

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

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

In data **20 APR. 2016** 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 Ospedaliera 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 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 attraverso la quale vengono tracciati ed analizzati i diversi periodi intercorrenti tra gli esercizi finanziari 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 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 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;

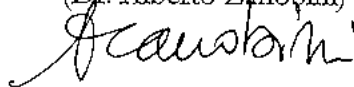
DELIBERA

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.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Alberto Zanobini)



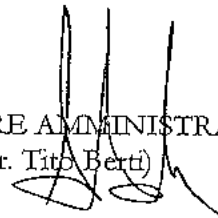
IL DIRETTORE SANITARIO

(Dr.ssa Francesca Bellini)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dr. Tito Berti)

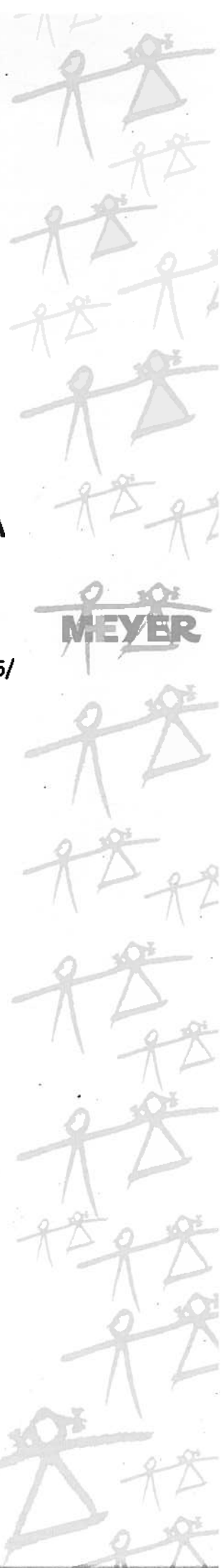


LA TRASFORMAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER 2004 – 2013 E STRATEGIE VERSO IL 2020

**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 (*cfr. 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 (*cfr. 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 (*cfr. 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 una 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**

pediatria 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	RADIOLOGICA	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	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'adequata 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).

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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:
 - o anno 2005 pari a – 5.371.637 Euro;
 - o anno 2006 pari a – 7.314.818 Euro;
 - o 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:
 - o anno 2005 pari a 8.468.046 Euro;
 - o 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 2004 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.

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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	-	-

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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

CdR Indicatore	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
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
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
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.

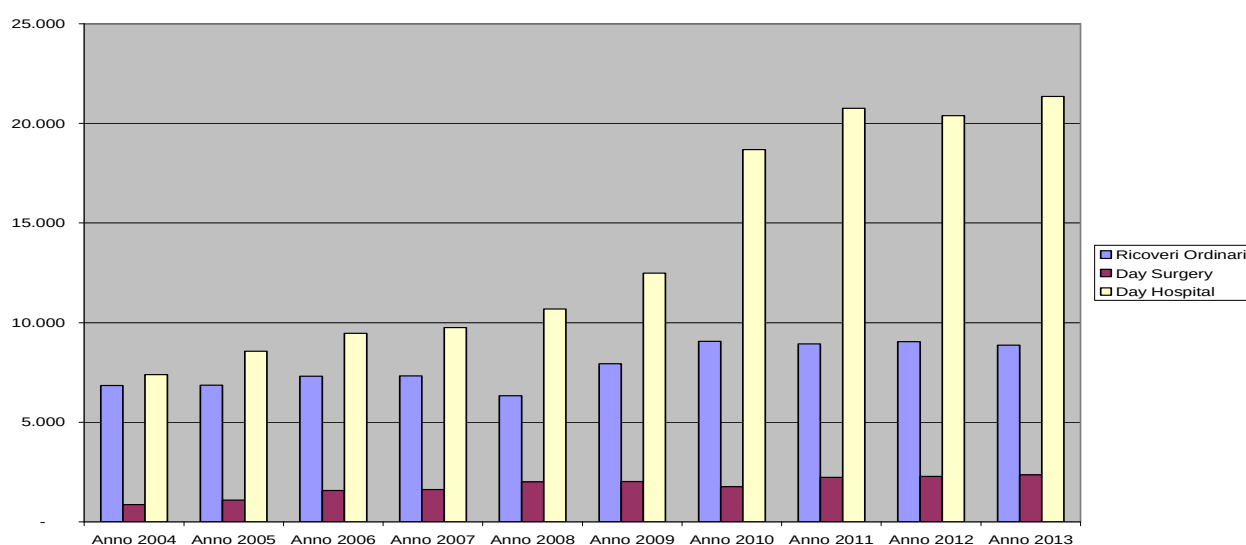
CAPITOLO 6 - LA TRASFORMAZIONE DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER: ANNI 2004 – 2013 E 2014 – 2015

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 (<i>ricalcolato in base alla Versione 24.0 dei DRG</i>)
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.

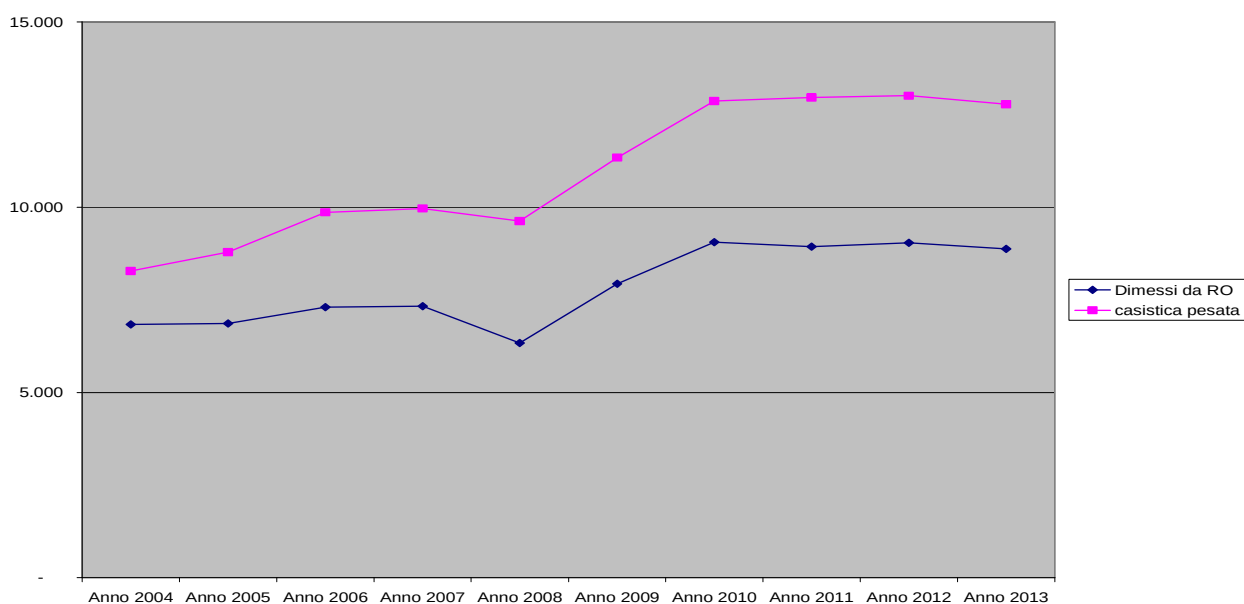
In realtà il 2008 presenta il numero più basso di dimissioni del decennio a causa della trasformazione dei posti letto del Dipartimento di Emergenza (che producevano ricoveri e quindi DRG) in posti letto di Osservazione Breve (che seguono un altro circuito remunerativo, correlato al fondo indistinto, 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.

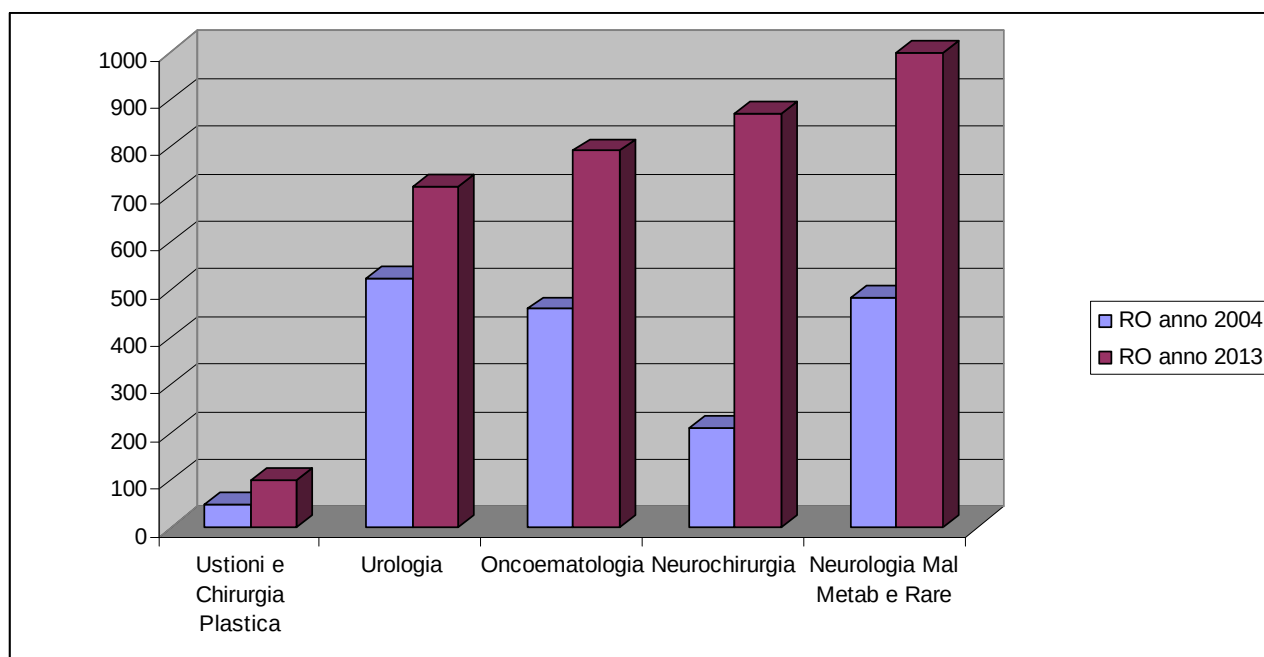
Le chirurgie altamente specialistiche, hanno prodotto nel 2013 i seguenti volumi di attività:

- **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.

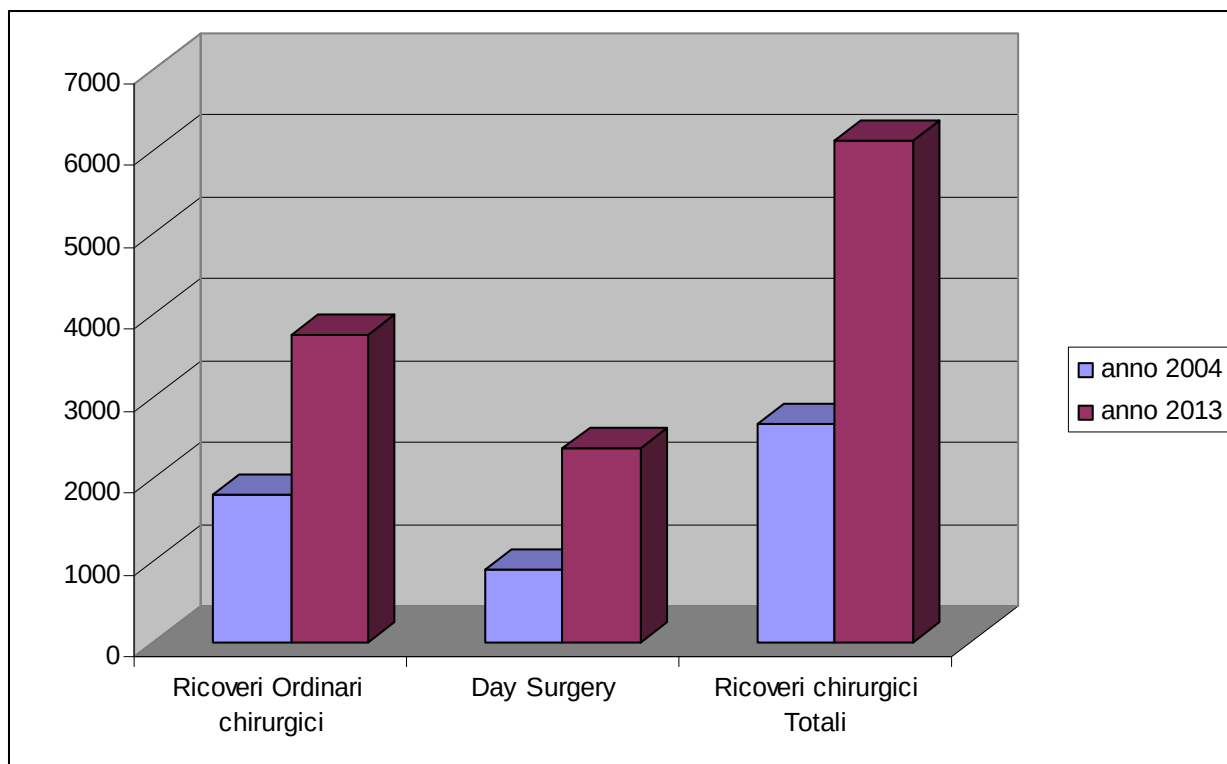
Grafico 3. Evoluzione delle attività potenziate: confronto 2004 vs 2013



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.

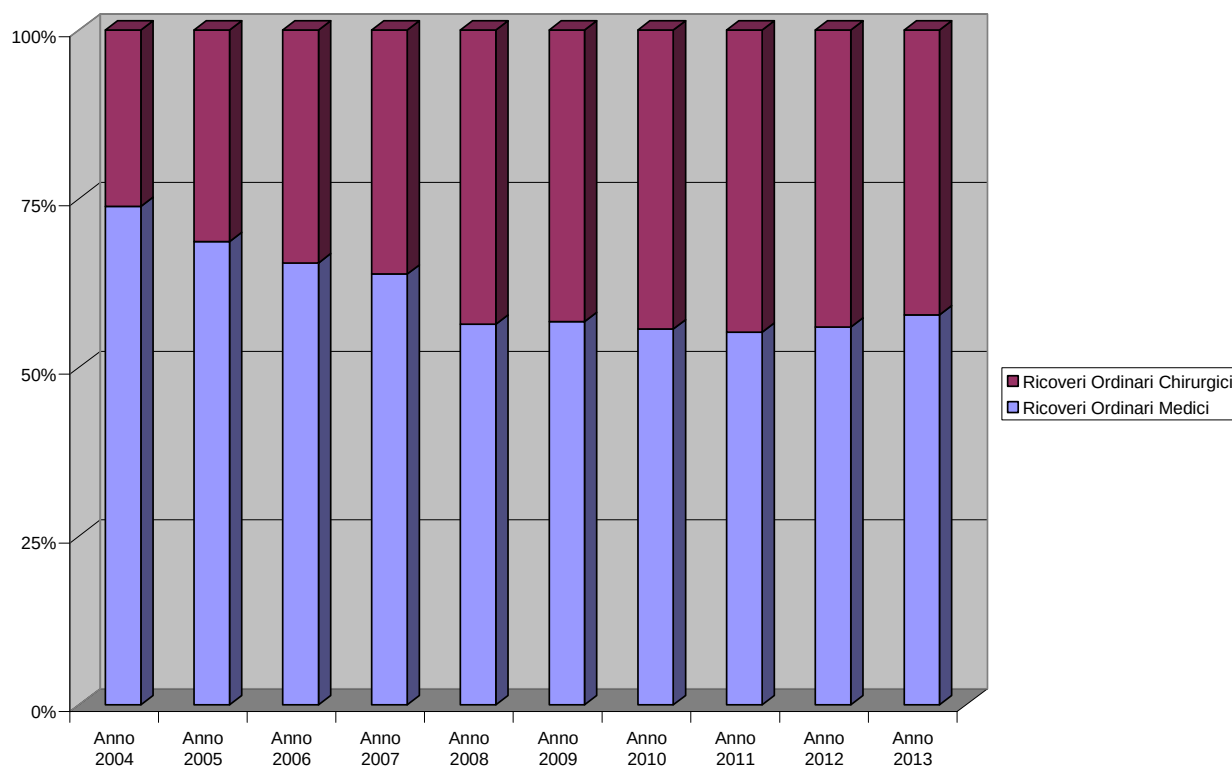
Un dato particolarmente interessante è il forte incremento dei ricoveri chirurgici (per loro natura più complessi degli omologhi ricoveri medici) realizzatosi nel decennio, come mostrato nel grafico seguente.

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.

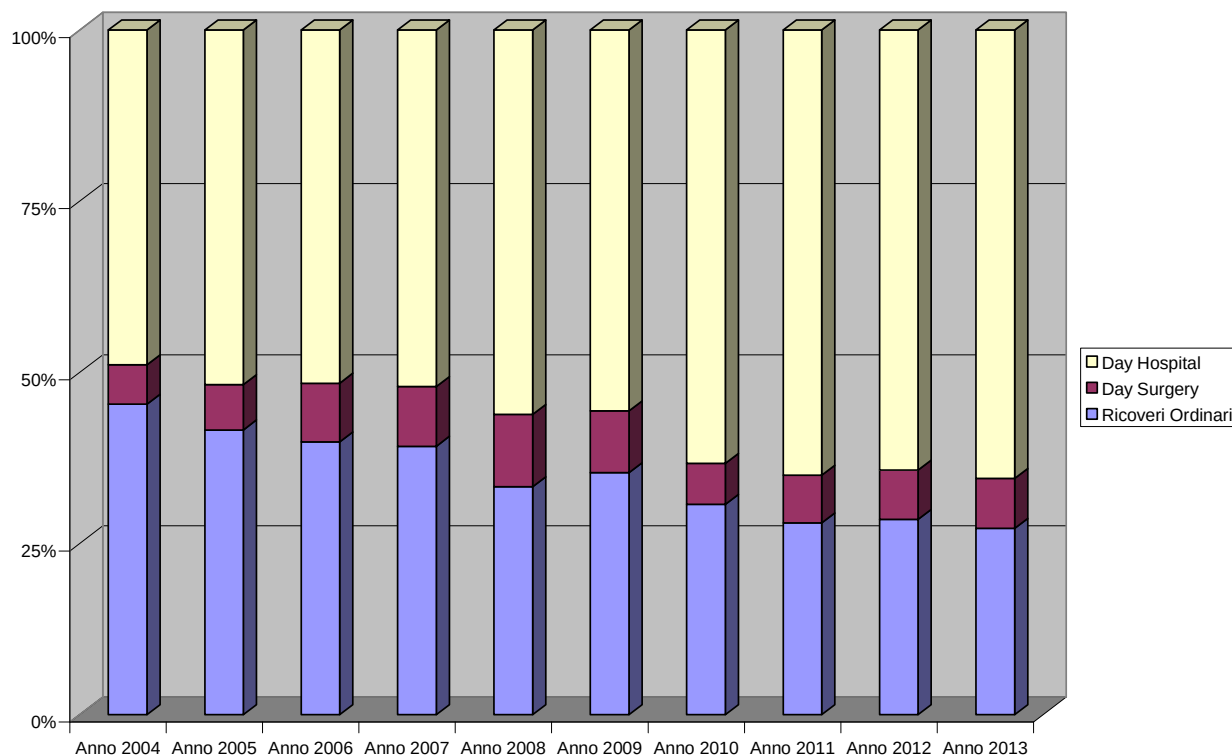
Infatti, se analizziamo il dettaglio dei dimessi 2013, l'incremento riguarda principalmente i ricoveri chirurgici ad elevata complessità (con peso medio ≥ 2.5) che comportano un maggior costo in termini di fabbisogno di risorse; circa il 30% di tutti i ricoveri chirurgici erogati dall'Ospedale afferiscono 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:

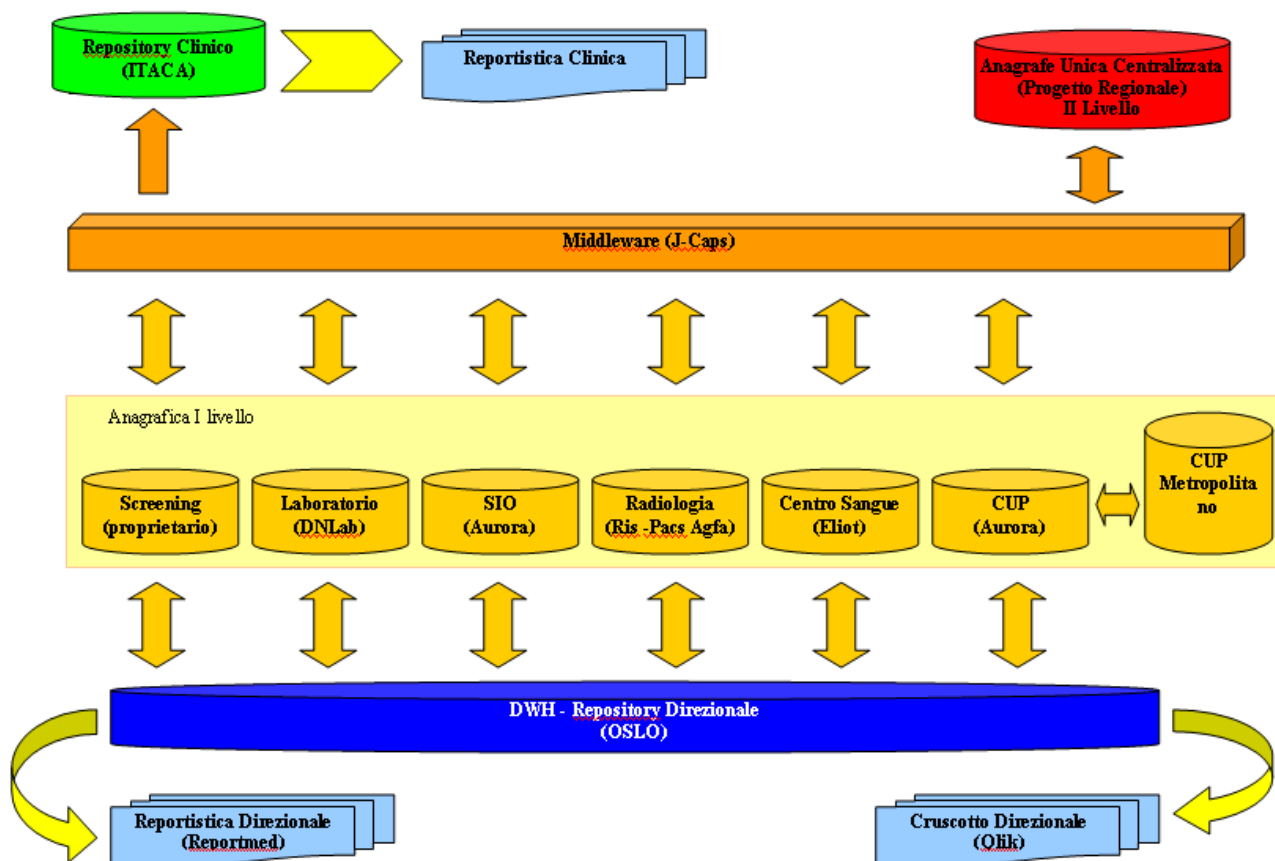
1. scheda di budget per Centro di Responsabilità (All. n. 7.2), con cadenza mensile;
2. situazione dell'andamento complessivo aziendale (All. n. 7.3), con cadenza mensile;
3. sintesi dell'andamento dei consumi aziendali (All. n. 7.4), con cadenza mensile;
4. conti economici per Centro di Responsabilità (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 farmacoconomia.

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 è 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 ridistribuzione 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.

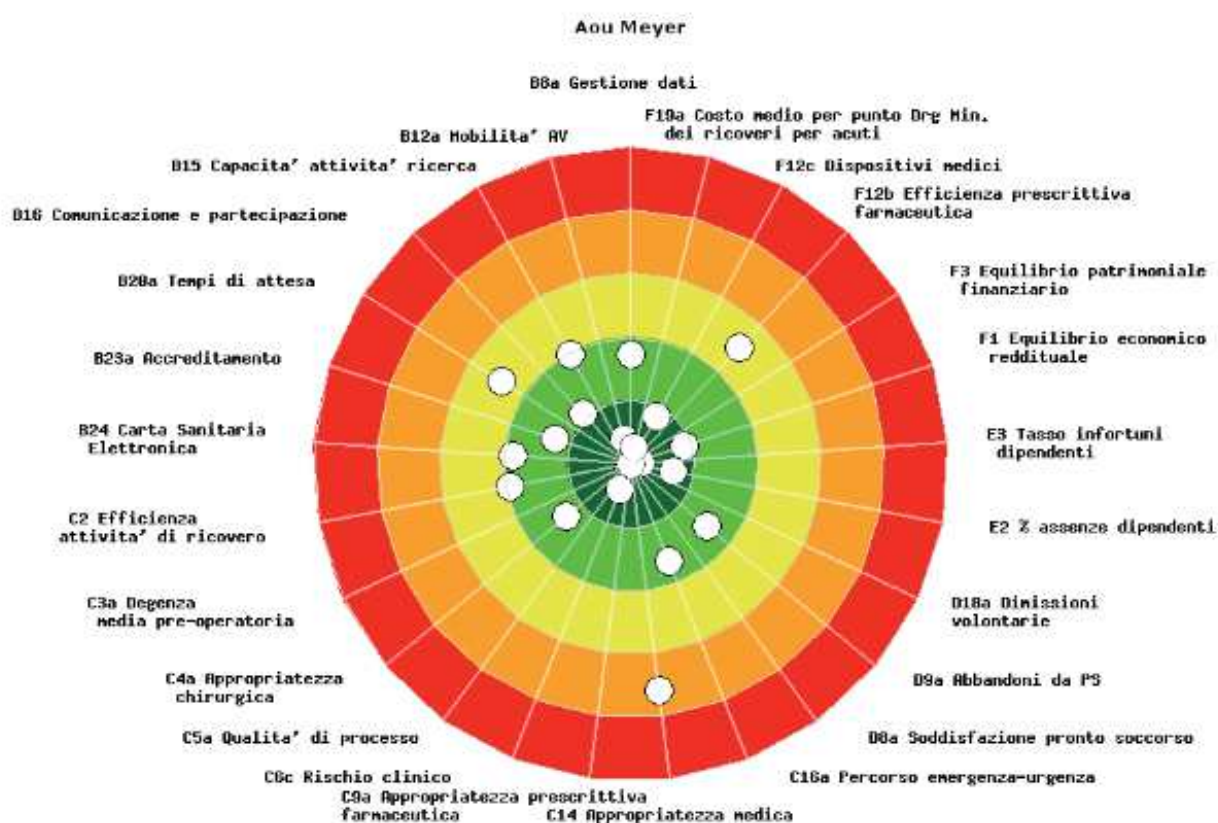
In altri termini, tali modalità correlate al processo di pianificazione e programmazione strategica regionale permettono una più attenta lettura dell'andamento delle singole Aziende Sanitarie attraverso una serie di indicatori volti a misurare la performance aziendale in aree tematiche di maggior interesse 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'accredimento, 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.

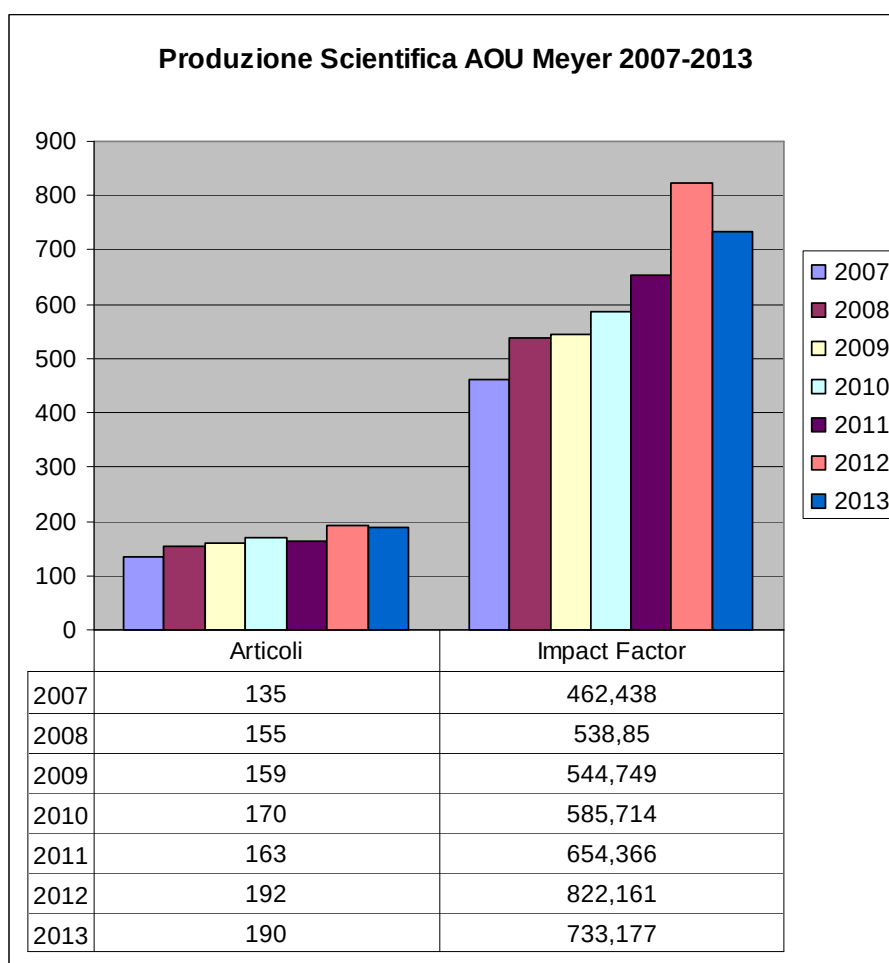
In tal senso e per la promozione dei valori ora menzionati - attraverso il combinato disposto del Titolo 5 dell'Atto aziendale - dedicato agli Strumenti Organizzativi, del Capo 2, relativo alla Gestione delle

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).

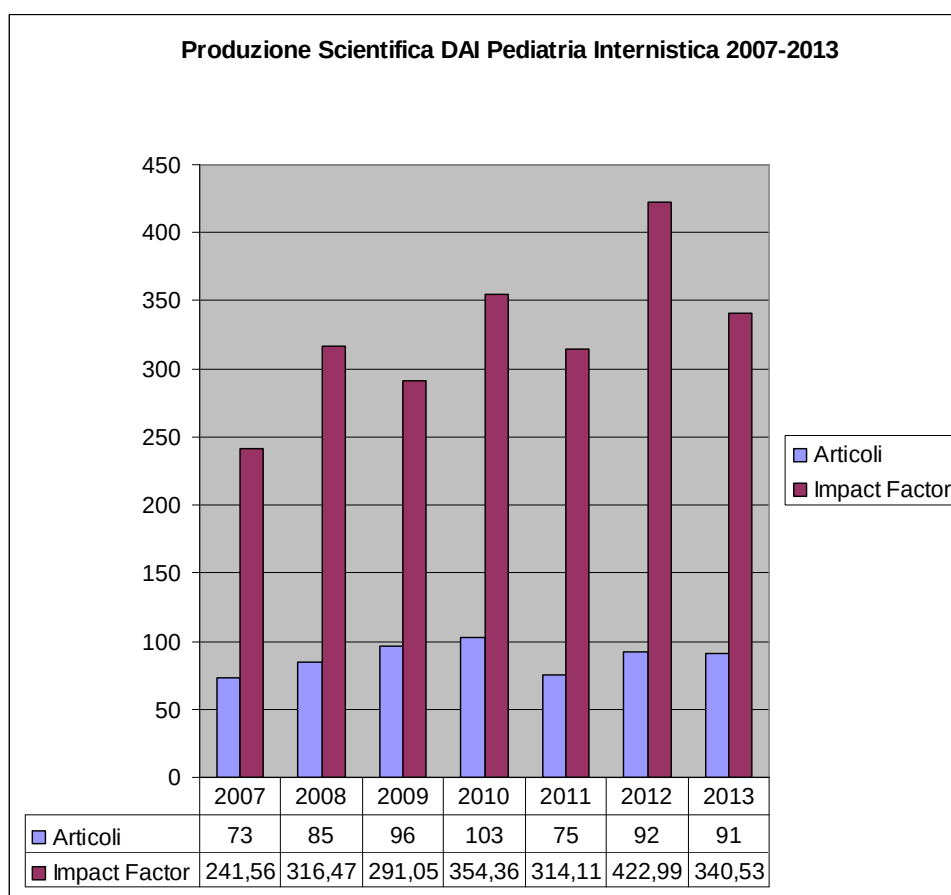


Nel periodo di riferimento (2007-2013) si può osservare un aumento progressivo sia del numero totale degli articoli pubblicati che dell'Impact Factor complessivo. Nel 2013, l'Impact Factor complessivo dell'Ospedale rispetto al 2007 si incrementa per una percentuale pari a +58,55%, raffrontando lo stesso 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.

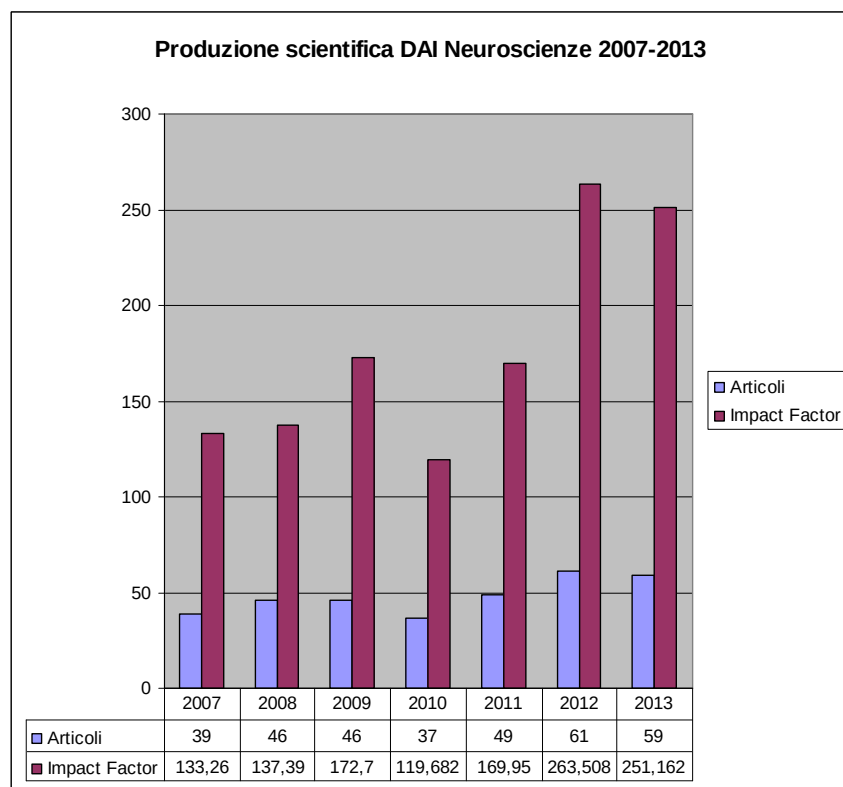
Produzione scientifica del DAI Pediatria Internistica 2007-2013

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%).



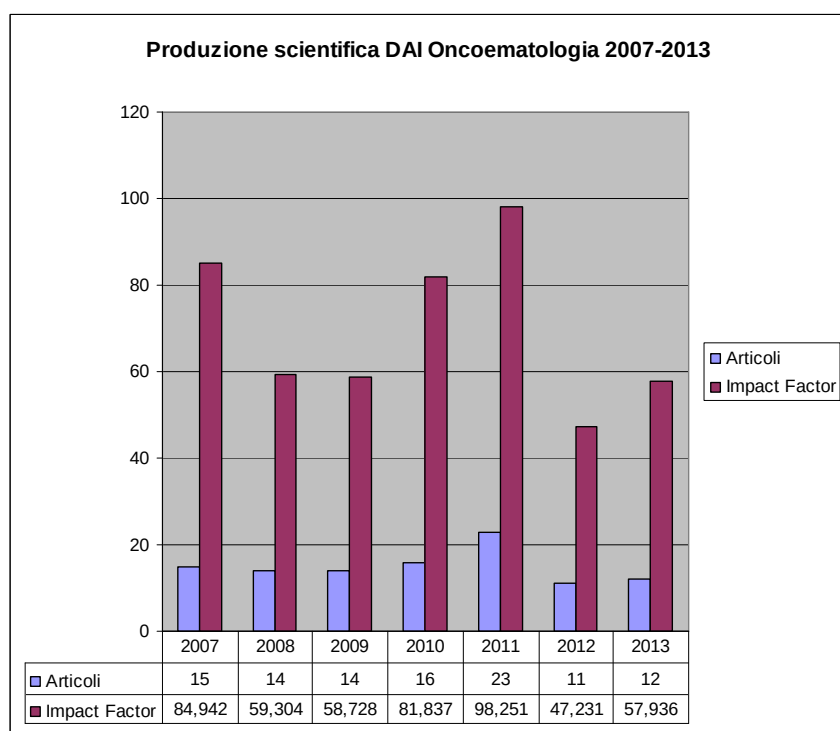
Produzione scientifica del DAI Neuroscienze 2007-2013

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.

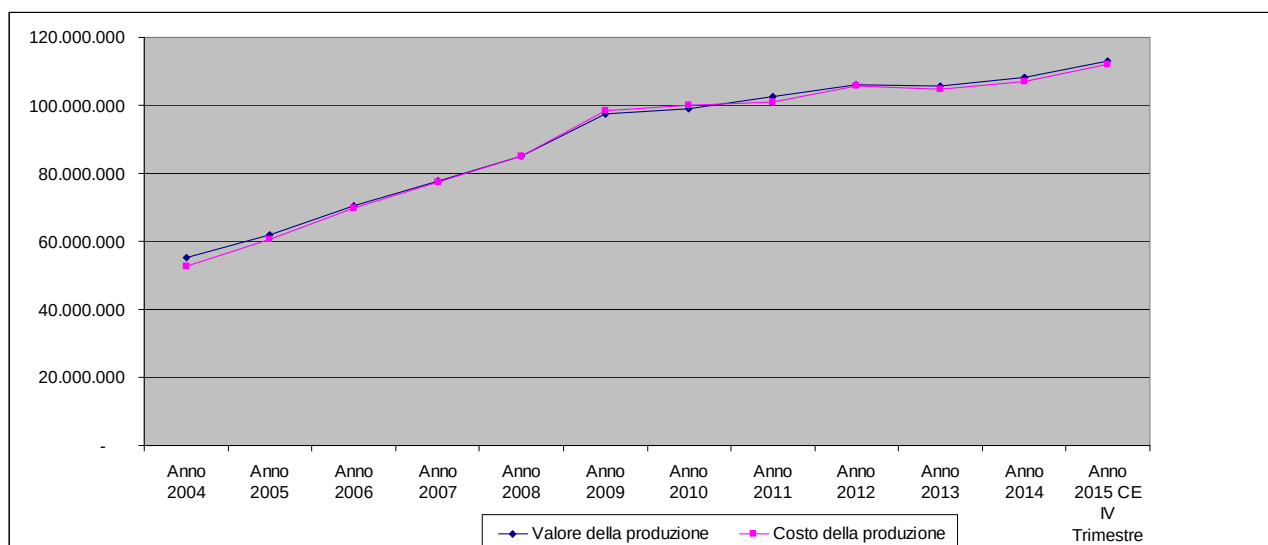
1.1. Analisi economica 2004 - 2015

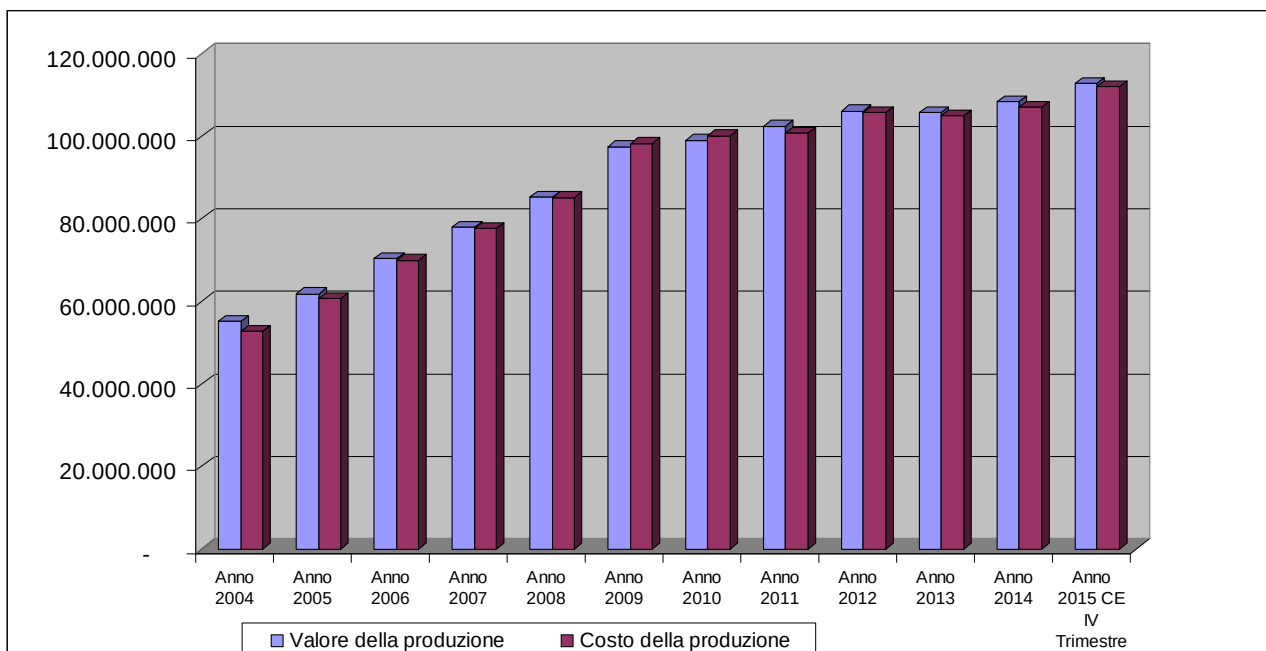
Dopo i richiami in ordine agli elementi che connotano la trasformazione di cui trattasi, si ritiene di operare ulteriori approfondimenti e valutazioni circa *l'analisi economica 2004-2015*.

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

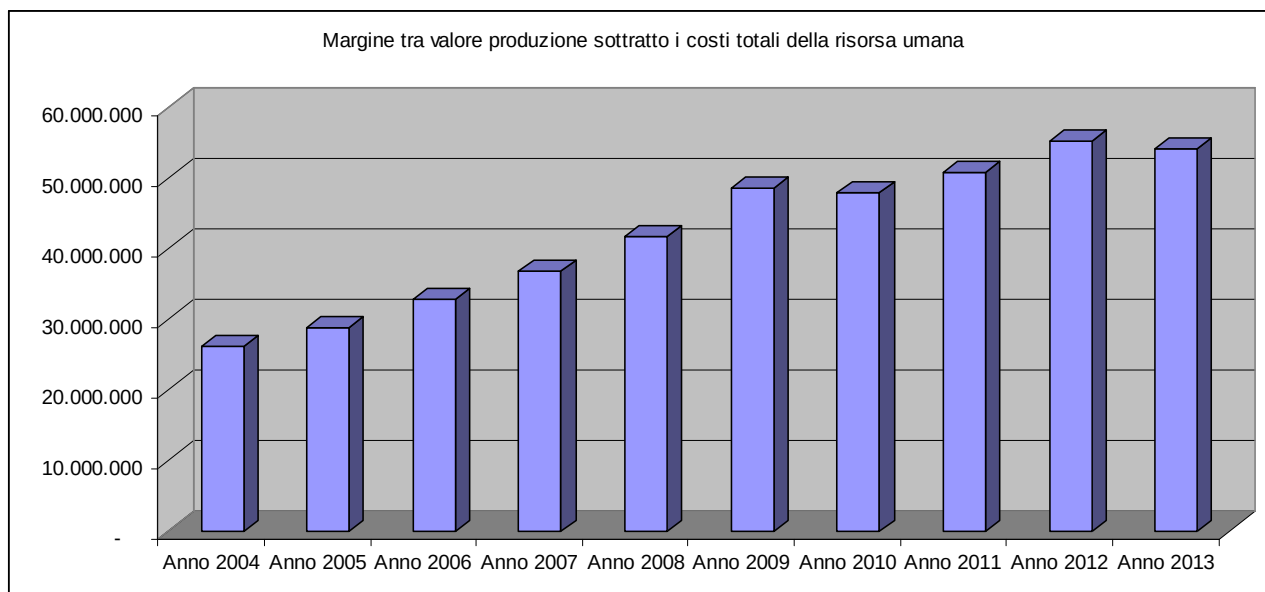
Se analizziamo l'incidenza percentuale del costo complessivo delle risorse umane (ultimo rigo delle tabelle sopra riportate) rispetto al costo complessivo della produzione **assistiamo ad una importante e netta riduzione percentuale che va dal 54,85% dell'anno 2004 al 49,28% dell'anno 2013.**

Di seguito riportiamo l'incidenza percentuale del costo della risorsa umana sul totale dei costi della produzione per ogni anno oggetto di analisi.

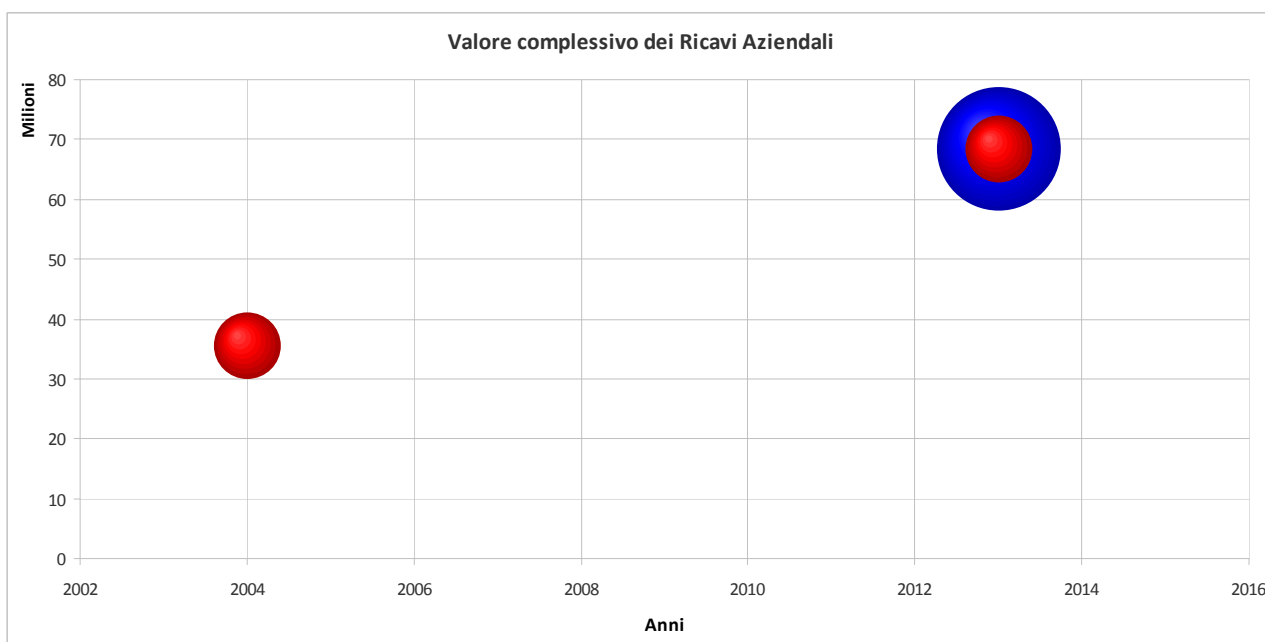
Grandezza	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Costo risorse umane su totale costi della produzione	54,85%	54,28%	53,84%	53,05%	51,12%

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%

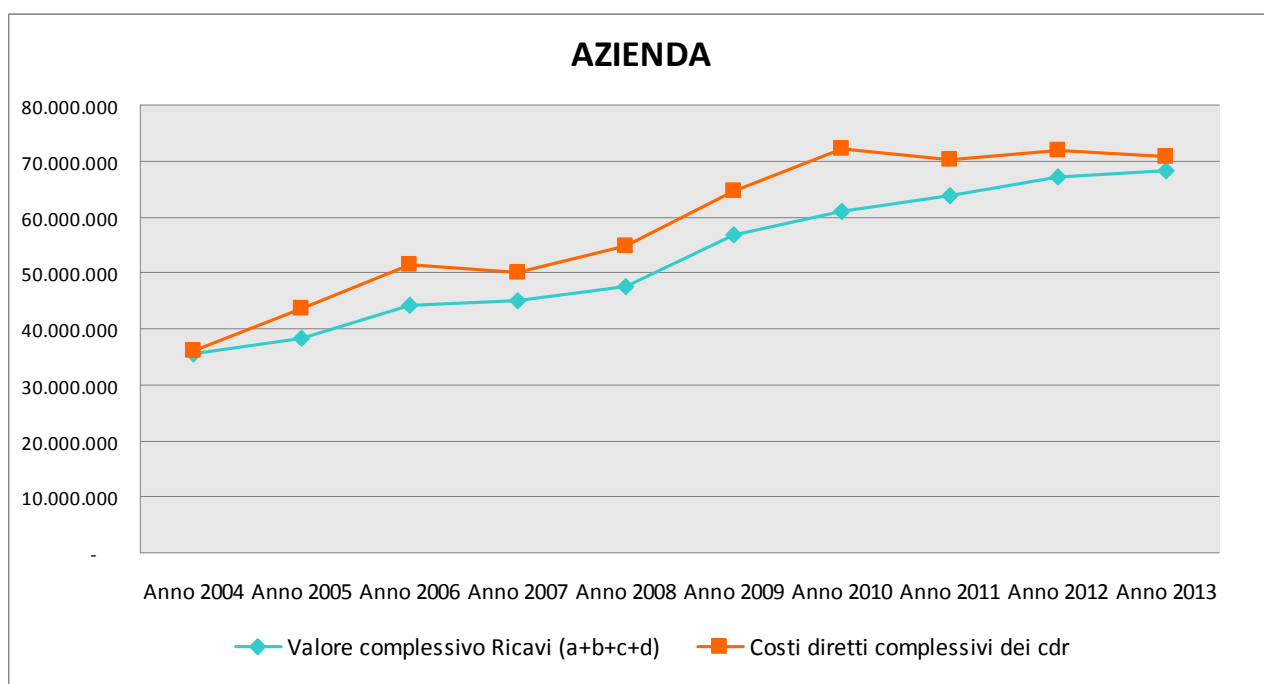
Nel raffrontare i risultati dell'attività prodotta in questi dodici anni di analisi, appare chiaro come le realtà comparate siano completamente diverse. I CdR produttivi nell'anno 2004 ricavano circa 36 milioni di euro fra attività di ricovero e specialistica ambulatoriale mentre nell'anno 2013 hanno 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).

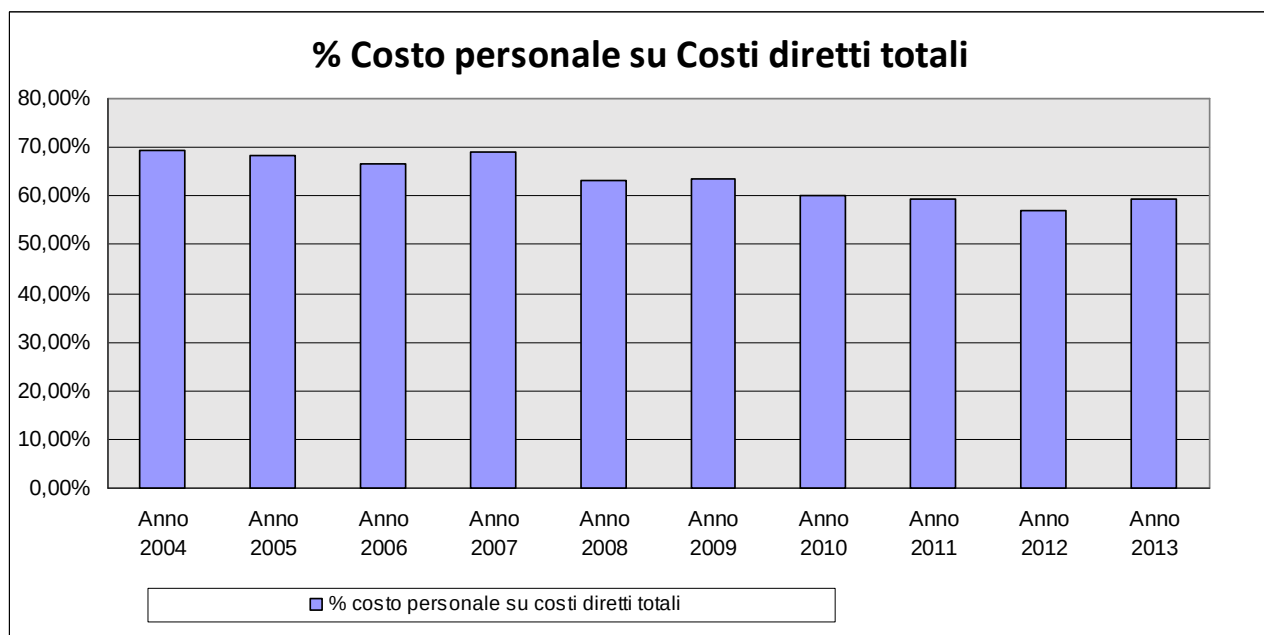
In coerenza con lo sviluppo della produzione, il costo delle risorse umane afferenti i CdR produttivi da circa 25 milioni di euro è passato a circa 42 milioni di euro dell'anno 2013 fino ai circa 44 milioni di euro dell'anno 2015.

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.**

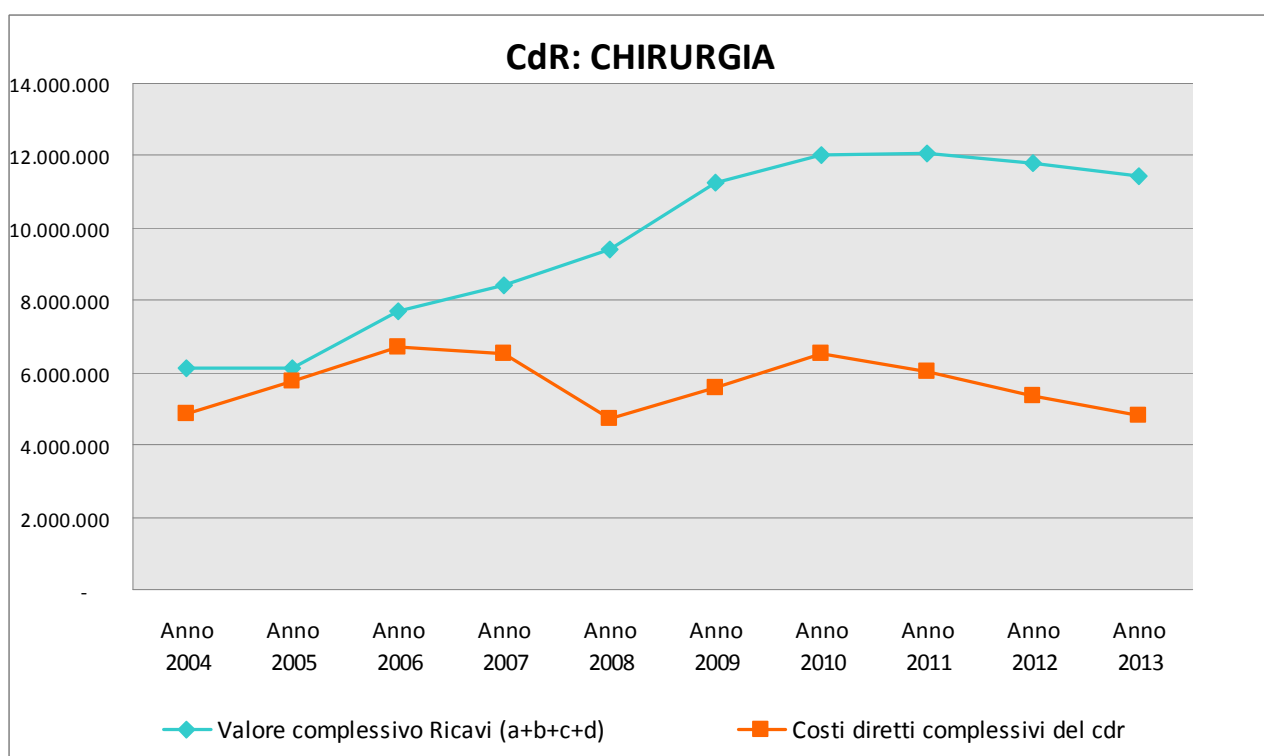


Altro elemento rappresentativo del massimo rigore utilizzato dall'Azienda nell'utilizzo del fattore produttivo personale è rappresentato dalla **progressiva riduzione dell'incidenza del costo del fattore produttivo risorsa umana sul totale dei costi complessivi imputabili ai singoli CdR Produttivi**. 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.



