attuativi dell'Atto Aziendale in relazione alla attivazione dei DAI ed alla conferma/riassetto delle strutture organizzative complesse e semplici dipartimentali.

VISTE le deliberazioni nn. 10 del 8.3.2002, n. 43 del 9.5.2003 e n. 58 del 25.06.2009, relative ai poteri conferiti ai dirigenti dell'Azienda in merito all'adozione di atti amministrativi;

VISTA la deliberazione G.R.T. n. 1021 del 17.10.2005 con la quale è stata disposta la costituzione degli Enti per i Servizi Tecnico - amministrativi di Area Vasta ESTAV ed un primo trasferimento di funzioni ai sensi dell'art. 141 della L.R.T. n. 40/2005, tra le quali in via esclusiva le funzioni di acquisto di beni e servizi necessari al funzionamento delle Aziende Sanitarie.

RICHIAMATI i Provvedimenti Dirigenziali Estav Centro:

- n. 587 del 1 dicembre 2008 (recepito con Disposizione Dirigenziale n. 19 del 4 febbraio 2009), con il quale è stato aggiudicato all'ATI Servizi Italia – Servizi Ospedalieri – SO.GE.SI e Lavanderie dell'Alto Adige, il servizio di "Lavano", per un periodo di quattro anni, decorrenti dal 01.02.2009 – il tutto per un importo complessivo di € 3.728.830,06 Iva compresa;
- n. 270 del 10 maggio 2011 (recepito con Disposizione Dirigenziale n. 85 del 31 agosto 2011) con il quale è stato aggiudicato, alla società Team Ambiente spa, per il periodo di cinque anni (decorrenti a far data dal 01/09/2011), il servizio di raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti speciali prodotti dalle Aziende dell'Area Vasta Centro – il tutto per un importo complessivo di € 1.448.832,00 Iva inclusa;
- n. 206 del 24 aprile 2012 (recepito con Disposizione Dirigenziale n. 65 del 22 maggio 2012) con il quale l'Estav Centro, ha disposto, per il periodo 01.05.2013 – 30.04.2014, il rinnovo, agli stessi patti e condizioni, del contratto relativo al "Servizio di Mediazione Linguistico/Culturale", già in essere presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer e svolto dal Raggruppamento Temporaneo di Imprese - costituito dal "CONSORZIO METROPOLI società cooperativa sociale Onlus" (quale mandataria) e da "ARCI Comitato Territoriale di Firenze" (quale mandante), per un importo complessivo pari ad € 192.937,91 Iva inclusa;
- n. 521 del 5 agosto 2010 (recepito con Disposizione Dirigenziale n. 119 del 26 novembre 2010) con il quale l'Estav Centro, ha affidato alla ATI "CO&SO Consorzio per la Cooperazione e la Solidarietà – Empolese, Valdelsa, Valdarno – Società Cooperativa Sociale" e "CO&SO Consorzio per la Cooperazione e la Solidarietà – Firenze – Società Cooperativa Sociale", il servizio di accoglienza presso il pronto soccorso dei presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie, per un periodo di tre anni (a far data dal 01/12/2010) per un importo complessivo di € 334.065,60 Iva inclusa;
- n. 73 del 26.03.2007 (recepito con Disposizione Dirigenziale n. 12 del 17.10.2007) - con il quale l'Estav Centro ha aggiudicato un servizio di vigilanza con g.p.g. armata, venuto a scadenza il 31.05.2012;
- n. 302 del 18 maggio 2010 (recepito con Disposizione Dirigenziale n. 84 dell'11 agosto 2010) con il quale l'Estav Centro ha aggiudicato al Consorzio stabile "GRUPPO SERVIZI

- ASSOCIATI SOC. CONS. P.A.”, il servizio di vigilanza antincendio, con scadenza fissata per il 30.06.2013 – il tutto per un importo complessivo 542.998,94 iva inclusa;
- n. 800 del 14 dicembre 2010 (recepito con Disposizione Dirigenziale n. 62 del 27 maggio 2011) con il quale l'Estav Centro ha affidato, alla società “GICO SYSTEMS Srl”, il servizio relativo alla gestione degli animali infestanti ed indesiderati di interesse igienico sanitario, da svolgersi per il periodo 1 marzo 2011 – 28 febbraio 2016, presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, per un importo complessivo quinquennale pari ad € 210.312,00 Iva compresa;
 - n. 193 del 07 maggio 2008 (recepito con Disposizione Dirigenziale n. 75 del 06.11.2008) con il quale l'Estav Centro ha aggiudicato, per il periodo di cinque anni (a far data dal 01.06.2008 e pertanto sino al 31.05.2013) alla società Dussmann Service S.r.l., il servizio di ristorazione (comprensivo della fornitura di arredi e attrezzature tecniche per la mensa aziendale) – il tutto per un importo complessivo di € 4.414.335,63 iva inclusa;
 - n. 854 del 30 dicembre 2010 (recepito con Disposizione Dirigenziale n. 54 del 6 maggio 2011) con il quale l'Estav Centro ha affidato al C.N.S. il servizio di pulizia, sanificazione e servizi integrati da svolgersi presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer per il periodo di quattro anni decorrenti dal 1° aprile 2011 – il tutto per un corrispettivo complessivo di € 8.362.282,27 iva inclusa;
 - n. 3 del 21 marzo 2011 (recepito del pari con Disposizione Dirigenziale n. 54/2011) con il quale Estav Centro ha autorizzato il subappalto richiesto dal C.N.S a favore della società COOPSERVICE Soc. Coop. p.a. per lo svolgimento del servizio di pulizia, sanificazione e servizi integrati presso l'Azienda O. U. Meyer a far data dal 01/04/2011;
 - n. 249 del 27 luglio 2006, relativo all'affidamento (per il periodo 01.10.2006 - 31.03.2008, di poi prorogato con i provvedimenti Dirigenziali n. 44 del 26.09.2008, n. 362 del 16.06.2009, n. 640 del 29.10.2009, n. 176 del 23.03.2010, n. 18 del 14 gennaio 2011, n. 162 del 28 marzo 2011, n. 548 del 30 settembre 2011 e n. 144 del 21 marzo 2012 sino al 31.12.2012) alla società “ITALARCHIVI s.r.l., del servizio di archiviazione documenti sanitari ed amministrativi;
 - n. 248 del 16 maggio 2012 (recepita con Disposizione Dirigenziale n. 95 dell' 11 ottobre 2012) con il quale l'Estav Centro ha affidato, sino al 31.03.2014, alla Cooperativa Co.D.A.S. ed al Bar Abbecedario, il “servizio colazione donatori sangue” - il tutto per un importo complessivo di € 11.000,00 iva compresa.

CONSIDERATO che:

- per i contratti di “Lavanolo”, “servizio di raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti speciali”, “Servizio di Mediazione Linguistico/Culturale”, “servizio di accoglienza presso il pronto soccorso”, “servizio di vigilanza antincendio” e “servizio relativo alla gestione degli animali infestanti ed indesiderati di interesse igienico sanitario” le contrattazioni, poste in essere da Estav Centro, ex Legge n. 135/2012, al fine di ridurre i costi, non hanno dato, per l'anno 2012, esiti positivi;
- al contrario, questa Azienda, avendo posto autonomamente in essere azioni di controllo e riduzione dei costi, sempre ai sensi della Legge n. 135/2012, ha ottenuto i seguenti risultati:
 - quanto al servizio di Lavanolo: le azioni di riduzione delle “giornate di degenza in Day Hospital”, effettuate tramite la puntuale verifica dei pazienti che effettivamente hanno utilizzato un posto letto, e la riorganizzazione del servizio “vestizione operatori”, hanno evidenziato, per l'anno 2012, un risparmio di circa € 49.115,00

Iva inclusa, (risparmio che emerge dal confronto tra il costo del servizio sostenuto per l'anno 2012 - pari ad € 1.278.000,00 Iva inclusa circa, e quello del 2011 - pari a complessivi € 1.327.115,00 Iva inclusa);

- quanto al servizio di raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti speciali: l'aggiornamento del personale (ottenuto anche con l'attivazione del servizio di consulenza, offerto quale "proposta migliorativa del servizio" per la riduzione dei rifiuti speciali e l'aumento della raccolta indifferenziata) ha determinato che la spesa per l'anno 2012 (pari ad € 269.581,00 Iva inclusa) sia risultata inferiore di € 6.744,00 Iva inclusa rispetto a quella sostenuta nel corso del 2011 (pari ad € 276.325,00 Iva inclusa) e di € 11.662,00 Iva inclusa rispetto a quella preventivata per l'anno 2012 in sede di gara (pari ad € 281.243,00 Iva inclusa);
- quanto al servizio di Mediazione Linguistico/Culturale: la variazione del "calendario del servizio di presenza fissa" e l'ottimizzazione degli "interventi a chiamata", hanno comportato che la spesa sostenuta nell'anno 2012 (pari ad € 91.729,00 Iva inclusa) sia risultata inferiore di € 3.646,00 Iva inclusa rispetto a quella sostenuta nel corso del 2011 (pari ad € 95.375,00 Iva inclusa) e di € 4.740,00 Iva inclusa rispetto a quella preventivata per l'anno 2012 in sede di rinnovo (pari ad € 96.469,00 Iva inclusa);
- quanto al servizio di accoglienza presso il pronto soccorso: la riduzione, a far data dal 1° ottobre 2011, dell'orario di servizio e di ulteriori 3 ore nei giorni feriali, a far data dal 1° novembre 2012, ha comportato che la spesa sostenuta nell'anno 2012 (pari ad € 86.158,00 Iva inclusa) sia risultata inferiore di € 19.651,00 Iva inclusa rispetto a quella sostenuta nel corso del 2011 (pari ad € 105.809,00 Iva inclusa) e di € 25.197,00 Iva inclusa rispetto a quella prevista in sede di gara (pari ad € 111.355,00 Iva compresa);
- quanto ai servizi di vigilanza armata e di vigilanza antincendio: anche al fine di evitare una duplicazione e/o sovrapposizione delle competenze comuni ai due servizi, è stata presa la decisione di incrementare il contratto relativo al servizio di vigilanza antincendio e di rinunciare al servizio di vigilanza armata - scelta che ha determinato, nel corso del 2012, un risparmio di € 11.552,00 Iva inclusa. Tale importo costituisce la differenza tra il costo che questa Azienda avrebbe dovuto sostenere per il servizio di vigilanza armata a partire dalla scadenza del contratto (pari ad € 61.569,00 Iva inclusa) e quanto ha sostenuto per l'incremento del servizio di vigilanza antincendio svolto nello stesso periodo (€ 50.016,00);
- quanto al servizio relativo alla gestione degli animali infestanti ed indesiderati di interesse igienico sanitario: la riduzione del costo del servizio nel 2012 è stata ottenuta mediante la quotazione di alcune proposte migliorative (che erano state offerte in sede di gara e mai attivate) e la decurtazione di tali somme dall'importo contrattuale. Ciò ha comportato un risparmio di € 1.082,00 Iva compresa sull'importo annuale di € 42.062,00 Iva compresa.

PRESO ATTO che:

- con riferimento al servizio di ristorazione: le azioni di controllo e riduzioni dei costi, contrattate dall'Azienda direttamente con la società appaltatrice (quali la riduzione dei prezzi unitari del "pasto degente" e del "pasto mensa" e l'eliminazione del costo del "servizio di prenotazione pasti" - che verrà meno solo a far data dall'eventuale rinnovo del contratto) porteranno ad un significativo risparmio di spesa nel corso del 2013, mentre, per ciò che attiene il 2012, il maggior controllo effettuato sui consumi non ha comportato

un significativo ed evidente risparmio di spesa, anzi, a causa di un fisiologico incremento di richiesta del servizio, i budget assunti sul bilancio 2012 risultano insufficienti a coprire gli effettivi fabbisogni e richiedono una integrazione di complessivi € 17.100,00 Iva compresa;

- con riferimento al servizio di pulizie e sanificazione: nonostante le azioni di controllo e riduzione dei costi, intraprese alla fine dell'anno 2012 - quali la riduzione della frequenza delle pulizie nelle aree non sanitarie e la riduzione delle pulizie straordinarie – l'attivazione del nuovo servizio di pulizie presso la "Cell Factory" e le pulizie straordinarie svolte nella prima parte del 2012, hanno comportato un incremento della spesa prevista per il 2012 di € 39.500,00 Iva compresa, richiedendo, pertanto l'integrazione del budget stanziato sul Bilancio 2012;
- con riferimento al servizio di archiviazione: in considerazione della scadenza del contratto al 31.12.2012 ed in considerazione, anche, del fatto che i prezzi unitari sono di molto inferiori agli attuali prezzi di mercato - in quanto riferiti ad una gara risalente al 2006 - non è stato possibile intraprendere azioni di ricontrattazione dei prezzi unitari. Per quanto attiene, invece, al fabbisogno, quello attuale risulta di molto superiore rispetto a quello indicato in sede di gara del 2006; tale dato non è mai stato oggetto di adeguamento nel corso delle trattative propedeutiche ai numerosi rinnovi contrattuali, pertanto, il budget stanziato sul Bilancio 2012 si è di fatto rivelato insufficiente a coprire gli effettivi fabbisogni rendendosi necessaria una integrazione di € 17.375,00 Iva compresa;
- con riferimento al "servizio colazione donatori sangue": il numero presunto di donatori comunicato ad Estav in sede di adesione alla gara, relativamente all'anno 2012, si è rivelato sotto stimato di circa 300 unità. Ciò ha comportato che anche il budget stanziato sul Bilancio 2012 si è rivelato insufficiente a coprire gli effettivi fabbisogni, richiedendo una integrazione di € 758,00 Iva compresa.

PRESO ATTO inoltre che, nonostante il sopra descritto incremento di € 74.733,00 Iva compresa, le azioni di spending review poste in essere negli ultimi mesi del 2012 (che hanno comportato un risparmio di € 91.760,00 Iva compresa rispetto alla spesa sostenuta nel 2011) hanno consentito comunque di ottenere un risparmio complessivo di € 17.027,00 Iva compresa.

RILEVATA la regolarità dello svolgimento dell'istruttoria ai sensi e per gli effetti dell'art.6 Legge n. 241/90, attestata mediante sottoscrizione nel frontespizio del presente atto del responsabile del procedimento.

DISPONE

Per quanto espresso in narrativa che qui espressamente si richiama

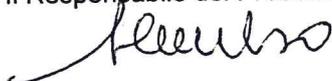
1. Di dare atto delle azioni di controllo, ricontrattazione e riduzione dei costi effettuate da questa Azienda ai sensi della Legge n. 135/2012, relativamente ai principali contratti per servizi;
2. Di integrare, per complessivi € 74.733,00 oneri fiscali inclusi, i budget relativi ai servizi di ristorazione, pulizie e sanificazione, archiviazione e servizio "colazione donatori sangue" già assunti sul bilancio 2012, come segue:

- CNRI 4202401010/ALB/RA080075 € 11.300,00 pasti degenti > 11.300,00
 - CNRI 4202401020/ALB/RA080075 € 5.800,00 mensa dipendenti 5.800,00
 - CNRI 4202404000/ALB/RA110054 € 39.500,00 servizio pulizie ✓
-
- CNRI 4202411060/ALB/RA110104 € 17.375,00 archiviazione
 - CNRI 4202411060/ALB/RA120095 € 758,00 colazioni donatori

IL DIRIGENTE
(Dr. Giorgio Nencioni)



Il Responsabile del Procedimento





REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 06-09-2016 (punto N 34)

Delibera N 877 del 06-09-2016

Proponente

STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Moraldo NERI

Estensore LUCA GIORGETTI

Oggetto

Approvazione dei bilanci d'esercizio al 31.12.2014 delle Aziende Sanitarie della Toscana.

Presenti

VITTORIO BUGLI	VINCENZO CECCARELLI	STEFANO CIUOFFO
FEDERICA FRATONI	MARCO REMASCHI	MONICA BARNI

Assenti

ENRICO ROSSI	CRISTINA GRIECO	STEFANIA SACCARDI
--------------	-----------------	-------------------

ALLEGATI N°35

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
1	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 1 Bilancio esercizio 2014
10	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 10 Bilancio esercizio 2014
11	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 11 Bilancio esercizio 2014
12	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 12 Bilancio esercizio 2014

13	Si	Cartaceo+Digitale	AOU PI Bilancio esercizio 2014
14	Si	Cartaceo+Digitale	AOU SE Bilancio esercizio 2014
15	Si	Cartaceo+Digitale	AOU CA Bilancio esercizio 2014
16	Si	Cartaceo+Digitale	AOU ME Bilancio esercizio 2014
17	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 1 Rel CS Bilancio es 2014
18	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 2 Rel CS Bilancio es 2014
19	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 3 Rel CS Bilancio es 2014
2	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 2 Bilancio esercizio 2014
20	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 4 Rel CS Bilancio es 2014
21	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 5 Rel CS Bilancio es 2014
22	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 6 Rel CS Bilancio es 2014
23	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 7 Rel CS Bilancio es 2014
24	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 8 Rel CS Bilancio es 2014
25	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 9 Rel CS Bilancio es 2014
26	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 10 Rel CS Bilancio es 2014
27	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 11 Rel CS Bilancio es 2014
28	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 12 Rel CS Bilancio es 2014
29	Si	Cartaceo+Digitale	AOU PI Rel CS Bilancio es 2014
3	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 3 Bilancio esercizio 2014
30	Si	Cartaceo+Digitale	AOU SE Rel CS Bilancio es 2014
31	Si	Cartaceo+Digitale	AOU CA Rel CS Bilancio es 2014
32	Si	Cartaceo+Digitale	AOU ME Rel CS Bilancio es 2014
33	Si	Cartaceo+Digitale	Relazioni società revisione
34	Si	Cartaceo+Digitale	Sintesi schemi SP 2014
35	Si	Cartaceo+Digitale	Sintesi schema CE 2014
4	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 4 Bilancio esercizio

5	Si	Cartaceo+Digitale	2014 AUSL 5 Bilancio esercizio 2014
6	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 6 Bilancio esercizio 2014
7	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 7 Bilancio esercizio 2014
8	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 8 Bilancio esercizio 2014
9	Si	Cartaceo+Digitale	AUSL 9 Bilancio esercizio 2014

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 in particolare l'articolo 10, comma 3, lettera b);

Viste le deliberazioni dei Direttori Generali delle aziende sanitarie toscane aventi ad oggetto l'adozione dei bilanci di esercizio al 31 Dicembre 2014 delle rispettive aziende;

Considerato che i bilanci di esercizio 2014 delle aziende sanitarie toscane risultano costituiti da Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa e sono corredati dalla Relazione del Direttore Generale;

Verificato che i Bilanci di esercizio 2014 delle aziende sanitarie toscane sono stati redatti tenuto conto di quanto previsto dal D.Lgs n°118/2011 e dai principi contabili nazionali e regionali vigenti;

Viste le relazioni dei Collegi Sindacali ai bilanci di cui sopra;

Viste le risultanze delle certificazioni da parte di qualificate società di revisione contabile incaricate, scelte con procedura di evidenza pubblica tra quelle iscritte all'albo CONSOB, nell'ambito dell'implementazione del processo di certificazione adottato volontariamente dalla Regione Toscana già a partire dall'anno 2002:

- AUSL 1 di Massa e Carrara;
- AUSL 2 di Lucca;
- AUSL 3 di Pistoia;
- AUSL 4 di Prato;
- AUSL 5 di Pisa;
- AUSL 6 di Livorno;
- AUSL 7 di Siena;
- AUSL 8 di Arezzo;
- AUSL 9 di Grosseto;
- AUSL 10 di Firenze;
- AUSL 11 di Empoli;
- AUSL 12 di Viareggio;
- AOU Pisana;
- AOU Careggi;
- AOU Senese;
- AOU Meyer.

Dato atto inoltre che su ogni bilancio è stata effettuata una specifica e approfondita istruttoria tecnica da parte dell'ufficio competente, secondo quanto previsto dalla DGR 20/5/2013 n°366, e che tali istruttorie hanno avuto esito positivo;

Dato atto altresì che la Regione Toscana è risultata adempiente a tutti i precedenti Tavoli di verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005 ad oggi definiti;

Considerato che il risultato civilistico complessivo dell'esercizio delle aziende sanitarie per l'anno 2014 è pari ad Euro -22.074.975,00;

Richiamato il fatto che tale perdita è di natura esclusivamente tecnica, poiché derivante da insussistenze di attivo per complessivi € 34.925.740,86 relative al payback per la spesa farmaceutica ospedaliera 2013, così come evidenziato dalla DGR 1342/2015, con la quale è stata stabilita l'assegnazione finale di risorse alle aziende sanitarie a valere sull'esercizio 2014, in quanto somma non è stata considerata iscrivibile, da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, tra i ricavi nell'anno di competenza nonostante l'emanazione del D.L. 179/2015, in

conseguenza del fatto che non era stata iscritta all'interno del bilancio regionale 2013, né incassata nel corso di tale esercizio;

Richiamato altresì il fatto che l'insussistenza di attivo generata dallo storno dai crediti delle aziende sanitarie di tale somma, è stata neutralizzata dallo storno del corrispondente debito nel bilancio della Gestione Sanitaria Accentrata (G.S.A.), che ha prodotto una sopravavvenienza attiva di pari importo, e che pertanto il risultato economico consolidato del Servizio Sanitario Regionale 2014 risulta positiva, e che la suddetta somma potrà essere successivamente assegnata alle Aziende Sanitarie a titolo di "ripiano perdite";

Ritenuto pertanto di dover procedere all'approvazione dei bilanci dell'esercizio 2014 delle Aziende Sanitarie;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare i bilanci di esercizio al 31 dicembre 2014 delle Aziende sanitarie, corredati dalle Relazioni dei relativi Collegi Sindacali (Allegati 1-32) e delle relazioni delle società di revisione incaricate (Allegato 33), il cui risultato riporta un saldo complessivo pari ad Euro -22.074.975,00, ricordando che tale perdita è di natura esclusivamente tecnica, in quanto derivante dalle insussistenze di attivo, richiamate in narrativa, registrate dalle Aziende Sanitarie, e che il risultato economico consolidato 2014 del S.S.R., come verrà evidenziato in un successivo specifico atto, è comunque positivo;

2. di evidenziare le risultanze economiche e patrimoniali 2014 delle Aziende Sanitarie riportandole sinteticamente (Allegati 34 e 35);

3. di incaricare la Segreteria della Giunta regionale di dare comunicazione al Consiglio regionale dell'avvenuta approvazione degli atti di bilancio in oggetto ai sensi dell'articolo 10, comma 3, lettera b) della legge regionale 40/2005 e di trasmettere al Consiglio regionale gli atti di bilancio medesimi.

Il presente atto è pubblicato sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 della L.R. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile
MORALDO NERI

Il Direttore
MONICA PIOVI

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER
 (Art. 33 L.R.T. 24 febbraio 2005 n. 40)
 Viale Pieraccini, 24 - 50139 FIRENZE
 C.F. P.Iva 02175680483

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° **201** DEL **25 GIU. 2012**

OGGETTO: Istituzione della Commissione Aziendale per i Dispositivi Medici	
IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE	NO
Struttura proponente: DIREZIONE SANITARIA	Da partecipare a:
Il Dirigente proponente: _____	> SEGRETERIA DIREZIONE GENERALE
Il Responsabile del Procedimento: _____	> DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
Importo spesa: € /	> RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE
Il presente atto si compone di n. <u>1</u> fogli e Allegati n. <u>/</u>	> ACQUISIZIONE RISORSE MATERIALI E TECNICHE: sett. _____
Inviata a:	> RISORSE UMANE sett. _____
<input type="checkbox"/> Collegio sindacale In data _____	> SEZ. ESTAV STIPENDI
<input type="checkbox"/> Giunta Regionale Toscana in data _____	> <input checked="" type="checkbox"/> AFFARI GENERALI E LEGALI
<input type="checkbox"/> Approvata Giunta regionale con decisione n. _____ del _____	> STAFF DIREZIONE GENERALE
Affissa all'albo di pubblicità degli atti	> DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
Dal <u>04 LUG. 2012</u> ¹² al <u>18 LUG. 2012</u> ¹	> SEZIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
Divenuta esecutiva dal <u>19 LUG. 2012</u> ¹	> DIREZIONE INFERMIERISTICA
	> DIREZIONE TECNICO SANITARIA
	> COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
	> D.A.I.
	> CDR SANITARIO
	> Struttura _____
	> OO.SS.

In datanella sede dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria Meyer

IL DIRETTORE GENERALE
 Dott. Tommaso Langiano
 (D.P.G.R.T. n. 81 del 21 aprile 2009)

VISTO il D. Lgs. n. 30/12/1992 n. 502 e sue successive modifiche ed integrazioni e la L. R. Toscana 40 del 24/02/2005 di disciplina del Servizio Sanitario Regionale.

RICHIAMATI:

- il D.lgs. n. 46 del 24 febbraio 1997 "Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici;
- il D. lgs. n. 507 Del 14 dicembre 1992 "Attuazione della direttiva 90/385/CEE concernente il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi ";
- il D. lgs., n. 37 del 25.01.2010 "Attuazione della direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi."

DATO ATTO che, il costante aumento di dispositivi disponibili, soprattutto tecnologicamente più avanzati e complessi e le conseguenti problematiche connesse al loro uso sicuro ed efficace, richiede che i dispositivi medici (D.M.) siano trattati sullo stesso piano di valutazione scientifica ed economica del farmaco.

RAVVISATA pertanto la necessità di costituire presso questa Azienda Ospedaliera un apposito organismo, avente competenze multidisciplinari, denominato "Commissione Aziendale per i Dispositivi Medici" (CADM) al fine di supportare la Direzione Aziendale nella formulazione di programmi in grado di razionalizzare ed attivare strategie utili per affrontare le problematiche connesse ad un uso corretto, sicuro ed efficace di tutti i D.M., composto dalle seguenti figure professionali:

- Direttore Sanitario o Medico della Direzione Sanitaria suo delegato, con funzioni di Presidente;
- Un Farmacista;
- Componenti della Task Force Aziendale (TFA) Sanitaria;
- Un componente del controllo di Gestione;
- Un componente dell'U.O. Acquisizione Risorse Materiali e Tecniche (ARMT).

RITENUTO di procedere successivamente alla nomina degli operatori componenti la suddetta Commissione, tramite lettera del Direttore Generale su designazione del Direttore Sanitario.

VISTA la bozza di regolamento per il funzionamento della CADM, allegato N. 1 al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale e ritenuto di approvarla.

DATO ATTO della regolarità dello svolgimento dell'istruttoria ai sensi e per gli effetti dell'art.6 Legge n. 241/90, attestata mediante sottoscrizione nel frontespizio del presente atto del responsabile del procedimento.

CON la sottoscrizione del presente atto da parte del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 229/99.

DELIBERA

Per quanto esposto in narrativa che espressamente si richiama,

1) Di istituire la "Commissione Aziendale per i Dispositivi Medici" (CADM), al fine di supportare la Direzione Aziendale nella formulazione di programmi in grado di razionalizzare ed attivare strategie utili per affrontare le problematiche connesse ad un uso corretto, sicuro ed efficace di tutti i dispositivi medici, nella composizione di seguito indicata;

- Direttore Sanitario o Medico della Direzione Sanitaria suo delegato, con funzioni di Presidente;
- Un Farmacista;
- Componenti della Task Force Aziendale (TFA) Sanitaria;
- Un componente del controllo di Gestione;
- Un componente dell'U.O. Acquisizione Risorse Materiali e Tecniche (ARMT).

2) Di procedere successivamente alla nomina degli operatori componenti la suddetta Commissione, tramite lettera del Direttore Generale su designazione del Direttore Sanitario.

3) Di approvare il regolamento di funzionamento della CADM, secondo lo schema Allegato N. 1 alla presente deliberazione a formarne parte integrante e sostanziale.

4) Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L. R. Toscana n. 40/2005 contemporaneamente all'inoltro all'albo di pubblicità degli atti di questa A.O.U. Meyer.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

D^r. Matteo Sammartino



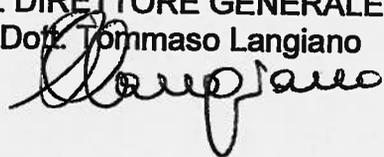
IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Monica Frassinetti



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Tommaso Langiano



COMMISSIONE AZIENDALE DISPOSITIVI MEDICI-MEYER

REGOLAMENTO

INTRODUZIONE

Il costante aumento di dispositivi disponibili, soprattutto tecnologicamente più avanzati e complessi e le conseguenti problematiche connesse al loro uso sicuro ed efficace fa sì che i dispositivi medici (D.M.) siano condotti sullo stesso piano di valutazione scientifica ed economica del farmaco.

La Commissione Aziendale per i Dispositivi Medici (CADM), si configura come organismo essenziale per l'attivazione di questo processo per permettere l'introduzione di nuovi dispositivi solo dopo una valutazione con modalità di Health Technology Assessment, in collegamento con altri organismi analoghi a livello di Area Vasta e a livello regionale e nazionale.

Sono ben definiti da tre principali riferimenti normativi:

- D.lgs. n. 46 del 24 febbraio 1997 "Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici.
- D. lgs. n. 507 Del 14 dicembre 1992 "Attuazione della direttiva 90/385/CEE concernente il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi".
- D. lgs., n. 37 del 25.01.2010 "Attuazione della direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi."

La CADM si prefigge il compito di supportare la Direzione Aziendale nella formulazione di programmi in grado di razionalizzare ed attivare strategie utili per affrontare le problematiche connesse ad un uso corretto, sicuro ed efficace di tutti i D.M., con particolare attenzione a quelli tecnologicamente più avanzati e complessi.

RUOLO DELLA CADM

- Definire il Repertorio Aziendale dei dispositivi medici, a partire da quelli già in utilizzo nella AOUM.
- Prendere in esame le richieste di acquisizione di nuovi D.M., presentate mediante una relazione dettagliata, motivata e firmata dal Responsabile di Dipartimento.
- Effettuare una valutazione tecnica sui requisiti dei D.M. proposti, per il loro inserimento nel prontuario aziendale, esprimendo un parere sull'utilizzabilità con frequenza standard o straordinaria secondo le caratteristiche specifiche. Per ogni D.M. la valutazione comprenderà almeno i seguenti aspetti:
 - Presenza di D.M. con le stesse caratteristiche già oggetto di aggiudicazione nelle gare di Area Vasta in corso di validità;
 - Vantaggi nelle metodiche di uso e benefici clinici compresi minore incidenza di effetti collaterali a parità di efficacia;
 - Innovatività dei materiali e delle modalità di utilizzo, comprensiva degli aspetti che possono migliorare l'impatto gestionale ed organizzativo e la sicurezza d'uso per pazienti ed operatori;
 - Rapporto costo/beneficio favorevole.
- Valutare l'impatto complessivo sull'intero processo diagnostico/terapeutico in cui il D.M. viene ad incidere, così da poterne monitorare ed analizzare i consumi e la spesa per aree omogenee di utilizzo, al fine di un impiego più razionale ed appropriato, nel rispetto del processo assistenziale e della sostenibilità aziendale.

- Effettuare una revisione periodica dei D.M. in uso, analizzando l'inserimento o l'esclusione di taluni D.M. dal Repertorio Aziendale, tenendo conto sia dell'efficacia e della sicurezza documentate, ma anche del costo del nuovo D.M., in rapporto ai prodotti o alle tecniche già in uso nella AOUM per l'intervento considerato.
- Fornire ai clinici utilizzatori un supporto per l'uso sicuro ed appropriato dei D.M. presenti nel Repertorio.
- Rispondere alle eventuali richieste dei sanitari dell'AOUM per monitoraggi ad hoc su alcuni dispositivi e sulla richiesta di maggiori informazioni,
- Supportare i clinici e la Direzione nell'elaborazione e la disseminazione di protocolli terapeutici e diagnostici aziendali condivisi e nelle indagini di mercato.

COMPOSIZIONE

Poiché gli obiettivi sono di ampia complessità e largo interesse la commissione, nominata con atto deliberativo dalla Direzione Generale, è un organismo che necessita di competenze multidisciplinari: è composto pertanto da membri permanenti e membri temporanei, questi ultimi con ruolo di consulenti, invitati sulla base del supporto professionale che possono fornire in base agli argomenti da esaminare.

Il Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario nomina i nuovi membri in caso di integrazione di competenze o sostituzione di componenti esistenti.

Membri permanenti e ruoli

- **Presidente:** Direttore Sanitario o Medico della Direzione Sanitaria da lui delegato
- **Farmacista:** responsabile dell'istruzione del fascicolo
- **Componenti della Task Force Aziendale (TFA) Sanitaria:** supporto dell'attività degli altri componenti e valutazione delle competenze
- Un componente del controllo di Gestione
- Un componente dell'U.O. Acquisizione Risorse Materiali e Tecniche (ARMT)

Le assenze dai membri permanenti alla riunione, devono essere giustificate in forma scritta (fax, mail, posta), e comunicate alla segreteria almeno tre giorni prima della stessa. Se il componente assente è designato a relazionare su uno specifico tema, deve, sempre tre giorni prima della riunione, inviare una propria relazione scritta, che sarà poi presentata all'incontro.

Nel caso in cui si verificano 3 assenze consecutive non giustificate, viene a decadere, automaticamente, la nomina a membro permanente.

All'occorrenza tutti i sanitari possono essere chiamati come consulenti; ad ogni operatore proponente l'acquisizione verrà data l'opportunità di relazionare la propria richiesta; alla valutazione di ogni D.M. interverrà il Direttore di Dipartimento interessato o suo delegato.

SEDE

La sede della CADM è presso la Direzione Sanitaria.

ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DELLA CADM

La commissione si riunisce ogni mese e, comunque può, in caso di necessità, riunirsi al di fuori della normale cadenza suddetta. La convocazione è fatta dalla segreteria via e-mail.

Affinché le riunioni siano valide, devono essere presenti la metà più uno dei componenti; nel momento in cui si debba procedere ad una votazione per l'assunzione di decisioni, queste sono assunte con votazione a maggioranza assoluta, 50% + 1.

La segreteria scientifica, parte attiva della CADM, raccoglie le richieste di inserimento/eliminazione/sostituzione dei D.M. inviate dai reparti/servizi, e prepara l'ordine del giorno della riunione seguente. Tali richieste sono esaminate solo se formulate con apposita relazione scritta, e trasmesse insieme alla documentazione bibliografica.

I D.M. in questione sono esaminati prima dalla segreteria scientifica, dal Farmacista e dai membri della T.F.A che valutano:

- la necessità di avere ulteriori informazioni da parte dei richiedenti,
- il costo del prodotto richiesto.

Preparano per ciascuno dei D.M. richiesti una relazione tecnico/scientifica, con riferimenti alla letteratura disponibile, con il materiale fornito dagli stessi richiedenti.

Almeno quindici giorni prima della riunione, la segreteria provvede a convocare la riunione per iscritto, con l' "ordine del giorno" .Tale convocazione è inviata a tutti i membri permanenti e ai consulenti scelti per il caso.

Saranno oggetto della valutazioni della CADM tutti i D.M. richiesti, sia quelli non ancora oggetto delle gare di Area Vasta che quelli già acquisibili, quelli da utilizzare per nuove procedure o quelli che, pur destinati a procedure già in essere, rappresentano una innovazione.

In caso che l'acquisto del nuovo D.M. ipotizzi una variazione in aumento della spesa che incida sul limite di budget assegnato al D.A.I, il Responsabile di Dipartimento deve prima chiedere l'autorizzazione a procedere alla Direzione Generale .

VERBALI

Al termine di ogni riunione, le segreteria ne redige il verbale e lo trasmette, via e-mail, ai componenti, i quali faranno pervenire le loro eventuali osservazioni entro tre giorni precedenti alla riunione successiva, nella quale il verbale verrà letto, approvato e sottoscritto.

La stesura del verbale è fatta entro 10 giorni dalla riunione.

I verbali approvati sono consultabili presso la segreteria della CADM.



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 19-07-2016 (punto N 40)

Delibera N 707 del 19-07-2016

Proponente

STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Maria Teresa MECHI

Estensore NICOLA CARUSO

Oggetto

Rete Pediatrica Regionale. Riorganizzazione ai sensi della L.R. n. 84/2015.

Presenti

ENRICO ROSSI	VITTORIO BUGLI	VINCENZO CECCARELLI
STEFANO CIUOFFO	FEDERICA FRATONI	CRISTINA GRIECO
STEFANIA SACCARDI	MONICA BARNI	

Assenti

MARCO REMASCHI

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
1	Si	Cartaceo+Digitale	Governance Rete Pediatrica

STRUTTURE INTERESSATE

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, approvato con Delibera del Consiglio Regionale n. 91 del 5 novembre 2014, che al paragrafo 2.1.5 “il diritto di crescere in salute” oltre a confermare gli obiettivi strategici della sicurezza del neonato e della donna, della continuità dell’assistenza pubblica nel percorso nascita e del rispetto della fisiologia della gravidanza, del parto e del puerperio, promuove e sostiene percorsi e reti di servizi che garantiscano l’appropriatezza del percorso nascita;

Vista la L.R. 29 dicembre 2015 n. 84, che riordina l’assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale, modificando la L.R. 24 febbraio 2005 n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale” con particolare riferimento ai seguenti articoli:

- Art. 83 L.R. n. 84/2015 - Aziende sanitarie di nuova istituzione
 1. Le aziende unità sanitarie locali (USL) di nuova istituzione di cui all’articolo 32 della l.r. 40/2005 operano a decorrere dal 1° gennaio 2016.
 2. Le aziende USL 1 di Massa e Carrara, USL 2 di Lucca, USL 3 di Pistoia, USL 4 di Prato, USL 5 di Pisa, USL 6 di Livorno, USL 7 di Siena, USL 8 di Arezzo, USL 9 di Grosseto USL 10 di Firenze, USL 11 di Empoli, USL12 di Viareggio sono soppresse alla data del 31 dicembre 2015.
 3. Le aziende unità sanitarie locali di nuova istituzione, a decorrere dal 1° gennaio 2016, subentrano con successione a titolo universale in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle aziende unità sanitarie locali soppresse, comprese nell’ambito territoriale di competenza.
- Art. 9 L.R. 40/2015 – La programmazione di area vasta
 - Le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliero-universitarie e gli altri enti del servizio sanitario regionale concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione di area vasta; i contenuti e gli obiettivi principali della programmazione di area vasta sono definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale del quale assumono i riferimenti temporali. Per l’esercizio delle funzioni di cui al presente articolo, sono individuate le seguenti aree vaste:
 - a) Area Vasta Toscana Centro, comprendente l’Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro, nonché l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi;
 - b) Area Vasta Toscana Nord-Ovest, comprendente l’Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Nord-Ovest, nonché l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana;
 - c) Area Vasta Toscana Sud-Est, comprendente l’Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Sud-Est, nonché l’Azienda Ospedaliera Universitaria Senese;
 - L’Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer partecipa, in relazione alle competenze di cui all’articolo 33 bis.

Dato atto che il suddetto art. 33 bis della L.R. 40/2005 prevede che l’Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer assicuri, nell’ambito regionale, di concerto con i direttori per la programmazione di area vasta ed i direttori generali delle aziende sanitarie, la funzione di riorganizzazione e coordinamento operativo della rete pediatrica regionale e che il governo e la

composizione della rete pediatrica regionale è definito dalla Giunta regionale con specifica deliberazione;

Preso atto che l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer è chiamata alla definizione:

- a) dei percorsi assistenziali omogenei, anche con l'integrazione ospedale-territorio e il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, favorendo e sviluppando la presa in carico del paziente minore di età nelle sedi più vicine alla sua abitazione, fatte salve le attività diagnostico-clinico-terapeutiche a più elevata complessità;
- b) delle iniziative necessarie per assicurare la continuità assistenziale e cure tempestive ed appropriate;
- c) di percorsi per una precoce presa in carico integrata della grave cronicità in età pediatrica;
- d) dei ruoli dei diversi soggetti che fanno parte della rete pediatrica;
- e) dello sviluppo delle conoscenze attraverso attività formative rivolte al personale medico e delle professioni sanitarie, in ambito pediatrico;

Considerato che la definizione del governo della rete pediatrica regionale viene realizzata secondo i seguenti principi:

- 1) centralità del piccolo paziente e della sua famiglia
- 2) omogeneità e qualità dell'assistenza pediatrica per tutti i bambini residenti in Regione Toscana
- 3) snellezza operative ed efficacia dell'azione
- 4) sostenibilità del sistema
- 5) rappresentatività dei vari soggetti della rete
- 6) comunicazione organizzativa e informatizzazione della rete
- 7) formazione continua per una uniforme risposta diagnostica, terapeutica e assistenziale pediatrica
- 8) promozione della salute secondo protocolli condivisi

Viste le Delibere della Giunta Regionale:

- n. 403 del 14 marzo 2005 che istituisce la Rete Regionale della Pediatria Specialistica;
- n. 193 del 20 marzo 2006 che istituisce la Commissione Pediatrica Regionale, organismo tecnico-scientifico con competenze di predisposizione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici;
- n. 485 del 13 giugno 2011 che approva gli indirizzi regionali per il miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo delle prestazioni ambulatoriali;
- n. 298 del 16 aprile 2012 che approva il documento "la rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze", finalizzato alla riorganizzazione della rete pediatrica regionale;

Ritenuto opportuno adeguare, alla luce delle novità introdotte dalla L.R. n. 84/2015, la governance e i ruoli della rete pediatrica regionale, di cui agli atti sopraccitati, basata su un sistema di governo, coordinamento e programmazione, così come previsto nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Ritenuto pertanto di approvare il documento di cui all'allegato 1 "Governance della rete pediatrica regionale"

Dato atto che con Delibera della Giunta Regionale n. 381 del 12 maggio 2014, in attuazione della Delibera della Giunta Regionale n. 444 del 30 maggio 2011 di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della

qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", e stato definito il sistema regionale per il percorso nascita e si è istituito il Comitato Percorso Nascita regionale;

Ritenuto opportuno rimandare ad un successivo atto l'aggiornamento del sistema regionale per il percorso nascita di cui alla Delibera della Giunta Regionale n. 381 del 12 maggio 2014 alla luce delle novità introdotte dalla L.R. n. 84/2015 e da quanto previsto nel presente atto;

a voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare, alla luce delle novità introdotte dalla L.R. n. 84/2015 e per le motivazioni espresse in narrativa, l'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto, che definisce la governance della rete pediatrica regionale basata su un sistema di governo, coordinamento e programmazione;
2. di rimandare ad un successivo atto l'aggiornamento del sistema regionale per il percorso nascita di cui alla Delibera della Giunta Regionale n. 381 del 12 maggio 2014 alla luce delle novità introdotte dalla L.R. n. 84/2015 e da quanto previsto nel presente atto;

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 18 della l.r. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile
MARIA TERESA MECCHI

Il Direttore
MONICA PIOVI

LA GOVERNANCE DELLA RETE PEDIATRICA REGIONALE (art. 33 bis della l.r. n. 40/2005 comma 4)

Premessa

La Regione Toscana ha da sempre dedicato grande attenzione alle tematiche dell'area materno infantile e la rete pediatrica è oggi una realtà diffusa in tutto il territorio toscano con una articolazione della rete su diversi livelli. Con la DGRT 403/2005 "Istituzione della rete regionale della pediatria specialistica", la DGRT 784/2004 si è dato l'avvio alla costituzione di una rete integrata su varie aree della pediatria specialistica prevedendo anche lo sviluppo delle 'alte specialità pediatriche, con la DGR 298/2012 si è proceduto a riorganizzare il sistema di governance della rete pediatrica; il settore dell'emergenza e della gestione del trauma in rete ha visto un forte investimento con la nascita del Trauma Center Pediatrico della AOU Meyer; la DGR 1017/2004, in applicazione della DGRT 570/2004, ha individuato le funzioni di coordinamento delle malattie rare, dando il via alla rete regionale delle malattie rare pediatriche mentre con la DGRT 419/2015 è stato istituito il Centro Regionale di Oncoematologia pediatrica (CROP), con lo scopo di garantire cure appropriate per le patologie oncologiche pediatriche.

Nonostante l'elevata qualità complessiva dei servizi assicurati sono nel tempo emersi alcuni aspetti critici nella attuale rete pediatrica principalmente inerenti al coordinamento tra i diversi livelli di erogazione, cui possono attribuirsi problemi legati alla percezione dell'equità di accesso ai diversi livelli di complessità di offerta.

Questa situazione rende più complicato il governo complessivo delle diverse tipologie di risposta con ricadute sul corretto utilizzo delle risorse, in particolare determinando un sovra-utilizzo delle strutture a maggiore complessità tecnologica per problematiche clinico assistenziali che possono invece essere adeguatamente affrontate in altri livelli della rete. Occorre migliorare la gestione delle patologie croniche nell'infanzia, che rappresentano uno degli ambiti prioritari su cui si deve orientare l'intervento di salute in età pediatrica e adolescenziale mediante un ridisegno dell'assistenza che preveda la strutturazione di modelli integrati ospedale e territorio con complementarietà e sussidiarietà delle risposte.

La necessità di affrontare compiutamente queste criticità ha indotto la ricerca di un modello organizzativo innovativo, volto a promuovere una organizzazione 'a' rete per incrementare l'efficacia e l'efficienza complessiva del sistema, utilizzando in modo maggiormente integrato le competenze professionali e tecnologiche disponibili per ottimizzarne le potenzialità operative sull'intero ambito regionale.

Tale organizzazione non può prescindere dallo sviluppo di un ospedale pediatrico regionale che costituisca il centro di riferimento per i piccoli pazienti per la risposta alle patologie di più elevata complessità. In tal senso, l'adozione del nuovo Statuto dell'AOU Meyer rappresenta lo strumento adeguato e il miglior completamento alla progettualità della nuova rete pediatrica regionale.

La nuova organizzazione si configura come un "network" integrato con valenze "inter-aziendali" che prevede una migliore distribuzione delle risorse ed una maggiore capacità di "attrazione" dei singoli poli della rete, in quanto, realizzando di fatto un sistema sostanzialmente unitario, anche se operativamente dislocato su più sedi, si realizza una maggiore coesione delle strutture locali già operative ed organizzate nel territorio.

La nuova Rete pediatrica toscana si basa sui seguenti principi:

1. Garantire un approccio integrato ai percorsi pediatrici nelle singole realtà territoriali:
 - a. facilitare il corretto accesso ai percorsi nelle singole strutture che compongono la rete
 - b. attuare modalità di approccio clinico integrato alla patologia pediatrica con la definizione di percorsi interspecialistici ospedalieri e con un raccordo sempre più stretto con i Pediatri di Famiglia
 - c. assicurare, all'interno del network, tutte le attività clinico assistenziali attribuite specificamente alla Rete, mediante percorsi fortemente integrati.
2. Garantire il migliore utilizzo delle competenze professionali:
 - a. predisporre la logistica, i percorsi e l'organizzazione per gestire le patologie pediatriche di maggiore impegno clinico assistenziale
 - b. facilitare il passaggio di informazioni, conoscenze, metodologie e protocolli all'interno della rete regionale
 - c. coordinare le attività sanitarie dei professionisti non specialisti in pediatria che concorrono funzionalmente ai percorsi intra ed interaziendali di pediatria.
3. Garantire una efficace valutazione quali/quantitativa delle attività svolte:
 - a. utilizzo di un sistema informativo integrato
 - b. valutazione della qualità delle prestazioni erogate e dell'applicazione dei percorsi e dei protocolli clinici ed operativi adottati dalla rete.

Le finalità generali della riorganizzazione sono:

- a. migliorare le attuali modalità di risposta delle aziende sanitarie regionali alla richiesta di prestazioni sanitarie da parte dei soggetti in età pediatrica, potenziando le modalità di coordinamento, in modo da superare l'attuale "frammentazione";
- b. consolidare il ruolo in rete dei pediatri ospedalieri e migliorare la collaborazione con gli altri professionisti (pediatri di famiglia, altri specialisti, altri professionisti sanitari) che cooperano alla gestione clinica del bambino;
- c. garantire la sinergia tra i diversi servizi della rete.

La "mission" della nuova Rete pediatrica regionale è quella di garantire:

- modalità di approccio integrato alle cure per le patologie pediatriche con risposte omogenee su tutto il territorio regionale;
- equità di accesso alle cure nelle sedi più prossime a quelle di residenza delle famiglie.

Il miglioramento degli esiti è favorito dall'organizzazione 'a' rete dei servizi, sia perché ciò consente un effettivo coordinamento dell'assistenza in un determinato ambito territoriale, sia per il miglioramento della performance professionale correlato all'incremento dei volumi specifici per procedura. Il modello di relazioni tra professionisti ed i flussi dei

pazienti sono bi-direzionali e si stabiliscono non soltanto fra i singoli nodi ed il centro di riferimento, ma anche fra gli stessi poli della rete.

Per programmare ed organizzare i servizi in funzione del bambino è innanzi tutto necessario superare la frammentazione dei servizi pediatrici e favorire l'integrazione tra la medicina primaria e la medicina specialistica. La pratica dei gruppi multidisciplinari a direzione clinica appare, allo stato attuale, come la soluzione più promettente, ciò significa contemplare una forte integrazione tra i poli della rete con l'obiettivo di garantire una definizione chiara dei percorsi assistenziali che, da un lato, tengano conto dell'appropriato ricorso ai diversi livelli della rete e dall'altro ottimizzino la mobilità del paziente.

Tale integrazione si basa su un continuo processo di condivisione delle decisioni cliniche ed un feedback costante tra il territorio e gli ospedali ai diversi livelli della rete pediatrica regionale. In questa ottica può essere ripensato il corretto dimensionamento delle degenze ospedaliere della rete, puntando al miglioramento dei tassi di occupazione dei posti letto pediatrici ed alla diversificazione delle tipologie di prestazioni che vengono richieste a ciascun nodo della rete, in modo da consentire alle strutture di alto livello specialistico, quali quelle della AOU Meyer e dei principali nodi clinici ad alta specialità, di dedicarsi alla gestione di casistiche a maggiore complessità.

La riorganizzazione deve inoltre tenere conto dell'attuale quadro di contesto della pediatria caratterizzato da un lato dal crescente progresso scientifico e tecnologico che richiede un alto livello di specializzazione e dall'altro lato dall'incremento delle patologie croniche e dei pazienti con patologie di lunga durata e altamente dipendenti, che necessitano di una assistenza capillare sul territorio ("back transport"), allorché la fase più acuta del problema clinico risulti sufficientemente controllata.

La nuova Rete pediatrica svilupperà un sistema strutturato di erogazione dell'assistenza, caratterizzato dalla capacità di attribuire ruoli appropriati a ciascuno dei nodi della rete, finalizzato al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure mediante l'orientamento dei pazienti verso i nodi della rete che dispongono delle capacità adeguate di risposta, ma rivolto a consentire anche una adeguata mobilità dei professionisti all'interno della rete, rendendo più agevole la loro collaborazione.

La base normativa

L'art. 33 bis della legge regionale 40/2005, così come modificata dalla legge regionale 84/2015, attribuisce all'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer il coordinamento operativo della Rete pediatrica regionale, di concerto con i direttori generali delle aziende sanitarie ed i direttori per la programmazione di area vasta. Tale ruolo, unitamente alla riorganizzazione ed allo sviluppo delle funzioni attribuite alla AOU Meyer, è altresì reso esplicito nel vigente Statuto aziendale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 133/2015, al Titolo 3.

Al livello di *governance* della Rete pediatrica regionale è deputata la definizione delle strategie (complesso di obiettivi, modelli organizzativi e percorsi clinico assistenziali condivisi nei principali ambiti di assistenza pediatrica) che garantiscano le migliori cure disponibili e la presa in carico ed assistenza più adeguata al paziente pediatrico, nel luogo più vicino alla sua residenza, sia in ambito ospedaliero che territoriale, in forma coordinata.

Ciò rappresenta un elemento di forte innovazione rispetto al sistema delineato dal precedente quadro normativo (cfr. in particolare DGRT 298/2012) rappresentato dal passaggio da un sistema di *clinical governance*, fondato essenzialmente sul confronto tra professionisti, ad uno specifico sistema di governo, coordinamento e programmazione.

Al sistema di governo della Rete pediatrica regionale spetta la definizione:

- a) dei percorsi assistenziali omogenei, anche con l'integrazione ospedale-territorio ed il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, favorendo e sviluppando la presa in carico del paziente in età pediatrica nelle sedi più vicine alla propria abitazione, fatte/i salvi/e gli interventi diagnostico-clinico-terapeutici a più elevata complessità;
- b) delle iniziative necessarie per assicurare la continuità assistenziale e cure tempestive ed appropriate;
- c) di percorsi per una precoce presa in carico integrata della grave cronicità in età pediatrica;
- d) dei ruoli dei diversi soggetti che fanno parte della Rete pediatrica;
- e) dello sviluppo delle conoscenze attraverso attività formative rivolte al personale medico e sanitario in ambito pediatrico.

La nuova Rete pediatrica regionale è un'organizzazione "funzionale" dinamica, che copre l'intero territorio di riferimento, in grado di rispondere alle esigenze di alta specializzazione, di continuità assistenziale e di risposte di prossimità in ambito pediatrico.

Il nuovo modello di Rete pediatrica regionale è rivolto a favorire la cooperazione tra i professionisti dei poli pediatrici ospedalieri ed i pediatri di famiglia nell'assicurare percorsi clinico assistenziali integrati, ottimizzando il raccordo ospedale-territorio, oltre ad elaborare programmi sul miglioramento dell'assistenza, la promozione della formazione e della ricerca.

La mission della Rete pediatrica regionale si declina secondo i seguenti principi:

- 1) centralità del piccolo paziente e della sua famiglia
- 2) omogeneità e qualità dell'assistenza pediatrica nel territorio della Regione Toscana
- 3) snellezza operative ed efficacia dell'azione
- 4) sostenibilità del sistema
- 5) rappresentatività dei vari soggetti della rete
- 6) comunicazione organizzativa e informatizzazione della rete
- 7) formazione continua per una uniforme risposta diagnostica, terapeutica e assistenziale pediatrica
- 8) promozione della salute secondo protocolli condivisi.

Governance della Rete pediatrica regionale

La Rete Pediatrica Regionale è governata secondo tre livelli:

- 1. livello strategico (Comitato Strategico)**
- 2. livello tecnico organizzativo (Comitato Tecnico Organizzativo)**
- 3. livello tecnico scientifico (Consulta Tecnico Scientifica)**

Comitato Strategico

Il Comitato Strategico è costituito dal Direttore generale della AOU Meyer, dai Direttori generali delle altre aziende Sanitarie regionali e dai Direttori della programmazione delle tre Aree Vaste ed è coordinato dal Direttore Generale della AOU Meyer.

Il Comitato Strategico approva annualmente il documento di programmazione che viene sottoscritto da tutti i direttori generali delle aziende coinvolte e contiene gli obiettivi che dovranno essere recepiti nei documenti di programmazione di Area Vasta ed aziendali.

Il Comitato Strategico rappresenta quindi lo strumento decisionale per le funzioni di pianificazione (definizione delle linee di programmazione, assegnazione di obiettivi comuni, previsione di investimenti sui progetti condivisi e azioni di comunicazione), monitoraggio, rendicontazione dell'assistenza pediatrica in Toscana.

Per la sua attività il Comitato Strategico si avvale del supporto del Comitato Tecnico Organizzativo e della Consulta Tecnico Scientifica.

Il Coordinatore della Rete ha il compito di sottoporre alla Giunta regionale, per la loro approvazione i documenti, le linee guida o i protocolli approvati dal Comitato Strategico ed elaborati con il contributo tecnico degli specifici organi collegiali.

Il Comitato Strategico relaziona annualmente, entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, il consiglio regionale, mediante la III commissione, in merito agli esiti ottenuti rispetto alle previsioni della L.R. 84/2015.

Viene attribuito al Comitato Strategico il mandato di approvare il regolamento di funzionamento degli organismi di governance entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto.

Comitato Tecnico Organizzativo

Il Comitato Tecnico Organizzativo è un organismo tecnico cui compete la predisposizione delle proposte di linee di indirizzo applicativo per la programmazione annuale della Rete da sottoporre al Comitato Strategico o su mandato dello stesso.

Il Comitato svolge una funzione di coordinamento organizzativo della Rete pediatrica regionale in attuazione delle linee strategiche e di programmazione decise dal Comitato Strategico, rappresenta quindi lo strumento operativo per il governo locale della rete e supporta il livello strategico per le attività di pianificazione, attuazione e monitoraggio.

Mediante tale coordinamento si assicura una maggiore coesione tra strutture similari, aumentando la capacità di "attrazione" delle strutture locali specializzate, già operative ed organizzate nelle singole aziende, e migliorando l'efficienza e l'efficacia complessiva delle risposte cliniche. Il Comitato Tecnico Organizzativo assicura una riconfigurazione costante dell'offerta, in termini di ridefinizione della tipologia di risposte, dei volumi e dei case-mix produttivi dei servizi coinvolti, ed una gestione adeguata dei percorsi di cronicità e di continuità ospedale-territorio.

Su formale mandato del Comitato Strategico per alcuni ambiti a maggiore complessità assistenziale e per i quali è necessario assicurare un assetto organizzativo che garantisca

la massima coerenza tra le risorse disponibili ed il bisogno stimato, vengono costituite specifiche reti cliniche specialistiche.

Il Comitato Tecnico Organizzativo è composto da:

- il Direttore sanitario della AOU Meyer
- i Direttori sanitari delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, i Direttori sanitari ed i tre Direttori delle Reti ospedaliere delle Aziende USL della Regione Toscana
- i Direttori dei dipartimenti materno infantili aziendali o, nel caso in cui tale incarico sia ricoperto da un dirigente non del ruolo pediatrico, dal responsabile dipartimentale di area pediatrica o un direttore di struttura complessa di Pediatria designato dal Direttore del dipartimento stesso
- un rappresentante della Pediatria di Famiglia
- Il direttore del Dipartimento specialistico interdisciplinare della AOU Meyer
- i responsabili delle reti cliniche specialistiche
- i dirigenti regionali competenti

Il Comitato Tecnico Organizzativo è coordinato dal Direttore Sanitario della AOU Meyer e, attraverso la Consulta Tecnico Scientifica, riassume le funzioni in precedenza esercitate dalla Commissione Pediatrica Regionale, di cui alla DGRT 193/2006 e successivi aggiornamenti.