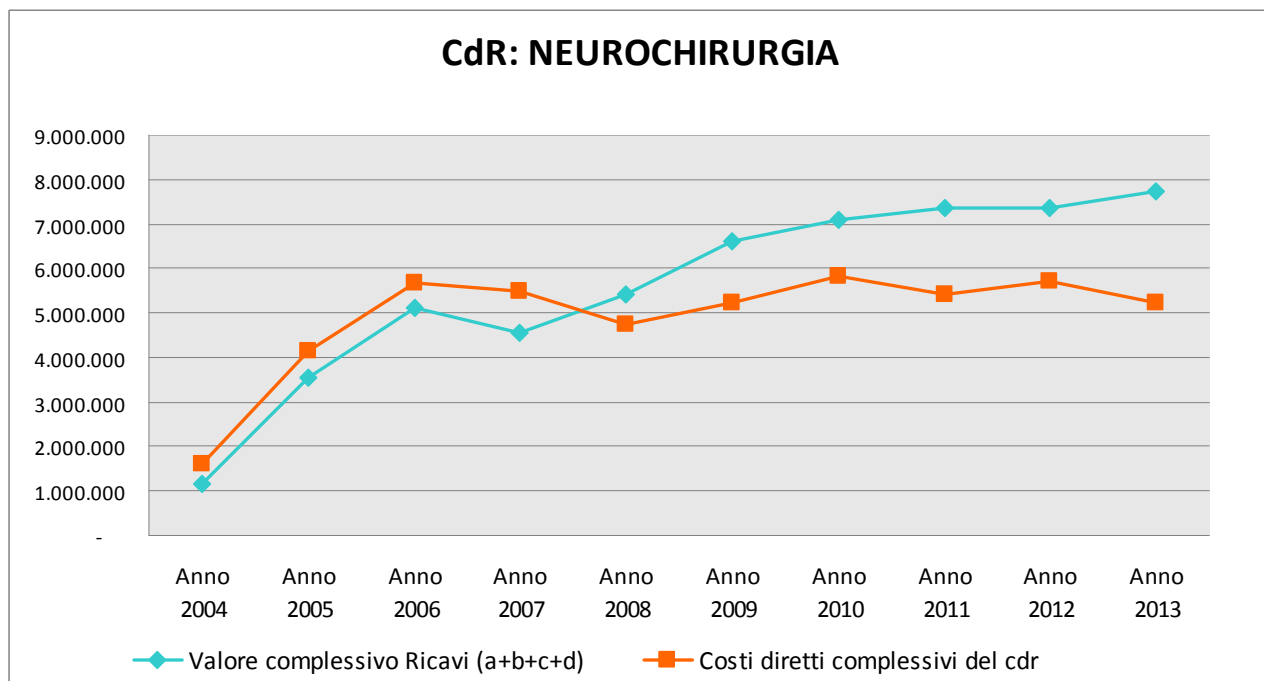
Si ritiene doveroso, attraverso i grafici rappresentativi di ciascun Centro di Responsabilità produttivo, dare evidenza dell'andamento dei ricavi diretti e dei relativi costi; a ciascun elaborato grafico seguirà un puntuale commento.



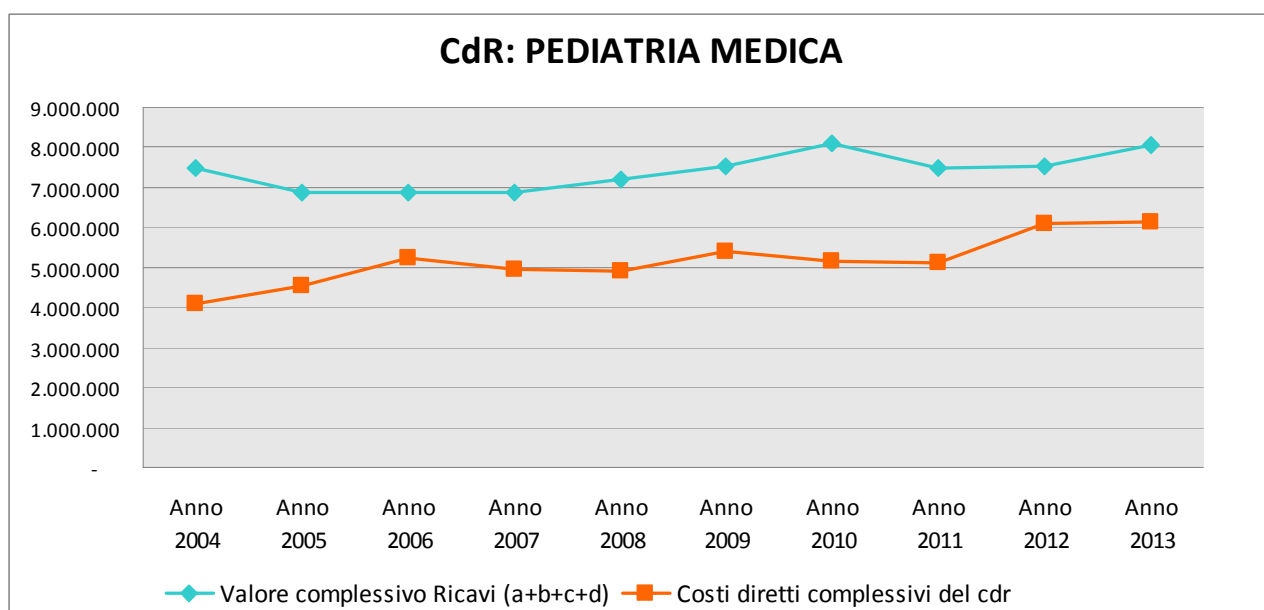
Per il CdR di Chirurgia assistiamo dal 2004 al 2013 ad un ampliamento del primo margine rappresentato nel grafico dall'allontanamento delle due spezzate, con un incremento dei ricavi rispetto ai costi diretti.

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

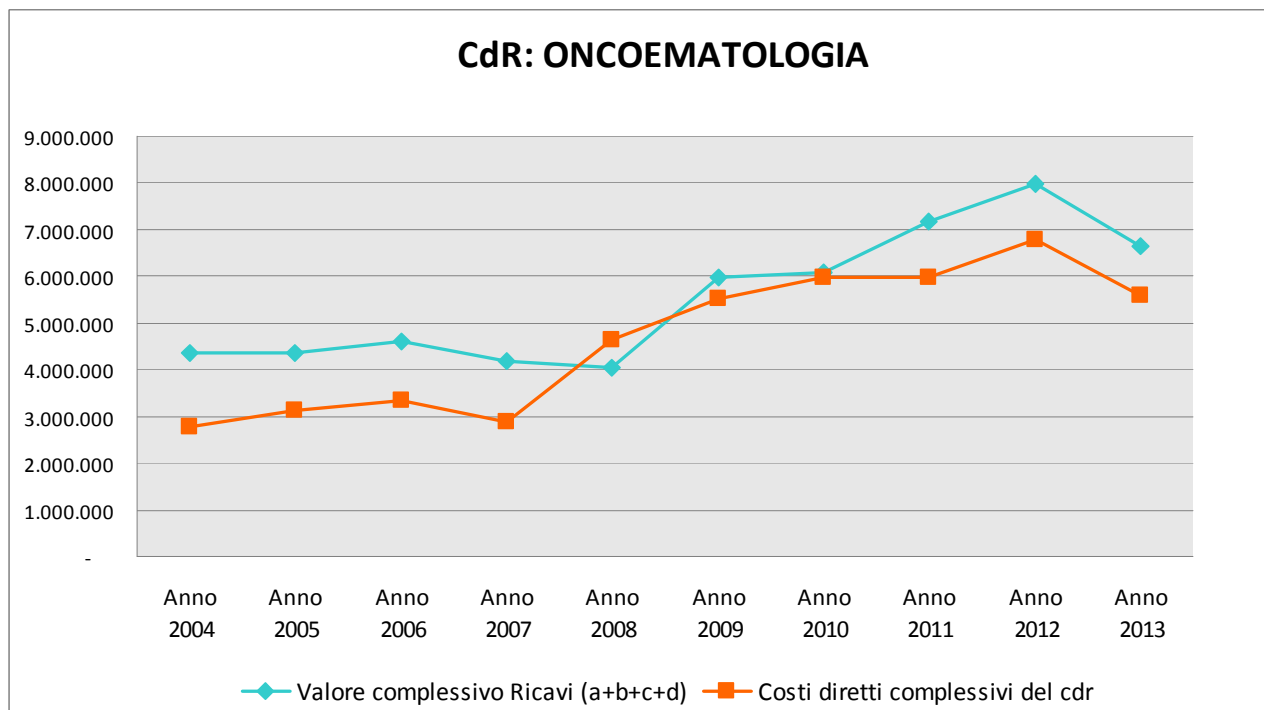
setting assistenziali più idonei e sostenibili dal punto di vista dei costi (day surgery rispetto a ricovero ordinario) e la standardizzazione dei processi e quindi delle risorse impiegate, ha prodotto questo risultato.



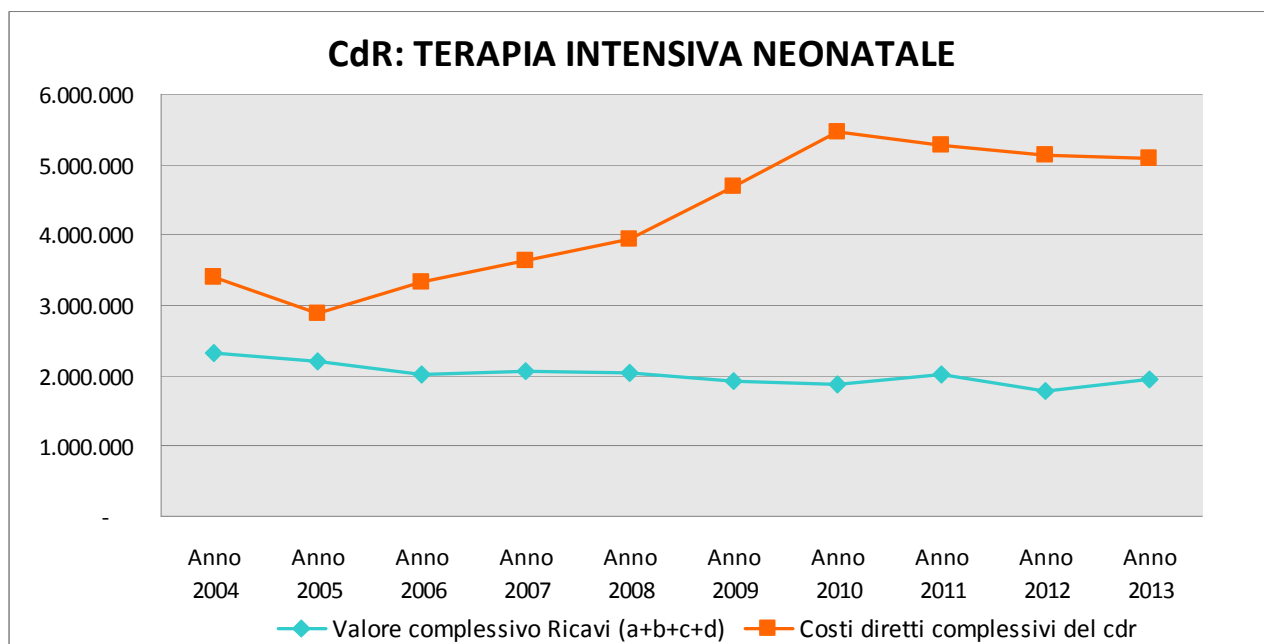
Per il CdR di Neurochirurgia addirittura assistiamo ad un'inversione di segno del primo margine operativo, infatti dal 2004 fino al 2007 il margine era negativo, mentre dal 2008 in avanti vediamo un allontanamento fra loro delle due spezzate, segno del miglioramento del primo margine operativo. Questi 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.

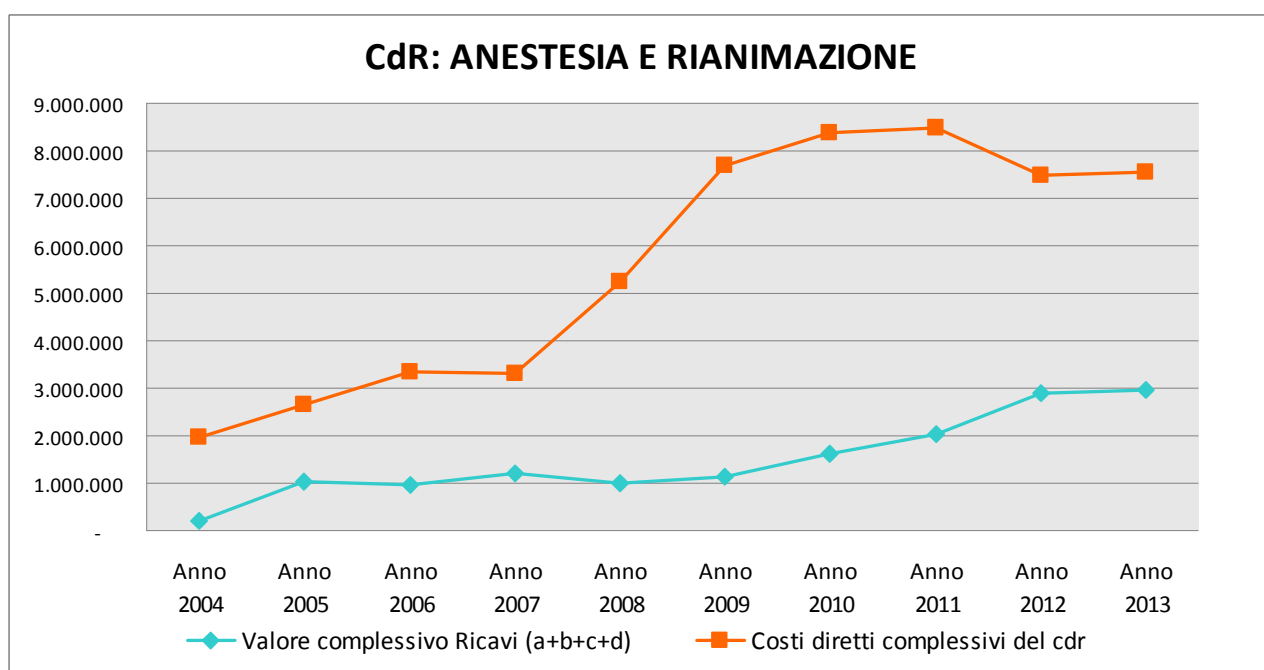


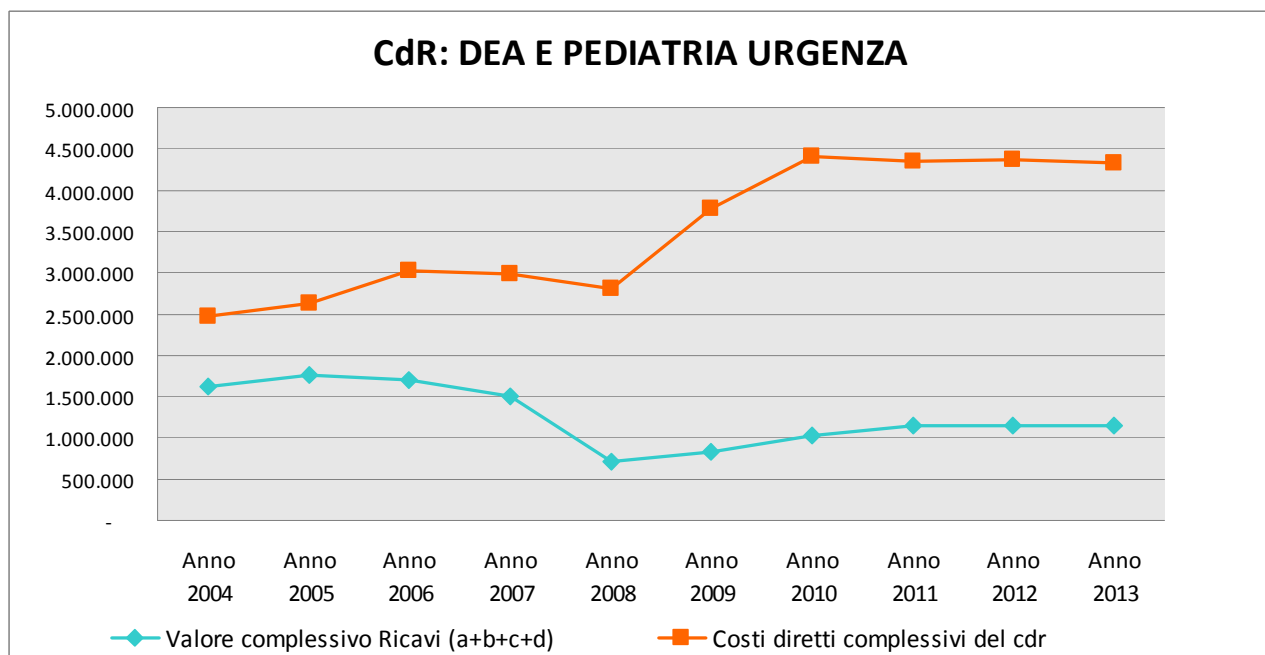
Per il CdR di Oncoematologia assistiamo ad un’inversione di segno del primo margine operativo, infatti dal 2004 fino al 2007 il margine era negativo, mentre dal 2008 in avanti rileviamo un primo margine operativo positivo, inoltre dal 2011 al 2013 si vede chiaramente la prevalenza di costi variabili 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 “allogenico” (cioè quando ricevente e donatore sono due persone diverse), i costi del ricovero superano, talora di gran lunga, le tariffe dello specifico DRG.



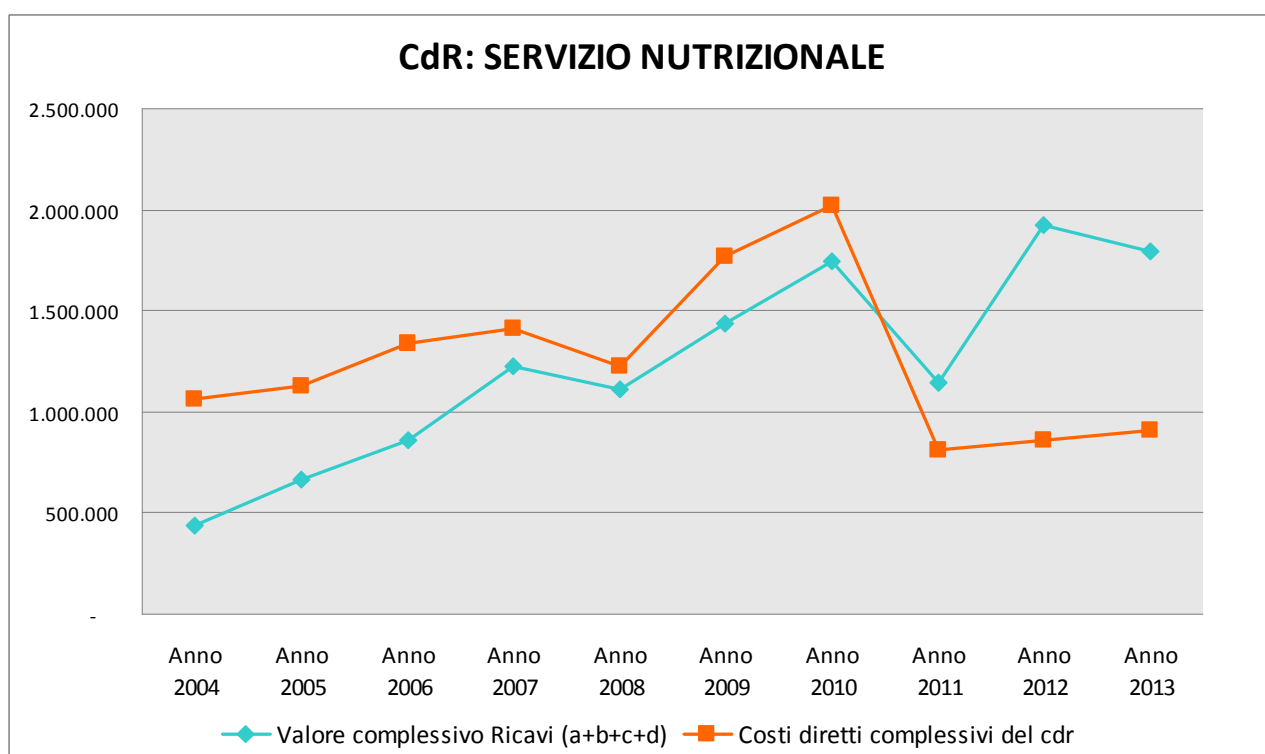
Per il CdR di Terapia Intensiva Neonatale, così come per il seguente CdR di Anestesia e Rianimazione, rileviamo la presenza costante per tutto il periodo di analisi di un primo margine operativo negativo; questo è normale in considerazione dell'attività svolta da entrambi i CdR che "lavorano" per gli 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.



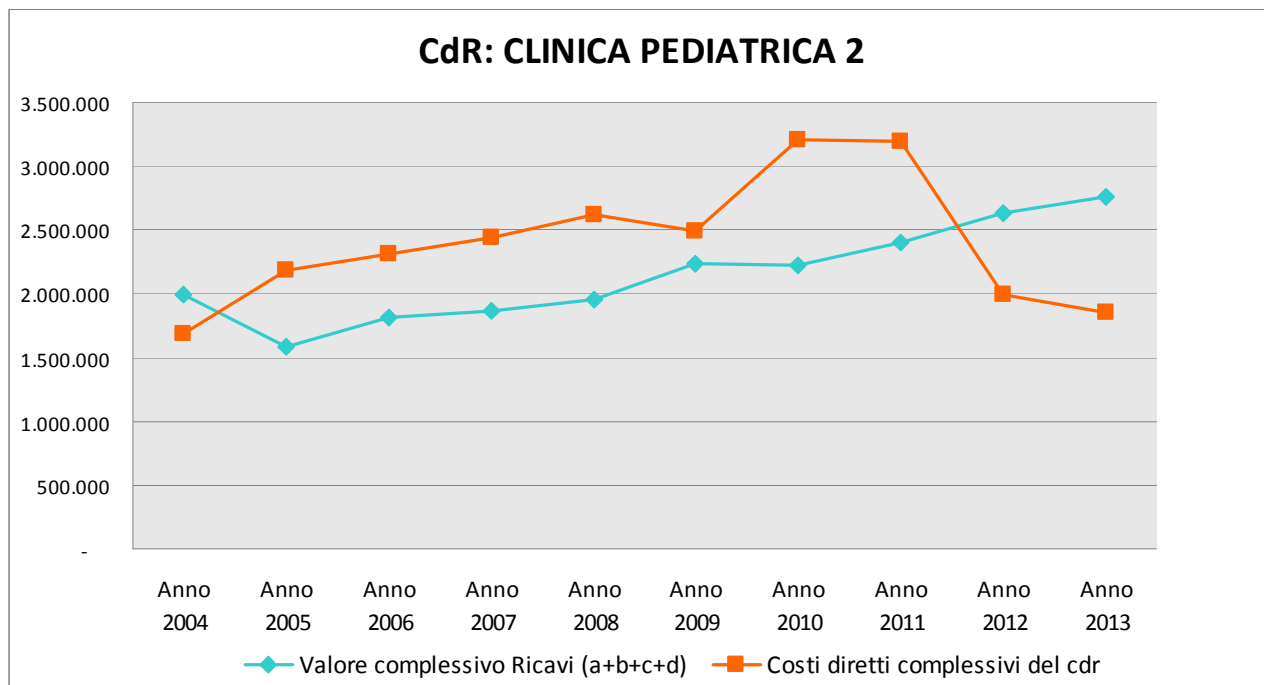
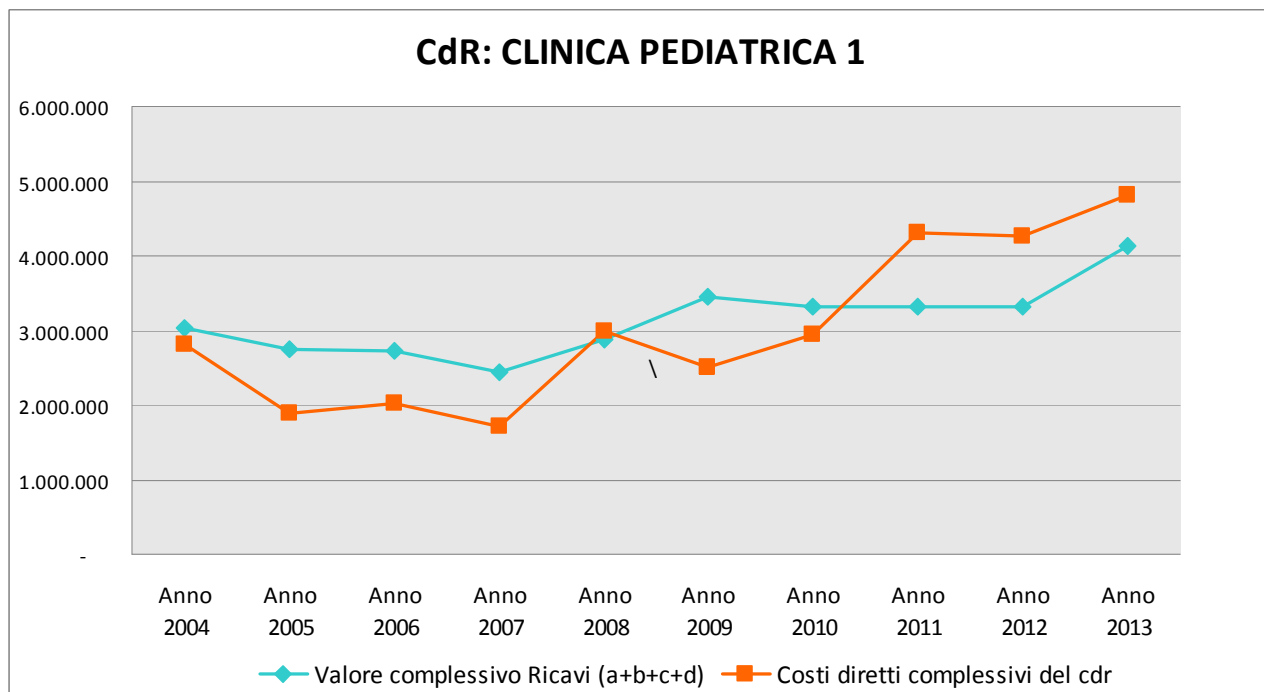


Il CdR DEA e Pediatria d'urgenza accoglie prevalentemente le attività di Pronto Soccorso che solo parzialmente sono remunerate attraverso un sistema tariffario, tra l'altro assolutamente inadeguato all'impegno assistenziale profuso (le prestazioni di pronto soccorso conclusesi senza esitare in ricovero 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).



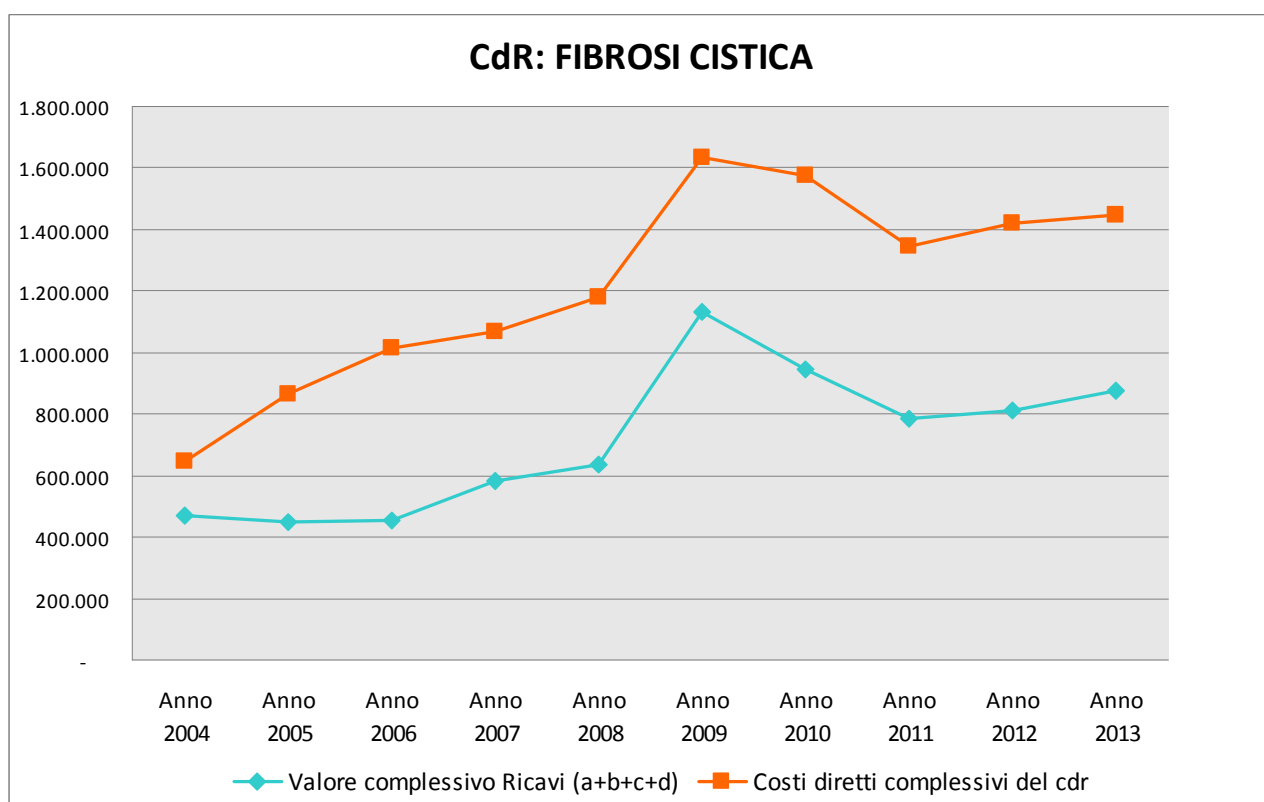
Il CdR Servizio Nutrizionale rappresenta il risultato dell'attenzione che l'Azienda ha da sempre posto nella proprie scelte gestionali ed in particolare è il frutto di analisi, preliminarmente effettuate, per valutare

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.

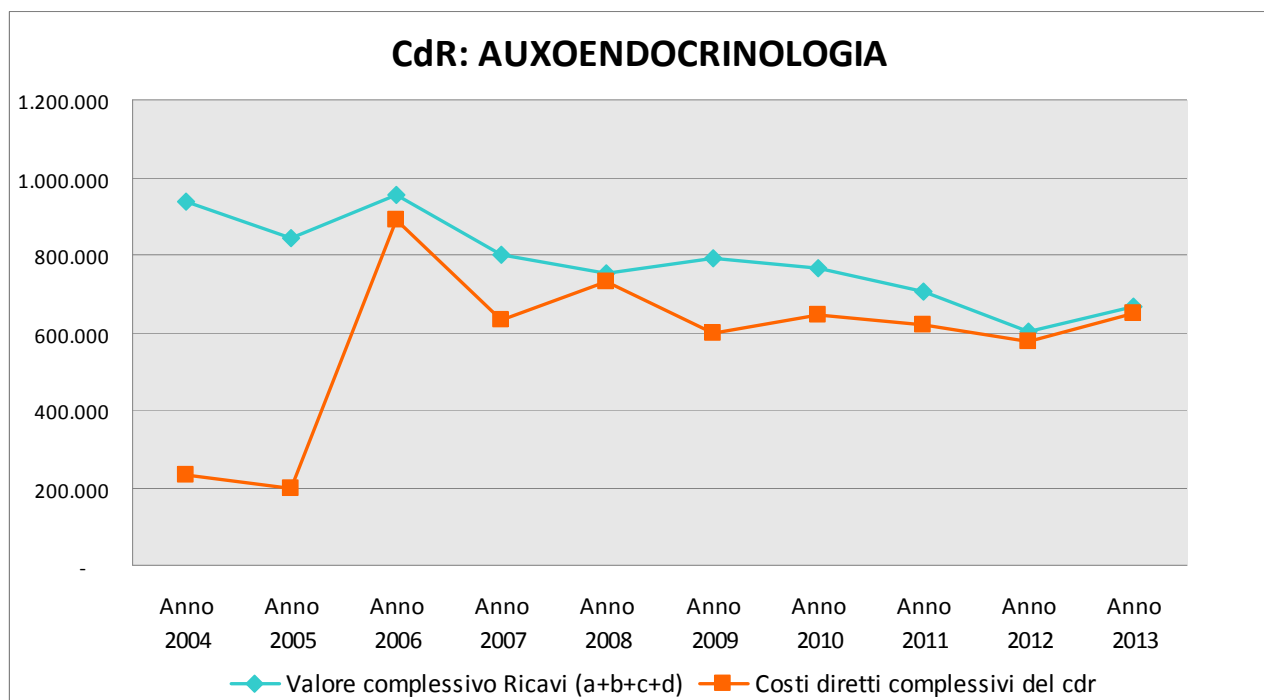


³² Il "make or buy" è la scelta di un'azienda o di un'organizzazione di costruire o di effettuare al proprio interno (make), oppure di acquistare all'esterno (buy), un componente, un prodotto o un servizio necessario alla produzione. La scelta si basa sul raffronto dei costi totali da sostenere nei due 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.

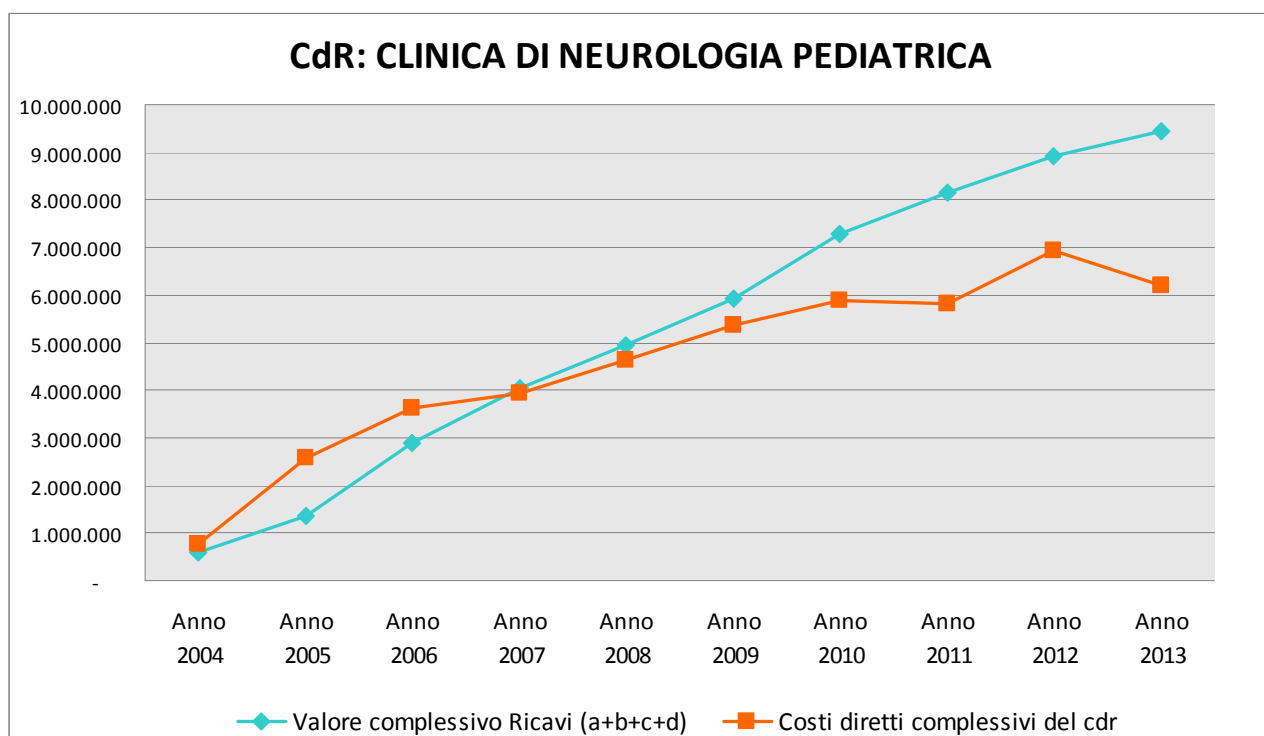
I CdR di Clinica Pediatrica I e Clinica Pediatrica II trattano pazienti in ricovero diurno e in specialistica ambulatoriale. Questi presentano esattamente un andamento opposto per quanto riguarda il primo margine operativo, infatti mentre la Prima Clinica passa nell'anno 2011 da un primo margine positivo 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.



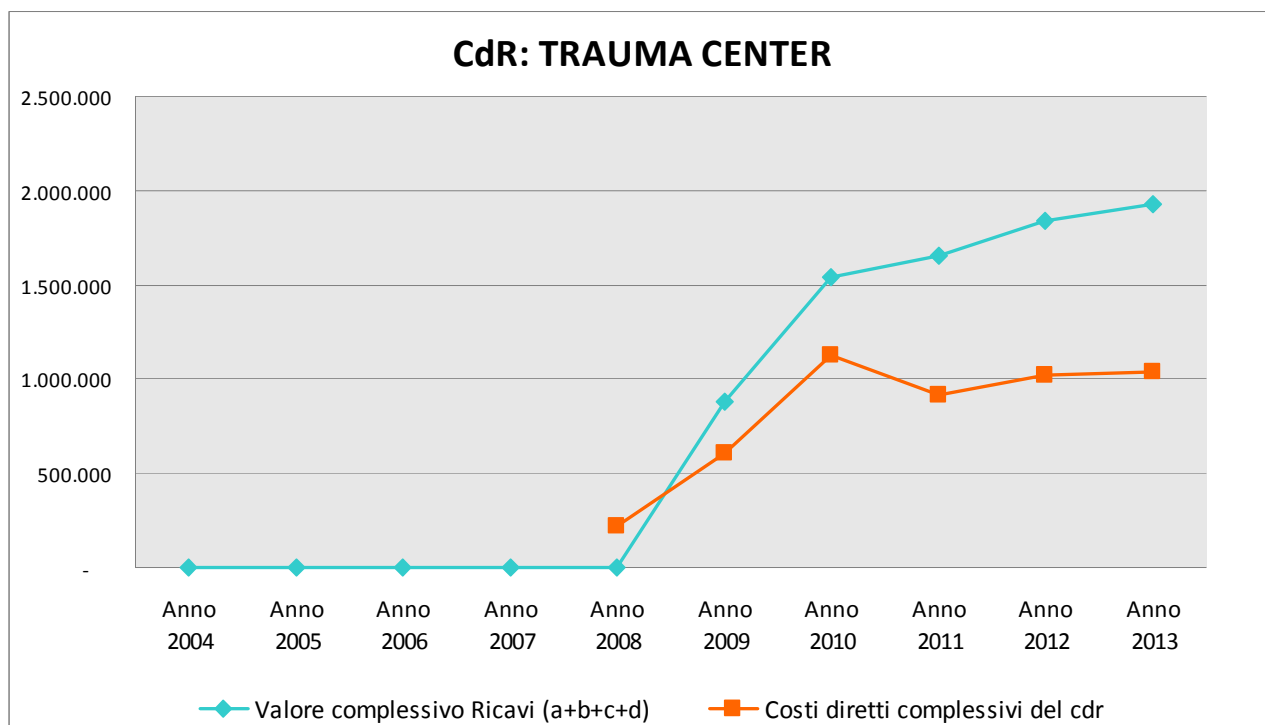
Per quanto riguarda il CdR di Fibrosi cistica (di cui siamo centro di riferimento regionale) si rileva un andamento in stretta correlazione fra costi complessivi diretti e ricavi diretti, segno di una componente altamente variabile dei primi rispetto alla produzione (tipicamente il costo del personale 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.



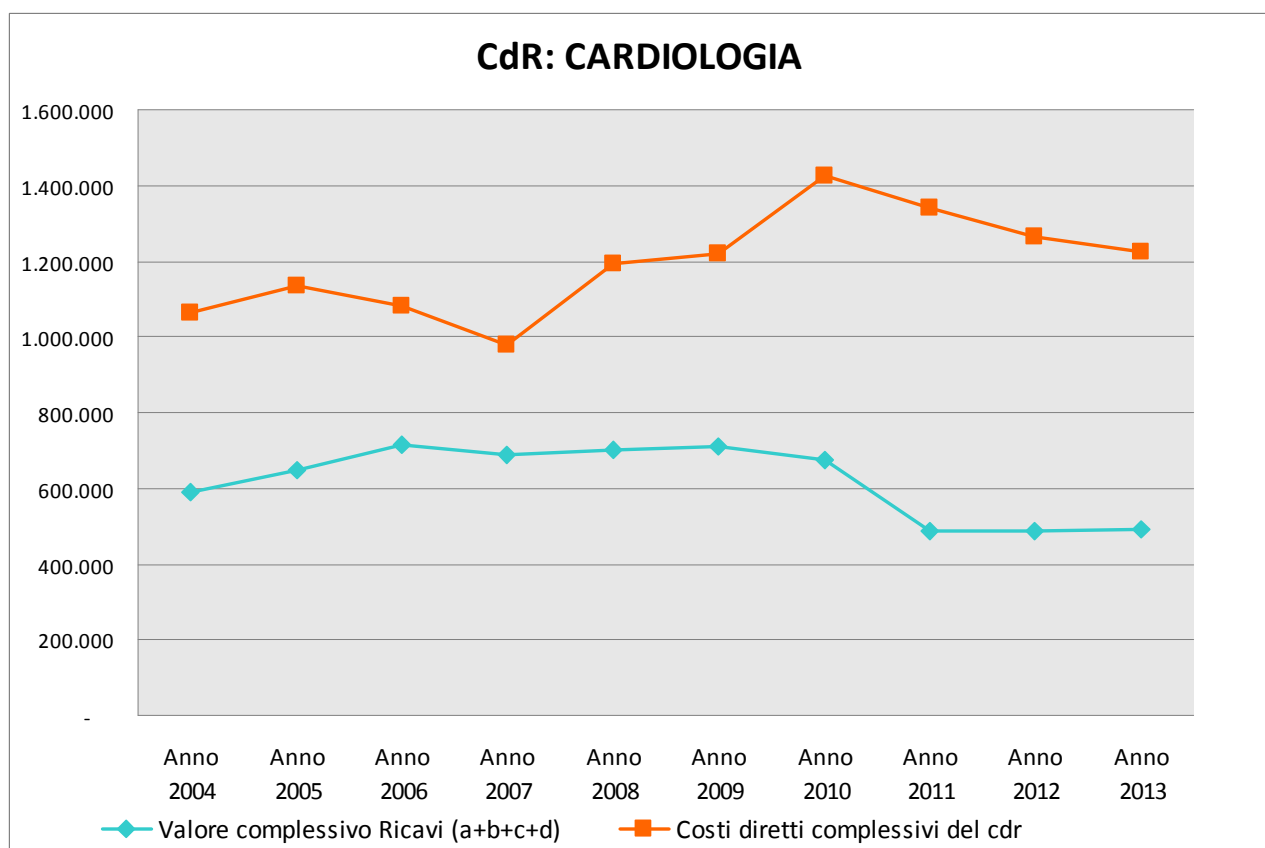
Per quanto riguarda il CdR di Auxoendocrinologia si rileva un andamento piuttosto costante nel tempo tra valore complessivo dei ricavi e costi diretti complessivi che genera una costante permanenza di un primo margine operativo positivo.



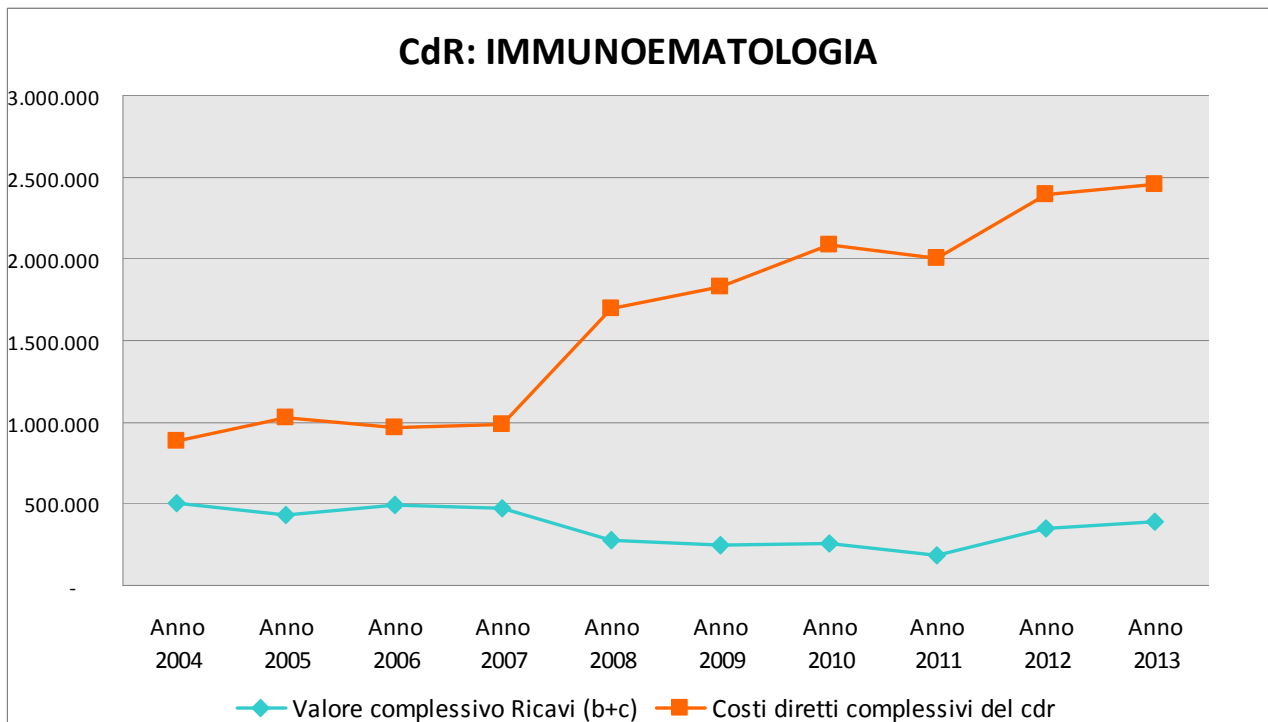
Per il CdR di Neurologia Pediatrica si rileva un trend in forte e costante crescita per tutto il periodo di analisi, nel quale si rileva un primo margine operativo negativo (fino all'anno 2007) che dal 2008 è diventato positivo incrementandosi progressivamente e con buone percentuali di crescita.



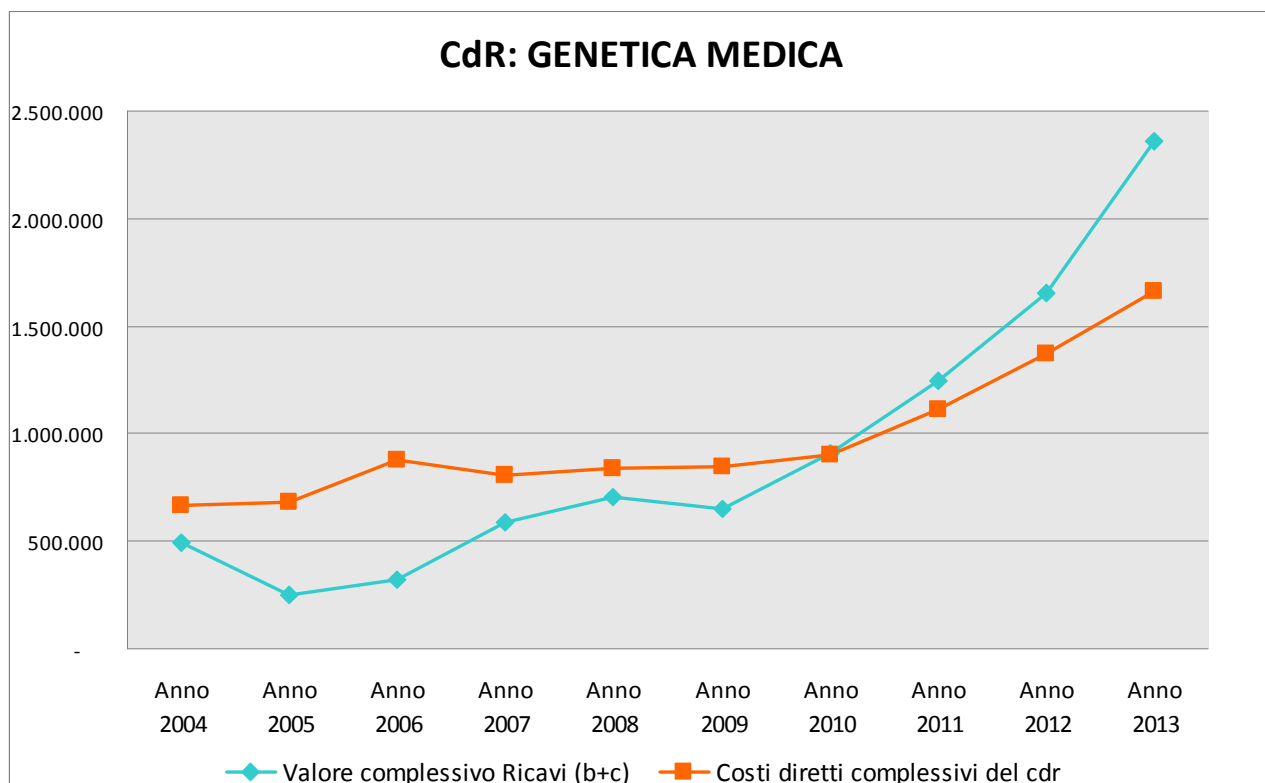
L'attività del CdR Trauma Center è iniziata nell'anno 2009 attraverso la progressiva individuazione come centro di riferimento regionale per il trattamento dei politraumi pediatrici. Fin dall'inizio della sua attività ha rilevato un primo margine positivo che nel corso degli anni è andato aumentando.



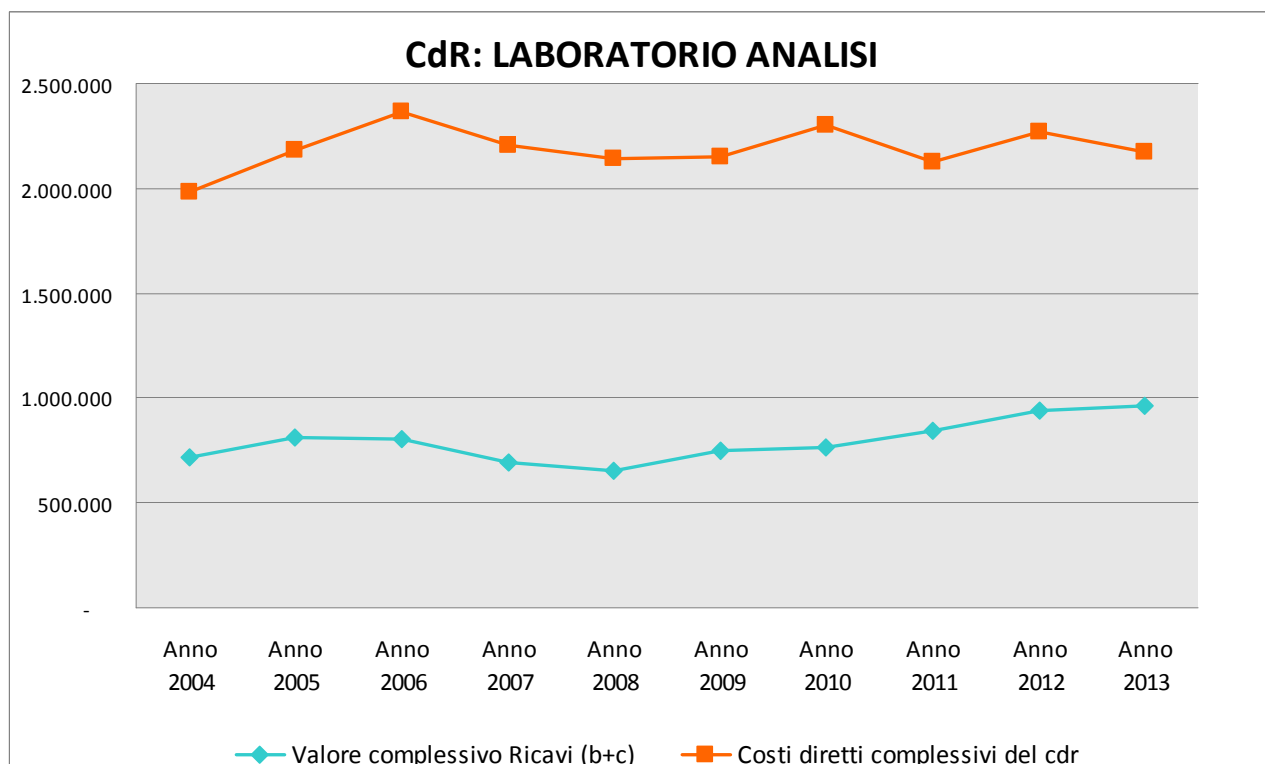
La rilevante forbice tra costi e ricavi della Cardiologia, a favore dei primi, oltre agli elevati costi relativi alle risorse impiegate ed alla inadeguata capacità remunerativa delle tariffe, è generata dal fatto che il CdR svolge in larga misura attività di supporto, tramite consulenza, per altri CdR.

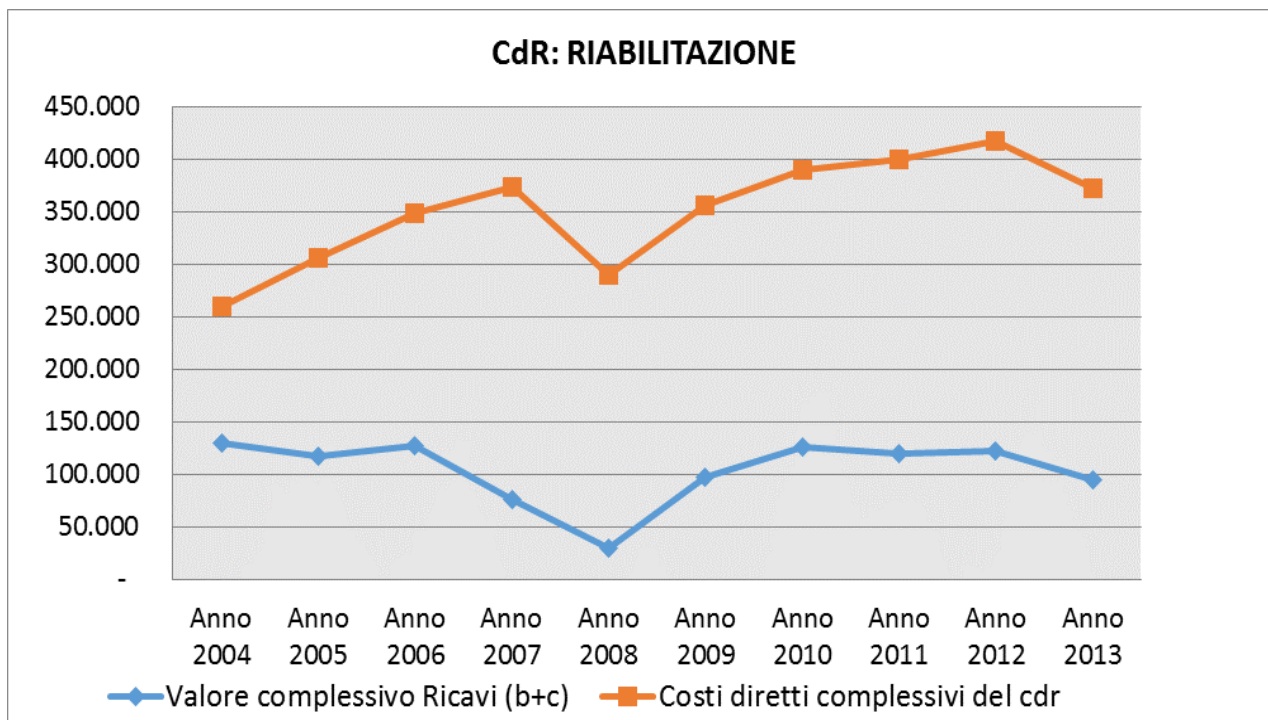


Per quanto riguarda il CdR di Immunoematologia si evidenzia come questo rappresenti prevalentemente un servizio di supporto agli altri CdR produttivi aziendali, svolgendo prestazioni nei confronti di pazienti ricoverati. Da questo ne deriva un primo margine operativo costantemente negativo.

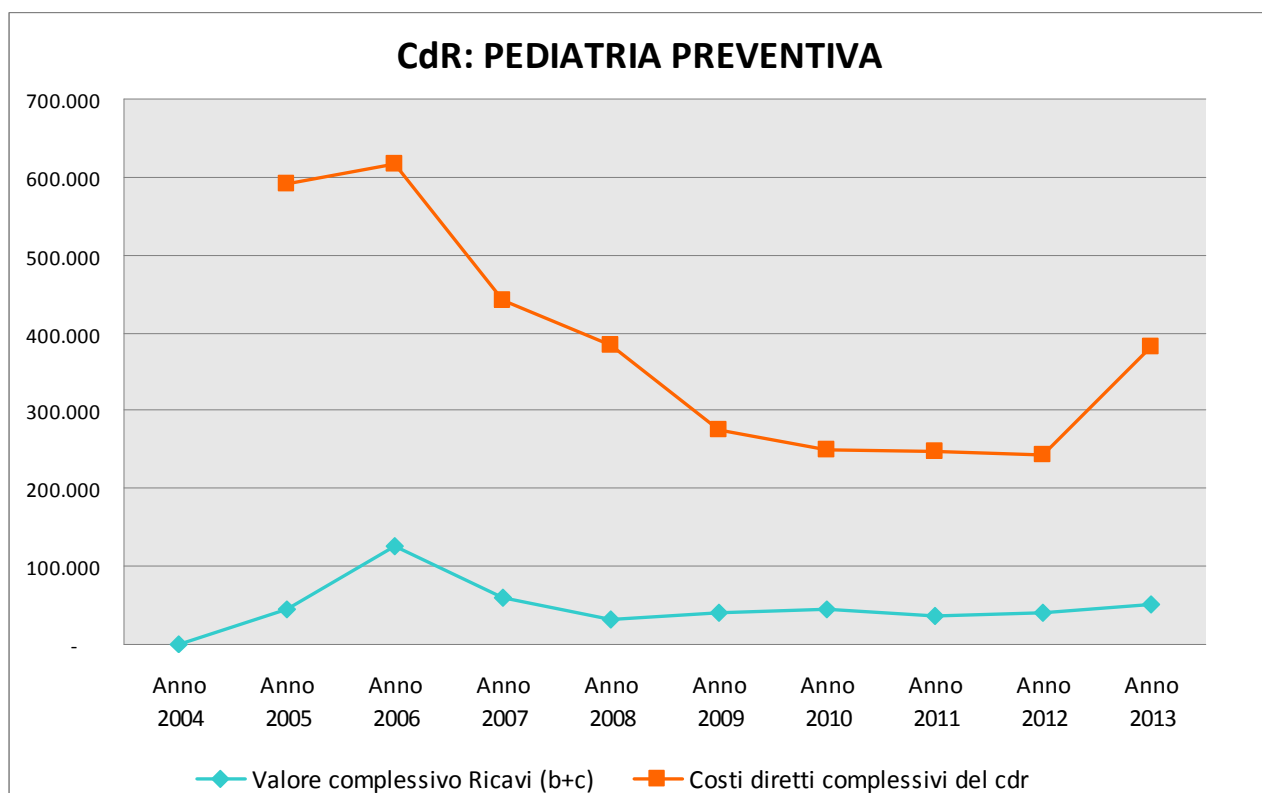


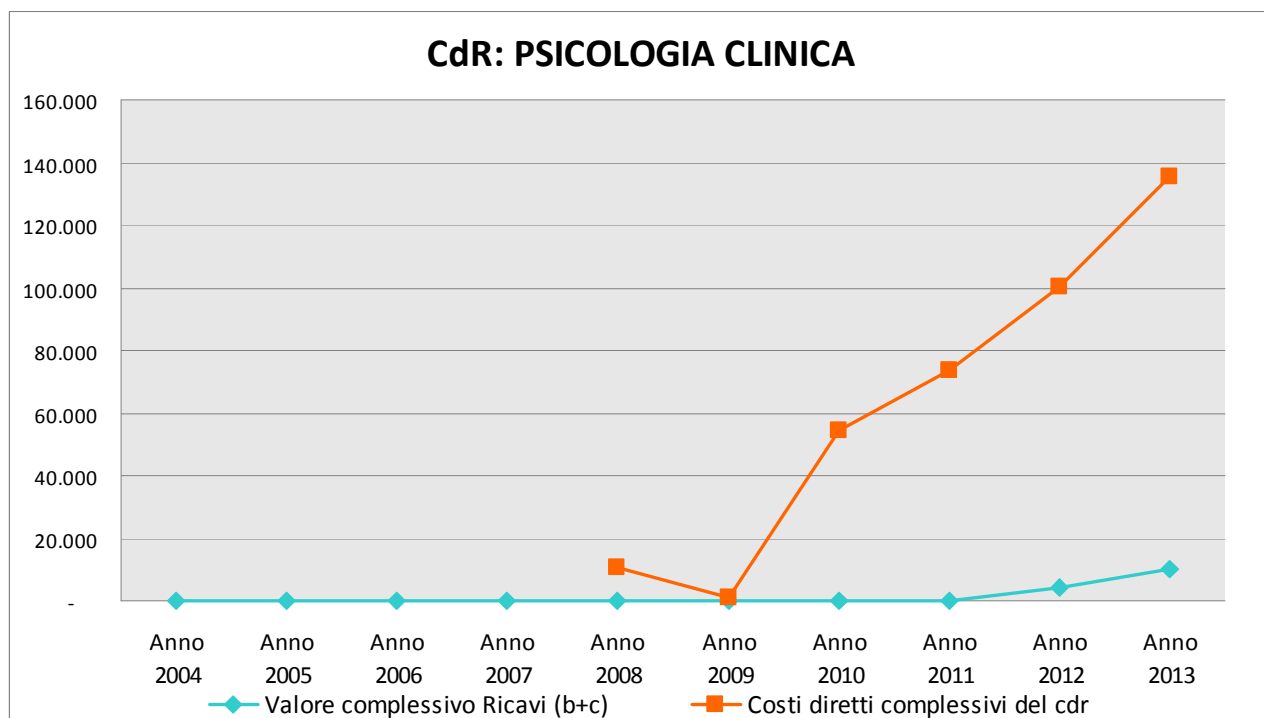
Il CdR di Genetica medica ha visto una variazione significativa del segno del primo margine operativo passando da valori negativi (fino all'anno 2010) a valori positivi, anche grazie agli investimenti in risorse umane e tecnologie sanitarie all'avanguardia che l'Azienda ha effettuato consentendo di svolgere nuove indagini genetiche con una razionalizzazione dei costi.



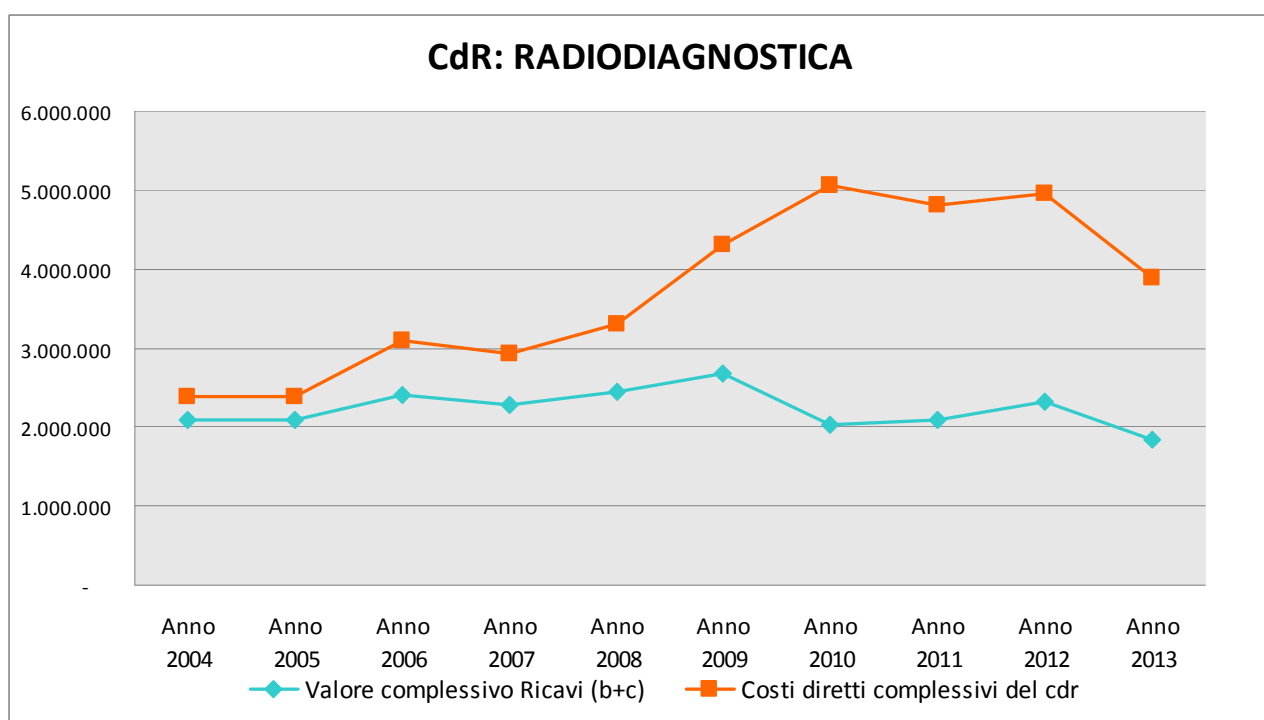


Come altri CdR esaminati in precedenza, anche i CdR Laboratorio analisi e Riabilitazione svolgono prevalentemente un servizio di supporto agli altri CdR produttivi aziendali, erogando prestazioni nei confronti di pazienti ricoverati. Da questo ne deriva un primo margine operativo costantemente negativo.





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 Ospedaliero 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.



Azienda Ospedaliero-Universitaria

IL DIRETTORE GENERALE

Allegato n° 1



Servizio
Sanitario
della
Toscana

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.

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

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	29.584.396	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 GE	Anno 2013	Anno 2012	Delta Assoluto	Delta %
B.2.B) Servizi non sanitari	10.289	10.810	- 521	-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

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 CR (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 incremento 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 CR.

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

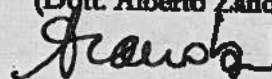
IL DIRETTORE GENERALE

- 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 stato 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 Riconoscimento esiti conseguenti alla spending review;
 2. Nr. 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.



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	8.898	9.040	8.886	- 154	-1,70%	2.045	23,24%
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	5,85	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	36,48%
% tasso utilizzo letti di degenza ordinaria	78,54	88,17	88,18	87,52	- 1	-0,75%	9	11,43%
% attrazione extraregionale ricoveri ordinari	12,11	24,79	23,88	23,96	0	0,42%	12	87,90%
N. accessi Day Hospital	8.252	34.388	34.271	36.200	829	2,71%	28.048	328,58%
% attrazione extraregionale ricoveri diurni	9,82	18,09	17,44	18,83	1	6,82%	9	87,71%
N. sale operatorie	3	7	7	7	-	0,00%	4	133,33%
N. dipendenti	861	968	966	963	- 2	-0,21%	312	47,93%
N. prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni (escluso farmaci)	408.282	604.408	601.011	601.731	720	0,12%	198.468	49,22%
N. accessi in pronto soccorso	31.351	46.058	42.965	42.719	- 246	-0,55%	11.368	36,26%
Valore della produzione (in migliaia di Euro)	55.101	100.856	106.144	105.836	- 308	-0,28%	50.735	92,08%
Costo della produzione (in migliaia di Euro)	52.706	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."

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	166,27%	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 pressoché 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».

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'AOUP;
- 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.

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 raffrontati 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

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, purché 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	4.027.127,89	3.944.822,12	3.776.432,42	-188.189,70	-4,28%	-250.695,24	-6,23%
FD- CONSUMO FARMACI DISTRIBUZIONE DIRETTA	4.560.994,84	5.374.211,90	5.780.854,16	406.642,36	7,56%	1.200.559,32	26,21%
50-CONSUMO FARMACI	8.807.222,80	9.319.033,92	9.557.086,58	238.252,66	2,56%	749.864,08	8,51%
52-CONSUMO PRESIDI	5.029.256,19	4.559.484,01	4.798.467,38	240.003,35	5,27%	-224.780,89	-4,46%
54-CONSUMO MATERIALE USO DIAGNOSTICO	3.262.478,65	3.399.547,83	3.467.178,25	128.828,82	3,85%	204.697,40	6,27%
56-CONSUMO MATERIALE ECONOMALE	577.742,12	496.246,72	454.403,38	-41.843,34	-8,43%	-123.338,74	-21,35%
57-PRODOTTI DIETETICI	283.577,71	320.148,68	370.883,33	50.734,65	15,78%	87.105,82	30,72%
1507-CONSUMO MATERIALE PROTESICO	778.812,97	608.732,29	715.107,40	-188.924,88	-21,31%	-63.505,57	-8,18%
Totale complessivo	15.532.892,34	18.940.973,45	19.382.924,30	421.950,85	2,23%	839.031,88	4,48%
Totale complessivo AL NETTO FD	13.962.797,50	13.566.761,65	13.592.270,14	15.508,49	0,11%	-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	2.865.535,00	2.929.987,00	264.452,00	594.652,00
Costo Farmaci Oncologici e Biologici (FED)	571.439,37	1.715.308,00	1.466.998,00	-248.312,00	895.558,63
Costo Farmaci farmaci Talassemie (FED)	294.682,00	269.780,00	393.728,00	124.978,00	99.046,00

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

protesico) 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 (*voci 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.

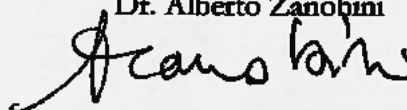
Si può chiaramente prendere atto che lo sviluppo dell'attività e la correlata contrazione delle risorse umane ben oltre il 1,4% rappresenta la capacità - auspicata dal legislatore toscano, nell'attribuzione della valenza affidata al Meyer di unico ospedale regionale per la casistica pediatrica di maggior 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



Handwritten signature or text, possibly "H. C. ...".



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

Allegato 1.1

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 24-10-2005 (punto N. 34)

Delibera

N.1043

del 24-10-2005

Proponente

ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione per estratto

Dirigente Responsabile: Maria Giuseppina Cabras

Estensore: Maria Giuseppina Cabras

Oggetto:

Attuazione Piano di sviluppo 2005/2006 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Meyer".

Presenti:

CLAUDIO MARTINI

SUSANNA CENNI

FEDERICO GELLI

GIANNI SALVADORI

MARIA CONCETTA ZOPPI

MARINO ARTUSA

RICCARDO CONTI

MARCO MONTEMAGNI

GIANFRANCO SIMONCINI

ANNA RITA BRAMERINI

AGOSTINO FRAGAI

ENRICO ROSSI

MASSIMO TOSCHI

Assenti:

AMBROGIO BRENNI

STRUTTURE INTERESSATE:

Tipo

Direzione Generale

Denominazione

**DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI
SOLIDARIETA'**

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

- il Piano sanitario regionale 2002/2004, approvato con deliberazione CRT n. 60 del 9.4.2002, nell'ambito delle strategie per il miglioramento globale della qualità dell'assistenza pediatrica sull'intero territorio regionale, ha definito il ruolo dell'Azienda Ospedaliera Meyer quale ospedale pediatrico regionale di terzo livello e ha previsto lo sviluppo di azioni finalizzate a rafforzare la capacità operativa dell'Azienda e le sue funzioni di coordinamento della rete pediatrica regionale;
- le indicazioni strategiche del PSR 2005/2007, approvato con deliberazione CRT 16 febbraio 2005 n. 22, e le finalità definite nell'ambito dei progetti speciali di interesse regionale, confermano i compiti e le funzioni dell'Azienda Ospedaliera Meyer, anche con riferimento alle specifiche direttive per la "Rete materno-infantile", di cui alla deliberazione G.R. 13 settembre 2004 n. 915;
- il Piano attuativo ospedaliero (P.A.O.) 2002-2004, adottato dall'Azienda Ospedaliera Meyer con atto del proprio Direttore Generale n. 276 del 29.6.2001 e classificato facente parte integrante del bilancio di previsione 2002-2004, ha definito le iniziative dell'Azienda per:
- il perseguimento dell'alta specializzazione degli interventi e il miglioramento dell'efficacia, in una logica di sistema di "rete" per garantire l'unitarietà e la continuità dei percorsi assistenziali;
- l'orientamento della produzione verso l'implementazione delle attività di terzo livello;
- l'impegno per la ricerca e la didattica, come strumento di crescita complessiva delle metodiche diagnostiche e curative e come elemento di formazione continua;
- la promozione della salute mediante strumenti di comunicazione e di intervento diretto nell'ospedale e nella rete mondiale;
- la partecipazione alla rete OMS attraverso la gestione e il coordinamento di programmi internazionali e il ruolo nella rete della cooperazione internazionale;

PRESO ATTO che l'Azienda Ospedaliera Meyer, nell'ambito del proprio processo di sviluppo in corso per il perseguimento delle finalità soprarichiamate, al cui interno si collocano anche le azioni finalizzate alla realizzazione di ambiti logistici adeguati con la costruzione della nuova sede ospedaliera, ha definito il Piano di sviluppo 2005-2006 e lo ha inoltrato all'Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana, unitamente ad apposita relazione, conservata agli atti dell'amministrazione regionale, sullo stato di attuazione del PAO 2002-2004, adeguatamente corredata degli elementi informativi sulle iniziative adottate, sulla produzione erogata e sui relativi costi;

VERIFICATO che all'interno del Piano di sviluppo 2005-2006 suddetto sono dettagliatamente definiti gli interventi previsti per il perseguimento degli obiettivi posti in relazione ai vari ambiti di attività e alle varie specialità, con particolare attenzione:

- alla qualificazione delle prestazioni di III livello;
- all'organizzazione appropriata dei percorsi assistenziali in un'ottica di garantire la razionalizzazione dei costi dell'assistenza congiuntamente all'attenzione per le esigenze dell'utenza;

- alla riorganizzazione interna per assicurare una corretta gestione del maggior carico di ricoveri previsto e dell'aumento della loro complessità;
- allo sviluppo degli interventi integrati interaziendali in area metropolitana;
- al recupero della mobilità passiva extraregionale;

PRESO ATTO che l'attuazione del Piano di sviluppo suddetto, correlato alle azioni per l'entrata in funzione del nuovo Meyer in corso di realizzazione a Villa Ognissanti, comporta un inevitabile potenziamento dell'attività di produzione dei servizi, con conseguente variazione dei costi;

PRESO ATTO che a livello regionale è stato attivato il processo costante di verifica e di monitoraggio sugli obiettivi di contenimento della spesa assegnati alle varie Aziende sanitarie e delle certificazioni trimestrali prodotte dai Direttori generali delle Aziende sanitarie, come previsto dall'intesa Stato/Regioni adottata dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome in data 23.03.2005;

RILEVATO che, per quanto riguarda l'AOU Meyer, l'attuazione del P.A.O. 2002/2004 è stata condotta dall'Azienda con attenzione ai criteri di razionalizzazione dell'uso delle risorse, come si evince dai dettagliati elementi informativi forniti dall'apposita relazione soprarichiamata, con azioni sulla produzione orientate a sviluppare l'attività dell'Azienda verso la sua vocazione di terzo livello, lo spostamento di attività da ricoveri ordinari a interventi in day hospital, l'incremento di attività indirizzata a utenti di fuori regione, con percentuali di incremento della spesa fortemente abbattute rispetto all'incremento della produzione e con un risultato di bilancio lievemente in attivo in tutti e tre gli anni, in coerenza pertanto con gli obiettivi assegnati a livello regionale;

CONSIDERATO che gli incrementi di costi previsti dal Piano di sviluppo 2005/2006 sono direttamente correlati al perseguimento degli obiettivi di riorganizzazione e potenziamento dell'Azienda Ospedaliera Meyer definiti dagli atti di programmazione regionale, come documentato nella relazione di accompagnamento;

CONSIDERATO altresì che l'aumento dei costi previsto risulta ampiamente compensato dal valore della produzione e dalla maggiore capacità di attrazione extraregionale, come si evince dai dati contenuti nella relazione prodotta;

VALUTATO pertanto il Piano di sviluppo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer 2005/2006 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 delle Aziende sanitarie toscane;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare il Piano di sviluppo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer 2005/2006, corredato di apposita dettagliata relazione, contenente gli elementi informativi necessari per una

sua valutazione di congruità e i dati sullo stato di attuazione del P.A.O. 2002-2004, dando atto della sua coerenza con le determinazioni contenute negli atti di programmazione regionale PSR 2002/2004 e PSR 2005/2007.

2. di dare mandato all'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, per le motivazioni espresse in narrativa, di adottare le misure necessarie per dare attuazione agli interventi previsti dal Piano di sviluppo suddetto, fermo restando l'obbligo dell'Azienda Meyer di mantenere l'equilibrio di bilancio.
3. di dare atto che gli eventuali oneri aggiuntivi derivanti dall'attuazione del presente provvedimento saranno compensati all'interno dei finanziamenti ordinari del fondo sanitario regionale.

Il presente provvedimento, soggetto a pubblicità ai sensi della L.R. 9/95 in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato per estratto sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'art. 3, comma 2, della L.R. 18/96.

**SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
VALERIO PELINI**

**Il Dirigente Responsabile
MARIA GIUSEPPINA CABRAS**

**Il Direttore Generale
ALDO ANCONA**

Direttore Generale

PROT. N. 6959

Spett. Assessore regionale al
Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà
Regione Toscana
Via Taddeo Alderotti, 26/n
50139 FIRENZE

Firenze, 19 settembre 2005

Oggetto: Piano di sviluppo dell'azienda Ospedaliero Universitaria Meyer

Il P.A.O. per gli anni 2002 - 2004 dell'azienda Ospedaliera Meyer, è stato adottato dal Direttore Generale con atto n° 276 del 29/6/2001, ed è stato classificato facente parte integrante del bilancio pluriennale di previsione 2002-2004.

I punti salienti del piano prevedevano il ruolo del Meyer nella Comunità Toscana quale punto di riferimento per:

- L'alta specializzazione degli interventi nei confronti dei piccoli pazienti per garantire unitarietà di percorsi assistenziali e di processi di lavoro, pur riconoscendo e valorizzando le differenze;
- L'apertura al contesto sociale e ascolto attivo dei segnali che ne provengono, in una visione globale dei bisogni e delle priorità sia rivolti ai singoli cittadini sia alle istituzioni che li rappresentano, senza trascurare i riflessi verso gli stakeholders interni rappresentati dai professionisti e dalle loro organizzazioni, nonché le organizzazioni sindacali;
- L'efficacia nel senso dell'adeguatezza delle risposte ai problemi prioritari e documentati;
- Il coinvolgimento, quali interlocutori privilegiati, dei pediatri di libera scelta intesi come risorsa complessiva del sistema curante e come anello per una effettiva continuità assistenziale;
- L'eccellenza qualitativa riconosciuta e valorizzata dalle scelte dei cittadini;
- L'orientamento della produzione verso l'implementazione di attività di terzo livello.
- Il ruolo della ricerca e della didattica sia come strumento di crescita complessiva delle metodiche diagnostiche e curative, ma anche come elemento di formazione continua;
- Il ruolo della promozione della salute mediante strumenti di comunicazione e di intervento diretto nell'ospedale e nella rete mondiale;
- Il ruolo della partecipazione alla rete OMS attraverso gestione o coordinamento di programmi internazionali.
- Il ruolo nella rete della Cooperazione internazionale al fine di favorire non solo la cura al Meyer di bambini sfortunati ma per far crescere in loco le potenzialità di prevenzione e cura.

Ora, dopo la sua naturale scadenza, l'azienda Ospedaliero Universitaria Meyer presenta, in allegato, l'evoluzione che detto piano ha avuto nel triennio di riferimento, con particolare evidenziazione delle attività che sono state avviate nel corso del 2004, ultimo anno di validità del piano stesso, e che hanno indubbi riflessi sia organizzativi, sia produttivi che di impiego delle risorse per l'anno 2005 e futuri.

Come richiamato dalla S.V., anche con la recente comunicazione prot. 125/13915 del 28 aprile 2005, le compatibilità economiche regionali devono guidare le diverse situazioni in cui si trovano le strutture sanitarie ai fini del Patto di stabilità e dell'equilibrio dei vincoli sia in ordine alle risorse umane sia in relazione all'andamento dei costi e ricavi, che la normativa nazionale e la programmazione regionale ha imposto a tutto il settore sanitario.

La legislazione nazionale, con le previsioni della legge finanziaria per il 2005, non consentirebbe, a questa azienda, di proseguire il piano di sviluppo bensì imporrebbe un drastico ridimensionamento della produzione e conseguentemente la realizzazione di significative perdite di bilancio, come già evidenziato nell'incontro avuto con la S.V. nella giornata del 30 marzo u.s.

Vale la pena di ricordare come il piano di sviluppo debba proseguire ed arrivare a compimento in parallelo con i tempi di ultimazione ed entrata in funzione del nuovo Meyer, in corso di realizzazione a Villa Ognissanti.

I lavori sono ormai a buon punto, il 1° lotto (corpo tecnologico e principale dell'ospedale) si chiuderà entro ottobre 2005, il 2° lotto (ali Villa Ognissanti e palazzine ingresso) nel corso del 2006 ed il 3° lotto (parcheggio) entro ottobre 2005.

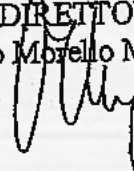
In particolare la presente relazione è rivolta, oltre che alla condivisione delle azioni di sviluppo da intraprendere, anche alla necessità di richiedere a codesta regione apposita deroga per:

1. **variazione nell'anno 2005 dei costi superiore al 2%**, poiché lo sviluppo delle attività già iniziate nel 2004 e l'avvio da inizio anno della Broncoscopia e dell'ortopedia, decisioni assunte prima dell'approvazione della finanziaria già producono effetti di aumento costi superiori al 10%, ampiamente compensati dal valore della produzione soprattutto quella fuori Toscana;
2. **variazione risorse umane in relazione alle diverse tipologie contrattuali**, sia come assunzioni a tempo indeterminato per la stabilizzazione delle funzioni già attivate sia per quelle a tempo determinato per la sperimentazione delle nuove funzioni;
3. **autorizzazione alla variazione fondi per il finanziamento delle posizioni organizzative, turni e reperibilità, nonché salario di risultato in funzione della variazione numerica del personale in relazione all'attivazione delle nuove funzioni e dell'adeguamento dei carichi di lavoro delle preesistenti funzioni correlate alle nuove attività.**

Alla luce di quanto sopra, ed al fine di permettere a codesto Assessorato ed alla Giunta Regionale, di esprimere le proprie valutazioni in merito, e la formulazione delle necessarie deroghe rispetto ai vincoli della legge finanziaria 2005, si ritiene opportuno presentare inoltre la possibile evoluzione che detto piano potrà avere nel corrente anno 2005, con accenni ai riflessi anche agli anni successivi, riservando a successivi provvedimenti la vera e propria evoluzione del piano per il successivo biennio 2006-2007.

Distintamente

IL DIRETTORE
(dr. Paolo Morello Marchese)



IL PIANO DI SVILUPPO 2005-2006

Il Piano di sviluppo che l'azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer si prefigge di perseguire nei prossimi anni, trova fondamento negli atti di programmazione e pianificazione della Regione, a partire dal Piano Sanitario Regionale 2005-2007 e dal documento della "Rete materno-infantile regionale".

Il ruolo che si richiede di assolvere ad un Ospedale Pediatrico regionale (PSR 2005-2007 § 5.2.1.5.) è quello di rispondere ad esigenze assistenziali peculiari, e pertanto deve:

- essere in condizione di fornire **prestazioni qualificate di III° livello**, diversamente usufruibili da parte del cittadino se non in strutture extraregionali o estere, di aumentarne la quantità erogata dai propri professionisti per mantenere elevati la qualità degli stessi. A tal fine, ed in particolare per le prestazioni chirurgiche, è doveroso attivare coordinamenti regionali per le alte specialità, orientarsi ad individuare per esse *équipe regionali uniche* di professionisti di cui si preveda la operatività anche all'interno degli altri Ospedali di terzo livello;
- inserirsi in una organizzazione appropriata dei percorsi assistenziali, rivolti alle patologie pediatriche, che garantiscano una prima risposta diffusa sul territorio per tutte le prestazioni ad elevata frequenza e costi di erogazione contenuti, ed una progressiva centralizzazione verso strutture ospedaliere di secondo e terzo livello per quelle meno frequenti, più complesse e/o costose. La qualificazione di detti percorsi assistenziali tiene conto della valorizzazione da riconoscersi agli specialisti già qualificati della Rete pediatrica regionale, ma può avvalersi anche della presenza dello specialista del Meyer nelle sedi periferiche per attività di visita o di quant'altro erogabile in ricovero diurno. Tale orientamento non solo risponde alla esigenza di razionalizzazione dei costi dell'assistenza, innescando economie di scala, ma tiene in considerazione le esigenze dell'utenza sia in riferimento ai tempi di attesa che ai costi della migrazione sanitaria;
- in diretta conseguenza dei due punti precedenti, essere il promotore delle azioni orientate al recupero della **mobilità passiva extraregionale**, garantendo, con la qualificazione dei propri professionisti, quella risposta specialistica che ora viene ricercata altrove;
- garantire l'**approccio integrato plurispecialistico** alla patologia rara e/o complessa attraverso la presa in carico di questa casistica con l'obiettivo di mettere il paziente al centro delle attenzioni dei professionisti. Tale organizzazione consente non solo di erogare pacchetti di prestazioni, sia diagnostiche che terapeutiche, in modo integrato, riducendo le necessità di ripetuti accessi alle strutture sanitarie da parte dell'utente, ma anche di impostare il piano di trattamento in modo da coordinare il ruolo e i tempi di interventi di ciascuno specialista;
- qualificare l'**accoglienza della propria utenza** per il target pediatrico al quale si rivolge. Questa peculiarità, che il Meyer sta da sempre sviluppando e per la quale si pone già ora su livelli di alta qualità, potrà diventare di eccellenza nella nuova struttura presso la Villa Ognissanti. E' pertanto naturale ricondurre in questa sede le attività esclusivamente rivolte all'utenza pediatrica, compresa l'area metropolitana, garantendo il comfort alberghiero e la qualificazione del personale di assistenza adeguato a questa particolare tipologia di utenza;

- promuovere la ricerca pediatrica, sia clinica medica che assistenziale infermieristica. Non solo si devono sviluppare progettualità nella ricerca di base ed in quella finalizzata, ma va garantito un unico coordinamento e punto di raccolta di tutti gli output che, su tali tematiche, possono essere raccolti anche nelle attività assistenziali fornite da tutti i livelli della rete regionale.

Il Meyer si è mosso già nel triennio 2002-2004 secondo queste direttive, ma grande spinta ha dato alle proprie azioni in merito alla qualificazione degli specialisti, alla ricerca di professionalità prima non possedute, alla organizzazione di settori nuovi o all'accoglimento di settori attivati in precedenza presso altre aziende dalla seconda metà del 2004 ed in questa prima parte di anno 2005, ponendo le basi di uno sviluppo che continuerà nel prossimo biennio.

Se da una parte il qualificare l'azienda pediatrica regionale in tal senso richiede iniziali investimenti ed azioni di riorientamento nelle relazioni tra i vari punti della rete, dall'altra le ricadute in termini di razionalizzazione della spesa e soddisfazione dell'utenza iniziano già a documentarsi.

Le analisi effettuate, anche negli anni passati, sugli andamenti della mobilità passiva hanno orientato le priorità di intervento per le azioni avviate dal Meyer, ed analoga evidenza ci danno le modifiche del case mix rilevate in Azienda negli anni 2002-2004 che hanno evidenziato l'incremento atteso dei ricoveri nelle patologie complesse: in particolare abbiamo visto che la attività complessiva di ricovero per le specialità internistiche (patologia neurologica, malattie metaboliche, malattie infettive, endocrinologia gastroenterologia ed allergologia) è passata dai 907 ricoveri del 2002 ai 1324 del 2004; similmente la attività chirurgica (particolarmente per i DRGs neurochirurgici, oculistici, otorinolaringoiatrici, di chirurgia addominale e nefrourologica) ha visto incrementare i suoi casi dai 1172 del 2002 ai 1709 del 2004.

Per quanto attiene alla qualificazione delle prestazioni di III° livello, sia nell'ambito delle Alte specialità pediatriche individuate nel documento della "Rete materno-infantile regionale" che in altri settori specialistici, possiamo fare le seguenti considerazioni:

- il Coordinamento Regionale per la Neurochirurgia, già avviato e all'interno del quale l'équipe professionale del Meyer opera sia sulla sede di Firenze che presso la AOU di Siena, dovrà allargarsi con analoghe modalità organizzative sulla Area Vasta di Nord-Ovest. Il pieno funzionamento di questa alta specialità richiede inoltre il coordinamento di approcci multi professionali, sia con specialità già presenti in Azienda, come l'oculistica, l'otorinolaringoiatria, l'odontostomatologia, l'oncoematologia che andranno però potenziate, ma anche con specialità non presente e per le quali si stanno favorendo accordi professionali e istituzionali con la AOU Careggi, come per la chirurgia Maxillo-Facciale e la radioterapia;
- per l'alta specialità di Cardiocirurgia si sta investendo in risorse di personale ed attrezzature che consentano la effettuazione, già nell'attuale struttura del Meyer, di una quota parte di interventi in circolazione extracorporea ad opera della équipe specialistica del CNR che opera presso l'OPA di Montignoso (Massa). L'équipe cardiologica del Meyer, che già attualmente effettua, nella sala resa disponibile dall'AOU Careggi, le indagini emodinamiche diagnostiche ed interventistiche dei piccoli cardiopatici, è già in grado di offrire tutta l'assistenza specialistica che questi pazienti richiedono nel pre e post intervento. Nel contempo nei settori delle terapie intensive e della degenza (reparti di pediatria medica), coinvolti nel percorso assistenziale per questi ricoverati, si stanno adeguando le strutture ed il personale. Il trasferimento al nuovo

ospedale consentirà di effettuare in sede tutta la gamma delle prestazioni diagnostiche ed interventistiche per le patologie cardiache e richiederà adeguamenti di risorse, in particolare modo di personale;

- nell'ambito dell'alta specialità di **Oncoematologia**, particolare attenzione è già stata posta e andrà ulteriormente investito nell'attività trapiantologica, al fine d'incrementare nel tempo la effettuazione di trapianti di midollo allogenici, anche con la possibilità di accedere alle banche di midollo. Pertanto sono state formate alcune professionalità presso Centri di Alta Specializzazione e si è investito tecnologicamente attrezzando ed attivando un laboratorio a contaminazione controllata, necessario alla produzione di colture cellulari a fini terapeutici. Questi trattamenti costituiscono oggi la frontiera sperimentale per una parte importante non solo di patologie tumorali, ma anche di patologie ematologiche infantili, là dove non esistono alternative terapeutiche o dove i trattamenti consolidati hanno fallito. La collaborazione tra diverse strutture laboratoristiche del Dipartimento (Oncoematologia, Servizio Trasfusionale, Laboratorio di Immunologia), per le quali è stata stimolata dall'Azienda una organizzazione funzionale chiamata R.I.T.A. (reparto interdisciplinare terapie avanzate) ha consentito l'avvio della attività trapiantologica allogenica fin dalla seconda metà del 2003;
- per altre attività chirurgiche si sono fatte e si prevedono azioni di qualificazione: l'assunzione, ad inizio d'anno, di specialisti anestesisti che sono formati ad un'attività diagnostica e chirurgica in **endoscopia bronchiale** ha consentito l'effettuazione di ricoveri di piccoli pazienti (molti dei quali neonati) affetti da gravi problemi respiratori provocati da anomalie dell'albero bronchiale. L'approccio plurispecialistico che il trattamento di alcuni di questi casi richiede, ha già trovato risposta nelle situazioni che si avvalgono della collaborazione del cardiocirurgo ed ora si rende necessario investire anche in professionalità di Otorinolaringoiatria particolarmente esperte nelle patologie del laringe. Per questa specialità poi si deve prevedere un arricchimento di competenze sulla patologia complessa dell'orecchio per le quali stiamo ricercando sinergie con gli specialisti dell'AOU Careggi;
- la gestione della casistica a maggiore complessità, sia medica che chirurgica, descritta sopra comporterà, e di fatto ha già comportato, una notevole modifica dell'attività nel reparto di **Rianimazione**: già in questa prima parte dell'anno 2005 abbiamo assistito ad un raddoppio della occupazione media dei 4 posti letto di terapia intensiva che hanno avuto anche momenti di criticità nella loro recettività rispetto alle esigenze dell'ospedale; il carico assistenziale medico ed infermieristico è già aumentato ed è destinato a crescere ancora; stesso incremento di attività si documenta a carico delle competenze di Anestesia per le attività ambulatoriali e di sala operatoria direttamente correlate agli andamenti dell'attività chirurgica. Tutto ciò rende necessario un adeguamento nel numero delle professionalità mediche ed infermieristiche di questa U.O.
- all'interno della Unità Operativa che ha sempre curato la clinica e la ricerca per le Malattie Metaboliche, si sono, in questi anni, formate unità di personale medico, laureato non medico e tecnico sanitario per portare a pieno sviluppo la diagnostica in Tandem Massa di queste patologie rare. Gli investimenti impiantistici e tecnologici (di provenienza specifica regionale) hanno consentito l'avvio, prima in forma sperimentale all'interno dell'area metropolitana fiorentina, poi istituzionalmente su tutto il territorio regionale, dello screening neonatale per 40 malattie metaboliche: tutti i punti nascita della Regione, a partire da Novembre 2004, raccolgono lo spot di sangue necessario all'indagine di screening effettuata presso i laboratori del Meyer che, con i suoi specialisti, garantisce poi gli approfondimenti per la eventuale

conferma diagnostica e tutto il percorso assistenziale terapeutico alle malattie conclamate. Già da ora stiamo assistendo ad un incremento delle prestazioni cliniche e seguito delle nuove diagnosi effettuate e, nel prossimo biennio, sarà certamente documentabile un ulteriore incremento. Ma la attività a cui porre maggiore attenzione fin da ora, se si vuole che migliorino gli approcci terapeutici e la procreazione responsabile in presenza di queste patologie, è certamente quella di genetica e di biologia molecolare di fondamentale supporto alla ricerca per approfondire le conoscenze di queste patologie rare:

- altri ambiti specialistici nei quali il Meyer sta qualificando la propria competenza, inserendosi nella rete regionale che deve vedere coordinate le strutture specialistiche della Neuropsichiatria Infantile della AOU Careggi e della Stella Maris, sono appunto quelli della Neurologia e della Neuropsichiatria; particolare attenzione stiamo ponendo nella soluzione della problematica clinico-organizzativa per l'emergenza-urgenza psichiatrica e per lo sviluppo del trattamento medico chirurgico dell'epilessia; anche questa attività richiede qualificate risorse in campo medico e non solo: il trattamento chirurgico dell'epilessia ha esigenze di supporto diagnostico elettrofisiologico importante, ma anche di attività laboratoristica genetica:
- il maggior carico di ricoveri che si prevedono pertanto a seguito delle azioni sopra descritte, e l'aumento della loro complessità, già documentato attraverso l'andamento incrementale dell'ultimo anno del valore medio dei DRGs, richiedono azioni concrete tendenti a garantire, da un lato, il drenaggio continuo dei pazienti dai limitati letti di Terapia Intensiva Pediatrica (nell'attuale ospedale non ampliabili oltre gli attuali 4) appena le loro condizioni cliniche lo consentano, dall'altra il ripristino della ricettività della degenza internistica, sacrificata dall'ampliamento dei letti per l'area chirurgica, effettuato nel 2004. Si è pertanto provveduto a qualificare, quali letti di terapia sub intensiva 4, posti in Pediatria Medica e, a partire da Ottobre 2005, sarà aperto anche un nuovo reparto di degenza internistico, con una dotazione di 12 posti letto pari a quelli che, nel 2004, erano stati convertiti da medici a chirurgici per fare fronte all'aumento della casistica neurochirurgica. Tale evento comporta la riassegnazione di risorse assistenziali. Accanto a queste esigenze di quantificazione dei posti letto, con le quali daremo risposta alle esigenze di aumentata ricettività per i ricoveri, l'incremento dell'indice di occupazione e l'aumento della complessità della casistica richiedono maggiori garanzie di continuità assistenziale che passa anche attraverso la stabilizzazione del personale nelle qualifiche pertinenti, infermieristico e di operatori socio sanitari (OSS), con una dotazione correttamente quantificata per garantire l'autonoma gestione delle assenze per ferie e malattie limitando al massimo il ricorso a personale precario, meno preparato alla gestione della nostra tipologia di ricoveri

Nel promuovere l'appropriata organizzazione dei percorsi assistenziali, in sintonia con gli orientamenti dettagliati in premessa, si prefigura in particolare un ruolo dell'Ospedale Meyer in quegli ambiti in cui l'approccio integrato plurispecialistico diventa indispensabile, potenziando, nel prossimo anno, le seguenti esperienze:

- al fine di sviluppare ulteriormente i servizi offerti dal DIMI, si è avviato, a partire da Febbraio 2005, presso il Meyer, il Servizio di Medicina Perinatale Multidisciplinare, che garantisce un approccio contemporaneo da parte dei professionisti delle tre Aziende metropolitane nella gestione del feto malformato. La stretta collaborazione con il Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e Diagnosi Prenatale dei difetti congeniti dell'AOU Careggi fa sì che, tutti i casi di difetti congeniti che verranno qui diagnosticati, abbiano poi una consulenza multidisciplinare presso il Meyer per la preparazione alla nascita e la successiva assistenza

neonatale. Per le malformazioni del feto legate a difetti della parete addominale, del diaframma o per altre situazioni particolari che l'équipe multidisciplinare di volta in volta potrà individuare, la nascita viene effettuata direttamente al Meyer, al fine di facilitare la presa in carico immediata del neonato patologico da parte del chirurgo e del neonatologo, garantendo la messa in sicurezza materno-fetale nelle situazioni patologiche complesse. I locali e le attrezzature che si appronteranno per la completa attività di questo servizio, potranno offrire anche spazi e tempi per i percorsi ordinari di monitoraggio prenatale, cui il Meyer, con le sue strutture diagnostiche, potrà contribuire anche per le fasi analitiche, consentendo un abbattimento dei tempi di attesa in area metropolitana;

- l'aumento della complessità della casistica trattata richiede sempre più la garanzia di una continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Il Meyer ha sempre ricercato di consentire, appena possibile, il rientro al domicilio dei piccoli pazienti, in particolare quelli oncologici (ma non solo), e questo ci ha sempre indotto a cercare collaborazioni con le strutture di assistenza domiciliare delle Aziende ASL territoriali. Purtroppo la ridotta frequenza dei casi pediatrici complessi che noi trattiamo e la loro distribuzione su tutto il territorio regionale impediscono di mantenere formati gli infermieri di tali servizi su una diversificata tipologia di prestazioni assistenziali. Riteniamo pertanto necessario allestire una piccola équipe infermieristica del Meyer, per garantire con continuità e sistematicità l'assistenza domiciliare per quegli interventi che, in modo occasionale e sull'onda di una necessità emergente, abbiamo già iniziato a fornire, pur in carenza di una struttura organizzata al riguardo. Pertanto è nostra intenzione avviare una fase di sperimentazione avviando un servizio che, integrato con la esistente Unità di cure Palliative, prenderà in carico i pazienti al momento della dimissione, li assisterà a domicilio, affiancata dagli infermieri territoriali di competenza, per il periodo di tempo necessario a formarli sulle specifiche prestazioni.

IL trasferimento, all'interno dell'Azienda Ospedaliera pediatrica, di settori di attività operanti presso altre Aziende, ma rivolti ad una utenza esclusivamente pediatrica, ha visto l'avvio, in questi primi mesi del 2005, delle seguenti attività:

- da Giugno del corrente anno, il Meyer ha operativamente avviato, dopo l'allestimento dei locali necessari, l'attività di Odontoiatria Speciale rivolta a disabili in età pediatrica (0-18 anni) e a pazienti a rischio (pazienti cioè affetti da varie patologie croniche con complicanze odontostomatologiche, nella fascia d'età 0-14 anni) precedentemente effettuata presso l'AOU Careggi, acquisendo la professionalità medica competente là dedicata e fornendo il supporto medico ed infermieristico di altre unità di personale. Avere questa attività inserita in un ospedale pediatrico, dove anche le altre strutture di supporto necessarie sono da sempre qualificate per trattare bambini affetti da patologie complesse, garantisce maggiore organicità e correttezza ai percorsi assistenziali. Infatti parte di questa attività, proprio per la peculiarità dei pazienti, non può essere effettuata in ambulatorio, ma in ricovero di Day Surgery con uso della sala operatoria. Per il prossimo futuro prevediamo, acquisendo altre professionalità aggiuntive, sia mediche che tecnico-sanitarie, di ampliare quanto ad oggi fatto, per migliorare le condizioni organiche, funzionali ed igienico sanitarie dell'apparato masticatorio e fonatorio dei bambini disabili (cerebrolesi, Down, ecc.) con prestazioni non solo curative odontoiatriche, ma anche ortodontiche e soprattutto con interventi di prevenzione delle complicanze dovute alla patologia di base; questo servizio multiprofessionale, ancora una volta organizzato in modo da porre al centro il bambino ed i suoi genitori, viene a svolgere una funzione sociale di notevole importanza, proprio perché orientato a fasce d'utenza più deboli e nella sua caratterizzazione non ha eguali nel panorama regionale e ben pochi confronti a livello nazionale;

- anche per quanto riguarda la unità di **Ortopedia Pediatrica** che operava presso l'AOU-Careggi, con il supporto infermieristico del Meyer, è stato avviato da Febbraio 2005 analogo percorso di completa assegnazione all'Ospedale Pediatrico, che si completerà nel mese di Ottobre. Si tratta di attività principalmente orientata alle anomalie ortopediche congenite degli arti e rivolta al loro trattamento chirurgico e/o riabilitativo per il contenimento delle complicanze motorie. L'attività ortopedica del Meyer deve poi ampliarsi, già nel corso del 2006, attraverso la collaborazione dei professionisti Ortopedici del Dipartimento del CTO dell'AOU Careggi, agli interventi eseguiti dalle specialità di ortopedia oncologica, del rachide, ecc. Resteranno invece a Careggi, fino al trasferimento nella nuova struttura del Meyer, le funzioni di ortopedia traumatologica.

Di seguito vengono allegati due prospetti ripilogativi dei nuovi costi da sostenersi e delle risorse umane da impiegarsi per le finalità di sviluppo innanzi rappresentate.

Per il dettaglio di tutto quanto effettuato dal punto di vista organizzativo-gestionale ed alle sue ricadute economiche nel triennio 2002-2004, si rimanda all'allegato 1, così come tutti gli approfondimenti, in termini di investimenti e risorse necessarie delle azioni sopra illustrate per il biennio 2005-2006, sono dettagliate nell'allegato 2 della presente relazione.

PIANO ASSUNZIONI 2005

১৬

VARIAZIONE COSTI PER SVILUPPO P.A.O. 2005 - 2006

UNITA' OPERATIVE	COSTI 2004		COSTI 2005		COSTI 2006		VARIAZIONI COSTI 2005 SU PRODUZIONE 2004		PRODUZIONE 2005		PRODUZIONE 2006		VARIAZIONI 2006 SU 2004		PRODUZIONE
							VA	%					VA	%	
NEUROCIRURGIA	1.951.299,00	3.078.574,00	3.191.000,00				1.127.275,00	57,77%	3.357.457,00	3.590.000,00	3.590.000,00		1.892.117,00	120,25%	120,25%
ONCOEMATOLOGIA	3.848.857,00	3.914.443,00	4.050.000,00				235.496,00	7,25%	5.912.253,00	6.590.000,00	6.590.000,00		1.596.741,00	20,52%	20,52%
OTORINOLARINGOIATRIA	28.000,00	201.308,00	350.000,00				173.300,00	816,95%	170.000,00	400.000,00	400.000,00		161.378,00	612,90%	612,90%
ORTOPEDIA PEDIATRICA (trasferimento da Chirurgia)	-	233.300,00	336.000,00				233.300,00		230.000,00	400.000,00	400.000,00		230.000,00		
SUBINTENSIVA E CARDIOCHIRURGIA	404.463,00	610.000,00	650.000,00				208.537,00	50,52%	795.000,00	1.120.000,00	1.120.000,00		380.537,00	94,05%	94,05%
PARTI A RISCHIO	-	42.800,00	144.000,00				42.800,00		48.000,00	150.000,00	150.000,00		48.000,00		
ODONTOIATRIA PEDIATRICA	-	73.850,00	184.500,00				73.850,00		71.438,00	150.000,00	150.000,00		71.438,00		
ODOLISTICA	280.125,00	312.000,00	343.000,00				51.875,00	18,94%	250.000,00	280.000,00	280.000,00		135.477,00	118,30%	118,30%
PEDIATRIA MEDICA (11 posti)	-	577.000,00	1.505.000,00				577.000,00		848.000,00	1.950.000,00	1.950.000,00		848.000,00		
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2.538.126,00	3.516.443,00	3.722.000,00				977.317,00	35,45%	1.365.853,00	1.500.000,00	1.500.000,00		895.294,00	178,64%	178,64%
ASSISTENZA DOMICILIARE	-	8.200,00	88.500,00				9.200,00		9.200,00	60.000,00	60.000,00		9.200,00		
NEONATOLOGIA	3.158.884,00	3.180.000,00	3.374.000,00				21.116,00	0,67%	2.500.000,00	2.800.000,00	2.800.000,00		181.307,00	8,25%	8,25%
TOTALE ATTIVITA' SPECIFICHE	11.990.854,00	15.748.816,00	18.138.000,00				3.757.762,00	31,34%	15.578.241,00	18.720.000,00	18.720.000,00		5.855.489,00	60,22%	60,22%
DAI AREA CRITICA	4.851.580,25	5.278.000,00	5.392.000,00				624.439,75	13,42%	1.700.000,00	1.750.000,00	1.750.000,00		4.913,00	0,51%	0,51%
DAI CHIRURGICO	3.978.805,00	4.478.000,00	4.595.000,00				591.194,00	12,80%	8.100.000,00	8.150.000,00	8.150.000,00		164.461,00	3,12%	3,12%
DAI INTERNISTICO	15.885.464,75	16.077.394,00	13.887.000,00				410.919,25	2,62%	22.000.000,00	22.200.000,00	22.200.000,00		304.400,00	1,41%	1,41%
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	4.341.812,00	4.455.000,00	4.510.000,00				113.188,00	2,61%	2.500.000,00	2.600.000,00	2.600.000,00		40.535,00	1,58%	1,58%
COSTI GENERALI D'AZIENDA	10.807.328,00	9.220.000,00	10.800.000,00				1.587.328,00	-14,58%	11.088.785,00	9.530.000,00	9.530.000,00		2.577.399,00	-10,53%	-10,53%
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	3.731.845,00	3.786.000,00	3.838.000,00				56.350,00	1,51%	-	-	-		-	-	-
TOTALE ATTIVITA' A SUPPORTO	43.175.614,00	43.284.384,00	42.792.000,00				118.770,00	0,28%	43.466.759,00	42.280.000,00	42.280.000,00		1.977.357,00	-4,35%	-4,35%
TOTALE GENERALE	55.166.468,00	59.043.000,00	60.930.000,00				3.876.532,00	7,03%	59.045.000,00	61.000.000,00	61.000.000,00		3.876.152,00	7,03%	7,03%

TRATTARI DEI FINANZIAMENTI INDISTINTI, RIMBORSI E GESTIONE NON CANTABILISTICA

ALLEGATO 1

**RELAZIONE SULLA EVOLUZIONE DEL PIANO DELLE ATTIVITA'
OSPEDALIERE 2002 - 2004
DELL'AZIENDA MEYER**

Parte 1^a - valutazioni generali

1. 1 - VALUTAZIONI DI CONTESTO

Quando nel mese di luglio 2001 questa azienda deliberò il Piano delle Attività Ospedaliere per il triennio 2002 - 2004, unitamente al bilancio annuale 2001 ed al pluriennale 2001 - 2003, si era affermata la necessità di una radicale trasformazione del campo di intervento del Meyer, impegnando la struttura, i professionisti, le organizzazioni sindacali e le associazioni territoriali di riferimento in un progetto che portasse l'azienda Meyer verso una struttura di terzo livello, con ampio bacino di sviluppo sia a livello toscano, ma soprattutto nazionale ed internazionale.