Consulta Tecnico scientifica

Ha il compito di promuovere la qualità e sicurezza delle attività della Rete pediatrica garantendo:

- la costruzione e la condivisione dei protocolli operativi per garantire al meglio il bambino nella gestione complessiva della specifica problematica di salute
- la proposta e lo sviluppo di percorsi formativi specifici.

E' costituito da professionisti delle aziende sanitarie regionali e della Pediatria di Famiglia, da rappresentanti delle associazioni dei genitori e dal direttore del Campus Universitario del Meyer, si avvale inoltre della collaborazione del Laboratorio MeS e dell'Agenzia Regionale di Sanità. I membri della Consulta vengono stabiliti, su proposta del Comitato Strategico, con specifico atto regionale.

La Consulta ha il compito di proporre l'attivazione di gruppi di lavoro composti da professionisti con competenze specifiche rispetto ai temi ritenuti via via di interesse per la produzione di strumenti di governo clinico da sottoporre alla validazione della Consulta.

Reti cliniche specialistiche

Per alcuni ambiti a maggiore complessità organizzativa e per i quali è necessario assicurare le migliori garanzie di accessibilità e di continuità della risposta clinica, vengono costituite specifiche reti cliniche specialistiche. Le reti cliniche specialistiche pediatriche sono focalizzate sull'analisi di specifiche problematiche relative all'assistenza pediatrica con il compito di coordinare i percorsi tra erogatori diversi per assicurare una migliore garanzia di accessibilità, di omogeneità e di continuità della risposta nei confronti delle diverse richieste assistenziali.

Per ciascuna rete clinica viene formalmente individuato un responsabile che si avvale della collaborazione di un gruppo tecnico composto dagli operatori sanitari coinvolti in base alla tipologia della rete clinica delle diverse realtà assistenziali pediatriche della Toscana. Le funzioni di coordinamento della rete clinica non coincidono necessariamente con l'appartenenza ad un nodo a maggiore complessità clinica, ma vengono attribuite in base alle caratteristiche specifiche della rete a professionisti con competenze adeguate.

Compito della rete clinica è quello di promuovere la qualità e la sicurezza delle attività clinico assistenziali proprie della rete garantendo:

- la condivisione degli obiettivi della rete clinica tra tutti i professionisti coinvolti
- la costruzione e la condivisione dei protocolli operativi e l'omogeneità della loro attuazione da parte di tutti i servizi coinvolti, in modo da garantire al meglio il bambino nella gestione complessiva della specifica problematica di salute
- la corretta distribuzione e gestione delle risorse professionali disponibili ed attribuite alle attività specifiche della rete, in stretta cooperazione con il Comitato Tecnico Organizzativo della rete pediatrica
- la proposta e lo sviluppo di percorsi formativi specifici in stretta collaborazione con la Consulta.

Compiti del Responsabile della rete clinica sono:

- monitorare costantemente le attività e la congruità organizzativa dei singoli poli della rete rispetto ai percorsi stabiliti
- assicurare il rispetto dei protocolli di gestione dei percorsi clinici intra ed inter aziendali.

In prima applicazione verranno attivate la rete dell'Emergenza, la rete della Neonatologia, la rete della Oncoematologia, come ulteriore sviluppo del CROP, e successivamente reti di patologia individuate rispetto a specifici percorsi assistenziali ad alta complessità, alto costo, alto volume per i quali si rende necessario un elevato grado di coordinamento tra le diverse tipologie di servizi.

Programmazione di area vasta

La AOU Meyer partecipa inoltre, ai sensi dell'art.9 della L.R.40/2005 anche alla programmazione delle tre aree vaste in relazione alle competenze di cui all'art.33 bis.

Il Comitato Strategico della Rete pediatrica regionale assicura le funzioni di raccordo con la programmazione di area vasta.

La programmazione della Rete pediatrica regionale delineata dalla *governance* sopra descritta si integra con il livello di programmazione di area vasta, così da garantire l'omogeneità dell'assistenza pediatrica nel territorio della Regione Toscana.

In particolare i tre dipartimenti interaziendali materno infantili orientano la propria organizzazione e programmazione sulla base delle linee guida condivise dalla Rete pediatrica regionale, di cui costituiscono parte integrante.

Il dipartimento interaziendale materno infantile di area vasta rappresenta lo strumento operativo a livello territoriale per l'attuazione delle linee e delle indicazioni concertate nella Rete pediatrica regionale, finalizzato al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi, dell'integrazione dei servizi assistenziali in rete, dell'ottimizzazione delle risorse e della valorizzazione e sviluppo delle risorse umane e delle competenze.

Tale articolazione ha l'obiettivo strategico di definire percorsi di salvaguardia della salute della popolazione in età evolutiva, della donna in tutte le fasi della vita, per una maternità consapevole e per la sua sfera ginecologica; contribuire alla tutela della unicità e peculiarità del rapporto genitore/bambino da un punto di vista organico e psichico.

Compito degli Organismi di *governance* della Rete pediatrica regionale è fornire linee di indirizzo alle attività dei tre DIAV per garantire omogeneità della programmazione e della effettiva organizzazione delle attività sanitarie pediatriche su tutto il territorio toscano.

Schema del Verbale n. 1/2016**Monitoraggio ex art. 121 bis L.R. n. 40/2005 –****Azienda: AOU Meyer**

(dati in milioni di euro)

Il giorno 13 giugno, c/o l'Assessorato al Diritto alla Salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria, si sono incontrate la delegazione della Regione Toscana e dell'Azienda Ospedaliera Meyer per il monitoraggio dell'andamento economico dell'azienda, previsto dall'art. 121 bis della L.R. n. 40/2015.

Obiettivi economici per l'esercizio 2016.**Costo del personale dipendente:**

Dal CE del IV° trimestre 2015 dell'azienda, risulta che il costo del personale dipendente e libero professionale è stato rispettivamente pari ad euro **51,303 mln** e ad euro **3,005 mln**, il costo delle prestazioni aggiuntive del personale dipendente (**ricompreso nel totale precedente**) è stato pari ad euro **0,705 mln**, il costo del personale in somministrazione (interinale) pari ad euro **0,669 mln**, il costo delle indennità corrisposte a personale universitario pari ad euro **1,638 mln**, il saldo tra rimborsi attivi e passivi per personale comandato pari ad euro **(+0,302 mln -0,155 mln)** ed il costo dei medici in convenzione SUMAI è stato pari ad euro **0,179 mln**, per un totale di euro **56,941 mln**, al netto di IRAP

Richiamato l'art. 3 della L.R. n. 82/2015 che conferma i limiti di costo del personale già stabiliti dalle ultime leggi di stabilità e che risulta pari al costo 2004 ridotto del 1,4% (al netto dei maggiori costi determinati dai rinnovi dei CC.CC.NN.J.L.), introducendo a riferimento il livello di Area vasta, ferma restando la necessità di ricondurre il costo consolidato regionale del personale, almeno entro il 2020, all'interno del suddetto limite, e precisato che, pertanto, dovrà essere elaborato, da parte di tutte le aziende sanitarie, un piano pluriennale di riduzione del costo del personale tale da permettere il raggiungimento del suddetto obiettivo, per l'esercizio 2016, tenuto conto della necessità di applicare pienamente la L. 161/2014, e nell'attesa che la nuova organizzazione del S.S.R. possa produrre le adeguate economie complessive, **nel caso in cui un organico che permetta di rispettare i limiti di legge non consenta il rispetto dei L.E.A., è ammissibile, con adeguata motivazione, un incremento dei propri costi complessivi per le risorse umane (costituiti dalla somma delle voci di costo sopra richiamate), rispetto a quelli sostenuti nell'esercizio 2015, nella misura strettamente necessaria a sostenere le attività sanitarie già in corso o programmate, a condizione che si raggiunga l'equilibrio economico complessivo.**

L'andamento di tali costi verrà monitorato puntualmente con cadenza mensile, e potrà essere oggetto di ulteriori limitazioni nei successivi verbali.

Dichiarazioni dell'Azienda:

Con riferimento all'incremento dei costi delle risorse umane rispetto all'esercizio 2004, si ritiene opportuno richiamare quanto già argomentato con delibera D.G. n. 154 del 20/04/2016 (inviata alla Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale di Regione Toscana), avente ad oggetto "Documento strategico in attuazione di quanto indicato dalla Deliberazione n. 20/2016/Press. Della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti: trasformazione Ospedale Pediatrico Meyer 2004-2013 e strategie Meyer 2020" ed in particolare quanto previsto sia nei piani sanitari che nel tempo si sono succeduti, sia nei piani di sviluppo che negli anni hanno definito la crescita di questa Azienda (cfr. DGRT n. 1043 del 24/10/2005) e ultima in ordine di tempo la legge regionale 84/2015.

Tale rappresentazione alla Corte dei Conti ha prodotto valutazioni positive di detto Organo di controllo (cfr. Delibera n. 54/2016/PRSS del 19.05.2016) che di seguito si sintetizzano per estratto:

"... l'Azienda ha dato dimostrazione della dimensione nazionale ed internazionale ormai assunta ... e della sua proiezione come primo ospedale pediatrico italiano sull'orizzonte 2020. ... la stessa ... ha, conseguentemente, attestato sostanziali modificazioni in relazione a spazi di cura, assetti organizzativi e casistica trattata.

I costi di produzione, ancorchè in continuo incremento di anno in anno, sono stati sempre bilanciati da un costante e proporzionale aumento del valore complessivo della produzione che, nel tempo, ha determinato margini attivi ... inoltre ... i costi di personale, pure incrementandosi di anno in anno, hanno fatto registrare una netta diminuzione dell'incidenza percentuale sul totale dei costi della produzione, che va dal 53,85% dell'anno 2004 al 49,28% dell'anno 2013".

SPESA FARMACEUTICA

Nell'esercizio 2016 l'azienda si impegna a non superare i seguenti livelli di spesa farmaceutica:

distribuzione diretta classe A: euro 0,700 mln (uguale al 2015)

acquisto di dispositivi medici: euro 10,493 mln (- 1,0%)

farmaceutica ospedaliera: euro 8,832 mln (+ 4,7%, incremento rimborsato da AIFA)

PIANO REGIONALE ICT

La realizzazione del piano regionale I.C.T., che verrà approvato con delibera di G.R., è affidata all'ESTAR, che fatturerà i relativi costi alle singole aziende sanitarie, ripartendoli tra di esse secondo quanto stabilito nella D.G.R. di approvazione del piano.

Tali costi saranno finanziati dalla Regione attraverso l'assegnazione alle aziende sanitarie di specifici contributi in c/esercizio finalizzati, di importo pari ai costi in questione.

PIANO DI RINNOVO/SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

Il piano pluriennale di rinnovo/sviluppo delle tecnologie sanitarie sarà approvato dalla Regione e, in considerazione dell'impossibilità di assegnare alle aziende sanitarie nuovi contributi in c/capitale e della necessità di evitare gli investimenti autofinanziati dalle aziende stesse, per non subire i pesanti effetti

economici di tale forma di finanziamento previsti dal D. Lgs. 118/2011, dovrà realizzarsi quasi esclusivamente attraverso l'acquisizione delle tecnologie sanitarie in locazione/leasing operativo. L'azienda sanitaria si impegna ad attenersi strettamente al piano approvato dalla Regione.

RISPETTO DEI TEMPI DI PAGAMENTO

L'azienda si impegna a rispettare i tempi di pagamento imposti dalla normativa vigente nei confronti di tutti i fornitori, incluso l'ESTAR. A tale scopo l'azienda dovrà ricorrere all'utilizzazione dell'anticipazione di cassa, da parte dell'istituto cassiere, in misura adeguata a garantire il raggiungimento del suddetto obiettivo.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ECONOMICO

Per il 2016 l'azienda si impegna a realizzare azioni di miglioramento economico, attraverso la riduzione di costi e/o l'incremento di ricavi, per un valore tale da compensare gli eventuali maggiori costi, rispetto al 2015, relativi alle risorse umane e/o alla spesa farmaceutica.

Di conseguenza, l'Azienda, a seguito della realizzazione delle azioni di miglioramento economico per il valore sopra riportato e con l'assegnazione dei seguenti contributi in c/esercizio:

Assegnazione fondo prevista dalle linee guida regionali per la redazione del bilancio preventivo 2016	21,816
---	--------

cui si aggiungerà:

- l'assegnazione dei contributi in c/esercizio specifici destinati alla copertura integrale dei costi aggiuntivi derivanti dalla gestione diretta dei sinistri;
- l'assegnazione di contributi in c/esercizio indistinti destinati a coprire i costi legati ai progetti particolari autorizzati dall'Assessore di cui all'allegato 1;
- l'assegnazione, che nel corso dell'anno 2016, di ulteriori risorse da concordare con la Regione, in relazione alle disponibilità. Tali risorse saranno almeno pari a quelle risultanti dal bilancio d'esercizio 2015.

si impegna a chiudere l'esercizio economico 2016 in pareggio, al netto degli effetti della DGR n. 405/2016, considerando nella proiezione di tale risultato gli stessi valori della mobilità sanitaria infra regionale inseriti nel modello CE del IV° trimestre 2015.

Eventuali osservazioni/dichiarazioni dell'Azienda:

1. Per la farmaceutica, per la distribuzione diretta e per i dispositivi medici si segnala che lo **sviluppo di alcune attività** (es. otorinolaringoiatria) **comporterà l'aumento delle voci** di cui sopra, ed in particolare dei **dispositivi medici e protesi** (in primo luogo per impianti cocleari

costo medio indicativo superiore ai 30 mila Euro oltre IVA) che sono **solo remunerati in minima parte dai DRG** di riferimento. In merito a quest'ultimo punto si richiama quanto già segnalato nella nostra ultima riunione con codesto Assessorato relativamente alla parziale remunerazione di tutti i DRG che prevedono l'impianto di protesi/dispositivi ad elevata tecnologia e quindi rilevante impatto economico.

2. Con riferimento alla spesa farmaceutica, si segnala che in qualità di **centro di riferimento per lo screening malattie metaboliche**, rileviamo la necessità di dover **prendere in carico nuovi pazienti individuati a seguito di detto screening con gravi patologie la cui cura comporta l'utilizzo di farmaci ad elevatissimo costo**. In tal senso rileviamo la situazione ad oggi dei pazienti trattati e la relativa incidenza economica che costituisce l'unica fonte di incremento del costo farmaceutico aziendale che non può essere oggetto di nessuna azione di contenimento da parte dell'Azienda e che è stimato, **per l'anno 2016, in un importo complessivo di circa euro 5 mln**, relativo a 24 pazienti.

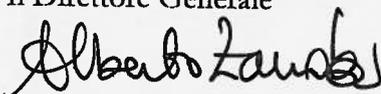
Riteniamo che tale situazione debba essere trattata con **medesima modalità di computo riconosciuta alle aziende territoriali per la cura dell'epatite C**.

3. Come comunicato con nostre note (prot. n. 5645/2015 del 07/08/2015 e n. 1528/2016 del 03/03/2016) entro il giorno 16/09/2016 costituisce obbligazione contrattuale nei confronti del venditore la stipula del contratto di acquisto definitivo dell'immobile posto in Firenze in Via Cosimo il Vecchio; contestualmente al rogito AOU Meyer deve procedere al pagamento a saldo del prezzo convenuto per la quota residua pari ad Euro 7.700.000,00, oltre agli altri costi derivanti dall'acquisto preventivati in Euro 1.100.000,00; si chiede che l'Assessorato garantisca preliminarmente al rogito la disponibilità finanziaria volta ad adempiere all'obbligazione sopra richiamata con le modalità che al momento riterrà più opportune.

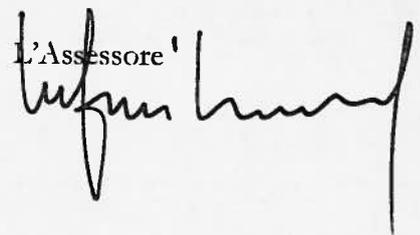
Eventuali osservazioni/dichiarazioni della Regione:

Rispetto all'osservazione n. 3, si rassicura sul fatto che l'Assessorato metterà l'AOU Meyer in condizione di far fronte all'obbligazione contrattuale derivante dal rogito.

Il Direttore Generale



L'Assessore'





AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER
(Art. 33 L.R.T. 24 febbraio 2005 n. 40)
Viale Pieraccini, 24 - 50139 FIRENZE
C.F. P.Iva 02175680483

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° **154** DEL **20 APR. 2016**

OGGETTO: Documento strategico in attuazione di quanto indicato dalla Deliberazione n. 20 /2016/PRSS. della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti: trasformazione Ospedale Pediatrico Meyer 2004-2013 e strategie Meyer 2020.

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE SI

<p>Struttura proponente: Direzione Amministrativa</p> <p>Il Dirigente proponente: Dr. Tito Berti</p> <p>Il Responsabile del Procedimento: Importo spesa:</p> <p>Il presente atto si compone di n. 3 pagine e Allegati n. 1</p>	Da partecipare a:
Inviata a:	<input type="checkbox"/> SEGR. DIREZIONE _____
<input type="checkbox"/> Collegio sindacale in data _____	<input type="checkbox"/> STAFF DIREZIONE GENERALE UFFICIO _____
<input type="checkbox"/> Giunta Regionale Toscana in data _____	<input type="checkbox"/> CENTRO SALUTE GLOBALE
Approvata Giunta regionale con decisione	<input type="checkbox"/> DIP. SPEC. INTERD. - AREA _____
n. _____ del _____	<input type="checkbox"/> CENTRO DI ECCELLENZA DI _____
Affissa all'albo di pubblicità degli atti	<input type="checkbox"/> CAMPUS Sett. _____
Dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> AREA PROFESSIONI SANITARIE
Diventa esecutiva dal _____	<input type="checkbox"/> COORD. AREA TECNICO AMMINISTRATIVA
	<input type="checkbox"/> RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE
	<input type="checkbox"/> SUPP. AMM.VO AL FUNZIONAMENTO DELL'OSPEDALE Sett. _____
	<input type="checkbox"/> PIANIFICAZIONI, INVESTIMENTI E AREA TECNICA Sett. _____
	<input type="checkbox"/> RISORSE UMANE: Settore _____
	<input type="checkbox"/> AFFARI GENERALI
	<input type="checkbox"/> AFFARI GIURIDICI
	<input type="checkbox"/> OO.SS.
	<input type="checkbox"/> STRUTTURA _____
	<input type="checkbox"/> PROF.SSA/PROF./DR.SSA/DR. _____

20 APR. 2016

In data nella sede dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Alberto Zanobini
(D.P.G.R.T. n. 156 del 31 agosto 2015)

Visto il D. Lgs.vo 30/12/1992 n. 502 e sue successive modifiche ed integrazioni e la L. R. Toscana n. 40 del 24/02/2005 e s.m.i. di disciplina del Servizio Sanitario Regionale;

Dato atto:

- che con deliberazione del Direttore Generale n. 133 del 29.12.2015 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'A.O.U. Meyer, ai sensi dell'art. 6 del Protocollo d'intesa del 22.04.2002 fra Regione Toscana e Università degli Studi di Firenze, Siena e Pisa, con decorrenza dal 1.1.2016;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 134 del 30.12.2015 si è provveduto a definire l'organigramma complessivo dell'A.O.U. Meyer e sono state assunti i primi provvedimenti attuativi relativi al conferimento degli incarichi di direzione delle strutture Dipartimentali e/o a valenza dipartimentale, delle Aree Funzionali Omogenee, dell'Area Servizi dell'Ospedale, dell'Area delle Professioni Sanitarie e dell'Area Tecnico Amministrativa;
- che con successiva deliberazione del Direttore Generale n. 140 del 30.12.2015 sono state assunte determinazioni attuative del nuovo Atto aziendale in merito alla conferma/riassetto delle strutture organizzative complesse e semplici;

Ricordato che:

- la Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti con nota 6172-16/10/2015-SC_TOS-T83-P, a seguito dell'esame di competenza effettuato sulla relazione del Collegio Sindacale sul bilancio di esercizio 2013 di questa Azienda Ospedaliero Universitaria, ha formulato richiesta di chiarimenti ed integrazioni a cui è stato dato riscontro con nota prot. 7495 del 6.11.2015;
- nell'esame effettuato dal citato Organo di controllo, è emersa la necessità di ulteriori approfondimenti volti a meglio chiarire alcune ipotesi di irregolarità dalle quali potrebbero conseguire specifiche pronunce di accertamento e conseguentemente, con nota 8922-18/12/2015-SC_TOS-t83-P, la Corte dei Conti invitava la AOU Meyer a far pervenire le proprie controdeduzioni ed osservazioni entro il termine del 29 gennaio corrente anno;
- conseguentemente questa Azienda, con nota prot. 661 del 29.01.2016, ha trasmesso relazione di approfondimento e chiarimento circa le specifiche tematiche rilevate dall'Organo di controllo suscettibili di censura;

Dato atto che:

- a seguito della decisione n. 20 /2016/PRSS, la Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti ha deliberato alcune irregolarità che hanno dato luogo a specifica pronuncia di accertamento con riferimento ai "limiti di spesa del personale" in ordine alle quali *"l'Azienda Ospedaliero Meyer dovrà adottare entro sessanta giorni le conseguenziali misure correttive, ai fini del successivo esercizio dell'attività di controllo spettante a questa Sezione"*;
- pertanto, attesa la notifica della deliberazione sopracitata, avvenuta il 23 febbraio u.s., questa Azienda deve adottare le misure correttive richieste entro il prossimo 23 aprile;

Atteso pertanto, al fine di ottemperare alla succitata decisione, di dover procedere in conformità alle prescrizioni impartite e conseguentemente determinare il percorso che questa Amministrazione intende adottare al fine di dare puntuale ed adeguata risposta circa il rigore seguito nelle scelte organizzative e gestionali;

Atteso altresì di dover dare evidenza circa l'operato di questa Amministrazione, che sin dall'esercizio 2004 – preso a riferimento per la spesa del personale ai sensi dell'art. 2, comma 71, della Legge 191/2009 – ha sempre imponentato le proprie scelte secondo principi di virtuosità e massima razionalizzazione della spesa pubblica;

Ritenuto che, al fine di permettere il successivo esercizio dell'attività di controllo da parte della Corte dei Conti, risulta opportuno procedere a redigere specifica relazione attraverso la quale vengono tracciati ed analizzati i diversi periodi intercorrenti tra gli esercizi finanziati 2004 – 2013, quest'ultimo oggetto di

controllo, e nella quale siano resi evidenti momenti tipici di sviluppo organizzativo ed evoluzione delle attività sanitarie sottese;

Ritenuto altresì necessario - così da consentire una completa visione della complessa realtà di questa Azienda ospedaliero universitaria ancora in implementazione per linee di produzione sanitaria di prossima realizzazione - dare evidenza e ricordare gli atti normativi che nel tempo hanno proiettato l'Ospedale Meyer da un contesto produttivo di area metropolitana ad unica Azienda pediatrica di riferimento regionale di terzo livello, coordinatrice e gestore della rete pediatrica;

Dato atto che è necessario procedere altresì nel fornire tutti i più opportuni elementi atti a dare evidenza dei sistemi adottati ed in utilizzo attraverso i quali l'Azienda con estremo rigore realizza il costante monitoraggio dell'uso delle risorse utilizzate, improntando così la organizzazione e la gestione a criteri di economicità ed efficienza cercando di mantenere inalterato l'elevato livello qualitativo dei servizi sanitari resi al piccolo paziente ed alle famiglie;

Dato atto inoltre che la caratterizzazione di questa Azienda, sia per la valenza universitaria che quale primo riferimento per le prestazioni di altissimo livello in ambito pediatrico regionale, ha nel tempo comportato lo sviluppo delle attività di innovazione e ricerca e delle correlate sperimentazioni cliniche;

Ritenuto:

- di dover altresì dare massima evidenza circa il perdurante stato di stabilità sia in termini economici che finanziari di questa Azienda ospedaliero universitaria durante gli anni, già percepibile dal rigoroso rispetto dei termini di pagamento fatture in favore dei fornitori;
- di rendere edotto l'organo di Controllo che il suddetto livello di stabilità viene mantenuto se pur vengano espletate attività sanitarie la cui remuneratività specifica non copre i costi e/o le stesse sono rese disponibili agli utenti pur non sussistendo una specifica remunerazione, ciò grazie anche alla consistenza di attrazione di pazienti provenienti da altre regioni per prestazioni di elevato profilo qualitativo;
- che dal 2012 la Regione Toscana applica sulla contabilizzazione delle prestazioni rese dalla Aziende Ospedaliere universitarie in favore dei pazienti toscani una predeterminazione dei valori massimi di remunerazione a carico di ciascuna Azienda territoriale che ha dato sempre luogo ad un mancato riconoscimento economico di una quota parte dell'attività effettivamente espletata;

Considerato di dover procedere all'approvazione del documento "Documento strategico in attuazione di quanto indicato dalla Deliberazione n. 20 /2016/PRSS della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti: trasformazione Ospedale Pediatrico Meyer 2004-2013 e strategie Meyer 2020", che unito al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale (All. 1), quale declinazione delle misure correttive adottate da questa Azienda in esito alla decisione n. 20/2016/PRSS della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti;

Ritenuto che sussistono le condizioni per dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art. 42, comma 4, della L.R.T. n. 40/2005 e s.m.i, così da partecipare con immediatezza lo stesso ed i suoi allegati alla Sezione della Corte dei Conti competente per le attività di controllo;

Con la sottoscrizione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del Decreto legislativo n. 229/99;

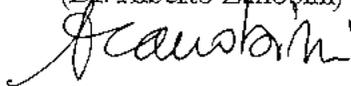
DELIBERA

Per quanto esposto in narrativa che espressamente si richiama,

- 1) Di approvare il documento "Documento strategico in attuazione di quanto indicato dalla Deliberazione n. 20 /2016/PRSS. della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti: trasformazione Ospedale Pediatrico Meyer 2004-2013 e strategie Meyer 2020" che unito al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale (All.1), quale adempimento assunto da questa Azienda Ospedaliera in esito alla decisione n. 20/2016/PRSS della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti.
- 2) Di trasmettere il presente atto, unitamente alla allegata documentazione alla competente Sezione Regionale di Controllo della Corte dei Conti.
- 3) Di partecipare il presente atto alla Direzione Diritti di Cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana.
- 4) Di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art. 42, comma 4, della L.R.T. n. 40/2005 e s.m.i., così da partecipare con immediatezza lo stesso ed i suoi allegati alla Sezione della Corte dei Conti competente per le attività di controllo.
- 5) Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, commi 1 e 2, della L.R. T. n. 40/2005 e s.m.i.;
- 6) Di trasmettere il presente atto, ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R.T. n. 40/2005 e s.m.i., all'albo di pubblicità degli atti di questa AOU Meyer.

II. DIRETTORE GENERALE

(Dr. Alberto Zanobini)



IL DIRETTORE SANITARIO

(Dr.ssa Francesca Bellini)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dr. Tito Berti)



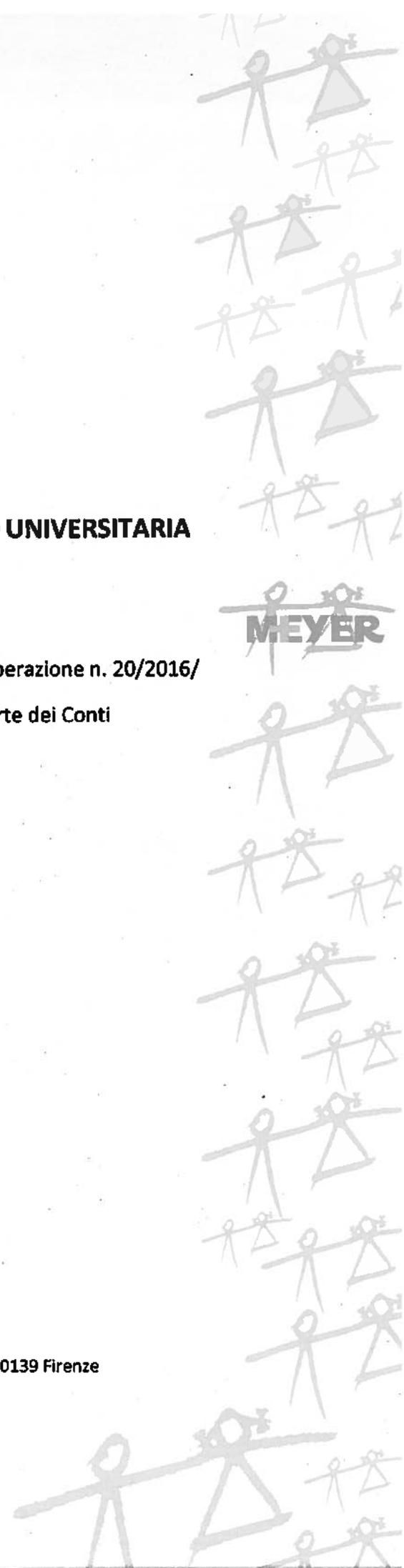
LA TRASFORMAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER 2004 – 2013 E STRATEGIE VERSO IL 2020

**Documento strategico in attuazione di quanto indicato dalla Deliberazione n. 20/2016/
PRSS.della Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti**

Firenze, 20 aprile 2016

Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer – Sede Legale: Viale Pieraccini 24 – 50139 Firenze

MEYER



LA TRASFORMAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER 2004 – 2013 E STRATEGIE VERSO IL 2020

INTRODUZIONE DEL DIRETTORE GENERALE	pag. 2
PREMESSA METODOLOGICA	pag. 5
CAPITOLO 1 – IL CONTESTO ISTITUZIONALE DI RIFERIMENTO E RUOLO DELLA REGIONE TOSCANA	pag. 9
CAPITOLO 2 – L'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER NELL'ANNO 2004	pag. 15
CAPITOLO 3 - L'EVOLUZIONE ORGANIZZATIVA DAL 2005 AL 2007	pag. 19
CAPITOLO 4 – LO SVILUPPO DELL'AZIENDA SINO ALL'ANNO 2013 A SEGUITO DEL TRASFERIMENTO PRESSO LA NUOVA SEDE	pag. 27
CAPITOLO 5 – L'EVOLUZIONE ATTUALE E FUTURA: DAL 2014 AL 2020	pag. 40
CAPITOLO 6 – LA TRASFORMAZIONE DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER: ANNI 2004-2013 E 2014-2015	pag. 51
CAPITOLO 7 – IL RAFFORZAMENTO DEI SISTEMI DI CONTROLLO	pag. 64
CAPITOLO 8 – LA RICERCA SCIENTIFICA ALL'INTERNO DELL'AZIENDA	pag. 74
CAPITOLO 9 – RIFLESSIONI CONCLUSIVE	pag. 82

INTRODUZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Verso il *Meyer 2020* coniugando rigore e sviluppo

L'Ospedale Meyer si trova in un passaggio decisivo della sua lunga storia. Il trasferimento dal vecchio Ospedale al Nuovo Meyer ha segnato l'uscita da quella che era la vicenda dell'"Ospedalino" della Città di Firenze verso una dimensione di area vasta metropolitana. Oggi le strategie disegnate dal nuovo Statuto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer - operativo dal 1 Gennaio 2016 - e dalla legge regionale di Riforma del servizio sanitario regionale n. 52/2015 (che ha inserito un art. 33 bis nella L.R. n.40/2005) costituiscono una svolta, indicando un ruolo regionale all'Ospedale pediatrico con il compito di **leader dell'intera rete pediatrica regionale**, rappresentata dai pediatri di famiglia toscani e dai reparti pediatrici degli ospedali generali della Toscana.

A questo si aggiunga quella che è ormai **la dimensione nazionale e internazionale** del nostro ospedale che nel 2015 ha raggiunto come attrazione extraregionale dei ricoveri la straordinaria cifra del 44,25% (per DRG ad alta complessità), considerato che la media toscana delle aziende ospedaliere universitarie è il 13,77%. La dimensione internazionale è segnata inoltre dalla capacità di attrarre rilevanti finanziamenti da UE e dalle numerosissime partnership internazionali con i più prestigiosi centri di ricerca pediatrici nel mondo (Boston, Philadelphia, Barcellona, Londra). La virtuosità dei bilanci del Meyer - attraverso il meccanismo regionale interno dei tetti finanziari per azienda sanitaria toscana - negli ultimi quattro anni (2012-2015) il Meyer ha contribuito al sistema sanitario regionale con circa 14 milioni di euro per attività sanitaria non riconosciuta e dando quindi un apporto significativo all'equilibrio economico-finanziario del sistema toscano stesso.

L'aumento della produzione scientifica, il riconoscimento internazionale di molti nostri centri, gli indicatori del sistema di valutazione della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa che vedono il Meyer collocarsi al primo posto per il minor indice di sinistri e di richieste di risarcimento, il livello di gradimento degli utenti, proiettano **il Meyer nel 2020 come primo ospedale pediatrico italiano**, una risorsa del Paese e fra i primi in Europa. Un luogo dove si fa assistenza, ma dove la ricerca significa nuove cure ma anche fondi europei, aumento dei brevetti, dove si fa innovazione e si attraggono investimenti privati, oltre a sempre nuovi talenti che si affacciano anche dall'estero.

Le parole d'ordine del "Meyer 2020" sono rigore e sviluppo. La sfida è infatti rafforzare sempre migliori e sofisticati strumenti di controllo di gestione e dei costi, ottimizzazione di tutti i fattori produttivi, investimento sul capitale umano e sul benessere organizzativo al fine di eliminare i tassi di assenteismo (i migliori in toscana) e aumentare la produttività. Sul piano organizzativo il nuovo Statuto Aziendale ha già

rappresentato un'incredibile semplificazione dal momento che si è passati dai precedenti cinque dipartimenti (in passato anche sette) ad un unico dipartimento specialistico interdisciplinare. Il processo di miglioramento continuo è pratica corrente, sia nella linea della direzione amministrativa che della direzione sanitaria. Da parte di quest'ultima si è avviata una reingegnerizzazione di tutti i processi assistenziali, di ricovero, di utilizzo dei posti letto, delle sale operatorie e del personale in una logica per intensità di cura. A cavallo delle due direzioni sono attive le task force attive sul consumo dei farmaci e dei dispositivi medici. Sul piano della valutazione, tutta l'azienda è attraversata da processi trasparenti e tracciati di valutazione e di qualità.

Il Meyer è un'organizzazione che crea valore. Questo sia nel senso che ha capacità di generare risorse attraverso le sue filiere di innovazione come il *Clinical Trial Office* (che significa attrattività di risorse private per le sperimentazioni cliniche), sia per l'aumento della valorizzazione della proprietà intellettuale. Crea valore anche attraverso lo sviluppo delle conoscenze e l'offerta di formazione all'esterno, ponendosi su alcuni specifici argomenti un *unicum* a livello nazionale (ad esempio i corsi di simulazione per l'emergenza pediatrica).

Crea valore perché cresce l'affetto dei cittadini verso il nostro Ospedale, testimoniato dalle performance della **Onlus Fondazione Meyer** che nella recente classifica del 5 per 1000 si è posizionata al settimo posto in scala nazionale su oltre 40.000 no profit italiane. Il valore che ci è accreditato dalle famiglie per la presa in carico globale che – anche grazie alla sua Fondazione - il Meyer offre facendosi percepire **molto più di un Ospedale**. Tanto che il nuovo Statuto ha dato dignità organizzativa ad un'Area chiamata "*Area dei diritti dei bambini e delle famiglie in Ospedale*", valorizzando quei servizi che costituiscono la cifra e il valore aggiunto dell'offerta del nostro Ospedale (servizi di psicologia per la famiglia e i bambini per il trauma dell'ospedalizzazione, servizi di assistenza sociale, sportello per gli abusi e maltrattamenti, terapia del dolore e cure palliative e sportello per malattie rare).

Le nuove sfide. Come i grandi ospedali pediatrici del mondo il Meyer si appresta a sviluppare – sempre con la massima attenzione a piano dei costi e dei ricavi – nuove linee assistenziali delineate nel nuovo Statuto e che costituiscono in parte un completamento e/o miglioramento dell'offerta sanitaria, dall'altra un investimento nelle nuove frontiere della medicina e della biotecnologia.

Le nuove frontiere epidemiologiche. Quando si parla di invecchiamento della popolazione spesso non si pensa come ciò significhi anche che malattie pediatriche per le quali un tempo si moriva da bambini, oggi generano un'aspettativa di vita che arriva fino ai quaranta anni, ma sempre di malattie pediatriche si tratta. Quindi emerge sempre più il grande fenomeno della **cronicità** che nella pediatria significa multipatologie, competenze mediche che si trovano solo nell'area pediatrica (si pensi ad esempio alla fibrosi cistica) con il grave problema della cosiddetta *clinica di transizione*, con il quale anche il Meyer sta facendo i conti. **Un caso paradigmatico** il quale dimostra come diminuendo i costi (considerato l'alto valore del costo per giornata di degenza), si migliori nel contempo la qualità della assistenza e la qualità di vita dei bambini:

attraverso l'istituzione di un *Centro per la cura del bambino clinicamente complesso* per i piccoli pazienti affetti da molteplici patologie, si è ottenuto una riduzione dell'ospedalizzazione ripetuta tramite una valorizzazione dell'uso del Day Hospital e delle cure domiciliari.

Tra **le linee di miglioramento e sviluppo** contenute nel nuovo Statuto vanno annoverate la chirurgia pediatrica e dei trapianti, la neuroortopedia, la otocirurgia, l'urologia pediatrica (attraverso l'istituzione di un Centro interaziendale con l'Azienda Ospedaliera di Careggi con l'utilizzo della robotica) e la cardiologia interventistica.

Le nuove frontiere della medicina. Si è prevista inoltre nel nuovo Statuto l'avvio di un nuovo "Laboratorio per le terapie avanzate". Accanto alla presenza di nuovi e promettenti approcci terapeutici, legati alle cosiddette "terapie mirate", i progressi della genetica e della biologia consentono infatti la manipolazione di vari tipi cellulari a scopo terapeutico all'interno di quelle che sono definite come "Terapie avanzate". In particolare, l'abilità di modificare le cellule staminali ed immunocompetenti ha aperto nuove prospettive terapeutiche nell'ambito di varie discipline biomediche ed in primis nell'oncologia ed ematologia. Tali ambiti, ancora legati a prognosi infauste, rappresentano un contesto nel quale le "terapie a base di cellule" devono trovare applicazione al fine di modificare la storia naturale di alcuni tumori ancora con prognosi non accettabile.

La presente relazione - stimolata dall'attività di controllo della Corte dei Conti - costituisce una panoramica straordinaria sulla trasformazione dell'azienda dal 2004 ad oggi, soffermandosi per ragioni tecniche sul particolare confronto 2004-2013. Il documento dimostra, crediamo efficacemente e cercando di offrire elementi annuali di confronto, come il Meyer si sia sviluppato con eccezionali performance sia sul piano della qualità della casistica sanitaria che della economicità dell'azione amministrativa. Tanto che possiamo dire come il Meyer del 2004, osservato con attenzione e con il livello capillare di analisi della presente relazione, non sia paragonabile né al Meyer del 2013, tanto meno al Meyer di oggi e di domani.

Possiamo invece dire – alla luce delle analisi che seguiranno questa mia introduzione – come le linee assistenziali (e i correlati fattori produttivi come il personale) presenti nel Meyer del 2004, siano state ampiamente rivisitate e ottimizzate nel Meyer del 2013, rendendole molto più performanti sia sul piano del rapporto costi/ricavi che della qualità intrinseca dell'atto medico. Attorno al "nucleo 2004" possiamo dunque dire che si è sviluppato un grande ospedale pediatrico nazionale, attento a combinare però rigore e sviluppo.

Alberto Zanobini

PREMESSA METODOLOGICA

La Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti con nota 6172-16/10/2015-SC_TOS-T83-P, a seguito dell'esame di competenza effettuato sulla relazione del Collegio Sindacale relativa al bilancio di esercizio 2013 dell'Azienda ospedaliero universitaria Meyer, ha formulato richiesta di chiarimenti ed integrazioni cui sono seguite, da parte dell'Ente sottoposto a controllo, in due diverse fasi, relazioni esplicative del 6.11.2015 (cfr. nota prot. n. 7495 - All. n. 1) e del 29.01.2016 (cfr. nota prot. n. 661 - All. n. 2).

Con decisione n. 20 /2016/PRSS, detta Sezione Regionale ha deliberato alcune irregolarità gravi che hanno dato luogo a specifica pronuncia di accertamento con riferimento ai "limiti di spesa del personale", ai sensi dell'art. 2, comma 71, della L. n. 191 del 2009, in ordine alle quali *"l'Azienda Ospedaliera Meyer dovrà adottare entro sessanta giorni le consequenziali misure correttive, ai fini del successivo esercizio dell'attività di controllo spettante a questa Sezione"*.

Attraverso la presente relazione l'Azienda intende meglio esplicitare le continue misure correttive di controllo e contenimento della spesa nel tempo poste in essere con riferimento ai costi del personale, nonché agli altri fattori produttivi impiegati in forma diretta ed indiretta per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai piccoli pazienti, dando evidenza, altresì ed in modo più puntuale, dello sviluppo del ruolo dell'Ospedale Meyer realizzatosi negli anni in virtù delle disposizioni regionali di settore.

Tale percorso - che ha visto le attività aziendali ampliarsi, svilupparsi ed innovarsi per l'implementazione della casistica di più importanti patologie trattate e per l'estensione continua del bacino di utenza - si è costantemente realizzato in un perdurante stato di stabilità economica e finanziaria anche garantita dai ricavi derivanti da una forte attrazione di piccoli pazienti dalle altre regioni e dall'estero per le prestazioni sanitarie a più elevato livello qualitativo.

Preliminarmente si è ritenuto di tracciare, in forma sintetica, il **contesto istituzionale di riferimento** laddove sia gli atti regionali che quelli aziendali hanno delineato l'auspicato sviluppo ed i nuovi ruoli nel tempo attribuiti all'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer (cfr. Capitolo 1)

La presente relazione prenderà conseguentemente **avvio dall'esame della realtà aziendale che emerge dagli atti bilancistici e da altra documentazione formale e tecnica relativa all'esercizio 2004**. Essa esaminerà il valore della produzione, parallelamente saranno considerati i costi della produzione (suddivisi per fattore produttivo impiegato ed in particolare il personale): tutto ciò grazie al rigore nelle azioni ed alla capacità di mantenere disponibili ed evidenti negli anni, per le successive puntuali analisi, tutti i dati caratterizzanti le attività in sviluppo continuo (cfr. Capitolo 2).

Si procederà con ***un'analisi dell'evoluzione dell'Ente nel tempo*** così da dare evidenza dell'incremento della produzione conseguente alla introduzione di nuovi ed ulteriori ambiti di cura caratterizzati per la maggior complessità della casistica trattata e per un continuo aumento dell'attrazione territoriale di riferimento; tutto ciò anche grazie a una nuova sede in utilizzo dal dicembre 2007 (più ampia e più consona alla nuova vocazione), con nuove tecnologie e con nuovi modelli organizzativi (*cfr. Capitolo 3*).

L'esercizio 2013, analizzato dalla Sezione di Controllo della Corte dei Conti e ***raffrontato al precedente 2004*** - sia dal punto di vista della attività dell'Azienda (e quindi produzione da un lato e fattori produttivi dall'altro) sia dal punto di vista strutturale ed ancora da quello organizzativo – è rappresentativo di una realtà ormai molto lontana dal 2004, quando il Meyer ancora era un medio / piccolo ospedale cittadino che solo in nuce manifestava le prime aperture al futuro sviluppo (*cfr. Capitoli 2, 3 e 4*). Nel 2013 siamo pertanto di fronte ad una nuova realtà ospedaliera; il “vecchio Meyer” ha mutato la sua identità genetica.

Il 2004, se raffrontato al 2013, appare infatti una realtà organizzativa e strutturale semplice che nel tempo è stata inglobata in un grande contesto erogatore di salute ad elevato livello specialistico e tecnologico ancora in corso di evoluzione che unisce la vecchia vocazione di assistenza per i piccoli pazienti del territorio fiorentino a quella di ospedale pediatrico di riferimento per il terzo livello non solo per l'ambito territoriale regionale ma anche nazionale.

Le evidenze rappresentate hanno costituito la base per un ulteriore approccio organizzativo di rigore reso evidente dal nuovo Statuto dell'Azienda approvato con deliberazione del dicembre 2015. Tale atto caratterizza la mission della AOU Meyer, nel costante orientamento ed impegno nel *“fornire le migliori cure possibili per il trattamento e la guarigione dei piccoli pazienti che provengono dall'Italia e da altri paesi e, a completamento e parte della cura, ad accompagnare e sostenere le famiglie in tutto il percorso assistenziale”*.

In tal senso se il nuovo Statuto aziendale ha proceduto nella rimodulazione e semplificazione delle articolazioni organizzative prevedendo un unico Dipartimento interdisciplinare, dall'altro ha espresso, quale prospettiva di completamento dello sviluppo aziendale, la capacità dell'ospedale di *“offrire tutte le discipline ad indirizzo pediatrico, specialistiche”*. ***I prossimi anni*** saranno quindi caratterizzati dai nuovi obiettivi volti a portare a compimento lo Statuto sopra richiamato (*cfr. Capitolo 5*).

Si è ritenuto affrontare con più puntualità ed evidenza, attraverso un capitolo di analisi a ciò dedicato, ***l'evoluzione dell'attività sanitaria con specifico riferimento a quella di ricovero***. Tali valutazioni effettuate sul decennio di riferimento evidenziano le nuove linee di produzione attivate, le linee di produzione potenziate e la razionalizzazione delle modalità di ricovero più appropriato finalizzata ad una

ottimizzazione delle risorse impiegate e dei correlati costi. Detto ambito di analisi non tralascia anche la realtà ambulatoriale (*cf. Capitolo 6*).

La presente relazione evidenzierà come il percorso sinteticamente sopra delineato, che sarà trattato nei successivi capitoli, sia sempre stato accompagnato, modulato e verificato attraverso **molteplici azioni di monitoraggio e controllo tali da assicurare rigore nelle scelte e nelle attività** così da garantire virtuosità nella spesa ed appropriatezza nelle prestazioni erogate.

Alle azioni istituzionalmente previste (siano esse espressione normativa o regolamentare centrale piuttosto che disposizioni ed azioni regionali) sono stati associati momenti valutativi tecnici aziendali di estremo valore gestionale che, assieme a strumenti di controllo interno per la Direzione e per i responsabili di struttura, permettono il costante monitoraggio dell'uso dei fattori produttivi, del relativo costo rapportato anche alla specifica attività prodotta per Centro di Responsabilità.

A ciò si aggiunga il costante sviluppo di nuove modalità organizzative gestionali del lavoro: in tal senso si ricorda la creazione di aree di degenza per intensità di cura, nelle quali è reso più efficiente l'utilizzo della risorsa infermieristica e la istituzione di un unico dipartimento nel quale molte risorse umane possono essere utilizzate con trasversalità assicurando per i dirigenti medici e sanitari funzioni integrate di reperibilità, guardia e consulenza anche in questo caso raggiungendo elevati standard di ottimizzazione (*cf. Capitolo 7*).

Attraverso la presente relazione si è altresì ritenuto ricordare che all'interno dell'arco temporale analizzato (2004 – 2015) la A.O.U. Meyer è riuscita, pur nel massimo rigore delle scelte e nella continua attenzione alla spesa, a promuovere **la ricerca scientifica** al suo interno ed a costituire per la Regione Toscana il riferimento valutativo ed autorizzativo delle sperimentazioni cliniche su pazienti in età pediatrica caratterizzato da piena autonomia finanziaria attraverso tariffe a carico dei promotori profit (*cf. Capitolo 8*).

Attraverso l'ultimo capitolo, nel ripercorrere i temi salienti trattati ed offrire alcuni **ulteriori spunti conclusivi di riflessione**, si trae l'evidenza circa la diversa consistenza dell'Azienda Meyer maturata nel decennio in esame: nuovo è il presidio ospedaliero, nuove sono le tecnologie in utilizzo, diversa e molto più importante è la casistica trattata, più ampio è il bacino di utenza dei piccoli pazienti e, pertanto, tutti i fattori produttivi impiegati non possono che essere aumentati nel peso economico e nel numero; ma è anche vero che quanto riassunto corrisponde e si riferisce ad un'attività produttiva raddoppiata e di maggior peso tale da inserire il Meyer nel novero dei primi ospedali pediatrici italiani, polo di attrazione da tutto il territorio italiano e non solo.

Tutto è avvenuto ed avviene nella consapevolezza che le azioni di sviluppo debbono trovare fondamento in scelte virtuose e nell'utilizzo corretto dei fattori produttivi impiegati; in tal senso si rileva come l'incidenza delle risorse umane rispetto ai costi di produzione sia in continua riduzione grazie alla

costante opera di controllo da un lato e di rimodulazione organizzativa positiva dall'altro; il bilancio negli anni si è sempre caratterizzato per il raggiungimento di un sostanziale pareggio sebbene i compensi per l'attività prestata siano stati determinati dalla Regione Toscana con azioni volte all'equilibrio complessivo del sistema sanitario riconoscendo quindi una parziale remuneratività per il Meyer.

La migliore sintesi può essere offerta richiamando i commenti sulla gestione dell'esercizio 2013 sviluppati dal Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa:*"In merito alla capacità di perseguimento delle strategie regionali, l'azienda registra ottimi risultati: si conferma un polo di attrazione a livello nazionale, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni ad alta complessità, per le quali **resta best practice regionale**. L'azienda conferma un'ottima capacità di uso efficiente delle risorse: è in grado di contenere i tempi di ospedalizzazione e preospedalizzazione. Relativamente alla appropriatezza, si osserva una performance positiva sul versante della chirurgia. Dal lato dell'appropriatezza medica persiste il trend positivo di riduzione della percentuale dei ricoveri in DH medico con finalità diagnostica L'utenza riconosce l'elevata qualità del servizio, la percentuale dei pazienti che si dimettono volontariamente dal ricovero ospedaliero continua essere la più bassa dell'intera Toscana, ulteriormente diminuita rispetto al 2012 Ottimi i risultati anche nella gestione del rischio clinico: in particolare, il Meyer continua ad avere il numero più basso di richieste di risarcimento per eventi in strutture ospedaliere. Il Pronto Soccorso rimane un punto di forza dell'Azienda,..... i buoni risultati in quest'area sono confermati dal limitato numero di abbandoni di pazienti dal Pronto Soccorso e dalla valutazione degli utenti che risulta la più positiva a livello regionale."*

Copiosa la documentazione a corredo che si è ritenuto unire alla presente relazione quale possibile strumento per approfondimenti.

CAPITOLO 1 - IL CONTESTO ISTITUZIONALE DI RIFERIMENTO E RUOLO DELLA REGIONE TOSCANA

Col primo capitolo del presente elaborato, in via preliminare, si rappresenta il forte impulso - ed il contestuale e successivo controllo dei risultati attesi - dato dalla Regione Toscana alla crescita ed allo sviluppo del Meyer da "ospedalino" territoriale a Centro di riferimento pediatrico della Regione ed extra Regione. Si descrive pertanto tale sviluppo attraverso il susseguirsi degli atti di programmazione e di legislazione regionale di seguito riportati.

1. Il Piano Sanitario 2002 - 2004

A partire dal **Piano Sanitario Regionale 2002 - 2004 approvato con deliberazione Consiliare n. 60 del 9.4.2002** la Regione Toscana, nell'ambito delle strategie di miglioramento globale della qualità dell'assistenza pediatrica sull'intero territorio regionale, individua l'Azienda Ospedaliera Meyer quale ospedale pediatrico regionale di terzo livello, prevedendo lo sviluppo di azioni finalizzate a rafforzare la capacità operativa dell'Azienda e le sue funzioni di coordinamento della rete pediatrica regionale; ciò anche con riferimento alla decisione strategica di trasferire la sede dell'Ospedale nella struttura di Villa Ognissanti, tappa di un ben delineato percorso di sviluppo che si proponeva sia di incrementare le attività che già venivano svolte presso la vecchia sede, sia di implementare tutta un serie di nuove specialità.

In linea con il ruolo che gli attribuirà il Piano Sanitario Regionale 2002 - 2004 e considerato l'Accordo di Programma per il trasferimento di sede dell'ospedale nell'area di Villa Ognissanti sottoscritto il 22.1.1999 tra Regione Toscana, Provincia di Firenze, Comune di Firenze, A.O.U. Meyer e A.O.U. Careggi, con deliberazione DG n. 276 del 29.06.2001 viene approvato il **Piano Attuativo Ospedaliero AO Meyer 2002 - 2004** che contiene la prima elaborazione di un progetto di rilancio dell'ospedale che garantisca non solo un'offerta di alta specializzazione ma anche la promozione di una vera e propria "cultura di salute".

Il piano prevede lo sviluppo delle specializzazioni esistenti e l'avvio di nuove, unitamente allo sviluppo della ricerca, per fare del Meyer non solo l'ospedale pediatrico regionale, ma anche un punto di riferimento nazionale, soprattutto per quanto concerne la promozione della salute (partecipazione alla rete OMS degli ospedali che promuovono la salute HPH), e internazionale, in tal senso la Giunta Regionale ha attribuito la funzione di riferimento e coordinamento regionale per la cooperazione sanitaria in ambito pediatrico.

Il piano contiene precise indicazioni circa l'uso corretto delle risorse e la compatibilità economica, nella consapevolezza che comunque l'Azienda si muove in un contesto di risorse limitate.

2. Il Piano Sanitario 2005 - 2007

Il successivo passaggio nella programmazione e pianificazione dello sviluppo dell'Ospedale Meyer da parte della Regione Toscana, è contenuto nel **Piano Sanitario Regionale 2005 - 2007 approvato con deliberazione Consiliare n. 22 del 16.02.2005** e nel **documento della "Rete materno-infantile regionale"** il cui coordinamento viene affidato alla AO Meyer, ai sensi delle Delibere Giunta Regionale nn. 784 del 02.08.2004 e 915 del 13.09.2004.

Al paragrafo 5.2.1.5 "L'assistenza materno infantile" il PSR conferma l'Ospedale Meyer quale ospedale pediatrico regionale di terzo livello; in particolare al Meyer vengono affidati:

- il coordinamento complessivo della rete pediatrica regionale;
- prestazioni complesse di diagnosi, cura e riabilitazione sia di area medica che chirurgica;
- attività di didattica e ricerca;

a seguito di ciò viene elaborato il PIANO DI SVILUPPO 2005 – 2006 che l'Azienda Ospedaliera Meyer si prefigge di perseguire a partire dai risultati ottenuti fino al 2004.

Come detto il Meyer già nel triennio 2002 - 2004 si era mosso secondo le linee di sviluppo e le direttive contenute nei PSR, ma solo fra la fine del 2004 e i primi mesi del 2005 si è avuta la grande spinta allo sviluppo attuatosi poi negli anni successivi soprattutto a seguito del trasferimento nella nuova sede, mediante la qualificazione degli specialisti, la ricerca di professionalità prima non possedute, la organizzazione di nuovi settori di attività.

Nel settembre 2005, in considerazione delle restrizioni e dei vincoli imposti dalla normativa nazionale e dalla programmazione regionale finalizzate a garantire l'equilibrio economico del SSR e nella consapevolezza che l'adeguamento alle previsioni della finanziaria 2005 avrebbe imposto un drastico ridimensionamento della produzione e la conseguente realizzazione di significative perdite di bilancio, la Direzione Generale avvia un percorso di condivisione con la Regione Toscana delle azioni di sviluppo da intraprendere unitamente alla richiesta di espressa deroga al rispetto dei vincoli contenuti nella legge finanziaria 2005, con particolare riferimento anche alla variazione delle risorse umane.

La Regione Toscana approva il Piano di Sviluppo con Delibera Giunta Regionale n. 1043 del 24.10.2005 (All. n. 1.1) che:

- prende atto della relazione sullo stato di attuazione del Piano Attuativo Ospedaliero 2002/2004 definita come "adeguatamente corredata degli elementi informativi sulle iniziative adottate, sulla produzione erogata e sui relativi costi";
- certifica che l'attuazione del Piano Attuativo Ospedaliero è stata condotta con attenzione ai criteri di razionalizzazione dell'uso delle risorse con percentuali di incremento della spesa fortemente abbattute rispetto all'incremento della produzione tutto verificato dalla Regione Toscana attraverso i sistemi di monitoraggio della spesa dalla stessa attivati;

- **approva il Piano di Sviluppo 2005 – 2006 evidenziando che:**
 - l’attuazione del Piano, correlata alle azioni per la entrata in funzione del nuovo Meyer, comporta un inevitabile potenziamento dell’attività di produzione dei servizi, con conseguente variazione dei costi;
 - che gli incrementi di costi previsti sono direttamente correlati al perseguimento degli obiettivi di riorganizzazione e potenziamento dell’Azienda Ospedaliera Meyer definiti negli atti di programmazione regionale;
 - che l’aumento dei costi risulta ampiamente compensato dal valore della produzione e dalla maggiore attrazione extraregionale;
 - il Piano è conforme agli indirizzi della programmazione regionale e congruo rispetto alle determinazioni di contenimento della spesa definite a livello regionale nell’ambito dell’azione globale di contenimento della spesa e di equilibrio posta in atto all’interno del sistema complessivo della Aziende sanitarie.

3. Il piano Sanitario 2008 - 2010

A distanza di due anni a pochi mesi dal trasferimento dell’Ospedale nella nuova sede avvenuto nel dicembre 2007 la Direzione Aziendale, sempre in sintonia con la necessaria condivisione del percorso di sviluppo con la Regione Toscana e nel rispetto delle sue linee di indirizzo, trasmette all’Assessorato (prot. n. 7165 del 27.09.2007 - All. n. 1.2) il completamento del **Piano di sviluppo con la programmazione 2007** unitamente ai risultati 2005-2006.

L’Ospedale Meyer è da quasi un anno nella nuova sede ed il suo ruolo in ambito pediatrico regionale viene ulteriormente rafforzato dalla Regione Toscana che, con il Piano Sanitario Regionale 2008/2010 approvato con delibera Consiliare n. 53 del 16.07.2008, gli affida:

- il coordinamento del progetto “Prevenzione dentale in età evolutiva”;
- la prosecuzione del coordinamento del progetto HPH in quanto il Meyer è stato investito dall’OMS del ruolo di WHO collaborating center;
- la gestione centralizzata presso l’ospedale Meyer del trauma pediatrico e la costituzione di un trauma center pediatrico sul modello americano (Harvard);
- il ruolo di prevalente gestione e cura della casistica chirurgica neonatale polispecialistica presso la TIN;
- la funzione di coordinamento regionale della diagnosi e terapia delle patologie congenite presso l’Unità multidisciplinare per la diagnosi e terapie delle patologie fetali, anche attraverso un coordinamento formativo;
- l’attuazione per conto della Regione Toscana di tutta la strategia di cooperazione sanitaria internazionale;

- il centro regionale per la fibrosi cistica con obiettivi specifici come da Delibera Giunta Regionale 2018/2007;
- il coordinamento della rete regionale delle banche del latte umano donato (Re.BLUD);
- il coordinamento della rete delle cure palliative pediatriche.