Le valutazioni che seguono sembrano dimostrare che l'ambizioso traguardo si sia avverato e che, per il prossimo triennio l'azienda possa porsi l'obiettivo non solo di consolidare i risultati raggiunti, ma anzi di impegnarsi in ulteriori espansioni, in particolare per le funzioni più complesse, così come si addice ad una struttura di 3° livello a valenza regionale (ed extraregionale) cui il Meyer è chiamato dalla programmazione espressamente indicata nella DGR 915/04 (Rete Materno Infantile Regionale) ripresa nel PSR 2005-2007.

L'aspetto organizzativo

Nell'anno 2003, questa azienda, anticipando i contenuti della nuova legge regionale 40/2005, approvò il nuovo atto aziendale, nel quale sono stati previsti i Dipartimenti di Attività Integrata.

Nel corso del 2004, tali Dipartimenti sono stati attivati prevedendone la formale costituzione nella seguente composizione:

➤ **DIPARTIMENTO DI ATTIVITA' INTEGRATE DI PEDIATRIA INTERNISTICA**

Tale dipartimento ha raggruppato le seguenti Unità Operative:

- U.O. complessa Cardiologia
- U.O. complessa Clinica Pediatrica 1
- U.O. complessa Clinica Pediatrica 2
- U.O. complessa Clinica Pediatrica 3
- U.O. complessa Clinica Pediatrica 4, comprendente l'U.O. semplice della Fibrosi Cistica
- U.O. Complessa di Neuropsichiatria Infantile (trasferenda dall'AOU Careggi)
- U.O. complessa Genetica Medica



Azienda Ospedaliero-Universitaria

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER

Sede Legale ed Amministrativa

Via L. Giordano 7/np

50132 FIRENZE

C.F. e P.I. 02175680483

Tel. 055/56621 Fax 055/5662334

- U.O. complessa Oncoematologia e Trapianti
- U.O. complessa Laboratorio Analisi, cui fanno capo le Unità Operative semplici di Immunoematologia e Servizio trasfusionale
- U.O. semplice dipartimentale di Diabetologia Pediatrica.

➤ **DIPARTIMENTO DI ATTIVITA' INTEGRATE DI PEDIATRIA CHIRURGICA**

Tale dipartimento ha raggruppato le seguenti Unità Operative:

- U.O. complessa di Cardiocirurgia (istitutenda in collaborazione con l'O.P.A)
- U.O. complessa di Chirurgia Neonatale
- U.O. complessa di Chirurgia Pediatrica
- U.O. complessa di Neurochirurgia
- U.O. complessa di Urologia
- U.O. semplice dipartimentale di Ortopedia pediatrica
- U.O. semplice dipartimentale di Oculistica pediatrica (istituenda)
- U.O. semplice dipartimentale di Otorinolaringoiatria (istituenda)
- U.O. semplice dipartimentale di Odontoiatria (istituenda)

➤ **DIPARTIMENTO DI ATTIVITA' INTEGRATE DELL'EMERGENZA ACCETTAZIONE ED AREA CRITICA**

Tale dipartimento ha raggruppato le seguenti Unità Operative:

- U.O. complessa di Emergenza Accettazione
- U.O. complessa di Patologia e Terapia Intensiva Neonatale
- U.O. complessa di Anestesia e Rianimazione

Nel corso del mese di settembre 2004, i nuovi dipartimenti sono diventati operativi con le nomine dei rispettivi direttori.

Inoltre nella seconda metà del 2004 si è raggiunto un accordo, con l'Università, per l'avvio di un percorso sperimentale di riorganizzazione del DAI di Pediatria Internistica che ha portato a prevedere una nuova definizione delle strutture complesse e semplici che ne fanno parte e che, dal 1.1.2005 sono così determinate:

- U.O. complessa Cardiologia
- U.O. complessa Clinica Pediatrica 1
- U.O. complessa Clinica Pediatrica 2, comprendente le U.O. semplici di Auxologia, Fibrosi Cistica e Diabetologia
- U.O. complessa Clinica Neurologia Pediatrica
- U.O. complessa Clinica Medicina Neonatale e Pediatria Preventiva
- U.O. complessa di Pediatria Medica
- U.O. complessa Genetica Medica
- U.O. complessa Oncoematologia e Trapianti
- U.O. complessa Laboratorio Analisi, cui fa capo l'Unità Operative semplici di Immunoematologia e Servizio trasfusionale
- U.O. Complessa di Neuropsichiatria Infantile (trasferenda dall'AOU Careggi)

Con questo nuovo assetto, la funzione di ricovero ordinario viene svolta in modo dipartimentale, essendo tutti i letti di degenza affidati alla U.O. di Pediatria Medica sotto il cui

direttore vengono unificate le responsabilità dell'organizzazione e della continuità del percorso assistenziale, mentre permangono assoggettate agli specialisti delle altre U.O. Cliniche del Dipartimento le competenze di responsabilizzazione clinica. Nella nuova suddivisione delle Cliniche sono state fatti confluire, perseguendo criteri di affinità e omogeneità specialistica, i diversi professionisti pediatri a seconda delle specializzazioni nel tempo sviluppate.

Le prime impressioni identificano che la scelta operata consente di porre al centro del percorso assistenziale il bambino e la sua famiglia, garantendogli continuità di riferimenti medici che lo prendano in carico e assicurino la intensità di cura appropriata alla differente gravità del suo caso.

I rapporti con l'Università

I consolidati rapporti con l'università di Firenze, ed in particolare con la facoltà di Medicina e Chirurgia, hanno avuto, nell'occasione della costituzione dei Dipartimenti di Attività Integrata, l'opportunità di condividere costruttivamente il percorso che ha portato ad approvare i contenuti dell'Atto Aziendale; in questo atto, il precedente assetto aziendale è stato portato ad omogeneità con quello approvato per l'altra Azienda Ospedaliera che si rapporta alla stessa Università (l'AOU Careggi) riconducendo le Unità Operative dalla precedente afferenza a 7 aree dipartimentali ai nuovi 3 DAI. Inoltre il clima collaborativo nella condivisione e nello scambio di idee in tema di sviluppi futuri dell'azienda, sta consentendo di meglio definire le scelte comuni in merito alla programmazione degli sviluppi delle nuove competenze specialistiche aziendali di terzo livello e nelle professioni necessarie a ricoprirle e dell'utilizzo delle risorse disponibile.

Per quanto riguarda la nuova sede ospedaliera, in corso di realizzazione a Villa Ognissanti, l'Azienda ha assunto la decisione di completare la ristrutturazione dell'edificio ad est del vecchio fabbricato, destinato per l'appunto alla didattica ed alla ricerca, il cui utilizzo da parte dell'Università dovrà essere oggetto di valutazione e di verifica, soprattutto in merito alle condizioni economiche, non avendo, la stessa, possibilità di contribuire nella fase di investimento.

Anche negli ambiti di più specifica pertinenza amministrativa, nei quali restano ancora da definire gli accordi per l'applicazione della nuova normativa sostitutiva della "De Maria" ove, nel corso del 2005, l'azienda procederà alle necessarie valutazioni anche sulla scorta degli esiti della negoziazione in corso all'azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, si ipotizzano sinergie tra le tre amministrazioni (Università, Careggi e Meyer) anche con la messa in comune di personale amministrativo qualificato dell'Università che consenta di avviare e presidiare percorsi e progettualità di organizzazione del lavoro a comune.

I rapporti con L'AO Careggi

Le attività integrate con l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, svolte negli anni 2002 - 2004 sono state rivolte a consolidare i rapporti convenzionali reciproci sia sul fronte di quelle prestazioni la cui sporadica esigenza non giustifica la organizzazione in proprio della erogazione delle stesse (in particolare alcuni ambiti di analisi laboratoristica, la microbiologia, la medicina nucleare, la radioterapia), sia su quello del supporto strutturale e tecnologico ad attività non ancora attivabili al Meyer o l'acquisizione di specialisti non ancora presenti.

Per questo secondo ambiti di rapporti convenzionali, nel triennio 2002 - 2004 si sono particolarmente sviluppati, fino a porre le basi, per alcune specialità, del trasferimento della funzione al Meyer:

- L'attività di emodinamica sia diagnostica che interventistica, che lo specialista cardiologo pediatra di elevata competenza, acquisito dal Meyer nel 2002, esegue presso le strutture dell'AOU Careggi mettendo a disposizione il proprio personale medico ed infermieristico per l'anestesia e avendo la disponibilità di personale strumentista e di radiologia di Careggi
- Le disponibilità di specialisti chirurghi dell'AOU Careggi per effettuare interventi su bambini che necessitano di approccio plurispecialistico, in particolare nelle specialità di Microchirurgia, Maxillofacciale, chirurgia plastica, ecc.
- La disponibilità dell'AOU Meyer a garantire il percorso assistenziale in ambiente pediatrico protetto a pazienti in età infantile inseriti nelle liste di attesa dell'AOU Careggi (specialità ortopediche, oculistica, ecc.)

Negli ultimi mesi del 2004 si sono poste le basi per concretizzare in tempi rapidi nel 2005, nei rapporti convenzionali con l'AOU Careggi, le seguenti innovazioni:

- Trasferimento della funzione di Ortopedia Pediatrica con le seguenti gradualità: a decorrere dal 1 marzo 2005 per quanto attiene i ricoveri chirurgici e medici programmati in regime di assistenza ordinaria; dal 1.10.2005 per quanto attiene i ricoveri programmati dell'attività di day hospital e la attività ambulatoriale, mentre sono previste in trasferimento a questa azienda le funzioni di traumatologia solo al momento del trasferimento al nuovo Meyer.
- Attivazione di una stazione di prima diagnosi di anatomia patologica, collegata clinicamente per via informatica con la Unità Operativa di Careggi, utilizzata come supporto alle necessità intraoperatorie delle specialità chirurgiche e alla diagnostica cellulare degli aspirati raccolti in diverse specialità (gastroenterologia, broncologia, ecc.)
- Collaborazioni per impostare una continuità al percorso assistenziale delle patologie croniche pediatriche nel passaggio del paziente all'età adulta, in modo particolare per le patologie rare o quelle di prevalente interesse pediatrico (fibrosi cistica, cardiopatie congenite)
- Ampliamento delle disponibilità di spazi chirurgici per i professionisti dell'AOU Careggi nel garantire percorsi assistenziali presso il Meyer a propri pazienti in età pediatrica

I rapporti con l'Azienda Sanitaria Locale di Firenze

Nei confronti dei rapporti con l'azienda sanitaria territoriale 10 di Firenze, si rappresenta come si siano particolarmente sviluppate e consolidate le collaborazioni nell'ambito del DIMI (Dipartimento Interaziendale Materno Infantile, che insiste sul bacino d'utenza metropolitano): in particolare modo si sono concretizzati percorsi formativi in comune in tutti i punti nascita di Firenze e Borgo San Lorenzo al fine di condividere protocolli univoci con le Terapie Intensive di rianimazione neonatale; inoltre anche nella diagnostica prenatale, in particolare per quella ecografica ostetrica, si sono attivati analoghi percorsi.

Altra importante collaborazione consente all'AOU Meyer l'uso della risorsa strutturale dell'IOT, al momento per la effettuazione di interventi in Day Hospital ad opera di professionisti del Meyer un giorno alla settimana, e che presto verrà ampliata anche alla tipologia di interventi in One Day Surgery e per due giorni alla settimana.

Anche la funzione sempre più importante, per l'aumento della casistica a complessità anche socio-culturale della utenza del Meyer, dell'assistenza sociale viene garantita da professionalità esperte della ASL 10.

Vale la pena, infine, di citare come sia in corso di perfezionamento e conclusione la progettazione di una organizzazione comune sia della logistica del farmaco che di quella economica, in collaborazione con il CAVC ed in sintonia con le possibili ipotesi di gestione della logistica da parte del futuro ESTAV.

I rapporti con il Consorzio di Area Vasta Centro

I rapporti con il Consorzio di Area Vasta Centro sono stati strettissimi, improntati ad una concreta e fattiva collaborazione, con l'intento esclusivo di risolvere reciprocamente i problemi.

Al CAVC è stata inizialmente assicurata la logistica e la dotazione strumentale e di arredi necessaria per l'avvio. Successivamente al trasferimento del CAVC a San Salvi l'Azienda ha contribuito ad assicurare allo stesso i supporti richiesti e necessari per la messa a regime. Oltre al personale dedicato alla funzione acquisti, l'Azienda ha altresì messo a disposizione personale per la segreteria della Direzione del CAVC (tutt'ora una unità amministrativa è assegnata al CAVC per tali funzioni) ed ha assicurato la collaborazione, strutturata, del personale delle Tecnologie informatiche.

Attraverso l'apporto di diversi dirigenti di varia estrazione è stato assicurato al CAVC un consistente contributo nelle attività di formazione ed aggiornamento.

Unitamente ad altre aziende, il Meyer ha collaborato a gruppi di lavoro costituiti per gli studi preliminari e la conseguente formulazione di progetti relativi alle funzioni trasferibili al Consorzio stesso, con particolare riferimento alla logistica ed alle funzioni relative all'amministrazione del personale.

In relazione agli stretti e fattivi rapporti di collaborazione intercorsi, la funzione acquisti non ha avuto problemi o disfunzioni degne di nota.

I rapporti con le altre aziende sanitarie dell'area Vasta e delle altre Aree Vaste

Nell'ambito degli scambi con le aziende sanitarie della regione, preme sottolineare in particolare quanto sia già stato avviato in termini di rapporti convenzionali al fine di garantire la erogazione di prestazioni ambulatoriali, negli ambiti specialistici internistici non posseduti o per le specialità chirurgiche, ma anche di prestazioni in ricovero su casistica trattata in Day Surgery o One Day Surgery. Queste attività potranno poi essere implementate e meglio organizzate attraverso gli approfondimenti avviati dalla Rete Regionale della Pediatria Specialistica.

Il ruolo del Meyer quale ospedale pediatrico di riferimento regionale

Già nei contenuti di programmazione del PSR 2002-2004, richiamati nel vigente PSR 2005-2007, e dettagliati nella specifica DGR 915/04 della Rete Materno Infantile Regionale, la regione Toscana ha affidato al Meyer la funzione di erogazione delle attività di terzo livello, nonché di

punto di riferimento di tutta la rete per il suo coordinamento complessivo al fine di garantire appropriati ed adeguati percorsi assistenziali all'utenza materno infantile.

In relazione a tali compiti affidati, l'azienda ha avviato alcune importanti prime risposte già nel corso del 2002-2003, ma in particolare nell'anno 2004, per svilupparle in maniera più intensa nel prossimo biennio 2005-2006, nel quale le strutture del nuovo ospedale garantiranno spazi e tecnologie più adeguate.

Gli ambiti specialistici a cui si sta facendo riferimento, che vengono più approfonditamente descritti nella seconda parte di questa relazione, sono quelli internistici delle malattie metaboliche, delle patologie legate al sistema immunitario, dell'attività trapiantologica in oncematologia pediatrica e quelli chirurgici delle specialità di Oculistica ed Otorinolaringoiatria, Broncologia diagnostica ed interventistica ed in particolare della neurochirurgia, per la quale è stato attivato, nel secondo semestre del 2004, il vero e proprio dipartimento interaziendale di Alta Specializzazione con la AOU di Siena

In particolare viene evidenziato, più oltre nella relazione, come, per quanto attiene la produzione, lo sviluppo delle funzioni di terzo livello abbia coinciso con una visibilità del Meyer anche al di fuori dell'ambito regionale toscano, tale da determinare una attrattività di casistica più che raddoppiata nel solo anno 2004 ed ancora in forte espansione.

Naturalmente l'evoluzione delle attività richiesta dalla programmazione regionale comporta una serie di considerazioni sia di ordine economico che connesse con la possibilità di realizzare un coerente modello organizzativo e poter, conseguentemente disporre delle necessarie risorse umane.

In particolare si segnala come, la sostituzione di attività di primo livello, a favore di attività più complesse, crei anche un disequilibrio nel sistema dei finanziamenti. Infatti alcuni DRGs a bassa intensità di cure erano connessi a costi di gestione abbastanza ridotti e quindi interamente coperti dalla tariffazione. Al contrario, analisi effettuate da questa azienda in allegato al PAO 2002-2004, ed analisi multicentriche avviate, sotto l'egida del Ministero della Salute, con la partecipazione di molte realtà pediatriche nazionali, ed in particolare della Associazione nazionale degli ospedali pediatrici, dimostrano come le tariffe delle attività pediatriche di terzo livello non sempre siano in grado di garantire la copertura dei costi di erogazione. Da ciò ne discende la necessità che la Regione Toscana continui a monitorare il finanziamento "a funzione", al fine di garantire quelle risorse non reperibili attraverso il pagamento dei DRGs prodotti.

Inoltre la previsione dei blocchi dovuti alla legislazione finanziaria all'espansione della spesa e del reperimento del personale contrastano con il ruolo da esercitare, poiché non può essere perseguito il confronto delle attività, della spesa e delle dotazioni organiche degli anni precedenti, in particolare 2000-2003 con le attività, e di conseguenza la spesa e le dotazioni organiche, previste per la nuova vocazione del Meyer; da qui consegue la necessità che la regione stessa adotti specifici provvedimenti amministrativi per supportare il piano di sviluppo parzialmente attuato, ma da consolidare e le ulteriori evoluzioni previste nella seconda parte della presente relazione.

I rapporti con le Organizzazioni di volontariato

Le Associazioni no-profit operanti al Meyer (siano di volontariato, dei genitori o fondazioni) hanno costituito da sempre per l'Azienda un punto di riferimento costante in quanto portatori delle esigenze degli utenti. Prova ne è la costituzione di un tavolo permanente di confronto sia con le

associazioni dei genitori che del volontariato per renderle partecipi e consapevoli delle strategie aziendali (soprattutto nella prospettiva del Nuovo Ospedale).

In discorso a parte merita la Fondazione Meyer che ha costituito in questi tre anni uno degli strumenti più importanti per il sostegno, sia in termine di risorse che di progetti, per lo sviluppo qualitativo dell'Ospedale. Ruolo che è destinato a crescere parallelamente alla crescita dell'Ospedale, grazie ad un intenso rapporto di collaborazione tra Azienda e Fondazione.

I rapporti con le Organizzazioni sindacali

Il rapporto con le OO.SS. della dirigenza medica e quello con la dirigenza sanitaria non medica, sempre improntati in questi anni ad un clima di reciproca stima e chiarezza, hanno portato alla sottoscrizione di accordi non solo orientati alle applicazioni degli istituti contrattuali, ma costruttivamente finalizzati ad impostare il sistema aziendale della attribuzione degli incarichi professionali, hanno fatto evolvere il sistema premiante a supporto del percorso di budget e di progetti obiettivo di rilevanza, connessi alla evoluzione delle attività erogate, hanno consentito la regolamentazione dell'attività libero professionale con la introduzione di quella prestata per conto dell'azienda.

Per quanto attiene i rapporti con le organizzazioni sindacali del comparto e la R.S.U. aziendale, nel corso del triennio sempre mantenutisi costruttivi e di aperto confronto, va sottolineato l'impegno posto a perseguire, con le intese sottoscritte, l'utilizzo degli istituti contrattuali (fondi incentivanti, fondi del disagio, ecc.) e il ricorso ai possibili sviluppi degli inquadramenti del personale, a sostegno del rinnovo della organizzazione del lavoro verso forme di flessibilità e di innovazione che potessero essere al passo con le trasformazioni in essere.

I rapporti con i professionisti e gli operatori tutti

In questi anni di validità del PAO 2002 - 2004, che "gli operatori costituiscano il patrimonio più prezioso dell'azienda" non è stato solo uno slogan, ma un impegno concreto. Ne sono testimonianza gli investimenti effettuati su diversi fronti:

- la formazione continua, per la quale il budget messo a disposizione si è andato incrementando di anno in anno, così come il numero di operatori beneficiari degli interventi formati particolarmente orientati a sviluppare le competenze organizzative e gestionali da un lato e a qualificare quelle tecnico scientifiche, offrendo anche la possibilità di acquisire in azienda giustificati crediti formativi
- l'attenzione alla sicurezza sul lavoro, per garantire la quale sono stati effettuati i necessari interventi impiantistici e di protezione individuale anche se l'attuale struttura è destinata ad ospitarci per tempo limitato; questi interventi sono stati indirizzati a rischi specifici, quello relativo alle manipolazioni di antitumorali e l'uso dei gas anestetici in particolare, e sono stati affiancati anche con interventi formativi specifici, ai quali si sono aggiunti corsi diffusi a livello aziendale sulla prevenzione antincendio, il rischio biologico e l'uso dei videoterminali, che hanno raggiunto oltre il 90% del personale interessato
- il coinvolgimento continuo del personale attraverso momenti d'aula e specifici incontri della direzione nelle Unità Operative per valutare insieme le fasi di avanzamento della trasformazione del Meyer, analizzarne le problematiche e raccogliere le proposte in merito alle soluzioni possibili

- il riconoscimento delle professionalità espresse, in modo diffuso con il sistema premiante e la attribuzione degli incarichi professionali, ed in modo individualizzato con le nomine di diversi incarichi fiduciari sia per i dirigenti medici, con il riconoscimento di responsabilità in alcune nuove strutture complesse attivate o la individuazione di responsabilità di settori ritenuti strategici per la azienda, che per il personale del comparto, con il nuovo assetto organizzativo e delle responsabilità delle Posizioni Organizzative e dei Coordinamenti

Inoltre l'azienda, nel corso del triennio, ha utilizzato l'apporto professionale, oltre che del personale dipendente e del personale dipendente dall'Università di Firenze integrato nelle attività assistenziali, anche di numerosi contratti libero professionali orientati da una forte integrazione fra i singoli professionisti e la struttura organizzativa di riferimento. La scelta di utilizzare questa tipologia di rapporto è stata dettata dalla necessità di avviare nuove e specifiche attività sanitarie usufruendo di specialisti, reperiti attraverso adeguate forme di pubblicità, che consentissero non solamente di valutare le competenze professionali acquisite, ma anche di far crescere, su una preparazione già avviata, un approfondimento del grado di specializzazione, così come l'evoluzione della clinica e della ricerca in materia andavano via via richiedendo.

Solo al momento di trasformare l'attività, avviata sperimentalmente, in una serie di funzioni da garantire stabilmente ed in modo qualificato a livello aziendale, la scelta avrebbe portato alla necessità di consolidare il rapporto di lavoro prevedendo l'inserimento delle figure professionali in un vero rapporto di dipendenza seguendo le procedure selettive dei dipendenti.

L'intervento della legge finanziaria 2005, ha vanificato l'esperienza fin qui svolta, non avendo ora l'opportunità di compiere il passo finale della sperimentazione.

Ecco perché diventa necessario che i competenti organi regionali assumano, nel più breve tempo possibile, eventuali determinazioni in esecuzione dei contenuti della legge finanziaria al fine di consentire la prosecuzione delle attività programmate.

La risposta ai cittadini

L'erogazione delle prestazioni che l'azienda Meyer ha implementato nel triennio ha consentito di avviare una risposta qualificata alle problematiche sanitarie più complesse della popolazione pediatrica della nostra regione, iniziando a invertire alcuni percorsi migratori verso realtà di richiamo extraregionale.

Inoltre gli interventi studiati in collaborazione con le Aziende sanitarie territoriali della regione (si veda quanto enunciato nello specifico paragrafo) consente oggi di evitare gli spostamenti di pazienti presso la sede centrale di Firenze nella casistica di minore complessità.

Accanto a questa tipologia di interventi, altre iniziative rientrano nell'ottica di una migliore fruibilità delle prestazioni da parte del cittadino:

- dalla fine dell'anno 2001 tutte le agende di prenotazione dell'attività ambulatoriale sono informatizzate e per la attività di ricovero programmabile esistono registri vidimati di prenotazione
- tutte le prenotazioni per la attività ambulatoriale si possono effettuare per via telefonica e dal 2003 sono state progressivamente rese disponibili al call center ed agli sportelli del CUP Metropolitano le agende per i primi accessi delle prestazioni di primo livello

- l'accettazione degli utenti e le procedure relative alla riscossione dei ticket sono state progressivamente centralizzate in due soli punti, uno a servizio dell'edificio che ospita il Centro Ambulatoriale ed uno dentro il presidio ospedaliero, entrambi con orari di apertura che coprono le 12 ore diurne feriali e le 6 mattutine del sabato
- presso questo secondo gruppo di sportelli per il pubblico è stata anche centralizzata la consegna dei referti

Il ruolo del Meyer nell'ambito della cooperazione internazionale

Il Meyer ha attivato con il proprio personale, medici, assistenti sociali ed amministrativi, la segreteria operativa a supporto di tutto il sistema regionale della Cooperazione Sanitaria Internazionale.

Sono in corso i seguenti progetti di cooperazione direttamente gestiti e/o coordinati:

- Progetto Eritrea che prevede la ristrutturazione e la riorganizzazione del DEA dell'Orotta Children Hospital di Asmara.
- Progetto Meeting ONG Palestinesi - Israeliani: che prevede la realizzazione del Saving Children in collaborazione con il Peres Center for Peace di Tel Aviv.
- Progetto meeting Palestinesi Israeliani per la formazione del personale medico.
- Progetto Yemen: attività di supporto per l'impostazione e la formazione di personale nelle specialità chirurgiche pediatriche presso l'ospedale di Sanaa.

La partecipazione alle attività di promozione della salute

Da alcuni anni il Meyer è impegnato ad affrontare - oltre la tradizionale attività istituzionale di assistenza e ricerca sanitaria -, il tema dei determinanti sociali della salute dei bambini e degli adolescenti, attraverso uno specifico 'Programma di Promozione della Salute', che ha sviluppato e consolidato importanti relazioni con gli Uffici, Istituzioni e Organizzazioni locali, regionali, ed internazionali che si occupano di promozione della salute dei bambini e degli adolescenti.

Il Programma 'Promozione della salute' punta a sviluppare la cultura della promozione della salute all'interno dell'Azienda e nel contesto sociale di appartenenza, raccordandosi sia con le politiche regionali di riferimento che con le Organizzazioni e le Reti nazionali ed internazionali che si occupano di promozione della salute.

In particolare l'attività di Promozione della salute sta valorizzando le esperienze condotte su varie tematiche specifiche (quali la Musica in ospedale, i Clown in corsia) e sviluppando 3 progetti specifici, in connessione con la Rete Toscana HPH sul tema della Interculturalità, del Fumo e del Dolore.

Il Programma 'Promozione della salute' coordina poi la Rete Toscana HPH, il Gruppo interaziendale HPH della Associazione Ospedali Pediatrici Italiani, e - su mandato dell'OMS - il Working Group internazionale 'Promozione della salute dei bambini e degli adolescenti in ospedale'.

Rapporti con l'OMS

La rete di relazioni instaurata fra il programma 'Promozione della salute' e l'OMS riguarda:

1) - WHO Regional Office di Copenhagen:

1a) La partecipazione alla gestione del Programma quadro di cooperazione quinquennale fra WHO Regional Office e la Regione Toscana, sottoscritto a Firenze il 7.1.2004, dal Direttore generale Marc Danzon e dal Presidente della Regione Toscana Claudio Martini;

1b) Il supporto organizzativo per le attività derivanti dalla adesione della Regione Toscana alla Rete O.M.S. 'Regions for health';

2) - WHO Regional Office di Barcelona:

2a) il predetto coordinamento della Rete Toscana degli Ospedali per la Promozione della salute (dal 2001);

2b) il ruolo di Task force di riferimento sul tema della promozione della salute dei bambini e degli adolescenti in ospedale e coordinamento del Working group internazionale (2004);

3) - WHO Regional Office di Roma:

3a) collaborazione per lo sviluppo del modello WHO CEHAPE (Children Environment Health Programme for Europe);

4) - WHO Regional Office di Venezia:

- supporto per le attività della Regione Toscana in materia di:

4a) programmazione e sviluppo di attività divulgative connesse allo Studio Health Behaviour School-aged Children (HBSC);

4b) sviluppo del programma 'Investment for health'.

Parte 2^a - l'evoluzione delle singole attività specialistiche, la produzione, i costi ed i riflessi sulle risorse umane

2.1 - L'evoluzione della produzione in generale

La produzione complessiva erogata dalle unità operative del Meyer ha evidenziato, nel triennio, le seguenti variazioni di carattere generale che confermano da una parte la sua evoluzione verso la prevalenza delle specificità di terzo livello, dall'altra l'attenzione posta a ricercare forme assistenziali alternative al ricovero ordinario:

- implementazione delle attività di ricovero ordinario, ma certamente in proporzione contenuta rispetto agli incrementi delle altre attività, passando da 6.440 del 2001 a 6.839 del 2004 (+6,19%)
- aumento del punto medio dei DRGs da 1,07 a 1,22 (+ 14,01%)
- implementazione delle funzioni di Day Hospital da 5.554 a 8.252 (+ 48,57%),
- evoluzione del valore medio per ricovero che è passato da euro 758,03 a euro 936,29 (+ 23,52%)

La offerta di prestazioni in ordine all'attività specialistica ha visto un incremento di un numero di prestazioni effettive a pazienti esterni da 423.688 del 2001 a 547.680 del 2004 (+29,26%), ed una variazione della loro valorizzazione da 5.788.667,33 euro del 2001 a 8.746.831,91 del 2004 (+ 51,10%).

IL DIPARTIMENTO ATTIVITA' INTEGRATA DI PEDIATRIA INTERNISTICA

Valutazioni generali

L'attività del dipartimento di Pediatria Internistica è monitorabile sull'andamento dei DRGs qualificati degli ambiti specialistici di Malattie Metaboliche, Malattie Infettive, Endocrinologia, Gastroenterologia ed Allergologia dichiarati nel PAO (12-20-21-79-81-93-240-283-300-316-397-398-423-451-489-490) e che nel triennio si sono incrementati da n° 907 del 2001 a n° 1.053 del 2003 fino ai 1.324 del 2004.

Ma oltre a questo andamento generali, alcune specificità di questo dipartimento danno ragione della qualificazione ricercata nel triennio e che pone le basi per gli ulteriori sviluppi del prossimo biennio: si tratta degli ambiti specialistici delle Malattie Metaboliche, della Cardiologia e dell'Oncoematologia.

All'interno della Unità Operativa che ha sempre curato la clinica e la ricerca per le Malattie Metaboliche so sono, in questi anni, formate unità di personale medico, laureano non medico e tecnico sanitario sullo sviluppo della diagnostica in Tandem Massa di queste patologie rare. Gli investimenti impiantistici e tecnologici hanno consentito l'avvio, prima in forma sperimentale all'interno dell'area metropolitana fiorentina, poi istituzionalmente su tutto il territorio regionale

dello screening neonatale per 40 malattie metaboliche: tutti i punti nascita della regione, a partire da Novembre 2004, raccolgano lo spot di sangue necessario all'indagine di screening effettuata presso i laboratori del Meyer che garantisce poi gli approfondimenti per la eventuale conferma di diagnosi e tutto il percorso assistenziale terapeutico alla conferma di malattia.

Dal 2002 l'azienda ha affidato la conduzione della Unità Operativa di Cardiologia a professionista particolarmente qualificata nelle indagini diagnostiche e terapeutiche di emodinamica. Le carenze strutturali e tecnologiche, che non avrebbero mai consentito l'avvio della attività presso l'attuale sede del Meyer, sono state superate attraverso la collaborazione con la AOU Careggi presso le cui sale di emodinamica la professionista del Meyer effettua le indagini ai propri pazienti ricoverati.

L'avvio di questa attività ha poi rafforzato i rapporti di collaborazione clinici e scientifici con la sede della cardiocirurgia dell'OPA del CNR, consentendo l'inquadramento delle patologie cardiache diagnosticate alla nascita ed il follow up del cardiopatico congenito operato, nonché ponendo le basi della prossima attività operatoria anche presso la sede del Meyer.

Particolare attenzione è stata posta agli sviluppi trapiantologici dell'attività di Oncoematologia al fine di avviare e incrementare poi nel tempo la effettuazione di trapianti di midollo allogenici, cioè da donatore. Oltre all'impegno formativo per alcune unità di personale attuato anche attraverso la frequenza prolungata in Centri di Alta Specializzazione, si è investito tecnologicamente attrezzando un laboratorio a contaminazione controllata necessario alla produzione di terapie cellulari. Questi trattamenti costituiscono oggi la frontiera sperimentale di trattamento di una parte importante non solo di patologie tumorali, ma anche di patologie ematologiche infantili, la dove non esistono alternative terapeutiche o dove i trattamenti consolidati hanno fallito. La collaborazione tra diverse strutture laboratoristiche del Dipartimento (Oncoematologia, Servizio Trasfusionale, Laboratorio di Immunologia), per le quali è stata stimolata dall'azienda una organizzazione funzionale chiamata R.I.T.A. (reparto interdisciplinare terapie avanzate) ha consentito l'avvio della attività trapiantologica allogenica fin dalla seconda metà del 2003.

Inoltre lo sviluppo dell'attività neurochirurgica avuto nella seconda metà del 2004 ha portato ad un aumento della patologia tumorale neurologica seguita dall'Oncoematologia.

Nell'ambito poi della Patologia Clinica, si è andata incrementando l'attività per gli esterni favorita anche da un'accoglienza dell'utenza che ha dato maggiore disponibilità di spazi a quella pediatrica, allocandola all'interno del centro Ambulatoriale e consentendo di dedicare quella nelle immediate vicinanze del laboratorio, ma ormai molto piccola, ad una attività di prelievo rivolta agli adulti ed attivata a partire dal 2003.

Un risparmio si è riuscito invece a realizzare per la contrazione degli esami richiesti per gli interni, contrazione che è stata statisticamente evidente fino alla prima metà del 2004, ma che poi è stata riassorbita dall'aumento della casistica complessa, in particolare chirurgica.

L'evoluzione della produzione

Nel tabulato sotto riportato vengono rappresentate schematicamente le variazioni di fatturato complessivo rappresentate nel periodo 2002 - 2004

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	FATTURATO ANNO 2002	FATTURATO ANNO 2003	FATTURATO ANNO 2004
Ricoveri Ordinari	6.844.724	7.959.677	9.503.224
Ricoveri in D.H.	4.734.902	4.911.280	6.500.300
Attività diagnostica di laboratorio			
Attività di prestazioni ambulatoriali	3.140.673	3.381.853	4.231.993
Farmaci a distribuzione diretta	472.662	599.722	594.725
Altra attività	290.418		863.358
Totale valorizzazione Attività	15.483.379	16.852.532	21.693.600

L'incremento della produzione dipartimentale è stato quindi del 40,10%, con un incremento più lieve nell'anno 2003 ed una brusca accelerazione nel 2004 sia nei ricoveri che nell'attività specialistica, mentre è rimasta stabile la distribuzione dei farmaci fra il 2003 ed il 2004.

L'evoluzione dei costi

Sempre nello stesso periodo, l'espletamento delle attività sopra riportate ha prodotto l'evoluzione dei consumi di risorse come dalla tabella seguente:

TIPOLOGIA DI COSTO	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Acquisto di prodotti sanitari	3.537.533	3.790.870	4.524.947
Acquisto di altri prodotti	176.485	177.380	162.541
Acquisto di servizi sanitari	424.024	616.274	703.364
Acquisto di altri servizi	515.868	496.537	514.145
Altri Costi	358.879	424.340	575.097
TOTALE COSTI	5.012.789	5.505.401	6.480.094

L'incremento dei costi è stato del 29,27%, sensibilmente inferiore all'incremento della produzione, e spiegabile, per la maggior parte, con l'evoluzione del costo dell'assistenza farmaceutica verificatosi nel periodo considerato. Anche per quanto riguarda la composizione dei costi si nota come, a fronte della lieve crescita di attività del 2003, vi sia stato analogo andamento dei costi che hanno poi subito l'incremento più consistente nel 2004 come avvenuto per la produzione.

L'evoluzione delle risorse umane

Per far fronte all'implementazione delle attività, l'azienda Meyer ha adeguato le risorse umane con fonti contrattuali diversificate che possono essere rappresentate, con riferimento a unità pesate, secondo il seguente schema:

TIPOLOGIA DI RISORSE UMANE	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Dirigenti Medici	54	54	55
Dirigenti sanitari non medici	5	6	8
Personale sanitario del comparto	113	118	111
Personale tecnico sanitario del comparto	21	20	19
Altro Personale	3	3	3
TOTALE RISORSE UMANE	193	198	193

Come si può evidenziare, non ci sono state particolari variazioni di risorse umane nel corso del triennio, anche se si sono registrate variazioni nella composizione interna con prevalente crescita dei dirigenti sanitari non medici a scapito del personale sanitario del comparto. Tali risorse umane hanno prodotto i costi appresso indicati:

TIPOLOGIA DI RISORSE UMANE	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Dirigenti Medici	4.188.804	4.329.231	5.289.402
Dirigenti sanitari non medici	295.618	350.723	356.112
Personale sanitario del comparto	3.607.591	3.836.705	3.983.377
Personale tecnico sanitario del comparto	893.938	961.538	1.034.568
Personale tecnico (OSS, Ausiliario)	597.005	585.295	558.769
Personale Amministrativo	53.346	55.724	78.272
Personale Universitario	1.055.782	1.147.024	1.106.918
Altro Personale (consulenze, Pers. convenzionato, borsisti, contrattisti)	359.962	447.955	603.683
TOTALE RISORSE UMANE	11.052.046	11.714.195	13.011.101

L'evoluzione dei costi delle risorse umane ha portato ad una variazione del 17,72%, molto inferiore all'evoluzione della produzione, con una accentuazione dei costi per il personale medico.

IL DIPARTIMENTO ATTIVITA' INTEGRATA DI PEDIATRIA CHIRURGICA

Valutazioni generali

L'attività del dipartimento di Chirurgia si è implementata secondo gli obiettivi posti dal PAO 2002 - 2004, come grossolanamente può essere dimostrato dall'andamento incrementale del numero dei DRGs che ci si prefiggeva di sviluppare: il trattamento delle patologie più complesse rientranti nei DRGs 3-8-23-36-37-38-42-48-58-60-62-63-70-75-120-146-147-148-149-156-179-264-265-268-304-305-314-315-318-335-341-394-415-439-457-458-459 è passato dai 1.172 del 2002 ed ai 1.450 del 2003 ed infine ai 1.709 del 2004.

Complessivamente è stata potenziata nel corso degli anni la attività effettuata in Day Surgery ed in One Day Surgery cercando la ottimizzazione dei percorsi assistenziali per i bambini e le loro famiglie che trova giovamento dal ridotto permanere in ospedale a fronte di una garanzia clinica offerta dalla rintracciabilità degli operatori.

E' stata ampliata la attività Oculistica, dotando il Meyer di una propria équipe medica e tecnico professionale a partire dal 2002, organizzando un'offerta ambulatoriale attraverso la quale si accede al ricovero prevalentemente effettuato in One Day Surgery e per il quale si sono, nel triennio, dimezzati i tempi di attesa.

E' stata avviata la specialità di Otorinolaringoiatria con personale a contratto professionale e che è diventata in poco tempo di forte richiamo con incrementi nelle prestazioni ambulatoriali e nell'attività chirurgica.

Un inizio di attività chirurgica Ortopedica in sede Meyer si è avviata dalla seconda metà del 2003 con la collaborazione degli specialisti del CTO dell'AOU Careggi, ai quali si è data disponibilità i sedute operatorie per pazienti pediatrici delle loro liste di attesa.

La valorizzazione delle specialità già esistenti quali la Chirurgia Neonatale e la Urologia Pediatrica ha trovato riconoscimento anche attraverso la attivazione delle nuove Strutture Complesse per questi settori, che ha consentito la individuazione di ambiti specialistici specifici all'interno della complessiva organizzazione dipartimentale.

Infine, il forte sviluppo impresso alla Neurochirurgia nella seconda metà del 2004 ha reso necessario individuare uno specifico reparto di degenza con 12 letti dedicati ed investire in tecnologie complesse che hanno consentito il potenziamento dell'attività di neuroendoscopia e l'attivazione della chirurgia endocranica in microspia.

Di conseguenza, le criticità maggiori per questo dipartimento si sono pertanto pesantemente manifestate nelle disponibilità di posti letto e nella risorsa "sale operatorie".

Alla prima criticità si è concretamente cercato di sopperire spostando la attività a minore complessità presso sedi esterne al Meyer: esse sono state ricercate sia nella sede dell'IOT, struttura specificatamente dedicata dall'ASL 10 di Firenze alla attività chirurgica in Day Hospital, sia presso alcune pediatrie di altre Aziende della Area Vasta centro e Nord-Ovest, con reciproca soddisfazione dei professionisti del Meyer e delle aziende ospitanti, nonché delle famiglie che hanno trovato risposta alle loro esigenze di ricovero in struttura ospedaliera più vicina alla loro residenza.

A fronte della seconda criticità è stato necessario sia un intervento sugli spazi, affrontato con investimenti strutturali ed impiantistici che hanno consentito di dotarci di una saletta aggiuntiva per attività endoscopica e piccola chirurgia, sia una acquisizione di attrezzature sofisticate e tecnologicamente avanzate, sia infine un adeguamento del personale numericamente importante, al quale si è richiesto un impegno formativo non indifferente, che ha comunque trovato nella disponibilità degli operatori le premesse del suo successo.

L'evoluzione della produzione

La produzione erogata dalle unità operative afferenti a tale dipartimento ha rappresentato, nel triennio, la seguente valutazione di carattere generale.

Nel tabulato sotto riportato vengono rappresentate schematicamente le variazioni di fatturato complessivo rappresentate nel periodo 2002 - 2004:

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	FATTURATO ANNO 2002	FATTURATO ANNO 2003	FATTURATO ANNO 2004
Ricoveri Ordinari	4.437.958	4.907.019	5.806.368
Ricoveri in D.H.	741.545	1.027.782	1.104.590
Attività di prestazioni ambulatoriali	132.593	134.216	188.990
Farmaci a distribuzione diretta	631	9.759	150.450
Altre attività	92.036		273.606
Totale valorizzazione Attività	5.404.762	6.078.766	7.524.004

L'incremento della produzione dipartimentale è stato quindi del 39,21%, quasi in linea a quella del dipartimento internistico.

In particolare l'incremento si è verificato a carico dei ricoveri ordinari e ad opera dell'implementazione della neurochirurgia pediatrica a partire dal 2° semestre 2004

L'evoluzione dei costi

Sempre nello stesso periodo, l'espletamento delle attività sopra riportate ha prodotto l'evoluzione dei consumi di risorse come dalla tabella seguente:

TIPOLOGIA DI COSTO	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Acquisto di prodotti sanitari	577.493	593.613	1.408.689
Acquisto di altri prodotti	74.408	32.547	67.530
Acquisto di servizi sanitari	279.939	366.322	194.962
Acquisto di altri servizi	189.691	155.438	161.586
Altri Costi	160.634	174.017	224.148
TOTALE COSTI	1.282.165	1.321.937	2.056.915

L'incremento dei costi è stato del 60,42%, quasi doppio rispetto all'incremento della produzione, ma spiegabile con l'evoluzione del costo di acquisto dei presidi sanitari, in particolare per la neurochirurgia, verificatosi nel periodo considerato, e comunque di soli 774.750 euro a fronte di una variazione di produzione di 2.119.242.

L'evoluzione delle risorse umane

Per far fronte all'implementazione delle attività, l'azienda Meyer ha adeguato le risorse umane con fonti contrattuali diversificate che possono essere rappresentate, con riferimento a unità pesate, secondo il seguente schema:

TIPOLOGIA DI RISORSE UMANE	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Dirigenti Medici	14	18	21
Dirigenti sanitari non medici			
Personale sanitario del comparto	44	43	69
Personale tecnico sanitario del comparto	14	12	13
Altro Personale			
TOTALE RISORSE UMANE	72	73	103

A differenza di quanto avvenuto per il dipartimento di pediatria internistica, il dipartimento chirurgico ha sensibilmente potenziato le risorse umane a disposizione ed in particolare sul versante medico ed infermieristico. Tali risorse umane hanno prodotto i costi appresso indicati:

TIPOLOGIA DI RISORSE UMANE	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Dirigenti Medici	1.193.956	1.376.056	1.770.003
Dirigenti sanitari non medici			
Personale sanitario del comparto	1.311.134	1.405.253	1.743.799
Personale tecnico sanitario del comparto			37.258
Personale tecnico (OSS, Ausiliario)	330.196	309.832	324.056
Personale Amministrativo			10.705
Personale Universitario	12.154	71.492	79.631
Altro Personale (consulenze, Pers. convenzionato, borsisti, contrattisti)	335.587	270.378	193.863
TOTALE RISORSE UMANE	3.183.027	3.433.011	4.159.315

L'evoluzione dei costi delle risorse umane ha portato ad una variazione del 30,67% inferiore all'evoluzione della produzione, rispecchiando la variazione della composizione dei professionisti del dipartimento.

IL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA, ACCETTAZIONE ED AREA CRITICA

Valutazioni generali

Le principali trasformazioni organizzative e di gestione della attività afferenti a questo dipartimento sono state quelle impostate per migliorare la risposta al consistente afflusso al Pronto Soccorso che appare difficilmente contrastabile con campagne di educazione sanitaria. Il numero degli accessi è andato di anno in anno aumentando e di conseguenza il ricoveri che da essi scaturiscono, pur rimanendo percentualmente gli stessi e su valori che danno testimonianza del buon filtro effettuato dalle strutture del DEA; al fine di non incidere sulla disponibilità di posti letto dell'area medica, si è ampliata la recettività del Dea da 6 a 8 posti letto nell'anno 2003.

In merito agli andamenti dell'affluenza dei codici a minore gravità, si può affermare che ha seguito i trend complessivi mantenendosi su percentuali ragguardevoli (codici bianchi 40 % e codici verdi 56.% sul totale degli accessi). Con la finalità di alleggerire pertanto i tempi di attesa che, negli orari di massiccio afflusso (ore serali, diurni festivi e sabati), arrivavano a diverse ore per i codici bianchi ci si è avvalsi, a partire dal Giugno 2004, della attivazione degli Ambulatori per la Continuità Assistenziale (ACAP) attivati nei giorni festivi e prefestivi, con la collaborazione dell'ASL 10 ed i Pediatri di Famiglia, presso il nostro Centro Ambulatoriale. Dall'Agosto dello stesso anno è stato inoltre attivato, presso il nostro Pronto Soccorso, un Ambulatorio per i soli Codici Bianchi nelle ore di massimo afflusso.

All'incremento della attività in Day Hospital, che per le caratteristiche proprie di questo dipartimento è di valori contenuti, ha contribuito l'implementazione di attività broncoscopica che, sia con finalità diagnostiche che interventistiche, nella seconda parte del 2004 si è implementata all'interno della Unità operativa di Anestesia e Rianimazione: essa è stata assicurata da

professionisti acquisiti in rapporto convenzionale che sono poi stati stabilizzati con la fine dell'anno stesso e gli inizi del 2005.

L'evoluzione della produzione

Anche per tale dipartimento, nel tabulato sotto riportato vengono rappresentate schematicamente le variazioni rappresentate nel periodo 2002 - 2004

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	FATTURATO ANNO 2002	FATTURATO ANNO 2003	FATTURATO ANNO 2004
Ricoveri Ordinari	3.193.636	3.557.455	3.750.960
Ricoveri in D.H.	6.814	4.672	11.855
Attività di prestazioni ambulatoriali	665.821	725.701	761.779
Farmaci a distribuzione diretta	233.234	276.192	241.677
Altre Attività	71.019		211.125
Totale valorizzazione Attività	4.170.524	4.564.019	4.977.397

L'incremento della produzione dipartimentale è stato quindi del 19,34%, spalmato su tutte le tipologie di attività ma con un lieve calo della distribuzione dei farmaci.

L'evoluzione dei costi

Sempre nello stesso periodo, l'espletamento delle attività sopra riportate ha prodotto l'evoluzione dei consumi di risorse come dalla tabella seguente:

TIPOLOGIA DI COSTO	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Acquisto di prodotti sanitari	592.948	651.337	648.355
Acquisto di altri prodotti	52.186	40.801	58.111
Acquisto di servizi sanitari	252.081	297.331	476.804
Acquisto di altri servizi	199.850	218.660	217.687
Altri Costi	159.713	142.794	147.847
TOTALE COSTI	1.256.778	1.350.923	1.548.804

L'incremento dei costi è stato del 23,23%, assai più elevato dell'incremento della produzione, e comunque di soli 292.026 euro a fronte di una variazione di produzione di 806.873. il fattore produttivo maggiormente interessato è stato quello dei servizi sanitari dove sono imputati anche i costi del personale a rapporto professionale acquisito in sostituzione di personale dipendente.

L'evoluzione delle risorse umane

L'azienda Meyer ha sostenuto le attività prestate da questo dipartimento con risorse umane a fonti contrattuali diversificate che possono essere rappresentate, con riferimento a unità pesate, secondo il seguente schema:

TIPOLOGIA DI RISORSE UMANE	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Dirigenti Medici	32	37	33
Dirigenti sanitari non medici			

Personale sanitario del comparto	78	77	77
Personale tecnico sanitario del comparto	12	10	10
Altro Personale			
TOTALE RISORSE UMANE	122	124	120

Anche il dipartimento di emergenza, ha mantenuto sostanzialmente invariate le risorse umane a disposizione, ma con un sensibile calo nel 2004, parzialmente recuperato attraverso l'utilizzazione di professionisti non dipendenti come si è specificato a proposito dei costi dei servizi sanitari. Tali risorse umane hanno prodotto i costi appresso indicati:

TIPOLOGIA DI RISORSE UMANE	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Dirigenti Medici	2.737.407	2.980.419	2.983.972
Dirigenti sanitari non medici			
Personale sanitario del comparto	2.464.223	2.533.733	2.535.278
Personale tecnico sanitario del comparto			
Personale tecnico (OSS, Ausiliario)	252.239	284.155	278.168
Personale Amministrativo			
Personale Universitario	165.196	165.196	146.201
Altro Personale Consulenze, Pers.convenzionato, borsisti, contrattisti)	187.410	230.595	355.253
TOTALE RISORSE UMANE	5.806.475	6.194.098	6.298.872

l'evoluzione dei costi delle risorse umane ha portato ad una variazione del 8,4% inferiore all'evoluzione della produzione, compensando quindi il maggior incremento dei costi dei beni e servizi. L'incremento del costo del personale è da ascrivere principalmente alla diversificazione della tipologia di professionisti, perché, a fronte di un calo complessivo, si ha un aumento del personale medico rispetto al 2002.

LE FUNZIONI AFFERENTI ALLA DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

Valutazioni generali

Alla Direzione Medica di Presidio fanno riferimento, ai sensi dell'Atto Aziendale, alcune strutture semplici la cui qualificazione nel triennio 2002 - 2004 viene di seguito illustrata, unitamente, per comodità di rappresentazione, all'attività dell'Unità Operativa di Diagnostica per Immagini che risponde direttamente alla direzione sanitaria aziendale.

Nella Diagnostica per Immagini l'azienda ha investito in termini di tecnologie, specialmente ecografica e di software per la Risonanza Magnetica funzionale, in modo da qualificare particolarmente le risposte diagnostiche sulla casistica più complessa. Questa Unità Operativa ha inoltre attivato, nel triennio anche la disponibilità per TC e RM per adulti, contribuendo al contenimento dei tempi di attesa del sistema metropolitano per queste prestazioni diagnostiche ed ottimizzando l'uso delle tecnologie.

Una struttura semplice che ha particolarmente incrementato la sua attività è il Servizio Nutrizionale che si è qualificato come unico centro regionale pediatrico e pertanto segue, attraverso

un servizio domiciliare garantito in prima persona, tutte le prestazioni di nutrizione parenterali e di gestione dei pazienti a cui è stata impiantata una PEG per la nutrizione enterale.

In merito alle prestazioni che con il suo Servizio di Riabilitazione, qualificatamente dotato di tecnici sanitari, l'azienda garantisce da anni, si è sentita la necessità di una maggiore disponibilità di operatori per fare fronte alla crescente domanda nelle diverse specialità (valutazione neuromotoria neonatale, ustioni, riabilitazione respiratoria dei pazienti della fibrosi cistica, ma anche dei pazienti della rianimazione), ma anche della presenza di professionalità medica, in particolare per la neuroriabilitazione e si è pertanto attivata una consulenza professionale in tal senso.

Infine, a partire dal 2004, si è avviata una sperimentazione di attività in rete delle diverse figure di Psicologo che a diversificato titolo operano nelle strutture del Meyer (supporto ai settori della Fibrosi Cistica, AIDS, Oncoematologia, Terapia del Dolore) e con un ampliamento dei contratti libero professionali in essere si sono allargate le attività ed i reparti che possono avvalersi di queste preziose collaborazioni. La finalità, a regime, è quella della attivazione di una vera e propria Unità di Psicologia Clinica.

L'evoluzione della produzione

La produzione erogata dalle unità operative afferenti a tale dipartimento ha rappresentato, nel triennio, la seguente valutazione di carattere generale:

Diagnostica per Immagini

Attività di Radiodiagnostica	Quantità	Valore 2002	Quantità	Valore 2003	Quantità	Valore 2004
Ecografie	9.545	459.351	9.252	455.032	10.205	499.811
TAC	948	152.295	688	108.837	852	132.138
RX	8.252	177.025	7.233	153.854	7.491	158.131
RMN (con prestazioni aggiuntive)	4.545	1.149.419	4.868	1.213.064	5.118	1.290.389
Altro	904	8.400	1.328	12.351	1.895	17.648
TOTALE	24.194	1.946.490	23.369	1.943.138	25.561	2.098.117

Nel corso del triennio, la produzione radiodiagnostica per l'esterno si è incrementata solo lievemente, mentre sono cresciute in modo sensibile le prestazioni a favore di ricoverati, motivate dall'aumento della casistica complessa.

Servizio Nutrizionale:

Attività del Servizio Nutrizionale	Quantità	Valore 2002	Quantità	Valore 2003	Quantità	Valore 2004
Visite	1.150	10.806	1.204	10.965	1.135	10.622
Laboratorio					75	232
Altro	61	508	4.814	194.702	8.074	321.470
TOTALE	1.211	11.314	6.018	205.667	9.284	332.324

nella voce altro è compresa l'attività per il confezionamento di sacche nutrizionali.

Servizio di Riabilitazione:

Attività del Servizio Riabilitazione	Quantità	Valore 2002	Quantità	Valore 2003	Quantità	Valore 2004
Visite	4.516	66.727	5.784	84.041	7.411	104.386
Altro	1.500	12.968	2.411	20.363	2.702	24.638
TOTALE	6.016	79.695	8.195	104.404	10.113	129.024

Sia il numero delle prestazioni per esterni che la loro valorizzazione sono aumentate oltre il 60% nell'arco del triennio.

L'evoluzione dei costi

Sempre nello stesso periodo, l'espletamento delle attività sopra riportate ha prodotto l'evoluzione dei consumi di risorse come dalla tabella seguente:

Radiodiagnostica servizio nutrizionale farmacia riabilitazione	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Acquisto di prodotti sanitari	397.387	417.433	585.688
Acquisto di altri prodotti	67.450	170.958	68.106
Acquisto di servizi sanitari	105.152	137.038	136.547
Acquisto di altri servizi	398.528	377.536	392.164
Altri Costi	346.871	270.981	161.828
TOTALE COSTI	1.315.388	1.373.946	1.344.333

La struttura dei costi, ha visto l'espansione dell'acquisto di prodotti sanitari ed una contrazione degli altri costi, rimanendo, nel totale sostanzialmente invariata nel triennio. Per l'anno 2004 non sono stati rilevati i costi della direzione medica di presidio in quanto la titolare ha svolto le funzioni di direzione sanitaria aziendale e la sua sostituzione è avvenuta solo a fine anno.