Uno dei maggiori impegni economici affrontati dall'Azienda in attuazione delle disposizioni regionali, sia in termini di tecnologie che di risorse umane, è stato determinato dalla costituzione del Trauma Center Pediatrico (deliberazione n. 44 del 15.06.2009) che oltre la infrastruttura, ha comportato un percorso di formazione di un'equipe multiprofessionale durato oltre due anni e l'acquisizione di medici ortopedici (cinque). Tutto ciò in esecuzione del Piano Sanitario Regionale e nell'ambito del progetto generale promosso dalla RT di qualificazione in medicina e chirurgia d'urgenza in collaborazione con la Harvard Medical International.

4. Gli ulteriori sviluppi 2012 - 2013

Nel 2012 e 2013 la Regione Toscana affida ulteriori funzioni e compiti regionali all'Azienda Meyer mediante la istituzione del **Centro di Salute Globale** (DGRT n. 909/2012) e del **Comitato Etico Pediatrico e del Clinical Trial Office**.

Il Centro di salute globale è la struttura di coordinamento a carattere regionale sulla tematica della salute globale e delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti e costituisce il Centro di riferimento per tutte le relazioni internazionali in sanità della RT.

Il Comitato Etico Pediatrico è stato istituito con deliberazione n. 163 del 28.06.2013 a seguito delle disposizioni date dalla Regione Toscana con DGRT n. 418 del 3.6.2013, con competenza regionale per tutte le sperimentazioni in campo pediatrico. Tutti gli studi in ambito pediatrico proposti presso le Aziende sanitarie toscane, la Fondazione Gabriele Monasterio e l'IRCCS Stella Maris, devono essere autorizzati dal CEP costituito presso AOU Meyer.

Con DGRT n. 553 del 07.07.2014 la RT prevede la istituzione presso l'AOU Meyer del Clinical Trial Office finalizzato a fornire servizi di carattere gestionale, metodologico ed etico ai ricercatori operanti nei centri di ricerca, a promuovere la collaborazione tra questi e a creare reti informali tali da favorire le sinergie anche all'interno dell'area vasta e della regione. Il CTO è operativo dal dicembre 2014 a seguito della deliberazione del D.G. n. 49 del 4.12.2014.

5. La Legge regionale n. 84/2015 ed il nuovo Statuto aziendale

Il percorso di crescita e sviluppo del ruolo dell'Azienda Meyer a livello regionale è stato legislativamente sancito dalla riorganizzazione del SSR contenuta nella **Legge Regionale n. 84/2015 che è andata a modificare/integrare la LR n. 40/2005, con l'affidamento del coordinamento della rete**

pediatrica regionale. L'art. 33 bis – Rete pediatrica e ruolo dell'azienda ospedaliero universitaria Meyer (All. n. 1.3) – interamente dedicato a ciò affida all'AOU Meyer la riorganizzazione ed il coordinamento operativo della rete pediatrica regionale, il cui governo è definito dalla Giunta Regionale con specifici atti.

La Regione Toscana pertanto, nel riconoscere e valorizzare le competenze specifiche presenti all'interno dell'Azienda, ha normativamente disposto che tali competenze venissero messe a disposizione del sistema sanitario regionale per migliorare la qualità, l'appropriatezza e la sicurezza degli interventi assistenziali in area pediatrico – adolescenziale.

La citata legge, inoltre, rinalda all'art. 7 bis il ruolo regionale del Centro di Salute Globale costituito presso l'AOU Meyer del quale la RT si avvale per le politiche di salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti esercitate in coerenza con il piano sanitario e sociale integrato regionale.

A decorrere dal 1 gennaio 2016 è entrato in vigore il nuovo Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 133 del 29.12.2015, previa intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Firenze e autorizzazione della Giunta Regionale Toscana.

L'organizzazione contenuta nel nuovo Atto Aziendale vuole essere in linea sia con l'ulteriore sviluppo previsto per l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer (Meyer 2020) sia con la necessità di razionalizzazione delle risorse evidenziata dalla costituzione di un unico Dipartimento Interdisciplinare, al quale è affidato un ruolo trasversale nell'erogazione dell'assistenza all'interno dell'Ospedale. Tale modalità organizzativa, infatti, ha lo scopo non solo di garantire nel suo complesso le funzioni di assistenza, didattica e ricerca proprie della mission aziendale ma anche consentire la necessaria condivisione delle risorse sia strutturali che umane, e la conseguente ottimizzazione delle stesse. Inoltre il Dipartimento rappresenta il fulcro progettuale ed esperienziale della rete pediatrica regionale.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer ha piena consapevolezza della continua crescita del proprio ruolo di struttura pediatrica pubblica e perfetta conoscenza del contesto locale, nazionale ed internazionale in cui si muove, e ha voluto ben esprimerlo nella "vision" dell'Atto Aziendale sopra citato:

La vision che l'Azienda propone e si impegna a perseguire si aggancia e trae alimento da ciò che è stata la storia e il continuo divenire dell'Ospedale, dalla sua fondazione ad oggi.

Il ritorno alle origini, alle "radici" è funzionale al recupero e al rilancio di una propensione al futuro necessaria e assimilabile a un organismo vivente che cresce in altezza ed estensione, che accoglie le innovazioni da un lato e richiede manutenzione dall'altro.

Una vision che opera per ottenere risultati positivi nel breve periodo e non rinuncia alla progettazione strategica di medio e lungo termine per raggiungere risultati di eccellenza clinica, organizzativa, didattica e di ricerca.

“... La vision è indissolubilmente agganciata alla sostenibilità di ruolo, funzioni e posizionamento di struttura pediatrica pubblica che opera, con logica di rete, nella cornice del Servizio Sanitario Regionale e in un contesto socio-economico caratterizzato da aumento della povertà e della povertà dei bambini in particolare. Ciò impone di utilizzare le risorse in maniera rigorosa per continuare a offrire cure di qualità e di potenziare un’offerta attiva per le famiglie attraverso iniziative e occasioni volte a promuovere la salute dei nostri piccoli pazienti.

Un’organizzazione che si fa carico dei bisogni, che propone e pratica soluzioni, che si responsabilizza complessivamente e agisce quindi con un ruolo da protagonista sul piano nazionale e internazionale e che sviluppa il capitale sociale attraverso il lavoro di connessione e rete ...”.

CAPITOLO 2 - L'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER NELL'ANNO 2004

1. Dati principali di inquadramento

L'Ospedale Meyer, la cui parte più antica risale alla fine dell'800, con successivi ampliamenti e restauri ha raggiunto nel 2004 una **superficie coperta di circa 20.000 mq.**; l'area sanitaria si connotava per **500 mq dedicati alla radiodiagnostica, 900 mq dedicati ai laboratori e 3 sale operatorie**; l'attività di ricovero era organizzata con **120 letti di degenza ordinaria e 34 letti Day Hospital**.

L'**attività in regime di ricovero ordinario**, che nell'anno ha portato a 6.840 pazienti dimessi, è riassumibile attraverso i seguenti dati:

- degenza media di 5,13 giorni;
- peso medio del DRG¹, indicativo della complessità della casistica trattata, pari a 1,23 (con la valorizzazione presente nell'anno 2004);
- ricavi per Euro 19.060.550.

L'**attività di Day Hospital** ha prodotto 22.300 giornate generando ricavi per Euro 7.726.233.

Infine l'**attività specialistica ambulatoriale** effettuata a pazienti esterni (non ricoverati) ha dato luogo a 547.709 prestazioni per un valore di Euro 8.747.067 (di cui 712.984 Euro di Ticket).

Inoltre la **capacità di attrazione extraregionale** era pari al 13,96% per il ricovero ordinario ed al 11,04% per il DH.

Le risorse umane (dipendenti aziendali) presenti in organico al 31.12.2004, erano costituite da 651 unità con un incremento di 32 teste rispetto all'anno precedente (nella tabella allegata - All. n. 2.1 - è dettagliato l'organico suddiviso per ruolo professionale oltre ad altri dati di interesse).

L'attività aziendale era altresì garantita attraverso:

- n. 28,4 dipendenti dell'Università (30 nel 2003);
- n. 12 personale interinale (3 nel 2003);
- n. 6,7 personale comandato (2 nel 2003);
- n. 91 rapporti libero professionali attivati in corso d'anno, anche per periodi inferiori all'anno, per un equivalente di n. 19,6 unità dipendenti a tempo pieno.

Il bilancio d'esercizio dell'Azienda per l'anno 2004 esponeva i seguenti macro dati:

- **valore della produzione:** pari ad 55.100.740,05 Euro; esso è rappresentativo di tutti i ricavi della gestione caratteristica²;

¹ Per approfondimenti vedasi nota 15 Capitolo 6.

- **costi della produzione:** pari a 52.705.955,38 Euro; essi sono rappresentativi di tutti i costi della gestione caratteristica;
- **consistenza patrimoniale:** rappresentata dal totale dell'**attivo immobilizzato** desumibile dallo Stato Patrimoniale dell'anno 2004, essa presentava un totale di Euro 58.787.286 (di cui: Euro 230.737 immobilizzazioni immateriali; Euro 58.452.550 immobilizzazioni materiali; Euro 103.999 immobilizzazioni finanziarie) ed un **totale complessivo dell'attivo dello Stato Patrimoniale** dell'anno 2004 di Euro 95.786.426.

La scheda allegata – All. n. 2.2 – riporta le tabelle ed altri dati relativi al “valore della produzione”, “proventi e ricavi diversi” e “costo della produzione” dell'esercizio 2004.

2. Organizzazione dell'Azienda e relativa produzione

L'**organizzazione aziendale** dell'anno 2004 era ancora modulata per rispondere alle esigenze di assistenza e cura prevalentemente della città di Firenze e dell'area metropolitana; l'attività sanitaria rivolta in forma diretta al piccolo paziente era organizzata in tre dipartimenti che si dividevano la casistica secondo il modello organizzativo allora prevalente (Dipartimento di Medicina Pediatrica, Dipartimento di Chirurgia Pediatrica e Dipartimento dell'Emergenza e dell'Area Critica) attraverso 17 strutture (Centri di Responsabilità³); a tali macro aree si aggiungevano la Direzione Sanitaria ed il Dipartimento Amministrativo (cfr. tabella All. n. 2.3).

Il contesto organizzativo del 2004 ha permesso al Meyer di realizzare un'attività sanitaria che, oltre ad essere stata esposta attraverso i dati salienti nel precedente paragrafo 1, può essere analizzata per ciascun Centro di Responsabilità grazie al sistema di contabilità analitica già in uso; tale modalità analitica consentirà nel corso della presente relazione di raffrontare negli anni lo sviluppo di ciascuna Struttura operativa (rilevata quale Centro di Responsabilità).

Con le specifiche tabelle che seguono si intende descrivere la **produzione realizzata dai Centri di Responsabilità** in cui era divisa l'Azienda, risultante dalla contabilità analitica interna; ciò permetterà la base di raffronto nella evoluzione (nei successivi anni) di ciascun Centro di Responsabilità.

Al fine di permettere la migliore comprensione dei dati sottoriportati si è ritenuto di fornire attraverso la scheda – legenda (cfr. All. n. 2.4) le modalità di costruzione dei singoli indicatori individuati e la loro significatività, sono altresì presenti commenti ed esempi.

² I ricavi della gestione caratteristica ricomprendono i ricavi derivanti dalle attività di ricovero ordinario, Day Hospital e specialistica ambulatoriale, oltre ai contributi in conto esercizio ed altri ricavi e proventi.

³ Essi rappresentano le diverse strutture ed i diversi livelli organizzativi per i quali viene definito il budget. Per ogni Centro di Responsabilità (CdR) è identificato uno specifico responsabile.

CdR	CHIRURGIA	NEUROCHIRURGIA	PEDIATRIA MEDICA	ONCOEMATOLOGIA	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
Indicatore					
N. dimessi ordinari	1.704	171	2.954	514	307
Valore economico dimessi ordinari (a)	4.677.478	1.147.897	7.402.905	2.813.825	1.992.695
N. Accessi DH	1.308	-	281	3.062	-
Valore economico DH (b)	1.104.526	-	80.809	1.309.374	-
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	13.727	-	524	61.663	4.232
Valore economico Prestazioni effettive (c)	339.440	-	17.455	220.565	318.219
Valore complessivo Ricavi (a+b+c)	6.121.444	1.147.897	7.501.169	4.343.764	2.310.914
Letti Medi ricovero ordinario	20,33	11,61	58,53	10,00	18,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	80,95%	76,20%	76,33%	77,28%	95,73%
N. risorse umane (full time equivalent)	69,43	12,95	76,23	38,08	51,00
Costo risorse umane	3.306.757	929.727	3.424.498	1.624.947	2.561.807
Costi diretti complessivi del cdr	4.879.377	1.596.186	4.071.093	2.772.530	3.404.941

CdR	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	DEA E PEDIATRIA URGENZA	SERVIZIO NUTRIZIONALE	CLINICA PEDIATRICA 1	DIABETOLOGIA PEDIATRICA
Indicatore					
N. dimessi ordinari	22	1.169	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	154.673	970.826	-	-	-
N. Accessi DH	11	-	219	7.733	627
Valore economico DH (b)	11.855	-	109.488	2.203.273	171.446
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	1.978	41.073	9.291	91.808	10.556
Valore economico Prestazioni effettive (c)	44.383	640.911	332.467	833.368	207.191
Valore complessivo Ricavi (a+b+c)	210.911	1.611.737	441.955	3.036.641	378.637
Letti Medi ricovero ordinario	4,00	8,00	-	-	-
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	51,30%	137,38%	-	-	-
N. risorse umane (full time equivalent)	28,71	39,85	16,98	25,16	4,44
Costo risorse umane	1.574.338	2.232.245	685.069	1.761.270	289.985
Costi diretti complessivi del cdr	1.969.225	2.469.704	1.062.194	2.805.531	505.959

CdR	CLINICA PEDIATRICA 2	FIBROSI CISTICA	AUXO - ENDOCRINOLOGIA	CLINICA DI NEUROLOGIA PEDIATRICA	CARDIOLOGIA
Indicatore					
N. dimessi ordinari	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	-	-	-	-
N. Accessi DH	2.478	1.133	3.408	1.992	113
Valore economico DH (b)	760.794	411.020	935.635	598.142	31.050
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	57.129	1.755	-	-	15.424
Valore economico Prestazioni effettive (c)	1.236.459	59.289	-	-	560.734
Valore complessivo Ricavi (a+b+c)	1.997.253	470.309	935.635	598.142	591.784
Letti Medi ricovero ordinario	-	-	-	-	-
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	-	-	-	-	-
N. risorse umane (full time equivalent)	18,90	7,55	3,10	12,82	11,51
Costo risorse umane	920.844	401.663	228.100	688.538	713.126
Costi diretti complessivi del cdr	1.681.177	646.400	230.431	766.525	1.065.609

CdR	IMMUNOEMATOLOGIA	GENETICA MEDICA	LABORATORIO ANALISI	RADIODIAGNOSTICA	RIABILITAZIONE
Indicatore					
N. dimessi ordinari	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	-	-	-	-
N. Accessi DH	-	-	-	-	-
Valore economico DH (b)	-	-	-	-	-
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	9.596	6.662	187.274	24.870	10.113
Valore economico Prestazioni effettive (c)	505.100	491.255	712.793	2.098.115	129.025
Valore complessivo Ricavi (a+b+c)	505.100	491.255	712.793	2.098.115	129.025
Letti Medi ricovero ordinario	-	-	-	-	-
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	-	-	-	-	-
N. risorse umane (full time equivalent)	8,21	7,99	25,51	26,98	5,93
Costo risorse umane	368.351	417.372	1.177.362	1.487.991	204.088
Costi diretti complessivi del cdr	883.736	663.852	1.982.732	2.376.800	259.692

Di seguito, gli stessi dati sono stati aggregati a livello aziendale:

Indicatore	CdR	TOTALE CdR produzione
N. dimessi ordinari		6.841
Valore economico dimessi ordinari (a)		19.160.299
N. Accessi DH		22.365
Valore economico DH (b)		7.727.412
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		547.680
Valore economico Prestazioni effettive (c)		8.746.832
Valore complessivo Ricavi (a+b+c)		35.634.543
Letti Medi ricovero ordinario		130,47
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		83,49%
N. risorse umane (full time equivalent)		491,32
Costo risorse umane		24.998.078
Costi diretti complessivi del cdr		36.093.695

3. Considerazioni relative all'esercizio 2004

Il presente capitolo costituisce quindi il punto di partenza dell'analisi in corso e, conseguentemente, i dati che sono stati esposti rappresentano le varie chiavi di lettura dello specifico momento storico.

Già attraverso l'analisi dei dati sintetici relativi ai Centri di Responsabilità, sopra riportati, ove si realizza la produzione sanitaria, possono formularsi alcune considerazioni che troveranno maggiore significatività nell'analisi di raffronto del più ampio periodo 2004 – 2013 rappresentata nei successivi capitoli 3 e 4 dai quali risulterà di tutta evidenza come l'esercizio 2013, così come descritto e delineato attraverso i più importanti indicatori, rappresenti l'evoluzione dello sviluppo auspicato realizzata nel massimo rigore:

- assistiamo ad un primo margine operativo (dato dalla differenza fra valore complessivo ricavi (a+b+c) e costi diretti complessivi) pari a – 459.152; quindi emerge che nell'anno 2004 la remunerazione dell'attività caratteristica non è sufficiente a remunerare tutti i fattori produttivi necessari alla sua diretta realizzazione;
- rileviamo un margine fra ricavi complessivi e costi del fattore produttivo risorse umane pari a 10.636.465;
- l'incidenza del costo del fattore produttivo risorse umane rispetto al totale dei costi complessivi è pari al 69,26% ; la capacità di gestione del personale in un'ottica di miglioramento dell'uso del fattore produttivo umano dovrà pertanto manifestarsi attraverso una riduzione percentuale di tale indicatore.

1. Dati principali di inquadramento che connotano l'evoluzione nel triennio 2005 - 2007

Gli anni dal 2005 al 2007 hanno visto lo sviluppo di linee di produzione precedentemente non esistenti, od attivate in fase embrionale, od ancora da implementarsi in ambiti clinici specialistici ad alta complessità, dando conseguentemente luogo all'assunzione nell'organico di nuove figure professionali ad elevatissima competenza oltre agli altri operatori di settore necessari a supportare l'auspicato sviluppo delle nuove attività sanitarie in implementazione.

Tale sviluppo è stato messo in atto in previsione delle future potenzialità in termini di spazi e tecnologie frutto dell'ampliamento e ristrutturazione, allora in corso, della nuova sede aziendale assegnata al Meyer resasi definitivamente utilizzabile nel dicembre 2007.

Si segnala inoltre che l'anno 2007 si caratterizza per una gestione suddivisa, per le attività prettamente sanitarie, nella vecchia sede sino al 15 dicembre (giorno del definitivo trasloco) e per le attività amministrative e di supporto già con la nuova allocazione nell'ex Ospedale Villa Ognissanti; ciò ha naturalmente comportato per questo periodo un appesantimento di costi di gestione.

In tal senso si ricorda la delibera della **Giunta Regionale Toscana n. 1043 del 24.10.2005** con la quale, nel prendere atto dello stato dell'arte del Piano Attuativo Ospedaliero per gli anni 2002 – 2004, si approvava il **piano di sviluppo 2005 – 2006 della Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer** in conformità agli indirizzi della programmazione regionale; tale deliberazione costituisce lo strumento attraverso il quale **la Regione autorizza l'incremento dei costi previsti**, attesi gli obiettivi di riorganizzazione e potenziamento da raggiungere definiti negli atti di programmazione, anche considerando che tali aumenti trovano l'adeguata compensazione finanziaria nell'incremento del valore della produzione e nello sviluppo della attrazione extraregionale (cfr. Capitolo 1, paragrafo 2).

In particolare in questi anni assistiamo ad un **potenziamento delle seguenti specialità**:

- *neurologia;*
- *neurochirurgia;*
- *chirurgia;*
- *oncoematologia;*
- *anestesia e rianimazione.*

L'attività realizzata dall'Azienda nel triennio può essere schematicamente rappresentata come segue; la tabella, analoga e con gli stessi indicatori della rappresentazione dell'anno 2004 (cfr. All. n. 2.4), descrive in forma aggregata la produzione (2005 – 2007).

In essa si riscontra la descrizione dell'attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital e di specialistica ambulatoriale raggruppate per singolo anno.

Indicatore	CdR	TOTALE CdR produzione		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. dimessi ordinari		6.868	7.307	7.331
Valore economico dimessi ordinari (a)		20.777.543	23.298.439	23.430.425
N. Accessi DH		24.278	27.216	27.054
Valore economico DH (b)		8.883.272	10.523.967	10.511.223
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		418.809	437.561	413.005
Valore economico Prestazioni effettive (c)		7.347.796	8.153.050	8.737.856
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		1.336.557	2.213.588	2.488.415
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		38.345.168	44.189.044	45.167.919
Letti Medi ricovero ordinario		129,54	142,77	136,13
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		87,10%	88,64%	85,18%
N. risorse umane (full time equivalent)		557,39	566,17	580,68
Costo risorse umane		29.877.122	34.226.453	34.564.733
Costi diretti complessivi del cdr		43.716.805	51.503.862	50.041.156

Tale rappresentazione di indicatori evidenzia un costante incremento del **valore complessivo dei ricavi**; inoltre si segnala che il **peso medio dei DRG** sviluppati dalla casistica di ricovero ordinario (indicativo della complessità della casistica trattata) è stato pari a 1,13 per l'anno 2005, al 1,22 per l'anno 2006 e al 1,17 per il 2007 (con la valorizzazione presente nei singoli anni di analisi).

In costante incremento appare anche la **capacità di attrazione extraregionale** sia per il ricovero ordinario: passata dal 13,96% del 2004 al 17,96 del 2007 (attraverso un 16,19% per l'anno 2005 ed un 16,89% per l'anno 2006), sia per il ricovero Day Hospital passato dall' 11,04% del 2004 al 12,65% del 2007 (attraverso il 12,97% del 2005 ed il 12,63% del 2006).

Lo sviluppo della produzione ed in particolare delle attività in implementazione ha comportato una variazione in aumento delle **risorse umane** (dipendenti aziendali) attestandosi al 31.12.2007 a 760 unità; nell'allegato n. 3.1 sono riportate le tabelle di analisi con le specifiche evidenze.

Le componenti universitarie, oltre ad altri rapporti contrattuali (comandi attivi, libera professione, interinali) subiscono una riduzione nel biennio 2005 – 2006 per riattestarsi su valori simili al 2004 nell'esercizio 2007; la scheda allegata (All. n. 3.2) descrive nel dettaglio le fattispecie in analisi.

Con riferimento alla **situazione bilancistica** degli esercizi in esame si rappresenta attraverso la seguente tabella l'evoluzione degli anni del valore della produzione e dei costi della produzione.

	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
Valore della produzione	61.814.461,42 Euro	70.366.156,71 Euro	77.893.912,11 Euro
Costi della produzione	60.702.353,55 Euro	69.981.254,92 Euro	77.610.682,52 Euro

La scheda allegata -All. n. 3.3 – riporta le tabelle ed altri dati relativi al "valore della produzione", "proventi e ricavi diversi" e "costi della produzione" degli esercizi 2005 -2007.

La **consistenza patrimoniale** del triennio, rappresentata dal totale dell'attivo immobilizzato desumibile dallo Stato Patrimoniale dei singoli anni vede la seguente composizione:

Anno 2005: totale immobilizzazioni di Euro 93.976.236 (di cui: Euro 221.263 immobilizzazioni immateriali; Euro 93.607.877 immobilizzazioni materiali; Euro 147.096 immobilizzazioni finanziarie) ed un totale complessivo dell'attivo dello Stato Patrimoniale dell'anno 2005 di Euro 144.778.321.

Anno 2006: totale immobilizzazioni di Euro 104.903.913 (di cui: Euro 257.962 immobilizzazioni immateriali; Euro 104.506.646 immobilizzazioni materiali; Euro 139.305 immobilizzazioni finanziarie) ed un totale complessivo dell'attivo dello Stato Patrimoniale dell'anno 2006 di Euro 149.274.519.

Anno 2007: totale immobilizzazioni di Euro 119.360.221 (di cui: Euro 624.995 immobilizzazioni immateriali; Euro 118.675.255 immobilizzazioni materiali; Euro 59.971 immobilizzazioni finanziarie) ed un totale complessivo dell'attivo dello Stato Patrimoniale dell'anno 2007 di Euro 167.582.816.

2. Organizzazione dell'Azienda

L'organizzazione aziendale vede forti mutamenti nel periodo di analisi: oltre alla classica differenziazione delle attività che tiene conto delle discipline mediche, chirurgiche ed in urgenza, sono creati il Dipartimento Neurochirurgico neurosensoriale ed il Dipartimento di Oncoematologia pediatrica; acquisisce altresì dignità dipartimentale la Direzione di Presidio con funzioni di direzione su molte strutture trasversali di supporto alla diretta erogazione delle cure tra le quali la Radiodiagnostica ed il Laboratorio.

Sulla scorta di quanto sopra riassunto e meglio declinato nella scheda allegata – All. n. 3.4 - mentre il numero dei dipartimenti viene raddoppiato, i Centri di Responsabilità oscillano tra 32 e 30 non discostandosi da quelli già individuati ed operativi nel 2004.

3. La produzione dell'azienda rilevata all'interno dei Centri di Responsabilità nei tre esercizi 2005 2007

L'analisi puntualmente effettuata di seguito, attraverso la quale si prendono in considerazione tutti i centri di costo sanitari nel triennio, permette di verificare lo stato di implementazione di alcune aree di cura rese attive e già in forte evoluzione per rappresentare nella nuova sede del Meyer alcune punte di eccellenza.

Possiamo notare lo sviluppo di alcuni Centri di Responsabilità come la chirurgia (passata da 6,12 M nel 2004 a 8,42 M nel 2008) la neurochirurgia (che attivata nel 2004 con ricavi di 1,14 M, passa a 4,55 M nel 2007), la clinica neurologica (anch'essa di attivazione al termine del 2004 con ricavi di 0,6 M passa a 4,03 M nel 2007).

Indicatore	CdR	CHIRURGIA			NEUROCHIRURGIA		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. dimessi ordinari		2.003	1.983	1.859	541	634	891
Valore economico dimessi ordinari (a)		4.709.895	5.765.910	6.328.418	3.376.185	4.211.911	3.579.252
N. Accessi DH		1.805	2.367	2.764	-	479	507
Valore economico DH (b)		1.305.905	1.586.088	1.743.821	-	615.081	669.256
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		6.286	9.037	14.574	9.075	15.525	15.139
Valore economico Prestazioni effettive (c)		93.360	176.030	355.614	161.243	293.162	310.195
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		11.991	181.296	2.076	1.410	7.773	981
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		6.121.151	7.709.324	8.429.929	3.538.838	5.127.927	4.559.684
Letti Medi ricovero ordinario		25,00	24,12	25,25	12,00	14,96	14,23
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		74,11%	82,07%	76,89%	82,35%	82,74%	77,22%
N. risorse umane (full time equivalent)		80,29	77,74	75,02	39,05	48,65	49,98
Costo risorse umane		3.931.623	4.227.121	4.039.158	2.633.176	3.444.000	3.420.360
Costi diretti complessivi del cdr		5.760.940	6.688.039	6.542.259	4.128.240	5.663.207	5.471.557

Indicatore	CdR	PEDIATRIA MEDICA			ONCOEMATOLOGIA		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. dimessi ordinari		2.292	2.129	2.120	506	531	427
Valore economico dimessi ordinari (a)		6.402.001	6.356.052	6.364.737	2.874.570	2.547.948	2.214.206
N. Accessi DH		1.022	1.259	1.301	3.097	3.516	3.162
Valore economico DH (b)		296.753	375.171	388.569	1.258.294	1.535.278	1.287.527
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		2.164	3.115	4.046	6.596	6.811	4.560
Valore economico Prestazioni effettive (c)		53.953	77.867	99.799	50.417	50.364	39.372
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		102.966	83.646	37.104	190.570	472.773	651.961
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		6.855.673	6.892.736	6.890.209	4.373.851	4.606.363	4.193.066
Letti Medi ricovero ordinario		52,66	51,00	44,80	10,00	9,95	9,98
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		81,08%	85,32%	83,69%	82,82%	82,25%	81,00%
N. risorse umane (full time equivalent)		74,99	74,93	76,92	39,24	35,53	34,33
Costo risorse umane		3.425.808	3.863.625	3.843.931	1.779.337	1.898.214	1.903.752
Costi diretti complessivi del cdr		4.549.804	5.249.404	4.964.969	3.135.125	3.335.847	2.892.868

Indicatore	CdR	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			ANESTESIA E RIANIMAZIONE		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. dimessi ordinari		235	231	218	44	47	52
Valore economico dimessi ordinari (a)		1.887.110	1.802.857	1.843.402	301.362	313.603	517.181
N. Accessi DH		-	-	-	320	335	363
Valore economico DH (b)		-	-	-	725.477	634.707	694.413
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		1.995	1.493	2.054	281	299	64
Valore economico Prestazioni effettive (c)		69.191	46.683	61.891	5.224	5.541	1.190
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		237.018	167.618	149.322	58	5.640	64
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		2.193.319	2.017.158	2.054.615	1.032.121	959.491	1.212.848
Letti Medi ricovero ordinario		18,00	18,00	18,00	4,00	4,81	5,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		104,54%	99,73%	97,03%	90,17%	88,91%	89,53%
N. risorse umane (full time equivalent)		47,85	44,79	51,13	29,96	35,00	37,86
Costo risorse umane		2.213.815	2.485.804	2.820.496	1.907.250	2.253.524	2.321.638
Costi diretti complessivi del cdr		2.889.591	3.320.453	3.638.088	2.641.985	3.332.497	3.318.131

Indicatore	CdR	DEA E PEDIATRIA URGENZA			SERVIZIO NUTRIZIONALE		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. dimessi ordinari		1.184	1.184	1.078	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)		1.088.493	1.014.529	833.628	-	-	-
N. Accessi DH		-	-	-	208	120	68
Valore economico DH (b)		-	-	-	120.993	218.670	198.935
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		41.586	41.373	42.255	14.297	16.945	28.287
Valore economico Prestazioni effettive (c)		672.623	674.860	677.553	546.247	644.712	1.029.152
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		2.114	1.127	54	26	3	8
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		1.763.230	1.690.516	1.511.235	667.266	863.385	1.228.095
Letti Medi ricovero ordinario		7,88	8,00	7,48	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		134,02%	127,38%	127,86%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)		47,05	45,67	46,26	17,11	17,75	16,92
Costo risorse umane		2.373.990	2.763.277	2.737.132	684.965	810.055	718.538
Costi diretti complessivi del cdr		2.631.561	3.032.515	2.983.158	1.126.756	1.339.515	1.414.277

Indicatore	CdR	CLINICA PEDIATRICA 1			DIABETOLOGIA PEDIATRICA		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. dimessi ordinari		-	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)		-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH		7.692	7.464	7.075	763	1.004	1.042
Valore economico DH (b)		2.190.140	2.148.028	2.011.551	208.336	277.555	287.927
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		8.375	8.980	7.917	5.611	8.121	6.839
Valore economico Prestazioni effettive (c)		99.853	116.254	129.605	45.556	55.686	54.034
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		455.925	460.601	289.494	161.048	151.116	190.445
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		2.745.918	2.724.883	2.430.650	414.940	484.357	532.406
Letti Medi ricovero ordinario		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)		13,69	14,59	16,71	4,65	nd	nd
Costo risorse umane		1.086.142	1.164.257	1.393.104	260.972	nd	nd
Costi diretti complessivi del cdr		1.883.225	2.015.595	1.722.555	485.416	nd	nd

Indicatore	CdR	CLINICA PEDIATRICA 2			FIBROSI CISTICA		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. dimessi ordinari		-	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)		-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH		2.624	3.198	3.546	1.096	1.306	1.387
Valore economico DH (b)		786.551	990.533	1.078.695	395.752	411.277	502.992
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		35.113	33.124	27.860	1.692	1.551	1.707
Valore economico Prestazioni effettive (c)		747.205	734.507	660.170	10.806	13.205	17.340
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		49.063	94.410	124.326	43.631	27.593	62.498
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		1.582.819	1.819.450	1.863.191	450.189	452.075	582.830
Letti Medi ricovero ordinario		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)		17,51	17,83	18,96	10,04	8,70	9,15
Costo risorse umane		1.265.943	1.396.805	1.469.725	562.316	691.476	751.727
Costi diretti complessivi del cdr		2.188.918	2.314.959	2.440.126	864.325	1.014.839	1.067.974

Indicatore	CdR	AUXOENDOCRINOLOGIA			CLINICA DI NEUROLOGIA PED.		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. dimessi ordinari		-	-	-	63	568	686
Valore economico dimessi ordinari (a)		-	-	-	137.927	1.285.629	1.749.601
N. Accessi DH		2.945	3.284	2.621	2.586	2.626	2.931
Valore economico DH (b)		800.982	901.782	715.813	761.152	758.853	852.852
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		2.383	2.802	5.042	12.752	15.436	16.793
Valore economico Prestazioni effettive (c)		43.921	51.784	82.480	452.819	543.083	633.812
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		-	-	-	3.396	312.730	790.916
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		844.903	953.566	798.293	1.355.294	2.900.295	4.027.181
Letti Medi ricovero ordinario		0,00	0,00	0,00	0,00	11,93	11,39
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	63,17%	73,16%
N. risorse umane (full time equivalent)		2,37	4,43	3,60	27,67	42,95	49,46
Costo risorse umane		188.394	634.745	508.063	1.833.985	2.489.458	2.849.910
Costi diretti complessivi del cdr		199.628	888.530	630.506	2.589.950	3.628.341	3.926.744

Indicatore	CdR	TERAPIA DEL DOLORE			CARDIOLOGIA		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. dimessi ordinari		-	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)		-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH		-	-	-	120	258	287
Valore economico DH (b)		-	-	-	32.937	70.944	78.872
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		7	486	60	14.363	13.082	13.373
Valore economico Prestazioni effettive (c)		90	2.676	772	537.436	479.057	448.115
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		-	-	3	77.338	164.589	159.588
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		90	2.676	775	647.711	714.590	686.575
Letti Medi ricovero ordinario		-	-	-	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		-	-	-	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)		3,78	3,85	4,00	11,26	10,41	11,29
Costo risorse umane		323.815	327.380	294.388	715.097	774.818	755.270
Costi diretti complessivi del cdr		335.945	338.399	300.102	1.136.824	1.081.985	979.377

Indicatore	CdR	IMMUNOEMATOLOGIA			GENETICA MEDICA		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		8.300	8.922	8.375	3.244	4.058	6.530
Valore economico Prestazioni effettive (b)		434.454	491.001	472.764	251.334	321.220	590.308
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)					-	-	4
Valore complessivo Ricavi (b+c)		434.454	491.001	472.764	251.334	321.220	590.312
N. risorse umane (full time equivalent)		11,32	8,44	9,34	8,29	7,99	6,99
Costo risorse umane		465.188	499.164	513.411	467.867	572.225	525.075
Costi diretti complessivi del cdr		1.028.328	960.658	990.268	685.406	876.946	809.176

Indicatore	CdR	LABORATORIO ANALISI			PEDIATRIA PREVENTIVA		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		208.067	206.393	174.802	1.902	1.766	1.744
Valore economico Prestazioni effettive (b)		811.097	804.391	696.051	45.133	43.246	30.161
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)					-	82.673	29.571
Valore complessivo Ricavi (b+c)		811.097	804.391	696.051	45.133	125.919	59.732
N. risorse umane (full time equivalent)		24,00	20,77	16,66	4,75	4,76	3,72
Costo risorse umane		1.223.927	1.150.729	1.079.258	473.527	494.713	379.209
Costi diretti complessivi del cdr		2.182.100	2.363.692	2.209.349	590.533	616.013	442.486

Indicatore	CdR	RADIODIAGNOSTICA			RIABILITAZIONE		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		25.839	28.553	25.533	8.879	9.680	5.389
Valore economico Prestazioni effettive (b)		2.098.495	2.400.419	2.270.351	117.302	127.248	75.913
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)					-	-	-
Valore complessivo Ricavi (b+c)		2.098.495	2.400.419	2.270.351	117.302	127.248	75.913
N. risorse umane (full time equivalent)		35,81	35,38	35,56	6,70	6,00	6,83
Costo risorse umane		1.804.748	2.019.586	1.951.701	255.237	265.476	288.887
Costi diretti complessivi del cdr		2.376.800	3.094.584	2.924.544	305.405	347.845	372.643

Al fine di una comparazione degli esercizi

Indicatore	CdR	TOTALE CdR di produzione		
		Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
N. dimessi ordinari		6.868	7.307	7.331
Valore economico dimessi ordinari (a)		20.777.543	23.298.439	23.430.425
N. Accessi DH		24.278	27.216	27.054
Valore economico DH (b)		8.883.272	10.523.967	10.511.223
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		418.809	437.561	413.005
Valore economico Prestazioni effettive (c)		7.347.796	8.153.050	8.737.856
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		1.336.557	2.213.588	2.488.415
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		38.345.168	44.189.044	45.167.919
Letti Medi ricovero ordinario		129,54	142,77	136,13
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		87,10%	88,64%	85,18%
N. risorse umane (full time equivalent)		557,39	566,17	580,68
Costo risorse umane		29.877.122	34.226.453	34.564.733
Costi diretti complessivi del cdr		43.716.805	51.503.862	50.041.156

4. Considerazioni relative all'analisi degli esercizi 2005 - 2007

Dall'analisi dei dati sintetici relativi ai Centri di Responsabilità di produzione, di cui alla tabella sopra riportata, risulta come il triennio si caratterizzi per un continuo aumento dei ricavi complessivi; nel rapporto tra i valori relativi all'esercizio 2005 e quelli del successivo 2007 i ricavi aumentano in valore assoluto per un importo di Euro 6.822.751 (corrispondente a + 17,79%), i costi diretti aumentano per un importo di Euro

6.324.351 (corrispondente +14,47%.) Il costo specifico del fattore produttivo risorse umane aumenta di Euro 4.687.611 (corrispondente a +15,69%).

In specifico il **costo del fattore produttivo risorse umane** afferenti i CdR produttivi rispetto al valore complessivo aziendale del costo del personale è così rappresentato:

- anno 2005: Euro 29.877.122 dei CdR produttivi rispetto a Euro 32.416.505 per il personale dipendente e 485.676 Euro per personale con rapporto di lavoro non subordinato e 45.526 Euro per il costo del personale Sumaista;
- anno 2006: Euro 34.226.453 dei CdR produttivi rispetto a Euro 36.152.922 per il personale dipendente e 1.481.399 Euro per personale con rapporto di lavoro non subordinato e 42.457 Euro per il costo del personale Sumaista;
- anno 2007: Euro 34.564.733 dei CdR produttivi rispetto a Euro 37.888.519 per il personale dipendente e 1.810.585 Euro per personale con rapporto di lavoro non subordinato e 48.286 Euro per il costo del personale Sumaista.

Inoltre i costi diretti complessivi imputati ai CdR produttivi rispetto ai costi complessivi aziendali desumibili dal costo della produzione del conto economico del bilancio d'esercizio dei singoli anni trovano i seguenti rapporti:

- anno 2005: i costi complessivi direttamente imputabili ai CdR di produzione sono stati 43.716.805 Euro su un totale di costi complessivi aziendali pari a 60.702.354 Euro;
- anno 2006: i costi complessivi direttamente imputabili ai CdR di produzione sono stati 51.503.862 Euro su un totale di costi complessivi aziendali pari a 69.981.255 Euro;
- anno 2007: i costi complessivi direttamente imputabili ai CdR di produzione sono stati 50.041.156 Euro su un totale di costi complessivi aziendali pari a 77.610.683 Euro.

Dall'analisi dei dati sintetici a livello di CdR produttivi possiamo fare le seguenti brevi considerazioni:

- **assistiamo** ad un primo margine operativo (dato dalla differenza fra valore complessivo ricavi (a+b+c) e costi diretti complessivi) rispettivamente:
 - anno 2005 pari a – 5.371.637 Euro;
 - anno 2006 pari a – 7.314.818 Euro;
 - anno 2007 pari a – 4.873.237 Euro.

Questo significa che per ogni anno oggetto di analisi la remunerazione dell'attività caratteristica non è sufficiente a remunerare tutti i fattori produttivi necessari alla sua diretta realizzazione;

- **rileviamo** un margine fra ricavi complessivi e costi del fattore produttivo risorse umane pari rispettivamente a:
 - anno 2005 pari a 8.468.046 Euro;
 - anno 2006 pari a 9.962.591 Euro;

- o anno 2007 pari a 10.603.186 Euro.

Questo significa che se dal totale dei ricavi complessivi togliamo i costi del fattore produttivo risorse umane, residuano per ogni anno gli importi sopra riportati per la copertura dei costi derivanti dagli altri fattori produttivi necessari alla erogazione dei servizi di cura.

L'indice di composizione del costo delle risorse umane rispetto al totale dei costi diretti complessivi dei CdR produttivi risulta pari rispettivamente a: anno 2005 68,34%; anno 2006 66,45%; anno 2007 69,07%. E pertanto possibile rilevare come l'incidenza di detto fattore produttivo sia già in decrescita rispetto all'esercizio 2004, tale andamento perdurerà per tutto il periodo di analisi.

Come già rilevato nel Capitolo 2, tali valori, di per sé già indicativi, troveranno una maggior significatività nelle riflessioni conclusive affrontate nel Capitolo 9.

CAPITOLO 4 - LO SVILUPPO DELL'AZIENDA SINO ALL'ANNO 2013 A SEGUITO DEL TRASFERIMENTO PRESSO LA NUOVA SEDE

1. Dati principali di inquadramento – evoluzione 2008 - 2013

Il 14 dicembre 2007 segna una tappa epocale nella storia dell'Ospedale pediatrico Meyer, in quanto l'intera Azienda si trasferisce dalla sede storica di Via Luca Giordano al “Nuovo Meyer”, presso la ex Villa Ognissanti di Viale Pieraccini, 24, nelle colline di Careggi.

Il “Nuovo Meyer” ridisegnato per dare la migliore risposta alle nuove esigenze assistenziali vede l'incremento degli spazi e delle tecnologie: **passiamo dai 20.000 mq della vecchia sede ai 35.000 mq della nuova**; le aree sanitarie ad alta tecnologia si connotano per **7 sale operatorie, 1.000 mq per la radiodiagnostica⁴ e 830 mq per i laboratori specialistici**; l'attività di ricovero, gestita secondo i nuovi modelli di intensità di cura, è organizzata con **129 letti⁵ per la degenza ordinaria e 56 letti di day hospital**.

Il miglior utilizzo razionale della struttura è avvenuto con progressione nel biennio successivo al trasferimento.

In analogia alle rappresentazioni effettuate per gli anni 2004 (Capitolo 2) e 2005 / 07 (Capitolo 3) si descrive in forma aggregata l'analisi complessiva dell'attività espletata dalla AOU Meyer; per garantire la migliore comparazione dei periodi di riferimento; sono stati mantenuti gli indicatori oggetto delle precedenti analisi.

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	6.340	7.930	9.060	8.943	9.040	8.888
Valore economico dimessi ordinari (a)	24.353.440	29.512.808	32.679.256	32.370.174	32.880.804	32.314.198
N. Accessi DH	28.680	34.572	34.746	34.389	34.253	35.190
Valore economico DH (b)	11.082.369	13.418.982	13.110.724	13.560.911	14.264.826	15.210.954
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	433.155	495.921	623.975	667.880	646.742	610.169
Valore economico Prestazioni effettive (c)	9.336.602	10.430.235	12.545.429	13.743.424	15.501.077	15.821.369
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	2.662.360	3.462.280	2.710.268	4.098.087	4.462.494	5.030.713
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	47.434.771	56.824.305	61.045.677	63.772.596	67.109.202	68.377.233
Letti Medi ricovero ordinario	123,71	152,48	164,88	162,44	164,27	164,29
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	92,77%	87,32%	88,84%	89,19%	88,18%	87,52%

L'indicatore “**valore complessivo ricavi**” che può riassumere il forte sviluppo dell'attività sanitaria, realizzato dopo lo spostamento delle attività nel “Nuovo Meyer”, presenta le seguenti percentuali di incremento:

- **2009 su 2008 +19,79%;**
- 2010 su 2009 +7,43%;
- 2011 su 2010 +4,47%;

⁴ Ricordiamo che la struttura originaria era dotata di 3 sale operatorie, 900 mq per laboratori e 500 mq di radiodiagnostica.

⁵ Nell'anno 2009 i posti letto di degenza ordinaria aumentano raggiungendo il numero di 161.

- 2012 su 2011 + 5,23%;
- 2013 su 2012 +1,89%.

Complessivamente dal 2008 al 2013 assistiamo ad un **incremento complessivo dei ricavi da attività caratteristica pari a + 44,15%**.

Tale sviluppo consegue, come già ricordato nel precedente capitolo, al ruolo che Regione Toscana, nei propri atti di programmazione, ha affidato all'AOU Meyer (cfr. DGRT n. 1043/2005 citata Capitolo 1 e Capitolo 3)⁶.

Il periodo oggetto di analisi si caratterizza inoltre per l'aumento del peso medio dei DRG e per l'esponentiale sviluppo della attrazione extraregionale: il **peso medio dei DRG** sviluppato dalla casistica di ricovero ordinario (indicativo della complessità della casistica trattata) è passato da 1,31 nell'anno 2008 a 1,44 dell'anno 2013⁷; la **capacità di attrazione extraregionale** rispetto a quella misurata nell'anno 2004 è pressochè raddoppiata sia per il ricovero ordinario che per il regime in Day Hospital, passando dal 13,96% nel 2004 al 24,03% nel 2013 (sui ricoveri ordinari) e dal 11,04% al 18,60% (sui Day Hospital)⁸.

Il forte sviluppo dell'attività sanitaria, già reso evidente dai macrodati sopra analizzati, ha chiaramente comportato l'implementazione dei fattori produttivi necessari all'erogazione delle cure; tale operazione di sviluppo, si è caratterizzata per piani di ottimizzazione nell'utilizzo e rigore delle risorse umane.

Il periodo esaminato evidenzia come l'organico aziendale (personale dipendente) passi da 826 unità nell'anno 2008 a 963 unità nell'anno 2013. L'investimento di risorse è avvenuto fondamentalmente in ambito sanitario proprio per dare risposta alle necessità strettamente correlate all'attività di diagnosi, cura e di ricerca; si tiene a precisare infatti come nei sei anni esaminati (2008 – 2013) il personale appartenente al ruolo amministrativo non abbia subito variazioni.

Negli allegati n. 4.1 e 4.2 sono riportate le tabelle di analisi con le specifiche evidenze in ordine agli anni esaminati.

⁶ Si ricorda che con il citato documento si prevedeva come il personale dovesse aumentare e non diminuire, in conseguenza della individuazione dei vari settori oggetto di implementazione per le finalità riportate all'interno del piano di sviluppo aziendale 2005/2006; nel citato piano sanitario venivano previsti incrementi di costi direttamente correlati al perseguimento degli obiettivi di riorganizzazione e potenziamento dell'Azienda, la copertura dei quali veniva garantita sia dall'incremento del valore della produzione sia dalla prevista maggiore capacità di attrazione regionale.

⁷ Si ricorda che il peso medio DRG 2004 era pari a 1,23, passato poi nell'anno 2008 a 1,31; nell'anno 2009 a 1,45; nell'anno 2010 a 1,42; nell'anno 2011 a 1,43; nell'anno 2012 a 1,44; nell'anno 2013 a 1,44.

⁸ Di seguito l'evoluzione in percentuale dell'attrazione extra regionale negli anni di analisi:
ricoveri ordinari anno 2008 21,67%; anno 2009 21,50%; anno 2010 22,21%; anno 2011 24,82%; anno 2012 23,88%; anno 2013 24,03%;
ricoveri DH è stata pari a: anno 2008 13,37%; anno 2009 13,04%; anno 2010 15,14%; anno 2011 16,12%; anno 2012 17,43%; anno 2013 18,60%.

2. I bilanci

Di seguito si evidenzia come dai **bilanci di esercizio degli anni 2008/2013** si rilevi il costante incremento del valore della produzione ed in parallelo l'aumento dei costi; si tiene ad evidenziare inoltre la virtuosità nella gestione dell'attività tanto che si assiste ad una inversione di tendenza nell'anno 2011 allorquando il valore della produzione supera i costi necessari a generarla.

Anno 2008: il bilancio d'esercizio dell'Azienda vedeva i seguenti macro valori: **valore della produzione**, rappresentativo di tutti i ricavi della gestione caratteristica, pari a **85.235.861,03** Euro e **costi della produzione**, rappresentativi di tutti i costi della gestione caratteristica, pari a **85.147.850,31** Euro.

Anno 2009: valore della produzione pari a 97.480.989,69 Euro;
costi della produzione pari a 98.260.681,17 Euro.

Anno 2010: valore della produzione pari a 99.089.894,04 Euro;
costi della produzione pari a 100.107.404,46 Euro.

Anno 2011: valore della produzione pari a 102.461.016,18 Euro;
costi della produzione pari a 100.856.010,66 Euro.

Anno 2012: valore della produzione pari a 106.144.222,51 Euro;
costi della produzione pari a 105.786.529,10 Euro.

Anno 2013: valore della produzione, pari a 105.835.600,75 Euro;
costi della produzione pari a 104.910.003,70 Euro.

Di seguito la tabella con la quale si dettaglia nelle specifiche componenti l'evoluzione del **valore della produzione per gli anni dal 2008 al 2011**:

Descrizione	31/12/2008	31/12/2009	31/12/2010	31/12/2011
1) Contributi conto/esercizio	29.524.301,49	32.705.651,53	28.759.058,70	27.226.786,80
2) Proventi e ricavi diversi	51.103.178,33	59.298.354,20	64.629.156,65	66.694.259,03
3) Conc., recup., rimb. per attività tipiche	1.258.520,45	785.774,32	675.103,69	1.659.694,80
4) Compartecipazione alla spesa per prestaz. Sanitarie	1.147.023,53	1.396.208,23	1.499.703,38	1.627.506,63
5) Costi capitalizzati	2.202.837,23	3.295.001,41	3.526.871,62	3.647.763,40
Valore della Produzione	85.235.861,03	97.480.989,69	99.089.894,04	100.856.010,66

La scheda allegata – All. n. 4.3 – riporta le tabelle ed altri dati relativi al “valore della produzione”, “proventi e ricavi diversi” e “Costi della produzione” degli esercizi 2008 - 2013; si tiene a ricordare come dall'anno 2012 la modifica dei modelli di bilancio, sia per il conto economico che per lo stato patrimoniale con l'introduzione del D.Lgs. n. 118/2011, abbia comportato una diversa rappresentazione delle poste sopra richiamate.

La **consistenza patrimoniale**, rappresentata dal totale dell'attivo immobilizzato desumibile dallo Stato Patrimoniale dei singoli anni vede la seguente composizione.

Anno 2008: totale immobilizzazioni di Euro 122.939.772 (di cui: Euro 2.330.970 immobilizzazioni immateriali; Euro 120.517.988 immobilizzazioni materiali; Euro 90.815 immobilizzazioni finanziarie) ed un totale complessivo dell'attivo dello Stato Patrimoniale dell'anno 2008 di Euro 170.945.979.

Anno 2009: totale immobilizzazioni di Euro 121.972.692 (di cui: Euro 2.046.562 immobilizzazioni immateriali; Euro 119.837.456 immobilizzazioni materiali; Euro 88.675 immobilizzazioni finanziarie) ed un totale complessivo dell'attivo dello Stato Patrimoniale dell'anno 2009 di Euro 172.599.849.

Anno 2010: totale immobilizzazioni di Euro 120.520.113 (di cui: Euro 2.001.566 immobilizzazioni immateriali; Euro 118.468.921 immobilizzazioni materiali; Euro 49.626 immobilizzazioni finanziarie) ed un totale complessivo dell'attivo dello Stato Patrimoniale dell'anno 2010 di Euro 176.305.897.

Anno 2011: totale immobilizzazioni di Euro 117.474.738 (di cui: Euro 1.728.516 immobilizzazioni immateriali; Euro 115.733.387 immobilizzazioni materiali; Euro 12.835 immobilizzazioni finanziarie) ed un totale complessivo dell'attivo dello Stato Patrimoniale dell'anno 2011 di Euro 173.034.265.

Anno 2012⁹: totale immobilizzazioni di Euro 106.846.937 (di cui: Euro 1.640.831 immobilizzazioni immateriali; Euro 105.045.772 immobilizzazioni materiali; Euro 160.335 immobilizzazioni finanziarie) ed un totale complessivo dell'attivo dello Stato Patrimoniale dell'anno 2012 di Euro 167.782.917.

Anno 2013: totale immobilizzazioni di Euro 104.030.793 (di cui: Euro 1.567.892 immobilizzazioni immateriali; Euro 102.227.002 immobilizzazioni materiali; Euro 235.900 immobilizzazioni finanziarie) ed un totale complessivo dell'attivo dello Stato Patrimoniale dell'anno 2012 di Euro 247.452.502¹⁰.

⁹ Dall'anno 2012 si ricorda l'applicazione delle disposizioni contenute nel D.Lgs. 118/2011 e le successive norme applicative di tale decreto. In particolare riportiamo quanto inserito a pag. 15 della Nota integrativa al bilancio d'esercizio 2012 "Il D.Lgs. 118/2011 ha indicato, nell'allegato 3 le aliquote d'ammortamento delle immobilizzazioni, da applicare dall'anno 2012, facendo salvi gli ammortamenti effettuati fino all'esercizio precedente a quello di applicazione del sopra indicato D.Lgs. La legge di stabilità 2013 (n. 228/2012) modificando l'articolo 29 comma b) del citato D.Lgs. ha omesso il periodo relativo alla non retroattività degli ammortamenti. Successivamente la Regione Toscana, interpretando quanto contenuto nelle Circolari Ministeriali n. 2496 del 28.01.2013 e n. 8036 del 25/03/2013, ha confermato il 2001 quale anno di partenza per il ricalcolo degli ammortamenti pregressi, nel caso di aliquote diverse da quelle previste dall'allegato 3 del D.Lgs. 118/2011".

¹⁰ Il deciso incremento del totale dell'attivo dello stato patrimoniale dell'anno 2013 rispetto al 2012 trova giustificazione in quanto riportato a pag. 2 della nota integrativa al bilancio d'esercizio dell'anno 2013 "Per quanto riguarda lo stato patrimoniale ed il rendiconto finanziario si segnala per i crediti e debiti verso Regione Toscana (per quanto attengono le tipologie legate alla compensazioni, al fondo indistinto compresi gli acconti erogati in corso d'anno) un diverso criterio di rappresentazione tra l'anno 2012 (nel quale entrambi venivano rappresentati al netto) e il 2013 (nel quale sono rappresentati nei loro singoli importi lordi)".

3. Organizzazione dell'Azienda

La situazione negli anni di interesse riconferma il modello organizzativo dipartimentale già applicato nei precedenti periodi esaminati; questo arco temporale si connota invece per un aumento delle articolazioni organizzative interne alla macrostruttura dipartimentale dotate di autonomia organizzativa e pertanto tracciate come Centri di Responsabilità dal controllo di gestione.

Nell'anno 2012, in attuazione della Legge n. 135/2012 (art.15, comma 13, lett. f bis) , viene soppresso il dipartimento "Direzione Medica di Presidio"; nello stesso anno viene costituito il nuovo Dipartimento "Medico-Chirurgico Feto-Neonatale"; sono create nel tempo numerose Strutture (Complesse e Semplici autonome): esse rappresentano lo sviluppo di competenze specialistiche che necessitano (per un'adeguata risposta al paziente, per l'elevato numero di prestazioni rese, per la complessità delle patologie, per specifici modelli da adottare nel trattamento della casistica) di un'adeguata risposta organizzativa. Ricordiamo, operando un raffronto con l'anno 2008, la costituzione delle Strutture di "Ortopedia Pediatrica", "Urologia", "Centro Ustioni", "Oftalmologia Pediatrica", "Otorinolaringoiatria", "Odontoiatria", "Malattie Metaboliche e Muscolari Ereditarie", "Diabetologia" "Nefrologia" "Gastroenterologia" "Reumatologia", "Broncopneumologia" e "Unità interdisciplinare per la diagnosi e cura dei difetti congeniti e della patologia fetale".

La scheda – All. n. 4.4 – raccoglie le tabelle che rappresentano negli anni lo sviluppo organizzativo dell'Azienda dando conto sia della realtà dipartimentale (DAI) che di quella per Strutture organizzative dotate di autonomia (SODC e SODS).

4. La produzione dell'Azienda rilevata all'interno dei Centri di Responsabilità nel periodo 2008 - 2013

Prima di addentrarsi nel puntuale esame di ciascun Centro di Responsabilità, esaminando il dettaglio degli indicatori già utilizzati per le precedenti analisi dello stesso tipo (Capitolo 2 e Capitolo 3), si evidenzia come nei sei anni oggetto di verifica vi sia stato un aumento dei ricavi complessivi in valore assoluto pari ad Euro 20.942.462 corrispondente al +44,15% ed un incremento dei costi diretti afferenti gli stessi CdR produttivi pari ad Euro 15.890.732 corrispondente al +28,98%; in tale contesto Il costo del fattore produttivo risorse umane è incrementato in valore assoluto di Euro 7.483.266 corrispondente a +21,64%.

I dati ora esposti costituiscono un elemento esplicito della continua attenzione alla razionalizzazione della spesa che ha comportato risultati inequivocabilmente positivi se correlati ad uno sviluppo delle attività sanitarie.

Di seguito le tabelle per gli anni presi in esame nelle quali i Centri di Responsabilità – per garantire l’omogeneità di valutazione - in alcuni casi possono raggruppare dati afferenti più strutture organizzative la cui attività sanitaria nel 2004 veniva complessivamente erogata da un unico CdR. Ad esempio nel CdR Chirurgia sottoriportato, si ricomprende ed in esso confluiscono, oltre ai dati relativi alla storica struttura di “Chirurgia Pediatrica” che nel tempo ha affinato e sviluppato in termini specialistici la propria casistica, i dati relativi alle nuove strutture di “Ortopedia Pediatrica”, “Urologia” e “Centro Ustioni”.