L'evoluzione delle risorse umane

Per far fronte all'implementazione delle attività, l'azienda Meyer ha adeguato le risorse umane con fonti contrattuali diversificate che possono essere rappresentate, con riferimento a unità pesate, secondo il seguente schema:

DMPO e Radiodiagnostica	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Dirigenti Medici	13	11	13
Dirigenti sanitari non medici	5	5	6
Personale sanitario del comparto	65	67	71
Personale tecnico sanitario del comparto	21	20	20
Altro Personale	5	4	4
TOTALE RISORSE UMANE	109	107	114

Come si può notare, la funzione medica e la dirigenza sanitaria non medica non hanno subito variazioni mentre vi è stato un sensibile incremento del personale infermieristico assegnato alla struttura.

LA STRUTTURA AMMINISTRATIVA DI SUPPORTO

Valutazioni generali

La struttura amministrativa dell'Azienda Meyer è un caso abbastanza anomalo rispetto alla tipologia classica e ricorrente nelle altre realtà aziendali sanitarie. A tale proposito occorre evidenziare che pur dovendo, l'apparato amministrativo, farsi carico di tutte le funzioni ed attività amministrative in capo ad una azienda, non può disporre di tutti i numeri e le professionalità (per formazione e per esperienza) che le varie materie richiederebbero e ciò in relazione alle ridotte dimensioni aziendali che non consentono una adeguata dotazione organica, poco sostenibile sotto il profilo economico.

Tale situazione condiziona inevitabilmente il modello organizzativo. Tranne poche eccezioni dirigenti ed operatori sono spesso assegnatari di responsabilità e competenze che operano su diverse materie anche là dove, nella normalità delle situazioni, come avviene nelle altre aziende, sarebbe necessario occuparsi in modo specifico ed esclusivo di questa o quella materia. A ciò si aggiunge il fatto che altrettanto frequentemente i numeri a disposizione fanno sì che determinate attività siano di competenza esclusiva di singoli soggetti. In questo contesto è inevitabile la precarietà nella continuità del servizio ed il rischio di malfunzionamento o di interruzione della attività ordinaria sono consistenti e reali.

A ciò si aggiunge che da almeno tre anni alla struttura amministrativa fanno carico attività di tipo straordinario di notevole peso e che di per sé giustificerebbero e richiederebbero personale dedicato. In particolare occorre far riferimento agli impegni derivanti da:

- a) la realizzazione del Nuovo Ospedale di Villa Ognissanti;
- b) il passaggio ad azienda ospedaliero-universitaria;
- c) la campagna di comunicazione del P.S.R. affidata dalla Regione al Meyer;
- d) la Cooperazione Internazionale che fa capo al Meyer nelle attività di segreteria, il coordinamento e per quanto riguarda la gestione economico e finanziaria;
- e) l'attività di promozione della salute (HPH) di cui il Meyer è stato individuato come capofila e referente di tutta la Toscana.

Gli obiettivi prefissati tesi a consentire il mantenimento di un livello equilibrato della normale attività ed a soddisfare gli adempimenti connessi con gli eventi straordinari citati sono stati, comunque, raggiunti tenendo pure conto che a seguito dell'avvento del Consorzio di Area Vasta Centro, l'apparato amministrativo già esiguo ha perso quattro unità fra cui un dirigente.

Al Consorzio, come già detto, in un passaggio precedente, è stato inoltre assicurato un supporto oltre che amministrativo anche informatico, mettendo a disposizione, anche se in modo parziale, personale tecnico.

L'evoluzione dell'organizzazione sanitaria nel triennio 2002-2004 e la sua implementazione, ha comportato anche la necessità di provvedere all'adeguamento delle strutture amministrative di supporto.

In generale il consistente potenziamento delle attività di degenza, soprattutto in area chirurgica e terapia intensiva, ha ingenerato un apprezzabile aumento della attività amministrativa spalmata su tutti i settori (personale, economico-finanziario, tecnico, acquisti etc...).

In particolare lo sviluppo dell'attività di ricovero ed ambulatoriale, l'implementazione dell'attività di screening della Fibrosi Cistica e l'avvio dell'attività di screening delle malattie metaboliche e rare, hanno originato un ulteriore fabbisogno di personale amministrativo dedicato (3 unità in più).

Come emerge dalla tabella sottostante, il personale amministrativo dipendente è invece diminuito. Si è potuto far fronte alle necessità contingenti ed emergenti solo attraverso il ricorso al lavoro interinale, a convenzioni e comandi. Tale soluzione può tenere solo in via temporanea a titolo di tamponamento ed oltretutto è più onerosa di una soluzione classica di rapporto di dipendenza e deve essere stabilizzata in vista del trasferimento nella nuova sede ospedaliera, dove l'operatività dell'azienda andrà a regime.

E' pertanto assolutamente indispensabile che la dotazione organica minima venga assicurata mediante ripristino delle unità mancanti in n° di 8, mediante assunzioni con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e mediante conferimento di incarichi a tempo determinato per n° 5, prevedendo inoltre la sostituzione di un dirigente amministrativo cessato il 31 dicembre, con altro rapporto di lavoro a tempo determinato.

L'impiego delle risorse umane si è evoluto secondo gli schemi di seguito riepilogati:

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Dirigenti Amministrativi	6	6	4
Dirigenti Tecnici Professionali	2	2	2
Personale Amministrativo	51	49	45
Personale tecnico	37	33	34
Personale Sanitario	4	4	5
Altro Personale			
Dirigente Medico dedicato all'aggiornamento	1		1
TOTALE RISORSE UMANE	101	94	91

Dal prospetto precedente si può notare come si abbia avuto un calo sia dei dirigenti amministrativi che del personale amministrativo del comparto con un lieve incremento invece del personale sanitario in staff alla direzione generale.

Tali risorse umane hanno prodotto i costi appresso indicati:

TIPOLOGIA DI RISORSE UMANE	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Dirigenti Amministrativi	247.103	251.215	209.865
Personale ruolo amministrativo	1.152.461	1.329.173	1.259.632
Personale ruolo tecnico	572.476	591.585	564.465
Dirigenti Tecnici	74.313	76.327	68.883

Dirigenti Medici	60.881	71.503	69.405
Personale ruolo sanitario	35.355	121.795	35.603
TOTALE RISORSE UMANE	2.142.589	2.441.598	2.207.853

Come si può evincere, l'evoluzione dei costi delle risorse umane, nonostante sia intervenuto un rinnovo contrattuale è stata del solo 3,04% con un calo del 9,6% nell'ultimo anno.

I costi della funzione tecnico amministrativa di supporto ed i costi generali di azienda anno avuto la seguente dinamica:

TOTALE TIPOLOGIA DI COSTO	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Acquisto di prodotti sanitari	758	4.434	2.765
Acquisto di altri prodotti	77.780	115.414	117.139
Acquisto di servizi sanitari	132.390	128.756	16.754
Acquisto di altri servizi	497.776	685.185	657.654
Altri Costi	828.919	813.468	729.480
TOTALE COSTI	1.537.623	1.747.257	1.523.792

I costi di servizi imputabili alle funzioni amministrative di supporto sono rimasti stabili e quindi si è ridotta la loro incidenza sull'evoluzione produttiva aziendale.

I COSTI GENERALI D'AZIENDA

Valutazioni generali

La contabilità per centri di costo riesce ad assegnare i costi di esercizio in una percentuale di circa il 75%.

Restano non ripartiti sulle varie unità operative, i seguenti costi che sono stati mantenuti come rilevazione a livello aziendale:

- ☐ Personale comandato presso altri enti
- ☐ personale in lunga assenza per infortuni, maternità ecc.
- ☐ progetti aziendali di cooperazione internazionale e promozione della salute
- ☐ contribuzioni ad associazioni
- ☐ manutenzione ed ammortamento immobili
- ☐ utenze di riscaldamento/ raffrescamento ed acqua
- ☐ assicurazioni di responsabilità civile
- ☐ libera professione intramoenia
- ☐ costi della gestione non caratteristica.

In particolare nel triennio di riferimento, sono rimasti imputati a "costi generali d'azienda" i seguenti fattori produttivi:

TOTALE TIPOLOGIA DI COSTO	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Acquisto di prodotti sanitari	101.187	77.161	133.440
Acquisto di altri prodotti	425.295	380.017	158.605

Acquisto di servizi sanitari	1.876.273	1.706.384	2.778.870
di cui prestazioni specialistiche di careggi	272.583	425.952	468.937
Acquisto di altri servizi	2.148.475	2.879.129	3.443.534
Personale dipendente	2.008.228	2.234.584	2.245.809
di cui personale comandato c/o altre strutture e personale TIN e CTO	787.974	917.815	836.763
Altri costi	2.069.803	2.261.810	2.087.484
TOTALE COSTI	8.629.261	9.539.085	10.847.742

L'incremento registrato nel triennio per circa 2,2 milioni di euro, è imputabile per circa la metà ad oneri per il reperimento di spazi e per attività esercitata presso altre aziende nonché per la libera professione, e per l'altra metà all'incremento dell'acquisto di altri servizi, dove sono compresi i costi di utenze ed assicurazioni.

Un incremento di circa 200 mila euro ai costi del personale assente o comandato.

Nel raggruppamento Costi generali d'azienda sono collocate anche le risorse umane in comando presso altre amministrazioni e sono suddivise secondo il seguente schema:

COSTI GENERALI D'AZIENDA	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Personale tecnico	1	1	1
Personale Sanitario	20	19	23
TOTALE RISORSE UMANE	21	20	24

Il suddetto personale è, per la quasi totalità, in comando all'azienda ospedaliero universitaria Careggi per funzioni di terapia intensiva neonatale e per l'ortopedia pediatrica.

I costi di tali risorse umane sono interamente recuperati.

2.3.- I PROGETTI FINANZIATI AL MEYER

Le risorse utilizzate dal Meyer nel triennio in esame, non si sono limitate a quelle derivanti da finanziamenti indistinti regionali o dalla valorizzazione della produzione.

L'azienda infatti è stata oggetto di riferimento regionale per una entità di finanziamenti a carattere vincolato che, rapportati al fatturato complessivo, rappresentano un elemento assai significativo e che hanno influenzato sia l'andamento dei costi che l'impiego delle risorse umane ricomprese nelle attività dipartimentali e di supporto.

Individuazione dei finanziamenti

Nel corso degli anni 2002 - 2004, L'azienda Ospedaliera Meyer è stata oggetto di finanziamento per finalità specifiche secondo lo schema seguente:

DESCRIZIONE	Ricavo rilevato anno 2002	utilizzato 2002	Ricavo rilevato anno 2003	utilizzato o 2003	Ricavo rilevato anno 2004	utilizzato 2004	Residuo fin.to al 31/12/04

Finanziamenti Cooperazione Internazionale	20.658	8.136	400.000	141.103	515.000	348.261	438.158
Finanziamenti per la Formazione	29.126	9.087	60.546	14.068	1.955	4.331	64.141
Finanziamenti Fibrosi Cistica	50.077	3.068	221.999	28.089	311.427	16.892	535.454
Finanziamenti HPH	0	23.753	178.554	154.014	320.646	326.127	-4.694
Finanziamenti per progetti obiettivo	163.852	117.687	164.270	135.875	371.995	259.433	187.122
Finanziamenti Ricerca	0	0	36.152	12.844	14.461	21.803	15.965
Totale	263.714	161.732	1.061.521	485.993	1.535.485	976.847	1.236.147

Il totale dei finanziamenti vincolati, negli anni 2002 - 2004 è stato quindi di euro 2.860.719,24 , mentre il loro utilizzo è stato di euro 1.624.572,33 , con un ritorno al 2005 quindi pari ad euro 1.236.146,91

Risultati

I risultati dell'impiego delle risorse finalizzate ai progetti finanziati all'azienda Meyer ha dato le seguenti valutazioni di carattere generale:

- in ordine ai finanziamenti per la Cooperazione Internazionale, è stato possibile dare ampio sviluppo a tutte le progettualità su cui la Regione Toscana aveva assunto impegni, tramite il coinvolgimento del personale del Meyer. Così si è venuti all'apertura del pronto soccorso pediatrico di Orotta in Eritrea, si è dato ulteriore sviluppo al progetto di "Saving Children", è stata avviata un'attività formativa a supporto del personale sanitario dell'Ospedale di riferimento nazionale di Sanaa nello Yemen.
- Per quanto concerne la fibrosi cistica, l'impiego delle risorse è stato prevalentemente indirizzato alla effettuazione dello screening regionale di questa malattia, al mantenimento del registro regionale specifico ed ad attività di progettazione scientifica.

2.4.- GLI INVESTIMENTI

Investimenti nell'attuale struttura

Nell'attuale struttura gli investimenti attuati nel periodo sono stati quantitativamente contenuti in funzione dell'approssimarsi della utilizzazione della nuova struttura in via di completamento. Nonostante questo, al fine di garantire l'avvio di attività in implementazione e per sopperire ad esigenze di tipo diagnostico ed igienico organizzative, l'azienda ha dovuto investire le seguenti risorse:

DESCRIZIONE	assegnato nel 2002	utilizzato 2002	assegnato nel 2003	utilizzato 2002	assegnato nel 2004	utilizzato 2004
DRT 6555/02- PROG.R.T.INTEGRAZ.TECN.INFO RM.NE COM.N	25.000,00	0				
FIN.ART.71 L.448/98-PROG.DIMI GRT 126/00- spaccatura F34				25.327,60	409.562,36	411.049,20
FIN.TO REG.PER ACQUISTO TANDEM MASSA 2°		0	475.000,00	470.399,97		
Totale triennio	25.000,00		475.000,00	495.727,57	409.562,36	411.049,20

Le assegnazioni complessive nel triennio sono state pari ad euro 909.562,36 mentre gli impieghi sono stati pari ad euro 906.776,77 con un residuo di impiego di euro 2.785,59

Investimenti per la realizzazione del nuovo ospedale

La Nuova struttura, la cui progettazione definitiva è stata approvata in data 21 dicembre 1999, ha visto l'aggiudicazione dei lavori in data 27 settembre 2000 e la consegna del cantiere in data 8 febbraio 2001, prevede un piano di investimenti ammontante ad euro 53.715.592, finanziati nel seguente modo:

- ☐ Alienazione cespiti Euro 28.295.639
- ☐ Contributi art. 71 legge 448/98 Euro 10.458.252
- ☐ Fondi Aids legge 135/90 Euro 4.128.556
- ☐ Fondi libera professione D.L. 254/2000 euro 2.594.022
- ☐ Contributi da Comune Euro 258.228
- ☐ Progetto Sord Hospital Euro 774.685
- ☐ Autofinanziamento Euro 650.000
- ☐ Contributi da privati per la parte rimanente.

fino al 31/12/2001, i finanziamenti sono stati pari ad euro 4.131.527,96 mentre non ci sono stati impieghi.

Le risorse utilizzate invece nel triennio afferente il Pao 2002-2004 hanno avuto il seguente andamento finanziario:

DESCRIZIONE	Assegnato nel 2002	utilizzato 2002	assegnato nel 2003	utilizzato 2003	assegnato nel 2004	utilizzato 2004
Fondi AIDS Legge 135/90 I° lotto		582.826,21		758.831,67		1.689.770,66
Fondi art.71 L. 488/98 - Parcheggio				12.733,97	1.016.041,40	526.901,66
Fondi art.71 L. 488/98 - Lavori I° e II° lotto	783.432,00	783.432,00	1.059.594,91	1.059.594,91	3.359.560,09	2.268.995,54
Fondi D. Lgs. 254/2000	174.931,78	174.931,77	276.198,95	276.198,95	550.560,93	550.560,93
Progetto Hospital - NNE/2001/295	116.000,00	61.200,00	63.512,67	-	-	-
Fondi art.71 L. 488/98 - Dimi	-	-	0	-	-	-
Progetto Revival - NNE5/2001/597					105.257,79	-
Fin.to Min. Ambiente e tutela territorio-Progr. Impianti Fotovoltaici					165.341,39	-
	1.074.363,78	1.602.389,98	1.399.306,53	2.107.359,50	5.196.761,60	5.036.228,79

Con un totale di finanziamenti pari ad euro 7.670.431,91, mentre gli impieghi sono ammontati ad euro 8.745.978,27, recuperando quindi euro 1.075.546,36 dalla disponibilità delle precedenti assegnazioni che alla data del 31/12/2001 ammontavano ad euro 4.131.527,96.

PROSPETTI RIEPILOGATIVI

La lettura della macro articolazione aziendale, rappresentata in funzione dei dipartimenti sanitari, delle strutture di supporto sia sanitaria che amministrativa, è opportuno che venga ridisegnata, in questa relazione, nella sua globalità al fine di consentire una valutazione aziendale.

Ritengo pertanto utile prospettare una serie di tabelle che identifichino l'evoluzione complessiva che l'azienda Ospedaliera Meyer ha realizzato nell'ambito della valenza del PAO 2002 - 2004:

Riepilogo evoluzione produzione

Come accennato in premessa, l'evoluzione della produzione nel corso della validità del PAO ha subito le seguenti valutazioni:

Tipologia	Attività AOU Meyer 2002		Attività AOU Meyer 2003		Attività AOU Meyer 2004	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Ricoveri ordinari	6.489	16.044.997,31	6.874	18.253.936,08	6.577	19.060.550,93
Ricoveri DH	6.538	5.483.267,79	7.169	5.943.733,65	8.252	7.796.233,77
Assistenza Specialistica e farmaceutica	424.411	6.376.689,79	448.815	7.385.471,63	547.680	8.746.831,91
Finanziamenti regionali		14.321.070,00		14.130.083,00		14.999.631,00
Altri ricavi		2.991.196,11		2.528.610,64		4.497.492,39
Ricavi della Gestione non caratteristica		3.094.541,21		2.045.007,00		66.128,03
Totale produzione	437.438	48.311.762,21	462.858	50.286.842,00	562.509	55.166.868,03

Poiché la produzione ospedaliera è percentualmente la più elevata dell'intera attività produttiva, risulta opportuna una analisi anche per aree di attrazione della produzione diretta, suddivisa fra ricoveri ordinari, day hospital ed assistenza specialistica.

Per quanto concerne i ricoveri ordinari, la produzione ha avuto il seguente andamento:

Ricoveri ordinari	Attività AOU Meyer 2002		Attività AOU Meyer 2003		Attività AOU Meyer 2004	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Paganti	24	17.054	28	37.677	24	165.584,00
Stranieri	229	841.022	180	980.395	124	491.336,00
Fuori Regione	531	1.410.485	637	1.603.411	828	3.083.068,00
Regione Toscana	5.705	13.776.436	6.029	15.632.453	5.601	15.320.562,93
Totale	6.489	16.044.997	6.874	18.253.936	6.577	19.060.550,93

Come si può percepire, dall'anno 2004 è stata intrapresa una effettiva dinamica che sposta l'attività del Meyer verso la sua vocazione di terzo livello. Come può evidenziarsi, la valorizzazione risente dell'aumento del punto medio dei DRG, infatti, a fronte di una contrazione dei ricoveri ordinari si riscontra un forte incremento della loro valorizzazione e la maggiore variazione dell'attività si sposta su prestazioni verso utenti al di fuori della regione Toscana.

Sul versante dell'attività in day hospital, l'evoluzione è invece rappresentata dal seguente prospetto:

Ricoveri DH	Attività AOU Meyer 2002		Attività AOU Meyer 2003		Attività AOU Meyer 2004	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Paganti	5	4.262	3	1.243	10	22.840,00
Stranieri	117	196.787	94	180.464	207	227.049,00
Fuori Regione	578	423.304	680	456.813	819	686.636,00
Regione Toscana	5.838	4.858.915	6.392	5.305.214	7.216	6.859.708,77
Totale	6.538	5.483.267,79	7.169	5.943.733,65	8.252	7.796.233,77

Dallo specchietto sopra riportato, si vede come il Meyer abbia intrapreso uno spostamento di attività da ricoveri ordinari ad interventi in day hospital specialmente per quelli rivolti ad utenti della regione Toscana.

Per l'assistenza specialistica, la diversificazione fra gli anni è dimostrata dal seguente prospetto:

Tipologia	Attività AOU Meyer 2002		Attività AOU Meyer 2003		Attività AOU Meyer 2004	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Assistenza Specialistica						
Compensati in Regione	288.022	5.191.780	295.150	5.530.111	359.946	5.764.119
Fuori Regione	15.493	279.276	20.025	375.204	20.463	327.695
Esterni Paganti	3.740	67.258	3.790	53.168	4.084	52.427
Stranieri	1.095	15.695	1.525	26.547	1.533	25.128
Totale	308.350	5.554.009	320.490	5.985.030	386.026	6.169.369

Anche l'assistenza specialistica, che vede un incremento di oltre il 10% è fortemente indirizzata ai pazienti della regione.

L'assistenza farmaceutica ha invece rappresentato la seguente evoluzione per aree di attrazione:

Tipologia	Attività AOU Meyer 2002		Attività AOU Meyer 2003		Attività AOU Meyer 2004	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Assistenza Farmaceutica						
Farmaci	124.234	706.527	105.880	885.672	128.408	986.852
Farmaci post-dimissione	2.889	20.924	9.589	163.522	16.039	319.979
Totale	127.123	727.451	115.469	1.049.194	144.447	1.306.831

La somministrazione di farmaci evidenzia un forte incremento percentuale per i farmaci in dimissione come accompagnamento dei piccoli al proseguimento della cura presso il proprio domicilio.

Non esistono possibilità di differenziazione fra gli altri ricavi complessivi aziendali.

Riepilogo evoluzione costi

TIPOLOGIA DI COSTO	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Acquisto di prodotti sanitari	5.607.760	6.613.102	7.691.615

Acquisto di altri prodotti	1.075.970	1.225.178	1.277.854
Acquisto di servizi sanitari	6.365.608	7.407.851	9.555.732
Acquisto di altri servizi	470.998	506.135	584.706
Altri Costi (oneri vari di gestione)	4.068.672	4.569.171	5.543.764
Costi per il personale	26.053.494	26.674.267	28.052.284
Costi gestione non caratteristica	2.768.188	1.433.488	413.445
Imposte e tasse	1.802.145	1.834.397	2.047.068
TOTALE COSTI	48.212.835	50.263.589	55.166.469

A fronte di un incremento di quasi 6,8 milioni di euro nella valorizzazione della produzione, si verifica pari incremento nei costi di produzione, riassorbendo, all'interno, anche i costi del primo biennio del rinnovo contrattuale del comparto.

Riepilogo evoluzione risorse Umane

La tipologia delle risorse umane viene analizzata sotto due aspetti e cioè la quantità numerica e la dimensione economica.

Sotto il profilo della entità numerica, le risorse umane presenti al 31 dicembre di ciascuno degli anni e riportata nella seguente tabella:

TOTALE GENERALE RISORSE UMANE	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Dirigenti Medici	114	120	124
Dirigenti sanitari non medici	12	13	16
Dirigenti Amministrativi	6	6	4
Personale sanitario del comparto	324	328	356
Personale tecnico sanitario del comparto	106	96	97
Personale Amministrativo	51	49	45
Altro Personale	8	7	9
TOTALE RISORSE UMANE	621	619	651

Le risorse umane, a fronte di un calo fra il 2002 ed il 2003, hanno registrato un incremento nel corso del 2004, in concomitanza con l'assestamento di attività attivate in tale anno che saranno dettagliate nel prosieguo del prossimo capitolo della presente relazione.

Da un punto di vista del dimensionamento economico, i costi del personale sostenuti nei tre anni di validità del PAO vengono evidenziati dalla successiva tabella

TOTALE GENERALE RISORSE UMANE	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2004
Dirigenti Medici	10.418.210,59	11.051.843,39	10.689.952,48
Dirigenti sanitari non medici	626.489,33	736.412,43	686.204,58
Dirigenti tecnici	154.719,71	163.048,69	165.545,78
Dirigenti Amministrativi	339.718,54	483.529,34	352.733,39
Personale sanitario del comparto	10.666.512,30	12.113.930,18	11.876.002,35

Personale tecnico sanitario del comparto			
	2.528.469,17	2.671.744,47	2.520.654,71
Personale Amministrativo			
	1.525.124,33	1.835.084,60	1.969.900,56
Altro Personale			
TOTALE RISORSE UMANE	26.259.244	29.055.593	28.260.994

Il costo del personale, derivante dalla contabilità analitica, cui si riferiscono i dati sopra esposti, non è coincidente con la contabilità generale in modo particolare nel 2003 perché i costi del 2002 del rinnovo contrattuale del personale del comparto, in contabilità generale, sono stati attribuiti a sopravvenienze passive, mentre figurano, nella tabella di cui sopra, fra i costi annuali. Da ciò ne discende una ipotesi di contrazione fittizia dei costi nel 2004 rispetto al 2003.

Tutti e tre gli anni dal 2002 al 2004, si sono chiusi con un risultato di bilancio lievemente in attivo.

ALLEGATO 2

LA EVOLUZIONE E LE PROSPETTIVE DEL PIANO DELLE ATTIVITA' OSPEDALIERE PER IL 2005 - 2006

Come evidenziato nella premessa della presente relazione, questo documento non vuole rappresentare unicamente un resoconto dell'attività svolta in relazione alla programmazione effettuata in rapporto al Piano di sviluppo delle attività per il triennio 2002 - 2004, ma il suo obiettivo è quello di approfondire le previsioni di bilancio per l'anno 2005 ed gli sviluppi per le attività del 2005 - 2006, anche per consentire a codesto ente programmatore la valutazione delle prospettive evolutive dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer.

Al fine di poter meglio rappresentare l'evoluzione, la stessa viene suddivisa in due sotto capitoli e precisamente:

1. attività iniziate nel corso del 2004 che rappresenteranno, nel 2005 e successivi anni sensibili incidenze sia sulla produzione che sui costi da essa generati, nonché sulla composizione delle risorse umane da impiegare;
2. attività già intraprese all'inizio del 2005, con una programmazione attuata prima della legge finanziaria, nonché attività intraprese o da intraprendere successivamente alle disposizioni normative restrittive della finanziaria stessa.

Lo scopo della proiezione, che possiamo definire come anticipazione del PAO 2005 - 2007, è quindi di consentire a codesta regione di valutare complessivamente gli effetti che ne derivano dal principio ispiratore che ha previsto l'azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer quale emanazione regionale di riferimento per l'attività sanitaria, rivolta ai bambini, in sviluppo di risposta all'utenza, specialmente orientata alla qualificazione di struttura di 3° livello.

Gli obiettivi da perseguire sono quelli di dotare l'azienda di funzioni specialistiche di elevatissima qualificazione ancora non presenti in ambito regionale, di sviluppare quelle già avviate all'interno dell'azienda stessa e di fare confluire in essa quelle sviluppatesi presso altre aziende maggiormente indirizzate al trattamento della casistica dell'adulto, dove pertanto tali funzioni pediatriche, anche di interessante qualificazione, non trovano spazi ed attenzioni adeguate a questo target di popolazione.

La politica di reperimento delle risorse umane aggiuntive, necessarie nel 2005, e da implementarsi ulteriormente nel 2006, sarà orientata quindi anche a favorire il trasferimento di professionisti dalle aziende sanitarie toscane verso questa azienda, in correlazione anche con l'esercizio della funzione di coordinamento regionale dell'attività legata alla identificazione della logistica distributiva dell'offerta.

3.1 - L'EVOLUZIONE DI ATTIVITÀ INIZIATE NEL 2004

Come si individuava nell'esposizione dell'andamento del PAO fra il 2002 ed il 2004, si era sottolineato come l'anno 2004 avesse avviato la svolta verso il ruolo del Meyer come ospedale di terzo livello e di riferimento regionale per la cura di diverse affezioni pediatriche.

Nel corso del 2004, l'implementazione delle attività è stata incentrata sulle seguenti funzioni:

3.1.1. - LA NEUROCHIRURGIA

In data 1° luglio del 2004, è stata affidata l'Unità Operativa Complessa di Neurochirurgia, appartenente al Dipartimento di Attività Integrata di Pediatria Chirurgica, alla responsabilità di un nuovo professionista, punto di riferimento non solo nazionale per la patologia del settore, in particolare quella tumorale. L'implementazione dell'attività è stata repentinamente consistente ed ha richiesto l'immediato adeguamento delle tecnologie e degli spazi necessari all'attività chirurgica e di degenza, nonché del personale anzitutto medico, integrato entro breve con 3 professionisti, ma anche infermieristico.

Questa subitanea trasformazione ha consentito che, a decorrere dallo stesso mese di Luglio 2004, fosse attivata il Coordinamento Regionale di Alta Specializzazione per la Neurochirurgia, così come previsto dalla DGR 915/04 sulla Rete Materno Infantile, attraverso la convenzione con l'azienda Ospedaliero-Universitaria Senese per interventi neurochirurgici da effettuarsi presso quella struttura ad opera della équipe del Meyer e, dal mese di ottobre 2004, è stato attivato in Siena apposito reparto per la cura dei pazienti neurochirurgici. Per completare doverosamente questo importante Coordinamento si deve ipotizzare di avviare analogo rapporto convenzionale con l'AOU Pisana.

La casistica trattata ha reso indispensabile creare delle sinergie chirurgiche con altre specialità, sia interne al Meyer stesso (otorinolaringoiatria, oculistica e l'attivanda Odontoiatria, le cui strutture semplici sono state fatte confluire nella Unità operativa complessa di Neurochirurgia) che offerte in convenzione dall'AOU Careggi (maxillofacciale, chirurgia plastica), venendosi così ad organizzare un vero e proprio dipartimento funzionale Testa-collo che certamente amplierà ulteriormente la propria attività nei prossimi anni.

Altre sinergie invece si sono rese necessarie in ambito medico, sia con la struttura di oncematologia (che ha individuato una risorsa professionale, acquisita al momento a contratto libero professionale, dedicata alla casistica neurooncologica), sia con quella di neurologia pediatrica, ma anche con la radioterapia dell'AOU Careggi. Anche in questi settori la attività e da intendersi incrementale.

I riflessi produttivi

L'attivazione dell'unità operativa di Neurochirurgia è avvenuta mediante ridimensionamento temporale nella degenza delle unità operative di clinica pediatrica. Tali posti letto saranno ripristinati nel corso del 2005 subordinatamente alla disponibilità ed adattamento di appositi locali.

La produzione di attività sanitaria avrà nel 2005 il seguente andamento:

Attività AOU Meyer			Attività AOU Senese		Totale Attività	
Tipologia	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Ricoveri/Interventi 2004	284	1.292.563	73	182.777	247	1.475.340
Ricoveri/Interventi 2005	504	2.965.348	437	402.109	941	3.367.457

L'attività svolta per il Meyer è identificata in n° di ricoveri e relativa valorizzazione, mentre l'attività svolta per l'AOU Senese è identificata in n° di interventi, poiché la convenzione esistente fra le due aziende prevedeva la valorizzazione sulla base dei soli DRG chirurgici che prevedevano l'intervento di un chirurgo del Meyer.

Come si può notare, l'incremento dell'attività (+ 77,46%) si riflette in più che raddoppio di quanto valorizzato nel 2004, anno di attivazione, infatti conta anche una maggiore selettività della casistica poiché il punto medio dei drg aumenta da 4.551 del 2004 a 5.883 del 2005 (+ 29,27%)

I riflessi sui costi

Contestualmente, al fine di garantire i livelli produttivi previsti, è assolutamente necessario provvedere all'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi secondo la seguente dinamica:

Fattori Produttivi AOU Meyer	Valore 2004	Valore 2005 Proiettato	Variazione
Acquisto di prodotti sanitari	933.254	1.025.443	10%
Acquisto di altri prodotti	34.865	45.000	29%
Acquisto di servizi sanitari	19.900	25.000	32%
Acquisto di altri servizi	73.798	80.000	8%
TOTALE COSTI	1.060.817	1.175.443	11%

L'aumento dei costi rappresenta un valore complessivo in incremento di oltre l'11% nell'acquisto di beni e servizi, e di oltre il 150% nelle risorse umane.

I riflessi sulle risorse umane

L'attività avviata nel luglio del 2004, deve essere consolidata fin dall'inizio del 2005 mediante la variazione anche delle risorse umane dedicate. La variazione prevista è quella rappresentata nella sottoriportata tabella:

Professionalità	N° Operatori pesati	Valore 2004 - Semestrale	N° Operatori pesati	Valore 2005
Dirigenti Medici	5,25	609.684	8,67	1.144.028
Personale Infermieristico	5,57	219.003	14,29	549.531
Personale Tecnico	0,63	18.995	3,84	114.667
Personale Sanitario Tecnico	1,08	31.095	2,00	60.228

Personale Amministrativo	0,42	10.705	1,00	34.577
Totale	12,95	889.482	29,80	1.903.131

L'Unità operativa sarà ulteriormente potenziata nel corso del 2006, mediante l'assunzione di un ulteriore medico, se si realizzeranno le condizioni per l'aggregazione, nell'ambito dipartimentale toscano, anche dell'attività esercitata presso l'azienda ospedaliero universitaria Pisana.

3.1.2 - L'OTORINOLARINGOIATRIA

L'attività iniziata alla fine del 2003 attraverso un primo momento di inserimento di professionista acquisito dall'ASL 10 con la tipologia del contratto SUMAI, dopo l'iniziale assestamento di attività ambulatoriale e chirurgica principalmente indirizzata a pazienti con problematiche respiratorie ed infettive da patologia tonsillare ed adenoidea, si vuole oggi rivolgere a più complessa casistica passibile di approccio chirurgico sull'orecchio medio e sulla laringe.

L'anno 2005 prevede pertanto una svolta produttiva di attività in tale senso attraverso la iniziale collaborazione con professionisti medici e tecnico-sanitari già operanti in altre aziende o a contratto libero professionale, prefigurandosi poi una successiva dotazione autonoma di personale, appena i percorsi assistenziali si saranno qualificati.

Negli ancora ristretti spazi della attuale situazione logistica del Meyer, per dare spazi chirurgici a questa tipologia di interventi di terzo livello, si sposterà la massa critica degli altri, che possono essere effettuati in Day Surgery ed in One Day Surgery, nella stessa struttura dell'IOT dell'ASL 10 con aumentate disponibilità di sedute.

L'attività che questa struttura andrà a realizzare nel 2005 è prevista nella seguente tabella:

Tipologia	Attività AOU Meyer 2004		Attività AOU Meyer 2005	
	N°	Valore	N°	Valore
Ricoveri			190	150.000
Interventi				
Prestazioni effettive	841	18.622	920	20.200
Totale	841	18.622	1.110	170.000

Per i ricoveri l'unità operativa si appoggia logisticamente ed operativamente all'unità operativa di chirurgia pediatrica nella quale confluiscono i costi, ad eccezione di alcuni costi specificatamente determinabili per l'attività ambulatoriale.

I riflessi sui costi

Come rappresentato nel commento alla precedente tabella della produzione, l'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi relativo alla sola attività specificabile, varierà secondo la seguente dinamica:

FP	Valore 2004	Valore 2005
Acquisto di prodotti sanitari		2.556
Altro Personale (convenzionati, contrattisti)	28.000	40.000

TOTALE COSTI	-28.000	-42.556

I riflessi sulle risorse umane

L'attività avviata nel luglio del 2004, deve essere consolidata fin dall'inizio del 2005 mediante la variazione anche delle risorse umane dedicate. La variazione prevista è quella rappresentata nella sottoriportata tabella:

Professionalità	Teste	Teste pesate	Valore 2005
Dirigenti Medici	1,00	0,53	45.000
Altro Personale (convenzionati, contrattisti)	2,00	1,05	39.750
Infermieri	2,00	2,00	74.000
TOTALE	5,00	3,58	158.750

Nel primo momento di attivazione, l'attività sconta una lieve perdita nell'analisi fra costi e valorizzazione. L'attività stessa, come rappresentato prima, subirà un sensibile incremento nell'anno 2006 allorché vi sarà una maggiore disponibilità di spazi e di sedute operatorie.

3.1.3. - LA ONCOEMATOLOGIA

Oltre alle implementazioni correlate alla attività neurochirurgica, di cui si è trattato sopra, nel corso del 2004, l'Unità Operativa Complessa di Oncoematologia, già assegnata al Dipartimento di Pediatria Internistica, ha implementato la sua attività particolarmente collegata alla effettuazione dei trapianti allogenici, per la cui realizzazione le tecnologie laboratoristiche messe a punto negli anni precedenti, offrono oggi più moderni supporti: si prevede, per l'anno 2005, di effettuare 15 trapianti autologhi e 15 trapianti allogenici.

Il forte incremento di questa attività, oltre che come risposta alle esigenze oncologiche pediatriche (neuroblastoma, ecc.) è previsto grazie all'accordo di programma con l'IME (Istituto Mediterraneo di Ematologia) siglato di recente dal Meyer e che è rivolto al trattamento di pazienti affetti da talassemia e provenienti da diversi paesi dell'area del mediterraneo.

L'azienda continuerà ad investire nelle tecnologie laboratoristiche di supporto alla implementazione delle terapie cellulari consentendo, dopo la certificazione di tutta l'attività trasfusionale e di ricerca per le terapie cellulari ISO 9000:2001 già ottenuta in questo primo semestre 2005, di perseguire anche la certificazione GMP prevista per i veri e propri centri di produzione.

I riflessi produttivi

La produzione di attività sanitaria avrà nel 2005 il seguente andamento:

Attività	AOU Meyer 2004		AOU Meyer 2005	
	N°	Valore	N°	Valore
Tipologia				
Ricoveri	582	2.657.608	648	2.958.986
Ricoveri DH	3.062	1.309.373	3.073	1.314.077
Trapianti	19	874.700	30	1.509.000

Il maggior carico di ricoveri che si prevedono pertanto sulla Terapia Intensiva Pediatrica, potrebbe determinare una insufficiente disponibilità dei posti letto che non possono essere aumentati per ragioni di spazio. Si è pertanto provveduto ad individuare alcuni posti letto del reparto internistico che verranno dotati di tutto quanto necessario (impianti gas medicali, attrezzature) a classificarli quali letti di terapia sub intensiva: 4 posti letto destinati al trattamento di pazienti della rianimazione, appena raggiungono condizioni di maggiore stabilizzazione, e di pazienti complessi che non richiedono necessariamente in trasferimento in una terapia intensiva.

L'attività che questa struttura andrà a realizzare nel 2005 è prevista nella seguente tabella:

Tipologia	Attività AOU Meyer 2004		Attività AOU Meyer 2005	
	N°	Valore	N°	Valore
Interventi a cuore aperto			20	380.000
Emodinamica	40	404.463	40	405.000
Totale Interventi	40	404.463	60	785.000

I riflessi sui costi

Contestualmente, al fine di garantire i livelli produttivi previsti, è assolutamente necessario provvedere all'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi secondo la seguente dinamica:

Fattori Produttivi	Valore 2004	Valore 2005
Prodotti Sanitari		80.000
Prodotti Economici		5.000
Servizi Sanitari	404.463	250.000
Altri Costi		15.000
Totale	404.463	350.000

In effetti si ipotizza una riduzione complessiva dei costi poiché le attuali sedute di emodinamica sono effettuate presso il Careggi con rimborso a tale azienda dei costi sostenuti nonché l'evidenziazione di oneri per prestazioni aggiuntive attualmente già esercitate dai nostri anestesisti.

I riflessi sulle risorse umane

L'attività da avviare nel corso del 2005, sarà inizialmente attivata mediante convenzione con l'OPA. Il riflesso sull'assunzione di personale avrà seguito con l'attivazione dei 4 posti letto di terapia subintensiva che vedrà coinvolte n° 6 figure infermieristiche già dal 2005, mentre si espanderà all'inizio del 2006, mediante il reperimento di n° 2 medici cardiocirurghi, n° 1 medico anestesista e n° 2 tecnici sanitari.

Totale	-	-	1.100	230.000

I riflessi sui costi

Contestualmente, al fine di garantire i livelli produttivi previsti, è assolutamente necessario provvedere all'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi secondo la seguente dinamica:

Fattori produttivi	Valore 2004	Valore 2005
Acquisto di prodotti sanitari		15.000
Acquisto di altri prodotti		1.100
Acquisto di servizi sanitari		16.000
Acquisto di altri servizi		1.200
Altri costi (formazione, oneri diversi di gestione)		3.000
TOTALE COSTI	-	36.300

I riflessi sulle risorse umane

L'attività avviata nel marzo del 2005, richiede anche la variazione delle risorse umane dedicate. La variazione prevista è quella rappresentata nella sottoriportata tabella:

Professionalità	N° Operatori	Valore 2004	N° Operatori	Valore 2005
Dirigenti Medici			2	172.000
Infermieri			1	25.000
Totale			3	197.000

3.2.2. - LA CARDIOCHIRURGIA E LA TERAPIA SUBINTENSIVA

Nell'anno 2005, è previsto l'avvio della attività cardiocirurgica da realizzare in collaborazione con l'équipe del CNR-IFC che opera presso l'O.P.A. (Ospedale Pediatrico Apuano). Negli spazi ristretti della attuale situazione logistica, il Meyer comunque accoglierà pazienti affetti da una selezionata casistica di difetti cardiaci congeniti che verranno studiati ed approntati per l'intervento ad opera del personale della U.O. di Cardiologia Pediatrica con le modalità già sopra descritte.

L'attività diagnostica, e la attività interventistica non invasiva, sarà effettuata dai cardiologi del Meyer attraverso la collaborazione con l'AOU Careggi con l'apparecchio di Emodinamica. La collaborazione dei professionisti cardiologi e cardiocirurghi darà anche importante supporto alla attività interventistica endoscopica sulle vie aeree (si veda oltre) effettuata dalla U.O. di Rianimazione.

Complessivamente è' prevista una iniziale quantificazione di interventi in circa 20 casi che potranno aumentare nell'anno prossimo.

cardiochirurgiche), a far confluire nella appropriata cornice di una struttura ospedaliera pediatrica dedicata le attività di secondo e terzo livello già attive presso altre aziende (ad esempio l'ortopedia pediatrica e la odontoiatria da Careggi) ed anche la precoce presa in carico dei casi complessi da trattare fin dalla loro diagnosi in età gestazionale.

L'impatto che tutta questa nuova ed aggiuntiva attività ha sulla organizzazione del Meyer è facilmente intuibile e più dettagliatamente descritta nei paragrafi seguenti, in modo particolare per quanto riguarda i riflessi sui costi e sulle risorse di personale.

Ma un altro, non trascurabile impatto, è quello relativo alla gestione delle ricadute in termini organizzativi e di esigenze di spazi per le varie attività: l'azienda tutta ha fatto un grande sforzo di razionalizzazione nell'uso dei suoi locali, riuscendo a concentrare anche tutta la attività di Day Hospital medico accanto a quella ambulatoriale, presso il Centro di Via Pico della Mirandola, ricavando così maggiore disponibilità per posti letto di ricovero ordinario dentro il vero e proprio presidio ospedaliero. Per realizzare questo ci si è trovati anche nella necessità di affittare locali in appartamenti ove trasferire funzioni amministrative e di supporto.

Per le esigenze chirurgiche poi, è stata allestita una piccola sala operatoria aggiuntiva nella quale eseguire interventi di minore complessità e ci si avvarrà, a partire dal prossimo autunno, anche di una aumentata disponibilità della ASL 10 presso la propria struttura chirurgica dell'IOT.

3.2.1 - ORTOPEDIA PEDIATRICA

A questo riguardo si è dato corso al trasferimento, a partire dal mese di febbraio 2005, della ortopedia pediatrica dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi a questa azienda, strutturandola quale unità operativa semplice del dipartimento di Chirurgia Pediatrica.

L'implementazione delle funzioni è avvenuto e proseguirà secondo il seguente calendario:

- A partire dal mese di marzo 2005 sono state assorbite al Meyer le attività di sala operatoria e ricovero programmato con il conseguente trasferimento dal Careggi delle risorse umane correlate
- Con decorrenza dal mese di ottobre 2005, è previsto il trasferimento delle attività programmate di day hospital ed ambulatoriali.

Nell'anno 2006, attraverso la collaborazione dei professionisti Ortopedici del Dipartimento del CTO dell'AOU Careggi, si allargherà la gamma degli interventi eseguiti alle specialità di ortopedia oncologica, del rachide, ecc.

Resteranno a Careggi, fino al trasferimento nella nuova struttura del Meyer, le funzioni di ortopedia traumatologica.

Le previsioni collegate a tale attività possono essere riepilogate nelle sottoelencate tabelle:

Attività AOU Meyer 2004			Attività AOU Meyer 2005	
Tipologia	N°	Valore	N°	Valore
Ricoveri			200	200.000
Attività ambulatoriale			900	30.000

Specialistica	7.092	63.871	12.396	130.200
Totale	10.755	4.905.552	16.147	5.912.263

Come si può evincere, al di là di alcuni incrementi sull'attività tradizionale di ricovero, il forte incremento della produttività lo si riscontra nella valorizzazione dei trapianti.

I riflessi sui costi

Contestualmente, al fine di garantire i livelli produttivi previsti, è assolutamente necessario provvedere all'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi secondo la seguente dinamica:

Fattori produttivi	Valore 2004	Valore 2005	Variazione
Acquisto di prodotti sanitari	811.701	814.438	0%
Acquisto di altri prodotti	79.696	113.232	42%
Acquisto di servizi sanitari	1.233.021	1.241.000	1%
Acquisto di altri servizi	2.678	3.200	19%
TOTALE COSTI	2.127.096	2.171.870	2%

I riflessi sulle risorse umane

L'attività avviata nel luglio del 2004, deve essere consolidata fin dall'inizio del 2005 mediante la variazione anche delle risorse umane dedicate. La variazione prevista è quella rappresentata nella sottoriportata tabella:

Professionalità	N° Operatori pesati	Valore 2004	N° Operatori pesati	Valore 2005
Personale Universitario	1	74.734	1	74.734
Dirigenti sanitari non medici			1	3.000
Dirigenti Medici	5,00	409.251	8,00	455.422
Personale Infermieristico	22,70	787.006	24,19	901.062
Personale Tecnico	6,33	143.881	6,00	159.374
Personale Sanitario Tecnico	2,89	106.989	3,77	148.982
Totale	37,92	1.521.861,00	39,96	1.742.573,50

L'incremento dei costi è esclusivamente legato alle figure professionali infermieristiche di sostegno all'attività medica.

3.2 – LE INNOVAZIONI PER L'ANNO 2005 E 2006

In questa prima parte dell'anno 2005, sono state già avviate alcune altre attività, concordate con l'Assessorato Regionale alla Sanità, le aziende dell'area Metropolitana e l'Area Vasta Fiorentina sempre finalizzate ad ampliare la gamma di risposte specialistiche alle patologie pediatriche ed in età evolutiva (ad esempio le gravi patologie ostruttive delle vie respiratorie, le patologie

3.2.3 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE:

L'unità operativa, da sempre impegnata nel ricovero di tutti i pazienti in età pediatrica che necessitano di Terapia Intensiva (essendo qui collocati i 4 posti letto di rianimazione regionali), e nel supporto anestesiológico alle esigenze non solo chirurgiche, ma anche di sedazione per tutte le procedure invasive o diagnostiche (che in età pediatrica si effettuano in anestesia,) mantiene sì l'originaria vocazione, ma è stata ora indirizzata anche verso l'esecuzione di prestazioni diagnostiche ed interventistiche di broncoscopia pediatrica.

Le professionalità acquisite a partire dai primi mesi del 2005, con specifica ed elevata competenza in questo ambito, consentono di affrontare situazione anche estremamente complesse relative alla funzionalità dell'albero bronchiale.

Talune patologie poi richiedono un approccio plurispecialistico che questi rianimatori ora troveranno nei cardiocirurghi e negli specialisti otorinolaringoiatri di cui si è già trattato.

In relazione a quanto sopra, si prevede una variazione dell'attività produttiva erogata dall'unità operativa verso la seguente tipologia:

Attività AOU Meyer 2004			Attività AOU Meyer 2005	
Tipologia	N°	Valore	N°	Valore
Ricoveri	204	495.589	216	650.000
Broncoscopie ed altri D.H.	12	60.000	130	735.883
Totale	204	495.589	346	1.385.883

Come evincesi dalla tabella sopra esposta, l'incremento dell'attività dell'unità operative dell'Anestesia e Rianimazione è particolarmente incentrata nella nuova attività di terzo livello legata alle broncoscopie.

I riflessi sui costi

Contestualmente, al fine di garantire i livelli produttivi previsti, è assolutamente necessario provvedere all'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi secondo la seguente dinamica:

Fattori produttivi	Valore 2004	Valore 2005	Variazione
Acquisto di prodotti sanitari	178.202	555.730	212%
Acquisto di altri prodotti	148.927	150.000	1%
Acquisto di servizi sanitari	57.129	61.015	7%
TOTALE COSTI	384.258	766.745	100%

I riflessi sulle risorse umane

La nuova attività di broncoscopia avviata nel gennaio 2005, nonché l'adeguamento dell'attività a supporto della nuova casistica dei reparti chirurgici ha richiesto la variazione anche delle risorse umane dedicate. La variazione prevista è quella rappresentata nella sotto riportata tabella:

Professionalità	N° Operatori pesati	Valore 2004	N° Operatori pesati	Valore 2005
Dirigenti Medici	13,59	1.431.563	19,00	1.925.989
Personale Infermieristico	15,67	572.070	18,50	708.437
Personale Tecnico	3,00	73.268	2,33	50.180
Altro Personale (convenzionati, contrattisti)	1,95	77.967	1,39	65.093
Totale	34,21	2.154.868,00	41,22	2.749.698,50

A seguito della messa a regime della dotazione organica, si provvederà anche alla revisione della produttività aggiuntiva iniziata nel corso del 2002.

3.2.4 - L'ODONTOIATRIA PEDIATRICA

A partire da giugno 2005 il Meyer ha operativamente avviato, dopo l'allestimento dei locali necessari, la attività di odontoiatria rivolta a disabili in età pediatrica (0-18 anni) e a pazienti a rischio (fascia 0-14 anni) precedentemente effettuata presso l'AOU Careggi, acquisendo la professionalità medica competente là dedicata e fornendo il supporto infermieristico necessario.

Acquisendo nel prossimo futuro altre professionalità aggiuntive, sia mediche che tecnico-sanitarie, si intende ampliare quanto ad oggi fatto, per migliorare le condizioni organiche, funzionali ed igienico sanitarie dell'apparato masticatorio e fonatorio dei bambini disabili (cerebrolesi, Dawn, ecc.) con prestazioni non solo curative, ma soprattutto con interventi di prevenzione delle complicanze dovute alla patologia di base.

Parte di questa attività, proprio per la peculiarità dei pazienti non può essere effettuata in ambulatorio, ma in ricovero di Day Surgery con uso della sala operatoria.

L'attività che questa struttura andrà a realizzare nel 2005 è prevista nella seguente tabella:

Tipologia	Quantità	Valore 2005 (II Semestre)
Visite e prestazioni odontoiatriche	850	35.728
Interventi in anestesia generale con ricovero in Day Surgery	20	28.480
Valutazione e trattamenti logopedici	200	7.230
TOTALE Produzione	1.070	71.438

I riflessi sui costi

Contestualmente, al fine di garantire i livelli produttivi previsti, è assolutamente necessario provvedere all'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi secondo la seguente dinamica:

Fattori produttivi	Valore 2005
Prodotti sanitari	17.500
Altri costi	1.500

TOTALE COSTI	19.000

I riflessi sulle risorse umane

L'attività deve essere consolidata fin dall'inizio del 2005 mediante la variazione anche delle risorse umane dedicate. La variazione prevista è quella rappresentata nella sotto riportata tabella:

TIPOLOGIA DI RISORSE UMANE	N° teste	N.Teste pesate	Valore 2005
Dirigenti Medici	1	0,50	35.000
Altro Personale	2	1,05	19.850
TOTALE RISORSE UMANE	3	1,55	54.850

3.2.5. - L'AMPLIAMENTO DEI POSTI LETTO DI CLINICA PEDIATRICA

Come segnalato a proposito dell'attivazione, nel corso del luglio 2004, dell'unità operativa di Neurochirurgia pediatrica, e per le motivazioni ampiamente descritte nei paragrafi precedenti, a partire dal 2005, saranno riattivati, per il settore di degenza internistico, i 12 posti letto momentaneamente soppressi nel 2004.

Tale evento comporta l'adeguamento della produzione dei ricoveri nonché la riassegnazione di risorse assistenziali e costi di gestione dei ricoveri secondo le previsioni di cui alle sotto notate tabelle:

variazione della produzione:

Attività AOU Meyer 2004			Attività AOU Meyer 2005	
Tipologia	N°	Valore	N°	Valore
Ricoveri Ordinari			358	809.000
Assistenza Specialistica			300	40.000
Totale			658	849.000

I riflessi sui costi

Contestualmente, al fine di garantire i livelli produttivi previsti, è assolutamente necessario provvedere all'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi secondo la seguente dinamica:

FP	Valore 2004	Valore 2005
Acquisto di prodotti sanitari		350.000
Altro Personale (convenzionati, contrattisti)		
TOTALE COSTI		350.000

I riflessi sulle risorse umane

L'attività, che sarà avviata nel settembre 2005, necessita di una integrazione delle risorse umane dedicate. La variazione prevista è quella rappresentata nella sottoriportata tabella:

TIPOLOGIA DI RISORSE UMANE	N. Teste	Teste pesate 2005	Valore 2005
Dirigenti Medici	2	0,3	15.000
Personale infermieristico	14	7	195.000
O.S.S.	2	1	27.000
TOTALE RISORSE UMANE			227.000

Naturalmente, anche per questa attività, l'anno 2006 sarà a regime sia con l'adeguamento della produzione che con le risorse umane ad essa dedicate.

3.2.6. - L'ATTIVITA' PER SOSTENERE I PARTI A RISCHIO

Al fine di sviluppare ulteriormente i servizi offerti dal DIMI, si è avviato, a partire da Febbraio 2005, presso il Meyer, il Servizio di Medicina Perinatale Multidisciplinare, che garantisce un approccio contemporaneo da parte dei professionisti delle tre Aziende metropolitane nella gestione del feto malformato.

La stretta collaborazione con il Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e Diagnosi Prenatale dei difetti congeniti dell'AOU Careggi determina che, tutti i casi di difetti congeniti che verranno qui diagnosticati, abbiano poi una consulenza multidisciplinare presso il Meyer per la preparazione alla nascita e la successiva assistenza neonatale.

Per le malformazioni del feto legate a difetti della parete addominale, del diaframma o per altre situazioni particolari che l'équipe multidisciplinare di volta in volta potrà individuare, la nascita viene effettuata direttamente al Meyer, al fine di facilitare la presa in carico immediata del neonato patologico da parte del chirurgo e del neonatologo, garantendo la messa in sicurezza materno-fetale nelle situazioni patologiche complesse.

I locali e le attrezzature che si appronteranno per la completa attività di questo servizio, potranno offrire anche spazi e tempi per i percorsi ordinari di monitoraggio prenatale, cui il Meyer, con le sue strutture diagnostiche, potrà contribuire anche per le fasi analitiche, consentendo un abbattimento dei tempi di attesa in area metropolitana.

Variazione della produzione:

Tipologia	Attività AOU Meyer 2004		Attività AOU Meyer 2005	
	N°	Valore	N°	Valore
Ricoveri ordinari			16	48.000
Totale			16	48.000

I riflessi sui costi

Contestualmente, al fine di garantire i livelli produttivi previsti, è assolutamente necessario provvedere all'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi secondo la seguente dinamica:

FP	Valore 2004	Valore 2005
Acquisto di prodotti sanitari		30.000
TOTALE COSTI		30.000

I riflessi sulle risorse umane

L'attività, che sarà avviata nel settembre 2005, necessita di una integrazione delle risorse umane dedicate. La variazione prevista è quella rappresentata nella sottoriportata tabella:

TIPOLOGIA DI RISORSE UMANE	N. Teste	Teste pesate 2005	Valore 2005
Dirigenti Medici	1	0.10	6.500
Personale infermieristico	3	0.20	4.000
o.s.s.	1	0.10	2.000
TOTALE RISORSE UMANE		0.40	12.500

3.2.7. - L'ASSISTENZA DOMICILIARE

L'aumento della complessità della casistica trattata e, al contempo, la ricerca, sempre perseguita, di consentire, appena possibile, il rientro al domicilio dei piccoli pazienti, in particolare quelli oncologici (ma non solo), ci hanno sempre indotto a cercare collaborazioni con le strutture di assistenza domiciliare delle Azienda ASL territoriali.

Purtroppo la ridotta frequenza dei casi pediatrici e la loro distribuzione su tutto il territorio regionale impediscono di mantenere formati gli infermieri di tali servizi su una diversificata tipologia di prestazioni assistenziali.

Si rende pertanto necessario allestire una piccola équipe infermieristica del Meyer, che intendiamo assegnare alla Unità di cure Palliative, che prenderà in carico i pazienti al momento della dimissione e li assisterà a domicilio, affiancata dagli infermieri territoriali di competenza, per il periodo di tempo necessario a formarli sulle specifiche prestazioni.

Variazione della produzione:

Tipologia	Attività AOU Meyer 2004		Attività AOU Meyer 2005	
	N°	Valore	N°	Valore
Assistenza domiciliare			20	9.200
Totale			20	9.200

I riflessi sui costi

Contestualmente, al fine di garantire i livelli produttivi previsti, è assolutamente necessario provvedere all'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi secondo la seguente dinamica:

FP	Valore 2004	Valore 2005
Acquisto di prodotti sanitari		5.600
Altro Personale (convenzionati, contrattisti)		
TOTALE COSTI		5.600

I riflessi sulle risorse umane

L'attività, che sarà avviata nell'autunno 2005, necessita di una integrazione delle risorse umane dedicate. La variazione prevista è quella rappresentata nella sottoriportata tabella:

TIPOLOGIA DI RISORSE UMANE	N. Teste	Teste pesate 2005	Valore 2005
Dirigenti Medici			
Personale infermieristico	3	0,1	3.600
O.S.S.			
TOTALE RISORSE UMANE	3	0,1	3.600

3.2.8 – IL RESTO DEI SERVIZI SANITARI

Anche i servizi preesistenti, implementeranno la loro attività nel corso del 2005, adeguando le risorse non solamente in base alla variazione della produzione, ma anche per il supporto ai nuovi servizi che sono e saranno attivati.

L'attività che i rimanenti servizi andranno a realizzare nel 2005 è prevista nella seguente tabella:

	Anno 2004		Anno 2005	
	N°	VALORE	N°	VALORE
Ricoveri ordinari	5.485	13.152.851	4.821	10.722.557
Ricoveri in day ospital	5.178	6.426.861	5.583	7.837.469
Assistenza specialistica	345.576	4.278.277	341.523	4.201.273
Assistenza farmaceutica	144.447	1.306.831	150.000	1.300.000
TOTALE	500.686	25.164.819,70	501.927	24.061.299,00

In tale contesto preme evidenziare come si preveda un miglioramento della congruità della risposta ai cittadini, trasferendo in day hospital la cura di alcune patologie di minore complessità, riservando il ricovero ordinario alla casistica di maggiore impegno di risorse.

La decisione però troverà inevitabilmente un riflesso negativo sulla valorizzazione dei drg dei rimanenti servizi.

I riflessi sui costi

Contestualmente, al fine di garantire i livelli produttivi previsti, è assolutamente necessario provvedere all'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi secondo la seguente dinamica:

	Anno 2004	Anno 2005
	VALORE	VALORE
Acquisto prodotti sanitari	5.180.005,00	5.348.133,00
Acquisto altri prodotti	829.121,00	267.368,00
Acquisto servizi sanitari	8.092.381,00	6.414.985,00
Acquisto altri servizi	430.412,00	337.750,00
Altri costi (di gestione)	3.652.456,00	4.051.000,00
Costi gestione non caratteristica	413.445,00	507.000,00
Imposte e tasse	2.047.068,00	2.210.000,00
TOTALE	20.644.888,00	19.136.236,00

In analogia all'evolversi in negativo della produzione, anche i costi potranno subire un netto ridimensionamento.

I riflessi sulle risorse umane

L'incremento delle attività avviate nel 2004 e quelle da avviare nel 2005, necessita anche di un adeguamento strutturale del resto delle attività sanitarie e di supporto. La variazione prevista è quella rappresentata nella sotto riportata tabella:

RISORSE UMANE ATTIVITA' RESIDUALE	ANNO 2004		ANNO 2005		VARIAZIONE DIPENDENTI	VARIAZIONE COSTI
Dirigenti Medici	85	6.899.315	86	6.931.582	0,54	32.267,00
Dirigenti sanitari non medici	14	686.205	14	699.544	0,31	13.339,00
Dirigenti tecnici	-	96.663	-	95.546	-	1.117,00
Dirigenti Amministrativi	-	142.868	-	92.733	-	50.135,00
Personale sanitario del comparto				7.828.272		15.349,00

	241	7.812.923	242		1,34	
Personale tecnico sanitario del comparto	24	877.422	32	919.660	8,01	42.237,95
Personale Amministrativo	0,58	587.563,56	0,26	578.898,56	0,32	- 8.665,00
Altro Personale	7	246.033	7	219.157	0,49	- 26.876,00
TOTALE RISORSE UMANE	372	17.348.993	381	17.365.393	9	16.400

Gli operatori da assegnare stabilmente alle strutture rimanenti, in relazione all'evoluzione della loro attività saranno invece in aumento, in particolare nelle figure infermieristiche, poiché sarà chiesto loro un fattivo supporto, in particolare nella degenza, per quelle strutture che ad essi si appoggeranno logisticamente.

A partire dall'anno 2006, vi sarà inoltre la necessità di adeguare la dotazione organica dell'unità operativa della Genetica Medica mediante il reperimento di ulteriori due figure di Biologo ed una di Tecnico Sanitario.

Sempre nel 2006, vi sarà l'implementazione delle attività di emergenza ed urgenza di neuropsichiatria infantile che richiederanno altre due figure di medico neuropsichiatra, 2 di biologo, 2 di tecnico sanitario e 2 infermieristiche

3.2.9 - LE STRUTTURE SANITARIE A SUPPORTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

Anche le strutture sanitarie di supporto del presidio ospedaliero necessitano di un adeguamento in particolare per garantire l'incremento delle attività rivolte ai pazienti interni.

Accanto agli ampliamenti prevedibili per i servizi di Diagnostica per Immagini, Nutrizionale e Riabilitazione, si è dato avvio dalla primavera 2005 ad un'ulteriore struttura di supporto, resasi necessaria per garantire all'attività chirurgica la esecuzione di diagnostica istologica durante l'intervento operatorio: in collaborazione con la U.O. di Anatomia Patologica dell'AOU Careggi, e telematicamente ad essa collegata, si è attrezzata una postazione di processazione e lettura microscopica di pezzi anatomici.

Le attrezzature ed il professionista acquisiti, vengono impiegati anche per effettuare l'attività istologica che consente di analizzare i campioni prelevati dall'attività di broncoaspirazione e di broncoscopia del nostro Centro per l'Asma e della rianimazione.

L'attività che questa struttura andrà a realizzare nel 2005 è prevista nella seguente tabella:

Attività AOU Meyer 2004			Attività AOU Meyer 2005	
Radiodiagnostica	N°	Valore	N°	Valore
Ecografie	10.205	499.810	12.793	627.922
TC	852	132.138	1.394	218.702

RX	7.491	158.130	9.044	187.819
RM	3.453	885.634	3.786	964.278
Altro	1.895	17.647	3.521	32.508
Totale Interventi	23.896	1.693.359	30.538	2.031.229

Attività AOU Meyer 2004			Attività AOU Meyer 2005	
Servizio Nutrizionale	N°	Valore	N°	Valore
Prestazioni DH			14	12.571
Visita	1.135	10.622	968	8.844
Laboratorio	75	232	210	693
Altro	8.074	321.470	10.444	428.512
Totale Interventi	9.284	332.324	11.636	450.620

Attività AOU Meyer 2004			Attività AOU Meyer 2005	
Riabilitazione Funzionale	N°	Valore	N°	Valore
Visita	7.411	104.386	7.522	109.026
Altro	2.702	24.638	2.509	25.971
Totale Interventi	10.113	129.024	10.031	134.997

Come si nota, anche le strutture di supporto, avranno un ruolo attivo, oltre che verso le prestazioni per interni, anche nella maggiore risposta all'utenza esterna al fine di facilitare la cura dei pazienti con metodologie meno dispendiose.

I riflessi sui costi

Contestualmente, al fine di garantire i livelli produttivi previsti, è assolutamente necessario provvedere all'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi secondo la seguente dinamica:

fattori produttivi	Valore 2004	Valore 2005	incremento
Acquisto di prodotti sanitari	585.688	650.000	64.312
Acquisto di altri prodotti	68.106	70.000	1.894
Acquisto di servizi sanitari	136.547	140.000	3.453
Acquisto di altri servizi	392.164	400.000	7.836
Altri Costi	161.828	150.000	-11.828
TOTALE COSTI	1.344.333	1.410.000	65.667

I riflessi sulle risorse umane

La variazione anche delle risorse umane dedicate è quella rappresentata nella sottoportata tabella:

Professionalità	N° Operatori	Valore 2004	N° Operatori	Valore 2005	Incremento Operatori	Variazione Costi
Dirigenti Medici	13	1.196.000	19	1.656.000	6	460.000
Dirigenti Sanitario non medico	6	540.000	6	540.000	-	-
Personale sanitario del comparto	71	2.485.000	75	2.625.000	4	140.000
Personale Tecnico Sanitario del comparto	20	700.000	22	770.000	2	70.000
Personale Amministrativo	4	112.000	10	280.000	6	168.000
Altro Personale (contrattisti)					-	-
Totale	114	4.921.000,00	132	5.591.000,00	18	670.000

Saranno concentrate, nelle funzioni di supporto del presidio ospedaliero, alcune figure mediche, infermieristiche ed amministrative a supporto di attività erogate in assistenza domiciliare e nelle funzioni di riferimento regionale per gli screening.

3.2.10 - LA STRUTTURA AMMINISTRATIVA DI SUPPORTO

L'evoluzione della produzione comporta la necessità di adeguamento anche dalla struttura amministrativa di supporto, in particolare la dove la prenotazione delle prestazioni, l'accoglienza dell'utenza e la fornitura dei beni necessari risente di un notevole aumento anche delle prestazioni di supporto.

Inoltre, in attesa della assunzione, da parte degli ESTAV, delle funzioni di area vasta previste dalla nuova normativa regionale, risulta necessario mantenere il numero adeguato di risorse umane anche nelle funzioni di supporto attraverso rapporti di lavoro meno costosi degli incarichi interinali. Come ad esempio contratti di lavoro dipendente a tempo determinato, che consentono ulteriori economia valutate in almeno 35.000 euro.

Sulla base delle suesposte valutazioni, si stima che l'evoluzione delle funzioni di supporto possano avere il seguente andamento:

I riflessi sui costi

Contestualmente, al fine di garantire i livelli produttivi previsti, è assolutamente necessario provvedere all'adeguamento del volume degli acquisti di beni e servizi secondo la seguente dinamica:

fattori produttivi	Valore 2004	Valore 2005	incremento
Acquisto di prodotti sanitari	2.765	3.000	235
Acquisto di altri prodotti	117.139	120.000	2.861
Acquisto di servizi sanitari	16.754	25.000	3.246
Acquisto di altri servizi	657.654	600.000	-57.654
Altri Costi	729.480	700.000	-29.480
TOTALE COSTI	1.523.792	1.448.000	-80.792

I riflessi sulle risorse umane

L'implementazione dell'attività sanitaria richiede anche l'adattamento dell'attività di supporto in particolare per le umane dedicate. Poiché nell'ambito della struttura amministrativa di supporto sono previste anche quelle funzioni di staff che devono essere supportate da professionalità non solamente amministrative ma anche mediche e sanitarie, la variazione prevista è quella rappresentata nella sottoriportata tabella:

Professionalità	N° operat.	Valore 2004	N° operat	Valore 2005	Variaz. operatori	Incremento costi
Dirigenti medici	1	69.405	1	70.000	0	595
Dirigenti sanitari					0	0
Dirigenti amministrativi	4	209.865	4	260.000	0	51.135
Dirigenti tecnici/professionali	2	68.883	2	70.000	0	1.117
Personale amministrativo	40	1.259.632	45	1.417.000	5	157.368
Altro personale del comparto	39	600.068	39	600.000	0	-68
Totale	87	2.207.853	91	2.417.000	5	109.147

L'incremento delle risorse umane è correlato a quanto rappresentato in sede di valutazione dell'andamento PAO 2002 - 2004 con la necessità di stabilizzare rapporti precedentemente mantenuti a livello di ricorso al lavoro interinale assai più costoso del rapporto di lavoro diretto.

RIEPILOGO DELLA PRODUZIONE PREVISTA PER L'ANNO 2005

Riepilogo evoluzione produzione

Come rappresentato in sede di conclusione del PAO 2002 - 2004, anche per la proiezione dal 2005 al 2007, nella predisposizione del bilancio di previsione, l'amministrazione ha predisposto una valutazione dell'evoluzione della produzione in funzione dell'implementazione organizzativa sopra descritta.

L'evoluzione della produzione non è solamente riferita alla quantità di attività che sarà erogata, ma il mix della produzione risentirà di una maggiore complessità della casistica in linea con gli impegni previsti per l'azienda dal Piano Sanitario Regionale 2005 2007.

L'evoluzione complessiva è rappresentata dalla seguente tabella:

TIPOLOGIA	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2007	
	N°	VALORE	N°	VALORE	N°	VALORE
Ricoveri ordinari	7.480	22.200.000	7.800	24.100.000	8.000	25.100.000
Ricoveri in day Hospital	8.800	9.900.000	8.900	10.200.000	9.100	10.500.000
Assistenza specialistica		6.200.000		6.400.000		6.600.000
Assistenza Farmaceutica		1.300.000		1.350.000		1.350.000
Totale produzione	16.280	39.600.000	16.700	42.050.000	17.100	43.550.000

Evoluzione per aree di attrazione

Anche la provenienza dei cittadini che saranno trattati dalle strutture del Meyer subirà una sensibile evoluzione sia in relazione alla complessità della casistica, sia in relazione alle aree geografiche di provenienza dei bambini.

L'ipotesi che l'azienda ha elaborato, basandosi su dati epidemiologici e sulla tipologia di prestazioni che saranno erogate, evidenzia un evolversi di attività proveniente da extra regione, con un consolidamento delle attività regionali, eventualmente supportato da un rientro di mobilità passiva regionale:

TIPOLOGIA	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2007	
	N°	VALORE	N°	VALORE	N°	VALORE
RICOVERI ORDINARI						
Paganti	25	150.000	30	200.000	30	220.000
Stranieri e cooperazione	120	550.000	130	600.000	140	700.000
Fuori regione	1.100	6.300.000	1.300	7.200.000	1.500	7.200.000
REGIONE TOSCANA	6.235	15.200.000	6.240	16.100.000	6.330	16.980.000
TOTALE	7.480	22.200.000	7.800	24.100.000	8.000	25.100.000

In particolare l'evoluzione della valorizzazione della produzione di ricoveri ordinari 2005 (+ 16,47% da euro 19.060.000 a 22.200.000) pari ad euro 3.140.000,00 risente di un incremento numerico pari a + 903 (+13,7%) e di un incremento del 12,3% del peso presunto dei drg prodotti che passa da 1,22 del 2004 ad 1,37 del 2005.

L'intero incremento, fra l'anno 2004 ed il 2005 è a favore di residenti fuori regione. Il valore di questi ultimi ricoveri infatti varia dai 3.083.000 del 2004 ai 6.300.000 del 2005.

TIPOLOGIA	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2007	
	N°	VALORE	N°	VALORE	N°	VALORE
RICOVERI DAY HO.						
Paganti	20	50.000	30	100.000	30	120.000
Stranieri e cooperazione	95	300.000	110	400.000	120	450.000
Fuori regione	1.200	1.200.000	1.250	1.800.000	1.350	1.900.000
REGIONE TOSCANA	7.485	8.350.000	7.510	7.900.000	7.600	8.030.000
TOTALE	8.800	9.900.000	8.900	10.200.000	9.100	10.500.000

Anche i ricoveri in D.H. subiranno, nel 2005 un notevole incremento passando da 8.252 del 2004 a 8.800 del 2005 (+ 548 pari al + 6,6%) in termini numerici e con variazione da euro 7.796.000 del 2004 ad euro 9.900.000 del 2005 (+ 2.104.000 + 26,98%).

Il valore medio dei ricoveri in Day Hospital passa da euro 936 del 2004 ad euro 1.125 del 2005 che denota come si ampli anche la casistica della complessità di tale tipologia di ricoveri.

In particolare l'incremento lo si denota a favore della popolazione fuori regione con un incremento da 686.000 euro del 2004 a 1.200.000 euro del 2005 (+ 75%)

Riepilogo evoluzione costi

Al fine di consentire l'evolversi della produzione innanzi ipotizzata, nella programmazione pluriennale sono stati stimati i costi dei vari fattori produttivi:

TIPOLOGIA	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2007
Prodotti sanitari	8.891.800	9.086.840	9.404.240
Prodotti economici	773.200	790.160	817.760
Servizi Sanitari	8.173.000	8.344.000	8.636.000
Personale Sanitario	26.943.000	27.463.000	27.888.000
Personale Tecnico	2.925.000	2.983.000	3.030.000
Personale amministrativo	2.219.000	2.257.000	2.291.000
Altri costi	9.118.000	10.006.000	10.187.000
Totale	59.043.000	60.930.000	62.254.000

Come si può evidenziare, l'evolversi percentuale dei costi è di gran lunga superiore ai limiti imposti dalla legge finanziaria per il 2005, talché risulta necessaria apposita valutazione regionale con conseguente eventuale autorizzazione in deroga.

Infatti, a fronte di un costo 2004 di 55.166.000 di euro, l'anno 2005 prevede costi per 59.043.000 (+ 3.877.000 pari al 7,02%) comprensivi delle risorse umane che saranno di seguito più in dettaglio rappresentate.

Riepilogo evoluzione risorse Umane

Anche per quanto concerne il numero delle risorse umane da attivare nel corso degli anni, risulta necessario prevedere apposita deroga regionale stante il divieto della legge finanziaria di poter procedere ad assunzioni a tempo indeterminato, ma anche in considerazione che per le altre tipologie di rapporti di lavoro (tempo determinato, co.co.co., lavoro interinale, convenzione con altri enti, ed incarichi per prestazioni libero professionali), i vincoli imposti dalla normativa basati sulla media di trienni passati, non possono rappresentare in nessun modo l'evolversi della programmazione.

FABBISOGNO DI RISORSE UMANE AGGIUNTIVE PER L'ANNO 2005			
TIPOLOGIA	DIPENDENZA TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO O O CO.CO.CO	RAPPORTI PROFESSIONALI
DIRIGENTI MEDICI	33	2	33
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	5	0	10
DIRIGENTI AMM.VI - PROF. - TECNICI	0	1	1
PERSONALE INFERMIERISTICO	51	0	1
PERSONALE TECNICO SANITARIO	5	0	5
PERSONALE OTA - OSS	18	0	0
ALTRO PERSONALE TECNICO	0	0	0

PERSONALE AMMINISTRATIVO DEL COMPARTO	9	5	2
TOTALE	121	8	52

La suddetta variazione è riferita al personale in incremento rispetto alla situazione al 31 dicembre 2004 e sconta la possibilità di sostituzione integrale delle cessazioni che interverranno nel corso del 2005.

A fronte dell'evoluzione delle risorse umane sopra individuate, per la parte relativa al personale dipendente a tempo indeterminato e per quello a tempo determinato, si chiede, oltre ad apposita deroga di assunzione rispetto ai vincoli della finanziaria 2005, l'autorizzazione alla variazione contrattuale dei fondi calcolando l'adeguamento sulla base della media dei fondi esistenti per il personale di pari qualifica.

L'evoluzione numerica del personale sopra evidenziato, che nella sottostante tabella viene rappresentato in base alle "teste Pesate in funzione dei mesi di servizio", porterà alla seguente evoluzione dei costi fra l'anno 2004 ed il 2005:

TOTALE GENERALE RISORSE UMANE	ANNO 2004		ANNO 2005	
Dirigenti Medici	124	10.689.952,48	143,40	12.512.755,48
Dirigenti sanitari non medici	14	686.204,58	15,31	699.543,58
Dirigenti tecnici	2	165.545,78	2	165.545,78
Dirigenti Amministrativi	4	352.733,39	4	352.733,39
Personale sanitario del comparto	356	11.876.002,35	384,38	12.906.302,35
Personale tecnico sanitario del comparto	97	2.520.654,71	112,02	2.850.090,71
Personale Amministrativo	45	1.969.900,56	56,26	2.310.661,56
Altro Personale	9	324.000,00	9	324.000,00
TOTALE RISORSE UMANE	651	28.584.993,85	727	32.121.632,85

Il numero e la valorizzazione delle risorse umane sopra identificate non corrisponde alla somma del personale in servizio al dicembre 2004 e delle assunzioni previste, poiché, ai fini della contabilità analitica si sono utilizzate le "teste Pesate" in relazione ai mesi di presunta attività, infatti le 129 persone da assumere corrispondono a 76 unità economiche rapportate all'intero anno.

Il completamento dell'evoluzione delle attività già iniziate nel corso del 2005 e di quelle in corso di attivazione comporterà, come accennato a proposito delle specifiche funzioni, un ulteriore impegno di risorse per l'anno 2006 così come di seguito rappresentato :

Dirigenti Medici	7
Dirigenti sanitari non medici	5
Dirigenti tecnici	0
Dirigenti Amministrativi	0
Personale sanitario del comparto	2
Personale tecnico sanitario del comparto	5
Personale Amministrativo	0
Altro Personale	0

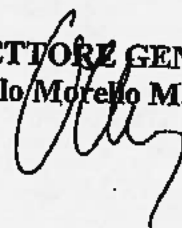
TOTALE RISORSE UMANE

19

La variazione del costo per detto personale, che per l'anno 2005 ammonterà ad euro 3.536.639, comprensive dell'inflazione programmata per il costo del rinnovo contrattuale, con un costo annuo a regime, nel 2006, di circa euro 4.300.000, sarà interamente coperto dai maggiori ricavi derivanti dall'attività prodotta verso paganti, stranieri e cittadini in mobilità extraregionale che in effetti subirà un incremento di circa 3.2 milioni di euro per i ricoveri ordinari e di circa 0,51 per i ricoveri in day Hospital, raddoppiandosi rispetto al 2004.

La presente relazione, come accennato in premessa, vuole essere elemento informativo nei confronti di codesta regione quale resoconto dell'attuazione del PAO 2002 - 2005 ed inoltre costituire base documentale al fine di pervenire alla formalizzazione del Piano di sviluppo dell'AOU Meyer nel triennio 2005-2007 e conseguentemente agli atti autorizzativi necessari per la piena realizzazione dello stesso.

IL DIRETTORE GENERALE
(dr. Paolo Morello Marchese)



651
100
1750
100
100

351

Faint, illegible text covering the majority of the page, possibly bleed-through from the reverse side.

Direttore Generale

Allegato 1.2

Prot. 7165/2007

Spett. Assessore regionale al
Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà
Regione Toscana
Via Taddeo Alderotti, 26/n
50139 FIRENZE

Firenze, 27 settembre 2007

Oggetto: Piano di sviluppo dell'azienda Ospedaliero Universitaria Meyer

I punti salienti del piano, in sintonia con quanto previsto dalle linee di indirizzo per il P.S.R. 2005 -2007, prevedevano il ruolo del Meyer nella Comunità Toscana quale punto di riferimento per:

- l'alta specializzazione degli interventi nei confronti dei piccoli pazienti per garantire unitarietà di percorsi assistenziali e di processi di lavoro, pur riconoscendo e valorizzando le differenze;
- l'apertura al contesto sociale e ascolto attivo dei segnali che ne provengono, in una visione globale dei bisogni e delle priorità sia rivolti ai singoli cittadini sia alle istituzioni che li rappresentano, senza trascurare i riflessi verso gli stakeholders interni rappresentati dai professionisti e dalle loro organizzazioni, nonché le organizzazioni sindacali;
- l'efficacia nel senso dell'adeguatezza delle risposte ai problemi prioritari e documentati;
- il coinvolgimento, quali interlocutori privilegiati, dei pediatri di libera scelta intesi come risorsa complessiva del sistema curante e come anello per una effettiva continuità assistenziale;
- l'eccellenza qualitativa riconosciuta e valorizzata dalle scelte dei cittadini;
- l'orientamento della produzione verso l'implementazione di attività di terzo livello.
- il ruolo della ricerca e della didattica sia come strumento di crescita complessiva delle metodiche diagnostiche e curative, ma anche come elemento di formazione continua;
- il ruolo della promozione della salute mediante strumenti di comunicazione e di intervento diretto nell'ospedale e nella rete mondiale;
- il ruolo della partecipazione alla rete OMS attraverso gestione o coordinamento di programmi internazionali.
- il ruolo nella rete della Cooperazione internazionale al fine di favorire non solo la cura al Meyer di bambini sfortunati ma per far crescere in loco le potenzialità di prevenzione e cura.

L'azienda Ospedaliero Universitaria Meyer aveva presentato, nel settembre 2005, il piano di sviluppo per i soli anni 2005 - 2006, in quanto nell'anno 2007 era previsto il trasferimento delle funzioni sanitarie nella nuova struttura di Villa Ognissanti.

Tale piano è stato approvato dalla Giunta della regione Toscana, con deliberazione n° 1043 del 24 ottobre 2005.

Poiché ora, la programmazione del trasferimento delle funzioni sanitarie ha previsto che le funzioni stesse siano trasferite con gradualità nel corso dell'anno, iniziando dai laboratori analisi,



Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER
Sede Legale ed Amministrativa
Viale Pieraccini, 24
50139 FIRENZE
C.F. e P.I. 02175680483
Tel. 055/56621 Fax 055/5662334

per proseguire con attività ambulatoriali ed alcune attività diagnostiche e, nel corso dell'autunno, la funzione di degenza, questa amministrazione è in grado di presentare, in allegato alla presente, i risultati ottenuti in detto biennio ed il completamento della programmazione per l'anno 2007.

Come richiamato più volte dalla S.V., le compatibilità economiche regionali devono guidare le diverse situazioni in cui si trovano le strutture sanitarie ai fini del Patto di stabilità e dell'equilibrio dei vincoli sia in ordine alle risorse umane sia in relazione all'andamento dei costi e ricavi, che la normativa nazionale e la programmazione regionale ha imposto a tutto il settore sanitario.

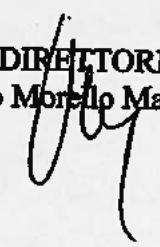
I suddetti vincoli devono a loro volta tener conto dei periodi di contrazione dell'attività nel corso del 2007, in relazione alla necessità di trasferimento di tecnologie ed attività nella nuova struttura, ed ai costi aggiuntivi per l'esercizio contemporaneo di due strutture, il che conferisce, all'anno in corso, una sua particolare eccezione rispetto alla programmazione di lungo periodo.

In tale ottica, questa amministrazione ritiene necessario completare, con l'allegato documento, la programmazione dell'anno 2007, con riferimento alle linee programmatiche regionali 2005 - 2007 richiamate, e demandare, ad un successivo momento, la programmazione per il triennio 2008 - 2010 sulla logica delle ulteriori indicazioni che saranno fornite da codesta Regione.

Alla luce di quanto sopra, ed al fine di permettere a codesto Assessorato ed alla Giunta Regionale, di esprimere le proprie valutazioni in merito, si trasmette, in allegato, il riepilogo dei risultati per il biennio 2005-2006 e la programmazione prevista per l'anno 2007.

Distintamente

IL DIRETTORE
(dr. Paolo Morello Marchese)



PIANO DI SVILUPPO per l'anno 2007 Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer

INDICE

1. - VALUTAZIONI GENERALI	1
2. - VERIFICA ADEMPIMENTI PIANO 2005 - 2006	7
2.1 - LA NEUROCHIRURGIA	7
2.2 - L'OTORINOLARINGOIATRIA	7
2.3 - LA ONCOEMATOLOGIA	8
2.4 - ORTOPEDIA PEDIATRICA	8
2.5 - LA CARDIOCHIRURGIA E LA TERAPIA SUBINTENSIVA	8
2.6 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	9
2.7 - L'ODONTOIATRIA PEDIATRICA	9
2.8 - L'AMPLIAMENTO DEI POSTI LETTO DI CLINICA PEDIATRICA	10
2.9 - L'ATTIVITA' PER SOSTENERE I PARTI A RISCHIO	10
2.10 - L'ASSISTENZA DOMICILIARE	10
2.11 - IL RESTO DEI SERVIZI SANITARI	11
2.12 - LE STRUTTURE SANITARIE A SUPPORTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO	11
2.13 - LA STRUTTURA AMMINISTRATIVA DI SUPPORTO	12
2.14 - RIEPILOGO DELLA EVOLUZIONE DEL PERSONALE NELL'ANNO 2006	12
3 - IL PIANO DI SVILUPPO PER L'ANNO 2007	13
3.1 - NEUROSCIENZE	13
3.2 - SPECIALISTICHE PEDIATRICHE	15
3.3 - SPECIALISTICHE CHIRURGICHE	15
3.4 - ONCOEMATOLOGIA	16
3.5 - PRONTO SOCCORSO	17
3.6 - SERVIZI	17
3.7 - CONTINUITA' OSPEDALE TERRITORIO	17
3.8 - RIEPILOGO DELLA PRODUZIONE PREVISTA PER L'ANNO 2007	18

1. - VALUTAZIONI GENERALI

Quando nel mese di luglio 2001 questa azienda deliberò il Piano delle Attività Ospedaliere per il triennio 2002 - 2004, unitamente al bilancio annuale 2001 ed al pluriennale 2001 - 2003, si era affermata la necessità di una radicale trasformazione del campo di intervento del Meyer, impegnando la struttura, i professionisti, le organizzazioni sindacali e le associazioni territoriali di riferimento in un progetto che portasse l'azienda Meyer verso una struttura di terzo livello, con ampio bacino di sviluppo sia a livello toscano, ma soprattutto nazionale ed internazionale.

Con il successivo Piano di sviluppo di questa Azienda a valere per gli anni 2005 - 2006 approvato in data 24 ottobre 2005, dalla Giunta della Regione Toscana, con deliberazione n° 1043, si è inteso proseguire tale percorso e le valutazioni che seguono sembrano dimostrare che l'ambizioso traguardo si stia avverando e che, per l'anno 2007, ultimo relativo al PSR 2005 - 2007 l'azienda possa porsi l'obiettivo non solo di consolidare i risultati raggiunti, ma anzi di impegnarsi in ulteriori espansioni. Tutto ciò in particolare per le funzioni più complesse, così come si addice ad una struttura di 3° livello a valenza regionale (ed extraregionale), cui il Meyer è chiamato dalla programmazione espressamente indicata nella DGR 915/04 (Rete Materno Infantile Regionale) poi ripresa nel PSR 2005-2007, con la finalità di costituire uno dei punti di riferimento nella programmazione regionale per il Piano Sanitario Regionale 2008 -2010.

L'aspetto organizzativo

+2001 Foto

Nell'anno 2003, questa azienda, anticipando i contenuti della nuova legge regionale 40/2005, approvò il nuovo atto aziendale, nel quale sono stati previsti i Dipartimenti di Attività Integrata poi attivati nel corso del 2004, e successivamente modificati nel corso del 2006 sempre in via sperimentale, giungendo alla seguente composizione:

DIPARTIMENTO DI ATTIVITA' INTEGRATE DI PEDIATRIA INTERNISTICA

Tale dipartimento ha raggruppato le seguenti Unità Operative:

- U.O. complessa Cardiologia
- U.O. complessa Clinica Pediatrica 1 comprendente
 - U.O. semplice Centro SIDA
 - U.O. semplice Nefrologia e Dialisi
- U.O. complessa Clinica Pediatrica 2 comprendente
 - U.O. semplice Allergologia
 - U.O. semplice Diabetologia
- U.O. complessa Clinica di Pediatria Preventiva
- U.O. complessa Pediatria Medica
- U.O. complessa di Neuropsichiatria Infantile
- U.O. complessa Genetica Medica
- U.O. complessa Laboratorio Analisi
- U.O. semplice Fibrosi Cistica
- Unità di Auxoendocrinologia interdisciplinare

DIPARTIMENTO DI ATTIVITA' INTEGRATE DI PEDIATRIA CHIRURGICA

Tale dipartimento ha raggruppato le seguenti Unità Operative:

- U.O. complessa di Chirurgia Neonatale
- U.O. complessa di Chirurgia Pediatrica
- U.O. complessa di Urologia
- U.O. semplice dipartimentale di Ortopedia pediatrica
- Unità Interdisciplinare per la diagnosi e cura dei difetti congeniti e delle patologie fetali

DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO NEUROSENSORIALE

Tale dipartimento ha raggruppato le seguenti Unità Operative:

- U.O. Neurochirurgia
- Clinica di Oftalmologia Pediatrica
- U.O. di Otorinolaringoiatria
- Clinica di Neurologia Pediatrica
- U.O. semplice di Odontoiatria
- U.O. semplice Maxillo Facciale
- U.O. semplice Neuroradiologia

Malattie Metaboliche e Neuromuscolari Ereditarie

DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA E CURE DOMICILIARI

Tale dipartimento ha raggruppato le seguenti Unità Operative:

- U.O. complessa di Oncoematologia comprendente:
- Centro trapianti
- Immunoematologia e Servizio Trasfusionale

- U.O. complessa Cure Domiciliari
- U.O. semplice Terapia del Dolore

DIPARTIMENTO DI ATTIVITA' INTEGRATE DELL'EMERGENZA ACCETTAZIONE ED AREA CRITICA

Tale dipartimento ha raggruppato le seguenti Unità Operative:

- U.O. complessa di Emergenza Accettazione
- U.O. complessa di Patologia e Terapia Intensiva Neonatale
- U.O. complessa di Anestesia e Rianimazione

Con questo nuovo assetto, la funzione di ricovero ordinario viene svolta in modo dipartimentale e le prime impressioni identificano che la scelta operata consente di porre al centro del percorso assistenziale il bambino e la sua famiglia, garantendogli continuità di riferimenti medici che lo prendano in carico e assicurino la intensità di cura appropriata alla differente gravità del suo caso, attività questa che troverà ulteriore miglioramento anche dalla utilizzazione dei nuovi spazi presso la nuova sede.

I rapporti con l'Università

Si sono ulteriormente consolidati i rapporti con l'Università di Firenze, ed in particolare con la facoltà di Medicina e Chirurgia, dopo la costituzione dei Dipartimenti di Attività Integrata al fine di condividere costruttivamente ed omogeneamente il percorso comune anche all'altra Azienda Ospedaliera che si rapporta alla stessa Università (l'AOU Careggi). Inoltre il clima collaborativo nella condivisione e nello scambio di idee in tema di sviluppi futuri dell'azienda, sta consentendo di meglio definire le scelte comuni in merito alla programmazione degli sviluppi delle nuove competenze specialistiche aziendali di terzo livello e nelle professioni necessarie a ricoprirle e dell'utilizzo delle risorse disponibili in un'ottica sempre più integrata, con valenza di Area Vasta, e per alcuni aspetti con valenza regionale.

Per quanto riguarda la nuova sede ospedaliera, è in corso la ristrutturazione dell'edificio ad est del vecchio fabbricato, destinato per l'appunto alla didattica ed alla ricerca, il cui utilizzo da parte dell'Università dovrà essere oggetto di valutazione e di verifica.

I rapporti con L'AO Careggi

Le attività integrate con l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, svolte negli anni 2005 - 2006 sono state rivolte a consolidare i rapporti convenzionali reciproci sia sul fronte di quelle prestazioni la cui sporadica esigenza non giustifica la organizzazione in proprio della erogazione delle stesse (in particolare alcuni ambiti di analisi laboratoristica, la microbiologia, la medicina nucleare, la radioterapia, attivazione della Margherita), sia su quello del supporto strutturale e tecnologico ad attività non ancora attivabili al Meyer o l'acquisizione di specialisti non ancora presenti, come pure sul fronte amministrativo come sinergia tra le due aziende in vista delle ulteriori modifiche nelle funzioni no core in ambito di Area Vasta, in particolare per la gestione economica degli stipendi.

I rapporti con l'Azienda Sanitaria Locale di Firenze

Nei confronti dei rapporti con l'azienda sanitaria territoriale 10 di Firenze, si rappresenta come si siano particolarmente sviluppate e consolidate le collaborazioni nell'ambito del DIMI (Dipartimento Interaziendale Materno Infantile, che insiste sul bacino d'utenza metropolitano): in particolare modo si sono concretizzati percorsi formativi in comune in tutti i punti nascita di Firenze e Borgo San Lorenzo al fine di condividere protocolli univoci con le Terapie Intensive di rianimazione neonatale; inoltre anche nella diagnostica prenatale, in particolare per quella ecografica ostetrica, si sono attivati analoghi percorsi.

E' proseguito l'uso, da parte dei professionisti Meyer della risorsa strutturale dell'IOT, per la effettuazione di interventi in Day Hospital e in One Day Surgery.

Anche la funzione sempre più importante, per l'aumento della casistica a complessità anche socio-culturale della utenza del Meyer, dell'assistenza sociale viene garantita da professionalità esperte della ASL 10.

Sta proseguendo anche se non ancora a regime la gestione in comune sia della logistica del farmaco che di quella economica, in sintonia con le possibili ipotesi di gestione della logistica da parte del ESTAV.

I rapporti con il Ente per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta Centro

I rapporti con l'Ente per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta Centro sono strettissimi, improntati ad una concreta e fattiva collaborazione, con l'intento esclusivo di risolvere reciprocamente i problemi.

L'Azienda ha contribuito ad assicurare all'ESTAV i supporti richiesti e necessari per la messa a regime. Oltre al personale dedicato alla funzione acquisti, l'Azienda ha altresì messo a disposizione personale per la segreteria della Direzione dell'ESTAV (con due unità di personale) ed ha assicurato la collaborazione, strutturata, del personale delle Tecnologie informatiche fino al successivo comando di una Unità a supporto della stessa Direzione nel corso del 2006. Inoltre ha provveduto a comandare ulteriori unità per la costituzione del nucleo della costituenda Ragioneria dell'ESTAV, provvedendo anche mediante un trasferimento a tre con la collaborazione della ASL 10 e dell'AOU Careggi a trasferire ulteriori 4 unità di personale esperto sempre per la costituenda Ragioneria.

Unitamente ad altre aziende, il Meyer ha collaborato a gruppi di lavoro costituiti per gli studi preliminari e la conseguente formulazione di progetti relativi alle funzioni trasferibili all'ESTAV stesso, con particolare riferimento alla logistica ed alle funzioni relative all'amministrazione del personale. In relazione agli stretti e fattivi rapporti di collaborazione intercorsi, la funzione acquisti non ha avuto problemi o disfunzioni degne di nota.

I rapporti con le altre aziende sanitarie dell'area Vasta e delle altre Aree Vaste

Nell'ambito degli scambi con le aziende sanitarie della regione, preme sottolineare in particolare quanto sia già stato avviato in termini di rapporti convenzionali al fine di garantire la erogazione di prestazioni ambulatoriali, negli ambiti specialistici internistici non posseduti o per le specialità chirurgiche, ma anche di prestazioni di ricovero su casistica trattata in Day Surgery o One Day Surgery, in particolare con l'AOU di Siena, per interventi di Neurochirurgia. Queste attività potranno poi essere implementate e meglio organizzate attraverso gli approfondimenti avviati dalla Rete Regionale della Pediatria Specialistica.

Il ruolo del Meyer quale ospedale pediatrico di riferimento regionale

Già nei contenuti di programmazione del PSR 2002-2004, richiamati nel vigente PSR 2005-2007, e dettagliati nella specifica DGR 915/04 della Rete Materno Infantile Regionale, la regione Toscana ha affidato al Meyer la funzione di erogazione delle attività di terzo livello, nonché di punto di riferimento di tutta la rete per il suo coordinamento complessivo al fine di garantire appropriati ed adeguati percorsi assistenziali all'utenza materno infantile, in particolare, in relazione a tali compiti affidati, l'azienda ha sviluppato tali attività in maniera più intensa nel biennio 2005-2006, in attesa delle strutture del nuovo ospedale che garantiranno spazi e tecnologie più adeguate.

Gli ambiti specialistici a cui si sta facendo riferimento, che vengono poi approfonditamente descritti in altra parte di questa relazione, sono quelli internistici delle Malattie Metaboliche, delle patologie legate al sistema immunitario, dell'attività trapiantologica in Oncoematologia

pediatrica e quelli chirurgici delle specialità di Oculistica ed Otorinolaringoiatria, Broncologia diagnostica ed interventistica ed in particolare della Neurochirurgia, per la quale è in funzione dal secondo semestre del 2004, il vero e proprio dipartimento interaziendale di Alta Specializzazione con la AOU di Siena. Naturalmente l'evoluzione delle attività richiesta dalla programmazione regionale comporta una serie di considerazioni sia di ordine economico che connesse con la possibilità di realizzare un coerente modello organizzativo e poter, conseguentemente disporre delle necessarie risorse umane.

In particolare si segnala come, la sostituzione di attività di primo livello, a favore di attività più complesse, crei anche un disequilibrio nel sistema dei finanziamenti. Infatti alcuni DRGs a bassa intensità di cure erano connessi a costi di gestione abbastanza ridotti e quindi interamente coperti dalla tariffazione. Al contrario, analisi effettuate da questa azienda ed analisi multicentriche avviate, sotto l'egida del Ministero della Salute, con la partecipazione di molte realtà pediatriche nazionali, ed in particolare della Associazione nazionale degli ospedali pediatrici, dimostrano come le tariffe delle attività pediatriche di terzo livello non sempre siano in grado di garantire la copertura dei costi di erogazione. Da ciò ne discende la necessità che la Regione Toscana continui a monitorare il finanziamento "a funzione", al fine di garantire quelle risorse non reperibili attraverso il pagamento dei DRGs prodotti.

Inoltre la previsione dei blocchi dovuti alla legislazione finanziaria all'espansione della spesa e del reclutamento del personale contrastano con il ruolo da esercitare, poiché non può essere perseguito il confronto delle attività, della spesa e delle dotazioni organiche degli anni precedenti da qui consegue la necessità che la Regione stessa adotti specifici provvedimenti amministrativi per supportare il piano di sviluppo 2005 -2006 parzialmente attuato, ma da consolidare nel 2007, per la nuova vocazione del Meyer.

I rapporti con le Organizzazioni di volontariato

Le Associazioni no-profit operanti al Meyer (siano di volontariato, dei genitori o fondazioni) hanno costituito da sempre per l'Azienda un punto di riferimento costante in quanto portatori delle esigenze degli utenti. Prova ne è la costituzione di un tavolo permanente di confronto sia con le associazioni dei genitori che del volontariato per renderle partecipi e consapevoli delle strategie aziendali (soprattutto nella prospettiva del Nuovo Ospedale).

In discorso a parte merita la Fondazione Meyer che ha costituito in questi ultimi anni uno degli strumenti più importanti per il sostegno, sia in termine di risorse che di progetti, per lo sviluppo qualitativo dell'Ospedale. Ruolo che è destinato a crescere parallelamente alla crescita dell'Ospedale, grazie ad un intenso rapporto di collaborazione tra Azienda e Fondazione.

I rapporti con le Organizzazioni sindacali

Il rapporto con le OO.SS. della dirigenza medica, con la dirigenza sanitaria non medica e con le organizzazioni sindacali del comparto e la R.S.U. aziendale, sempre improntati in questi anni ad un clima di reciproca stima e chiarezza, hanno portato alla sottoscrizione di accordi non solo orientati alle applicazioni degli istituti contrattuali, ma costruttivamente finalizzati ad impostare il sistema aziendale della gestione delle risorse umane. Con il loro contributo si è cercato di far evolvere il sistema premiante a supporto del percorso di budget e di progetti obiettivo di rilevanza, connessi alla evoluzione delle attività erogate, con un'attenzione anche al rinnovo della organizzazione del lavoro verso forme di flessibilità e di innovazione che potessero essere al passo con le trasformazioni in essere.

I rapporti con i professionisti e gli operatori tutti

In questi ultimi anni è proseguita l'attenzione nei confronti degli operatori, confermando che "gli operatori costituiscano il patrimonio più prezioso dell'azienda" non è stato solo uno

slogan, ma un impegno concreto. Ne sono testimonianza gli investimenti effettuati sui diversi fronti, dalla formazione continua, con l'impiego di sostanziali risorse e offrendo anche la possibilità di acquisire in azienda giustificati crediti formativi, all'attenzione alla sicurezza sul lavoro, dal coinvolgimento continuo del personale attraverso momenti d'aula e specifici incontri della direzione nelle Unità Operative per valutare insieme le fasi di avanzamento della trasformazione del Meyer, analizzarne le problematiche e raccogliere le proposte in merito alle soluzioni possibili, al riconoscimento delle professionalità espresse, in modo diffuso con il sistema premiante e la attribuzione degli incarichi professionali.

Inoltre l'azienda, nel corso degli ultimi anni, ha utilizzato l'apporto professionale, oltre che del personale dipendente e del personale dipendente dall'Università di Firenze integrato nelle attività assistenziali, anche di numerosi contratti libero professionali orientati da una forte integrazione fra i singoli professionisti e la struttura organizzativa di riferimento. La scelta di utilizzare questa tipologia di rapporto è stata dettata dalla necessità di avviare nuove e specifiche attività sanitarie usufruendo di specialisti, reperiti attraverso adeguate forme di pubblicità, che consentissero non solamente di valutare le competenze professionali acquisite, ma anche di far crescere, su una preparazione già avviata, un approfondimento del grado di specializzazione, così come l'evoluzione della clinica e della ricerca in materia andavano via via richiedendo.

Solo al momento di trasformare l'attività, avviata sperimentalmente, in una serie di funzioni da garantire stabilmente ed in modo qualificato a livello aziendale, la scelta avrebbe portato alla necessità di consolidare il rapporto di lavoro prevedendo l'inserimento delle figure professionali in un vero rapporto di dipendenza seguendo le procedure selettive dei dipendenti.

L'intervento delle ultime leggi finanziarie, ha talvolta vanificato l'esperienza svolta, non avendo permesso l'opportunità di compiere il passo finale della sperimentazione. Ecco perché diventa necessario che i competenti organi regionali assumano, nel più breve tempo possibile, eventuali determinazioni in esecuzione dei contenuti normativi al fine di consentire la prosecuzione delle attività programmate.

La risposta ai cittadini

L'erogazione delle prestazioni che l'azienda Meyer ha implementato nel triennio ha consentito di avviare una risposta qualificata alle problematiche sanitarie più complesse della popolazione pediatrica della nostra regione, iniziando a invertire alcuni percorsi migratori verso realtà di richiamo extraregionale.

Inoltre gli interventi studiati in collaborazione con le Aziende sanitarie territoriali della regione (si veda quanto enunciato nello specifico paragrafo) consente oggi di evitare gli spostamenti di pazienti presso la sede centrale di Firenze nella casistica di minore complessità. Accanto a questa tipologia di interventi, sono state intraprese altre iniziative nell'ottica di una migliore fruibilità delle prestazioni da parte del cittadino, negli ambiti della prenotazione delle prestazioni, della loro fruizione, in termini di accettazione degli utenti e le procedure relative alla riscossione dei ticket, e la consegna dei referti.

Il ruolo del Meyer nell'ambito della cooperazione internazionale

Il Meyer ha attivato con il proprio personale, medici, assistenti sociali ed amministrativi, la segreteria operativa a supporto di tutto il sistema regionale della Cooperazione Sanitaria Internazionale con l'intento di rispondere sempre più in maniera integrata e coerente agli indirizzi di cooperazione internazionale raccomandati dall'OMS, ricercando per il Meyer un ruolo di riferimento nell'ambito regionale. Sono in corso i progetti di cooperazione direttamente gestiti e/o coordinati con le aree geografiche dell'Eritrea, Palestina, Kurdistan e altre aree del Mediterraneo, oltre che con la Cina.

La partecipazione alle attività di promozione della salute

Prosegue l'impegno - oltre la tradizionale attività istituzionale di assistenza e ricerca sanitaria - sul tema dei determinanti sociali della salute dei bambini e degli adolescenti, attraverso uno specifico 'Programma di Promozione della Salute', che ha sviluppato e consolidato importanti relazioni con gli Uffici, Istituzioni e Organizzazioni locali, regionali, ed internazionali che si occupano di promozione della salute dei bambini e degli adolescenti.

In particolare l'attività di Promozione della salute sta valorizzando le esperienze condotte su varie tematiche specifiche (quali la Musica in ospedale, i Clown in corsia) e sviluppando progetti specifici, in connessione con la Rete Toscana HPH sul tema della Interculturalità, del Fumo e del Dolore. Il Programma 'Promozione della salute' coordina poi la Rete Toscana HPH, il Gruppo interaziendale HPH della Associazione Ospedali Pediatrici Italiani, e - su mandato dell'OMS - il Working Group internazionale 'Promozione della salute dei bambini e degli adolescenti in ospedale'.

2. - VERIFICA ADEMPIMENTI PIANO 2005 - 2006

In data 24 ottobre 2005, la Giunta della regione Toscana ha approvato, con deliberazione n° 1043, il piano di sviluppo di questa azienda a valere per il periodo 2005 - 2006. Tale piano prevedeva lo sviluppo delle seguenti tematiche:

2.1 - LA NEUROCHIRURGIA

Attivata dal 1° luglio del 2004, unitamente al Coordinamento Regionale di Alta Specializzazione per la Neurochirurgia, così come previsto dalla DGR 915/04 sulla Rete Materno Infantile, attraverso la convenzione con l'azienda Ospedaliero-Universitaria Senese per interventi neurochirurgici.

L'implementazione dell'attività è stata consistente ed ha richiesto l'immediato adeguamento delle tecnologie e degli spazi necessari all'attività chirurgica e di degenza, nonché del personale anzitutto medico, integrato entro breve con 3 professionisti, ma anche infermieristico.

La casistica trattata ha reso indispensabile creare delle sinergie chirurgiche con altre specialità, sia interne al Meyer stesso (otorinolaringoiatria, oculistica e l'Odontoiatria venendosi così ad organizzare un vero e proprio dipartimento funzionale Testa - collo che ha ampliato nel 2006 la propria attività).

I riflessi produttivi

La produzione di attività sanitaria avvenuta nel 2005 e nel 2006 ha avuto il seguente andamento:

Tipologia	Attività AOU Meyer		Attività AOU Senese		Totale Attività	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Casi ordinari 2004	284	1.292.563	73	182.777	357	1.475.340
Casi ordinari 2005	504	2.965.348	223	548.517	727	3.513.865
Casi ordinari 2006	1.018	4.168.255	197	438.490	1.215	4.606.745

L'attività svolta per il Meyer è identificata in n° di ricoveri e relativa valorizzazione, mentre l'attività svolta per l'AOU Senese è identificata in n° di interventi, poiché la convenzione esistente fra le due aziende prevedeva la valorizzazione sulla base di una percentuale dei soli DRG chirurgici che prevedevano l'intervento di un chirurgo del Meyer. Nella valorizzazione dell'attività su Siena è ricompresa anche la quota dell'attività assistenziale svolta dai chirurghi del Meyer.

2.2 - L'OTORINOLARINGOIATRIA

L'attività dell'otorinolaringoiatria, iniziata in maniera ambulatoriale nel 2004 si è poi potenziata negli anni successivi con i risultati di seguito evidenziati:

Attività	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N°	Valore	N°	valore	N°	Valore
Casi ordinari	-	-	163	146.554	124	129.345
Casi DH	-	-	-	-	278	293.045
Prestazioni ambulatoriali effettive	843	18.667	1.587	30.037	4.325	67.935
Totale	843	18.667	1.750	176.591	4.727	490.325

Per i ricoveri l'unità operativa si appoggia logisticamente sul reparto di Chirurgia, di Neurochirurgia o sui reparti di Pediatria Medica.

2.3. - LA ONCOEMATOLOGIA

L'Unità Operativa Complessa di Oncoematologia, già assegnata al Dipartimento di Pediatria Internistica, ha diversificato la sua attività particolarmente in direzione dei trapianti allogenici, per la cui realizzazione le tecnologie laboratoristiche messe a punto negli anni precedenti, offrono oggi più moderni supporti.

L'attività di oncoematologia ha registrato un incremento di attività, oltre che come risposta alle esigenze oncologiche pediatriche (neuroblastoma, ecc.), anche grazie all'accordo di programma con l'IME (Istituto Mediterraneo di Ematologia), siglato di recente dal Meyer e che è rivolto al trattamento di pazienti affetti da talassemia e provenienti da diversi paesi dell'area del mediterraneo.

I riflessi produttivi

La produzione di attività sanitaria ha avuto il seguente andamento:

Attività	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Casi ordinari	585	2.657.608	510	2.731.077	548	2.154.071
Casi DH	577	1.309.374	625	1.258.294	772	1.535.022
Prestazioni ambulatoriali effettive	7.024	52.854	7.763	63.677	11.039	86.919
Totale	8.186	4.019.836	8.898	4.053.048	12.359	3.776.012

Dal punto di vista dei ricavi si è registrata, a fronte di un incremento del volume di attività in generale, per i casi ordinari una flessione del loro valore in conseguenza di una diversificazione dei casi trattati.

2.4 - ORTOPEDIA PEDIATRICA

A questo riguardo si è dato corso al trasferimento, a partire dal mese di febbraio 2005, della ortopedia pediatrica dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi a questa azienda, strutturandola quale unità operativa semplice del dipartimento di Chirurgia Pediatrica.

L'implementazione delle funzioni è avvenuto a partire dal mese di marzo 2005 dove sono state assorbite dal Meyer le attività di sala operatoria e ricovero programmato con il conseguente trasferimento da Careggi delle risorse umane correlate. Successivamente con decorrenza dal mese di ottobre 2005, si è attuato il trasferimento delle attività programmate di day hospital ed ambulatoriali. Mentre resteranno a Careggi, fino al trasferimento nella nuova struttura del Meyer, le funzioni di ortopedia traumatologica.

Le attività che si sono realizzate possono essere riepilogate nelle sottoelencate tabelle:

Attività	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Casi DH	-	-	174	97.200	230	157.716
Prestazioni ambulatoriali effettive	-	-	2.116	32.305	3.143	55.898

Totale	-	-	2.290	129.505	3373	213.614

2.5 - LA CARDIOCHIRURGIA E LA TERAPIA SUBINTENSIVA

Nell'anno 2005, si è registrato, come programmato, l'avvio della attività cardiocirurgica realizzata in collaborazione con l'équipe del CNR-IFC che opera presso l'O.P.A. (Ospedale Pediatrico Apuano). Negli spazi ristretti della attuale situazione logistica, il Meyer comunque ha accolto pazienti affetti da una selezionata casistica di difetti cardiaci congeniti che sono stati studiati ed approntati per l'intervento ad opera del personale della U.O. di Cardiologia Pediatrica con le modalità già sopra descritte.