CdR: CHIRURGIA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	1.910	2.476	2.896	2.655	2.598	2.534
Valore economico dimessi ordinari (a)	6.907.355	8.511.413	9.360.822	8.473.061	8.489.608	8.109.519
N. Accessi DH	3.378	3.820	3.653	4.458	4.256	4.025
Valore economico DH (b)	2.106.229	2.264.866	2.101.996	2.897.360	2.771.942	2.781.685
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	16.905	18.983	21.759	20.680	21.561	20.477
Valore economico Prestazioni effettive (c)	401.603	469.406	501.268	497.519	526.185	505.211
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	12.856	5.316	34.993	189.186	5.205	26.837
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	9.428.043	11.251.001	11.999.079	12.057.126	11.792.940	11.423.252
Letti Medi ricovero ordinario	25,53	37,21	38,41	34,74	34,40	35,06
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	87,38%	85,61%	78,59%	80,66%	77,36%	74,63%
N. risorse umane (full time equivalent)	50,43	55,12	64,39	65,47	55,38	57,96
Costo risorse umane	3.460.425	3.956.456	4.117.864	3.967.329	3.698.168	3.356.418
Costi diretti complessivi del cdr	4.726.345	5.562.688	6.524.614	6.017.358	5.345.659	4.835.920

CdR: NEUROCHIRURGIA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	688	1.099	1.197	1.441	1.440	1.246
Valore economico dimessi ordinari (a)	4.364.955	5.495.580	5.928.221	6.111.023	5.924.212	6.116.811
N. Accessi DH	643	656	637	594	683	970
Valore economico DH (b)	681.637	691.204	698.083	679.983	761.263	917.542
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	16.722	19.670	22.449	23.758	25.747	25.410
Valore economico Prestazioni effettive (c)	352.164	407.502	477.563	554.254	653.622	686.251
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	560	11.999	730	400	450	2.958
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	5.399.316	6.606.285	7.104.597	7.345.660	7.339.547	7.723.562
Letti Medi ricovero ordinario	13,82	15,84	15,51	18,01	18,37	17,45
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	86,79%	83,85%	86,51%	81,45%	82,84%	80,02%
N. risorse umane (full time equivalent)	34,13	34,55	46,23	46,56	43,70	47,66
Costo risorse umane	2.587.653	2.840.656	2.890.506	2.939.594	2.767.180	2.848.268
Costi diretti complessivi del cdr	4.727.115	5.226.038	5.808.032	5.404.960	5.708.611	5.234.461

CdR: PEDIATRIA MEDICA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	2.254	2.200	2.299	2.079	2.172	2.274
Valore economico dimessi ordinari (a)	6.370.545	6.515.773	6.972.968	6.489.026	6.501.928	6.982.674
N. Accessi DH	1.907	2.291	2.496	1.782	1.979	1.905
Valore economico DH (b)	563.310	693.200	748.785	523.204	585.195	578.849
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	6.754	8.915	12.331	12.062	12.408	10.346
Valore economico Prestazioni effettive (c)	182.319	222.575	292.616	272.554	293.831	283.651
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	67.530	99.314	75.211	186.309	149.259	216.477
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	7.183.704	7.530.862	8.089.580	7.471.093	7.530.213	8.061.651
Letti Medi ricovero ordinario	38,85	42,62	42,07	38,85	39,81	40,64
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	95,12%	89,14%	100,01%	98,41%	94,59%	99,07%
N. risorse umane (full time equivalent)	64,33	64,19	66,52	65,72	70,68	74,94
Costo risorse umane	3.365.387	3.826.840	3.540.397	3.440.556	3.907.155	4.039.240
Costi diretti complessivi del cdr	4.894.271	5.418.571	5.163.758	5.120.774	6.077.227	6.152.310

CdR: ONCOEMATOLOGIA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	574	724	768	857	720	692
Valore economico dimessi ordinari (a)	2.699.304	3.981.105	3.779.662	4.382.006	4.366.001	3.764.327
N. Accessi DH	1.825	3.626	4.160	4.538	4.963	3.449
Valore economico DH (b)	790.499	1.567.884	1.811.501	2.030.067	2.282.870	1.550.536
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	8.069	7.299	53.923	66.970	47.783	7.512
Valore economico Prestazioni effettive (c)	66.508	62.396	357.623	504.339	907.249	782.511
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	482.257	375.681	141.185	238.729	430.176	551.814
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	4.038.568	5.987.066	6.089.971	7.155.141	7.986.296	6.649.188
Letti Medi ricovero ordinario	11,54	16,44	16,56	16,95	17,00	16,27
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	78,56%	83,02%	79,90%	83,39%	92,75%	80,85%
N. risorse umane (full time equivalent)	48,27	60,54	65,25	63,31	62,88	60,17
Costo risorse umane	2.542.291	3.145.259	3.143.354	3.035.140	3.076.341	2.845.342
Costi diretti complessivi del cdr	4.627.890	5.527.322	5.991.753	5.972.783	6.774.184	5.589.260

CdR: TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	206	178	211	180	174	200
Valore economico dimessi ordinari (a)	1.810.891	1.578.487	1.828.311	1.493.019	1.568.431	1.626.940
N. Accessi DH	-	-	-	-	-	-
Valore economico DH (b)	-	-	-	-	-	-
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	1.825	1.694	1.582	1.829	1.555	1.425
Valore economico Prestazioni effettive (c)	58.482	59.797	44.181	52.011	45.541	40.526
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	168.040	289.214	357	463.105	160.140	266.851
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	2.037.413	1.927.498	1.872.849	2.008.135	1.774.112	1.934.317
Letti Medi ricovero ordinario	16,00	16,95	22,00	22,00	22,00	22,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	94,62%	93,70%	86,51%	89,53%	90,60%	91,33%
N. risorse umane (full time equivalent)	46,88	49,39	66,69	67,17	63,60	64,01
Costo risorse umane	2.736.147	3.325.006	3.739.583	3.757.994	3.562.202	3.528.106
Costi diretti complessivi del cdr	3.933.953	4.688.758	5.468.627	5.283.499	5.142.777	5.089.591

CdR: ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	37	46	114	156	188	187
Valore economico dimessi ordinari (a)	275.800	384.472	1.054.842	1.431.265	1.676.411	1.321.913
N. Accessi DH	450	435	478	400	578	591
Valore economico DH (b)	733.717	739.981	576.827	576.748	1.203.193	1.634.228
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	82	91	187	521	273	63
Valore economico Prestazioni effettive (c)	1.679	1.957	3.798	10.378	1.950	1.317
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	88	1.194	2.184	4.026	15.033	4.282
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	1.011.284	1.127.604	1.637.652	2.022.416	2.896.587	2.961.740
Letti Medi ricovero ordinario	7,00	8,35	13,31	14,92	15,00	14,95
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	85,01%	79,00%	93,94%	85,38%	79,51%	77,15%
N. risorse umane (full time equivalent)	54,36	61,51	94,53	87,51	88,31	87,81
Costo risorse umane	3.578.259	5.211.576	5.942.164	5.495.660	5.316.829	5.506.868
Costi diretti complessivi del cdr	5.251.123	7.688.649	8.382.230	8.479.624	7.499.803	7.561.731

CdR: DEA E PEDIATRIA URGENZA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	8	3	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	2.852	2.190	-	-	-	-
N. Accessi DH	-	-	-	-	-	-
Valore economico DH (b)	-	-	-	-	-	-
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	44.218	51.496	68.059	73.792	67.908	66.115
Valore economico Prestazioni effettive (c)	706.316	819.223	1.021.963	1.145.377	1.146.943	1.137.517
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	3	6	47	324	519	380
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	709.171	821.419	1.022.010	1.145.701	1.147.462	1.137.897
Letti Medi ricovero ordinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)	45,37	53,59	64,99	63,30	62,93	62,62
Costo risorse umane	2.504.792	3.386.873	3.779.539	3.748.563	3.696.543	3.728.154
Costi diretti complessivi del cdr	2.801.241	3.781.581	4.416.434	4.350.878	4.371.534	4.330.129

CdR: SERVIZIO NUTRIZIONALE

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	-	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH	68	128	150	110	99	92
Valore economico DH (b)	194.190	358.587	277.090	133.203	88.486	108.246
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	26.896	31.341	43.196	29.524	49.678	47.285
Valore economico Prestazioni effettive (c)	915.823	1.081.147	1.469.558	1.011.109	1.831.854	1.677.360
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	-	197	93	182	49	10.955
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	1.110.013	1.439.931	1.746.741	1.144.494	1.920.389	1.796.561
Letti Medi ricovero ordinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)	12,27	16,50	17,59	15,47	16,63	18,45
Costo risorse umane	515.947	777.643	813.230	613.482	671.669	721.406
Costi diretti complessivi del cdr	1.227.768	1.770.121	2.023.909	811.338	860.038	909.911

CdR: CLINICA PEDIATRICA 1

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	-	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH	8.068	8.492	8.763	7.599	7.449	9.088
Valore economico DH (b)	2.306.484	2.451.447	2.523.362	2.210.826	2.242.330	3.045.252
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	8.438	18.464	9.843	11.350	11.436	12.184
Valore economico Prestazioni effettive (c)	218.632	335.923	237.167	275.665	280.570	325.013
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	349.839	652.794	556.841	835.440	799.152	764.004
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	2.874.955	3.440.164	3.317.370	3.321.931	3.322.053	4.134.269
Letti Medi ricovero ordinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)	22,72	21,79	27,76	21,18	22,84	28,82
Costo risorse umane	1.437.406,69	1.247.009,47	1.428.726	1.561.713	1.550.935	1.926.203
Costi diretti complessivi del cdr	2.990.383	2.505.843	2.949.779	4.303.127	4.268.054	4.815.653

CdR: DIABETOLOGIA PEDIATRICA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	-	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH	845	1.015	1.100	1.137	1.103	1.174
Valore economico DH (b)	233.095	283.550	306.079	315.159	305.011	325.125
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	7.523	11.586	12.240	12.484	13.760	15.826
Valore economico Prestazioni effettive (c)	54.191	75.234	80.877	87.919	99.971	115.481
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	201.771	209.138	191.341	185.524	227.021	219.925
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	489.057	567.922	578.297	588.602	632.003	660.532
Letti Medi ricovero ordinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)	-	-	-	-	4,11	3,40
Costo risorse umane	-	-	-	-	366.911	320.466
Costi diretti complessivi del cdr	-	-	-	-	511.291	495.625

CdR: CLINICA PEDIATRICA 2

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	-	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH	3.516	4.238	3.923	4.372	4.525	4.645
Valore economico DH (b)	1.081.453	1.301.950	1.202.365	1.334.011	1.395.644	1.417.985
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	33.412	33.651	37.568	39.018	38.282	36.021
Valore economico Prestazioni effettive (c)	768.438	781.781	902.683	913.402	1.055.124	1.119.373
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	106.268	146.916	122.946	158.628	185.978	224.201
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	1.956.159	2.230.647	2.227.995	2.406.041	2.636.746	2.761.559
Letti Medi ricovero ordinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)	20,85	18,53	30,95	29,54	11,58	11,37
Costo risorse umane	1.457.826	1.251.819	1.618.408	1.556.546	665.287	529.956
Costi diretti complessivi del cdr	2.620.682	2.494.976	3.201.117	3.195.387	1.989.908	1.851.492

CdR: FIBROSI CISTICA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	-	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH	1.566	2.535	1.785	1.699	1.744	1.782
Valore economico DH (b)	568.616	921.860	651.257	616.429	630.741	652.207
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	1.761	3.971	11.402	11.947	15.564	17.277
Valore economico Prestazioni effettive (c)	18.031	44.139	180.977	114.419	146.264	164.985
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	51.355	164.890	111.875	56.511	34.188	58.863
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	638.002	1.130.889	944.110	787.358	811.192	876.055
Letti Medi ricovero ordinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)	9,50	10,47	12,02	10,12	10,24	9,21
Costo risorse umane	754.487	1.003.466	931.117	754.409	784.731	761.164
Costi diretti complessivi del cdr	1.181.422	1.633.620	1.573.017	1.348.220	1.419.166	1.448.227

CdR: AUXOENDOCRINOLOGIA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	-	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH	2.529	2.701	2.586	2.354	1.934	2.111
Valore economico DH (b)	682.671	740.201	704.754	644.253	530.204	581.517
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	4.185	2.701	2.792	3.158	3.692	4.355
Valore economico Prestazioni effettive (c)	68.552	50.162	51.843	59.523	71.823	84.776
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	319	9	9.285	2	10	
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	751.542	790.372	765.882	703.777	602.037	666.293
Letti Medi ricovero ordinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)	4,50	4,50	4,63	3,78	2,92	4,04
Costo risorse umane	345.063	235.308	233.958	206.536	191.384	214.428
Costi diretti complessivi del cdr	732.961	598.385	643.141	617.204	577.213	650.790

CdR: CLINICA DI NEUROLOGIA PEDIATRICA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	663	748	841	880	968	960
Valore economico dimessi ordinari (a)	1.921.738	2.193.039	2.411.137	2.552.272	2.734.769	2.715.312
N. Accessi DH	3.449	4.291	4.532	4.797	4.479	4.691
Valore economico DH (b)	1.021.095	1.299.519	1.354.678	1.430.170	1.316.918	1.394.842
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	31.603	32.993	53.206	54.158	53.531	52.936
Valore economico Prestazioni effettive (c)	961.804	1.207.601	2.303.589	2.447.637	2.472.994	2.653.292
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	1.051.876	1.219.244	1.214.693	1.735.724	2.404.937	2.667.172
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	4.956.513	5.919.403	7.284.097	8.165.803	8.929.619	9.430.618
Letti Medi ricovero ordinario	10,97	11,70	12,14	13,08	13,50	13,80
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	72,21%	86,70%	89,37%	89,13%	82,81%	84,56%
N. risorse umane (full time equivalent)	50,43	54,06	64,22	61,83	65,91	66,60
Costo risorse umane	2.852.901	3.323.115	3.230.050	3.026.850	3.264.178	3.286.013
Costi diretti complessivi del cdr	4.650.052	5.378.956	5.886.732	5.805.917	6.924.565	6.196.348

CdR: TRAUMA CENTER

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	-	456	734	689	775	787
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	850.749	1.343.293	1.438.502	1.619.444	1.676.702
N. Accessi DH	-	68	78	108	78	85
Valore economico DH (b)	-	28.751	41.913	49.724	46.973	63.480
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	-	-	8.474	8.770	8.363	8.622
Valore economico Prestazioni effettive (c)	-	-	151.406	167.233	176.350	182.098
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	-	-	113	25	21	1.521
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	-	879.500	1.536.725	1.655.484	1.842.788	1.923.801
Letti Medi ricovero ordinario	-	3,37	3,88	3,82	3,82	3,85
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	-	92,98%	111,11%	114,96%	142,12%	140,17%
N. risorse umane (full time equivalent)	0,94	2,80	10,15	8,38	9,52	9,61
Costo risorse umane	210.462	568.655	883.575	650.395	802.577	827.830
Costi diretti complessivi del cdr	217.857	610.193	1.124.699	919.623	1.019.284	1.035.522

CdR: STRUTTURA RESIDENZIALE DI LENITERAPIA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	-	-	-	6	5	8
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH	-	-	-	-	-	-
Valore economico DH (b)	-	-	-	-	-	-
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	-	-	-	-	-	-
Valore economico Prestazioni effettive (c)	-	-	-	-	-	-
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	-	-	-	-	-	-
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	-	-	-	-	-	-
Letti Medi ricovero ordinario	-	-	1	0,07	0,37	0,27
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	-	-	-	100	100	100
N. risorse umane (full time equivalent)	-	-	-	-	-	-
Costo risorse umane	-	-	-	-	-	-
Costi diretti complessivi del cdr	-	-	-	-	-	-

CdR: TERAPIA DEL DOLORE

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	-	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH	-	-	-	-	17	55
Valore economico DH (b)	-	-	-	-	4.491	14.767
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	33	84	47	19	93	32
Valore economico Prestazioni effettive (c)	369	1.099	324	246	1.254	417
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	-	177	4	-	2.474	41
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	369	1.276	328	246	8.219	15.225
Letti Medi ricovero ordinario	-	-	-	-	-	-
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	-	-	-	-	-	-
N. risorse umane (full time equivalent)	3,50	3,78	5,48	4,41	3,34	4,21
Costo risorse umane	346.951	357.144	377.784	302.664	272.492	349.699
Costi diretti complessivi del cdr	347.511	357.702	378.829	307.407	278.339	359.130

CdR: CARDIOLOGIA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	-	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH	436	276	405	441	366	527
Valore economico DH (b)	119.373	75.982	112.034	119.774	99.565	144.693
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	12.344	9.753	11.103	11.618	11.619	10.582
Valore economico Prestazioni effettive (c)	413.631	357.634	337.089	351.937	372.542	337.494
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	167.363	278.258	225.382	16.537	16.098	11.260
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	700.367	711.874	674.504	488.248	488.205	493.447
Letti Medi ricovero ordinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)	11,94	10,65	11,60	11,07	6,16	6,30
Costo risorse umane	910.622	842.168	853.997	777.922	690.776	728.367
Costi diretti complessivi del cdr	1.193.201	1.221.905	1.424.383	1.339.400	1.266.726	1.225.564

CdR: IMMUNOEMATOLOGIA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	5.446	4.716	5.198	4.516	6.552	6.631
Valore economico Prestazioni effettive (b)	279.442	247.423	251.712	189.652	349.981	392.340
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)	-	-	2	348	-	-
Valore complessivo Ricavi (b+c)	279.442	247.423	251.714	190.000	349.981	392.340
N. risorse umane (full time equivalent)	12,46	13,88	13,96	14,45	13,01	15,07
Costo risorse umane	674.237	762.914	744.376	725.790	705.369	761.930
Costi diretti complessivi del cdr	1.690.722	1.831.119	2.087.862	2.005.786	2.393.864	2.454.108

CdR: CURE DOMICILIARI

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	192	1.114	1.243	1.812	2.493	3.194
Valore economico Prestazioni effettive (b)	1.596	9.538	10.399	14.121	15.794	21.548
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)					672	
Valore complessivo Ricavi (b+c)	1.596	9.538	10.399	14.121	16.466	21.548
N. risorse umane (full time equivalent)	-	-	3,00	1,96	1,00	1,00
Costo risorse umane	36.099	225.507	253.752	218.303	139.158	115.666
Costi diretti complessivi del cdr	36.151	243.022	274.652	239.678	155.754	128.253

CdR: GENETICA MEDICA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	7.254	6.313	8.058	11.471	15.044	20.717
Valore economico Prestazioni effettive (b)	702.171	644.461	892.049	1.234.191	1.625.306	2.361.670
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)	-	7.865	15.402	12.625	28.461	28
Valore complessivo Ricavi (b+c)	702.171	652.326	907.450	1.246.816	1.653.766	2.361.697
N. risorse umane (full time equivalent)	7,36	8,94	10,50	9,13	8,05	9,78
Costo risorse umane	550.817	537.626	507.292	485.114	521.742	560.224
Costi diretti complessivi del cdr	840.004	848.173	905.037,02	1.109.107	1.371.625	1.664.607

CdR: LABORATORIO ANALISI

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	170.991	196.075	198.458	208.366	203.123	209.782
Valore economico Prestazioni effettive (b)	654.814	746.308	763.319	841.535	939.138	962.062
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)						
Valore complessivo Ricavi (b+c)	654.814	746.308	763.319	841.535	939.138	962.062
N. risorse umane (full time equivalent)	13,72	14,75	14,73	15,85	15,61	15,91
Costo risorse umane	920.028	1.066.440	1.007.163	951.762	947.080	922.491
Costi diretti complessivi del cdr	2.145.583	2.151.113	2.301.636	2.122.599	2.270.918	2.173.682

CdR: PEDIATRIA PREVENTIVA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	1.195	1.266	1.167	1.040	1.250	1.544
Valore economico Prestazioni effettive (b)	31.914	40.075	38.676	34.598	41.124	51.331
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)	528	-	6.109	897		
Valore complessivo Ricavi (b+c)	32.442	40.075	44.786	35.495	41.124	51.331
N. risorse umane (full time equivalent)	3,50	3,50	3,50	2,21	2,37	3,15
Costo risorse umane	335.369	244.030	241.081	210.075	197.725	325.476
Costi diretti complessivi del cdr	383.401	274.728	250.674,95	247.995	244.329	382.115

CdR: PSICOLOGIA CLINICA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	-	12	4	4	213	509
Valore economico Prestazioni effettive (b)	-	233	67	80	4.371	10.276
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)						
Valore complessivo Ricavi (b+c)	-	233	67	80	4.371	10.276
N. risorse umane (full time equivalent)	-	-	-	-	0,16	4,32
Costo risorse umane	9.962	-	54.219	73.506	97.648	119.313
Costi diretti complessivi del cdr	10.807	804	54.254	73.677	100.083	135.368

CdR: RADIODIAGNOSTICA

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	26.100	31.015	33.607	33.737	31.812	28.888
Valore economico Prestazioni effettive (b)	2.447.662	2.666.817	2.025.694	2.083.838	2.313.432	1.829.500
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)						
Valore complessivo Ricavi (b+c)	2.447.662	2.666.817	2.025.694	2.083.838	2.313.432	1.829.500
N. risorse umane (full time equivalent)	36,04	39,35	46,00	46,23	44,48	40,94
Costo risorse umane	2.176.730	2.570.055	2.652.895	2.771.521	2.685.698	2.461.053
Costi diretti complessivi del cdr	3.312.774	4.309.601	5.057.030	4.814.737	4.960.725	3.893.215

CdR: RIABILITAZIONE

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	1.202	2.710	3.569	2.775	2.807	2.210
Valore economico Prestazioni effettive (b)	30.320	97.725	125.338	119.559	122.243	94.455
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)	-	34				
Valore complessivo Ricavi (b+c)	30.320	97.759	125.338	119.559	122.243	94.455
N. risorse umane (full time equivalent)	7,33	6,93	11,16	9,87	9,63	9,61
Costo risorse umane	264.354	342.804	372.621	377.404	397.059	354.536
Costi diretti complessivi del cdr	289.298	355.732	389.238	399.050	416.538	371.672

CdR: NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	-	-	-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)	-	-	-	-	-	-
N. Accessi DH	-	-	-	-	-	-
Valore economico DH (b)	-	-	-	-	-	-
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	-	-	-	-	-	-
Valore economico Prestazioni effettive (c)	-	-	-	-	-	-
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	-	-	-	-	-	-
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	-	-	-	-	-	-
Letti Medi ricovero ordinario	-	-	-	-	-	-
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	-	-	-	-	-	-
N. risorse umane (full time equivalent)	-	-	-	-	-	-
Costo risorse umane	-	-	-	-	-	918.829
Costi diretti complessivi del cdr	-	-	-	-	-	1.738.563

CdR: ALTRO

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	5	8	2.510	22.501	195	226
Valore economico Prestazioni effettive (b)	141	79	23.648	760.328	5.620	914
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)	1.707	34	1.475	13.567	2.651	3.143
Valore complessivo Ricavi (b+c)	1.848	113	25.123	773.895	8.271	4.057

Al fine della comparazione degli esercizi di seguito è stata redatta anche la tabella riassuntiva di sintesi:

TOTALE CdR Produttivi

Indicatore	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
N. dimessi ordinari	6.340	7.930	9.060	8.943	9.040	8.888
Valore economico dimessi ordinari (a)	24.353.440	29.512.808	32.679.256	32.370.174	32.880.804	32.314.198
N. Accessi DH	28.680	34.572	34.746	34.389	34.253	35.190
Valore economico DH (b)	11.082.369	13.418.982	13.110.724	13.560.911	14.264.826	15.210.954
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	433.155	495.921	623.975	667.880	646.742	610.169
Valore economico Prestazioni effettive (c)	9.336.602	10.430.235	12.545.429	13.743.424	15.501.077	15.821.369
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	2.662.360	3.462.280	2.710.268	4.098.087	4.462.494	5.030.713
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	47.434.771	56.824.305	61.045.677	63.772.596	67.109.202	68.377.233
Letti Medi ricovero ordinario	123,71	152,48	164,88	162,44	164,27	164,29
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	92,77%	87,32%	88,84%	89,19%	88,18%	87,52%
N. risorse umane (full time equivalent)	560,82	609,32	755,84	724,51	695,04	716,96
Costo risorse umane	34.574.217	41.048.368	43.357.650	41.648.825	40.976.837	42.057.444
Costi diretti complessivi dei cdr	54.832.515	64.479.602	72.281.438	70.290.130	71.948.217	70.723.247
% costo personale su costi diretti totali	63,05%	63,66%	59,98%	59,25%	56,95%	59,47%

5. Considerazioni relative all'analisi degli esercizi 2008 – 2013

Di seguito si ritiene opportuno dare evidenza dell'andamento del costo del **fattore produttivo risorse umane, oggetto principale della presente relazione**, di diretta afferenza ai Centri di Responsabilità produttivi rispetto al valore complessivo aziendale del costo del personale; tale andamento è rappresentato annualmente, come di seguito esplicitato, declinando anche le ulteriori risorse umane non direttamente rilevabili nella tipica posta contabile "costo del personale":

- anno 2008: euro 34.574.217 dei CdR produttivi rispetto a euro 39.566.456 per il personale dipendente, 681.202 euro per il personale interinale, 303.450 euro per il personale comandato, 2.851.795 euro per il personale subordinato e 124.911 euro per il personale Sumaista;
- anno 2009: euro 41.048.368 dei CdR produttivi rispetto a euro 44.479.348 per il personale dipendente, 1.320.270 euro per il personale interinale, 135.323 euro per il personale comandato, 2.934.004 euro per il personale subordinato e 151.009 euro per il personale Sumaista;

- anno 2010: euro 43.357.650 dei CdR produttivi rispetto a euro 46.553.348 per il personale dipendente, 1.462.562 euro per il personale interinale, 73.282 euro per il personale comandato, 2.896.328 euro per il personale subordinato e 183.150 euro per il personale Sumaista;
- anno 2011: euro 41.648.825 dei CdR produttivi rispetto a euro 48.350.540 per il personale dipendente, 484.551 euro per il personale interinale, 73.282 euro per il personale comandato, 2.588.625 euro per il personale subordinato e 182.532 euro per il personale Sumaista;
- anno 2012: euro 40.976.837 dei CdR produttivi rispetto a euro 47.988.343 per il personale dipendente, 296.099 euro per il personale interinale, nessun costo per il personale comandato, 2.561.680 euro per il personale subordinato e 176.894 euro per il personale Sumaista;
- anno 2013: euro 42.057.444 dei CdR produttivi rispetto a euro 47.720.027 per il personale dipendente, 288.386 euro per il personale interinale, 918.829¹¹ euro per il personale comandato, 2.589.084 euro per il personale subordinato e 186.863 euro per il personale Sumaista.

Si ritiene inoltre opportuno dare giusta evidenza in ordine ai **costi diretti complessivi imputati ai CdR produttivi rispetto ai costi complessivi aziendali** desumibili dal costo della produzione del conto economico del bilancio d'esercizio dei singoli anni e che trovano i seguenti rapporti:

- anno 2008: i costi complessivi direttamente imputabili ai CdR di produzione sono stati 54.832.515 Euro su un totale di costi complessivi aziendali pari a 85.147.850 Euro;
- anno 2009: i costi complessivi direttamente imputabili ai CdR di produzione sono stati 64.479.602 Euro su un totale di costi complessivi aziendali pari a 98.260.681 Euro;
- anno 2010: i costi complessivi direttamente imputabili ai CdR di produzione sono stati 72.281.438 Euro su un totale di costi complessivi aziendali pari a 100.107.404 Euro;
- anno 2011: i costi complessivi direttamente imputabili ai CdR di produzione sono stati 70.290.130 Euro su un totale di costi complessivi aziendali pari a 100.856.011 Euro;
- anno 2012: i costi complessivi direttamente imputabili ai CdR di produzione sono stati 71.948.217 Euro su un totale di costi complessivi aziendali pari a 105.786.529 Euro;
- anno 2013: i costi complessivi direttamente imputabili ai CdR di produzione sono stati 70.723.247 Euro su un totale di costi complessivi aziendali pari a 104.910.004 Euro.

L'analisi dei dati riportati nelle tabelle di dettaglio per Centro di Responsabilità consentono alcune considerazioni preliminari di rilievo.

Assistiamo ad un primo margine operativo il cui valore, se pur negativo, è decrescente; la remunerazione dell'attività caratteristica, anche se non è ancora sufficiente a remunerare tutti i fattori

¹¹ L'incremento del costo del personale comandato è dovuto al trasferimento del servizio di neuropsichiatria infantile dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi all'AOU Meyer. Nel primo periodo il personale attribuito a questo servizio era in comando presso la nostra Azienda, mentre dall'anno 2009 è diventato dipendente dell'AOU Meyer.

produttivi necessari alla sua diretta realizzazione, dà luogo nel 2013 ad un margine di – 2 milioni di euro rispetto al margine di -7 milioni di euro dell'anno 2008¹².

Rileviamo un margine positivo fra ricavi complessivi e costi del fattore produttivo risorse umane che da 12.860.554 euro nell'esercizio 2008 aumenta sino a 26.319.789 euro nel successivo 2013¹³. Ciò significa che, se dal totale dei ricavi complessivi vengono sottratti i costi del fattore produttivo risorse umane, residuano gli importi sopra riportati per la copertura dei costi derivanti dagli altri fattori produttivi necessari alla erogazione dei servizi di cura.

L'andamento di questo margine si incrementa notevolmente dal 2008 al 2013 per un importo pari ad euro 13.459.236 (+104,66%): questo vuol dire che le risorse disponibili per la copertura dei costi dei fattori produttivi diversi dal personale si duplica nel periodo oggetto di analisi in questo capitolo.

Altro significativo risultato, che connota l'efficientamento nell'utilizzo delle risorse, può essere desunto dalla percentuale di composizione del costo delle risorse umane rispetto al totale dei costi diretti complessivi dei CdR produttivi; tale indicatore risulta pari in progressiva riduzione negli anni così da significare la costante contrazione dell'incidenza del costo del personale sul totale dei costi di produzione; di seguito le percentuali per ciascun anno: anno 2008 63,05%; anno 2009 63,66%; anno 2010 59,98%; anno 2011 59,25%; anno 2012 56,95%; anno 2013 59,47%.

Come già rilevato nei Capitoli 2 e 3, tali valori, di per sé già indicativi, troveranno una maggior significatività nelle riflessioni conclusive del Capitolo 9.

¹² Di seguito l'evoluzione del primo margine operativo negli anni in esame: anno 2008 pari a – 7.397.744 euro; anno 2009 – 7.655.297 euro; anno 2010 – 11.235.761 euro; anno 2011 – 6.517.534 euro; anno 2012 – 4.839.015 euro; anno 2013 – 2.346.789 euro.

¹³ Di seguito la puntuale descrizione del trend positivo del margine analizzato: anno 2008 12.860.554 euro; anno 2009 15.775.937 euro; anno 2010 17.688.027 euro; anno 2011 22.123.771 euro; anno 2012 26.132.365 euro; anno 2013 26.319.789 euro.

CAPITOLO 5 - L'EVOLUZIONE ATTUALE E FUTURA: DAL 2014 AL 2020

Prima parte: Anni 2014 – 2015

1.1. Dati principali di inquadramento

Gli anni 2014 e 2015, i cui bilanci di esercizio non sono ancora stati oggetto di analisi da parte della Sezione Regionale delle Corte dei Conti, rappresentano un ulteriore periodo in cui il Meyer ha continuato nella sua azione di ampliamento dell'attività con evidenti risultati, sia nell'attrazione regionale quale ospedale pediatrico di terzo livello, sia in ambito extraregionale; il massimo rigore nelle valutazioni e correlate attività organizzative e nell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche ha caratterizzato le scelte intraprese.

Continua il trend positivo con l'aumento del valore complessivo della produzione che supera i 70 milioni di euro e raggiunge il valore massimo al 31.12.2015 di 73.971.351 euro.

L'analisi dei Centri di Responsabilità produttivi ha visto la seguente evoluzione complessiva.

Indicatore	CdR	Totale CdR Produttivi	
		Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari		8.898	8.675
Valore economico dimessi ordinari (a)		33.773.909	32.585.136
N. Accessi DH		38.484	39.155
Valore economico DH (b)		16.952.304	16.753.824
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		610.756	655.499
Valore economico Prestazioni effettive (c)		14.948.736	17.070.690
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		5.226.271	7.561.701
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		70.901.220	73.971.351
Letti Medi ricovero ordinario		167,07	163,57
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		91,57%	91,54%
N. risorse umane (full time equivalent)		736,26	767,39
Costo risorse umane		43.527.421	43.918.940
Costi diretti complessivi dei cdr		74.155.241	73.562.099
% costo personale su costi diretti totali		58,70%	59,70%

Permane l'utilizzo degli indicatori già in uso nei precedenti capitoli.

L'indicatore "**valore complessivo ricavi**" presenta un incremento in termini assoluti superiore ai 3 milioni di euro pari a +4,33% per l'anno 2015 rispetto al 2014.

L'**incremento complessivo** che si rileva tra gli esercizi 2014 e 2015 è pari a 38.336.808 euro, corrispondente in percentuale al **+107,58%**: la remunerazione dell'attività caratteristica è pertanto raddoppiata (tutto ciò senza considerare i "tetti di attività" di cui si parlerà e se ne descriveranno gli effetti in termini di remuneratività nel Capitolo 9, paragrafo 2.1).

Il **peso medio dei DRG**, sviluppato dalla casistica di ricovero ordinario (indicativo della complessità della casistica trattata), ha mantenuto un valore di estremo rilievo pari a 1,47 per entrambi gli anni.

Continua la crescita rispetto al precedente anno della **capacità di attrazione extraregionale** sia per il ricovero ordinario (dal 24,78% per l'anno 2014 al 26,52% per l'anno successivo), sia per il ricovero Day Hospital (dal 20,07% per l'anno 2014 al 21,76% per l'anno 2015).

Le **risorse umane** seguono anch'esse l'andamento crescente del valore della produzione nell'esercizio 2014, mentre subiscono un arresto (ed anzi una lieve diminuzione) nel successivo anno.

Il personale universitario in afferenza assistenziale non subisce variazione, permanendo in numero di 30 unità, e gli altri rapporti contrattuali sono coerenti con lo sviluppo delle attività.

La tabella –All. n. 5.1 – rappresenta e compara il personale in organico ed altre fattispecie contrattuali nel biennio.

1.2 Bilancio 2014 – Preconsuntivo 2015

Dai dati di bilancio di esercizio degli anni 2014 e dal preconsuntivo 2015 si rileva quanto segue.

Anno 2014: Il bilancio d'esercizio dell'Azienda vedeva i seguenti macro valori: valore della produzione, rappresentativo di tutti i ricavi della gestione caratteristica, pari a 108.299.931 Euro e costi della produzione, rappresentativi di tutti i costi della gestione caratteristica, pari a 107.127.328 Euro.

Anno 2015: Il bilancio d'esercizio dell'Azienda ad oggi non è stato ancora deliberato, pertanto le seguenti informazioni sono state ricavate da documenti interni rappresentativi della situazione preconsuntiva 2015. I dati preconsuntivi risultano i seguenti: valore della produzione, pari a 112.870.838 Euro e costi della produzione pari a 112.079.979 Euro.

In allegato – All. n. 5.2 – si uniscono le tabelle comparative che dettagliano il “valore della produzione”, “proventi e ricavi diversi” e “costi della produzione”.

La **consistenza patrimoniale**, rappresentata dal totale dell'attivo immobilizzato rilevabile dallo Stato Patrimoniale può essere desunta solo per l'anno 2014, in quanto ad oggi non è ancora stato predisposto il bilancio d'esercizio dell'anno 2015 (per quest'ultimo anno i dati sono frutto di elaborazioni interne preconsuntive).

Per **l'anno 2014** il totale delle immobilizzazioni ammonta ad Euro 104.228.664 (di cui: Euro 1.359.493 immobilizzazioni immateriali; Euro 102.592.020 immobilizzazioni materiali; Euro 277.152

immobilizzazioni finanziarie) ed il totale complessivo dell'attivo dello Stato Patrimoniale ammonta ad Euro 226.592.480.

Per l'anno 2015 il totale delle immobilizzazioni ammonta ad Euro 101.211.463 (di cui: Euro 1.019.899 immobilizzazioni immateriali; Euro 99.766.913 immobilizzazioni materiali; Euro 424.652 immobilizzazioni finanziarie) mentre per quanto attiene il totale complessivo dell'attivo dello Stato Patrimoniale il preconsuntivo 2015 ad oggi non è significativo mancando ancora la rilevazione di partite relative all'attivo circolante.

1.3 Organizzazione dell'Azienda

Le due annualità esaminate si caratterizzano per un complessivo stato di invarianza che preluderà al nuovo Statuto aziendale attraverso il quale si procederà ad una forte rimodulazione organizzativa; viene creato lo Staff di Direzione. Le strutture organizzative dotate di autonomia non subiscono particolari variazioni.

Quanto sopra riassunto risulta meglio declinato nella scheda allegata – All. n. 5.3.

1.4 La produzione dell'Azienda rilevata all'interno dei centri di responsabilità – esercizi 2014 – 2015

Dall'analisi dei dati sintetici relativi ai Centri di Responsabilità produttivi si vede come nei due anni oggetto di analisi ci sia stato un aumento dei ricavi complessivi in valore assoluto, come già riportato nel paragrafo 1.1 di questo capitolo, pari ad Euro 3.070.131 corrispondente al +4,33 % ed una riduzione dei costi diretti afferenti gli stessi CdR produttivi pari ad Euro 593.142 corrispondente al -0,80%. Il costo del fattore produttivo risorse umane è incrementato in valore assoluto di Euro 391.518 corrispondente a +0,90%.

Di seguito è stata riportata in forma tabellare la produzione realizzata dai Centri di Responsabilità analizzati nei precedenti capitoli, per il periodo oggetto di analisi, risultante dalla contabilità analitica interna.

Anche in questo caso, per agevolare il raffronto si è adottato la modalità comparativa già utilizzata nei precedenti Capitoli 2, 3 e 4.

Indicatore	CdR	CHIRURGIA		NEUROCHIRURGIA	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari		3.072	3.223	1.052	1.078
Valore economico dimessi ordinari (a)		9.399.180	9.411.212	6.656.169	6.457.930
N. Accessi DH		3.813	3.643	1.230	1.090
Valore economico DH (b)		2.626.343	2.542.499	1.247.754	1.124.029
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		20.800	21.106	26.622	33.332
Valore economico Prestazioni effettive (c)		485.727	468.212	636.461	726.413
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		141.742	10.946	442	110.662
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		12.652.992	12.432.869	8.540.826	8.419.034
Letti Medi ricovero ordinario		40,13	36,95	14,82	14,98
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		81,08%	83,61%	89,47%	87,72%
N. risorse umane (full time equivalent)		58,26	61,16	44,55	45,76
Costo risorse umane		3.711.880	3.512.301	2.744.264	2.767.646
Costi diretti complessivi del cdr		5.427.699	5.179.456	5.503.981	5.376.804

Indicatore	CdR	PEDIATRIA MEDICA		ONCOEMATOLOGIA	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari		2.156	1.930	769	694
Valore economico dimessi ordinari (a)		6.541.611	6.255.360	4.509.636	3.748.890
N. Accessi DH		1.409	1.732	3.789	3.256
Valore economico DH (b)		415.077	526.630	1.841.562	1.514.957
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		9.685	9.874	8.043	9.481
Valore economico Prestazioni effettive (c)		258.555	246.699	490.194	78.292
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		135.669	231.197	1.046.425	1.193.011
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		7.350.912	7.259.886	7.887.817	6.535.150
Letti Medi ricovero ordinario		42,74	42,25	16,85	16,77
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		101,89%	98,85%	95,43%	91,53%
N. risorse umane (full time equivalent)		72,60	77,43	58,84	61,51
Costo risorse umane		3.990.116	4.267.372	2.854.984	3.132.414
Costi diretti complessivi del cdr		6.027.251	6.337.541	6.532.771	6.505.865

Indicatore	CdR	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE		ANESTESIA E RIANIMAZIONE	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari		184	229	134	164
Valore economico dimessi ordinari (a)		1.661.679	1.805.012	953.039	1.127.518
N. Accessi DH		-	-	608	682
Valore economico DH (b)		-	-	1.804.799	1.482.161
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		1.582	896	276	200
Valore economico Prestazioni effettive (c)		50.244	30.981	5.862	4.522
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		241.965	178.940	25.380	3.374
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		1.953.888	2.014.933	2.789.079	2.617.575
Letti Medi ricovero ordinario		21,95	21,81	14,94	15,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		91,16%	90,24%	86,87%	80,68%
N. risorse umane (full time equivalent)		62,96	64,12	82,24	85,65
Costo risorse umane		3.482.773	3.470.654	5.191.282	5.191.840
Costi diretti complessivi del cdr		5.018.307	5.164.725	7.622.961	7.359.893

Indicatore	CdR	DEA E PEDIATRIA URGENZA		SERVIZIO NUTRIZIONALE	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari		-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)		-	-	-	-
N. Accessi DH		-	-	60	39
Valore economico DH (b)		-	-	51.434	24.450
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		65.603	64.671	48.082	52.837
Valore economico Prestazioni effettive (c)		1.158.415	1.114.114	1.748.656	1.937.665
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		155	13.957	199	1.220
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		1.158.570	1.128.071	1.800.289	1.963.335
Letti Medi ricovero ordinario		0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)		62,75	66,95	17,98	18,46
Costo risorse umane		3.702.212	3.849.669	697.619	700.715
Costi diretti complessivi del cdr		4.307.259	4.505.532	938.705	928.565

Indicatore	CdR	CLINICA PEDIATRICA 1		DIABETOLOGIA PEDIATRICA	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari		-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)		-	-	-	-
N. Accessi DH		9.144	9.036	1.244	1.244
Valore economico DH (b)		3.177.773	3.306.103	344.339	345.669
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		12.813	13.578	15.554	14.407
Valore economico Prestazioni effettive (c)		299.992	346.000	110.235	107.803
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		1.016.199	1.225.903	153.220	163.028
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		4.493.964	4.878.006	607.794	616.500
Letti Medi ricovero ordinario		0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)		30,43	32,41	5,09	4,96
Costo risorse umane		1.936.965	1.974.124	456.139	456.599
Costi diretti complessivi del cdr		4.587.377	4.635.874	624.630	632.946

Indicatore	CdR	CLINICA PEDIATRICA 2		FIBROSI CISTICA	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari		-	-	-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)		-	-	-	-
N. Accessi DH		4.967	5.773	1.813	1.775
Valore economico DH (b)		1.520.474	1.767.482	654.765	642.082
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		34.992	37.060	15.864	21.903
Valore economico Prestazioni effettive (c)		1.026.791	965.082	138.359	180.734
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		234.380	303.845	49.625	762.183
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		2.781.645	3.036.409	842.749	1.584.999
Letti Medi ricovero ordinario		0,00	0,00	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)		9,01	9,21	10,95	11,00
Costo risorse umane		641.512	731.669	816.232	768.286
Costi diretti complessivi del cdr		2.130.536	2.358.789	1.666.647	1.570.740

Indicatore	CdR	AUXOENDOCRINOLOGIA		CLINICA DI NEUROLOGIA PEDIATRICA	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari		-	-	1.031	1.029
Valore economico dimessi ordinari (a)		-	-	2.938.238	2.903.027
N. Accessi DH		2.052	2.085	4.877	5.098
Valore economico DH (b)		562.908	571.989	1.436.735	1.504.590
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		4.053	4.266	53.954	59.483
Valore economico Prestazioni effettive (c)		70.728	67.251	2.804.747	3.903.294
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		9	85	2.159.001	3.350.396
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		633.645	639.325	9.338.722	11.661.307
Letti Medi ricovero ordinario		0,00	0,00	13,55	13,66
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		0,00%	0,00%	85,73%	89,81%
N. risorse umane (full time equivalent)		3,19	2,33	71,83	73,96
Costo risorse umane		182.251	165.545	3.936.926	3.970.774
Costi diretti complessivi del cdr		621.136	615.526	7.244.035	6.946.545

Indicatore	CdR	TRAUMA CENTER		STRUTTURA RESIDENZIALE DI LENITERAPIA	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari		385	226	8	11
Valore economico dimessi ordinari (a)		788.585	470.725	-	-
N. Accessi DH		99	83	-	-
Valore economico DH (b)		109.619	117.797	-	-
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		11.160	12.017	-	-
Valore economico Prestazioni effettive (c)		199.248	201.510	-	-
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		1.581	22	-	-
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		1.099.033	790.054	-	-
Letti Medi ricovero ordinario		1,74	1,81	0,35	0,34
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		261,00%	83,89%	100	100
N. risorse umane (full time equivalent)		10,02	10,66	-	-
Costo risorse umane		831.617	806.401	-	-
Costi diretti complessivi del cdr		1.006.654	966.333	-	-

Indicatore	CdR	TERAPIA DEL DOLORE		CARDIOLOGIA	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari				-	-
Valore economico dimessi ordinari (a)				-	-
N. Accessi DH		68	86	486	212
Valore economico DH (b)		18.527	23.615	133.127	58.026
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		13	12	10.380	10.084
Valore economico Prestazioni effettive (c)		189	219	334.117	305.563
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)		7	5.145	14.454	2.930
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)		18.723	28.979	481.698	366.519
Letti Medi ricovero ordinario		-	-	0,00	0,00
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario		-	-	0,00%	0,00%
N. risorse umane (full time equivalent)		3,91	3,60	6,39	6,25
Costo risorse umane		345.992	296.447	736.693	711.757
Costi diretti complessivi del cdr		358.345	307.733	1.037.786	988.563

Indicatore	CdR	IMMUNOEMATOLOGIA		CURE DOMICILIARI	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		6.897	8.377	4.200	2.800
Valore economico Prestazioni effettive (b)		379.887	509.336	33.518	26.183
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)					1.880
Valore complessivo Ricavi (b+c)		379.887	509.336	33.518	28.063
N. risorse umane (full time equivalent)		15,48	15,05	0,92	0,00
Costo risorse umane		824.281	844.468	94.057	0,00
Costi diretti complessivi del cdr		2.630.776	2.674.040	107.508	14.836

Indicatore	CdR	GENETICA MEDICA		LABORATORIO ANALISI	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		17.119	24.513	210.095	221.402
Valore economico Prestazioni effettive (b)		1.919.443	2.725.236	929.279	995.868
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)		1.813			
Valore complessivo Ricavi (b+c)		1.921.256	2.725.236	929.279	995.868
N. risorse umane (full time equivalent)		10,64	11,01	16,35	16,63
Costo risorse umane		565.997	609.536	979.829	896.709
Costi diretti complessivi del cdr		1.471.805	1.213.172	2.120.119	2.074.823

Indicatore	CdR	PEDIATRIA PREVENTIVA		PSICOLOGIA CLINICA	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		1.478	1.802	1.278	1.278
Valore economico Prestazioni effettive (b)		45.894	59.610	25.670	25.670
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)					
Valore complessivo Ricavi (b+c)		45.894	59.610	25.670	25.670
N. risorse umane (full time equivalent)		3,37	3,92	5,67	6,35
Costo risorse umane		294.888	348.443	283.658	276.445
Costi diretti complessivi del cdr		349.214	464.048	285.137	277.633

Indicatore	CdR	RADIOLOGICA		RIABILITAZIONE	
		Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)		27.700	27.054	2.188	2.237
Valore economico Prestazioni effettive (b)		1.704.307	1.922.335	85.171	107.648
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)					10
Valore complessivo Ricavi (b+c)		1.704.307	1.922.335	85.171	107.657
N. risorse umane (full time equivalent)		44,96	42,46	10,36	12,42
Costo risorse umane		2.616.871	2.458.103	359.754	428.213
Costi diretti complessivi del cdr		3.717.962	3.483.755	371.510	443.230

Indicatore	CdR		NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	
	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari	107	91		
Valore economico dimessi ordinari (a)	325.772	405.462		
N. Accessi DH	2.825	3.321		
Valore economico DH (b)	1.007.068	1.201.745		
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	138	599		
Valore economico Prestazioni effettive (c)	3.000	12.744		
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	7			
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	328.779	418.206		
Letti Medi ricovero ordinario				
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario				
N. risorse umane (full time equivalent)	17,53	24,15		
Costo risorse umane	1.248.629	1.282.808		
Costi diretti complessivi del cdr	2.445.128	2.535.134		

Indicatore	CdR		ALTRO	
	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	187	230		
Valore economico Prestazioni effettive (b)	4.048	1.707		
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (c)	3.996	2.967		
Valore complessivo Ricavi (b+c)	8.044	4.674		

Indicatore	CdR		Totale CdR Produttivi	
	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari	8.898	8.675		
Valore economico dimessi ordinari (a)	33.773.909	32.585.136		
N. Accessi DH	38.484	39.155		
Valore economico DH (b)	16.952.304	16.753.824		
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	610.756	655.499		
Valore economico Prestazioni effettive (c)	14.948.736	17.070.690		
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	5.226.271	7.561.701		
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	70.901.220	73.971.351		
Letti Medi ricovero ordinario	167,07	163,57		
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	91,57%	91,54%		
N. risorse umane (full time equivalent)	736,26	767,39		
Costo risorse umane	43.527.421	43.918.940		
Costi diretti complessivi dei cdr	74.155.241	73.562.099		
% costo personale su costi diretti totali	58,70%	59,70%		

1.5 Considerazioni relative all'analisi degli esercizi 2014 – 2015

Il costo del fattore produttivo risorse umane afferenti i CdR produttivi rispetto al valore complessivo aziendale del costo del personale è così rappresentato:

- anno 2014: euro 43.527.421 dei CdR produttivi rispetto a euro 49.128.727 per il personale dipendente, 437.015 euro per il personale interinale, 182.088 euro per il personale comandato, 2.808.603 euro per il personale subordinato e 179.409 euro per il personale Sumaista;
- anno 2015: euro 43.918.940 dei CdR produttivi rispetto a euro 51.845.946 per il personale dipendente, 433.832 euro per il personale interinale, 182.088 euro per il personale comandato, 2.808.603 euro per il personale subordinato e 180.000 euro per il personale Sumaista.

Inoltre i costi diretti complessivi imputati ai CdR produttivi rispetto ai costi complessivi aziendali desumibili dal costo della produzione del conto economico del bilancio d'esercizio dei singoli anni trovano i seguenti rapporti:

- anno 2014: i costi complessivi direttamente imputabili ai CdR di produzione sono stati 74.155.241 Euro su un totale di costi complessivi aziendali pari a 107.127.328 Euro;
- anno 2015: i costi complessivi direttamente imputabili ai CdR di produzione sono stati 73.562.099 Euro su un totale di costi complessivi aziendali pari a 112.079.979 Euro.

Dall'analisi dei dati sintetici a livello di CdR produttivi possiamo fare le seguenti brevi considerazioni:

- assistiamo ad un primo margine operativo (dato dalla differenza fra valore complessivo ricavi (a+b+c) e costi diretti complessivi) rispettivamente pari a -3.254.022 per l'anno 2014 e +409.252 per l'anno 2015. Questo significa che per il primo anno oggetto di analisi la remunerazione dell'attività caratteristica non è sufficiente a remunerare tutti i fattori produttivi necessari alla sua diretta realizzazione, mentre per il secondo anno si rileva un margine positivo;
- rileviamo un margine fra ricavi complessivi e costi del fattore produttivo risorse umane pari rispettivamente a 27.373.798 per l'anno 2014 e 30.052.411 per l'anno 2015. Questo significa che se dal totale dei ricavi complessivi togliamo i costi del fattore produttivo risorse umane, residuano per ogni anno gli importi sopra riportati per la copertura dei costi derivanti dagli altri fattori produttivi necessari alla erogazione dei servizi di cura;
- l'indice di composizione del costo delle risorse umane rispetto al totale dei costi diretti complessivi dei CdR produttivi risulta pari rispettivamente al 58,70% per l'anno 2014 ed al 59,70% per l'anno 2015.

Come già rilevato nei capitoli precedenti, tali valori, di per sé già indicativi, troveranno una maggior significatività nelle riflessioni conclusive affrontate nel Capitolo 9.

Seconda parte: Dal 2016 al 2020 - *il futuro*

L'anno 2016 ed i successivi rappresentano un complesso scenario nel quale si vuole dare compiutamente corso al nuovo Statuto Aziendale, vigente dal primo gennaio, così come allo sviluppo della rete pediatrica regionale il cui coordinamento e realizzazione (cfr. novellato art. 33 bis della L.R.T. n. 40/2005) sono stati affidati al Meyer.

Il nuovo Statuto, già più volte richiamato, costituisce lo strumento fondante attraverso il quale si procede a rimodulare l'organizzazione aziendale per consentire all'ospedale di **rispondere adeguatamente a tutte le richieste di salute di maggior complessità della popolazione pediatrica regionale**: in tal senso

l'organigramma previsto prevede l'apertura o lo sviluppo di linee di produzione non ancora sufficientemente realizzate.

Con il nuovo Statuto, con modalità del tutto innovative, si intende prendere in carico il bambino e la sua famiglia, sin dal primo ingresso in ospedale, ascoltando le necessità del piccolo paziente e dei familiari ed erogando specifiche cure personalizzate. Anche a questo fine e non solo l'A.O.U. Meyer ha inteso infatti dotarsi di una propria Carta Etica in cui sono espressi i principali valori - a cui devono uniformarsi tutti gli operatori dell'ospedale in una logica individuale, relazionale ed organizzativa - quali la passione e la responsabilità, la consapevolezza della complessità dell'assistenza, l'ascolto e l'apertura nei confronti dei soggetti coinvolti nei processi di cura.

La Carta dei valori evidenzia nella dimensione organizzativa il ruolo assunto dagli operatori che *"coscienti della ricaduta economica dei propri atti professionali, si impegnano a fare un uso responsabile del tempo e delle risorse disponibili"* operano *"nelle migliori condizioni possibili per raggiungere gli obiettivi aziendali prefissati"*; la cultura organizzativa aziendale deve porre *"grande attenzione alla tutela delle risorse economiche e del capitale umano"*.

Il nuovo Statuto altresì, al fine di garantire un univoco processo di integrazione e permettere una più coerente presa in carico del piccolo paziente, prevede un **unico Dipartimento ad Attività Integrata denominato "Dipartimento Specialistico Interdisciplinare"** che risponde alle necessità di una gestione unitaria dell'attività sanitaria e consente una maggiore condivisione dell'utilizzo delle risorse umane, strutturali e tecnologiche per quanto riguarda gli aspetti programmatici ed organizzativi dell'assistenza, della formazione e della ricerca, nell'ottica di ottimizzare le risorse impiegate, assicurando il miglior servizio al piccolo paziente.

La gestione unitaria, e quindi semplificata dell'attività sanitaria, favorisce anche la continuità del percorso di assistenza del bambino e dell'adolescente dall'ingresso in ospedale fino alla dimissione, permette la necessaria armonizzazione tra i diversi percorsi dell'attività urgente e programmata e garantisce una ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse impiegate.

Il Dipartimento costituisce fulcro progettuale legato alla rete pediatrica regionale, nonché punto di riferimento per le strutture territoriali, per i pediatri di libera scelta e per gli altri ospedali della rete pediatrica, favorendo l'erogazione di prestazioni ad alta specialità nei punti della rete caratterizzati da competenza e professionalità altamente qualificate e di prestazioni a minore complessità negli ospedali di base e primo livello e nelle strutture territoriali.

L'**"Area dei diritti dei bambini e delle loro famiglie in ospedale"**, introdotta con il nuovo atto aziendale, ha rafforzato i processi di umanizzazione già in atto nell'Azienda Meyer, per una strategia volta alla presa in carico di tutti i problemi dei bambini e dei familiari coinvolti nei processi di cura, con

particolare riguardo agli aspetti psicologici legati alla consapevolezza della patologia di affezione ed al trauma da ospedalizzazione, alla terapia del dolore, al disagio sociale ed agli abusi.

Il nuovo Statuto ha inoltre costituito i **Centri di Eccellenza**, quali articolazioni organizzative dotate di autonomia scientifica e gestionale volte a rispondere adeguatamente ai bisogni assistenziali del piccolo paziente affetto da patologie ad elevata complessità assistenziale in ordine alle quali l'Azienda Ospedaliera possiede competenze ampiamente sviluppate, caratterizzate da consolidati standard qualitativi di un'azienda ospedaliero universitaria.

Tali Centri di Eccellenza, dotati di autonomia scientifica, agevolano gli scambi nazionali ed internazionali di ricerca, formazione ed assistenza.

Il modello tracciato dal nuovo Statuto prevede il Campus quale organizzazione innovativa atta a favorire lo sviluppo della didattica e della formazione e promozione della salute in ambito pediatrico. Il Campus costituisce altresì il punto di riferimento per la formazione delle professioni sanitarie e per lo sviluppo della formazione continua del personale dipendente e degli altri professionisti della rete pediatrica regionale.

L'ottica di rigore che caratterizza le scelte organizzative del nuovo Atto Aziendale ha imposto valutazioni anche in ordine a prestazioni sanitarie complesse per le quali il piccolo paziente spesso si rivolge a strutture extraregionali; il nuovo Statuto vuole costituire l'impulso all'ampliamento delle competenze tecnico professionali di alcuni ambiti sanitari esistenti ed alla creazione di nuove linee di produzione così da poter ampliare la gamma prestazionale e contrarre le "fughe".

In tale ottica l'ospedale dovrà rispondere ad ulteriori bisogni di salute in ordine alla chirurgia pediatrica, ai trapianti, alla neuroortopedia, alla otocirurgia, all'urologia pediatrica ed alla cardiologia interventistica, a ciò si aggiungano le attività di ricerca finalizzate all'individuazione di terapie avanzate e di terapie cellulari idonee alla cura di peculiari e complesse patologie.

L'allegato n. 5.4 rappresenta il nuovo organigramma aziendale nel quale possono essere desunte le strutture organizzative previste e non ancora attivate; l'attesa attività sanitaria da svilupparsi nelle discipline sopra ricordate, conseguente all'organizzazione prevista, permetterà il raggiungimento di quel riconoscimento e di quella dimensione nazionale che ad oggi viene attribuita al Meyer per le competenze specialistiche dei Centri di Eccellenza.