L'attività diagnostica, e la attività interventistica non invasiva, è stata effettuata dai cardiologi del Meyer attraverso la collaborazione con l'AOU Careggi con l'apparecchio di Emodinamica. La collaborazione dei professionisti cardiologi e cardiocirurghi ha dato anche importante supporto alla attività interventistica endoscopica sulle vie aeree (si veda oltre) effettuata dalla U.O. di Rianimazione.

Si è provveduto ad individuare alcuni posti letto del reparto internistico che sono stati dotati di tutto quanto necessario (impianti gas medicali, attrezzature) a classificarli quali letti di terapia sub intensiva: 4 posti letto destinati al trattamento di pazienti della rianimazione, appena raggiungono condizioni di maggiore stabilizzazione, e di pazienti complessi che non richiedono necessariamente in trasferimento in una terapia intensiva.

L'attività che questa struttura ha realizzato è riportata nella seguente tabella:

Attività	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Interventi	0		3	26.308	20	140.332

2.6 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE:

L'unità operativa, da sempre impegnata nel ricovero di tutti i pazienti in età pediatrica che necessitano di Terapia Intensiva (essendo qui collocati i 4 posti letto di rianimazione regionali), e nel supporto anestesiológico alle esigenze non solo chirurgiche, ma anche di sedazione per tutte le procedure invasive o diagnostiche (che in età pediatrica si effettuano in anestesia) ha mantenuto sì l'originaria vocazione, ma è stata, fin dal gennaio 2005, indirizzata anche verso l'esecuzione di prestazioni diagnostiche ed interventistiche di broncoscopia pediatrica.

Le professionalità acquisite a partire dai primi mesi del 2005, con specifica ed elevata competenza in questo ambito, hanno consentito di affrontare situazioni anche estremamente complesse relative alla funzionalità dell'albero bronchiale.

Talune patologie hanno poi richiesto un approccio plurispecialistico che questi rianimatori ora hanno trovato nei cardiocirurghi e negli specialisti otorinolaringoiatri di cui si è già trattato.

In relazione a quanto sopra, si rappresenta la variazione dell'attività produttiva erogata dall'unità operativa verso la seguente tipologia:

Attività	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Casi Ordinari	204	495.589	162	572.395	176	564.601
Casi DH	9	11.855	320	725.477	334	634.428
Prestazioni ambulatoriali effettive	1.942	36.082	288	5.314	299	5.541
Totale	2.155	543.526	770	1.303.186	809	1.204.570

Come evincesi dalla tabella sopra esposta, l'incremento dell'attività dell'unità operativa dell'Anestesia e Rianimazione si è particolarmente incentrata per l'anno 2005 nella nuova

attività di terzo livello legata alle broncoscopie, nel corso del 2006 si è registrato un incremento di attività con una riduzione della complessità dei casi trattati.

2.7 - L'ODONTOIATRIA PEDIATRICA

A partire da giugno 2005 il Meyer ha operativamente avviato, dopo l'allestimento dei locali necessari, la attività di odontoiatria rivolta a disabili in età pediatrica (0-18 anni) e a pazienti a rischio (fascia 0-14 anni) precedentemente effettuata presso l'AOU Careggi, acquisendo la professionalità medica competente là dedicata e fornendo il supporto infermieristico necessario.

Successivamente si è ampliata l'attività, per migliorare le condizioni organiche, funzionali ed igienico sanitarie dell'apparato masticatorio e fonatorio dei bambini disabili (cerebrolesi, Dawn, ecc.) con prestazioni non solo curative, ma soprattutto con interventi di prevenzione delle complicanze dovute alla patologia di base.

Parte di questa attività, proprio per la peculiarità dei pazienti è stata effettuata in regime di ricovero di Day Surgery con uso della sala operatoria.

L'attività che questa struttura ha realizzato viene rendicontata nella seguente tabella:

Attività	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Tipologia						
Casi Ordinari	-	-	-	-	109	250.395
Casi DH	-	-	-	-	111	187.081
Prestazioni ambulatoriali effettive	-	-	1.617	31.366	4.373	107.696
Totale	-	-	1.617	31.366	4.593	545.172

2.8. - L'AMPLIAMENTO DEI POSTI LETTO DI CLINICA PEDIATRICA

Come segnalato a proposito dell'attivazione, nel corso del luglio 2004, dell'unità operativa di Neurochirurgia pediatrica, e per le motivazioni ampiamente descritte nei paragrafi precedenti, a partire dal 2005, sono stati riattivati, per il settore di degenza internistico, i 12 posti letto momentaneamente soppressi nel 2004.

Tale evento ha comportato l'adeguamento della produzione dei ricoveri nonché la riassegnazione di risorse assistenziali e l'evoluzione dei ricoveri secondo le caratteristiche di cui alle sotto notate tabelle:

variazione della produzione:

Attività	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Tipologia						
Casi Ordinari	1.168	2.095.752	2.530	5.747.459	2.725	6.410.703
Casi DH	-	-	201	127.115	205	173.825
Prestazioni ambulatoriali effettive	459	6.259	281	3.656	335	4.340
Totale	1.627	2.102.011	3.012	5.878.230	3.265	6.588.868

2.9. - L'ATTIVITA' PER SOSTENERE I PARTI A RISCHIO

Al fine di sviluppare ulteriormente i servizi offerti dal DIMI, si è avviato, a partire da Febbraio 2005, presso il Meyer, il Servizio di Medicina Perinatale Multidisciplinare, che garantisce un approccio contemporaneo da parte dei professionisti delle tre Aziende metropolitane nella gestione del feto malformato.

La stretta collaborazione con il Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e Diagnosi Prenatale dei difetti congeniti dell'AOU Careggi determina che, tutti i casi di difetti congeniti che sono qui diagnosticati, abbiano poi una consulenza multidisciplinare presso il Meyer per la preparazione alla nascita e la successiva assistenza neonatale.

Per le malformazioni del feto legate a difetti della parete addominale, del diaframma o per altre situazioni particolari che l'équipe multidisciplinare di volta in volta individua se la nascita viene effettuata direttamente al Meyer, al fine di facilitare la presa in carico immediata del neonato patologico da parte del chirurgo e del neonatologo, garantendo la messa in sicurezza materno - fetale nelle situazioni patologiche complesse.

I locali e le attrezzature che si sono approntate per la completa attività di questo servizio, offrono anche spazi e tempi per i percorsi ordinari di monitoraggio prenatale, cui il Meyer, con le sue strutture diagnostiche, contribuisce anche per le fasi analitiche, consentendo un abbattimento dei tempi di attesa in area metropolitana.

Variazione della produzione:

Attività	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Casi DH	-	-	-	-	92	88.634
Prestazioni ambulatoriali effettive	-	-	-	-	1.930	62.863
Totale	-	-	-	-	2.022	151.497

2.10. - L'ASSISTENZA DOMICILIARE

L'aumento della complessità della casistica trattata e, al contempo, la ricerca, sempre perseguita, di consentire, appena possibile, il rientro al domicilio dei piccoli pazienti, in particolare quelli oncologici (ma non solo), ci hanno sempre indotto a cercare collaborazioni con le strutture di assistenza domiciliare delle Azienda ASL territoriali.

Purtroppo la ridotta frequenza dei casi pediatrici e la loro distribuzione su tutto il territorio regionale impediscono di mantenere formati gli infermieri di tali servizi su una diversificata tipologia di prestazioni assistenziali. Fino al termine dell'esercizio 2006 non è stato possibile allestire una piccola équipe infermieristica del Meyer, assegnata alla Unità di cure Palliative, per la presa in carico dei pazienti al momento della dimissione e la loro assistenza a domicilio, affiancata dagli infermieri territoriali di competenza, per il periodo di tempo necessario a formarli sulle specifiche prestazioni. Tale iniziativa rientrerà nei progetti per l'anno 2007.

2.11 - IL RESTO DEI SERVIZI SANITARI

Anche i servizi preesistenti, in conseguenza dell'inserimento di specialità di terzo livello innanzi riportate hanno risentito in termini di organizzazione, attività, costi e risorse umane dedicate.

L'attività che i rimanenti servizi hanno realizzato è riportata nella seguente tabella:

	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N°	VALORE	N°	VALORE	N°	VALORE
Ricoveri ordinari	4.600	13.152.851	2998	10.722.557	2595	9.974.959
Ricoveri in day ospital	7.551	6.426.861	8221	7.837.469	8971	7.201.956
Assistenza specialistica	328.743	4.357.363	338653	4.116.554	331805	4.119.754
Totale	340.894	23.937.075	349.872	22.676.580	343.371	21.296.669

In tale contesto preme evidenziare come si sia previsto ed attuato un miglioramento della congruità della risposta ai cittadini, trasferendo in day hospital la cura di alcune patologie di minore complessità, riservando il ricovero ordinario alla casistica di maggiore impegno di risorse. Per contro tale impegno di appropriatezza ha determinato una conseguente riduzione nel fronte dei ricavi.

Gli operatori assegnati stabilmente alle strutture rimanenti, in relazione all'evoluzione della loro attività sono in aumento, in particolare nelle figure mediche ed infermieristiche, poiché

è stato chiesto loro un fattivo supporto, in particolare nella degenza, per quelle strutture che ad essi si appoggiano logisticamente.

2.12 - LE STRUTTURE SANITARIE A SUPPORTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

Anche le strutture sanitarie di supporto del presidio ospedaliero hanno avuto necessità di un adeguamento in particolare per garantire l'incremento delle attività rivolte ai pazienti interni.

Accanto agli ampliamenti preventivati per i servizi di Diagnostica per Immagini, Nutrizionale e Riabilitazione, si è dato avvio dalla primavera 2005 ad un'ulteriore struttura di supporto, resasi necessaria per garantire all'attività chirurgica la esecuzione di diagnostica istologica durante l'intervento operatorio: in collaborazione con la U.O. di Anatomia Patologica dell'AOU Careggi, e telematicamente ad essa collegata, si è attrezzata una postazione di processazione e lettura microscopica di pezzi anatomici.

Le attrezzature ed i professionisti acquisiti, sono stati impiegati anche per effettuare l'attività istologica che consente di analizzare i campioni prelevati dall'attività di broncoaspirazione e di broncoscopia del nostro Centro per l'Asma e della rianimazione.

L'attività che queste strutture hanno realizzato è riportata nelle seguenti tabelle:

Radiodiagnostica	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Ecografie	10.205	499.810	10.612	520.565	11.126	552.401
TC	852	132.138	1.171	185.012	1.967	373.260
RX	7.491	158.130	7.940	165.826	8.394	174.264
RM	3.453	884.937	2.986	763.181	3.059	797.152
Altro	1.895	17.648	2.015	18.743	2.818	22978
Totale	23.896	1.692.663	24.724	1.653.327	27.364	1.920.054

Servizio Nutrizionale	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Casi DH	115	109.488	106	120.993	48	218.670
Prestazioni ambulatoriali effettive	9.284	332.326	14.297	546.024	16.945	644.712
Totale	9.399	441.814	14.403	667.017	16.993	863.382

Riabilitazione Funzionale	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	N°	Valore	N°	Valore	N°	Valore
Prestazioni ambulatoriali effettive	10.113	129.025	8.879	117.302	9.680	127.248
Totale	10.113	129.025	8.879	117.302	9.680	127.248

Come si nota, anche le strutture di supporto, hanno avuto un ruolo attivo, oltre che verso le prestazioni per interni, anche nella maggiore risposta all'utenza esterna al fine di facilitare la cura dei pazienti con metodologie meno dispendiose.

Sono state concentrate, nelle funzioni di supporto del presidio ospedaliero, alcune figure mediche, infermieristiche ed amministrative a supporto di attività erogate in assistenza domiciliare e nelle funzioni di riferimento regionale per gli screening.

2.13 - LA STRUTTURA AMMINISTRATIVA DI SUPPORTO

L'evoluzione della produzione ha comportato la necessità di adeguamento anche dalla struttura amministrativa di supporto, in particolare la dove la prenotazione delle prestazioni, l'accoglienza dell'utenza e la fornitura dei beni necessari ha risentito di un notevole aumento anche delle prestazioni di supporto, che essendo avvenuta in corso di anno apparentemente viene registrata come riduzione, in quanto teste pesate mentre in realtà registra un incremento della dotazione totale.

Inoltre, in attesa della assunzione, da parte degli ESTAV, delle funzioni di area vasta previste dalla nuova normativa regionale, si è reso necessario mantenere il numero adeguato di risorse umane anche nelle funzioni di supporto attraverso rapporti di lavoro meno costosi degli incarichi interinali.

2.14 - RIEPILOGO DELLA EVOLUZIONE DEL PERSONALE NELL'ANNO 2006

Come riepilogo della evoluzione della produzione nel corso dell'anno 2006 si è registrato una variazione della consistenza del personale come risultante dalla tabella di seguito riportata, nella quale la consistenza delle risorse umane viene evidenziata al lordo delle ulteriori risorse per progetti finalizzati finanziati da terzi sia pubblici che privati: e quindi con dati non solo riferiti all'attività istituzionale svolta:

	Piano 2005 / 2006	Dotazione Reale 2006	Differenza Con Pao	Ruolo T.I. Al 31/12/2006	Dipendenti Strutturati (Incluso T.D. e Comandi)
PERSONALE DIRIGENTE	241,00	204,19	- 36,81	150,00	159,00
FARMACISTI	3,00	2,00	- 1,00	3,00	2,00
BIOLOGI	20,00	15,44	- 4,56	5,00	8,00
PSICOLOGI	5,00	2,98	- 2,02	-	1,00
CHIMICI/FISICI	4,00	1,48	- 2,52	-	1,00
A. INFERMIERISTICA	1,00	0,60	- 0,40	-	-
A. TECNICO-SANITARIA	1,00	1,00	-	-	1,00
ANALISTI/ SOCIOLOGI	2,00	1,00	- 1,00	1,00	1,00
AMMINISTRATIVI	6,00	4,00	- 2,00	3,00	4,00
MEDICI	199,00	175,69	- 23,31	138,00	141,00
PERSONALE DEL COMPARTO	610,00	593,78	- 16,22	591,00	589,00
AMMINISTRATIVI	61,00	64,58	3,58	65,00	64,00
INFERMIERI	348,00	348,18	0,18	358,00	357,00
DIETISTE	5,00	5,52	0,52	5,00	5,00
RIABILITAZIONE	12,00	7,73	- 4,27	6,00	6,00
TECNICI LABORATORIO	38,00	34,88	- 3,12	28,00	27,00
TECNICI RADIOLOGI	15,00	11,83	- 3,17	12,00	12,00
ORTOTTISTI	3,00	2,00	- 1,00	2,00	2,00
TECNICI NEUROFISIOPAT.	5,00	4,51	- 0,49	4,00	4,00
TECNICI PERFUSIONISTI	1,00	0,02	- 0,98	-	-
ASSISTENTI SOCIALI	3,00	-	- 3,00	-	-
TECNICI	39,00	36,00	- 3,00	32,00	32,00
OSS -AUSILIARI E SUPPORTO	80,00	78,53	- 1,47	79,00	80,00
TOTALE AZIENDALE	851,00	797,97	- 53,03	741,00	748,00

3 - IL PIANO DI SVILUPPO PER L'ANNO 2007

Il Piano di sviluppo che l'azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer pianifica per l'anno 2007, si pone come proseguimento degli sviluppi avviati negli anni precedenti, che trovano fondamento negli atti di programmazione e pianificazione della Regione, a partire dal Piano Sanitario Regionale 2005-2007 e dal documento della "Rete materno - infantile regionale".

Inoltre il previsto trasferimento che viene a realizzazione nell'anno corrente consentirà il pieno utilizzo di spazi vitali, quali le sale operatorie, le diagnostiche complesse, le terapie intensive, conseguentemente verrà definita l'effettiva ricaduta in termini di fabbisogno di personale per la gestione della nuova struttura in relazione alla implementazione in senso qualitativo e di incremento del punto medio dei DRGs.

Nei due anni appena trascorsi, 2005 e 2006, le azioni concrete di programmazione realizzate secondo le linee espresse nei precedenti Piani di Sviluppo, hanno dato risultati concreti, documentabili attraverso la lettura dei dati di produttività dell'azienda, sulle linee fondanti della nostra mission:

- stiamo fornendo sempre più prestazioni qualificate di **III° livello**, diversamente usufruibili da parte del cittadino se non in strutture extraregionali o estere: abbiamo visto crescere sia il punto medio dei nostri DRGs (a testimonianza dell'aumento della complessità della casistica trattata) sia i valori quantitativi dei ricoveri nelle strutture super specialistiche (ad esempio neurochirurgia pediatrica, urologia pediatrica chirurgia neonatale derivante dalla presa in carico delle gravide portatrici di feti con difetto congeniti, ecc.);
- in diretta correlazione al punto precedente, abbiamo visto aumentare il nostro potere di **attrazione extraregionale**;
- sono stati integrati nuovi professionisti di valore professionale riconosciuto internazionalmente, allo scopo di garantire l'**approccio integrato plurispecialistico** con il massimo livello di competenza sulle patologie rare e/o complessa attraverso la presa in carico di questa casistica con l'obiettivo di mettere il paziente che ne è affetto al centro delle attenzioni dei diversi professionisti che la possono affrontare;
- a questi stessi professionisti si deve il nuovo impulso per la **ricerca pediatrica**, sia clinica medica che di indagine laboratoristica e di diagnostica per immagini; ricerca che si amplierà, proprio attraverso gli investimenti tecnologici acquisiti che è stato possibile implementare nella nuova struttura, trovando, nel corrente anno, sviluppi progettuali anche in campo internazionale;
- è stata avviata nel 2006, ma certamente deve trovare maggior impulso progettuale nel corrente nuovo anno, con la collaborazione della ASL territoriale dell'area metropolitana, la riorganizzazione dei **percorsi assistenziali** rivolti alle patologie pediatriche, che garantiscano una prima risposta diffusa sul territorio per tutte le prestazioni ad elevata frequenza, bassa complessità e costi di erogazione contenuti, ed una progressiva centralizzazione verso le strutture ospedaliere di secondo livello ed infine al Meyer per quella meno frequente, più complessa e/o costosa. Come indicato nel Piano di Sviluppo 2005-2006, la qualificazione di detti percorsi assistenziali tiene conto della valorizzazione da riconoscersi agli specialisti già qualificati della Rete pediatrica regionale, ma può avvalersi anche della presenza dello specialista del Meyer nelle sedi periferiche per attività di visita o di quant'altro erogabile in ricovero diurno. Tale orientamento non solo risponde alla esigenza di razionalizzazione dei costi dell'assistenza, innescando economie di scala, ma tiene in considerazione le esigenze dell'utenza sia in riferimento ai tempi di attesa che ai costi della migrazione sanitaria;

Non è superfluo ricordare che il qualificare l'azienda pediatrica regionale in tal senso richiede iniziali investimenti, in risorse umane e tecnologiche, ed anche, con particolare riferimento all'ultimo punto, azioni di riorientamento nelle relazioni tra i vari punti della rete, e quindi di programmazione gestita in interfaccia tra le aziende territoriali ed il Meyer, ma con garanzie di ricadute positive in termini di razionalizzazione della spesa e soddisfazione dell'utenza.

I settori nei quali, a seguito delle azioni già avviate nella seconda metà dell'anno 2006, si concentreranno gli investimenti di personale e tecnologie nel 2007, per rendere possibile quanto

dichiarato ai punti precedenti, è prevedibile una variazione della produzione che nell'anno di previsione 2007 del piano di sviluppo viene rappresentata dalla seguente tabella :

TIPOLOGIA	3.1 - NEUROSCIENZE		3.2 - SPECIALISTICHE PEDIATRICHE		3.3 - SPECIALISTICHE CHIRURGICHE		3.4 - ONCOEMATOLO GIA		3.5 - PRONTO SOCCORSO	
	N°	VALORE	N°	VALORE	N°	VALORE	N°	VALORE	N°	VALORE
Ricoveri ordinari	1.648	6.398.000	2.594	5.733.000	2.178	6.695.800	578	2.674.300	1.872	3.642.500
Ricoveri in day Hospital	1.535	1.788.000	6.724	5.455.000	1.844	1.657.300	772	1.535.300	337	635.000
Assistenza specialistica	60.208	1.011.300	287.419	2.795.400	12.782	265.100	16.230	543.700	43.168	727.100
Totale produzione	63.391	9.197.300	296.737	13.983.400	16.804	8.618.200	17.580	4.753.300	45.377	5.004.600

Inoltre in merito a dette funzioni possiamo esporre le seguenti considerazioni:

3.1 - NEUROSCIENZE

Nella riorganizzazione sperimentale dei Dipartimenti ad Assistenza Integrata di questa azienda, dall'aprile 2006 è stato individuato il DAI Medico Chirurgico Neurosensoriale, nel quale trovano collocazione la Clinica di Neurologia Pediatrica, la Neurochirurgia e le specialità chirurgiche degli organi di senso (testa-collo). Gli specialisti dei settori chirurgici di questa area, che già dal 2004 sono progressivamente entrati in azienda, hanno ampiamente modificato l'approccio alla casistica trattata, modernizzandone le tecniche interventistiche, ampliando la gamma della casistica trattata e la sua complessità, operando in sintonia tra loro e con l'apporto anche di specialisti dell'AOU Careggi, come la chirurgia Maxillo-Facciale, la microchirurgia e la radioterapia. Dal Novembre ultimo scorso, l'inserimento del nuovo responsabile della Clinica neurologica, ordinario di Neuropsichiatria Infantile con esperienza clinica e di ricerca affermata in ambito internazionale per le patologie neurologiche, consentirà, nel presente anno, di promuovere la chirurgia dell'epilessia, nonché gli approfondimenti diagnostici di neurofisiologia, neuropsicologia, neurogenetica, biologia molecolare ed anatomia patologica di settore, che sono alla base della impostazione delle moderne terapie, dell'approccio chirurgico alle stesse, nonché allo sviluppo della ricerca per nuove risposte terapeutico-assistenziali.

Si prevedono pertanto potenziamenti nel personale medico ed infermieristico della neurochirurgia, della Clinica Neurologica in tutti i suoi settori (ricoveri, laboratori di neurofisiologia e di neurogenetica, ecc.); per la Anatomia Patologica, nello specifico si prevede la individuazione di professionisti che abbiano già o possano proficuamente sviluppare competenze nella peculiare nicchia pediatrica, e che si possano dedicare a tempo pieno alla casistica del Meyer, pur avvalendosi, nella operatività, delle strutture laboratoristiche dell'AOU Careggi, con le quali si sono già avviati proficui rapporti di consulenza.

(Lo sviluppo di tale funzione è orientata ad una variazione della produzione che nell'anno di previsione del piano di sviluppo viene rappresentata dalla precedente tabella del paragrafo 3):

3.2 - SPECIALISTICHE PEDIATRICHE

Le due specialità pediatriche di terzo livello che troveranno impulso nel 2007 sono la Fibrosi Cistica e la Reumatologia. Nella prima, già dagli ultimi mesi del 2006 la direzione è stata assunta da un professionista di riferimento della Società Italiana del settore; accanto al potenziamento della già rilevante attività di ricerca, vorremo particolarmente sviluppare il percorso assistenziale del paziente adulto affetto da questa cronica malattia, integrando le nostre professionalità (cresciute nelle conoscenze di una patologia che un tempo restava di sola pertinenza pediatrica), con le strutture dell'AOU Careggi, a partire dalla U.O. di Malattie Infettive e dalla terapia Intensiva Polmonare. Per la seconda, altro professionista di rilevanza internazionale entrerà a far parte dell'azienda nei prossimi mesi: con la sua presenza, oltre ad

accrescere le nostre conoscenze e competenze, richiamare pazienti complessi e sviluppare la ricerca per queste patologie croniche, si desidera avviare percorsi assistenziali trasversali con l'intento di creare almeno due altri centri di secondo livello in regione, che interagiscano e sviluppino competenze a comune con la struttura di terzo livello del Meyer.

(Lo sviluppo di tale funzione è orientata ad una variazione della produzione che nell'anno di previsione del piano di sviluppo viene rappresentata dalla precedente tabella del paragrafo 3):

3.3 - SPECIALISTICHE CHIRURGICHE

Nell'ambito della Chirurgia Pediatrica si è avviato nell'anno appena trascorso una collaborazione con la Chirurgia Pediatrica dell'ospedale Gaslini di Genova che prevede un percorso di formazione sia dei nostri professionisti che degli specializzandi nelle tecniche operatorie in videolaparoscopia. La metodologia della formazione teorica e pratica sul campo, direttamente in sala operatoria accanto al collega esperto, sta facendo crescere le nostre professionalità sia mediche che infermieristiche e potrà aprire nuove prospettive per l'approccio chirurgico alla patologia di maggiore frequenza.

Altro settore specialistico di terzo livello che si era attivata con la sua prima seduta operatoria nel Dicembre 2006, è la Cardiochirurgia, per la quale gli operatori chirurgici e rianimatori - intensivisti dell'ospedale pediatrico Apuano hanno avuto un appuntamento mensile costante con il Meyer nell'arco del 2006, anche se sui piccoli numeri in quanto nella attuale struttura è possibile intervenire solo su una casistica ristretta. La organizzazione a regime della neo attivata fondazione CNR - Regione, ed il trasferimento alle nuove strutture del nostro ospedale offriranno la possibilità di implementare questa attività specialistica a Firenze; nell'ottica della qualità e specializzazione dei professionisti, chiamati a trattare casistica particolarmente complessa e non di elevatissima frequenza, il lavoro sarà garantito da una équipe unica su tutto il territorio regionale che opera in più sedi. La fondazione vede integrarsi i professionisti dell'OPA con i cardiologi del Meyer che già effettuano attività interventistica in emodinamica.

Particolare impulso ha avuto, a partire dalla seconda metà del 2006 l'attività del Servizio di Medicina Perinatale Multidisciplinare, che garantisce un approccio contemporaneo da parte dei professionisti di differenti specialità del nostro ospedale, sulle gravide con diagnosi di difetto congenito del nascituro. La consulenza multidisciplinare effettuata ai genitori, coinvolgendo insieme l'ostetrica, coloro che effettuano gli approfondimenti diagnostici in Risonanza e in genetica, gli esperti della preparazione alla nascita e della successiva assistenza neonatale chirurgica e di terapia intensiva, ha già consentito di recuperare casistica, probabilmente sia per un rientro di mobilità extraregionale che per la effettuazione di una scelta consapevole per la prosecuzione della gravidanza. Si sono affinati i percorsi ambulatoriali ed in Day Hospital per gli approfondimenti diagnostici delle gravidanze a rischio di malformazioni fetali; per la attività di correzione chirurgica del difetto congenito, in particolare le malformazioni del feto legate a difetti della parete addominale, del diaframma o per altre situazioni particolari che l'équipe multidisciplinare di volta in volta individua, la nascita viene effettuata direttamente al Meyer, al fine di facilitare la presa in carico immediata del neonato patologico da parte del chirurgo e del neonatologo, garantendo la messa in sicurezza materno-fetale nelle situazioni patologiche complesse. I locali e le attrezzature che si sono approntate per la completa attività di questo servizio, hanno offerto anche spazi e tempi ai percorsi di monitoraggio prenatale, mettendoci in rete con la restante offerta di area metropolitana con l'obiettivo della riduzione dei tempi di attesa.

Anche per quanto riguarda la Ortopedia Pediatrica si è sviluppata l'attività principalmente orientata alle anomalie ortopediche congenite degli arti e rivolta al loro trattamento per il contenimento delle complicanze motorie. In particolare, la tecnica correttiva

che viene applicata, e che vede una stretta collaborazione tra specialista ortopedico e tecnico di riabilitazione, tende a ridurre il ricorso all'intervento chirurgico e sta richiamando casistica anche da fuori regione.

(Lo sviluppo di tale funzione è orientata ad una variazione della produzione che nell'anno di previsione del piano di sviluppo viene rappresentata dalla precedente tabella del paragrafo 3):

3.4 - ONCOEMATOLOGIA

Questa sarà certamente l'alta specialità di particolare attenzione e investimenti nell'anno 2007. Sia le nuove diagnosi annualmente effettuate sia i progetti di cooperazione internazionale che finanziano ricoveri di pazienti a provenienza extracomunitaria, hanno aumentato i ricoveri del 2007, e i progetti di acquisizione di alte professionalità nel campo dei trapianti, richiederanno uno sforzo trasversale alle strutture del Meyer, in particolare quelle di supporto diagnostico e di monitoraggio dell'andamento delle terapie, quali i laboratori specialisti, il servizio di immunoematologia e trasfusionale, presso il quale si è investito tecnologicamente attrezzando ed attivando un laboratorio a contaminazione controllata, necessario alla produzione di colture cellulari a fini terapeutici. E' stato anche avviato il percorso dell'accreditamento JACIE della struttura per la qualificazione di questo centro di Alta Specializzazione.

(Lo sviluppo di tale funzione è orientata ad una variazione della produzione che nell'anno di previsione del piano di sviluppo viene rappresentata dalla precedente tabella del paragrafo 3):

3.5 - PRONTO SOCCORSO

A partire dal Marzo 2007 si è avviato un percorso formativo della durata di 9 mesi, con la collaborazione dell'Harvard University finalizzato a qualificare dirigenti medici di Pediatria d'urgenza, che potranno poi arrivare a costituire la figura unica del medico di Pronto Soccorso, secondo i più moderni orientamenti internazionali. Questo percorso richiede un investimento di personale a contratto per poter garantire il servizio quotidiano a fronte delle ore teoriche e soprattutto ai tirocini pratici e di simulazione che dovranno effettuare i nostri dipendenti. Inoltre, con il trasferimento alla nuova struttura, realizzeremo il progetto di riorganizzazione del DEA secondo quanto trasmesso alla Regione, attivando una postazione amministrativa in zona di accesso e aree di attesa, crederemo attese differenziate per i codici bianchi con ambulatori dedicati, al fine di contenere le ore di attesa che, per questa tipologia di accesso, a volte diventa davvero insostenibile, specie per l'età pediatrica.

(Lo sviluppo di tale funzione è orientata ad una variazione della produzione che nell'anno di previsione del piano di sviluppo viene rappresentata dalla precedente tabella del paragrafo 3):

3.6 - SERVIZI

Particolarmente sollecitati dallo sviluppo sopra descritto saranno alcuni servizi di diagnosi e supporto clinico, a partire dalla Diagnostica per immagini, per la quale è stata appena acquisita anche la Risonanza Magnetica 3 Tesla che avvierà la sua attività sperimentale, in particolare a partire dalle esigenze delle neuroscienze. Altro servizio che viene e sarà maggiormente attivato sulla casistica complessa dei nostri settori in espansione è la Riabilitazione e Rieducazione Funzionale.

Lo sviluppo di tale funzione è orientata ad una variazione della produzione che nell'anno di previsione 2007 del piano di sviluppo viene rappresentata dalla seguente tabella:

Tipologia	N°	VALORE
Ricoveri in day Hospital	48	219.000
Assistenza specialistica	57.267	3.268.400
Totale produzione	57.315	3.487.400

3.7 - CONTINUITA' OSPEDALE TERRITORIO

Già dal termine dell'anno 2006 abbiamo avviato una serie di interventi domiciliari per le cure palliative, ma anche per pazienti cronici. Il Meyer infatti ha sempre ricercato di consentire, appena possibile, il rientro al domicilio dei piccoli pazienti, in particolare quelli oncologici (ma non solo), e questo ci ha sempre indotto a cercare collaborazioni con le strutture di assistenza domiciliare delle Aziende ASL territoriali. Purtroppo la ridotta frequenza dei casi pediatrici complessi che noi trattiamo e la loro distribuzione su tutto il territorio regionale impediscono di mantenere formati gli infermieri di tali servizi su una diversificata tipologia di prestazioni assistenziali. Pertanto questa assistenza domiciliare dovrà sempre più essere strutturata, ed uscire dalla fase di sperimentazione avviata al termine dell'esercizio 2006.

3.8 - RIEPILOGO DELLA PRODUZIONE PREVISTA PER L'ANNO 2007

Come rappresentato in sede di conclusione del PAO 2005 - 2006, nella predisposizione del bilancio di previsione 2007, l'amministrazione ha predisposto una valutazione dell'evoluzione della produzione, che vedrà una stabilità anche perché legato al trasloco delle funzioni sanitarie nella nuova struttura, in funzione dell'implementazione organizzativa sopra descritta. Proprio a causa di questo particolare evento che si è ritenuto opportuno considerare l'anno 2007 come un completamento del precedente piano di sviluppo approvato.

L'evoluzione della produzione non è solamente riferita alla quantità di attività che sarà erogata, ma l'obiettivo è quello di perseguire un mix della produzione rivolto ad una maggiore complessità della casistica in linea con gli impegni previsti per l'azienda dal Piano Sanitario Regionale 2005 - 2007. Nell'effettuazione delle successive valutazioni del fabbisogno delle risorse in rapporto alle attività sono stati riportati, in particolare per le risorse umane, i dati al lordo delle ulteriori risorse per progetti finalizzati finanziati da terzi sia pubblici che privati.

L'evoluzione complessiva per l'anno 2007 è rappresentata dalla seguente tabella:

TIPOLOGIA	N°	VALORE
Dimessi ordinari	7.968	25.144.000
Cicli Day Hospital	11.266	11.289.000
Assistenza specialistica	477.097	8.611.400
Assistenza Farmaceutica	163.874	2.240.000
Totale produzione	660.205	47.284.400

Evoluzione per aree di attrazione

E' prevedibile inoltre una sensibile evoluzione sia in relazione alla complessità della casistica, sia in relazione alle aree geografiche di provenienza dei bambini. L'ipotesi che l'azienda ha elaborato, basandosi su dati epidemiologici e sulla tipologia di prestazioni che saranno erogate, evidenzia un evolversi di attività su tutte le aree sia a favore di residenti fuori regione, di paganti e in ambito regionale per ridurre le fughe extra regionali a fronte anche di un incremento del peso medio del DRG.

TIPOLOGIA	Anno 2006		Anno 2007		Variazione 2006-2007	
	N°	VALORE	N°	VALORE	N°	VALORE
RICOVERI ORDINARI E DH						
Paganti	50	232.037	60	270.000	10	37.963
Stranieri e cooperazione	316	1.013.209	420	1.400.000	104	386.791
Fuori regione	2.257	5.814.479	2.400	6.200.000	143	385.521
REGIONE TOSCANA	15.678	27.082.981	16.350	28.563.000	672	1.480.019
TOTALE	18.301	34.142.706	19.230	36.433.000	929	2.290.294

Riepilogo evoluzione risorse utilizzate

Al fine di consentire l'evolversi della produzione innanzi ipotizzata, nella programmazione pluriennale sono stati stimati i costi dei vari fattori produttivi come riportati nel bilancio preventivo 2007 mentre le risorse umane si evolveranno, nel periodo di vigenza del Piano per gli anni 2005 - 2007 come risultante nella seguente tabella, nella quale, analogamente a quanto evidenziato per il dato 2006, la consistenza delle risorse umane, viene evidenziata al lordo delle ulteriori risorse per progetti finalizzati finanziati da terzi sia pubblici che privati: e quindi con dati non solo riferiti all'attività istituzionale svolta:

	PIANO 2005 / 2006	PIANO 2005 / 2007	Dotazione reale pesata	TOTALE Dipendenti (inclusi comandi e T.D.)	Differenza con PAO 05-06	Differenza con PAO 05-07	Ruolo T.L. al 31/12/2007
PERSONALE DIRIGENTE	241,00	230,00	221,38	164,54	- 8,62	- 8,62	154,00
FARMACISTI	3,00	3,00	3,07	1,66	0,07	0,07	1,00
BIOLOGI	20,00	20,00	16,97	8,00	- 3,03	- 3,03	5,00
PSICOLOGI	5,00	5,00	5,00	1,00	-	-	-
CHIMICI/FISICI	4,00	4,00	1,50	1,00	- 2,50	- 2,50	-
A. INFERMIERISTICA	1,00	1,00	1,60	1,00	0,60	- 0,40	-
A. TECNICO-SANITARIA	1,00	1,00	1,00	1,00	-	-	-
ANALISTI	1,00	1,00	1,00	1,00	-	-	1,00
SOCIOLOGI/INGEGNERI	1,00	1,00	0,92	-	- 0,08	- 0,08	-
AMMINISTRATIVI	6,00	4,00	2,54	2,54	- 3,46	- 1,46	3,00
MEDICI	199,00	190,00	188,78	147,33	- 10,22	- 1,22	144,00
PERSONALE DEL COMPARTO	610,00	640,00	613,63	611,80	3,63	- 26,37	614,00
AMMINISTRATIVI	63,00	66,00	65,92	63,07	2,92	- 0,08	66,00
INFERMIERI	348,00	373,00	360,26	374,29	12,26	- 12,74	373,00
DIETISTE	5,00	6,00	5,46	5,00	0,46	- 0,54	5,00
RIABILITAZIONE	12,00	11,00	9,23	7,00	- 2,77	- 1,77	7,00
TECNICI LABORATORIO	38,00	37,00	36,99	29,00	- 1,01	- 0,01	28,00
TECNICI RADIOLOGI	15,00	15,00	12,38	14,25	- 2,62	- 2,62	15,00
ORTOTTISTI	3,00	3,00	2,47	2,00	- 0,53	- 0,53	2,00
TECNICI NEUROFIS. E PERFUS.	6,00	6,00	5,02	4,00	- 0,98	- 0,98	4,00
ASSISTENTI SOCIALI	1,00	1,00	1,00	0,52	-	-	-
TECNICI	39,00	39,00	37,21	31,50	- 1,79	- 1,79	33,00
OSS	52,00	55,00	51,69	55,17	- 0,31	- 3,31	55,00
AUSILIARI E SUPPORTO	28,00	28,00	26,00	26,00	- 2,00	- 2,00	26,00
TOTALE AZIENDALE	851,00	870,00	835,02	776,33	- 4,98	- 34,98	768,00

La presente documentazione, come accennato in premessa, vuole rappresentarsi sia quale elemento informativo, nei confronti di codesta regione, dell'attuazione del PAO 2005 - 2006 approvato dalla Giunta regionale con la deliberazione n° 1043 del 24 ottobre 2005, ed inoltre costituire base documentale al fine di pervenire alla formalizzazione del Piano di sviluppo dell'AOU Meyer per il corrente anno 2007, come prosecuzione dei piani approvati che permettono di attivare la funzionalità delle nuove strutture presso la nuova sede di Villaognissanti e conseguentemente agli atti autorizzativi necessari per la piena realizzazione dello stesso.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Paolo Morello Marchese)

Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 - Disciplina del servizio sanitario regionale

.....

Art. 33 bis Rete pediatrica e ruolo dell'azienda ospedaliero universitaria Meyer (44 7)

1. L'azienda ospedaliero universitaria Meyer assicura, 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.

2. In tale ambito, l'azienda ospedaliero universitaria Meyer procede, di concerto con i direttori per la programmazione di area vasta ed i direttori generali delle aziende sanitarie, 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) le 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.

3. L'azienda ospedaliero universitaria Meyer si raccorda con i direttori per la programmazione di area vasta e con i direttori generali delle aziende sanitarie per la condivisione di una metodologia organizzativa omogenea, per l'applicazione di percorsi assistenziali definiti e per la promozione della qualità e dell'appropriatezza delle cure in ambito pediatrico.

4. Il governo e la composizione della rete pediatrica regionale è definito dalla Giunta regionale con specifica deliberazione.

Allegato n. 2.1 Risorse umane presenti in organico al 31.12.2004

Organico	31/12/04	31/12/03	Variazioni
Ruolo sanitario	490	460	+30
Ruolo tecnico	103	96	+7
Ruolo professionale	0	0	0
Ruolo amministrativo	58	63	-5
Totale	651	619	+32

DI CUI:

- n. 27 dipendenti prestano servizio a part-time (24 nel 2003);
- n. 20,5 dipendenti sono comandati presso terzi (14 nel 2003);
- n. 4 dipendenti sono in aspettativa senza assegni (5 nel 2003).

Allegato n. 2.2

Tabella - Componenti del valore della produzione dell'anno 2004

Descrizione	31/12/2004
1) Contributi C/esercizio	14.999.631,27
2) Proventi e ricavi diversi	36.151.114,07
3) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	1.220.205,48
4) Compartecipazione alla spesa per prestaz. Sanitarie	963.388,50
5) Costi capitalizzati	1.766.400,73
Valore della Produzione	55.100.740,05

Come si può evincere dalla tabella precedente la voce più rappresentativa dei ricavi è "Proventi e ricavi diversi" che contiene tutta la remunerazione dell'attività caratteristica dalla AOU Meyer ovvero i proventi da attività di ricovero ordinario, DH e di specialistica ambulatoriale (per quest'ultima linea produttiva la quota a carico del cittadino è rappresentata nella voce di bilancio "Compartecipazione alla spesa per prestaz. Sanitarie").

Tabella – Dettaglio voce "Proventi e ricavi diversi"

Dati contenuti nella nota integrativa al bilancio d'esercizio 2004

Proventi e Ricavi diversi	31/12/2004
Ricoveri Compensati Az. San. Reg.Toscana	22.434.262,69
Prest.Spec.Amb.Le Aziende Reg.Tosc.	5.764.118,58
Farmaci Compensati Az.San.R.T	1.135.652,65
Ricoveri Compensati Az. San. Extra-Reg.	3.682.153,73
Prest.Spec.Amb.Le Az. San.Extra- Regione	327.695,13
Farmaci Compensati Az.San.Extra Regione	151.023,75
Ricoveri Fatturati Az.San.R.T.	245.987,26
Prest.ni Spec.che Fatturate Az.San.R.T.	309.044,35
Emocomponenti Fatturati Az.Sanitarie R.T.	285.638,41
Prest.ni Sanitarie Fatturate Az.San. Extra-	68.299,36
Prest.ni Sanitarie Fatturate Altri Sogg.Ti	1.270,18
Servizi San. Fatturati Az.Private	9.587,63
Ricoveri Fatturati a Privati	17.354,66
Prest. Diagn.che Fatturate a Privati	1.441,76
Prest. Spec.che Fatturate a Privati	351,29
Consulenze Medici Verso Enti Pubblici	540.477,43
Prestaz.Per Attività' Lib.Prof.le Intramuraria	820.196,39
Emocomponenti Fatturati a Ditte Private	1.037,00
Emocomponenti Ceduti C.R.C.C.	102.946,45
Consulenze Non Sanitarie	22.854,65
Cartelle Cliniche e Controtipi	24.351,24

Altri Proventi Esclusi da Iva	11.614,78
Quote Iscr. Corsi Agg.to Es.Iva	9.501,26
Quote Iscr. Corsi Agg.to Sogg.Iva	90.493,69
Altri Proventi Soggetti ad Iva	93.673,27
Abbuoni e Arrotondamenti	86,48
Fitti Attivi	0,00
Altri Minori	0,00
PROVENTI E RICAVI DIVERSI	36.151.114,07

Tabella - Costi di produzione dell'anno 2004

Descrizione	31/12/2004
1) Acquisti di beni	7.860.617,41
2) Acquisti di servizi	9.564.322,23
3) Manutenzioni e riparazioni	1.300.970,99
4) Godimento beni di terzi	584.706,39
5), 7), 8) Personale dipendente	28.052.282,38
9) Oneri diversi di gestione	1.667.234,80
11) Servizi appaltati	
10) e 11) Ammortamenti	2.367.340,36
12) Svalutazione crediti	
13) Variazione delle rimanenze	192.118,33
14) Accantonamenti tipici dell'esercizio	1.500.599,15
Totale	52.705.955,38

Allegato n. 2.3 ORGANIZZAZIONE Azienda Ospedaliera Meyer 2004

Dipartimenti Attività Integrata (DAI)	Centri di Responsabilità (CdR)
DAI Chirurgia Pediatrica	
	Chirurgia
	Neurochirurgia
DAI Pediatria Internistica	
	Clinica Neurologia Pediatrica
	Cardiologia
	Clinica Ped.1°
	Clinica Ped.2° - Endocrinologia
	Pediatria Medica
	Auxologia
	Centro Fibrosi Cistica
	Genetica Medica
	Laboratorio di Analisi
	Diabetologia Pediatrica
	Oncoematologia
	Immunoematologia
DAI Emergenza Accettazione e di Area Critica	
	Anestesia e Rianimazione
	TIN
	Clinica di Medicina Neonatale e pediatria Preventiva
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
	Area Risorse Aziendali
	Area Acquisti e Attività Tecniche
	Affari Generali e Legali
	Sistema informativo/EDP
	Comunicazione Promozione/ Marketing e Formazione
Direzione Sanitaria	
	Area Servizi Amministrativi di Presidio
	Servizio Nutrizionale
	Riabilitazione Funzionale
	Farmacia
	Diagnostica per immagini
	Direzione medica di Presidio
Direzione Generale	
	Direzione aziendale
	Attività Generali d'Azienda

Allegato n. 2.4 Indicatori di valutazione per la definizione dell'attività di produzione di cui alle tabelle produzione per CdR

- *N. dimessi ordinari*: rappresenta il numero di pazienti ricoverati in regime ordinario e dimessi nell'anno solare di analisi, in questo caso l'anno 2004 ha visto a livello aziendale un numero pari a 6.841;
- *Valore economico dimessi ordinari (a)*: rappresenta la remunerazione economica dei 6.841 valorizzati in base al nomenclatore regionale (deliberato dalla Giunta Regionale) vigente al momento della dimissione, per l'anno 2004 ammontano a 19.160.299 Euro;
- *N. Accessi DH*: rappresenta il numero di giornate di accesso in regime diurno e rappresenta la base per il calcolo economico (considerato che la remunerazione DH viene fatta in base alle giornate di accesso), per l'anno 2004 sono pari a 22.365 giornate;
- *Valore Economico DH (b)*: rappresenta la remunerazione economica dei 22.365 accessi DH valorizzati in base al nomenclatore regionale (deliberato dalla Giunta Regionale) vigente al momento della dimissione, per l'anno 2004 ammontano a 7.727.412 Euro;
- *N. Prestazioni ambulatoriali (effettive)*: rappresenta il numero di prestazioni effettuate in regime ambulatoriale nei confronti di pazienti non ricoverati e quindi esterni, per l'anno 2004 sono pari a 547.680;
- *Valore economico prestazioni effettive (c)*: rappresenta la valorizzazione economica in base al tariffario regionale (deliberato dalla Giunta Regionale) per la remunerazione dell'attività ambulatoriale per esterni, per l'anno 2004 ammontano a 8.746.832 Euro (comprensive dei farmaci ad erogazione diretta afferenti il primo ciclo di terapia post dimissione, che dal 2005 verrà rilevato con una voce separata);
- *Valore complessivo ricavi (a+b+c)*: rappresenta la somma delle precedenti valorizzazioni economiche ognuna contraddistinta dalla specifica lettera, per l'anno 2004 ammontano complessivamente a 35.634.543 Euro;
- *Letti medi ricovero Ordinario*: rappresenta il numero di letti medi dedicati ad accogliere i pazienti in regime di ricovero ordinario. Il valore è medio in quanto tiene conto dell'effettiva disponibilità del letto e quindi dei tempi di chiusura dovuti ad esempio alla riduzione dei letti nei periodi estivi o per le festività natalizie;
- *Tassi di utilizzo letti di ricovero ordinario*: rappresenta in forma percentuale l'utilizzo della risorsa posto letto ed è calcolato come rapporto fra giorni di utilizzo (giornate di degenza maturate sui letti ordinari)/giornate potenziali (posti letto*numero di giorni di apertura dei letti ordinari), per l'anno 2004 si rileva un valore di 83,49% che ad oggi rappresenta un limite irraggiungibile per molti ospedali italiani non solo pediatrici, ma anche per adulti. Si rammenta che valori superiori alla soglia dell'85% sono indicativi di situazioni patologiche laddove i posti letto spesso non sono sufficienti ad

ospitare pazienti che devono essere necessariamente ricoverati. Ciò comporta aumenti di tempi di permanenza al pronto soccorso ed allungamento dei tempi di attesa per interventi chirurgici in quanto non disponibile il letto per ospitare il successivo ricovero;

- *N. risorse umane (full time equivalent):* rappresenta il numero di risorse umane impiegate mediamente nell'anno. Con il termine full time equivalent (FTE) si intende utilizzare un metodo che viene usato frequentemente sia per misurare in maniera univoca il numero dei dipendenti di un'azienda sia per il loro dimensionamento in fase di pianificazione del personale. L'FTE viene principalmente utilizzato per indicare lo sforzo erogato o pianificato per svolgere una attività. Un FTE equivale ad una persona che lavora a tempo pieno (es. 7 ore e 12 al giorno) per un anno lavorativo, che è quantificato in media in 220 giorni di lavoro (365 giorni esclusi sabati, domeniche, ferie e festività varie). L'impiego di eventuali dipendenti con orario diverso vengono riparametrati a questa quantità. Ad esempio, una persona con contratto di lavoro a tempo parziale di 6 ore giornaliere equivale a 0,75 FTE (6/7 ore e 12 minuti), mentre una risorsa con un part time al 50% varrà 0,5 FTE; se quest'ultima persona fosse entrata poi nel secondo semestre dell'anno il valore si ridurrebbe a 0,25 FTE sull'anno in esame. A livello di CdR di produzione abbiamo un impiego di 491,32 FTE su un totale complessivo aziendale di 619,63 FTE;
- *Costo risorse umane:* rappresenta il costo diretto delle risorse umane numericamente rappresentate dall'indicatore precedente (ovvero relativo ai CdR di produzione) ed ammonta per l'anno 2004 a 24.998.078 Euro, mentre a livello complessivo aziendale rileviamo un costo complessivo per il fattore produttivo personale di 28.052.282,38 Euro per il personale dipendente, di 829.016,88 Euro per il costo del personale non subordinato e 29.959,15 Euro per personale Sumaista (queste ultime due voci rappresentate nel Conto Economico del Bilancio d'Esercizio 2004 nei costi per servizi);
- *Costi diretti complessivi del CdR:* rappresentano i costi complessivi direttamente attribuibili al CdR oggetto di analisi, al responsabile sono attribuite funzioni decisionali e di controllo. Per costo diretto si intende un costo imputabile in maniera certa ed univoca ad un solo oggetto di costo (prodotto, reparto, centro di costo, centro di responsabilità, ecc.). Si tratta di costi che hanno una relazione specifica con l'oggetto di costo considerato e quindi possono essere attribuiti unicamente ad esso nelle analisi dei costi (es. costi per farmaci - oggetto di costo: reparto, sono quei farmaci consumati in quel reparto). Per l'anno 2004 i costi complessivi direttamente imputabili ai CdR di produzione sono stati 36.093.695 Euro su un totale di costi complessivi aziendali desumibili dal totale dei costi della produzione del Conto Economico del Bilancio d'Esercizio 2004 pari a 52.705.955,38 Euro.

Allegato n. 3.1**Tabella - Risorse umane presenti in organico al 31.12.2005**

Organico	31/12/05	31/12/04	Variazioni	N° medio
Ruolo sanitario	551	490	61	539,03
Dirigenza medica	131			140,99
Dirigenza non medica	8			11,91
Comparto	412			386,13
Ruolo tecnico	103	103	0	99,17
Dirigenza	2			2,00
Comparto	101			97,17
Ruolo professionale	0	0		0
Ruolo amministrativo	63	58	5	70,17
Dirigenza	4			5,33
Comparto	59			64,84
Totale	717	651	66	708,37

Tabella – Risorse umane presenti in organico al 31.12.2006

Organico	31/12/2006	31/12/2005	Variazioni
Ruolo sanitario	561	551	10
Dirigenza medica	138	131	7
Dirigenza non medica	8	8	0
Comparto	415	412	3
Ruolo tecnico	112	103	9
Dirigenza	1	2	-1
Comparto	111	101	10
Ruolo professionale	0	0	0
Ruolo amministrativo	68	63	5
Dirigenza	3	4	-1
Comparto	65	59	6
Totale	741	717	24

Tabella – Risorse umane presenti in organico al 31.12.2007

Organico	T. Indet. 2007	T. Deter. 2007	T. Indet. 2006	T. Deter. 2006	T. Indet. Differenze	T. Deter. Differenze
Ruolo sanitario	580	24	556	22	24	2
Dirigente medico	146	5	138	6	8	-1
Dirigente non medico	7	6	8	6	-1	0
Comparto	427	13	410	10	17	3
Ruolo tecnico	107	1	117	1	-10	0
Dirigente	1	0	1	0	0	0
Comparto	106	1	116	1	-10	0
Ruolo professionale	0	0	0	0	0	0
Dirigente	0	0	0	0	0	0
Comparto	0	0	0	0	0	0
Ruolo amministrativo	73	4	68	5	5	-1
Dirigente	2	0	3	1	-1	-1
Comparto	71	4	65	4	6	0
TOTALE	760	29	741	28	19	1

Allegato n. 3.2

Nell'organico aziendale sono ricompresi:

per l'anno 2005

- n. 38 dipendenti prestano servizio a part-time (27 nel 2004);
- n. 17 dipendenti sono comandati presso terzi (20,5 nel 2004);
- n. 4 dipendenti sono in aspettativa senza assegni (4 nel 2004);

per l'anno 2006

- n. 43 dipendenti prestano servizio a part-time (38 nel 2005);
- n. 19 dipendenti sono comandati presso terzi (17 nel 2005);
- n. 10 dipendenti sono in aspettativa senza assegni (4 nel 2005);

per l'anno 2007

- n. 53 dipendenti prestano servizio a part-time (43 nel 2006);
- n. 27 dipendenti sono comandati presso terzi (19 nel 2006);
- n. 12 dipendenti sono in aspettativa senza assegni (10 nel 2006);

L'attività aziendale è altresì garantita attraverso:

per l'anno 2005

- n. 30,67 dipendenti dell'Università (28,4 nel 2004);
- n. 4 personale interinale (12 nel 2004);
- n. 3,4 personale comandato (6,7 nel 2004);
- rapporti libero professionali attivati in corso d'anno, anche per periodi inferiori all'anno, per un equivalente di n. 34,44 unità dipendenti a tempo pieno.

per l'anno 2006

- n. 20,71 dipendenti dell'Università (30,67 nel 2005);
- n. 5 personale interinale (4 nel 2005);
- n. 8 personale comandato (3,4 nel 2005);
- rapporti libero professionali attivati in corso d'anno, anche per periodi inferiori all'anno, per un equivalente di n. 37,08 unità dipendenti a tempo pieno.

per l'anno 2007

- n. 32 dipendenti dell'Università;
- n. 12 personale interinale;
- n. 11 personale comandato;
- rapporti libero professionali attivati in corso d'anno, anche per periodi inferiori all'anno, per n. 90 unità di cui 3 Co.Co.Co..

Allegato n. 3.3

Tabella – Componenti del valore della produzione anni 2005 - 2007

Descrizione	31/12/2005	31/12/2006	31/12/2007
2) Contributi C/esercizio	17.502.165,98	21.120.412,34	25.378.245,72
2) Proventi e ricavi diversi	40.940.224,25	45.583.662,10	48.738.031,79
3) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	858.550,05	1.285.120,14	1.350.891,13
4) Compartecipazione alla spesa per prestaz. Sanitarie	1.016.643,52	1.120.787,22	1.227.839,18
5) Costi capitalizzati	1.496.877,62	1.256.174,91	1.198.904,29
Valore della Produzione	61.814.461,42	70.366.156,71	77.893.912,11

Come si può evincere dalla tabella precedente la voce più rappresentativa dei ricavi è *“Proventi e ricavi diversi”* che contiene tutta la remunerazione dell’attività caratteristica dalla AOU Meyer ovvero i proventi da attività di ricovero ordinario, DH e di specialistica ambulatoriale (per quest’ultima linea produttiva la quota a carico del cittadino è rappresentata nella voce di bilancio *“Compartecipazione alla spesa per prestaz. Sanitarie”*).