Così come evidenziato nei precedenti capitoli di analisi, analogamente ai positivi risultati economici raggiunti negli anni con continue azioni di rilancio specialistico dell'attività, l'incremento dei costi, correlato all'aumento dei fattori produttivi necessari per la nuova offerta sanitaria, sarà compensato da un adeguato incremento del valore della produzione, anche attraverso lo sviluppo dell'attrazione extraregionale con possibilità di utili generati nei Centri di Responsabilità interessati.

Il quadro sopra delineato e l'attuale attesa di salute, valutata in termini qualitativi e soprattutto quantitativi, da tempo, se pur dopo numerosi interventi logistico organizzativi, inducono l'Ospedale a verificare la possibilità di ampliamenti.

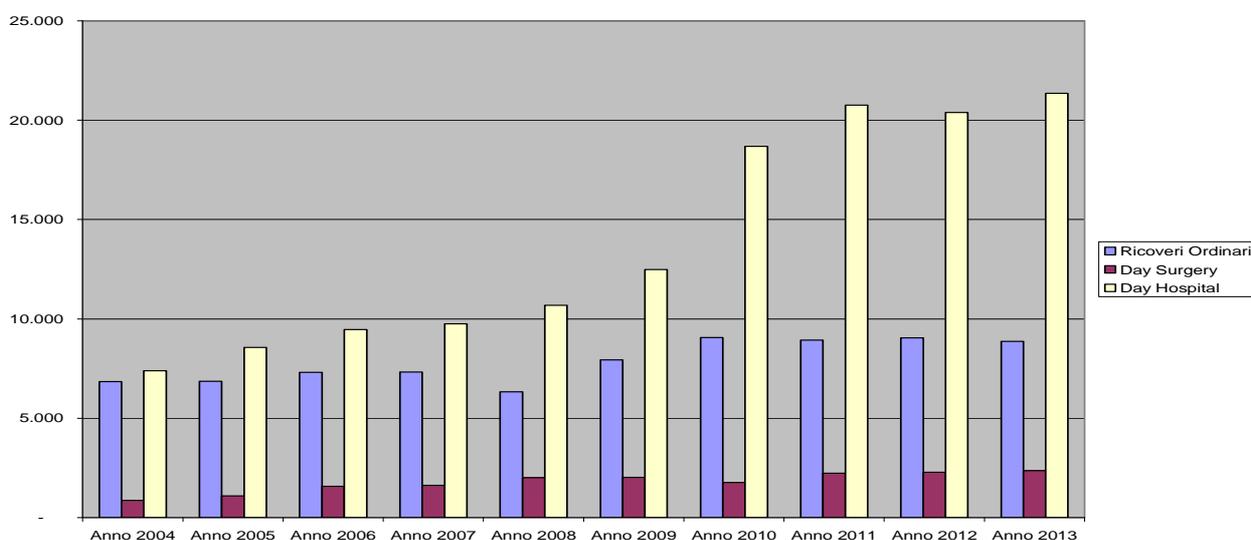
CAPITOLO 6 - LA TRASFORMAZIONE DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER: ANNI 2004 – 2013 E 2014 – 2015

1. Anni 2004 – 2013: Inquadramento generale

Verrà di seguito trattata l'evoluzione dell'attività di ricovero in qualsiasi regime¹⁴ (ordinario e diurno) del Meyer nel corso del decennio compreso tra il 2004 e il 2013.

L'analisi prenderà in considerazione le variazioni che si sono realizzate al Meyer nel periodo di tempo considerato, sia in termini quantitativi che qualitativi, con particolare riferimento ai volumi trattati, alla complessità dell'assistenza erogata, al livello di eccellenza raggiunto dall'Ospedale (sia attraverso l'analisi di indicatori indiretti, quali l'attrazione extraregionale, che diretti, come la descrizione delle aree di eccellenza sviluppate, che hanno fatto del Meyer uno dei principali ospedali pediatrici italiani, ed il confronto con gli specifici *competitor*,) ed al continuo miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni (elemento cardine per la comprensione di tutti i fenomeni volti alla razionalizzazione delle risorse impiegate).

Grafico 1. Volumi dell'attività di ricovero del Meyer: anni 2004-2013



¹⁴ Il regime di ricovero si riferisce alla particolare modalità organizzativa di erogazione dell'assistenza ospedaliera. Esso si distingue in ricovero ordinario – che prevede l'assegnazione di un posto letto e la permanenza del paziente continuativa con pernottamento nella struttura ospedaliera – e in Day Hospital (Day Surgery se viene effettuata un'attività di tipo chirurgico), caratterizzato dalle seguenti condizioni: si tratta di un ricovero o di un ciclo di ricoveri programmato; è limitato ad una sola parte della giornata e non prevede il pernottamento nella struttura; fornisce prestazioni multi-professionali o pluri-specialistiche che necessitano di un tempo di esecuzione che si discosta in modo netto da quello necessario per una normale prestazione ambulatoriale. (Fonte: Ministero della Salute).

Relativamente alle attività di ricovero, sia in regime di ricovero ordinario che diurno (day surgery e day hospital), il grafico precedente mostra come il Meyer, nel corso dei dieci anni presi in considerazione, abbia più che raddoppiato la propria capacità ricettiva.

Se si mette a confronto il 2004 col 2013, i ricoveri ordinari sono aumentati di circa il 30%, mentre sia l'attività di day surgery e quella del day hospital sono in pratica triplicate.

Come verrà ampiamente descritto di seguito, l'incremento dell'attività del Meyer nel corso degli anni non è stato meramente numerico: si è assistito infatti ad un mutamento importante di tipo qualitativo che ha interessato sia la tipologia dei casi clinici trattati dall'Ospedale che le modalità assistenziali messe in atto per gestire questo considerevole incremento di volumi, associato, come poi vedremo, anche ad un incremento della complessità delle diagnosi e delle cure e dei bisogni assistenziali dei pazienti, senza dover operare un eccessivo incremento di risorse (quanto meno non proporzionato all'incremento dell'attività).

Un primo importante aspetto di differenziazione tra il Meyer 2004 e quello attuale è rappresentato dal tipo di casi trattati.

Attraverso l'analisi della produzione specifica per Diagnosis Related Groups (DRG)¹⁵ è possibile stimare, relativamente ai ricoveri effettuati in regime ordinario, l'impatto assistenziale (in termini di risorse da impiegare e complessità delle prestazioni erogate) sulla struttura, ricorrendo ad un indicatore di sintesi, associato a ciascun DRG, che è il "peso relativo"¹⁶.

Poiché nel nostro Paese, negli anni considerati dall'analisi, si sono succedute tre differenti versioni del sistema DRG (in Italia è stata impiegata la versione DRG 10 fino al 2005, la versione 19 dal 2006 al 2008, infine a partire dall'anno 2009 la versione 24, attualmente in uso), con valori di pesatura differenti, è stato necessario ricondurre tutti i ricoveri ordinari dal 2004 in poi alla versione attuale (Versione 24.0 dei DRG), allo scopo di rendere confrontabili i dati di anni differenti, utilizzando le logiche e le tecniche di conversione (il cosiddetto "crosswalk") tra le differenti versioni dei DRG statunitensi (*Rif. Centers for Medicare & Medicaid Services: www.cms.gov*).

Attraverso questa ricostruzione, è possibile associare all'attività di ricovero ordinario erogata dal Meyer in ciascun anno un peso medio (media aritmetica dei pesi relativi DRG-specifici associati ai casi trattati) confrontabile.

¹⁵ DRG: Categoria di ricoveri ospedalieri definita in modo che essi presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere. Per assegnare ciascun episodio di ricovero ad uno specifico DRG sono necessarie le seguenti informazioni: la diagnosi principale di dimissione, tutte le diagnosi secondarie, tutti gli interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche, l'età, il sesso e la modalità di dimissione. L'attribuzione viene effettuata mediante un algoritmo che analizza le suddette informazioni e determina il gruppo di appartenenza. (*Fonte: Ministero della Salute*).

¹⁶ Il peso relativo del DRG fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG: maggiore è il peso e più elevato risulterà il carico assistenziale della corrispondente casistica. Conseguentemente, il peso relativo può essere impiegato come indicatore proxy della complessità del ricovero, in base all'ipotesi di correlazione positiva fra complessità clinica e consumo di risorse (*Fonte: Ministero della Salute*).

La tabella seguente mostra, per ciascun anno considerato, il numero di dimessi con DRG correttamente calcolato (quindi inviato correttamente in Regione per la remunerazione) ed il peso medio ricalcolato (che dà, come già ricordato, una stima, in questo caso media, delle risorse da impiegare per effettuare quel dato gruppo di prestazioni di ricovero e quindi della complessità della casistica trattata).

Tabella 1. Dimessi da ricovero ordinario e peso medio della casistica: anni 2004-2013

Anni	Dimessi da RO con DRG correttamente calcolato	Peso Medio (ricalcolato in base alla Versione 24.0 dei DRG)
2004	6.840	1,21
2005	6.865	1,28
2006	7.306	1,35
2007	7.329	1,36
2008	6.334	1,52
2009	7.930	1,43
2010	9.060	1,42
2011	8.938	1,45
2012	9.035	1,44
2013	8.875	1,44

Dai dati emerge in maniera evidente come dal 2004 al 2013 la complessità della casistica trattata (e quindi l'entità delle risorse necessarie per poterla erogare) sia notevolmente aumentata (si realizza un incremento percentuale del 19%) e che questo incremento sia stato, nel corso degli anni, progressivo.

In rosso viene segnalato un dato anomalo, relativo al 2008, relativamente al quale è necessario effettuare un piccolo approfondimento.

In apparenza potrebbe sembrare che, nel 2008, la complessità della casistica trattata dal Meyer abbia subito una notevole impennata rispetto agli anni precedenti, con valori che poi non sono stati più raggiunti negli anni successivi.

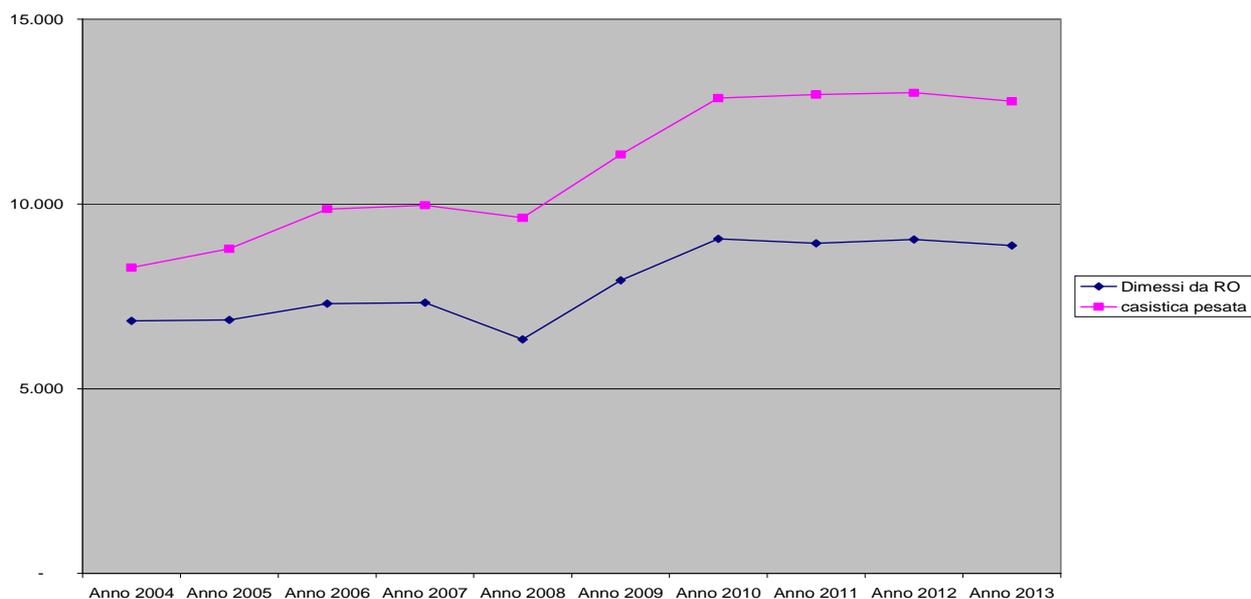
In realtà il 2008 presenta il numero più basso di dimissioni del decennio a causa della trasformazione dei posti letto del Dipartimento di Emergenza (che producevano ricoveri e quindi DRG) in posti letto di Osservazione Breve (che seguono un altro circuito remunerativo, correlato al fondo indistinto, per funzioni, che viene elargito dalla Regione all' Azienda, comunque non DRG- correlato). La mancanza di questi ricoveri urgenti (circa un migliaio ed a bassa complessità) ha prodotto una mancata "diluizione" del peso medio dell'Ospedale e quindi un innalzamento "fittizio" dello stesso.

Infatti, applicando una tecnica che consente di correlare direttamente il peso ai volumi (la cosiddetta "casistica pesata" che non è altro che il prodotto tra il numero dei dimessi ed il peso relativo DRG-specifico) è possibile "normalizzare" l'andamento della complessità dei ricoveri negli anni, senza che questo sia influenzato eccessivamente dalla numerosità dei casi.

Il grafico successivo illustra l'evoluzione nel tempo dei dati dopo normalizzazione: le due curve, che rappresentano il numero di dimessi da ricovero ordinario e i casi "pesati", hanno praticamente un medesimo andamento.

A partire dal 2004, volumi e complessità dei casi hanno subito un incremento progressivo; nel 2008, come effetto del trasferimento e della variazione organizzativa del Pronto Soccorso precedentemente citata, si è assistito ad una flessione e quindi ad una forte ripresa (con la nuova struttura a regime) fino al raggiungimento del plateau dell'ultimo periodo.

Grafico 2. Normalizzazione dei dati di attività tramite la "casistica pesata": anni 2004-2013



Il livello di eccellenza raggiunto dal Meyer negli ultimi anni e la sua trasformazione da "ospedalino" pediatrico idoneo a soddisfare prevalentemente i bisogni di salute dei residenti nell'area metropolitana di Firenze ad ospedale ad alta specializzazione in ambito pediatrico e centro di riferimento nazionale, viene confermato, oltre che dal già citato incremento della complessità dei casi erogati, dal livello di attrazione all'interno della Regione e, soprattutto, al di fuori dei confini regionali.

Sono sufficienti alcuni dati sintetici per evidenziare in maniera chiara questa evoluzione. Nel 2004, relativamente ai ricoveri ordinari, l'attrazione extraregionale si posizionava su valori pari al 14%, mentre, sul totale dei pazienti toscani, il 39,9% dei ricoveri era effettuato per pazienti provenienti da ASL diverse da quella fiorentina. Nel 2013 l'attrazione extraregionale per i ricoveri ordinari ha raggiunto valori pari al 24,1% (in pratica quasi un paziente su 4 ricoverato al Meyer proviene da fuori Regione), mentre la quota di ricoveri di pazienti toscani provenienti da ASL diverse da quella fiorentina ha raggiunto valori pari a 58,2%.

Un dato, ancora più importante, è rappresentato dal fatto che relativamente all'attrazione extraregionale, il Meyer si conferma la migliore tra le Aziende sanitarie ed ospedaliere toscane per quanto riguarda i ricoveri ad alta complessità¹⁷.

La tabella seguente (che riprende i dati del Report MeS 2013 della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa¹⁸) descrive in dettaglio la situazione.

Tabella 2. Attrazione extra-regione per DRG ad alta complessità: % delle Aziende Toscane anno 2013

Azienda	Valore
AOU Meyer	40,3
Fondazione Monasterio	18,5
AOU Senese	13,5
AOU Pisana	13,1
AOU Careggi	9,0
Toscana	14,0

Se infine confrontiamo il Meyer 2013 con due "colossi", sia in termini di dimensioni che di risorse disponibili (sono entrambi due IRCCS), del panorama pediatrico italiano, l'Ospedale Bambino Gesù di Roma ed il Gaslini di Genova, possiamo evidenziare come, al di là dei volumi di attività, ovviamente differenti, il Meyer rappresenta il primo ospedale pediatrico in termini di complessità della casistica (*in questo caso, per uniformare il peso DRG – specifico delle tre Regioni, sono stati riparametrati tutti i ricoveri in funzione dei pesi relativi dei DRG vigenti a livello nazionale*) mentre, relativamente ad altri indicatori, quali la degenza media dei ricoveri o l'attrazione extraregionale, nel confronto decisamente non sfigura.

Tabella 3. - Principali dati di attività 2013. Meyer, OPBG e Gaslini

Dati di Attività	Meyer	OPBG	Gaslini
Ricoveri Ordinari	8.875	26.164	14.749
Peso Medio Ricoveri Ordinari	1,17	1,04	1,02
Degenza Media Ricoveri Ordinari	5,7	6,1	5,4
% Attrazione Extraregionale Ricoveri Ordinari	24,1	29,0	40,9
Accessi Day Hospital	32.703	77.698	25.123
Casi Day Surgery	2.361	5.400	3.212

Le differenze esistenti tra l'Ospedale del 2004 e quello del 2013 possono essere evidenziate, in maniera più specifica, attraverso un'analisi dettagliata delle attività effettuate nei due anni messi a confronto. Una modalità di lettura idonea, per mettere in risalto l'evoluzione che ha interessato il Meyer

¹⁷ Come già ricordato, il peso relativo DRG- specifico una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG e rappresenta un indicatore proxy della complessità del ricovero. Per definizione, nelle attività di valutazione della casistica trattata dagli ospedali, come ricoveri ad alta complessità sono identificati quelli con peso relativo ≥ 2.5 .

¹⁸ Nel 2003 la Regione Toscana ha dato mandato al MeS (Laboratorio Management e Sanità) dell'Università S. Anna di Pisa, di realizzare, implementare e monitorare una serie di indicatori per la valutazione della performance delle strutture sanitarie regionali allo scopo di favorire la governance del sistema.

nel decennio considerato, può essere quella di suddividere gli elementi caratterizzanti l'analisi stessa nel seguente modo: descrizione dei nuovi filoni di attività, di alta complessità e/o alta specializzazione avviati dopo il 2004; individuazione delle attività, prevalentemente ad elevata complessità assistenziale, che nel 2004 erano in fase "embrionale" e che poi sono state potenziate negli anni successivi o che dopo il 2004 hanno subito un notevole incremento rispetto agli anni precedenti; identificazione delle attività, prevalentemente a bassa complessità o comunque non caratterizzanti un ospedale di 3° livello come il Meyer, che non sono state incrementate o che sono state riallocate in setting assistenziali più appropriati (es. dal ricovero ordinario al ricovero diurno).

A scopo didascalico, la tabella seguente descrive le attività collocate nelle tre categorie precedentemente enunciate.

Tabella 4. – Dettaglio delle attività che hanno subito variazioni nel decennio 2004 - 2013

Nuove linee di Attività ad alta complessità e/o specialità	Potenziamento di attività in fase "embrionale" nel 2004 o con volumi di casistica contenuti	Mantenimento/riallocazione in altri setting assistenziali di attività a bassa complessità
1) Endoscopia respiratoria e Chirurgia delle malformazioni composite (vie respiratorie e tubo digerente)	1) Neurochirurgia (attività chirurgica e diagnostica)	1) Chirurgia Oculistica
2) Traumatologia	2) Ustioni e chirurgia plastica	2) Chirurgia Otorinolaringoiatrica
3) Ortopedia Oncologica		3) Interventi sul testicolo
4) Chirurgia Maxillo - faciale	3) Onco - ematologia	4) Circoncisioni
5) Chirurgia della mano 6) Odontostomatologia per disabili 7) Gestione del feto malformato ed assistenza perinatale (parti a rischio)	4) Neurologia e Malattie Metaboliche e Rare 5) Urologia pediatrica	5) Ernie

2. Anni 2004 – 2013: La Produzione sanitaria - le nuove linee di attività

Senza scendere troppo in dettagli di tipo clinico, l'attività dell'**Endoscopia Respiratoria e della Chirurgia delle malformazioni composite**, rivolta al trattamento di patologie che colpiscono prevalentemente le vie respiratorie (laringe, trachea, bronchi) causando insufficienza respiratoria e che talora sono associate a malformazioni che riguardano l'albero respiratorio e tubo digerente (es.

comunicazioni anomale tra trachea ed esofago) e che quindi richiedono l'intervento associato del chirurgo neonatale, è una delle più complesse dell'Ospedale.

I ricoveri ordinari nel 2013 sono stati complessivamente 245 con un peso medio elevatissimo, pari a 2,81 (ricordiamo che quello di tutto l'Ospedale relativo allo stesso anno è stato di 1,44). Per quel che riguarda i ricoveri diurni, le day surgery sono state complessivamente 240 mentre i day hospital 348. La percentuale di pazienti provenienti da fuori Regione, relativamente ai ricoveri ordinari, ha raggiunto nel 2013 valori pari al 49,4%.

L'attività della **traumatologia** è stata strutturata come unità dedicata, in termini di risorse e specificità professionali, al trattamento dei traumi pediatrici (Trauma Center). I volumi di attività raggiunti nel 2013 sono rilevanti: 863 ricoveri ordinari e 76 tra ricoveri in day surgery e day hospital. Svolge la sua attività ovviamente per soddisfare le esigenze dell'Area vasta di riferimento e della Regione.

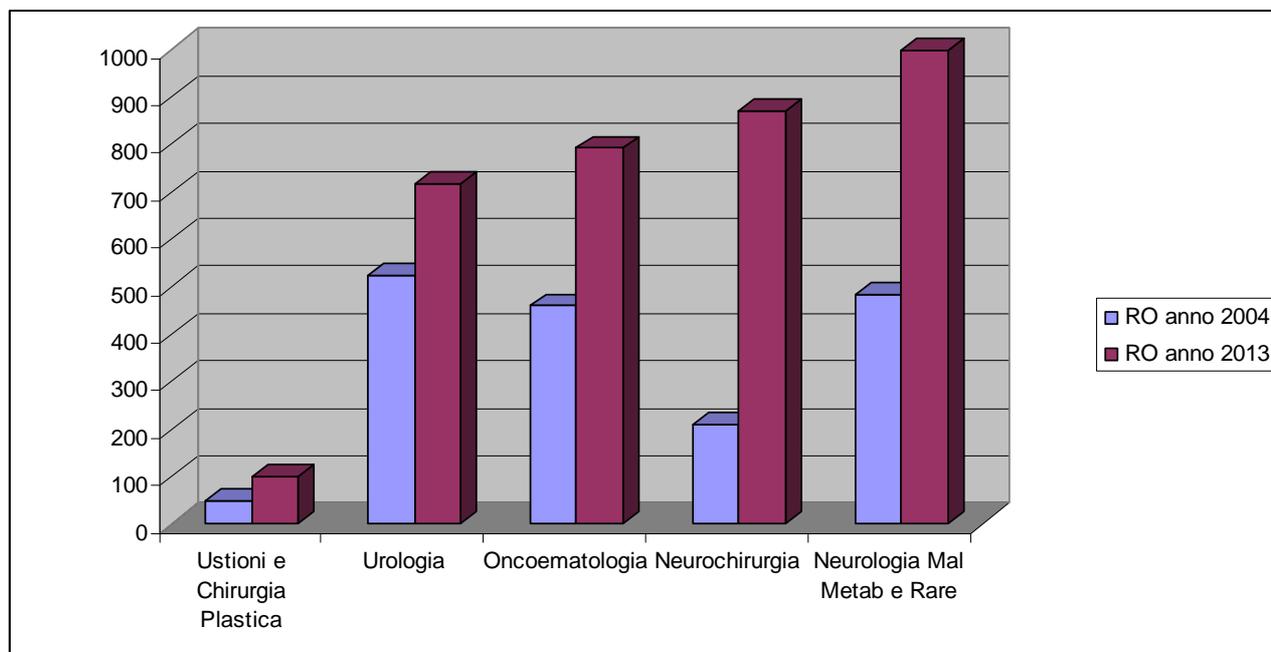
Le chirurgie altamente specialistiche, hanno prodotto nel 2013 i seguenti volumi di attività:

- **Ortopedia Oncologica**, 65 ricoveri ordinari, con una percentuale di fuori Regione pari al 46,2%;
- Chirurgia Maxillo – Faciale, 126 ricoveri ordinari ed un'attrazione extraregionale del 27,8%;
- Chirurgia della mano, 63 ricoveri ordinari con un'attrazione extraregionale del 22,2%;
- Odontostomatologia per disabili, i ricoveri sono stati 117 e l'attrazione extraregionale solo del 9,4% in quanto è una struttura concepita per soddisfare precipuamente le necessità regionali; i ricoveri diurni, tra day surgery e day hospital, sono stati complessivamente 114;
- Assistenza perinatale e parti a rischio, i ricoveri ordinari sono stati 10 nel 2013.

3. Anni 2004 – 2013: Le linee di produzione potenziate

Il grafico seguente, relativamente alle attività ad alta complessità che hanno subito forti incrementi di produzione, confronta i ricoveri ordinari del 2004 con quelli del 2013.

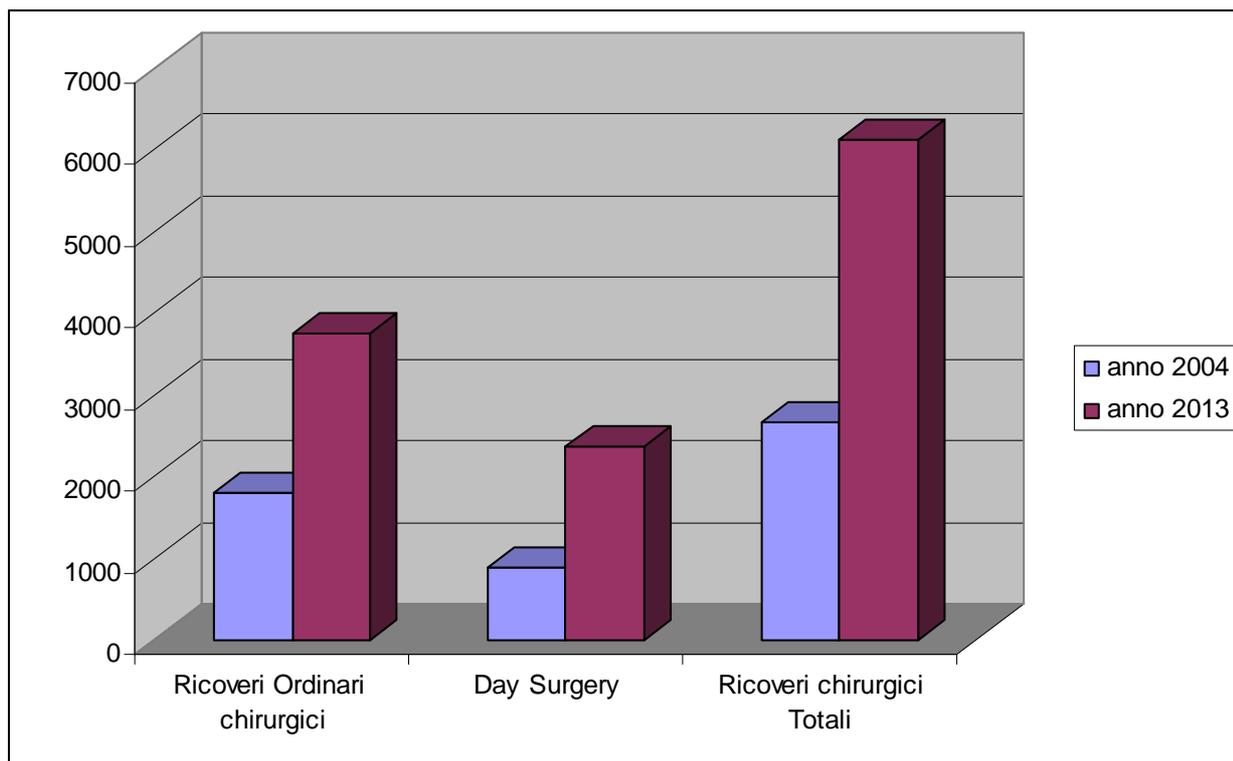
Grafico 3. Evoluzione delle attività potenziate: confronto 2004 vs 2013



In alcuni casi gli incrementi percentuali sono molto elevati ed il caso più eclatante riguarda la Neurochirurgia che ha aumentato la propria produzione di ricoveri (ad alta complessità, con un peso medio di 2,77) di più di quattro volte.

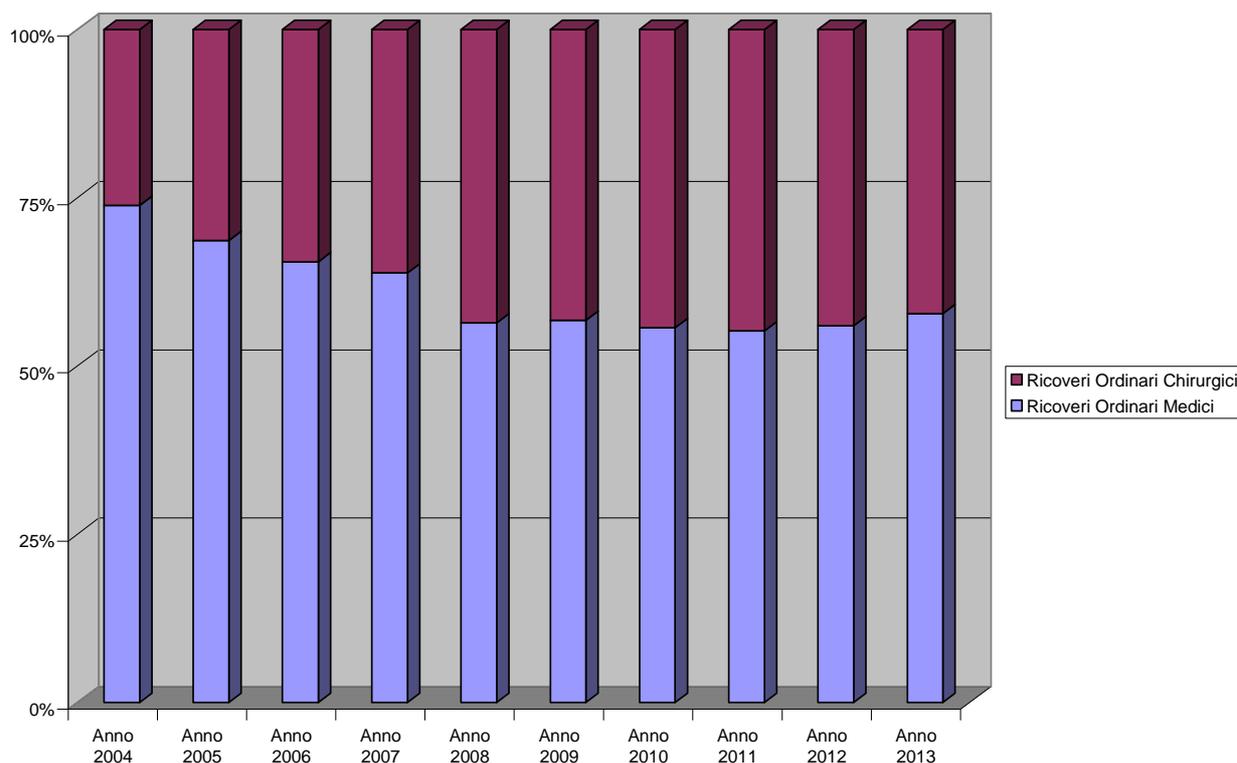
Un dato particolarmente interessante è il forte incremento dei ricoveri chirurgici (per loro natura più complessi degli omologhi ricoveri medici) realizzati nel decennio, come mostrato nel grafico seguente.

Grafico 4. Evoluzione dei ricoveri chirurgici: 2004 vs 2013



L'incremento non si è manifestato solo in termini numerici assoluti: infatti, nel corso dei 10 anni considerati, relativamente ai ricoveri ordinari, si è modificato anche il rapporto esistente tra la quota dei ricoveri medici e di quelli chirurgici, con forte incremento di questi ultimi.

Grafico 5. Distribuzione % tra ricoveri ordinari medici e chirurgici dal 2004 al 2013



Questo incremento progressivo dei ricoveri chirurgici, specialmente in regime ordinario, rappresenta un indicatore indiretto dell'eccellenza raggiunta dal Meyer, come Ospedale di riferimento per l'alta specializzazione pediatrica nazionale.

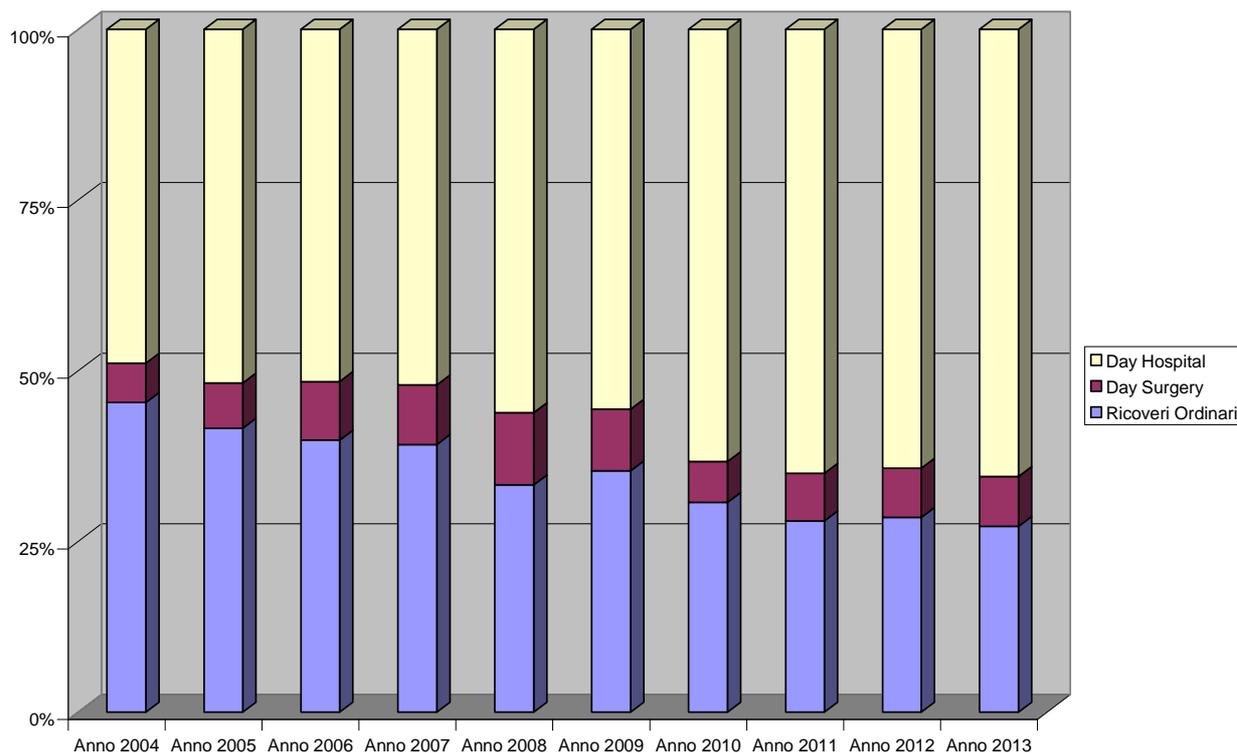
Infatti, se analizziamo il dettaglio dei dimessi 2013, l'incremento riguarda principalmente i ricoveri chirurgici ad elevata complessità (con peso medio ≥ 2.5) che comportano un maggior costo in termini di fabbisogno di risorse; circa il 30% di tutti i ricoveri chirurgici erogati dall'Ospedale afferiscono a questa particolare porzione di casistica; il dato diventa ancora più importante se si considerano i soli ricoveri chirurgici erogati per i pazienti di fuori Regione, in quanto la proporzione dei DRG con peso relativo ≥ 2.5 è addirittura pari al 52%.

4. Anni 2004 – 2013: La razionalizzazione di altre attività

Come detto in precedenza, dal 2004 in poi, molte attività che, per la loro medio bassa complessità, non sono caratterizzanti un Ospedale di 3° livello, ma devono pur essere effettuate per garantire assistenza qualitativamente elevata e soddisfare i fabbisogni del territorio di riferimento, sono state riallocate, attraverso logiche di appropriatezza, dal regime ordinario al più appropriato regime diurno in modo da conciliare standard di offerta qualitativamente elevati e minor impatto sulla spesa.

Il grafico seguente fornisce una visione di insieme dei risultati ottenuti fino al 2013 da questa strategia di razionalizzazione delle risorse e mostra come, nel corso degli anni, la quota dei ricoveri ordinari si sia in percentuale sempre più ridotta (questo setting assistenziale è stato gradualmente riservato ai casi più complessi) con crescita corrispondente dell'attività erogata in regime diurno.

Grafico 6. Distribuzione % tra ricoveri ordinari, di day surgery e di day hospital dal 2004 al 2013



L'incremento percentuale dei ricoveri diurni rispetto a quelli ordinari, attraverso il trasferimento verso day hospital e day surgery di ricoveri che prima venivano effettuati in regime ordinario, si configura come un comportamento virtuoso da parte dell'Azienda in quanto rappresenta un vantaggio sia per la stessa (es. minor costo delle risorse impiegate e dei costi da sostenere per la gestione dei pazienti, l'opportunità di rendere disponibili più posti letto di ricovero ordinario per i pazienti con condizioni cliniche più complesse che ne hanno reale necessità) che per il soggetto finanziatore, cioè il Sistema Sanitario nel suo complesso e nello specifico la Regione Toscana (che, per la remunerazione delle prestazioni, dovrà sostenere un minor esborso a parità di condizioni cliniche trattate dall'Ospedale).

Sono particolarmente degni di nota i movimenti che in questo senso si sono realizzati per le seguenti attività chirurgiche:

- Oculistica: nel 2004 il rapporto tra casi erogati in day surgery rispetto al totale era appena del 32,7%, mentre nel 2013 si è passati al 76,8%;
- Otorino: nel 2004 la % di day surgery sul totale era di 47,9, mentre nel 2013 è salita a 59,6%;
- Chirurgia Pediatrica: riguardo agli interventi sul testicolo non per neoplasie maligne si è passati da valori di 43,3% a valori di 83,6%; in relazione alle circoncisioni da 40,3% a 92,4%; mentre per le ernie da 47,9% a 70,9%.

5. Anni 2014 - 2015

Dove sta andando l'Ospedale? I dati di questo biennio mostrano un'accelerazione dei fenomeni descritti precedentemente. In estrema sintesi verranno descritte le informazioni più significative.

- Si assiste ad un ulteriore incremento della complessità dei casi trattati in regime di ricovero ordinario (il peso medio si attesta su valori pari a 1,48);
- Subisce un incremento la percentuale dei ricoveri ordinari dei pazienti provenienti da fuori Regione Toscana (25% nel 2014 e 27% nel 2015);
- Tutte le attività, precedentemente individuate come complesse e ad alta specializzazione nella parte prima crescono sia in termini di volumi erogati, sia per quanto riguarda l'attrazione extraregionale che per quel che attiene alla complessità della casistica trattata;
- L'Ospedale si arricchisce di nuove attività assistenziali, ricordiamo tra tutte la Neuropsichiatria Infantile, che nel biennio ha generato oltre 200 ricoveri ordinari e più di 1.400 ricoveri di day hospital;
- Decresce ancora il rapporto % tra ricoveri erogati in regime ordinario sul totale complessivo (indice di un'attenzione continua da parte dell'Ospedale alla razionalizzazione dell'attività sanitaria utilizzando le logiche dell'appropriatezza); si passa dal 27,2% del 2013 al 26,6% del 2014 ed al 26,1% del 2015.

6. La Specialistica Ambulatoriale e l'erogazione dei Farmaci in forma diretta

La linea produttiva relativa alla **specialistica ambulatoriale** ed ai farmaci ad erogazione diretta si connota negli anni dal 2004 ad oggi per un incremento oltre tutte le possibili previsioni sia in termini numerici che in termini economici. Come possiamo vedere dalla tabella seguente l'incremento del numero di prestazioni ambulatoriali erogate nei confronti di pazienti esterni registrato dal 2004 al 2013 è pari a 62.489 prestazioni (+11,41%), mentre l'incremento dei ricavi derivanti da dette prestazioni è aumentato di 7.074.537 euro (+80,88%).

Nell'esercizio 2015 assistiamo ad un ulteriore incremento sia in termini quantitativi (+45.330 prestazioni pari al +7,43% rispetto al 2013) sia in termini economici (+1.249.322 euro pari al 7,90% rispetto al 2013).

Il notevole aumento della valorizzazione economica rispetto al numero di prestazioni è solo in minima parte condizionato dall'adeguamento dei tariffari che negli anni si sono succeduti, è quindi prevalentemente rappresentativo di un progressivo e costante incremento della complessità delle prestazioni erogate dalla nostra Azienda.

Indicatore	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	547.680	418.809	437.561	413.005	433.155	495.921
Valore economico Prestazioni effettive (c)	8.746.832	7.347.796	8.153.050	8.737.856	9.336.602	10.430.235
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	-	1.336.557	2.213.588	2.488.415	2.662.360	3.462.280

Indicatore	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	623.975	667.880	646.742	610.169	610.756	655.499
Valore economico Prestazioni effettive (c)	12.545.429	13.743.424	15.501.077	15.821.369	14.948.736	17.070.690
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	2.710.268	4.098.087	4.462.494	5.030.713	5.226.271	7.561.701

Per quanto riguarda invece i **farmaci ad erogazione diretta**¹⁹, tale tipologia non era rilevata nell'anno 2004, per cui prendendo come riferimento iniziale l'anno 2005 l'incremento rispetto all'anno 2013 in termini economici è pari a 3.694.156 (+276,39%). Per quest'ultima linea produttiva (che non è soggetta ad alcun tetto remunerativo) si segnala l'ulteriore incremento per gli anni 2014 (+195.558 euro pari a +3,89 rispetto al 2013) e soprattutto 2015 (+2.530.988 euro pari a +50,31% rispetto al 2013), in particolare per il trattamento di pazienti affetti da malattie metaboliche o altre patologie per le quali l'Azienda è stata individuata come riferimento regionale.

Analogamente alle attività in regime di ricovero anche tali prestazioni sono soggette a compensazione ed a fatturazione diretta; nel Capitolo 9 verranno approfondite le modalità remunerative.

¹⁹ Tali farmaci sono quelli che vengono o somministrati in regime ambulatoriale o in Day Hospital o (per la gran parte) post dimissione per assicurare il primo ciclo di terapia.

CAPITOLO 7 - IL RAFFORZAMENTO DEI SISTEMI DI CONTROLLO

1. Il Sistema di Controllo Interno: gli strumenti di cui dispone l'Azienda

Il Controllo di Gestione

L'A.O.U. Meyer ha sviluppato nel tempo azioni strategiche volte a garantire la razionalizzazione ed il controllo della spesa, avvalendosi degli strumenti ordinari previsti dalla vigente normativa per la verifica dei costi, nonché di strumenti suppletivi aziendali per un costante controllo e monitoraggio del buon andamento della produzione.

Il principio di economicità ed il miglior uso delle risorse aziendali ha sempre caratterizzato le azioni di governo anche quando, dovendo sviluppare le attività sanitarie, si è reso necessario acquisire nuovi fattori produttivi, siano essi beni, servizi ed anche nuove risorse umane.

Le scelte aziendali sono effettuate con particolare attenzione ed oculatezza: la fase preliminare sulla quale improntare strategie di potenziamento, al fine di facilitare le determinazioni da assumere, si realizza anche con progetti per meglio valutare il rapporto costi/benefici delle singole operazioni future.

Già precedentemente al periodo oggetto di analisi l'organizzazione aziendale prevedeva la struttura a supporto della Direzione Aziendale denominata "**Controllo di Gestione**" che già presente nel 2004 svolgeva le seguenti macro funzioni:

- *definizione e monitoraggio* dell'intero processo di budget aziendale;
- *predisposizione* del bilancio preventivo economico annuale;
- *alimentazione e gestione* della contabilità analitica interna aziendale;
- *soddisfacimento* di tutte le richieste informative provenienti dalla Direzione e da altri soggetti gestori di budget o comunque cui è attribuita responsabilità gestionale.

Il processo di budget già attivo nel 2004 nel tempo si è sviluppato con continui miglioramenti sia organizzativi che di tempistica. Di seguito si sintetizza il percorso annualmente avviato.

Nel settembre dell'anno precedente a quello di riferimento si procede all'analisi dei dati di attività e dei relativi costi legati ai fattori produttivi impiegati; sono coinvolte, attraverso il comitato di budget aziendale, le figure professionali rappresentative dei più importanti fattori impiegati nel processo di produzione per la predisposizione dei 4 budget trasversali (Risorse umane, approvvigionamenti, investimenti e sale operatorie); tali budget trasversali condizionano direttamente i budget delle singole strutture organizzative che si troveranno quali interlocutori attivi con la Direzione Aziendale.

Il percorso si conclude con la definizione di un master budget aziendale, di un Budget di Dipartimento a sua volta scomposto in Budget di Struttura Complessa e Semplice (entrambe connotate per

autonomia gestionale); tale articolato processo si conclude prima dell'inizio dell'esercizio di riferimento così da permettere ai responsabili la consapevolezza degli obiettivi e delle risorse assegnate, nonché per poter attivare con rapidità tutte le relazioni interne volte alla diffusione degli impegni.

Si unisce nell'allegato n. 7.1 la documentazione relativa al "processo di budget anno 2013 della AOU Meyer".

Il Controllo di Gestione garantisce alla Direzione un'attività di controllo puntuale e continuativa sul raggiungimento degli obiettivi e sulle risorse impiegate durante l'intero esercizio di riferimento così da poter mettere in atto anche i meccanismi valutativi sulle capacità gestionali e produttive che hanno connotato ciascun Centro di Responsabilità.

Nell'anno 2013 la Direzione Aziendale ed il singolo responsabile di Centro di Responsabilità disponevano dei seguenti strumenti di controllo:

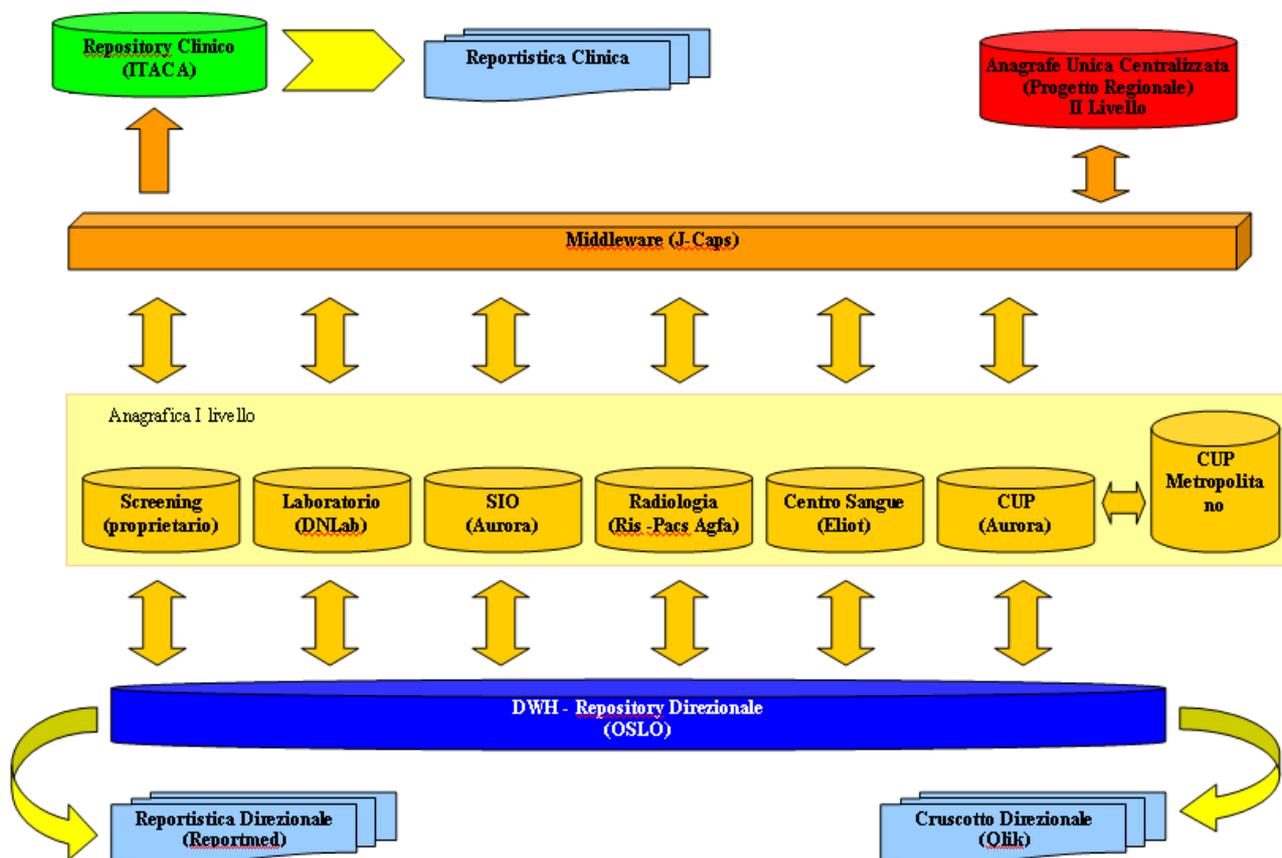
1. scheda di budget per Centro di Responsabilità (All. n. 7.2), con cadenza mensile;
2. situazione dell'andamento complessivo aziendale (All. n. 7.3), con cadenza mensile;
3. sintesi dell'andamento dei consumi aziendali (All. n. 7.4), con cadenza mensile;
4. conti economici per Centro di Responsabilità (All. n. 7.5) con cadenza trimestrale;
5. reporting strutturato e standardizzato o ad hoc per specifiche esigenze informative (All. n. 7.6).

L'organizzazione del processo di controllo e verifica come sopra ricordato si è reso possibile grazie a nuovi strumenti tecnico – operativi, messi a disposizione dei professionisti interessati, che hanno permesso il miglioramento dell'efficacia dei controlli.

Dall'utilizzo di semplici database in access (che si limitavano ad estrarre dai singoli applicativi, scollegati da qualsiasi database aziendale, le informazioni, senza che fosse effettuato alcun controllo formale né di contenuti) nel 2008 l'Azienda si è dotata di un datawarehouse (DWH) trasversale che è divenuto l'unica fonte ufficiale e certificata per qualsiasi necessità informativa sia interna (es. per la negoziazione o per il monitoraggio del budget) sia esterna (es. per invio flussi informativi o per la predisposizione dei vari modelli economici²⁰). Questo nuovo approccio ha consentito di detenere in un unico sistema tutte le informazioni necessarie per un controllo puntuale, radicato e complessivo.

Di seguito si riporta il modello architetturale che contraddistingue il sistema informativo Aziendale.

²⁰ Nel DWH confluiscono tutte le informazioni presenti in Azienda indipendentemente dal gestionale dipartimentale nel quale sono alla fonte inseriti i dati analitici (es. software per la gestione delle ammissioni-dimissioni-trasferimenti dei pazienti ricoverati in regime ordinario o day hospital, software per la gestione dei laboratori, software per la gestione dell'accettazione e refertazione delle visite ambulatoriali, software per la radiologia, software amministrativo contabile, ecc.).



Pertanto a partire dall'anno 2009 l'AOU Meyer ha potuto contare su una DWH funzionante, strutturato ed integrato²¹ che ha permesso un deciso miglioramento nella **qualità del dato**, nella **tempestività di analisi** e nella **diffusione delle informazioni**, passando così da un **controllo trimestrale unicamente ex-post ad un controllo concomitante e molto spesso anche ex-ante**²².

Da questo momento è decisamente cambiata a livello aziendale la cultura del controllo, non solo degli organismi di vertice aziendale, ma di ogni singolo professionista: nessuna decisione è presa senza valutarne l'impatto economico presente e futuro.

Il Cruscotto Direzionale

L'Azienda sta dotando i Dirigenti titolari dei Centri di Responsabilità di nuovi strumenti gestionali e di analisi capaci di rendere più semplice la loro funzione di "gestori di risorse". In altri termini attraverso un "cruscotto", in modo intuitivo ed immediato, così come avviene alla guida di un'autovettura, è possibile determinare il livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e tenere sotto controllo l'andamento della struttura di riferimento, effettuando, se del caso, i necessari correttivi con tempestività onde evitare di prendere atto in ritardo di situazioni ormai gravi e di difficile risoluzione (All. n. 7.7).

²¹ Ha consentito di realizzare: una vera comunicazione tra le componenti dell'Azienda; una condivisione dell'informazione, non solo dei risultati, ma anche dei dati; la trasversalità rispetto ai vari uffici; la fine della ridondanza dei dati; le unività e la centralizzazione dell'alimentazione dei dati; la riusabilità del dato.

²² Come ad esempio nel caso di analisi di fattibilità economica quali business plan o analisi make or buy.

Questo strumento consente infatti di effettuare analisi secondo logiche associative e producendo analisi innovative, impensabili con altri strumenti, come ad esempio:

- selezionare un dato di natura sanitaria (es. DRG) ed avere evidenziati i consumi connessi ai centri di costo in cui tale prestazione è stata erogata (ottenere risultati economici a partire dai dati di natura sanitaria) e creando, a mero titolo esemplificativo, indicatori come il “consumo medio farmaci per posto letto”, “consumi complessivi per giornata di degenza”, ecc.;
- selezionare una determinata prestazione “x” e rilevare tutte le altre prestazioni concomitanti che sono state erogate ai pazienti che hanno avuto tale prestazione “x”;
- determinare in modo **immediato** e **sintetico** se il singolo CdR, piuttosto che l’Azienda nella sua interezza, stia raggiungendo gli obiettivi definiti a budget,

tutto ciò focalizzando l’attenzione su pochissimi **macro indicatori aggiornati giornalmente** o con una cadenza definita dall’Azienda stessa.

2. Altre azioni di controllo interno

L’Azienda, oltre ad esperire le tipiche attività di controllo ex-post anche previste dalla normativa di settore, ha introdotto molteplici strumenti per le verifiche ex-ante ed in corso di effettuazione, così da guidare la Direzione ed i singoli Responsabili organizzativi, cui sono affidati i fattori produttivi da gestire, nella migliore e più proficua conduzione dell’attività.

All’interno dell’AOU Meyer, già da diversi anni, sono stati individuati i percorsi necessari, anche mediante procedure aziendali, che garantiscano l’espletamento di fasi obbligatorie del processo da parte dei professionisti interessati; questi hanno permesso di istituzionalizzare alcuni organismi deputati al governo delle risorse economiche e al contenimento dei consumi.

Un ambito di particolare rilevanza è assunto da organismi che svolgono un ruolo trasversale ponendo in essere azioni finalizzate alla promozione di un uso appropriato, efficace e sicuro del farmaco, degli altri prodotti farmaceutici e dei dispositivi medici, con il compito di allocare in maniera ottimale le risorse economiche in relazione alle richieste di salute, rispettando i vincoli di budget.

Tali azioni sono espletate dai seguenti organismi:

a) Commissione per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero

La Commissione Terapeutica Aziendale (CTA), istituita con Delibera Aziendale nel 2005, è composta da un gruppo tecnico e strategico incaricato di individuare l’elenco dei farmaci da utilizzare in ospedale e nelle altre forme di assistenza. Le attività che la Commissione svolge, direttamente, o integrata da gruppi di esperti professionisti, sono indirizzate a:

- *definire la politica del farmaco* nell'AOU Meyer per le sue differenti articolazioni (scelta dei principi attivi da rendere disponibili ed in ordine ai quali formulare richiesta di gara ad ESTAR, valutazioni mirate, monitoraggio degli impieghi e dei consumi) creando il Prontuario Terapeutico Ospedaliero;
- *mantenere aggiornato lo stesso Prontuario* verificando e valutando l'effettiva necessità di dar corso alle richieste di inserimento e/o di revoca;
- *promuovere iniziative indirizzate a diffondere informazioni indipendenti sui farmaci.*

Le diverse attività intraprese hanno l'obiettivo di garantire la disponibilità di tutti i principi attivi necessari alle previste attività di diagnosi e terapia, assicurando appropriatezza nelle scelte basate sui principi di efficacia, sicurezza e farmacoeconomia.

b) Commissione Aziendale Dispositivi Medici

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 201 del 25 giugno 2012, è stata istituita la Commissione Aziendale dei dispositivi medici, un organismo multidisciplinare che si riunisce ogni settimana e che ha il ruolo essenzialmente di:

- effettuare una revisione periodica dei dispositivi medici in uso, tenendo conto sia dell'efficacia/efficienza e della sicurezza documentate, ma anche dei costi;
- valutare in termini di Health Technology Assessment²³, le richieste dei clinici di introduzione di nuovi dispositivi;
- monitorare l'impatto complessivo sull'intero processo diagnostico/terapeutico in cui il dispositivo medico incide, così da poterne analizzare i consumi e la spesa per aree omogenee di utilizzo, al fine di un impiego più razionale ed appropriato;
- fornire ai clinici utilizzatori un supporto per l'uso sicuro ed appropriato dei dispositivi, e l'elaborazione di protocolli terapeutici e diagnostici aziendali.

c) Task Force Approvvigionamenti

Da una prima fase sperimentale che ha coinvolto varie professionalità, dal 2009 è stata istituita la Task Force Approvvigionamenti cui partecipano farmacisti, infermieri ed altri professionisti del controllo di gestione, tecnologie sanitarie ed acquisti economici, cui sono attribuite le seguenti competenze:

- supporto, valutazione e monitoraggio nell'articolato percorso dell'approvvigionamento dei beni sanitari, economici ed apparecchiature elettromedicali;

²³ L'Health Technology Assessment è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società. (*Fonte Ministero della Salute*).

- miglioramento dell'appropriatezza delle richieste così da garantire efficacia, efficienza ed effettiva necessità;
- individuazione dei professionisti competenti per settore merceologico capaci di rappresentare le necessità aziendali nella redazione dei capitolati e/o nelle commissioni giudicatrici nelle gare ESTAR²⁴;
- svolgimento del ruolo di Direttore Esecuzione del Contratto in alcuni tra i più importanti contratti.

Ai suddetti organismi si associano in forma organizzata alcune procedure ed azioni:

a) Approvvigionamento beni sanitari: coordinato dalla Task Force Approvvigionamenti e dalla Farmacia Ospedaliera

L'approvvigionamento dei beni sanitari, farmaci, dispositivi medici e beni economici è regolato da una procedura aziendale volta alla gestione ed al monitoraggio del complesso percorso²⁵.

Un aspetto estremamente importante dell'intero processo e che caratterizza il rigore nelle attività di controllo, riguarda la presa in carico delle segnalazioni di non conformità quali-quantitative dei prodotti consegnati da parte dei fornitori rispetto al Documento di Trasporto, alle richieste effettuate dalle strutture organizzative aziendali, alla normativa in materia di gestione di farmaci e dispositivi medici, ai capitolati speciali di appalto. Il monitoraggio molto stretto prevede come ultima fase, grazie all'istituzione di un

²⁴ Ente per i Servizi Tecnico Amministrativi della Regione Toscana istituito con star è l'ente di supporto tecnico-amministrativo regionale istituito, a decorrere dal 1° ottobre 2014, per l'esercizio delle funzioni tecniche, amministrative e di supporto delle aziende sanitarie, degli enti del servizio sanitario regionale e delle società della salute attraverso dipartimenti di livello regionale.

L'Estar è stato istituito con legge regionale n. 26/2014 che ha modificato la L.R. 40/2005.

L'Estar è ente del servizio sanitario regionale, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica.

L'Estar è competente in materia di:

- approvvigionamento di beni e servizi;
- magazzini e logistica distributiva;
- tecnologie dell'informazione e della comunicazione;
- tecnologie sanitarie;
- procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale;
- processi per il pagamento delle competenze economiche del personale afferente al servizio sanitario regionale;
- gestione delle procedure di gara per la manutenzione, alienazione, concessione e locazione del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie.

²⁵ Cfr. procedura aziendale (PGAZI062). Il punto di partenza è l'analisi del fabbisogno, la selezione dei beni necessari all'espletamento dell'attività e l'individuazione di professionisti esperti per la partecipazione ai capitolati di gara Estar, alla nomina dei D.E.C e alla compilazione delle liste dei fabbisogni per tutte le gare (PGAZI053).

Il bene, una volta contrattualizzato, può essere richiesto dagli operatori sanitari autorizzati e abilitati dei reparti/servizi al magazzino centralizzato di Estar, attraverso una richiesta informatizzata, o direttamente, per urgenze, alla Farmacia Ospedaliera. In entrambi i casi, tale richiesta deve essere necessariamente valutata e validata dalla Farmacia Ospedaliera e dalla TFA per poter essere evasa.

L'iter prevede anche la presa in carico delle problematiche segnalate dai reparti/servizi nella mancata disponibilità di beni in uso, che spesso può portare alla necessità di richieste fuori procedura in urgenza.

specifico registro interno, la verifica del recupero economico relativo a ogni singolo prodotto non conforme restituito al fornitore²⁶.

Di seguito, una tabella riassuntiva che mostra gli importi relativi ai resi (anni 2010 – 2015).

Si coglie l'occasione per evidenziare come nell'esercizio 2013 le puntuali attività di verifica abbiano comportato contestazioni per non conformità di beni consegnati pari ad euro 280.000 circa cui è seguita procedura di recupero attraverso emissione dai fornitori di note di credito complessivamente per pari importo.

STORICO RESI	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
Valore resi	72.496,98	134.356,27	161.352,67	280.557,76	226.445,81	252.838,151
n. procedure NC	381	385	313	428	604	412

b) Verifica scorte nei magazzini dei reparti: coordinato dalla TFA e dalla Farmacia Ospedaliera

L'attività di vigilanza sugli armadi farmaceutici di reparto ha lo scopo di favorire la corretta gestione dei beni sanitari e di accertare l'avvenuto rispetto delle norme che presiedono alla buona conservazione dei medicinali e dei dispositivi medici, promuovendo il contenimento delle scorte di reparto e la rotazione delle stesse.

L'attività, anch'essa preordinata alla razionalizzazione dei costi sostenendi, permette di evitare la presenza di prodotti scaduti o in eccedenza grazie ad una redistribuzione all'interno dell'Azienda.

Le verifiche dei magazzini si completano con dei report destinati ai coordinatori infermieristici e ai responsabili, che descrivono quali sono gli aspetti gestionali da presidiare con maggior accortezza e quelli da migliorare.

In questo ambito rientra anche il supporto fornito agli operatori sanitari di alcuni reparti, nella costruzione di liste di prodotti ad alto costo (procedura aziendale n. POBO64), in cui vengono indicati i quantitativi minimi e massimi da tenere a scorta per lo svolgimento dell'attività da un lato per garantire una minima ed essenziale giacenza ed evitare dall'altro eccessive e costose scorte di reparto.

c) Analisi andamento della spesa: coordinato dalla TFA e dalla Farmacia Ospedaliera

Vi è una stretta collaborazione con il Controllo di Gestione aziendale, finalizzata alla elaborazione di report che analizzano la spesa per fattori produttivi e centri di costo. L'analisi puntuale e sistematica viene

²⁶ Regolamentato dalla procedura aziendale PGAZI007.

fornita mensilmente alla Direzione, e fornisce un valido strumento per il controllo dell'andamento dei costi a breve termine.

Trimestralmente e semestralmente inoltre, vengono elaborati ulteriori report che permettono un'analisi più complessa, prendendo in considerazione anche la tendenza della spesa negli anni precedenti. Tali report vengono poi integrati dal Controllo di Gestione con i dati derivanti dall'andamento dell'attività sanitaria.

La Farmacia Ospedaliera provvede al monitoraggio dei farmaci innovativi, ad alto costo, comprensivi dei medicinali finalizzati alla terapia di malattie rare, gestendo, direttamente gli ordini e le scorte dei suddetti prodotti; la Farmacia mantiene in questo ambito un rapporto costante con la Ragioneria aziendale così da monitorare l'andamento dello specifico fattore produttivo che si caratterizza per la forte incidenza percentuale di costo specifico sulla farmaceutica ospedaliera e sulla incertezza ed imprevedibilità delle necessità.

Alle azioni poste in essere dagli organismi sopra rappresentati o garantite all'interno di procedure finalizzate ad effettuare puntuali controlli di contenimento della spesa, si segnala la funzione espressa dal personale Dirigente e Direttivo nella assunzione del ruolo di Responsabile dell'Esecuzione del Contratto. In tal senso si tiene a rappresentare come il Meyer adotti un accurato sistema di controllo di tutta la fase esecutiva dei relativi contratti, dall'avvio sino alla loro conclusione elevando a sistema quanto previsto dalla normativa vigente; infatti in tale contesto per ogni contratto viene individuato un **Responsabile del procedimento aziendale** ed un **Direttore dell'Esecuzione**, scindendo le due figure nei casi previsti dalla legge. A tali figure si aggiungono, nei casi di maggiore complessità, gli assistenti al Direttore dell'Esecuzione appositamente nominati.

Relativamente ai beni e servizi acquisiti nelle forme sopra descritte, tali figure presidiano la regolare erogazione dei servizi e forniture di beni sia sotto l'aspetto qualitativo e quantitativo, che sotto quello dell'efficacia e del corretto utilizzo delle risorse durante il periodo di vigenza contrattuale. Responsabile del procedimento e Direttore dell'Esecuzione curano inoltre tutta la fase che porta alla liquidazione dei corrispettivi maturati dai vari fornitori di beni e servizi, controllando in modo puntuale la corretta fatturazione. L'attività e le funzioni di dette figure si esplicano anche nella fase conclusiva dei contratti con le verifiche finali/collaudi.

Relativamente agli interventi in materia di lavori pubblici la fase esecutiva è presidiata dal Responsabile Unico del Procedimento appositamente nominato, dal Direttore dei Lavori e dagli assistenti. Anche in tali tipologie contrattuali le predette figure svolgono un'accurata e puntuale attività di monitoraggio e controllo degli appalti col fine di garantire il corretto, efficiente ed efficace utilizzo delle risorse a ciò finalizzate.

3. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance della Sanità toscana

Il Ruolo del Laboratorio MES della Scuola Sant' Anna di Pisa

Si ricorda infine che nel sistema sanitario regionale toscano il Laboratorio di Management e Sanità dell'Università Sant'Anna di Pisa ha il preciso mandato di supportare la Regione Toscana nel processo di programmazione e controllo dell'operato delle singole aziende sanitarie regionali, attraverso la costituzione di un "sistema di misurazione e valutazione delle performance della sanità toscana" (cfr. deliberazione della Giunta Regionale n. 486 del 2005 e art. 20 bis L.R.T. n. 40/2005) con la specifica finalità di orientare i comportamenti delle varie Aziende e di confrontarne i risultati.

Tale sistema di valutazione, introdotto nell'anno 2004 a livello sperimentale, si è nel tempo sviluppato ed è divenuto strumento di verifica indispensabile per analizzare la validità dei sistemi di programmazione e di pianificazione delle Aziende Sanitarie e per orientare le future decisioni direzionali nell'ottica di una "gestione per obiettivi".

La Regione Toscana ha ritenuto pertanto, per una più efficace gestione della sanità, associare alle attività di controllo, riconosciute dalla vigente normativa di riferimento, ulteriori strumenti attraverso i quali sia possibile monitorare annualmente il perseguimento da parte di ciascuna azienda degli obiettivi specifici assegnati.

Gli obiettivi strategici regionali, che rappresentano l'insieme delle misure e degli obiettivi della performance, sono infatti declinati all'interno delle singole specificità aziendali e successivamente assegnati alle Direzioni delle Aziende Sanitarie che ne dovranno tener conto nell'ambito dei propri sistemi budgetari.

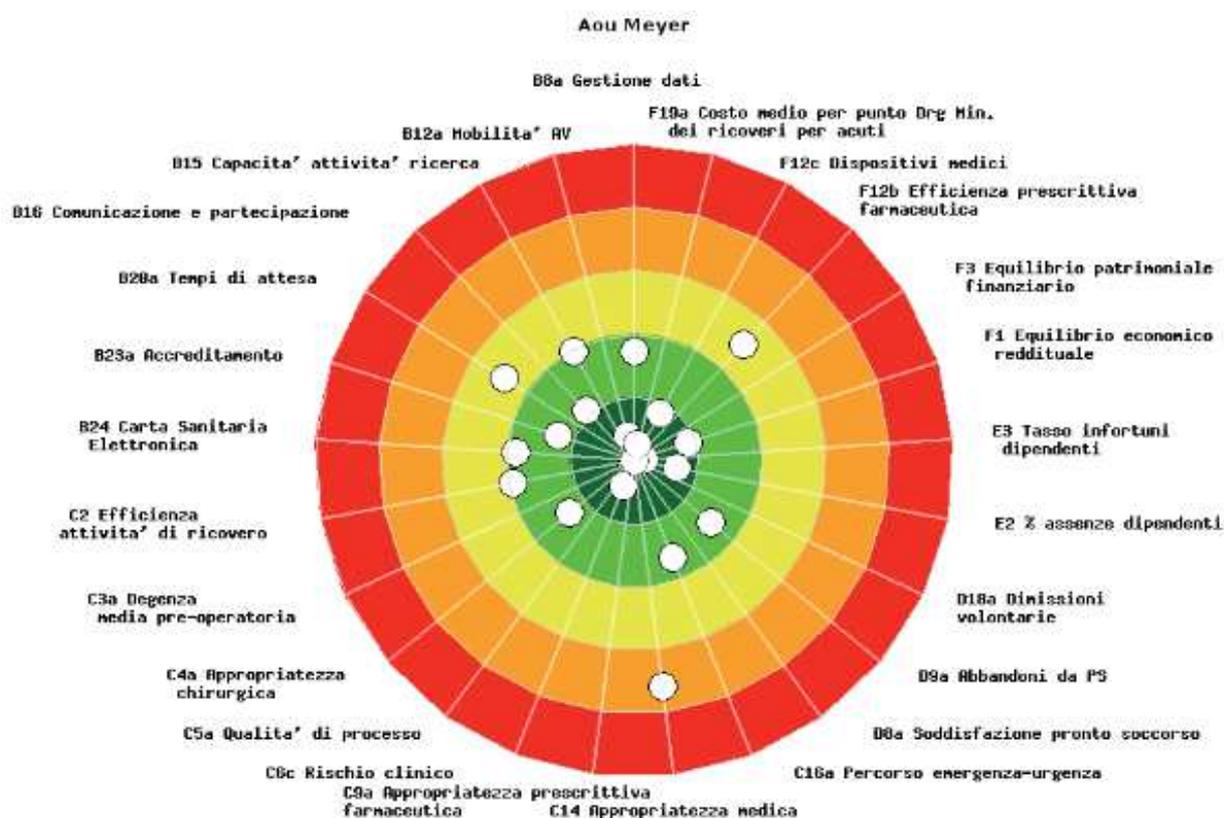
In altri termini, tali modalità correlate al processo di pianificazione e programmazione strategica regionale permettono una più attenta lettura dell'andamento delle singole Aziende Sanitarie attraverso una serie di indicatori volti a misurare la performance aziendale in aree tematiche di maggior interesse quali, tra l'altro, la **valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico-finanziaria**.

Il sistema, come sopra evidenziato, si è ampiamente sviluppato e perfezionato negli anni e garantisce all'Azienda Meyer il monitoraggio periodico dei principali obiettivi assegnati, al fine di rilevare eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato.

L'adozione di detto sistema ha permesso un vero e proprio cambiamento culturale da parte di tutti gli operatori dell'A.O.U. Meyer ed è oggi uno strumento guida a supporto dei processi decisionali.

L'Azienda Meyer ha infatti raggiunto, attraverso detto strumento, peculiari risultati conseguiti nel tempo per ogni dimensione della valutazione effettuata dal Laboratorio MeS, ottenendo in modo singolare nell'anno 2013 la migliore performance nel confronto tra le quattro Aziende Ospedaliere Universitarie del panorama toscano.

L'analisi del Bersaglio MeS evidenzia, come risulta dalla rappresentazione grafica di seguito riportata, come la concentrazione degli indicatori posizionati al centro del bersaglio, di fascia ottima/buona, siano passati dal 73% del 2012 all'85% del 2013; al contempo si registra una sostanziale riduzione degli indicatori in fascia pessima/scarsa che passano dal 15,38% del 2012 al 5% del 2013 e si azzerano, per la prima volta, gli indicatori posizionati in fascia "pessima" corrispondenti al colore rosso del bersaglio.



I risultati del 2013 confermano sostanzialmente il trend positivo avviato ormai da anni: analizzando infatti il periodo 2009-2013 i risultati dell'AOU Meyer evidenziano un continuo e virtuoso miglioramento delle performance aziendali, testimonianza della costante attenzione verso la qualità dei risultati e del prezioso lavoro messo in atto da tutti gli operatori.

Fra gli indicatori di eccellenza si riscontra: la capacità di attrazione extra regionale, anche con riferimento ai DRG ad alta complessità, l'appropriatazza farmaceutica, l'efficienza prescrittiva, la soddisfazione degli utenti del pronto Soccorso, le dimissioni volontarie, la degenza media pre-operatoria, il rischio clinico, la qualità dei processi, l'accreditamento, il tasso di infortuni e la percentuale di assenze dei dipendenti.

Si allega documentazione relativa alle valutazioni MeS relativi agli anni 2006, 2012 e 2013 (All. n. 7.8, n. 7.9, n. 7.10).

CAPITOLO 8 - LA RICERCA SCIENTIFICA ALL'INTERNO DELL'AZIENDA

1. Il contesto di riferimento anche alla luce del nuovo Statuto

Il Meyer attraverso la sua organizzazione ed i suoi professionisti è in grado di produrre valore non solo nella funzione assistenziale; la sua capacità di affermarsi attraverso la produzione scientifica, la ricerca finalizzata, i finanziamenti europei, le collaborazioni internazionali in ambito di ricerca e l'innovazione rende possibile un sistema virtuoso nel quale si consolidano progetti, innovazioni, scoperte e brevetti che consentono il trasferimento applicativo di acquisizioni sperimentali con benefici per i piccoli pazienti ed anche una forte attrattività di risorse private per le sperimentazioni cliniche e la valorizzazione della proprietà intellettuale.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer è quindi impegnata a creare le condizioni affinché sia assicurata l'integrazione tra assistenza e ricerca scientifica, due componenti essenziali della mission del nostro Ospedale. Come sancisce lo Statuto Aziendale: *“Le sue finalità istituzionali sono la cura e il benessere dei bambini, un'assistenza clinica integrata con la didattica, la ricerca scientifica nonché l'erogazione delle attività formative necessarie al trasferimento delle competenze pediatriche a studenti, specializzandi e operatori pediatrici.”*

“Il Meyer è senza dubbio un centro di eccellenza riconosciuto a livello nazionale e internazionale in diverse aree di assistenza e ricerca”. È la conclusione a cui è giunto già nel 2013 l'organo indipendente preposto alla valutazione sistematica della ricerca scientifica (Comitato Scientifico Internazionale), a seguito della visita annuale effettuata presso l'Azienda. Questo riconoscimento è il risultato della constatazione di un forte sviluppo della ricerca scientifica. Esiste, infatti, al Meyer, una forte attenzione mirata al miglioramento della ricerca in termini sia qualitativi che quantitativi.

La Giornata annuale della Ricerca, la relazione periodica sulle attività sanitarie e di ricerca, i seminari mensili “Ricerca & Clinica”, il Premio “Anna Meyer” per i Giovani Ricercatori, le tre edizioni del programma aziendale “Giovani Ricercatori”, la rivista scientifica “Molto Meyer”, le collaborazioni con i più importanti ospedali pediatrici di rilievo internazionale, ma anche le stesse visite del Comitato Scientifico Internazionale sono solo alcuni esempi da ricordare per un investimento produttivo di risultati significativi e documentabili.

Il nuovo Statuto Aziendale riconferma e riconosce il valore strategico delle attività di ricerca, di innovazione e quello di tutela della proprietà intellettuale e dei risultati scientifici, oltre a sostenere le pratiche di trasferimento tecnologico che possano valorizzare la ricerca.

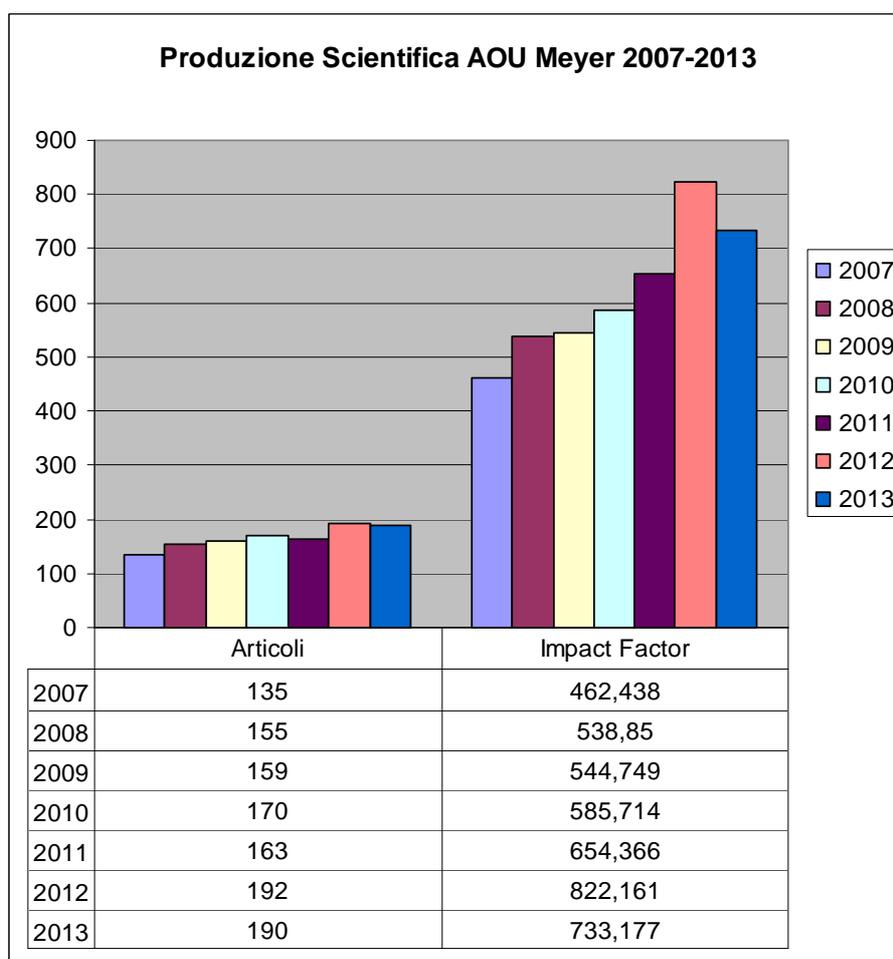
In tal senso e per la promozione dei valori ora menzionati - attraverso il combinato disposto del Titolo 5 dell'Atto aziendale - dedicato agli Strumenti Organizzativi, del Capo 2, relativo alla Gestione delle

attività strategiche di didattica, ricerca e formazione – sono previsti organismi quali la Commissione Scientifica Internazionale (Art. 36) e il Coordinamento Scientifico Aziendale (Art. 37) rispettivamente con compiti di valutazione sistematica dell'attività di ricerca svolta dai propri professionisti, la prima, e di governo della ricerca aziendale, con compiti di indirizzo e promozione della ricerca di concerto con i Dipartimenti universitari, la seconda.

2. Produzione scientifica AOU Meyer 2007-2013

Si riportano di seguito alcuni dati significativi relativi alla produzione scientifica nel nostro Ospedale che evidenziano il numero delle pubblicazioni e l'impact Factor; essi rappresentano il trend di sviluppo riferito al periodo 2007-2013.

Il monitoraggio dell'andamento nel tempo della qualità e della quantità della produzione scientifica, può essere desunto attraverso la raccolta dati effettuata periodicamente per la costituzione dell'Anagrafe della Ricerca Biomedica dell'AOU Meyer. Tale raccolta, effettuata per la prima volta dall'anno 2007 permette un raffronto sino al 2013 (ultimi dati disponibili ad oggi).

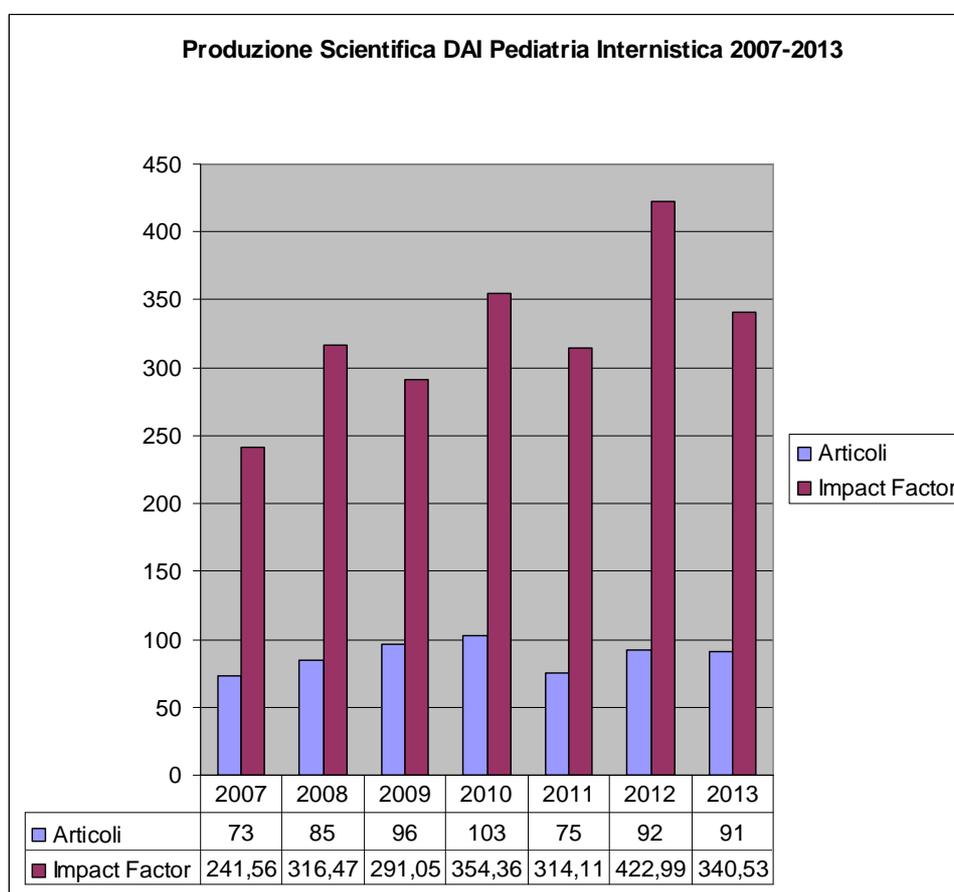


Nel periodo di riferimento (2007-2013) si può osservare un aumento progressivo sia del numero totale degli articoli pubblicati che dell'Impact Factor complessivo. Nel 2013, l'Impact Factor complessivo dell'Ospedale rispetto al 2007 si incrementa per una percentuale pari a +58,55%, raffrontando lo stesso periodo (2007/2013) per quanto attiene agli articoli pubblicati si assiste ad un aumento pari al +40,74%.

Di seguito si riportano i dati del periodo preso in esame (2007-2013) per i tre Dipartimenti ad Attività Integrata che hanno maggiormente contribuito, sia in termini di numero di articoli pubblicati che di Impact Factor complessivo, alla produzione scientifica del Meyer.

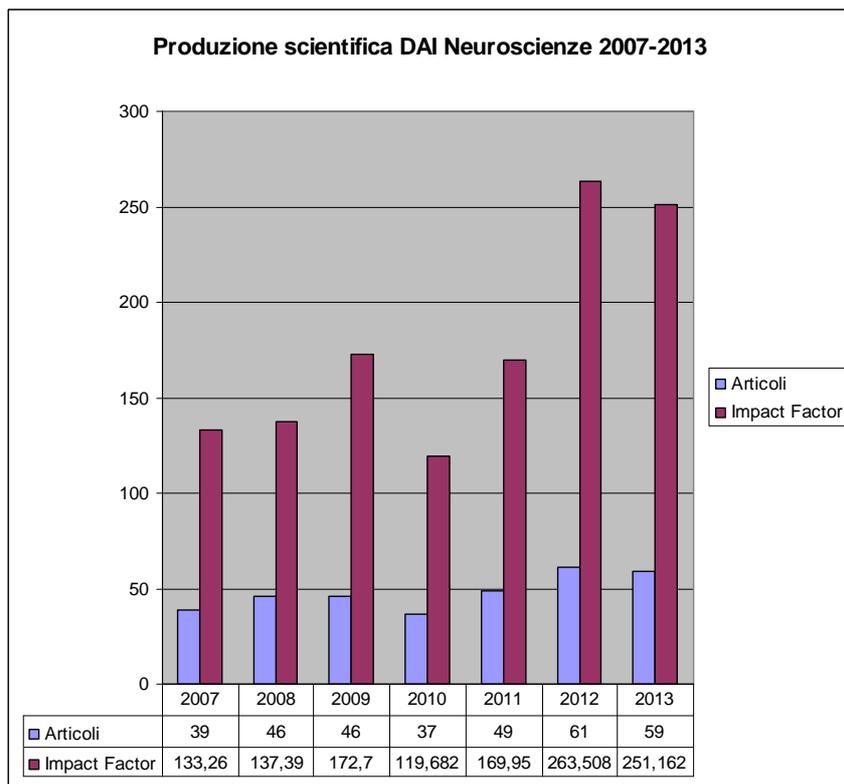
Produzione scientifica del DAI Pediatria Internistica 2007-2013

Nel periodo di riferimento appare evidente il trend di crescita complessiva: il numero di articoli pubblicati è salito da 73 articoli del 2007 a 91 del 2013 (+ 25 %). La crescita in termini di Impact Factor è pari a 98,9 punti (+ 40,9%).



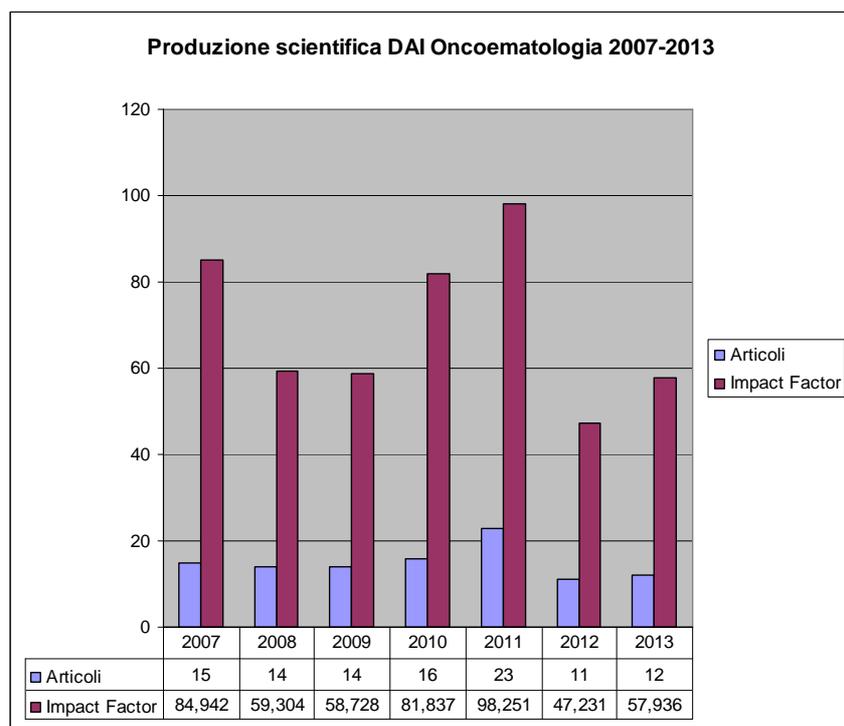
Produzione scientifica del DAI Neuroscienze 2007-2013

Nel periodo di riferimento anche questo DAI ha una produzione scientifica in netto aumento: il numero di articoli pubblicati nel 2007 era 39, mentre nel 2013 era 59 (+51,2%). La crescita in termini di Impact Factor è pari a 117,9 punti (+ 88,5%).



Produzione scientifica del DAI Oncoematologia 2007-2013

Per quanto riguarda la produzione scientifica di questo Dipartimento, il numero degli articoli pubblicati rimane sostanzialmente invariato (con un picco di 23 articoli nel 2011), e l'Impact Factor complessivo segue un andamento altalenante negli anni in questione (anche qui c'è un valore più alto nell'anno 2011).



Per completezza di informazione, segue la tabella riassuntiva della produzione scientifica dell'AOU Meyer, del periodo 2007-2013, per numero di articoli pubblicati e Impact Factor, suddivisi per Dipartimenti ad Attività Integrata.

Articoli pubblicati nel periodo 2007-2013 per DAI

	DNS	DEA	DCP	DOE	DAIPI	DAIFN	ALTRE	DEACP
2007	39	9	2	15	73	n.d.	n.d.	n.d.
2008	46	11	8	14	85	n.d.	n.d.	n.d.
2009	46	10	2	14	96	n.d.	n.d.	n.d.
2010	37	11	1	16	103	n.d.	n.d.	n.d.
2011	49	8	3	23	75	11	28	n.d.
2012	61	n.d.	n.d.	11	92	8	32	6
2013	59	n.d.	n.d.	12	91	14	29	8
Totale	337	49	16	105	615	33	89	14

Impact Factor nel periodo 2007-2013 per DAI

	DNS	DEA	DCP	DOE	DAIPI	DAIFN	ALTRE	DEACP
2007	133,26	15,71	2,573	84,942	241,564	n.d.	n.d.	n.d.
2008	137,39	18,243	19,234	59,304	316,465	n.d.	n.d.	n.d.
2009	172,7	27,983	0,404	58,728	291,052	n.d.	n.d.	n.d.
2010	119,682	25,505	4,016	81,837	354,362	n.d.	n.d.	n.d.
2011	169,95	14,066	5,867	98,251	314,11	26,616	104,32	n.d.
2012	263,508	n.d.	n.d.	47,231	422,991	17,832	107,06	10,671
2013	251,162	n.d.	n.d.	57,936	340,526	43,017	95,793	14,54
Totale	1247,652	101,507	32,094	488,229	2281,07	87,465	307,173	25,211

Legenda:

DEA - Dipartimento di Emergenza Accettazione e di Area Critica

DNS - Dipartimento Medico-Chirurgico Neurosensoriale

DOE - Dipartimento di Oncoematologia Pediatrica

DCP - Dipartimento di Pediatria Chirurgica

DAIPI - Dipartimento di Pediatria Internistica

DAIFN - Dipartimento Medico-Chirurgico Feto-Neonatale

DEACP - Dipartimento di Emergenza Accettazione Area Critica e Pediatria Chirurgica

ALTRE STRUTTURE - Include le strutture che non afferiscono ai DAI

n.d. – Dati non disponibili

Progetti approvati in sede europea e in sede nazionale

L'AOU Meyer partecipa con crescente interesse a bandi di livello nazionale e internazionale. A titolo di esempio si riportano i risultati conseguiti nell'ambito del Bando Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute e i progetti di ricerca europei attivi negli ultimi anni presso l'AOU Meyer, con i relativi finanziamenti ottenuti.

Progetti vincitori dell'AOU Meyer nell'ambito del Bando Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute
(edizioni 2008, 2009, 2010, 2011-2012, 2013)

Bando Ricerca Sanitaria 2008 - è risultato vincitore il progetto: "Childhood Histiocytoses: getting deeper in pathogenesis and exploring novel therapeutic approaches" (Dr. Maurizio Aricò). Finanziamento previsto: Euro 230.769,23.

Bando Ricerca Finalizzata 2009 - è stato finanziato il seguente progetto: "Clinical and genetic study of early onset epilepsies of unknown aetiology" (Dr. Carla Marini). Finanziamento previsto: Euro 247.750,00 di cui Euro 177.750,00 finanziamento ministeriale e Euro 70.000,00 cofinanziamento Regione Toscana.

Bando di Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori 2010 - sono risultati vincitori 2 progetti dell'AOU Meyer: "Reorganization of cortical function after surgery for lesional epilepsy in children (Dr. Carmen Barba), "Molecular epidemiology of Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus in a third-level paediatric university hospital" (Dr. Giovanni Taccetti). Finanziamento previsto per la Dr. Barba: 350.740,00 Euro di cui 200.740,00 Euro finanziamento ministeriale e 150.000,00 Euro cofinanziamento Regione Toscana. Finanziamento previsto per il Dr. Taccetti: 386.400,00 Euro di cui 243.200,00 Euro finanziamento ministeriale e 143.200,00 Euro cofinanziamento Regione Toscana.

Bando Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori 2011-2012 - sono stati finanziati 2 progetti dell'AOU Meyer: "Novel approaches for newborn screening of primary immunodeficiencies" (WP di programma di rete della Prof.ssa Chiara Azzari) e "Therapeutic correction of mis-spliced RNA transcripts and of protein conformational defects in Lysosomal Storage Disorders" (Prof.ssa Amelia Morrone). Finanziamento totale previsto per la Prof.ssa Azzari: 510.782,11 Euro. Finanziamento previsto per la Prof.ssa Morrone: 251.218,32 Euro di cui 150.109,16 Euro finanziamento ministeriale e 101.109,16 cofinanziamento Regione Toscana.

Bando Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori 2013 - è stato finanziato il seguente progetto: "An integrated approach to unravel the genetic causes and molecular pathogenesis of epileptogenic focal cortical displasia" (Prof. Renzo Guerrini). Si tratta di un progetto in fase di avvio.

Finanziamenti europei ottenuti dall'AOU Meyer nel periodo 2007-2015 per progetti di ricerca

FIGHT-HLH: First Targeted Therapy to FIGHT Hemophagocytic Lymphohistiocytosis (HLH): A novel approach to HLH. L'AOU Meyer partecipa in qualità di partner. (Referente per l'AOU Meyer: Dr. Maurizio Aricò). Totale contributo previsto: 298.800,00 Euro. Progetto in fase di conclusione.

Progetto Reborne: Regenerating bone defects using new biomedical engineering approaches. L'AOU Meyer partecipa in qualità di partner. (Referente per l'AOU Meyer: Dr. Franco Bambi). Finanziamento erogato: 75.481,43 Euro. Progetto chiuso e rendicontato.

Progetto CureHLH: European initiative to improve knowledge, treatment and survival of haemophagocytic syndromes in children. L'AOU Meyer ha partecipato in qualità di partner. (Referente per l'AOU Meyer: Dr. Maurizio Aricò). Finanziamento erogato: 174.840,18 Euro. Progetto chiuso e rendicontato.

Progetto Epicure: Functional genomics and neurobiology of epilepsy: A basis for new therapeutic strategies. L'AOU Meyer ha partecipato in qualità di partner. (Referente per l'AOU Meyer: Prof. Renzo Guerrini). Finanziamento erogato: 495.435,44 Euro. Progetto chiuso e rendicontato.

Collaborazioni internazionali in ambito di ricerca

L'AOU Meyer, “nella consapevolezza che per risolvere le sfide della Pediatria sia necessario costruire relazioni durature in tutto il mondo, si dedica alla promozione e allo sviluppo di attività e collaborazioni internazionali” (cfr. nuovo Statuto Aziendale). Infatti, la nostra Azienda partecipa attivamente in reti internazionali (tra cui la prestigiosa Children's Hospital Association) e attiva rapporti con le realtà pediatriche eccellenti. Sono numerose le attività di collaborazione internazionale nell'ambito della ricerca scientifica, che assumono diversi livelli di strutturazione.

Si riportano per la loro importanza, nonché per il fatto che coinvolgono l'intero Ospedale, le collaborazioni in essere, includendo attività scientifiche congiunte, con il Children's Hospital Boston (CHB) e The Children's Hospital of Philadelphia (CHOP), formalizzate tramite due accordi quadro pluriennali, risalenti rispettivamente alla fine del 2010 e all'inizio del 2011. Con l'Ospedale Pediatrico di Philadelphia è stato firmato un nuovo accordo nell'aprile del 2014 e con l'Ospedale Pediatrico di Boston l'accordo è stato rinnovato all'inizio del 2016. Merita menzione, inoltre, la collaborazione avviata con l'Ospedale Materno-Infantile di Lin Yi, Cina, tramite un accordo formale firmato nel maggio 2015.

3. Ricerca e innovazione clinica

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer si impegna altresì nel massimizzare i risultati delle attività di ricerca, assicurando che le innovazioni scientifiche abbiano un impatto concreto sul miglioramento della pratica clinica.

L'Azienda è titolare e co-titolare di diversi brevetti (al 31/12/2015 le domande di brevetto e brevetti attivi erano 7) e cerca di attrarre investimenti e costruire collaborazioni con partner industriali. Alcune domande di brevetto sono state oggetto di sfruttamento economico a seguito della stipula di un contratto di licenza.

La realtà rappresentata nel presente capitolo richiede un approfondimento anche in relazione ad un altro ambito di attività di estremo valore rappresentato dal Comitato Etico Pediatrico della Regione Toscana e dal Clinical Trial Office.

Il Comitato Etico Pediatrico della Regione Toscana è un organismo, a disposizione dei professionisti dell'intera Regione, per lo sviluppo delle attività di ricerca clinica e della sperimentazione; esso esprime pareri concernenti il profilo etico, metodologico e scientifico degli studi a tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone coinvolte nelle sperimentazioni, fornisce pertanto valutazioni in ordine a sperimentazioni farmacologiche, studi osservazionali, impiego di dispositivi medici, procedure chirurgiche e processi clinici relativi allo studio di prodotti alimentari sull'uomo.

Il suo ruolo, di centrale importanza per l'azienda Meyer, costituisce garanzia pubblica delle sperimentazioni in ambito pediatrico, per l'attrazione delle attività di ricerca in toscana e nello specifico nel contesto aziendale così da garantire l'operatività della ricerca.

Il Comitato Etico, organismo indipendente, è dotato di propria autonomia finanziaria che si alimenta tramite il pagamento di tariffe corrisposte dai promotori profit delle sperimentazioni per la valutazione dei protocolli e di tutta la documentazione inerente agli studi da essi sponsorizzati.

Al Comitato Etico sopra ricordato si associano le attività garantite da **Clinical Trial Office** il quale assolve a funzioni di supporto gestionale, metodologico, amministrativo ed etico per gli sperimentatori della AOU Meyer che intendono attivare e gestire protocolli sperimentali o studi clinici; si ricorda la recente normativa europea del 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano che disciplinerà le sperimentazioni cliniche a livello europeo premiando le strutture presso cui sono attivi uffici in grado di farsi carico delle operazioni tecnico scientifiche necessarie all'attivazione di centri sperimentali.

La scheda allegata – All. n. 8.1 – permette di approfondire le competenze e le attività dei due organismi; in essa sono fornite altresì informazioni in ordine al livello di autonomia finanziaria.

CAPITOLO 9 – RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Prima parte: La trasformazione della Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer

L'analisi effettuata nella presente relazione ha fatto emergere come l'Ospedale Meyer del 2004 abbia subito radicali trasformazioni sin dall'anno successivo, sulla scorta del mandato di sviluppo conferito dalla Regione Toscana e rafforzato con la più volte citata Deliberazione della Giunta Regionale n. 1043 del 24.10.2005.

L'Azienda sottoposta ad un puntuale esame riferito ai suoi connotati caratterizzanti nel 2013 si presenta come una nuova e diversa realtà; ciò è desumibile:

- in relazione ai **nuovi spazi di cura**, ai posti letto, alle nuove dotazioni tecnologiche ed impiantistiche;
- in relazione ad un **assetto organizzativo** totalmente innovato che non ritrova gli elementi fondanti nel Meyer del 2004;
- in relazione alla **casistica trattata che si caratterizza per la presa in carico** e la cura di patologie ad elevato livello di complessità anche frutto dell'implementazione di nuove linee di produzione sanitaria, capaci di promuovere la funzione di ospedale pediatrico regionale di terzo livello, oltre ad una forte attrattività in ambito extra regionale;
- in relazione a **costi di produzione, in incremento** continuo anno dopo anno, sempre bilanciati da un costante e proporzionale **aumento della produzione** che nel tempo ha determinato margini attivi.

Il presente documento nei dati di inquadramento rispettivamente degli anni 2004 e 2013 (cfr. Capitolo 2, paragrafo 1 e Capitolo 4, paragrafo 1) evidenzia due realtà non sovrapponibili sia in termini di spazi, di sale operatorie, di posti letto a ciò si aggiungano nuovi modelli di gestione logistica del paziente ora per intensità di cura.

L'assetto organizzativo analizzato nel periodo di riferimento e sino ad oggi, nei capitoli 2, 3 e 4, dà atto di uno sviluppo dell'organizzazione dipartimentale che raggiunge nell'anno 2011 7 Dipartimenti sanitari ad Attività Integrata (DAI) e che oggi, con logiche di semplificazione e contenimento dei costi, assolvendo anche ad una nuova politica organizzativa, sono stati ricondotti ad un **unico Dipartimento specialistico interdisciplinare**.

Il Capitolo 6 *“La trasformazione dell'attività assistenziale della Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer: anni 2004 – 2013 e 2014 – 2015”*, attraverso un'attenta e rigorosa analisi della produzione, sia in termini qualitativi che quantitativi, ha fornito i necessari chiarimenti in ordine alla nuova produzione sanitaria offerta dal Meyer; a tal proposito sono resi disponibili anche gli strumenti per la comprensione dei

fenomeni volti alla razionalizzazione delle risorse impiegate realizzando un continuo sviluppo di modelli improntati all'appropriatezza delle prestazioni.

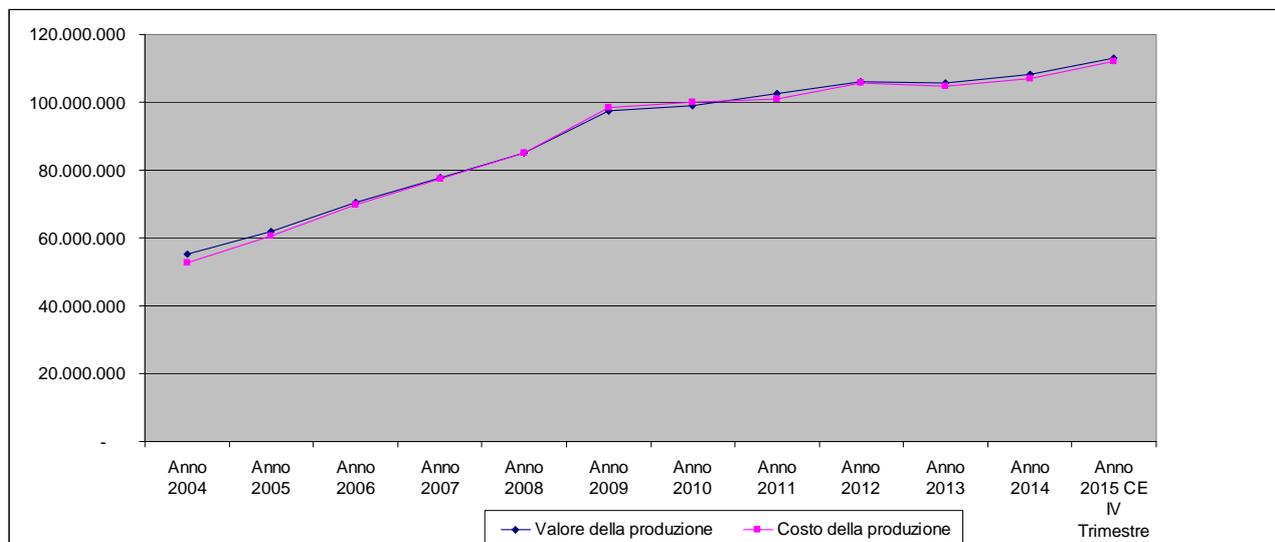
1.1. Analisi economica 2004 - 2015

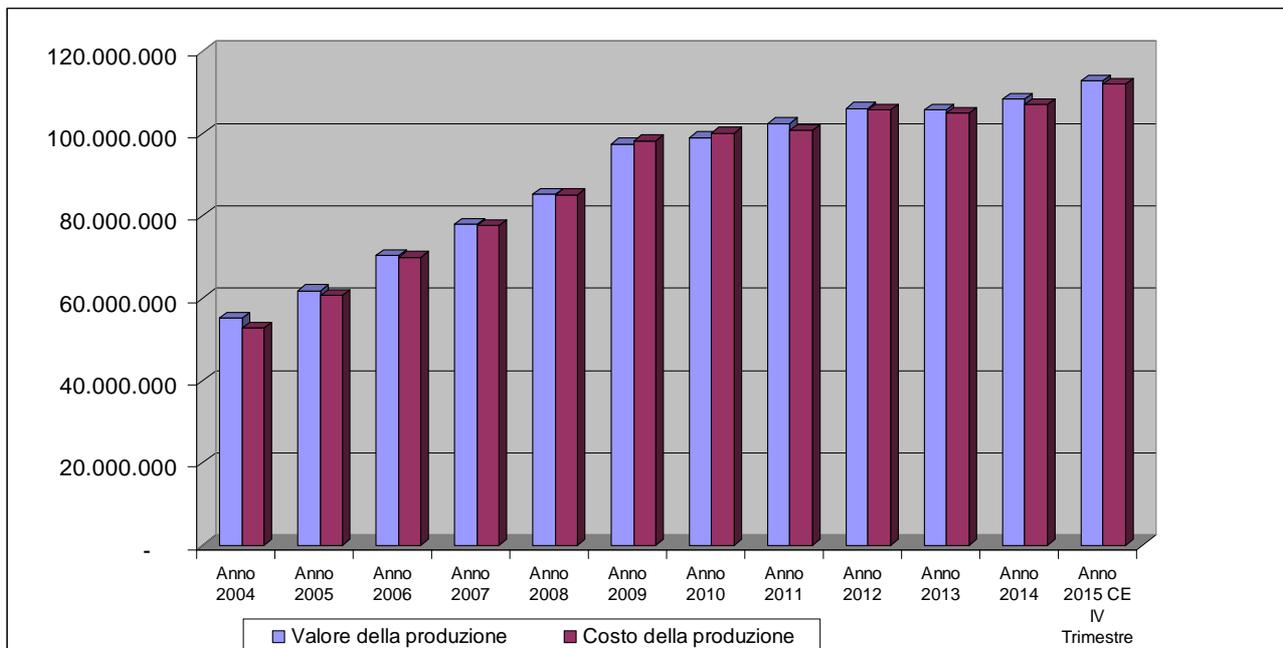
Dopo i richiami in ordine agli elementi che connotano la trasformazione di cui trattasi, si ritiene di operare ulteriori approfondimenti e valutazioni circa *l'analisi economica 2004-2015*.

Dal 2004 al 2015 l'andamento complessivo dei costi e dei ricavi, desumibili dai bilanci d'esercizio di questa Azienda, può essere rappresentato dalla tabella e dai grafici seguenti.

Grandezza	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Valore della produzione	55.100.740	61.814.461	70.366.157	77.893.912	85.235.861	97.480.990
Costo della produzione	52.705.955	60.702.354	69.981.255	77.610.683	85.147.850	98.260.681

Grandezza	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015 CE IV Trimestre
Valore della produzione	99.089.894	102.461.016	106.144.223	105.835.601	108.299.931	112.870.838
Costo della produzione	100.107.404	100.856.011	105.786.529	104.910.004	107.127.328	112.079.979





Risulta pertanto evidente che dal 2004 al 2013 il valore della produzione sia cresciuto in valore assoluto di 50.734.861 Euro (pari a +92,08%) ed i costi della produzione sono incrementati di 52.204.048 Euro (pari a +99,05%).

Per quanto riguarda l'analisi del costo complessivo del fattore produttivo "risorsa umana"²⁷ occorre premettere che i dati sono stati desunti dai bilanci d'esercizio dei singoli anni oggetto di analisi (dal 2004 al 2013) e che importanti cambiamenti normativi hanno modificato la rappresentazione delle stesse tipologie di costo all'interno delle voci di bilancio e soprattutto nei modelli CE (ovvero nei conti economici di maggior dettaglio rispetto al modello di conto economico di bilancio) non ultimo il D.Lgs. 118/2011²⁸.

L'analisi che segue ha cercato di uniformare e di evidenziare, grazie anche alla lettura delle note integrative di ogni bilancio d'esercizio, le singole macro componenti del costo del fattore produttivo risorse umane.

²⁷ Nel caso di specie con l'accezione "risorsa umana" si intende il personale che effettua prestazioni per AOU Meyer nelle possibili forme contrattuali: dipendente a tempo determinato ed indeterminato, contratti libero professionali, interinali e personale in comando passivo.

²⁸ Si ricorda inoltre con che decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 15/06/2012, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 10 luglio 2012, n. 159, sono stati adottati i nuovi modelli di rilevazione del Conto Economico (CE) e dello Stato Patrimoniale (SP); con Decreto Interministeriale del 20/03/2013 sono stati introdotti nuovi schemi per Conto Economico, lo Stato Patrimoniale e la Nota Integrativa di cui agli articoli 26 comma 3 e art. 32, comma 6 del D.Lgs. 118/2011; con Decreto Ministero della salute 13/11/2007, ha previsto nuovi modelli di rilevazione del conto economico (CE) e dello Stato Patrimoniale (SP); Decreto ministero della salute 31/12/2007 ha definito la codifica e le linee guida dei nuovi modelli di rilevazione del Conto Economico (CE) e dello Stato Patrimoniale (SP) di cui al predetto decreto del 13/11/2007.

Grandezza	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Costo del personale dipendente	28.052.282	32.416.505	36.152.922	37.896.803	39.566.456
Costo personale interinale	-	-	-	672.485	681.202
Costo personale comandato	-	-	-	521.899	303.450
Costo personale subordinato	829.017	485.676	1.481.399	2.036.224	2.851.795
Sumaisti	29.959	45.526	42.457	48.286	124.911
Totale costo risorsa umana	28.911.258	32.947.707	37.676.778	41.175.697	43.527.813

Grandezza	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Costo del personale dipendente	44.479.348	46.553.348	48.350.540	47.988.343	47.720.027
Costo personale interinale	1.320.270	1.462.562	484.551	296.099	288.386
Costo personale comandato	135.323	73.282	20.924	-	918.829
Costo personale subordinato	2.934.004	2.896.328	2.588.625	2.561.680	2.589.084
Sumaisti	151.009	183.150	182.532	176.894	186.863
Totale costo risorsa umana	49.019.954	51.168.669	51.627.171	51.023.017	51.703.189

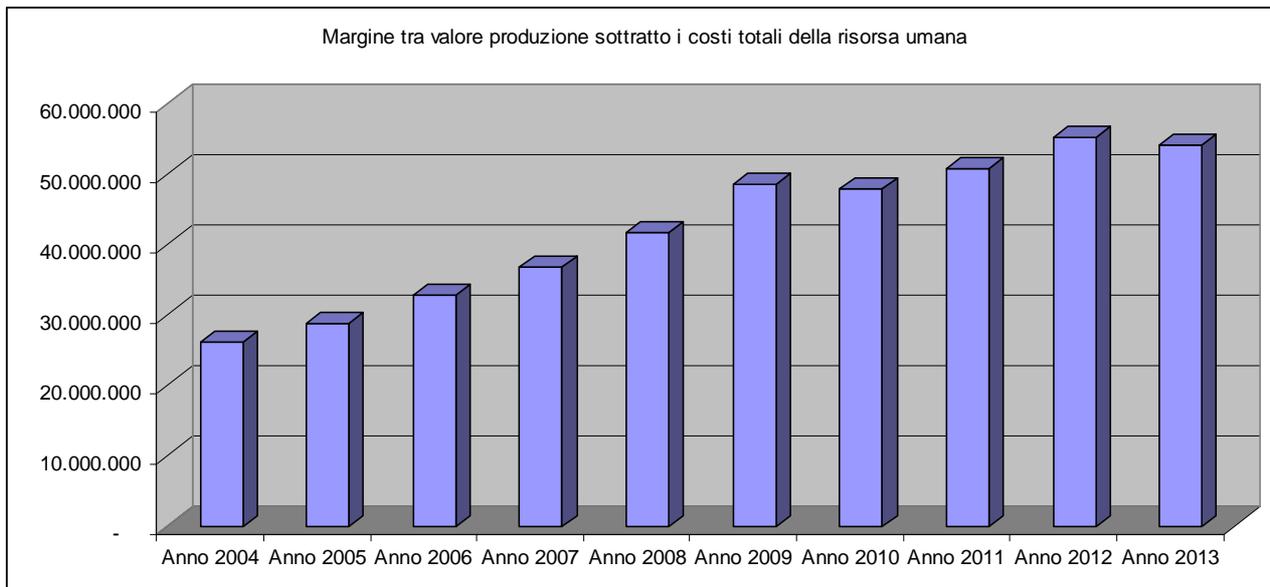
Se analizziamo l'incidenza percentuale del costo complessivo delle risorse umane (ultimo rigo delle tabelle sopra riportate) rispetto al costo complessivo della produzione **assistiamo ad una importante e netta riduzione percentuale che va dal 54,85% dell'anno 2004 al 49,28% dell'anno 2013.**

Di seguito riportiamo l'incidenza percentuale del costo della risorsa umana sul totale dei costi della produzione per ogni anno oggetto di analisi.

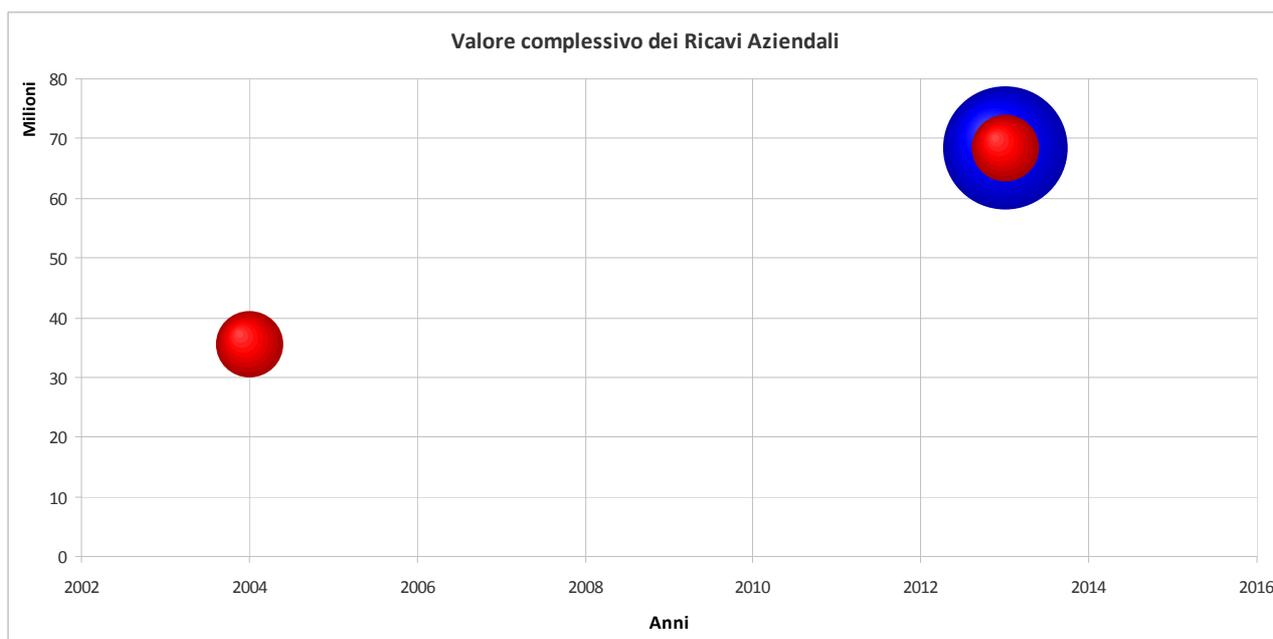
Grandezza	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Costo risorse umane su totale costi della produzione	54,85%	54,28%	53,84%	53,05%	51,12%

Grandezza	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Costo risorse umane su totale costi della produzione	49,89%	51,11%	51,19%	48,23%	49,28%

Analizzando il margine del valore della produzione, cui sono stati sottratti i costi totali della risorsa umana, si assiste ad un progressivo sviluppo positivo. Ciò rende evidente la capacità dell'Azienda, nel tempo, di gestire l'ampliamento delle attività con una **rigorosa attenzione ed un corretto utilizzo delle risorse raggiungendo una minor incidenza percentuale del costo del personale rispetto ai costi di produzione.**



Per meglio delineare il fenomeno descritto nel presente paragrafo, ovvero l'evoluzione che le attività aziendali hanno avuto nel periodo in analisi, si è ritenuto di rappresentare, grazie al grafico che segue, i ricavi complessivi della gestione caratteristica nell'anno 2004 e nel successivo 2013.



Attraverso la bolla rossa sono stati rappresentati i ricavi complessivi della gestione caratteristica dell'esercizio 2004 realizzati dalla AOU Meyer; nella bolla blu, che nella sua interezza rappresenta invece i ricavi complessivi del 2013, è stata inserita la bolla rossa – nucleo storico di produzione dell'Azienda - dando così immediata evidenza delle nuove dimensioni di sviluppo.

A conclusione di detto paragrafo preme ricordare quanto già rappresentato alla Sezione di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti con le note protocollo n. 7495 del 6.11.2015 e n. 661 del

29.01.2016 a firma del Direttore Generale, nonché la posizione assunta dal citato Organo di Controllo in merito alle verifiche effettuate sul bilancio dell'esercizio 2012²⁹.

1.2. Lo Sviluppo dell'Attività Aziendale

Nei capitoli precedenti è stata evidenziata l'evoluzione dell'andamento dei Centri di Responsabilità nei singoli anni oggetto di analisi; la seguente tabella ne costituisce una sintesi³⁰.

Indicatore	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
N. dimessi ordinari	6.841	6.868	7.307	7.331	6.340	7.930
Valore economico dimessi ordinari (a)	19.160.299	20.777.543	23.298.439	23.430.425	24.353.440	29.512.808
N. Accessi DH	22.365	24.278	27.216	27.054	28.680	34.572
Valore economico DH (b)	7.727.412	8.883.272	10.523.967	10.511.223	11.082.369	13.418.982
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	547.680	418.809	437.561	413.005	433.155	495.921
Valore economico Prestazioni effettive (c)	8.746.832	7.347.796	8.153.050	8.737.856	9.336.602	10.430.235
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	-	1.336.557	2.213.588	2.488.415	2.662.360	3.462.280
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	35.634.543	38.345.168	44.189.044	45.167.919	47.434.771	56.824.305
Letti Medi ricovero ordinario	130,47	129,54	142,77	136,13	123,71	152,48
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	83,49%	87,10%	88,64%	85,18%	92,77%	87,32%
N. risorse umane (full time equivalent)	491,32	557,39	566,17	580,68	560,82	609,32
Costo risorse umane	24.998.078	29.877.122	34.226.453	34.564.733	34.574.217	41.048.368
Costi diretti complessivi dei cdr	36.093.695	43.716.805	51.503.862	50.041.156	54.832.515	64.479.602
% costo personale su costi diretti totali	69,26%	68,34%	66,45%	69,07%	63,05%	63,66%

Indicatore	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
N. dimessi ordinari	9.060	8.943	9.040	8.888	8.898	8.675
Valore economico dimessi ordinari (a)	32.679.256	32.370.174	32.880.804	32.314.198	33.773.909	32.585.136
N. Accessi DH	34.746	34.389	34.253	35.190	38.484	39.155
Valore economico DH (b)	13.110.724	13.560.911	14.264.826	15.210.954	16.952.304	16.753.824
N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)	623.975	667.880	646.742	610.169	610.756	655.499
Valore economico Prestazioni effettive (c)	12.545.429	13.743.424	15.501.077	15.821.369	14.948.736	17.070.690
Valore Farmaci Erogazione Diretta (FED) (d)	2.710.268	4.098.087	4.462.494	5.030.713	5.226.271	7.561.701
Valore complessivo Ricavi (a+b+c+d)	61.045.677	63.772.596	67.109.202	68.377.233	70.901.220	73.971.351
Letti Medi ricovero ordinario	164,88	162,44	164,27	164,29	167,07	163,57
Tasso di Utilizzo letti ricovero ordinario	88,84%	89,19%	88,18	87,52	91,57%	91,54%
N. risorse umane (full time equivalent)	755,84	724,51	695,04	716,96	736,26	767,39
Costo risorse umane	43.357.650	41.648.825	40.976.837	42.057.444	43.527.421	43.918.940
Costi diretti complessivi dei cdr	72.281.438	70.290.130	71.948.217	70.723.247	74.155.241	73.562.099
% costo personale su costi diretti totali	59,98%	59,25%	56,95%	59,47%	58,70%	59,70%

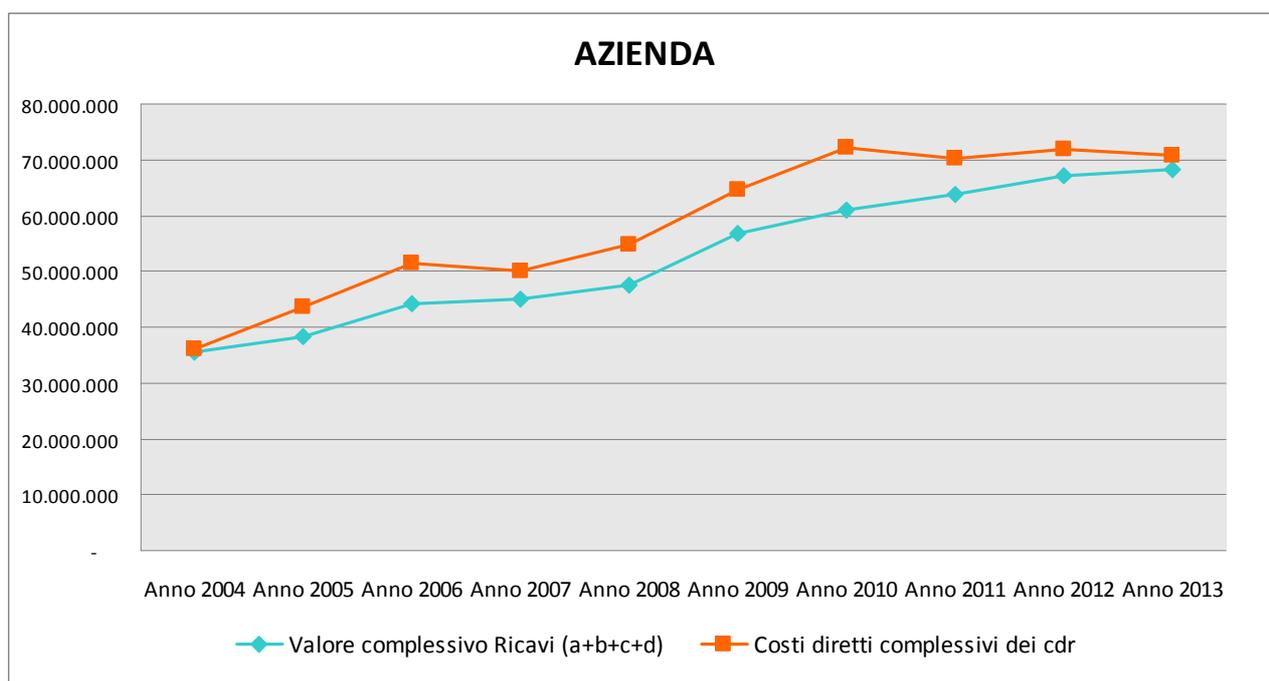
Nel raffrontare i risultati dell'attività prodotta in questi dodici anni di analisi, appare chiaro come le realtà comparate siano completamente diverse. I CdR produttivi nell'anno 2004 ricavano circa 36 milioni di euro fra attività di ricovero e specialistica ambulatoriale mentre nell'anno 2013 hanno ricavato più di 68 milioni di euro e addirittura nell'anno 2015 (ancora soggetto a consuntivazione) quasi 74 milioni di euro.

²⁹ «Con riferimento, in particolare, alla spesa del personale, sono state ritenute meritevoli di considerazione le giustificazioni addotte in sede di controdeduzioni, relativamente al piano di sviluppo dei servizi e degli organici che ha interessato l'Azienda in connessione con la realizzazione ed il funzionamento del nuovo ospedale» - Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti, Decisione prot. 0007097-11/12/2014-SC_TOS-83-P.

³⁰ I dati riportati nella tabella precedente (riga valore complessivo ricavi) riassumono la situazione complessiva aziendale, essendo rappresentati appunto tutti i CdR Produttivi, mentre lato costi non sono rappresentati nei valori precedenti tutti i servizi che non configurano l'attività caratteristica dell'Azienda (tipicamente i servizi di supporto, amministrativi e generali).

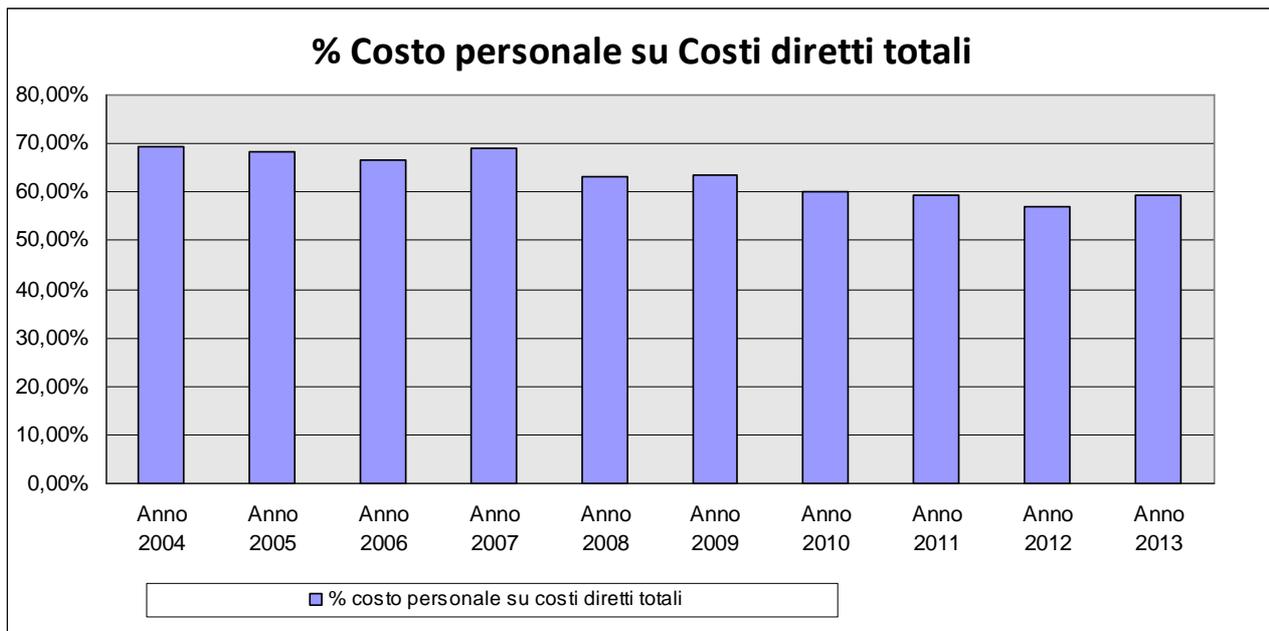
In coerenza con lo sviluppo della produzione, il costo delle risorse umane afferenti i CdR produttivi da circa 25 milioni di euro è passato a circa 42 milioni di euro dell'anno 2013 fino ai circa 44 milioni di euro dell'anno 2015.

Comparando l'incremento dei ricavi complessivi dal 2004 al 2013 rileviamo un incremento pari a 32,7 milioni di euro (percentualmente corrispondente a + 91,88%), contro un aumento dei costi del personale pari a 17,0 milioni di euro (percentualmente corrispondente a +68,24%). Da questa comparazione si comprende **come l'incremento del costo del personale sia stato economicamente coperto da un più che proporzionale incremento dei ricavi complessivi aziendali afferenti l'attività caratteristica remunerata a tariffa³¹.**

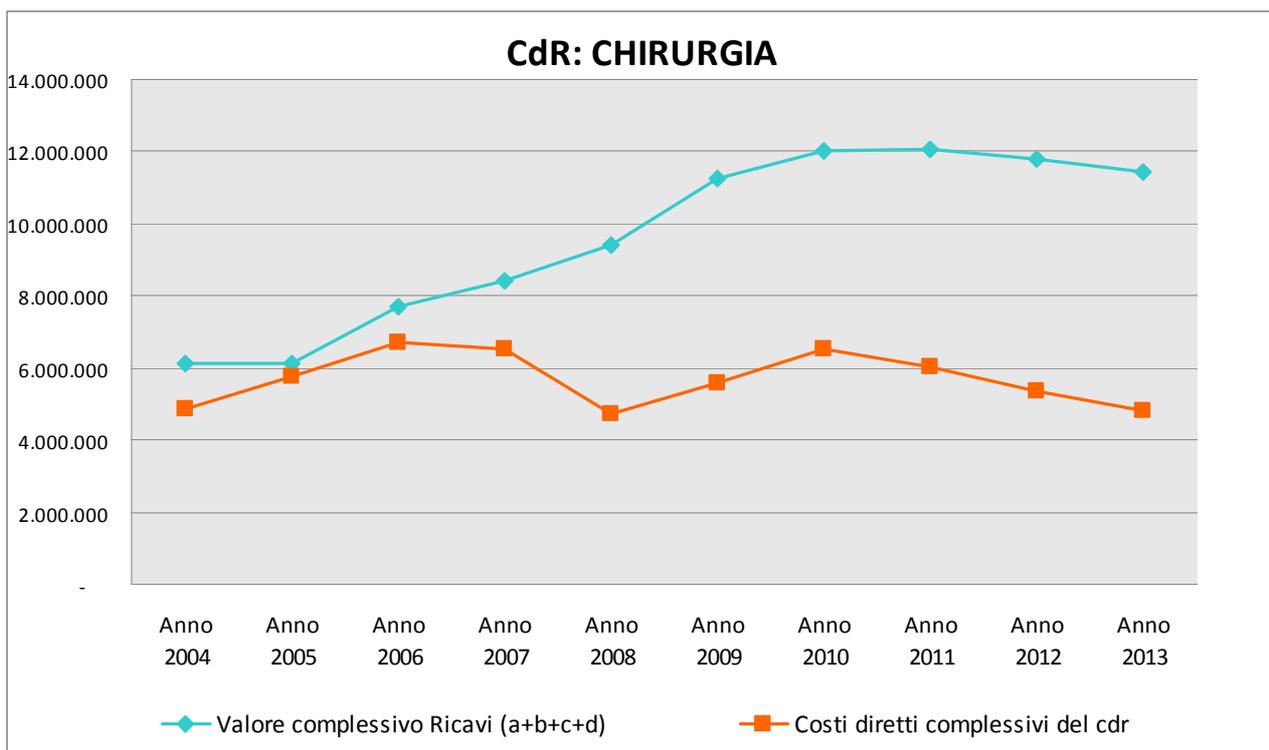


Altro elemento rappresentativo del massimo rigore utilizzato dall'Azienda nell'utilizzo del fattore produttivo personale è rappresentato dalla **progressiva riduzione dell'incidenza del costo del fattore produttivo risorsa umana sul totale dei costi complessivi imputabili ai singoli CdR Produttivi.** L'andamento di questo indice è rappresentato nel seguente grafico.

³¹ Quindi senza considerare altre componenti dei ricavi quali ad esempio la contribuzione regionale, presente invece nel valore delle produzioni.



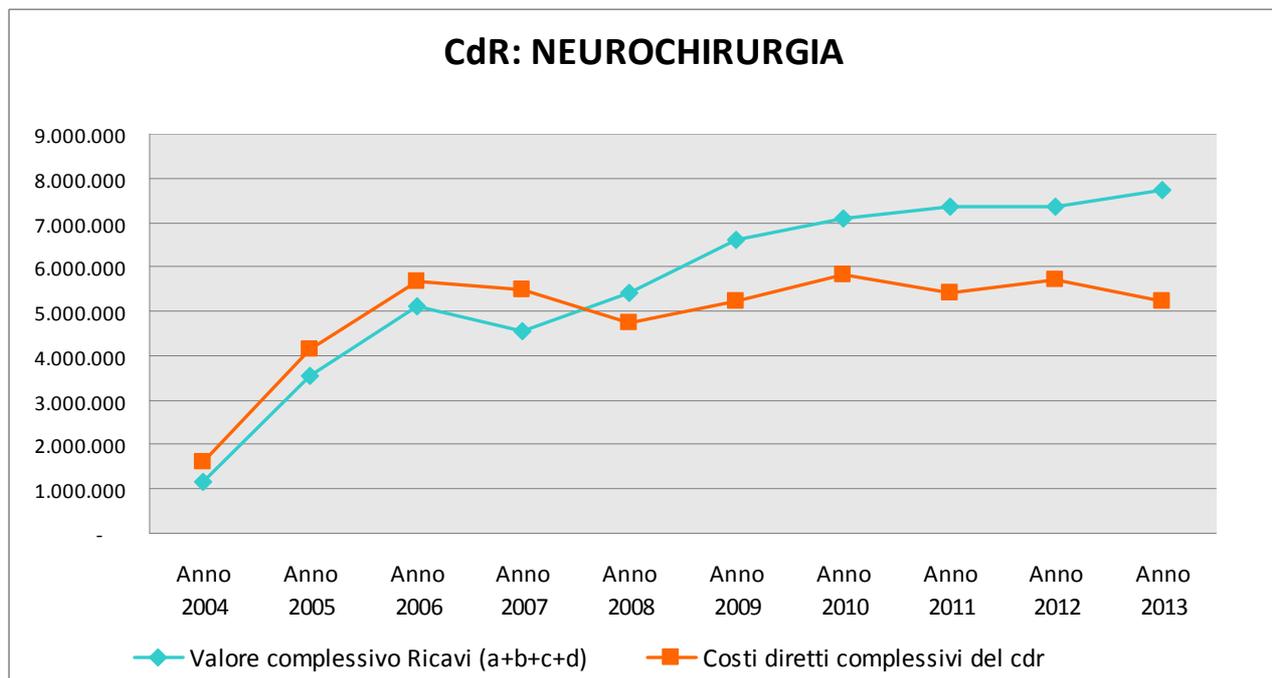
Si ritiene doveroso, attraverso i grafici rappresentativi di ciascun Centro di Responsabilità produttivo, dare evidenza dell'andamento dei ricavi diretti e dei relativi costi; a ciascun elaborato grafico seguirà un puntuale commento.



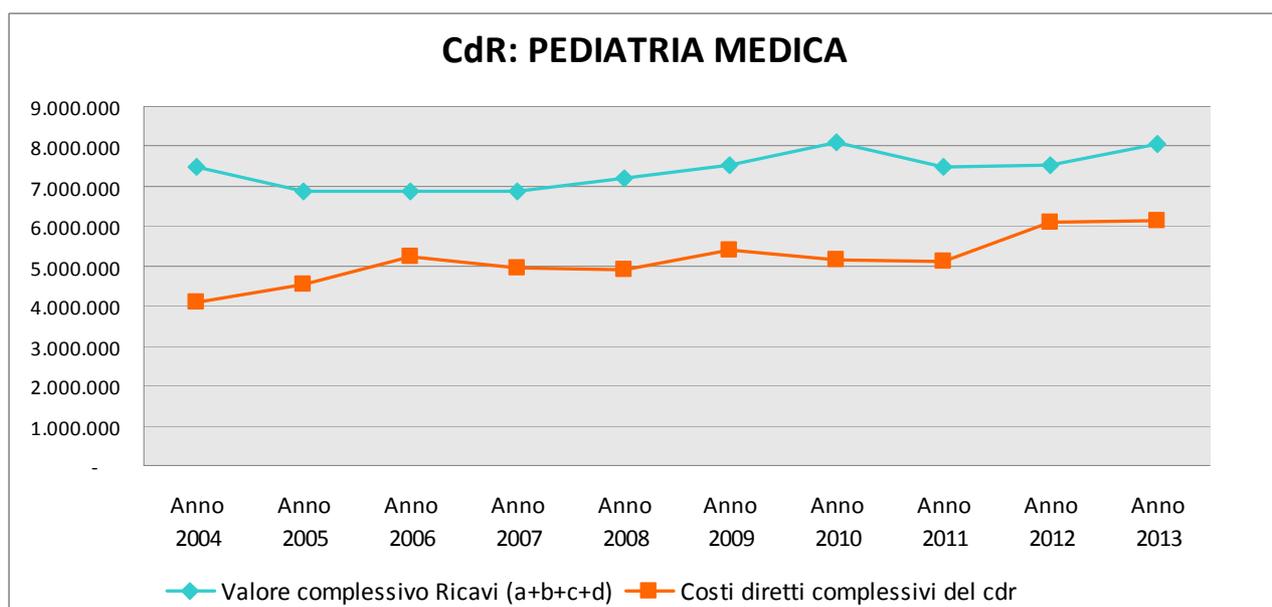
Per il CdR di Chirurgia assistiamo dal 2004 al 2013 ad un ampliamento del primo margine rappresentato nel grafico dall'allontanamento delle due spezzate, con un incremento dei ricavi rispetto ai costi diretti.

L'entità del margine tra ricavi e costi è frutto di una attività di razionalizzazione, intrapresa dall'Azienda nel 2006 e migliorata negli anni successivi, volta a massimizzare il rapporto esistente tra remunerazione DRG-specifica dell'attività e costi sostenuti per realizzarla. In estrema sintesi, la corretta assegnazione dei casi a

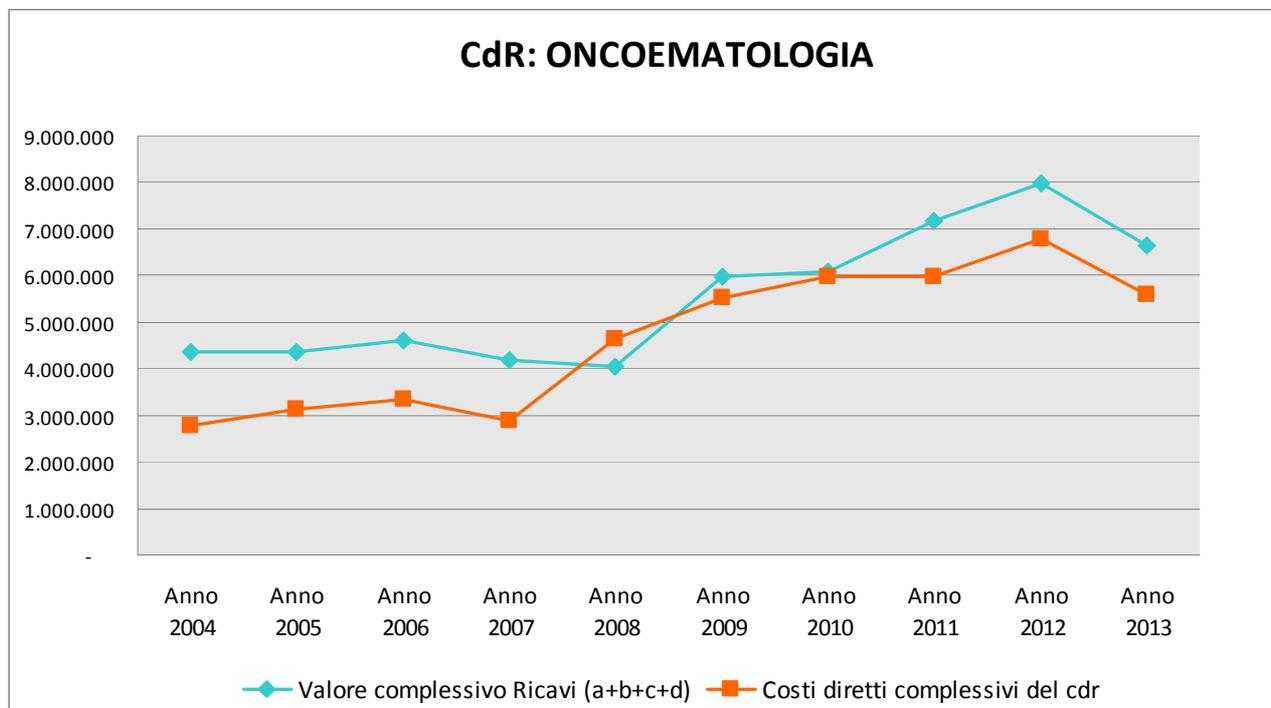
setting assistenziali più idonei e sostenibili dal punto di vista dei costi (day surgery rispetto a ricovero ordinario) e la standardizzazione dei processi e quindi delle risorse impiegate, ha prodotto questo risultato.



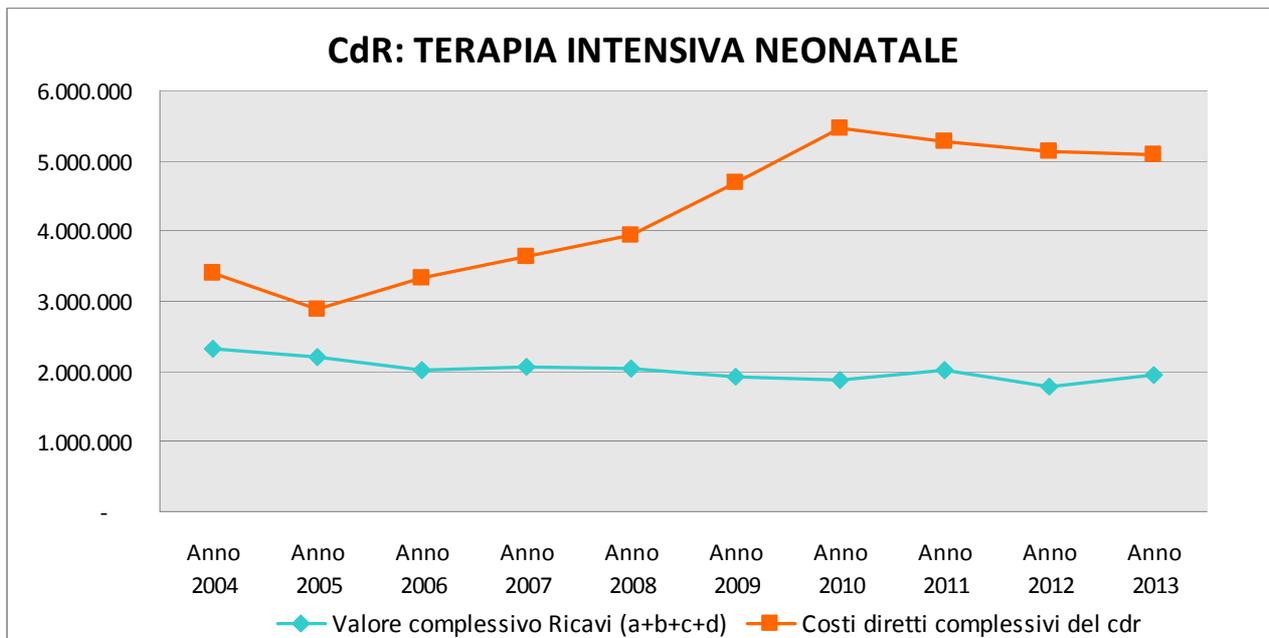
Per il CdR di Neurochirurgia addirittura assistiamo ad un'inversione di segno del primo margine operativo, infatti dal 2004 fino al 2007 il margine era negativo, mentre dal 2008 in avanti vediamo un allontanamento fra loro delle due spezzate, segno del miglioramento del primo margine operativo. Questi risultati, frutto del continuo miglioramento delle performance del CdR, assumono una grande valenza anche in considerazione dell'inadeguatezza remunerativa dei principali DRG neurochirurgici afferenti ai pazienti di età pediatrica.



Per il CdR di Pediatria medica rileviamo un andamento piuttosto costante sia dei ricavi che dei costi, ricordiamo che in questo CdR viene ricoverata la quasi totalità dei pazienti affetti da patologie mediche assistiti in regime ordinario. Si sottolinea in ogni caso il permanere nel tempo di un primo margine operativo positivo.

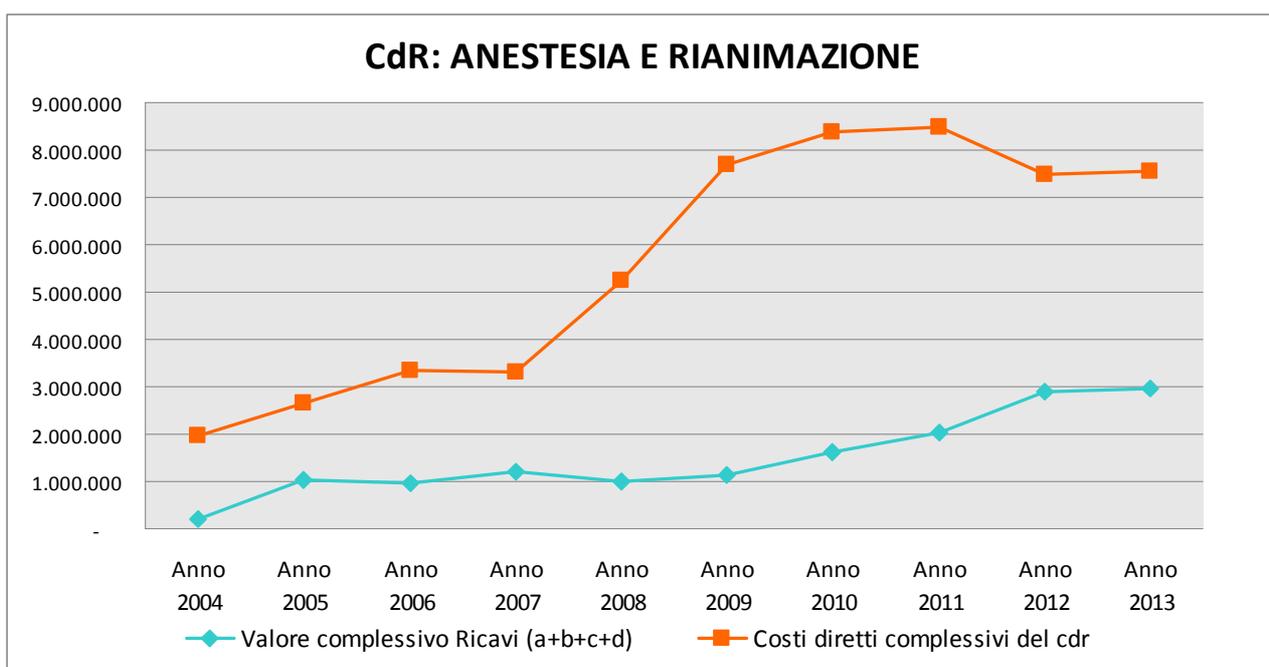


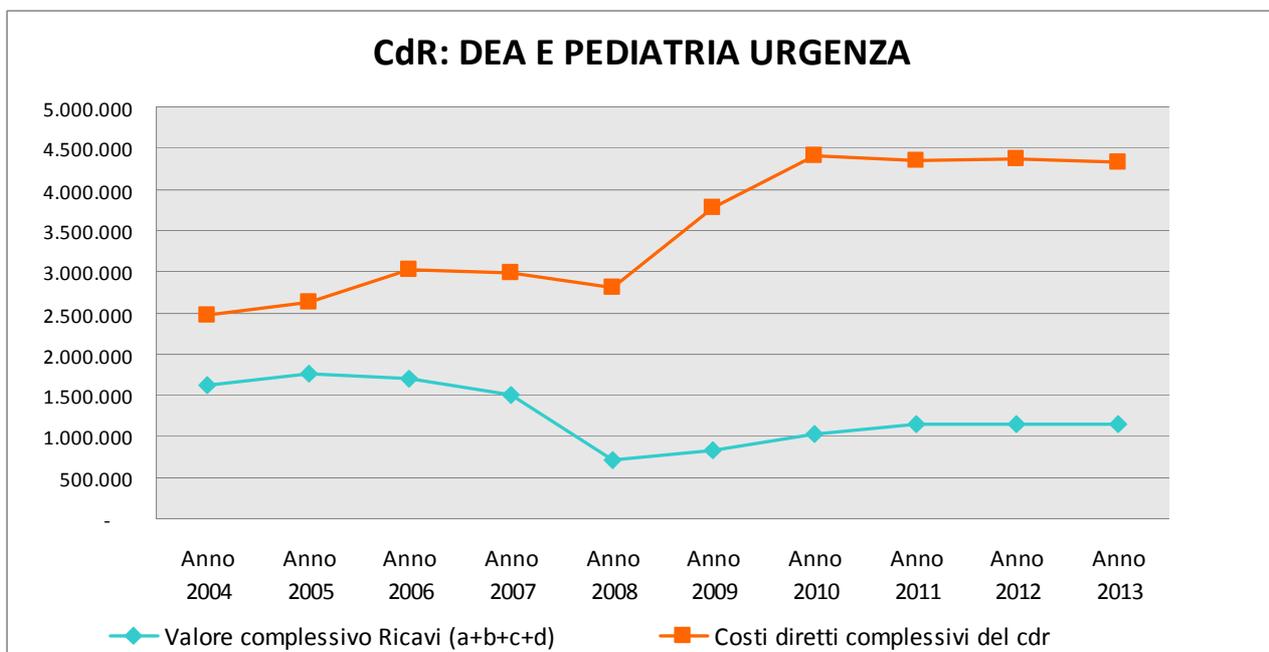
Per il CdR di Oncoematologia assistiamo ad un'inversione di segno del primo margine operativo, infatti dal 2004 fino al 2007 il margine era negativo, mentre dal 2008 in avanti rileviamo un primo margine operativo positivo, inoltre dal 2011 al 2013 si vede chiaramente la prevalenza di costi variabili rispetto all'andamento dei ricavi complessivi (infatti le due spezzate seguono un andamento speculare). È necessario, durante l'analisi del margine operativo di questo CdR, prendere in considerazione un aspetto fondamentale che può condizionarne l'andamento: tale variabile è rappresentata dalla numerosità e dalla tipologia dei trapianti di midollo osseo effettuati, in quanto spesso, specie nei casi di trapianto "allogeneico" (cioè quando ricevente e donatore sono due persone diverse), i costi del ricovero superano, talora di gran lunga, le tariffe dello specifico DRG.



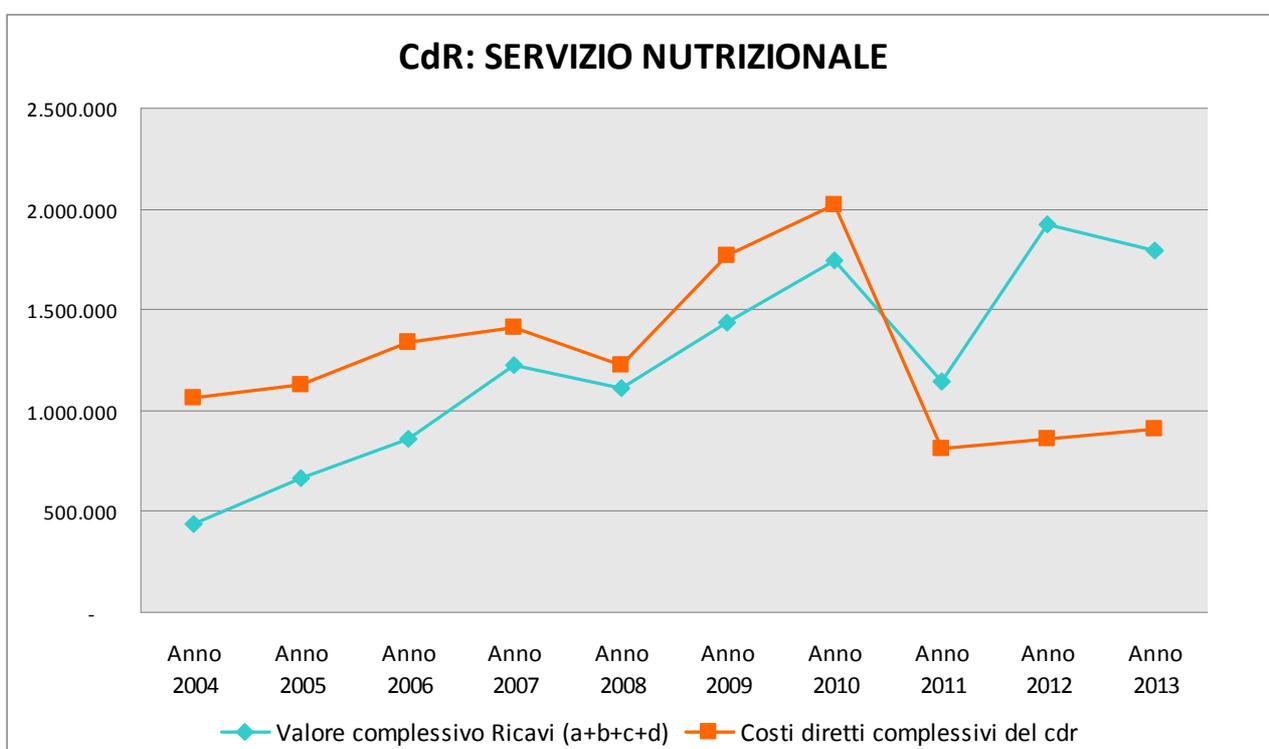
Per il CdR di Terapia Intensiva Neonatale, così come per il seguente CdR di Anestesia e Rianimazione, rileviamo la presenza costante per tutto il periodo di analisi di un primo margine operativo negativo; questo è normale in considerazione dell'attività svolta da entrambi i CdR che "lavorano" per gli altri CdR produttivi non dimettendo direttamente pazienti, ma trattando pazienti che poi verranno trasferiti in altri reparti a minor intensità e dagli stessi dimessi.

Altri due grandi problemi che affliggono tutta l'attività neonatologica del nostro Paese, ampiamente noti e che si ripercuotono notevolmente sul rapporto tra ricavi e costi sostenuti, sono rappresentati dalla scarsa specificità e livello di dettaglio dei DRG neonatali nonché dalla inadeguatezza tariffaria degli stessi.



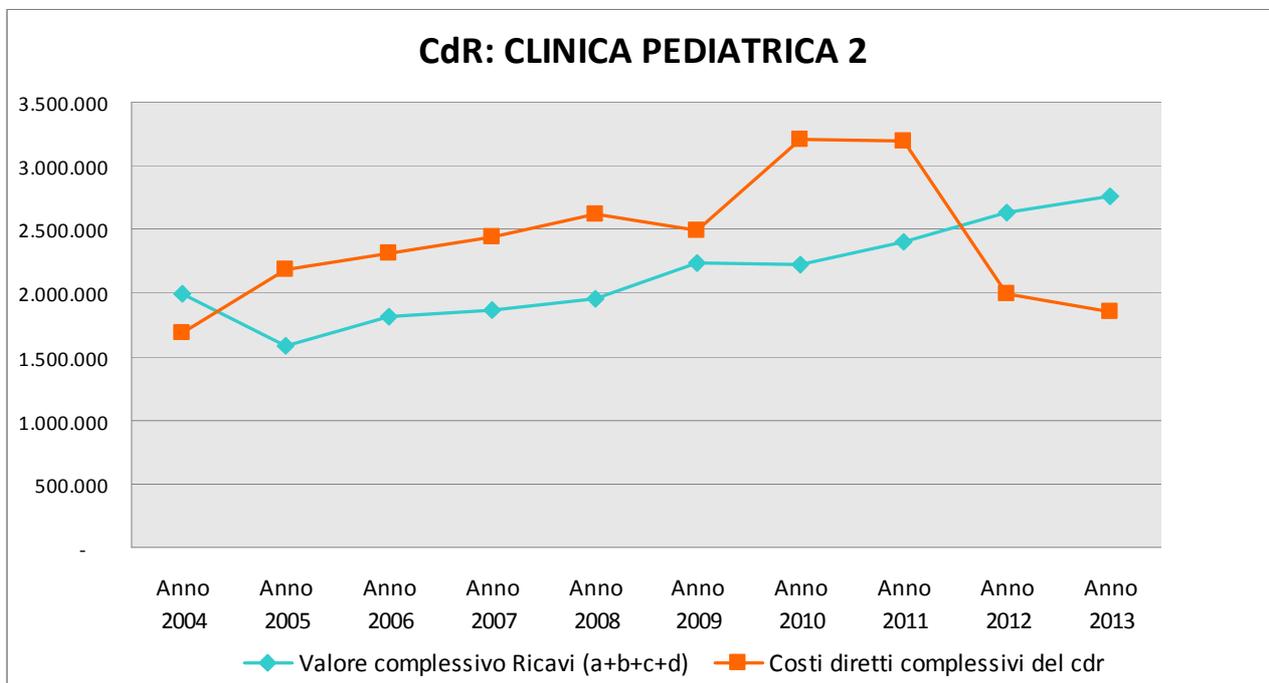
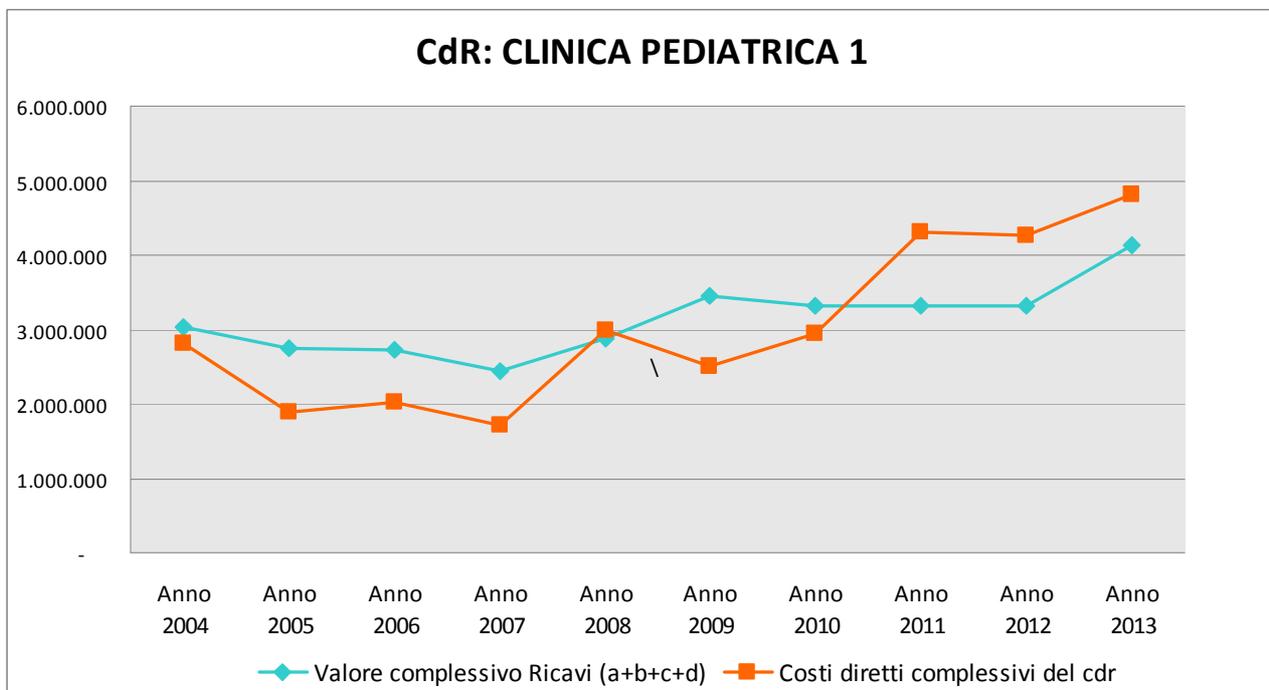


Il CdR DEA e Pediatria d'urgenza accoglie prevalentemente le attività di Pronto Soccorso che solo parzialmente sono remunerate attraverso un sistema tariffario, tra l'altro assolutamente inadeguato all'impegno assistenziale profuso (le prestazioni di pronto soccorso conclusesi senza esitare in ricovero vengono tariffate come semplici prestazioni ambulatoriali !!! Mentre le altre sono convogliate nel fondo indistinto della remunerazione per funzione assistenziale); questo spiega il divario esistente tra le due spezzate che aumenta nel tempo in diretta correlazione all'ampliamento dell'attività (numero accessi).



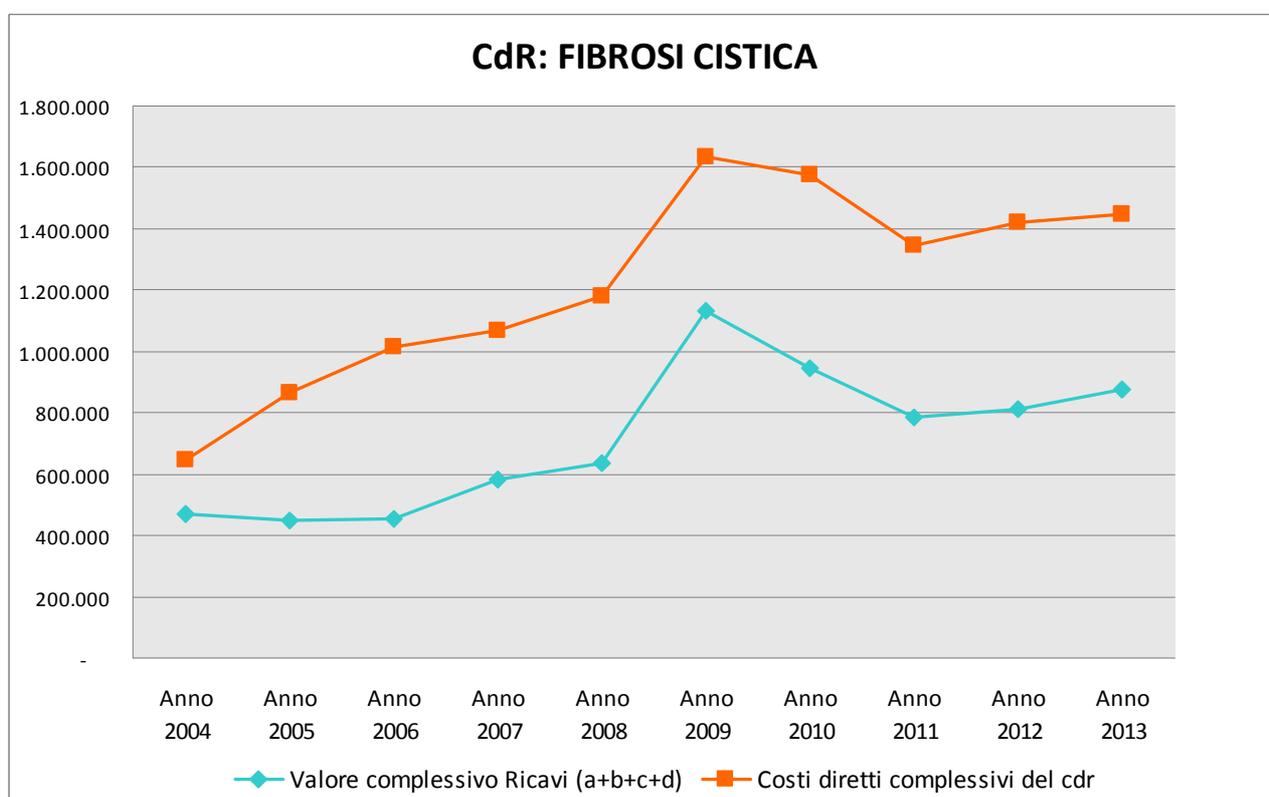
Il CdR Servizio Nutrizionale rappresenta il risultato dell'attenzione che l'Azienda ha da sempre posto nella proprie scelte gestionali ed in particolare è il frutto di analisi, preliminarmente effettuate, per valutare

l'efficienza, l'efficacia e l'economicità di scelte organizzative di tipo make or buy³². Nel caso specifico è stata valutata la convenienza a produrre internamente le sacche per la nutrizione parenterale (sia a domicilio che per i pazienti ricoverati) invece che acquistarle dall'esterno. I risultati di tale scelta risultano evidenti dal grafico sopra riportato a partire dall'anno 2011.

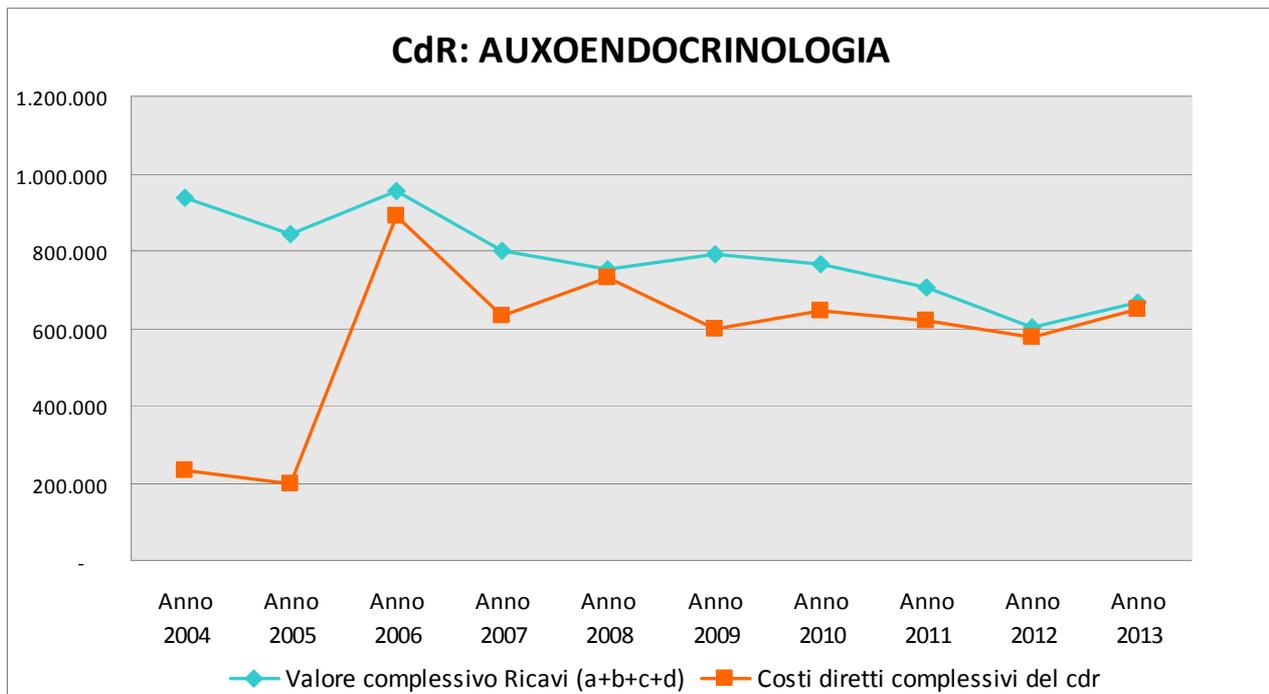


³² Il "make or buy" è la scelta di un'azienda o di un'organizzazione di costruire o di effettuare al proprio interno (make), oppure di acquistare all'esterno (buy), un componente, un prodotto o un servizio necessario alla produzione. La scelta si basa sul raffronto dei costi totali da sostenere nei due casi, tenendo conto inoltre sia delle caratteristiche di reperibilità all'esterno (e quindi di eventuali criticità), sia delle risorse disponibili a questo fine all'interno dell'azienda. Si tratta di una scelta strategica fondamentale per la gestione d'azienda, che definisce il livello di integrazione delle attività (a monte e a valle) e determina anche la struttura dei costi, l'organizzazione e il posizionamento sul mercato.

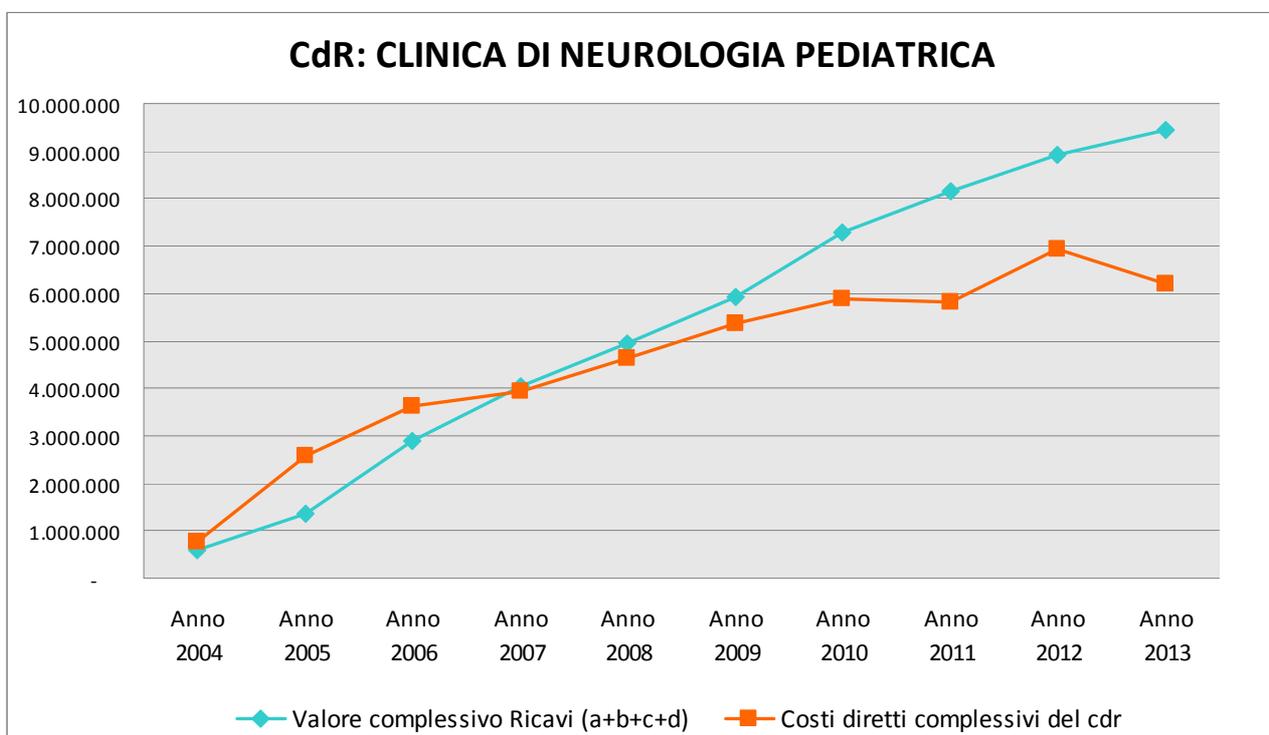
I CdR di Clinica Pediatrica I e Clinica Pediatrica II trattano pazienti in ricovero diurno e in specialistica ambulatoriale. Questi presentano esattamente un andamento opposto per quanto riguarda il primo margine operativo, infatti mentre la Prima Clinica passa nell'anno 2011 da un primo margine positivo ad uno negativo, la Seconda Clinica inverte il segno nell'anno 2012, passando da un primo margine negativo ad uno positivo. La variabilità dell'andamento delle curve è strettamente dipendente dalla grande eterogeneità della casistica rappresentata all'interno dei due CdR (es. nella Clinica Pediatrica 1 insistono la Nefrologia e Dialisi, la Gastroenterologia, la Reumatologia, le Malattie Infettive, la Reumatologia, etc ; mentre nella Clinica Pediatrica 2 sono rappresentate la Diabetologia, l'Immunologia e l'Allergologia); pertanto i margini operativi sono fortemente condizionati dalla prevalenza annuale dei casi dell'uno o dell'altro gruppo di specialità e dalle quote di erogabilità delle rispettive casistiche nei differenti setting assistenziali. In linea di massima, le discipline presenti nella Clinica Pediatrica I presentano una maggior complessità assistenziale dei pazienti e quindi prevedono un maggior impegno di risorse da impiegare.



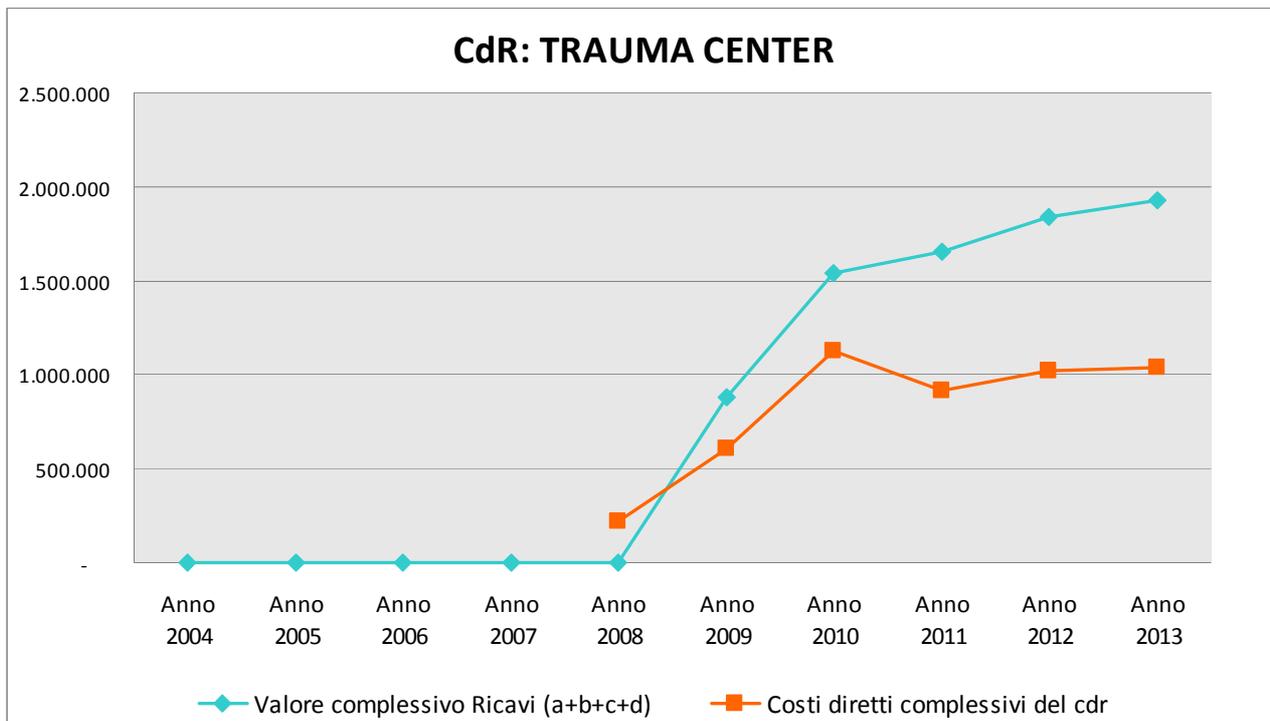
Per quanto riguarda il CdR di Fibrosi cistica (di cui siamo centro di riferimento regionale) si rileva un andamento in stretta correlazione fra costi complessivi diretti e ricavi diretti, segno di una componente altamente variabile dei primi rispetto alla produzione (tipicamente il costo del personale rappresenta un costo fisso per l'Azienda). Si tratta, come facilmente desumibile, di casi complessi, con consumo rilevante di risorse, che non trovano un'adeguata corrispondenza con le tariffe attualmente vigenti.



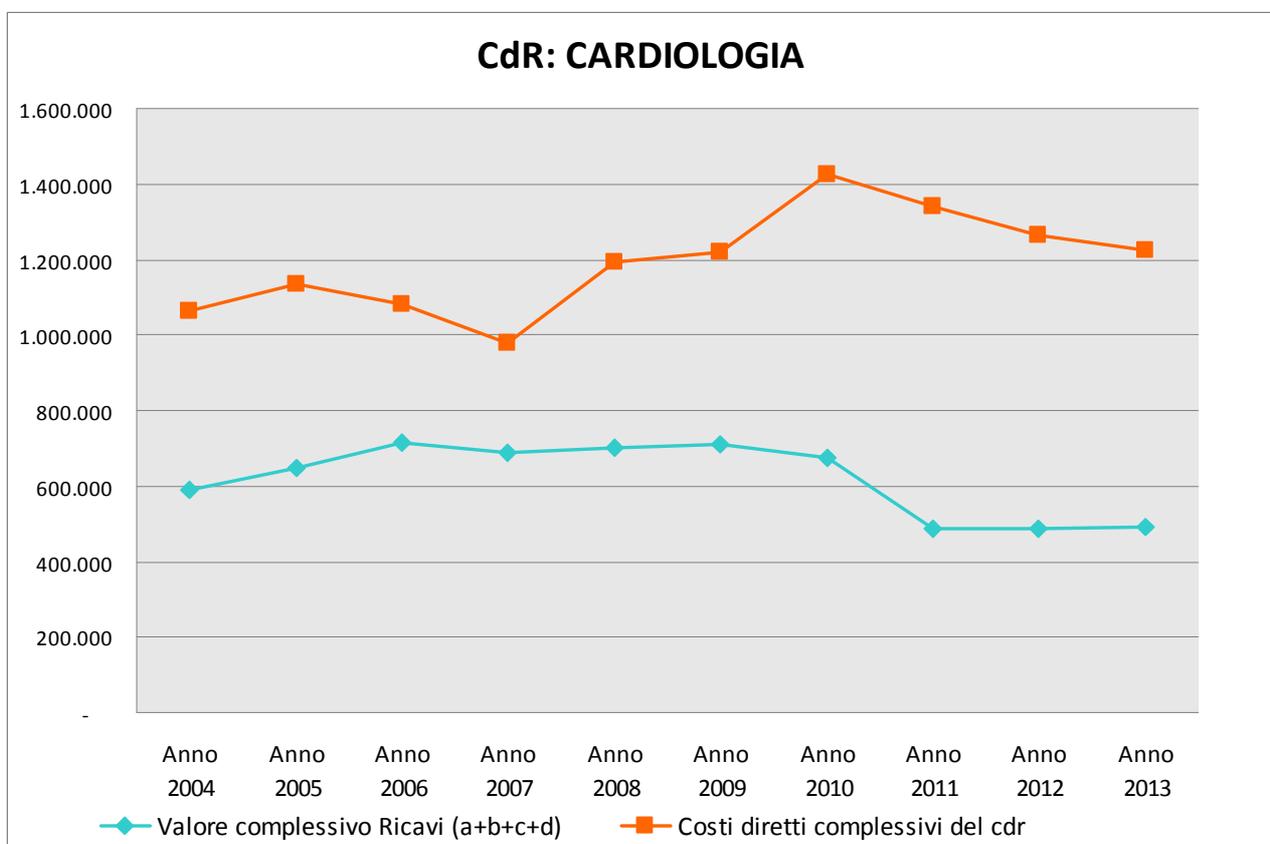
Per quanto riguarda il CdR di Auxoendocrinologia si rileva un andamento piuttosto costante nel tempo tra valore complessivo dei ricavi e costi diretti complessivi che genera una costante permanenza di un primo margine operativo positivo.



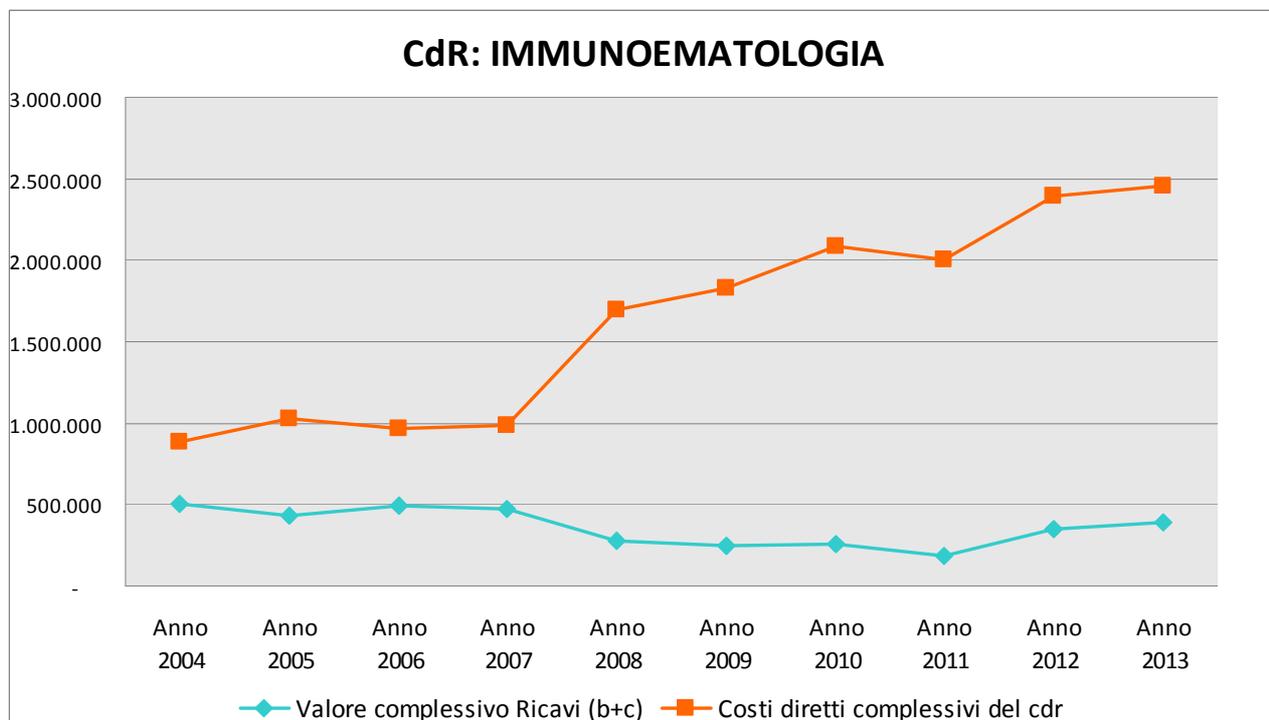
Per il CdR di Neurologia Pediatrica si rileva un trend in forte e costante crescita per tutto il periodo di analisi, nel quale si rileva un primo margine operativo negativo (fino all'anno 2007) che dal 2008 è diventato positivo incrementandosi progressivamente e con buone percentuali di crescita.



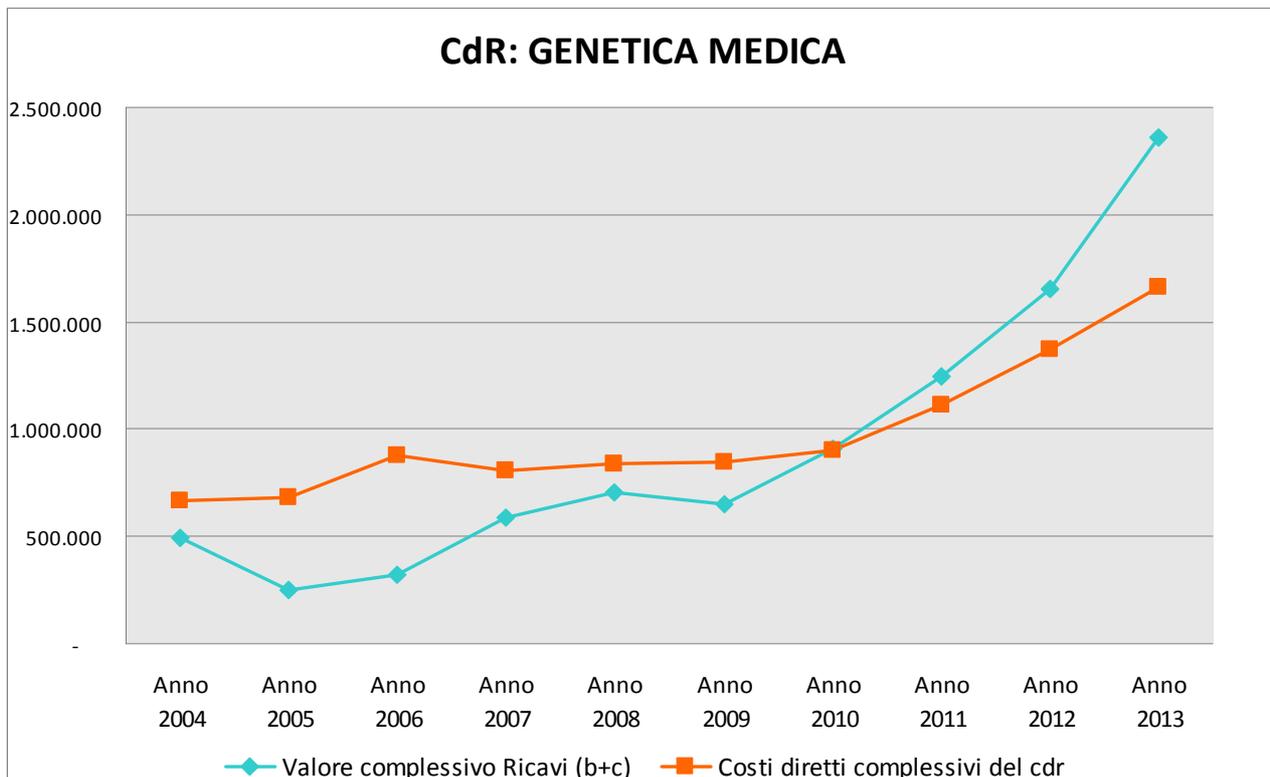
L'attività del CdR Trauma Center è iniziata nell'anno 2009 attraverso la progressiva individuazione come centro di riferimento regionale per il trattamento dei politraumi pediatrici. Fin dall'inizio della sua attività ha rilevato un primo margine positivo che nel corso degli anni è andato aumentando.



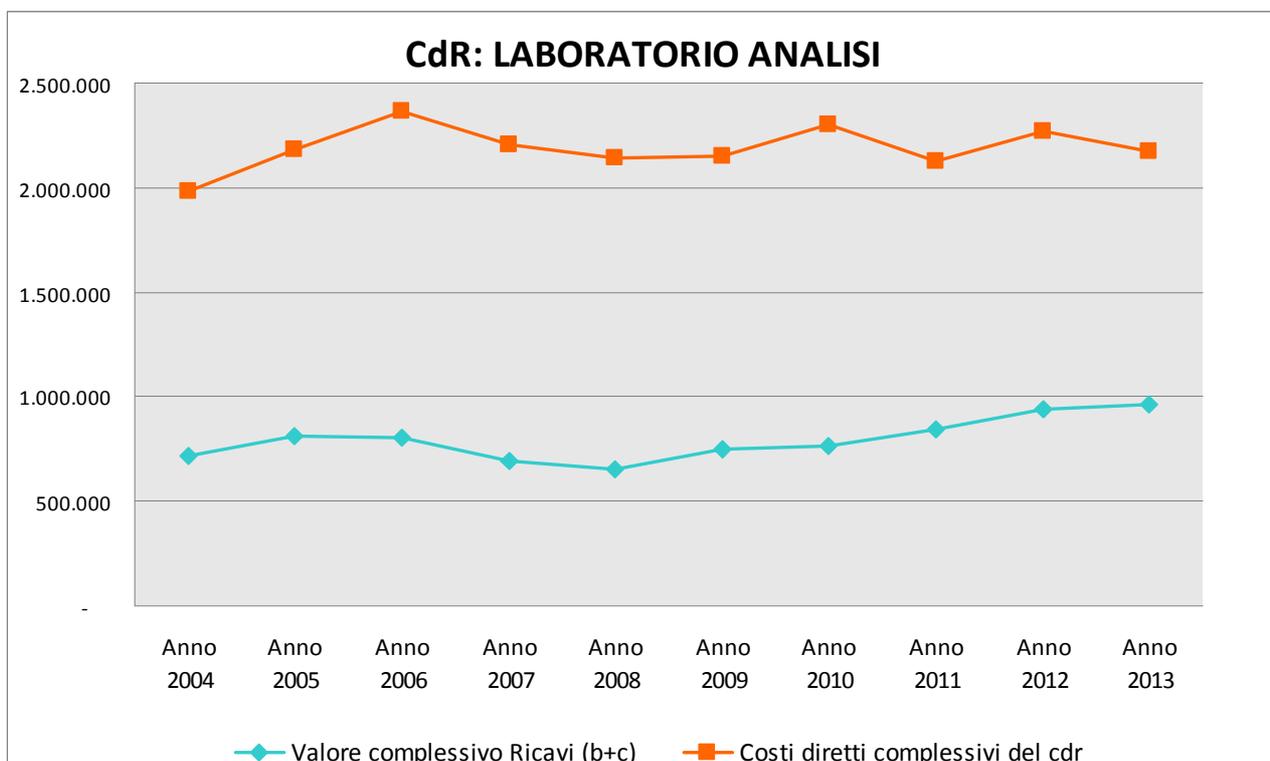
La rilevante forbice tra costi e ricavi della Cardiologia, a favore dei primi, oltre agli elevati costi relativi alle risorse impiegate ed alla inadeguata capacità remunerativa delle tariffe, è generata dal fatto che il CdR svolge in larga misura attività di supporto, tramite consulenza, per altri CdR.

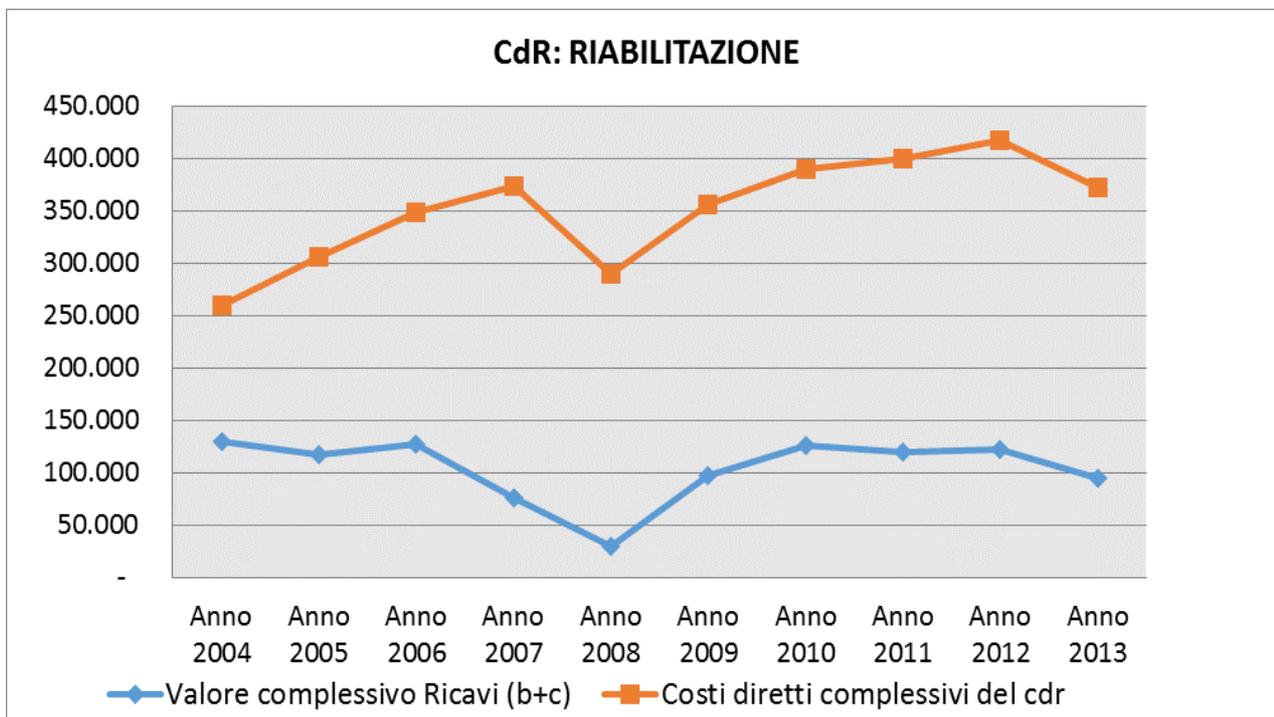


Per quanto riguarda il CdR di Immunoematologia si evidenzia come questo rappresenti prevalentemente un servizio di supporto agli altri CdR produttivi aziendali, svolgendo prestazioni nei confronti di pazienti ricoverati. Da questo ne deriva un primo margine operativo costantemente negativo.

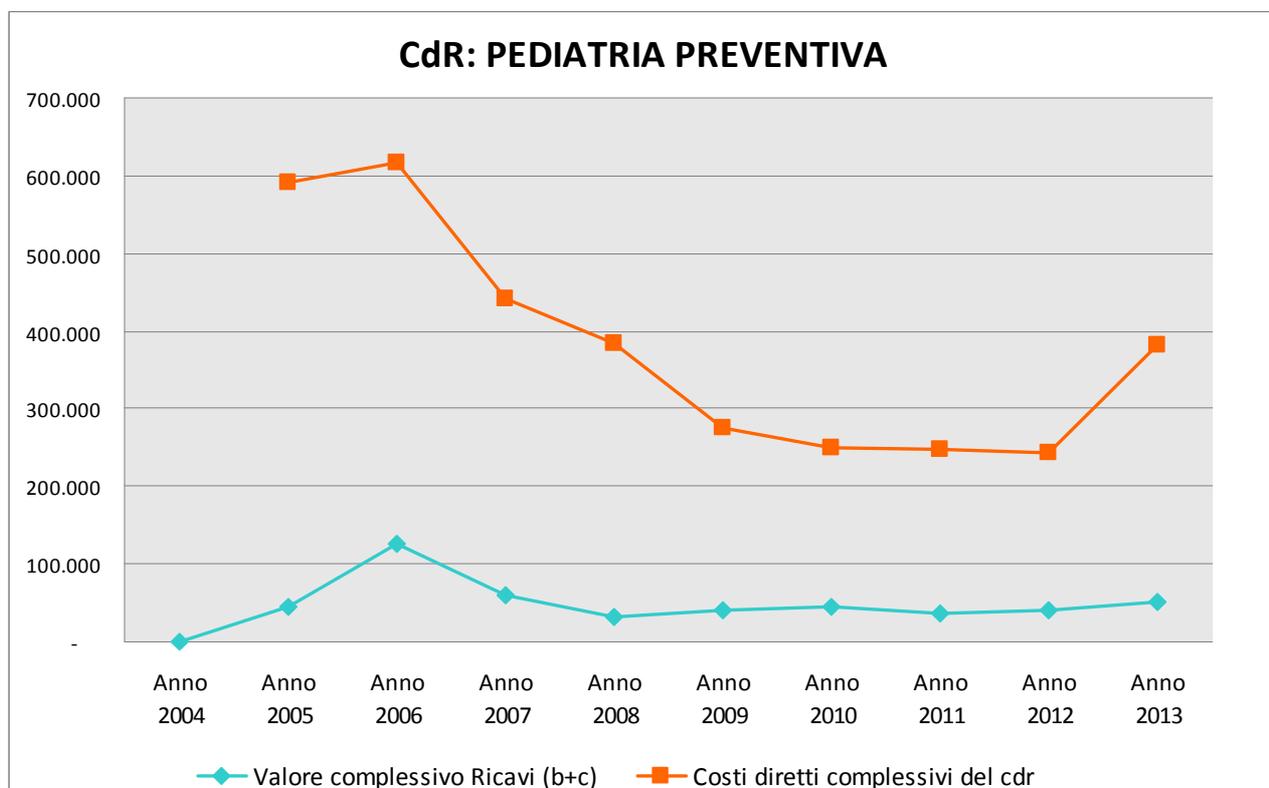


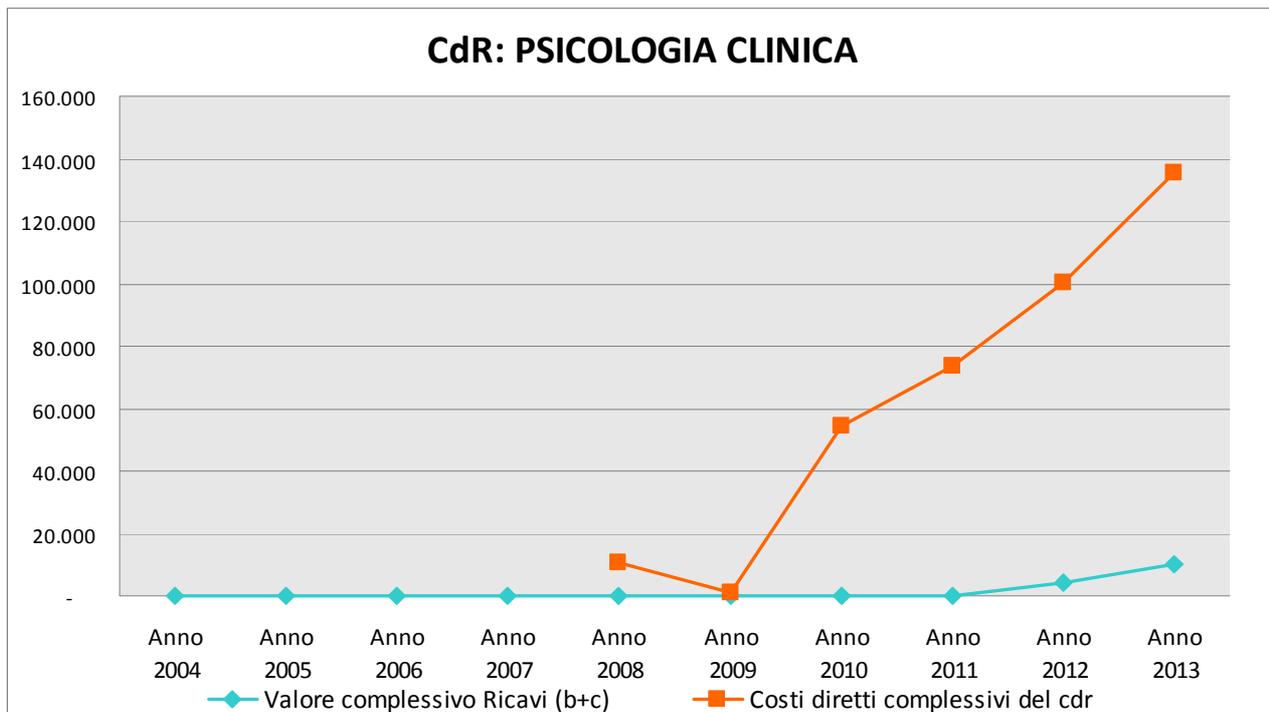
Il CdR di Genetica medica ha visto una variazione significativa del segno del primo margine operativo passando da valori negativi (fino all'anno 2010) a valori positivi, anche grazie agli investimenti in risorse umane e tecnologie sanitarie all'avanguardia che l'Azienda ha effettuato consentendo di svolgere nuove indagini genetiche con una razionalizzazione dei costi.



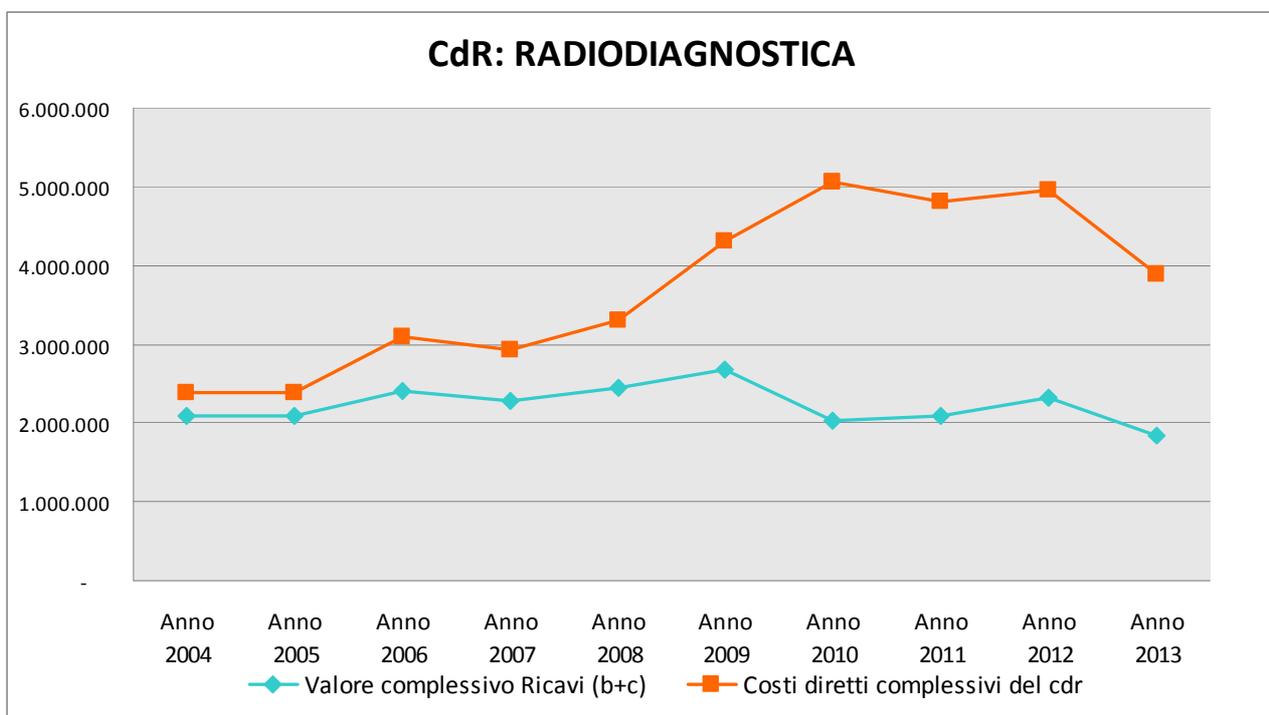


Come altri CdR esaminati in precedenza, anche i CdR Laboratorio analisi e Riabilitazione svolgono prevalentemente un servizio di supporto agli altri CdR produttivi aziendali, erogando prestazioni nei confronti di pazienti ricoverati. Da questo ne deriva un primo margine operativo costantemente negativo.





Sia il CdR di Pediatria preventiva, sia il CdR di Psicologia Clinica presentano un primo margine negativo. Per quest'ultima struttura organizzativa si rileva l'inizio della propria attività a partire dall'anno 2008. Il servizio di psicologia clinica svolge attività quasi esclusivamente per pazienti ricoverati presso altri CdR aziendali.



Anche il CdR di Radiodiagnostica eroga una considerevole quota parte delle proprie prestazioni a favore di pazienti ricoverati presso altri CdR aziendali, da questo ne deriva un primo margine operativo costantemente negativo.

Questo CdR, come il Laboratorio analisi, risulta particolarmente penalizzato dal fatto che solo pochissime tariffe del nomenclatore regionale tengono conto della particolarità pediatrica, quando, invece, risulta del tutto evidente il maggior costo derivante dal trattare piccoli o piccolissimi pazienti invece di adulti (basti pensare alla necessità di dover sedare un bambino semplicemente per fare una risonanza con tutti i costi che questo comporta).

1.3. Evoluzione della consistenza patrimoniale

La trasformazione dell’Azienda appare altrettanto chiara nell’analisi *dell’evoluzione della consistenza patrimoniale*.

Per quanto riguarda l’evoluzione degli investimenti che l’Azienda ha fatto nel corso del periodo analizzato, nella tabella seguente si riporta quanto rilevato nei bilanci di esercizio dei singoli anni in riferimento all’ammontare dell’attivo immobilizzato e dal valore complessivo dell’attivo dello stato patrimoniale aziendale; **l’attivo immobilizzato è passato da oltre 58 Milioni nel 2004 a 104 milioni nel 2013**, così come **l’attivo dello stato patrimoniale nello stesso periodo ha avuto un incremento da 95,7 milioni a 249,5 milioni**, rispettivamente le variazioni percentuali in incremento sono pari a **+76,96%** e **+160,42%**.

Grandezza	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Attivo Immobilizzato	58.787.287	93.976.236	104.903.913	119.360.221	122.939.772
Totale Attivo dello Stato Patrimoniale	95.786.426	144.778.321	149.274.519	167.582.816	170.945.979

Grandezza	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
Attivo Immobilizzato	121.972.692	120.520.113	117.474.738	106.846.937	104.030.793	104.228.664
Totale Attivo dello Stato Patrimoniale	172.599.849	176.305.897	173.034.265	167.782.917	249.452.502	226.592.480

Le tecnologie sanitarie hanno rappresentato un’importante sfida ed un arricchimento costante per l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, indispensabile per fornire le risposte, qualificate ed efficaci, ai “bisogni di salute” espressi dai pazienti affetti da patologie diagnosticabili nel periodo neonatale e perinatale, dai pazienti pediatrici, dai pazienti che sono risultati in età pediatrica e giovanile affetti da malattie croniche e che hanno bisogno di essere seguiti nel tempo.

Le acquisizioni di apparecchiature sono state effettuate dopo attente valutazioni, condotte seguendo i principi ispiratori della metodologia di Health Technology Assessment³³ anche quando le singole apparecchiature sono state oggetto di donazione da parte di associazioni, enti e soggetti privati che hanno manifestato in questo modo il fattivo supporto all'ospedale ed all'assistenza sanitaria ai pazienti pediatrici.

La valutazione preliminare per definire la pianificazione degli investimenti è stata poi parte integrante delle procedure di acquisto, affidate ai Consorzi di Area Vasta e poi dall'ESTAV, proprio per espletare tutte le attività di supporto nel settore acquisizione di beni e servizi a favore delle Aziende Sanitarie della Toscana. L'organizzazione del team aziendale per gli acquisti di tecnologie sanitarie è stato implementato con operatori formati e caratterizzati non solo da esperienza professionale specifica, ma anche da forti motivazioni ed aggiornamento professionale costante, attento alle nuove metodologie di valutazione ed ai principi ispiratori della Evidence Based Medicine.

L'attività di valutazione preventiva, fortemente voluta dalla Direzione Aziendale, è stata condotta tenendo in considerazione anche gli spazi a disposizione, le necessità installative e gli aspetti organizzativi e gestionali conseguenti, tenendo conto dell'imminenza del trasferimento alla nuova sede di Viale Pieraccini. **Le apparecchiature e le tecnologie introdotte non hanno mai richiesto, di per sé, l'incremento del personale sanitario, ma di fatto reso possibile una miglior fruizione delle capacità professionali e la possibilità di erogare quanti più servizi possibili ottimizzando i processi.**

La necessità di organizzare il trasferimento di un intero ospedale, in tempi brevi ed in maniera completa, per contenere i costi di gestione e l'impatto sui costi delle istituzioni cittadine e degli utenti, ha fatto preferire l'implementazione, per alcuni anni, solo di piccole tecnologie, comprimendo al minimo l'accettazione di richieste di acquisto provenienti dal personale sanitario, seppure fortemente motivate se non proprio indispensabili, mantenendo comunque sempre i livelli di sicurezza per i pazienti e gli operatori, in ossequio ai principi etici ed alla normativa vigente.

L'impegno dell'AOU Meyer negli investimenti tecnologici è stato costante e si è concretizzato con importanti acquisizioni patrimoniali, sostenute con varie fonti di finanziamento:

- fondi propri;
- sostegno da terzi per progetti finalizzati;
- donazioni finalizzate.

La ripartizione negli anni degli investimenti effettuati può essere così rappresentata:

³³Metodologia ancora in fase di gestazione preliminare in Italia negli anni 2004-2005 che ha visto poi la sua "ufficializzazione" sul nostro territorio nazionale con il Manifesto di Trento del 2006.

Tabella 1. Valore acquisizioni tecnologie sanitarie

Anno	Valore
2004	€ 649.023,86
2005	€ 1.679.770,33
2006	€ 2.232.639,17
2007	€ 1.980.079,87
2008	€ 5.563.355,11
2009	€ 4.474.899,00
2010	€ 1.329.832,83
2011	€ 416.538,44
2012	€ 1.304.080,87
2013	€ 767.360,80
Totale	€ 20.397.580,28

L'investimento in tecnologie sanitarie dell'Azienda Meyer non è stato limitato soltanto agli acquisti, ma anche alla installazione di numerose apparecchiature, prevalentemente da laboratorio, in virtù di contratti di locazione o service. La formula di acquisizione diversa dall'acquisto vero e proprio è stata selezionata dal Consorzio di Area Vasta e dall'ESTAV, dopo una valutazione complessiva, che ha tenuto conto del costo dell'acquisizione, della necessità di costante aggiornamento e manutenzione delle apparecchiature, del costo dell'ammortamento del bene e del costo dei materiali consumabili dedicati. A seguito di gare espletate ed aggiudicate dagli organi regionali preposti, l'AOU Meyer ha potuto far installare circa 1000 apparecchiature per garantire la funzionalità di alcuni settori. Queste formule di fornitura infatti sono particolarmente significative nei settori infusionali (pompe volumetriche, pompe infusionali, pompe nutrizionali), negli analizzatori di immunochimica (analizzatori, emogasanalizzatori, sistemi aferetici), sistemi di elettrochirurgia, vaporizzatori per erogazione gas anestetici, apparecchiature per emodialisi e sistemi tecnologici di gestione ed archiviazione delle immagini (RIS-PACS, Radiological Information System – Picture Archiving and Communication System).

Va sottolineato infatti che con l'adozione da parte della Regione del Piano Sanitario Regionale 2002-2004 era stato individuato come strategico il tema della razionalizzazione dell'Information e Communication Technology finalizzato alla costituzione ed alla realizzazione di servizi di telemedicina, con una particolare priorità ed attenzione alla informatizzazione della Diagnostica per Immagini. Tale volontà ha poi trovato sviluppo in una serie di successivi atti (DGRT 736/2002) che hanno permesso la progettazione e la realizzazione, negli anni successivi, di un **sistema regionale RIS-PACS**³⁴ realizzato nelle tre macro aree territoriali di riferimento regionale (Area Vasta).

³⁴ Il sistema RIS PACS è un servizio di teleradiologia che consente, sfruttando l'infrastruttura della Rete Telematica Regionale della Toscana (RTRT) un'efficace e rapidissima gestione, distribuzione ed archiviazione dei dati clinici, referti ed immagini radiologiche. L'obiettivo generale preposto dalla Regione Toscana è stato quello di recuperare, su scala multi aziendale e regionale, la capacità organizzativa ed operativa in ambito interospedaliero e territoriale, razionalizzando e potenziando il sistema di offerta con riduzione dei costi di accesso, gestione e manutenzione aziendali ed un miglioramento della trasparenza nell'accesso e utilizzo del sistema sanitario regionale. Il tutto attraverso strumenti organizzativi, informatici e telematici riassumibili in:

Attraverso le schede allegata (All. n. 9.1) viene dettagliato l'evoluzione tecnologica realizzata in ciascun anno oggetto di analisi.

Seconda parte: L'equilibrio economico finanziario

Le trasformazioni che abbiamo ripercorso nella Parte 1 del presente capitolo hanno inciso fortemente nei bilanci che si sono succeduti negli anni; le poste iscritte nei documenti contabili appaiono sensibilmente modificate ed incrementate, ciò nonostante **la situazione economico finanziaria ha mantenuto un costante equilibrio che si è realizzato pur in presenza di elementi non privi di criticità.**

La remunerazione delle prestazioni secondo le logiche della Regione Toscana, da un lato ha previsto sin dal 2012 l'applicazione dei così detti "tetti" sull'attività soggetta a tariffe, e dall'altro un'assegnazione indistinta di contributi anche a copertura di attività sanitarie non remunerate a tariffa o da queste sottoremunerate.

2.1. La remunerazione attività dal 2004 al 2015 e la logica dei tetti

L'attività dell'AOU Meyer, così come per le altre aziende ospedaliero universitarie, è remunerata in relazione al volume delle prestazioni erogate, sia per l'attività di ricovero (ordinario o diurno), sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, in base a delle tariffe stabilite dalla Regione, come previsto dall'art. 28 della L.R. 40/2005³⁵.

Inoltre alle aziende ospedaliero universitarie sono altresì assegnate quote dei fondi per lo sviluppo dei servizi destinati alla copertura di specifici fabbisogni e servizi di interesse generale, per attività di

-
- realizzazione del file elettronico radiologico nel quale sono a disposizione le informazioni cliniche, i referti e le immagini dei singoli cittadini;
 - ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche a disposizione;
 - introduzione a livello di Area Vasta del teleconsulto e della telemedicina tra le diverse aziende; disposizione e consultazione immediata dei dati sulla rete del territorio, evitando il consumo di pellicole.

La realizzazione di un sistema tecnologico più avanzato per la realizzazione di immagini quanto più possibile nativamente digitali o convertite da analogiche a digitali nel caso delle apparecchiature radiologiche più "vetuste" e la loro conservazione in sistemi informatici complessi e sicuri, nel rispetto della normativa vigente, ha determinato la necessità di pianificare un progressivo rinnovamento delle apparecchiature utilizzate in radiologia, in modo da ottenere non solo vantaggi in termini di qualità e rapidità degli esami radiologici ed una riduzione del rischio per esposizione a radiazioni ionizzanti (negli esami di imaging che ne fanno uso, naturalmente), ma anche la possibilità tecnica che gli apparati siano in grado di connettersi con successo al sistema Ris Pacs installato.

³⁵ L.R. 40/2005 art. 28 – Finanziamento delle aziende ospedaliero- universitarie

«1. Il finanziamento delle aziende ospedaliero universitarie avviene in relazione al volume delle prestazioni erogate, computate sulla base delle tariffe massime fissate dalla Regione, ovvero sulla base delle valorizzazioni concordate tra le aziende nell'ambito delle intese di cui all' articolo 8, comma 4, lettera d).

2. Alle aziende ospedaliero- universitarie sono altresì assegnate quote dei fondi per lo sviluppo dei servizi di cui all'articolo 25, comma 1, lettera b), per il finanziamento di funzioni di riferimento regionale non sufficientemente remunerate dalle tariffe e per specifiche finalità previste dagli strumenti di *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale*».

elevata qualificazione, per specifici programmi individuati dagli strumenti di programmazione sanitaria e sociale integrata regionale; per il sostegno degli investimenti e per la manutenzione e il rinnovo del patrimonio delle aziende sanitarie; per il finanziamento di funzioni di riferimento regionale non sufficientemente remunerate dalle tariffe e per specifiche finalità previste dagli strumenti di programmazione sanitaria e sociale integrata regionale.

La normativa regionale prevede inoltre che la Giunta Regionale possa sottoporre il sistema di erogazione delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie e delle istituzioni private a vincoli quantitativi circa il volume delle prestazioni ammesse, ovvero a vincoli finanziari tramite la determinazione di **“tetti di spesa”** e specifiche modalità di applicazione del sistema tariffario; i suddetti vincoli possono, a seguito di accordi stipulati con altre Regioni, riguardare anche le prestazioni rese a cittadini toscani fuori dal territorio regionale.

L'applicazione dei tetti di spesa in riferimento all'attività prodotta dalla nostra Azienda è avvenuta per la prima volta in sede di definizione del bilancio d'esercizio dell'anno 2012 ed ha comportato per quell'esercizio e per gli esercizi successivi i seguenti mancati riconoscimenti economici per l'attività prestata.

Macroclasse Ricavi	2012 (A)	2013 (B)	2014 (C)	2015 (D)	Ammontare complessivo 2012-2015
Ricoveri Ordinari e DH	- 1.356.549,00	- 1.717.626,00	- 2.363.286,00	- 2.258.340,00	- 7.695.801,00
Ricavi specialistica ambulatoriale (al netto dei farmaci)	- 1.415.302,14	- 1.307.217,62	- 1.287.062,77	- 2.285.908,74	- 6.295.491,27
Totale	- 2.771.851,14	- 3.024.843,62	- 3.650.348,77	- 4.544.248,74	- 13.991.292,27

Dall'ultima colonna della tabella soprastante si evince come questa Azienda abbia prodotto attività per residenti toscani per i quali non ha ricevuto remunerazione per complessivi circa 14 milioni di euro nel quadriennio 2012-2015, garantendo così benefici al sistema sanitario regionale attraverso diretti vantaggi nei confronti della aziende sanitarie di residenza dei pazienti trattati.

In particolare la Regione Toscana ha stabilito che rientra nei tetti di attività tutta l'attività di specialistica ambulatoriale erogata nei confronti di cittadini toscani, e l'attività di ricovero (ordinario e diurno) con un peso del DRG inferiore a tre punti. Conseguentemente resta esclusa dalla logica dei tetti tutta l'attività di ricovero complessa (superiore a tre punti); i trapianti e tutti i ricoveri extraregionali oltre all'erogazione diretta dei farmaci post dimissione. L'anno di riferimento che Regione Toscana ha preso come base è l'anno 2010 distinguendo l'attività per Asl di residenza del cittadino e per linea produttiva (ricoveri sopra i tre punti, ricoveri sotto i tre punti, specialistica ambulatoriale).

Come è facilmente comprensibile questa logica è del tutto incoerente con il miglioramento dell'appropriatezza clinica che prevede il miglior soddisfacimento possibile dei bisogni di salute dell'utente attraverso il più appropriato setting assistenziale. In particolare la nostra Azienda nel corso degli anni, in linea con le indicazioni dei vari patti per la salute che si sono succeduti nel tempo (in particolare da quello del 2008 in avanti), ha cercato di migliorare l'appropriatezza spostando attività non complessa dal ricovero ordinario verso il day hospital/day surgery e gran parte dei DH medici verso la specialistica ambulatoriale (anche attraverso la creazione di specifici Day Service³⁶). Questo meccanismo virtuoso da un punto di vista, prima di tutto logico e anche clinico-assistenziale, ha generato un mancato raggiungimento dei tetti per l'attività di ricovero non complessa (e quindi sotto i tre punti) ed un conseguente superamento dei tetti per la specialistica ambulatoriale, generando quindi una non remunerazione per entrambe le partite.

Riteniamo pertanto che l'applicazione dei tetti di attività sia un meccanismo in perfetta antitesi rispetto all'autonomia gestionale attribuita dalle norme nazionali e regionali alle Aziende Ospedaliere e Universitarie.

È ormai noto inoltre che il tariffario nazionale (e regionale di conseguenza) in particolare relativamente ai **DRG non è più in grado di remunerare compiutamente i fattori produttivi** (diretti ed indiretti) necessari per l'erogazione di quel determinato setting assistenziale. Ciò è avvalorato dal fatto che oramai da molto tempo a livello ministeriale sono in corso tavoli tecnici finalizzati alla revisione del nomenclatore tariffario nazionale.

2.2. Le prestazioni non remunerate a tariffa

Occorre segnalare come alcune attività non siano remunerate a tariffa ma all'interno di un finanziamento regionale indistinto³⁷, fra le principali attività si elencano:

³⁶ Il Day Service nasce come un modello per attività specialistica ambulatoriale programmabile che comporta l'attivazione di interventi, articolati e interdisciplinari. Vuole essere funzionale alla necessità di gestione di alcune situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero, in regime ordinario e/o in Day Hospital, risulta inappropriato ma tali da richiedere, comunque, una presa in carico del paziente da parte del referente individuato, per un inquadramento globale e la definizione della relativa gestione assistenziale in tempi necessariamente brevi.

³⁷ Cfr. L. 502/92, art. 8-sexies – Remunerazione - che di seguito riportiamo in estratto:

«1. Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione.

1-bis Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato. [omissis]

3. I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

- Pronto Soccorso Pediatrico³⁸;
- Trasporto Protetto Neonatale;
- Screening Fibrosi Cistica;
- Screening Malattie Metaboliche;
- Progressivo incremento dei centri di riferimento regionale per patologie rare;
- Rete regionale Banca del Latte materno;
- Centro di riferimento regionale per la traumatologia pediatrica.

Di seguito l'evoluzione del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer nel corso del periodo di analisi, che amplia il bacino di utenza dall'area metropolitana di Firenze all'intera regione quale riferimento regionale per tutta la casistica di emergenza urgenza pediatrica.

Gli accessi in Pronto Soccorso dal 2004 al 2015 hanno avuto il seguente andamento.

Anno	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	Senza Triage	Totale
2004					25.156	25.156
2005					25.956	25.956
2006					27.131	27.131
2007	9.628	12.247	927	37		22.839
2008	14.360	18.929	1.640	93		35.022
2009	17.594	21.645	2.163	165		41.567
2010	17.151	23.808	3.123	190		44.272
2011	15.895	25.880	4.071	213		46.059
2012	12.397	26.075	4.234	249		42.955
2013	12.540	25.300	4.646	235		42.721
2014	12.570	26.422	5.600	245		44.837
2015	12.308	26.150	5.436	198		44.092
Totale	124.443	206.456	31.840	1.625	78.243	442.607

Nel 2007, a seguito di specifica formazione durata circa 1 anno, si è istituita la figura di "medico unico", cioè di un pediatra di PS che aveva acquisito anche le competenze del chirurgo di guardia, sostituendo tale figura che assumeva solo il ruolo di consulente come per altre specialità all'interno dell'AOU. Da qui la necessità di **implementazione delle risorse in PS**.

Nel 2009 è stato ufficialmente istituito in Azienda il primo TRAUMA CENTER PEDIATRICO d'Italia, per la gestione dei pazienti traumatizzati, sia in accesso esterno che centralizzati dagli Ospedali di tutta la Regione. Del personale del Trauma Center hanno fatto parte fin da subito, e a varia percentuale sull'orario di lavoro, medici del PS, richiedendo quindi una ulteriore implementazione delle risorse al PS.

4. La remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle di cui al comma 2 è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni di cui al comma 3».

³⁸ Dal 2008 su indicazione regionale anche le osservazioni brevi non vengono remunerate come ricovero ma semplicemente in base alle prestazioni effettuate in riferimento al nomenclatore regionale di specialistica ambulatoriale.

Lo shunt di tali pazienti, prima rivolgentesi ad altro Ospedale, ha determinato un'implementazione degli accessi al PS di circa il 20%.

Dal 2008 il personale del PS è impegnato, come da Delibera G.R. Toscana n. 1015 del 27.12.2007, e successivo Decreto n. 2556 del 9.6.2008, a effettuare formazione sul Triage pediatrico agli operatori sanitari di tutta la Toscana. Tale mandato, che comprende anche il personale medico, ha richiesto risorse ulteriori per la copertura delle richieste.

Negli ultimi anni al PS è stato ultimato un programma di Simulazione ad alta fedeltà che ha visto coinvolto tutto il personale sia medico che infermieristico e che ha lo scopo primario di mantenere e implementare le competenze sull'emergenza-urgenza. Tale programma ha cadenza settimanale nei periodi da ottobre a maggio.

Dal 2014, a seguito della emergenza Ebola, il PS si è impegnato a costruire una procedura per l'arrivo di pazienti con tale sospetto diagnostico, modificando anche strutturalmente i locali del PS per la completa messa in sicurezza degli operatori.

Il PS ha avuto un ruolo predominante nella redazione del PIANO PER IL MAXIAFFLUSSO FERITI e nella sua successiva diffusione all'interno dell'Ospedale. Ciò ha richiesto necessariamente tempo e risorse che sono ancora necessarie, dato che il PS fa parte della Task Force regionale sulle Maxiemergenze.

Il PS è impegnato, nell'ambito dell'"Ospedale senza dolore" a creare le condizioni migliori per la gestione delle procedure dolorose, mediante ricorso alla sedazione leggera e moderata dei pazienti, e ciò richiede formazione, aumento delle competenze e maggiori risorse.

Inoltre lo stesso ha, al suo interno, un reparto di Osservazione Breve Intensiva, con 8 posti letto, presidiato h 12 da un medico del PS. Tale reparto è presente nel nuovo Ospedale dal 2007, essendo il vecchio Ospedale dotato di soli 6 posti di ricovero breve.

Risulta del tutto evidente che l'evoluzione delle prestazioni di questi servizi non remunerati a tariffa non abbia comportato, nel corso degli anni oggetto di analisi, un altrettanto aumento del contributo indistinto.

Terza parte: La gestione della trasformazione mantenendo l'equilibrio economico finanziario

Si ritiene infine, in questa ultima sezione, richiamare le misure e le azioni costantemente adottate dall'Azienda per il mantenimento e l'efficientamento della gestione durante il periodo di trasformazione e sviluppo ad oggi ancora in corso.

3.1 - L'organizzazione delle risorse umane

Tale trasformazione è sempre stata accompagnata da una pressante attenzione circa il buon uso delle risorse ed in particolare sulla gestione delle risorse umane; con riferimento al personale sanitario del comparto si segnala il passaggio dal modello organizzativo per reparto specialistico alla creazione di linee assistenziali per intensità di cura con assegnazione comune del personale infermieristico gestito da un coordinatore; ciò ha permesso un'ottimizzazione del personale addetto all'assistenza utilizzando la massima flessibilità nel rispondere alla complessità assistenziale all'interno delle macroaree. Per esempio la stessa allocazione della Rianimazione Pediatrica e della Sub Rianimazione, in continuità spaziale tra loro e con l'assegnazione di un unico gruppo infermieristico di gestione, ha consentito, mantenendo criteri di sicurezza, di gestire 15 letti con una presenza minima di 7 infermieri sulle 24 ore, che in assenza della modalità di integrazione e di trasversalità così come realizzati avrebbe comportato un elevamento della presenza minima a 10 unità infermieristiche.

Modalità gestionali come quella ora ricordata hanno permesso, nei contesti organizzativi ove ciò si è reso possibile per gli aspetti logistici e di intensità di cura, il superamento degli standard sulle dotazioni organiche infermieristiche in pediatria e neonatologia che costituiscono principi organizzatori di riferimento. In allegato n. 9.2 si unisce scheda tecnica sui livelli minimi di dotazione organica (parametro bambini / infermieri).

Si ricorda inoltre come la costituzione di un unico dipartimento interdisciplinare abbia anch'esso offerto possibili soluzioni migliorative nella gestione delle risorse umane, ed in particolare della dirigenza medica e sanitaria; un unico macro ambito gestionale già permette e può consentire efficientamenti in ordine a funzioni trasversali che non si limitano al personale ma anche all'utilizzo di risorse quali le tecnologie di particolare livello che possono essere, almeno in parte, svincolate da un uso esclusivo per specialità.

Tale efficientamento trova evidenza, come più volte rappresentato, nella minor incidenza del costo del personale rispetto al valore della produzione che si è delineato anno dopo anno (cfr. Parte 1, paragrafo 1.1, del presente capitolo) anche grazie ai sistemi di controllo interno che permettono di monitorare costantemente l'andamento di tutti i fattori produttivi e la loro relazione con la produzione espressa in "ricavi".

Si ricorda inoltre come l'incremento di risorse, rilevabile negli anni, sia stato posto in essere al fine di rispondere ad effettive necessità sanitarie, mentre, l'organico del personale amministrativo non abbia subito variazioni numeriche di rilievo nel tempo, se pur in presenza della continua trasformazione in atto e sebbene la stessa abbia sensibilmente aumentato il peso dell'Azienda ed i relativi adempimenti tecnico – amministrativi.

3.2 L'attrazione regionale ed extraregionale

Come già descritto nel Capitolo 6, l'aumento dei costi sostenuti dal Meyer nel corso degli anni deriva semplicemente da un continuo aumento della produzione, o meglio delle attività sanitarie poste in essere dall'Azienda per soddisfare effettivi bisogni di salute.

In altri termini l'ampliamento delle competenze sanitarie, soprattutto quelle di maggior livello qualitativo ad alta complessità, che espresse in DRG debbono avere un peso relativo superiore o pari a 2,5, hanno comportato maggiori introiti derivanti non solo da pazienti toscani, ma anche, ed in misura considerevole, da pazienti provenienti da altre regioni e dall'estero. Se da un lato un paziente su 4 proviene per residenza anagrafica da fuori regione, nel caso di prestazioni ad alta complessità la percentuale raggiunge nell'anno 2015 il 44,25%.

Interessante è ricordare la rilevazione del MeS relativa alla performance del Meyer nell'anno 2013: *“in merito alla capacità di perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda registra ottimi risultati: si conferma un polo di attrazione a livello nazionale, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni ad alta complessità per le quali resta **best practice regionale...**”*

Tale realtà ha altresì comportato la **riduzione delle fughe**, ossia di pazienti toscani che si recano in strutture sanitarie di altre regioni per ricevere prestazioni, dando luogo a forme compensative esterne al sistema sanitario regionale. L'evidenza della riduzione di questo fenomeno è descritta e dettagliata nella scheda allegata unitamente alle tabelle descrittive delle rilevazioni per patologia DRG allegato n. 9.3.

3.3. Le attività aziendali gestite attraverso ricavi o finanziamenti

Il posizionamento dell'Ospedale Meyer nel panorama nazionale ed extranazionale per le precipue competenze di cura, ma anche per lo sviluppo scientifico e della ricerca costituisce un valore; permette infatti di generare risorse sia con la cessione di servizi ad elevatissima professionalità, od ancora autogestendo attività produttive ad elevatissimo contenuto tecnologico, sia in ambito di ricerca ed innovazione.

Queste funzioni, unite ai finanziamenti ottenuti a seguito della vincita di bandi per la ricerca nazionale ed internazionale, da un lato permettono di **realizzare attività scientifiche senza gravare direttamente sul bilancio aziendale destinato all'assistenza**, dall'altro possono costituire anche un ricavo capace di finanziare, almeno in parte, servizi di assistenza *tout court*.

Si ricorda come la vigente normativa regionale consenta alle aziende sanitarie di poter cedere sul mercato prestazioni anche al di fuori dei Livelli Essenziali di Assistenza; lo **sviluppo in Azienda di brevetti e**

competenze scientifiche applicate, anche con metodologie esclusive, ad esempio in ambito laboratoristico, hanno permesso di ampliare precipue ed iperspecialistiche attività di diagnostica - che vengono effettuate per soddisfare esigenze cliniche interne –ad altre Aziende sanitarie italiane (Regioni Veneto, Umbria e Puglia) e ad altre realtà private sia italiane che estere con un primo margine operativo ampiamente positivo.

Si ricordano ancora, tra le esperienze più significative di **razionalizzazione dei costi**, la **reinternalizzazione di servizi**; oltre al caso già richiamato della reintroduzione della produzione delle sacche per nutrizione parenterale e domiciliare (cfr. Capitolo 9, Parte prima, paragrafo 1., grafico CdR Servizio Nutrizionale), **risparmi sono stati ottenuti con la produzione interna** per l’allestimento dei preparati galenici antiblastici, razionalizzando l’impiego del principio attivo disponibile sul mercato in dosi solo per adulti.

I rinnovati strumenti di controllo interno hanno riportato l’attenzione dei professionisti sui costi dei singoli fattori produttivi impiegati; tale analisi ha consentito l’individuazione di margini di miglioramento: tra questi si ricorda la significativa incidenza della reinternalizzazione di molte indagini strumentali che precedentemente erano state oggetto di esternalizzazione; il risparmio ottenuto è derivato principalmente dal **pieno utilizzo dei fattori produttivi impiegati** anche attraverso il miglior sfruttamento dello strumentario disponibile.

Lo sviluppo della ricerca ha permesso al Meyer di risultare titolare o co-titolare di domande di brevetto che sono state in parte oggetto, successivamente, di sfruttamento economico a seguito di stipula di contratti di licenza; la scheda allegato n. 9.4 riporta “Elenco Brevetti” al 31.12.2014.

Si ricorda altresì come l’Azienda abbia attratto investimenti attraverso la costituzione di collaborazioni con partner industriali; in particolare si segnala a titolo esemplificativo un accordo con l’azienda Biomarin Pharmaceutical Inc. USA per la realizzazione di una collaborazione per attività di ricerca che ci vede come sviluppatori e controllori di un loro prodotto farmacologico.

Infine i **finanziamenti acquisiti a seguito della vincita di bandi di ricerca finalizzata** la cui consistenza è stata declinata nel Capitolo 8, paragrafo 2, voci “Progetti vincitori dell’AOU Meyer nell’ambito del Bando Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute” e “Finanziamenti europei ottenuti dall’AOU Meyer nel periodo 2007-2015 per progetti di ricerca” hanno permesso e permettono la gestione di attività, fondamentalmente volta alla ricerca, ma che spesso si integra con l’assistenza, completamente coperte da fondi esterni. Il bilancio quindi pur rappresentando la situazione complessiva ed in particolare del costo del personale ha tra i propri ricavi annovera anche detti finanziamenti.

Alla stessa stregua, anche il **Centro di Salute Globale della Regione Toscana** - istituito con DGRT n. 909 del 15 ottobre 2012 e successivamente inserito nella L.R.T. n. 84 del 28 dicembre 2015 – costituisce un organismo dell’Azienda Meyer seppure attuatore delle strategie regionali in cooperazione sanitaria

internazionale; in conseguenza di tale appartenenza formale tutti i riflessi economici hanno evidenza nel bilancio di esercizio dell'Azienda; ciò significa che il bilancio aziendale evidenzia costi incrementali (compresi in essi quelli afferenti il personale) per lo svolgimento di tali attività che trovano totale copertura in specifici finanziamenti regionali, nazionali e dell'Unione Europea.

Infine si ricorda come anche il **Comitato Etico Pediatrico della Regione Toscana**, così come il Clinical Trial Office, citati nel precedente Capitolo 8, acquisiscano dalla committenza risorse capaci, almeno in parte, di garantire una parziale autonomia finanziaria.

La presente relazione costituisce lo strumento da offrire alla Sezione Regionale di Controllo per la Toscana della Corte dei Conti al fine di relazionare in ordine alle misure correttive di controllo e contenimento della spesa nel tempo poste in essere con riferimento ai costi del personale, nonché agli altri fattori produttivi impiegati in forma diretta ed indiretta per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai piccoli pazienti.

Si auspica, attraverso questa relazione e la documentazione allegata, di aver fornito sufficienti elementi di valutazione in ordine al corretto e rigoroso utilizzo delle risorse impiegate nel processo produttivo ed all'attenzione nel continuo contenimento della spesa.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer continuerà il suo percorso di crescita in ottemperanza alle disposizioni regionali, anche le più recenti, mantenendo in atto tutte le misure di contenimento della spesa e sviluppando gli strumenti di controllo in utilizzo che già nel tempo sono stati implementati e di cui si è data contezza con la presente relazione.