Il dettaglio della voce *“Proventi e ricavi diversi”* per gli anni 2005/2007 è riportato nella seguente tabella contenuta nelle note integrative ai bilanci d’esercizio dei singoli anni.

Tabella – Dettaglio voce “proventi e ricavi diversi” anni 2005 – 2007

Dati contenuti nella nota integrativa ai bilanci di esercizio 2005/06/07

Proventi e Ricavi diversi	31/12/2005	31/12/2006	31/12/2007
In compensazione ad aziende sanitarie intra area vasta	23.227.038,57	25.739.471,12	25.842.215,58
In compensazione ad aziende sanitarie extra area vasta	6.675.813,93	8.884.760,48	9.590.316,13
In compensazione ad aziende sanitarie extra regione	5.786.346,52	6.574.127,37	7.035.672,80
Fatturate ad aziende sanitarie intra area vasta	1.302.044,24	412.197,25	436.440,26
Fatturate ad aziende sanitarie extra area vasta	771.093,71	472.458,15	494.900,22
Fatturate ad aziende sanitarie extra Regione	76.172,11	159.492,09	200.323,94
Fatturate Altri Soggetti Pubblici intra ed extra regione.	1.067.356,27	851.012,59	869.142,02
Prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati	660.972,11	468.092,67	775.035,68

Proventi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	1.098.280,61	1.505.832,87	1.874.158,99
Altri proventi e ricavi diversi	30.772,28	33.110,94	32.254,93
TOTALE PRESTAZIONI SANITARIE	40.695.890,35	45.100.555,53	47.150.460,55
Fatturate Altri Soggetti Pubblici intra ed extra regione.	47.252,45	18.497,63	18.876,65
Prestazioni NON sanitarie erogate a soggetti privati	0,00	-	-
Altri proventi e ricavi diversi	197.081,45	464.608,94	1.568.694,59
TOTALE PRESTAZIONI NON SAN.	244.333,90	483.106,57	1.587.571,24
PROVENTI E RICAVI DIVERSI	40.940.224,25	45.583.662,10	48.738.031,79

Tabella – Costi di produzione anni 2005 - 2007

Descrizione	31/12/2005	31/12/2006	31/12/2007
1) Acquisti di beni	9.956.589,02	11.663.537,03	12.761.237,90
2) Acquisti di servizi	10.737.426,63	14.171.210,48	17.099.099,15
3) Manutenzioni e riparazioni	1.525.170,51	1.653.779,52	2.207.531,48
4) Godimento beni di terzi	682.156,59	804.504,18	780.798,89
5), 7), 8) Personale dipendente	32.416.504,93	36.152.921,61	37.888.519,38
9) Oneri diversi di gestione	2.003.512,17	3.084.238,56	2.426.592,23
10) 11) e 12) Ammortamenti	2.769.379,00	3.106.650,41	2.491.878,24
13) Svalutazione dei crediti	0	0,00	134.747,57
14) Variazione delle rimanenze	-113.896,96	-1.311.010,39	489.080,91
15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	725.511,66	655.423,52	1.331.196,77
Totale	60.702.353,55	69.981.254,92	77.610.682,52

Allegato n. 3.4

ORGANIZZAZIONE Azienda Ospedaliera Meyer 2005

Dipartimenti Attività Integrata (DAI)	Centri di Responsabilità (CdR)
DAI Chirurgia Pediatrica	
	Chirurgia
	Neurochirurgia
	Cardiochirurgia
DAI Pediatria Internistica	
	Clinica Neurologia Pediatrica
	Cardiologia
	Clinica Ped.1
	Clinica Ped.2
	Pediatria Medica
	Auxologia
	Fibrosi Cistica
	Genetica Medica
	Laboratorio di Analisi
	Diabetologia
	Clinica di Medicina Neonatale e pediatria Preventiva
	Oncoematologia e emotrapianti
	Immunoematologia e servizio trasfusionale
DAI Emergenza Accettazione e di Area Critica	
	Anestesia e Rianimazione
	D.E.A.
	Terapia Intensiva Neonatale
Direzione Sanitaria	
	Direzione di Presidio Ospedaliero
	Servizio Nutrizionale
	Farmacia
	Servizi Amministrativi di presidio
	Riabilitazione Funzionale
	Diagnostica per immagini
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
	Area Risorse Aziendali
	Area Acquisti e Attività Tecniche
	Affari Generali e Legali
	Sistema informativo/EDP
	Comunicazione Promozione/ Marketing e Formazione
Direzione Generale	
	Direzione aziendale
	Attività Generali d'Azienda

ORGANIZZAZIONE Azienda Ospedaliera Meyer 2006

Dipartimenti Attività Integrata (DAI)	Centri di Responsabilità (CdR)
DAI Chirurgia Pediatrica	
	Chirurgia
DAI Medico-Chirurgico Neurosensoriale	
	Neurochirurgia
	Clinica Neurologia Pediatrica
DAI Pediatria Internistica	
	Cardiologia
	Clinica Ped.1
	Clinica Ped.2
	Pediatria Medica
	Auxoendocrinologia
	Fibrosi Cistica
	Clinica di Medicina Neonatale e pediatria Preventiva
	Genetica Medica
	Laboratorio di Analisi
DAI Oncoematologia Pediatrica	
	Oncoematologia e emotrapianti
	Immunoematologia e servizio trasfusionale
	Cure domiciliari
	Terapia del dolore
DAI Emergenza Accettazione e di Area Critica	
	Anestesia e Rianimazione
	Dipartimento D.E.A.
	TIN
Direzione di Presidio Ospedaliero	
	Direzione di Presidio Ospedaliero
	Servizio Nutrizionale
	Riabilitazione Funzionale
	Farmacia
	Struttura Amministrativa di Presidio
	Diagnostica per immagini
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
	Economico Finanziario
	Amministrazione risorse umane
	Alberghiero economale
	Aff.Generali, Contrattualistica e Gestione tecnica
STAFF DI DIREZIONE	
	Staff di direzione
	Direzione aziendale
	Attività Generali d'Azienda

ORGANIZZAZIONE Azienda Ospedaliera Meyer 2007

Dipartimenti Attività Integrata (DAI)	Centri di Responsabilità (CdR)
DAI Chirurgia Pediatrica	
	Chirurgia
DAI Medico-Chirurgico Neurosensoriale	
	Neurochirurgia
	Clinica Neurologia Pediatrica
DAI Pediatria Internistica	
	Cardiologia
	Clinica Ped.1
	Clinica Ped.2
	Pediatria Medica
	Auxoendocrinologia
	Clinica di Medicina Neonatale e pediatria Preventiva
	Fibrosi Cistica
	Laboratorio di Analisi
	Genetica Medica
DAI Oncoematologia Pediatrica	
	Oncoematologia e emotrapianti
	Immunoematologia e servizio trasfusionale
	Cure domiciliari
	Terapia del dolore
DAI Emergenza Accettazione e di Area Critica	
	Anestesia e Rianimazione
	Dipartimento D.E.A.
	TIN
Direzione di Presidio Ospedaliero	
	Direzione di Presidio ospedaliero
	Servizio Nutrizionale
	Riabilitazione Funzionale
	Farmacia
	Struttura Amministrativa di Presidio
	Diagnostica per immagini
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
	Economico Finanziario
	Amministrazione risorse umane
	Alberghiero economale
	Aff.Generali, Contrattualistica e Gestione tecnica
STAFF DI DIREZIONE	
	Staff di direzione

Allegato n. 4.1

L'utilizzo del **fattore produttivo risorse umane** può essere rappresentato per ciascun anno di analisi come segue.

Tabella – Risorse umane presenti in organico al 31.12.2008

Organico	T. Indet. 2008	T. Deter. 2008	T. Indet. 2007	T. Deter. 2007	Variazione Indet.	Variazione Deter.
Ruolo sanitario	600	26	580	24	20	2
Dirigente medico	158	2	146	5	12	-3
Dirigente non medico	6	5	7	6	-1	-1
Comparto	436	19	427	13	9	6
Ruolo tecnico	114	9	107	1	7	8
Dirigente	1	0	1	0	0	0
Comparto	113	9	106	1	7	8
Ruolo prof.le	0	0	0	0	0	0
Dirigente	0	0	0	0	0	0
Comparto	0	0	0	0	0	0
Ruolo Amm.vo	77	0	73	4	4	-4
Dirigente	3	0	2	0	1	0
Comparto	74	0	71	4	3	-4
TOTALE	791	35	760	29	31	6

Tabella - Risorse umane presenti in organico al 31.12.2009

Organico	Tempo Indet. 2009	Tempo Deter. 2009	Tempo Indet. 2008	Tempo Deter. 2008	Variazione Indet.	Variazione Deter.
Ruolo sanitario	701	18	600	26	101	-8
Dirigente medico	176	2	158	2	18	0
Dirigente non medico	14	2	6	5	8	-3
Comparto	511	14	436	19	75	-5
Ruolo tecnico	123	8	114	9	9	-1
Dirigente	1	0	1	0	0	0
Comparto	122	8	113	9	9	-1
Ruolo prof.le	0	0	0	0	0	0
Dirigente	0	0	0	0	0	0
Comparto	0	0	0	0	0	0
Ruolo Amm.vo	77	0	77	0	0	0
Dirigente	3	0	3	0	0	0
Comparto	74	0	74	0	0	0
TOTALE	901	26	791	35	110	-9

Tabella - Risorse umane presenti in organico al 31.12.2010

Organico	Tempo Indet. 2010	Tempo Deter.2010	Tempo Indet. 2009	Tempo Deter. 2009	Variazione Indet.	Variazione Deter.
Ruolo sanitario	746	14	701	18	45	-4
Dirigente medico	199	0	176	2	23	-2
Dirigente non medico	16	2	14	2	2	0
Comparto	531	12	511	14	20	-2
Ruolo tecnico	133	6	123	8	10	-2
Dirigente	0	1	1	0	-1	1
Comparto	133	5	122	8	11	-3
Ruolo prof.le	0	0	0	0	0	0
Dirigente	0	0	0	0	0	0
Comparto	0	0	0	0	0	0
Ruolo Amm.vo	71		77	0	-6	0
Dirigente	3		3	0	0	0
Comparto	68		74	0	-6	0
TOTALE	950	20	901	26	49	-6

Tabella – Risorse umane presenti in organico al 31.12.2011

Organico	Tempo indet. 2011	Tempo deter. 2011	Tempo indet. 2010	Tempo deter.	variazione indet.	variazione deter.
Ruolo Sanitario	751	4	746	14	5	-10
Dirigente medico	191	0	199	0	-8	0
Dirigente non medico	18	0	16	2	2	-2
Comparto	542	4	531	12	11	-8
Ruolo Tecnico	138	3	133	6	5	-3
Dirigente	0	0	0	1	0	-1
Comparto	138	3	133	5	5	-2
Ruolo Amm.vo	72	0	71	0	1	0
Dirigente	3	0	3	0	0	0
Comparto	69	0	68	0	1	0
Totale	961	7	950	20	11	-13

Tabella - Risorse umane presenti in organico al 31.12.2012

Organico	Tempo indet. 2012	Tempo deter. 2012	Tempo indet. 2011	Tempo deter. 2011	Variazione indet.	Variazione deter.
Ruolo Sanitario	749	4	751	4	-2	0
Dirigenti medico	196	3	191	0	5	3
Dirigenti non	17	1	18	0	-1	1
Comparto	536	0	542	4	-6	-4
Ruolo Tecnico	141	0	138	3	3	-3
Dirigente	0	0	0	0	0	0
Comparto	141	0	138	3	3	-3
Ruolo Amm.vo	71	0	72	0	-1	0
Dirigente	3	0	3	0	0	0
Comparto	68	0	69	0	-1	0
Totale	961	4	961	7	0	-3

Tabella – Risorse umane presenti in organico al 31.12.2013

Organico	Tempo indet. 2013	Tempo deter. 2013	Tempo indet. 2012	Tempo deter. 2012	Variazione indet.	Variazione deter.
Ruolo Sanitario	748	3	749	4	-1	-1
Dirigenti	198	3	196	3	2	0
Dirigenti non medico	17	0	17	1	0	-1
Comparto	533	0	536	0	-3	0
Ruolo Tecnico	138	1	141	0	-3	1
Dirigente	0	0	0	0	0	0
Comparto	138	1	141	0	-3	1
Ruolo Amm.vo	73	0	71	0	2	0
Dirigente	3	0	3	0	0	0
Comparto	70	0	68	0	2	0
Totale	959	4	961	4	-2	0

Allegato n. 4.2

Nell'organico aziendale sono ricompresi:

Per l'anno 2008

- n. 63 dipendenti prestano servizio a part-time (53 nel 2007);
- n. 2 dipendenti sono comandati presso terzi (27 nel 2007);
- n. 14 dipendenti sono in aspettativa senza assegni (12 nel 2007).

Per l'anno 2009

- n. 61 dipendenti prestano servizio a part-time;
- n. 2 dipendenti sono comandati presso terzi;
- n. 9 dipendenti sono in aspettativa senza assegni.

Per l'anno 2010

- n. 60 dipendenti prestano servizio a part-time;
- n. 3 dipendenti sono comandati presso terzi;
- n. 15 dipendenti sono in aspettativa senza assegni.

Per l'anno 2011

- n. 54 dipendenti prestano servizio a part-time;
- n. 4 dipendenti sono comandati presso terzi;
- n. 12 dipendenti sono in aspettativa senza assegni.

Per l'anno 2012

- n. 54 dipendenti prestano servizio a part-time;
- n. 1 dipendenti sono comandati presso terzi;
- n. 15 dipendenti sono in aspettativa senza assegni.

Per l'anno 2013

- n. 53 dipendenti prestano servizio a part-time;
- n. 0 dipendenti sono comandati presso terzi;
- n. 17 dipendenti sono in aspettativa senza assegni.

Di tale organico si evidenzia quanto segue:

Tipologia	31/12/09	31/12/08	Delta
Dipendenti Servizio part. Time	61	63	-2
Dipendenti Comandati presso terzi	2	2	0
Dipendenti Comandati ESTAV	1	5	-4
Dipendenti con aspettativa senza assegni	9	14	-5
Dipendenti dell'Università	29	30	-1
Personale interinale	48	27	21
Personale comandato	1,5	1	0,5
Rapporti libero professionali	84	95	-11

In relazione ai rapporti libero professionali si specifica che per l'anno 2009 sono stati stipulati n. 3 rapporti di Co.Co.Pro.

Tipologia	31/12/2010	31/12/2009	Delta
Dipendenti Servizio part. Time	60	61	-1
Dipendenti Comandati presso terzi	3	2	1
Dipendenti Comandati ESTAV	0	1	-1
Dipendenti con aspettativa senza assegni	15	9	6
Dipendenti dell'Università	29	29	0
Personale interinale	24	48	-24
Personale comandato	0,5	1,5	-1
Rapporti libero professionali	91	84	7

In relazione ai rapporti libero professionali si specifica che per l'anno 2010 sono stati stipulati n. 3 rapporti di CO.CO.CO.

Tipologia	31/12/2011	31/12/2010	Delta
Dipendenti Servizio part. Time	54	60	-6
Dipendenti Comandati presso terzi	4	3	1
Dipendenti Comandati ESTAV	0	0	0
Dipendenti con aspettativa senza assegni	12	15	-3
Dipendenti dell'Università	28	29	-1
Personale interinale	8	24	-16
Personale comandato		0,5	-0,5
Rapporti libero professionali	89	91	-2

In relazione ai rapporti libero professionali si specifica che per l'anno 2011 sono stati stipulati n. 4 rapporti di CO.CO.CO.

Tipologia	31.12.2012	31.12.2011	Delta
N. Collaborazioni coordinate e continuative	7	4	3
N. Incarichi libero professionali	85	89	-4
N. Lavoratori in somministrazione (ex interinali)	7	8	-1
N. Lavoratori con contratto formazione e lavoro	0	0	0
N. Universitari (docenti e personale non docente)	27	28	-1
Totale	126	129	-3

Tipologia	31.12.2013	31.12.2012	Delta
N. Collaborazioni coordinate e continuative	5	7	-2
N. Incarichi libero professionali	83	85	-2
N. Lavoratori in somministrazione (ex interinali)	10	7	3
N. Lavoratori con contratto formazione e lavoro	0	0	0
N. Universitari (docenti e personale non docente)	29	27	2
Totale	127	126	1

Allegato n. 4.3**Tabella – Dettaglio voce “proventi e ricavi diversi”**

La voce più rappresentativa dei ricavi è “Proventi e ricavi diversi” che contiene tutta la remunerazione dell’attività caratteristica dalla AOU Meyer ovvero i proventi da attività di ricovero ordinario, DH e di specialistica ambulatoriale (per quest’ultima linea produttiva la quota a carico del cittadino è rappresentata nella voce di bilancio “Compartecip. alla spesa per prestaz. Sanitarie”).

Proventi e Ricavi diversi	31/12/2008	31/12/2009	31/12/2010	31/12/2011
Compensaz. AA.SS. OO intra area vasta	26.830.990,95	30.776.115,14	30.846.829,29	31.091.698,06
Compensaz. AA.SS. OO extra area vasta	9.883.506,57	12.332.641,81	14.173.635,16	14.229.869,57
Compensaz. AA.SS. OO extra regione	8.798.442,10	10.033.771,38	13.176.183,80	15.338.736,16
Fatturate ad AA.SS intra area vasta	357.464,44	504.134,33	612.329,21	706.090,27
Fatturate ad AA.SS. extra area vasta	392.060,36	767.067,66	679.212,55	608.333,51
Fatturate ad AA.SS. extra Regione	279.823,67	347.502,40	930.010,56	945.847,11
Fatt. altri Soggetti Pubb. intra ed extra RT.	951.065,72	504.999,51	325.539,42	349.247,35
Prestazioni sanitarie erogate a privati	195.854,26	238.741,92	162.463,63	222.255,88
Prov. Prestaz. Sanit. erogate intramoenia	1.987.121,12	1.894.177,66	1.980.962,68	2.032.788,64
Altri proventi e ricavi diversi	1.495,77	1.693,38	170,08	347,28
TOTALE PRESTAZIONI SANITARIE	49.677.824,96	57.400.845,19	62.887.336,38	65.525.213,83
Fatt. altri Soggetti Pubb. intra ed extra RT	-	0	0	0
Prest. non sanitarie erogate a privati	-	208.557,29	228.307,40	295.184,83
Altri proventi e ricavi diversi	1.425.353,37	1.688.951,72	1.513.512,87	873.860,37
TOTALE PRESTAZIONI NON SAN.	1.425.353,37	1.897.509,01	1.741.820,27	1.169.045,20
PROVENTI E RICAVI DIVERSI	51.103.178,33	59.298.354,20	64.629.156,65	66.694.259,03

Tabella - Costi di produzione anni 2008 - 2011

Descrizione	2008	2009	2010	2011
Acquisti di beni	15.297.367,73	17.691.755,36	18.120.674,59	18.628.218,07
Acquisti di servizi	19.887.530,61	20.904.447,54	20.606.843,67	19.835.998,04
Manutenzioni e riparazioni	2.424.796,51	3.520.304,72	3.741.105,81	3.452.358,12
Godimento beni di terzi	1.262.920,24	1.427.934,10	1.339.346,68	1.380.760,84
Personale sanitario	33.152.998,94	37.619.819,29	39.870.034,12	41.424.000,62
Personale professionale	-	-	-	-
Personale tecnico	3.644.545,43	4.136.268,68	4.217.455,12	4.401.169,21
Personale amministrativo	2.768.911,50	2.723.259,91	2.465.858,95	2.525.369,78
Oneri diversi di gestione	4.456.780,57	5.969.968,40	4.111.784,76	3.704.417,65
Amm.to imm. immateriali	481.640,48	555.372,67	583.265,37	629.504,54
Amm.to fabbricati	1.276.873,57	1.392.178,58	1.282.426,29	1.292.147,94
Amm.to imm. materiali	1.929.091,40	3.004.259,96	3.294.493,73	3.075.216,65
Svalutazione crediti	43.000,00	60.000,00	80.000,00	1.166.756,31
Variazione rimanenze	- 1.725.189,98	- 891.394,69	319.749,74	828.084,94
Accant. d'esercizio	692.823,27	747.984,65	74.365,63	117.013,47
contratt.li.	- 65.170,73	- 601.478,00	-	-
Totale	85.528.919,54	98.260.681,17	100.107.404,46	102.461.016,18

Tabella – Dettaglio valore della produzione anni 2012 - 13

Nuovo schema bilancio introdotto con D.Lgs 118/2011

SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale 20/03/2013</i>	Anno 2013	Anno 2012	VARIAZIONE 2013/2012	
			Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio	28.370.348,30	30.588.818,31	- 2.218.470,01	-7,3%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 41.732,51	-	- 41.732,51	-
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.060.140,50	1.351.971,41	708.169,09	52,4%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	66.271.873,47	65.377.047,77	894.825,70	1,4%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	2.307.267,91	1.441.845,57	865.422,34	60,0%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.221.955,46	2.069.208,28	152.747,18	7,4%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	3.795.221,22	4.658.150,80	- 862.929,58	-18,5%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	850.526,40	657.180,37	193.346,03	29,4%
Totale A)	105.835.600,75	106.144.222,51	- 308.621,76	-0,3%

Tabella dettaglio della voce “Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria” anni 2012 - 2013

VOCE MODELLO CE	Anno 2013	Anno 2012
A) Valore della produzione	Valori in Euro	Valori in Euro
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	66.271.873,47	65.377.047,77
A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	63.306.420,73	62.578.657,33
A.4.A.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione	46.325.868,89	46.368.356,37
A.4.A.1.a) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione a compensazione	45.177.756,00	45.102.908,95
A.4.A.1.b) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione a fatturazione diretta	1.148.112,89	1.265.447,42
A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero	33.670.945,38	34.060.509,00
A.4.A.1.1.a) Prestazioni di ricovero a compensazione	33.066.523,00	33.587.818,00
A.4.A.1.1.b) Prestazioni di ricovero a fatturazione diretta	604.422,38	472.691,00
A.4.A.1.2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	8.004.579,24	8.254.604,60
A.4.A.1.2.a) Prestazioni di specialistica ambulatoriale a compensazione	7.460.888,73	7.461.848,18
A.4.A.1.2.b) Prestazioni di specialistica ambulatoriale a fatturazione diretta	543.690,51	792.756,42
A.4.A.1.4) Prestazioni di File F	4.588.540,82	3.984.046,22
A.4.A.1.4.a) Prestazioni di File F a compensazione	4.588.540,82	3.984.046,22
A.4.A.1.9) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	61.803,45	69.196,55
A.4.A.1.9.a) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria a compensazione	61.803,45	69.196,55
A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	1.231,50	25.773,79
A.4.A.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione	16.979.320,34	16.184.527,17
A.4.A.3.a) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione a compensazione	16.075.728,77	15.236.225,05
A.4.A.3.b) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione a fatturazione diretta	903.591,57	948.302,12
A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	12.297.639,43	11.877.452,42
A.4.A.3.1.a) Prestazioni di ricovero a compensazione	12.297.639,43	11.877.452,42
A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	3.485.817,27	1.948.879,10
A.4.A.3.2.a) Prestazioni ambulatoriali a compensazione	2.582.225,70	1.948.879,10
A.4.A.3.2.b) Prestazioni ambulatoriali a fatturazione diretta	903.591,57	
A.4.A.3.4) Prestazioni di File F	1.195.863,64	1.409.893,53
A.4.A.3.4.a) Prestazioni di File F a compensazione	1.195.863,64	1.409.893,53
A.4.A.3.9) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria Extraregione	-	948.302,12
A.4.A.3.9.b) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria Extraregione a fatturazione diretta	-	948.302,12
A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	213.336,80	243.107,65
A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	2.752.115,94	2.555.282,79

Tabella - Costi di produzione per gli anni 2012 - 2013

SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale 20/03/2013</i>		Anno 2013	Anno 2012	VARIAZIONE 2013/2012	
B) COSTI DELLA PRODUZIONE					
1) Acquisti di beni	19.280.140,63	18.923.331,85	356.808,78	1,9%	
2) Acquisti di servizi sanitari	9.051.712,68	8.730.775,63	320.937,05	3,7%	
3) Acquisti di servizi non sanitari	10.269.109,25	10.810.310,31	- 541.201,06	-5,0%	
4) Manutenzione e riparazione	3.730.780,61	3.888.406,10	- 157.625,49	-4,1%	
5) Godimento di beni di terzi	2.462.342,69	1.766.823,73	695.518,96	39,4%	
6) Costi del personale	50.309.111,06	50.550.023,86	- 240.912,80	-0,5%	
7) Oneri diversi di gestione	1.229.895,48	1.213.960,57	15.934,91	1,3%	
8) Ammortamenti	5.511.696,69	6.452.991,19	- 941.294,50	-14,6%	
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	215.232,56	330.900,37	- 115.667,81	-35,0%	
10) Variazione delle rimanenze	397.954,67	470.132,81	- 72.178,14	-15,4%	
11) Accantonamenti	2.452.027,38	2.648.872,68	- 196.845,30	-7,4%	
Totale B)	104.910.003,70	105.786.529,10	- 876.525,40	-0,8%	

Allegato n. 4.4

ORGANIZZAZIONE Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer 2008 e 2009 (situazione invariata)

Dipartimenti Attività Integrata (DAI)	Centri di Responsabilità (CdR)
DAI Chirurgia Pediatrica	
	Chirurgia
DAI Medico-Chirurgico Neurosensoriale	
	Neurochirurgia
	Clinica Neurologia Pediatrica
DAI Pediatria Internistica	
	Cardiologia
	Clinica Ped.1
	Clinica Ped.2
	Pediatria Medica
	Auxoendocrinologia
	Clinica di Medicina Neonatale e pediatria Preventiva
	Fibrosi Cistica
	Genetica Medica
	Laboratorio di Analisi
DAI Oncoematologia Pediatrica	
	Oncoematologia e emotrapianti
	Immunoematologia
	Cure domiciliari
	Terapia del dolore
DAI Emergenza Accettazione e di Area Critica	
	Anestesia e Rianimazione
	Dipartimento D.E.A.
	Trauma Center
	TIN
	Diagnostica per immagini
Direzione di Presidio Ospedaliero	
	Servizio Nutrizionale
	Riabilitazione Funzionale
	Farmacia
	Direzione medica di Presidio
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
	Economico Finanziario
	Amministrazione risorse umane
	Alberghiero economale
	Aff.Generali, Contrattualistica e Gestione tecnica
STAFF DI DIREZIONE	
	Direzione aziendale

ORGANIZZAZIONE Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer 2010

Dipartimenti Attività Integrata (DAI)	Centri di Responsabilità (CdR)
DAI Chirurgia Pediatrica	
	Chirurgia
DAI Medico-Chirurgico Neurosensoriale	
	Neurochirurgia
	Clinica Neurologia Pediatrica
DAI Pediatria Internistica	
	Cardiologia
	Clinica Ped.1
	Clinica Ped.2
	Pediatria Medica
	Auxoendocrinologia
	Fibrosi Cistica
	Clinica di Medicina Neonatale e pediatria Preventiva
	Genetica Medica
	Laboratorio di Analisi
DAI Oncoematologia Pediatrica	
	Oncoematologia e emotrapianti
	Immunoematologia
	Cure domiciliari
	Terapia del dolore
DAI Emergenza Accettazione e di Area Critica	
	Anestesia e Rianimazione
	Dipartimento D.E.A.
	Trauma Center
	TIN
	Diagnostica per immagini
Direzione di Presidio Ospedaliero	
	Direzione medica di Presidio
	Cardiochirurgia
	Servizio Nutrizionale
	Riabilitazione Funzionale
	Psicologia Clinica
	Farmacia
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
	U.O. Economico Finanziario
	Amministrazione risorse umane
	Gestione Economica del personale
	U.O. Acquisizione Risorse Materiali e Tecniche
STAFF DI DIREZIONE	
	Direzione aziendale

ORGANIZZAZIONE Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer 2011

L'organizzazione aziendale per l'anno 2011 vedeva l'applicazione di un nuovo Atto Aziendale con 11 macro aree di cui 6 Dipartimenti Attività Integrata (DAI) oltre alla Direzione Medica di Presidio, lo Staff di Direzione, il Dipartimento Amministrativo, la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria, che al loro interno ricomprendevano 51 centri di responsabilità attivi (rispetto ai 32 CdR rilevati per l'anno 2010).

Dipartimenti Attività Integrata (DAI)	Centri di Responsabilità (CdR)
DAI Chirurgia Pediatrica	
	Chirurgia Pediatrica (S.O.D.C.)
	Ortopedia Pediatrica (S.O.D.S.)
	Urologia (S.O.D.C.)
	Centro Ustioni e Chirurgia Plastica (S.O.D.S.)
DAI Medico-Chirurgico Neurosensoriale	
	Neurochirurgia (S.O.D.C.)
	Oftalmologia pediatrica (S.O.D.C.)
	Otorinolaringoiatria (S.O.D.C.)
	Neurologia pediatrica (S.O.D.C.)
	Odontoiatria (S.O.D.S.)
	Malattie Metaboliche e Muscolari Ereditarie (S.O.D.S.)
DAI Pediatria Internistica	
	Cardiologia (S.O.D.C.)
	Clinica Pediatrica 1 (S.O.D.C.)
	Clinica Pediatrica 2 (S.O.D.C.)
	Malattie Infettive (S.O.D.S.)
	Pediatria Medica (S.O.D.C.)
	Auxoendocrinologia (S.O.D.S.)
	Fibrosi Cistica (S.O.D.S.)
	Diabetologia (S.O.D.S.)
	Nefrologia (S.O.D.C.)
	Gastroenterologia (S.O.D.S.)
	Reumatologia (S.O.D.S.)
	Broncopneumologia (S.O.D.S.)
	Allergologia (S.O.D.S.)
DAI Oncoematologia Pediatrica	
	Oncoematologia (S.O.D.C.)
	Immunoematologia, Medicina Trasfusionale e Laboratorio Terapie Cellulari (S.O.D.S.)
DAI Emergenza Accettazione e di Area Critica	
	Anestesia e Rianimazione (S.O.D.C.)
	D.E.A. e pediatria d'urgenza (S.O.D.C.)
	Neuroanestesia e Neuroranimazione (S.O.D.S.)
	Ortopedia e Traumatologia (S.O.D.S.)
DAI Medico-Chirurgico Feto-Neonatale	
	Terapia Intensiva Neonatale (S.O.D.C.)
	Medicina Neonatale e Pediatria Preventiva (S.O.D.C.)
	Chirurgia Neonatale (S.O.D.C.)
	Unità interdisciplinare per la diagnosi e cura dei difetti congeniti e della patologia fetale (S.O.D.S.)

Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	
	Direzione medica di Presidio S.C.
	Cure Domiciliari (S.O.D.C.)
	Terapia del dolore e cure palliative (S.O.D.S.)
	Genetica Medica (S.O.D.C.)
	Laboratorio Analisi (S.O.D.C.)
	Psicologia Clinica (S.O.D.S.)
	Farmacia (S.O.D.S.)
	Diagnostica per immagini (S.O.D.C.)
	Anatomia Patologica (S.O.D.S.)
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
	U.O. Economico Finanziario
	U.O. Governo Risorse Umane e Affari Generali e Legali
	U.O. Acquisizione Risorse Materiali e Tecniche
Direzione Generale	
	Direzione Tecnica
	Direzione infermieristica
STAFF DI DIREZIONE	
	Epidemiologia
	Relazioni internazionali in Sanità
Direzione Sanitaria	
	Rischio clinico s.c.
	Organizzazione attività programmata ambulatoriale e di ricovero

ORGANIZZAZIONE Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer 2012

L'organizzazione aziendale per l'anno 2012 vedeva l'applicazione di un nuovo Atto Aziendale con 10 macro aree di cui 6 Dipartimenti Attività Integrata (DAI) oltre allo Staff di Direzione, al Dipartimento Amministrativo, alla Direzione Generale e la Direzione Sanitaria, che al loro interno ricomprendevano 52 centri di responsabilità attivi (rispetto ai 31 CdR rilevati per l'anno 2011).

Dipartimenti Attività Integrata (DAI)	Centri di Responsabilità (CdR)
DAI Chirurgia Pediatrica	
	Chirurgia Pediatrica (S.O.D.C.)
	Ortopedia Pediatrica (S.O.D.S.)
	Urologia (S.O.D.C.)
	Centro Ustioni e Chirurgia Plastica (S.O.D.S.)
DAI Neuroscienze	
	Neurochirurgia (S.O.D.C.)
	Oftalmologia pediatrica (S.O.D.C.)
	Otorinolaringoiatria (S.O.D.C.)
	Neurologia pediatrica (S.O.D.C.)
	Odontoiatria (S.O.D.S.)
	Malattie Metaboliche e Muscolari Ereditarie (S.O.D.S.)
DAI Pediatria Internistica	
	Cardiologia (S.O.D.C.)
	Clinica Pediatrica 1 (S.O.D.C.)
	Clinica Pediatrica 2 (S.O.D.C.)
	Malattie Infettive (S.O.D.S.)

	Pediatria Medica (S.O.D.C.)
	Auxoendocrinologia (S.O.D.S.)
	Fibrosi Cistica (S.O.D.S.)
	Diabetologia (S.O.D.S.)
	Nefrologia (S.O.D.C.)
	Gastroenterologia (S.O.D.S.)
	Reumatologia (S.O.D.S.)
	Broncopneumologia (S.O.D.S.)
	Allergologia (S.O.D.S.)
DAI Oncoematologia	
	Oncoematologia (S.O.D.C.)
	Immunoematologia, Medicina Trasmfusionale e Laboratorio Terapie Cellulari (S.O.D.S.)
DAI Emergenza Accettazione e di Area Critica	
	Anestesia e Rianimazione (S.O.D.C.)
	D.E.A. e pediatria d'urgenza (S.O.D.C.)
	Neuroanestesia e Neuroranimazione (S.O.D.S.)
	Ortopedia e Traumatologia (S.O.D.S.)
DAI Medico-Chirurgico Feto-Neonatale	
	Terapia Intensiva Neonatale (S.O.D.C.)
	Medicina Neonatale e Pediatria Preventiva (S.O.D.C.)
	Chirurgia Neonatale (S.O.D.C.)
	Unità interdisciplinare per la diagnosi e cura dei difetti congeniti e della patologia fetale (S.O.D.S.)
STAFF DI DIREZIONE	
	Epidemiologia S.S.
	Relazioni internazionali in Sanità
Direzione Sanitaria	
	Rischio clinico s.c.
	Organizzazione attività programmata ambulatoriale e di ricovero
	Unità professionale di Dietetica
	Unità professionale di Riabilitazione Funzionale
	Cure Domiciliari (S.O.D.C.)
	Terapia del dolore e cure palliative (S.O.D.S.)
	Genetica Medica (S.O.D.C.)
	Laboratorio Analisi (S.O.D.C.)
	Psicologia Clinica (S.O.D.S.)
	Farmacia (S.O.D.S.)
	Diagnostica per immagini (S.O.D.C.)
	Anatomia Patologica (S.O.D.S.)
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
	U.O. Economico Finanziario
	U.O. Governo Risorse Umane e Affari Generali e Legali
	U.O. Acquisizione Risorse Materiali e Tecniche
Direzione Generale	
	Direzione Tecnica
	Direzione infermieristica

ORGANIZZAZIONE Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer 2013

L'organizzazione aziendale per l'anno 2013 vedeva l'applicazione di un nuovo Atto Aziendale con 10 macro aree di cui 6 Dipartimenti Attività Integrata (DAI) oltre allo Staff di Direzione, al Dipartimento Amministrativo, alla Direzione Generale e la Direzione Sanitaria, che al loro interno ricomprendevano 51 centri di responsabilità attivi (rispetto ai 52 CdR rilevati per l'anno 2012).

Dipartimenti Attività Integrata (DAI)	Centri di Responsabilità (CdR)
DAI Chirurgia Pediatrica	
	Chirurgia Pediatrica (S.O.D.C.)
	Ortopedia Pediatrica (S.O.D.S.)
	Urologia (S.O.D.C.)
	Centro Ustioni e Chirurgia Plastica (S.O.D.S.)
DAI Neuroscienze	
	Neurochirurgia (S.O.D.C.)
	Oftalmologia pediatrica (S.O.D.C.)
	Otorinolaringoiatria (S.O.D.C.)
	Neurologia pediatrica (S.O.D.C.)
	Odontoiatria (S.O.D.S.)
	Malattie Metaboliche e Muscolari Ereditarie (S.O.D.S.)
DAI Pediatria Internistica	
	Cardiologia (S.O.D.C.)
	Clinica Pediatrica 1 (S.O.D.C.)
	Clinica Pediatrica 2 (S.O.D.C.)
	Malattie Infettive (S.O.D.S.)
	Pediatria Medica (S.O.D.C.)
	Auxoendocrinologia (S.O.D.S.)
	Fibrosi Cistica (S.O.D.S.)
	Diabetologia (S.O.D.S.)
	Nefrologia (S.O.D.C.)
	Gastroenterologia (S.O.D.S.)
	Reumatologia (S.O.D.S.)
	Broncopneumologia (S.O.D.S.)
DAI Oncoematologia	
	Oncoematologia (S.O.D.C.)
	Immunoematologia, Medicina TrASFusionale e Laboratorio Terapie Cellulari (S.O.D.S.)
DAI Emergenza Accettazione e di Area Critica	
	Anestesia e Rianimazione (S.O.D.C.)
	D.E.A. e pediatria d'urgenza (S.O.D.C.)
	Neuroanestesia e Neurorianimazione (S.O.D.S.)
	Ortopedia e Traumatologia (S.O.D.S.)
DAI Medico-Chirurgico Feto-Neonatale	
	Terapia Intensiva Neonatale (S.O.D.C.)
	Medicina Neonatale e Pediatria Preventiva (S.O.D.C.)
	Chirurgia Neonatale (S.O.D.C.)
	Unità interdisciplinare per la diagnosi e cura dei difetti congeniti e della patologia fetale (S.O.D.S.)
STAFF DI DIREZIONE	

	Epidemiologia S.S.
	Relazioni internazionali in Sanità
Direzione Sanitaria	
	Rischio clinico s.c.
	Organizzazione attività programmata ambulatoriale e di ricovero
	Unità professionale di Dietetica
	Unità professionale di Riabilitazione Funzionale
	Cure Domiciliari (S.O.D.C.)
	Terapia del dolore e cure palliative (S.O.D.S.)
	Genetica Medica (S.O.D.C.)
	Laboratorio Analisi (S.O.D.C.)
	Psicologia Clinica (S.O.D.S.)
	Farmacia (S.O.D.S.)
	Diagnostica per immagini (S.O.D.C.)
	Anatomia Patologica (S.O.D.S.)
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
	U.O. Economico Finanziario
	U.O. Governo Risorse Umane e Affari Generali e Legali
	U.O. Acquisizione Risorse Materiali e Tecniche
Direzione Generale	
	Direzione Tecnica
	Direzione infermieristica

Allegato n. 5.1

Tabella – Organico 2014 - 2015

Organico	Tempo indet. 2015	Tempo deter. 2015	Tempo indet. 2014	Tempo deter. 2014	Variazione indeter.	Variazione deter.
Ruolo Sanitario	775	8	765	-1	10	9
Dirigenti medico	210	4	202	-1	8	5
Dirigenti non medico	18	4	15	-1	3	5
Comparto	547	0	548	1	-1	-1
Ruolo Tecnico	151	4	142	0	9	4
Dirigente	1	0	1	0	0	0
Comparto	150	4	141	0	9	4
Ruolo Amm.vo	75	0	75	1	0	-1
Dirigente	3	0	3	1	0	-1
Comparto	72	0	72	0	0	0
Totale	1.001	12	982	0	19	12

Tipologia	31.12.2015	31.12.2014	Delta
N. Collaborazioni coordinate e continuative	4	6	-2
N. Incarichi libero professionali	105	95	10
N. Lavoratori in somministrazione (ex interinali)	22	18	4
N. Lavoratori con contratto formazione e lavoro	0	0	0
N. Universitari (docenti e personale non docente)	30	30	0
Totale	161	149	12

Allegato n. 5.2

Tabella - Dettaglio voce “valore della produzione”

SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale 20/03/2013</i>	Anno 2015 (preconsuntivo)	Anno 2014	VARIAZIONE 2015/2014	
			Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio	29.276.674	28.569.725	706.949	2,5%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-	-105.687	105.687	-100,0%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.488.230	3.050.527	-562.297	-18,4%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	73.704.190	69.642.958	4.061.232	5,8%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.212.140	1.157.852	54.289	4,7%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.250.000	2.117.857	132.143	6,2%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	3.069.603	3.069.603	-	0,0%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	870.000	797.096	72.904	9,1%
Totale A)	112.870.838	108.299.931	4.570.906	4,2%

Tabella - dettaglio voce “Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria” anni 2014 e 2015

La seguente tabella contenuta nelle note integrative ai bilancio d’esercizio dei singoli anni.

VOCE MODELLO CE	PRECONSUNTIVO 2015	IMPORTO BILANCIO 2014
A) Valore della produzione	Valori in Euro	Valori in Euro
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	73.704.190,29	69.642.957,92
A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	70.224.853,59	66.166.340,43
A.4.A.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione	50.780.100,76	47.265.192,39
A.4.A.1.a) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione a compensazione	50.177.405,04	46.521.084,22
A.4.A.1.b) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad Aziende sanitarie pubbliche della Regione a fatturazione diretta	602.695,72	744.108,17
A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero	37.329.903,62	34.966.319,62
A.4.A.1.1.a) Prestazioni di ricovero a compensazione	36.908.925,00	34.545.639,00
A.4.A.1.1.b) Prestazioni di ricovero a fatturazione diretta	420.978,62	420.680,62
A.4.A.1.2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	8.929.668,60	7.784.316,28
A.4.A.1.2.a) Prestazioni di specialistica ambulatoriale a compensazione	8.747.951,50	7.460.888,73
A.4.A.1.2.b) Prestazioni di specialistica ambulatoriale a fatturazione diretta	181.717,10	323.427,55
A.4.A.1.4) Prestazioni di File F	4.455.495,09	4.455.495,09
A.4.A.1.4.a) Prestazioni di File F a compensazione	4.455.495,09	4.455.495,09
A.4.A.1.9) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	65.033,45	59.061,40
A.4.A.1.9.a) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria a compensazione	65.033,45	59.061,40
A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	394,50	26.530,50
A.4.A.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione	19.444.358,33	18.874.617,54
A.4.A.3.a) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione a compensazione	17.611.156,30	18.002.989,42
A.4.A.3.b) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione a fatturazione diretta	1.833.202,03	871.628,12
A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	14.334.242,93	14.334.242,93
A.4.A.3.1.a) Prestazioni di ricovero a compensazione	14.334.242,93	14.334.242,93
A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	4.385.819,88	3.424.245,97
A.4.A.3.2.a) Prestazioni ambulatoriali a compensazione	2.552.617,85	2.552.617,85
A.4.A.3.2.b) Prestazioni ambulatoriali a fatturazione diretta	1.833.202,03	871.628,12
A.4.A.3.4) Prestazioni di File F	724.295,52	724.295,52
A.4.A.3.4.a) Prestazioni di File F a compensazione	724.295,52	724.295,52
A.4.A.3.13) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Internazionale		391.833,12
A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	354.336,70	354.634,70
A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	3.125.000,00	3.121.982,79

Tabella - costi di produzione per gli anni 2014 e 2015

SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale 20/03/2013</i>	Anno 2015 (preconsuntivo)	Anno 2014	VARIAZIONE 2015/2014	
			<i>Importo</i>	<i>%</i>
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni	23.812.346	21.327.430	2.484.917	11,7%
2) Acquisti di servizi sanitari	9.636.381	8.857.480	778.901	8,8%
3) Acquisti di servizi non sanitari	10.799.778	9.967.199	832.579	8,4%
4) Manutenzione e riparazione	4.457.594	3.941.349	516.245	13,1%
5) Godimento di beni di terzi	2.597.853	2.604.931	-7.079	-0,3%
6) Costi del personale	54.654.549	51.937.330	2.717.219	5,2%
7) Oneri diversi di gestione	1.180.901	1.081.860	99.041	9,2%
8) Ammortamenti	4.880.368	4.880.368	-	0,0%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	128.339	-128.339	-100,0%
10) Variazione delle rimanenze	-	-545.532	545.532	-100,0%
11) Accantonamenti	60.209	2.946.573	-2.886.364	-98,0%
Totale B)	112.079.979	107.127.328	4.952.651	4,6%

Allegato n. 5.3

Organizzazione Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer 2014

L'organizzazione aziendale per l'anno 2014 vedeva 10 macro aree di cui 5 Dipartimenti Attività Integrata (DAI) oltre allo Staff di Direzione, al Dipartimento Amministrativo, alla Direzione Generale e la Direzione Sanitaria, che al loro interno ricomprendevano 50 centri di responsabilità attivi (rispetto ai 51 CdR rilevati per l'anno 2013) rappresentati come segue:

Dipartimenti Attività Integrata (DAI)	Centri di Responsabilità (CdR)
DAI Neuroscienze	
	Neurochirurgia (S.O.D.C.)
	Oftalmologia pediatrica (S.O.D.C.)
	Neurologia pediatrica (S.O.D.C.)
	Psichiatria infanzia e dell'adolescenza e Neuroriabilitazione (S.O.D.S.)
	Odontoiatria (S.O.D.S.)
	Malattie Metaboliche e Muscolari Ereditarie (S.O.D.S.)
	Neuroanestesia e Neurorianimazione (S.O.D.S.)
DAI Pediatria Internistica	
	Cardiologia (S.O.D.C.)
	Clinica Pediatrica 1 (S.O.D.C.)
	Clinica Pediatrica 2 (S.O.D.C.)
	Malattie Infettive (S.O.D.S.)
	Pediatria Medica (S.O.D.C.)
	Auxoendocrinologia (S.O.D.S.)
	Fibrosi Cistica (S.O.D.S.)
	Diabetologia (S.O.D.S.)
	Nefrologia (S.O.D.C.)
	Gastroenterologia (S.O.D.S.)
	Reumatologia (S.O.D.S.)
	Broncopneumologia (S.O.D.S.)
	Allergologia (S.O.D.S.)
DAI Oncoematologia	
	Tumori pediatrici e trapianto di cellule staminali (S.O.D.C.)
	Immunoematologia, Medicina Trasfusionale e Laboratorio Terapie Cellulari (S.O.D.C.)
DAI Emergenza, Area Critica e Chirurgia	
	Chirurgia Pediatrica (S.O.D.C.)
	Urologia (S.O.D.C.)
	Centro Ustioni e Chirurgia Plastica (S.O.D.S.)
	Anestesia e Rianimazione (S.O.D.C.)
	D.E.A. e pediatria d'urgenza (S.O.D.C.)
DAI Medico-Chirurgico Feto-Neonatale	
	Terapia Intensiva Neonatale (S.O.D.C.)
	Medicina Neonatale e Pediatria Preventiva (S.O.D.C.)
	Chirurgia Neonatale (S.O.D.C.)
	Unità interdisciplinare per la diagnosi e cura dei difetti congeniti e della patologia fetale (S.O.D.S.)
STAFF DI DIREZIONE	

	Epidemiologia S.S.
	Relazioni internazionali in Sanità
Direzione Sanitaria	
	Organizzazione servizi sanitari e sicurezza del paziente (S.O.D.C.)
	Organizzazione attività programmata ambulatoriale e di ricovero
Servizi Direzione Sanitaria	
	Unità professionale di Dietetica
	Riabilitazione Pediatrica Intensiva (S.O.D.S.)
	Cure Domiciliari (S.O.D.C.)
	Terapia del dolore e cure palliative (S.O.D.S.)
	Genetica Medica (S.O.D.C.)
	Laboratorio Analisi (S.O.D.C.)
	Psicologia Clinica (S.O.D.S.)
	Farmacia (S.O.D.S.)
	Diagnostica per immagini (S.O.D.C.)
	Anatomia Patologica (S.O.D.S.)
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
	U.O. Economico Finanziarie
	U.O. Governo Risorse Umane e Affari Generali e Legali
	U.O. Acquisizione Risorse Materiali e Tecniche
Direzione Generale	
	Direzione Tecnica
	Direzione infermieristica

Organizzazione Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer 2015

L'organizzazione aziendale per l'anno 2015 vedeva 10 macro aree di cui 5 Dipartimenti Attività Integrata (DAI) oltre allo Staff di Direzione, al Dipartimento Amministrativo, all'Organizzazione Servizi Sanitari e Sicurezza del Paziente, alla Direzione Generale e la Direzione Sanitaria, che al loro interno ricomprendevano 51 centri di responsabilità attivi (rispetto ai 50 CdR rilevati per l'anno 2014) rappresentati come segue:

Dipartimenti Attività Integrata (DAI)	Centri di Responsabilità (CdR)
DAI Neuroscienze	
	Neurochirurgia (S.O.D.C.)
	Oftalmologia pediatrica (S.O.D.C.)
	Neurologia pediatrica (S.O.D.C.)
	Psichiatria infanzia e dell'adolescenza e Neuroriabilitazione (S.O.D.S.)
	Odontoiatria (S.O.D.S.)
	Malattie Metaboliche e Muscolari Ereditarie (S.O.D.S.)
	Neuroanestesia e Neuroranimazione (S.O.D.S.)
DAI Pediatria Internistica	
	Cardiologia (S.O.D.C.)
	Clinica Pediatrica 1 (S.O.D.C.)
	Clinica Pediatrica 2 (S.O.D.C.)
	Malattie Infettive (S.O.D.S.)
	Pediatria Medica (S.O.D.C.)
	Auxoendocrinologia (S.O.D.S.)
	Fibrosi Cistica (S.O.D.S.)

	Diabetologia (S.O.D.S.)
	Nefrologia (S.O.D.C.)
	Gastroenterologia (S.O.D.S.)
	Reumatologia (S.O.D.C.)
	Broncopneumologia (S.O.D.S.)
	Allergologia (S.O.D.S.)
	Cure del Bambino clinicamente complesso (S.O.D.S.)
DAI Oncoematologia	
	Tumori pediatrici e trapianto di cellule staminali (S.O.D.C.)
	Immunoematologia, Medicina Trasfusionale e Laboratorio Terapie Cellulari (S.O.D.C.)
DAI Emergenza, Area Critica e Chirurgia	
	Chirurgia Pediatrica (S.O.D.C.)
	Urologia (S.O.D.C.)
	Centro Ustioni e Chirurgia Plastica (S.O.D.S.)
	Anestesia e Rianimazione (S.O.D.C.)
	D.E.A. e pediatria d'urgenza (S.O.D.C.)
DAI Medico-Chirurgico Feto-Neonatale	
	Terapia Intensiva Neonatale (S.O.D.C.)
	Medicina Neonatale e Pediatria Preventiva (S.O.D.C.)
	Chirurgia Neonatale (S.O.D.C.)
	Unità interdisciplinare per la diagnosi e cura dei difetti congeniti e della patologia fetale (S.O.D.S.)
STAFF DI DIREZIONE	
	Epidemiologia S.S.
	S.O.D.S. Relazioni Internazionali in Sanità
Direzione Sanitaria	
	Organizzazione attività programmata ambulatoriale e di ricovero
Organizzazione Servizi Sanitari e Sicurezza	
	Organizzazione servizi sanitari e sicurezza del paziente (S.O.D.C.)
	Unità professionale di Dietetica
	Riabilitazione Pediatrica Intensiva (S.O.D.S.)
	Terapia del dolore e cure palliative (S.O.D.S.)
	Genetica Medica (S.O.D.C.)
	Laboratorio Analisi (S.O.D.C.)
	Psicologia Clinica (S.O.D.S.)
	Farmacia (S.O.D.S.)
	Diagnostica per immagini (S.O.D.C.)
	Anatomia Patologica (S.O.D.S.)
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
	U.O. Economico Finanziario
	U.O. Governo Risorse Umane e Affari Generali e Legali
	U.O. Acquisizione Risorse Materiali e Tecniche
	U.O. Pianificazioni Investimenti e Area Tecnica
Direzione Generale	
	Direzione Tecnica
	Direzione infermieristica

Allegato n. 5.4

L'organizzazione aziendale per l'anno 2016 vede la creazione di un unico dipartimento specialistico interdisciplinare e la creazione di 4 centri di eccellenza, oltre all'Area dei Servizi dell'Ospedale, all'Area dei Diritti dei bambini e delle famiglie in ospedale, Staff del Direttore Generale, Staff del Direttore Sanitario, Area tecnico amministrativa, Area delle Professioni Sanitarie che al loro interno ricomprendevano 69 centri di responsabilità attivi (rispetto ai 51 CdR rilevati per l'anno 2015) rappresentati come segue:

Dipartimenti Attività Integrata (DAI)	Centri di Responsabilità (CdR)
DIPARTIMENTO SPECIALISTICO INTERDISCIPLINARE	
AREA MEDICA	
	Cardiologia (SOC)
	Clinica Pediatrica 1 (SOC)
	Clinica Pediatrica 2 (SOC)
	Malattie Infettive (SOC)
	Pediatria Medica (SOC)
	Fibrosi Cistica (SOSA)
	Diabetologia (SOSA)
	Nefrologia (SOC)
	Gastroenterologia e Nutrizione (SOC)
	Reumatologia (SOC)
	Broncopneumologia (SOSA)
	Allergologia (SOC)
	Cure del Bambino clinicamente complesso (SOSA)
AREA CHIRURGICA	
	Centro per la diagnosi e terapia delle deformità della parete toracica anteriore (SOC)
	Chirurgia Pediatrica (SOC)
	Ortopedia e traumatologia pediatrica (SOC)
	Urologia pediatrica (SOC)
	Oftalmologia pediatrica (SOC)
	Odontoiatria (SOSA)
AREA ATTIVITA' INTENSIVA E DELL'EMERGENZA	
	Chirurgia neonatale e d'urgenza (SOC)
	Terapia Intensiva Neonatale (SOC)
	Centro Ustioni (SOSA)
	Anestesia e Rianimazione (SOC)
	Pronto soccorso pediatrico regionale (SOC)
CENTRO DI ECCELLENZA DI ENDOSCOPIA BRONCHIALE	
	Assistenza intensiva delle patologie ostruttive (SOC)
	Tracheal Team (SOSA)
	Ricerca e progettazione protesica respiratoria (SOSA)
	Disturbi respiratori del sonno - SIDS (SOSA)
CENTRO DI ECCELLENZA DI NEUROSCIENZE	
	Neurologia pediatrica (SOC)

	Psichiatria infanzia e dell'adolescenza e Neuroriabilitazione (SOSA)
	Unità di ricerca e didattica in neuroradiologia
	Malattie Metaboliche e Muscolari Ereditarie (SOC)
CENTRO DI ECCELLENZA DI NEUROCHIRURGIA	
	Neurochirurgia (SOC)
	Otorinolaringoiatria (SOC)
	Neuroanestesia e Neuroranimazione (SOC)
	Neurochirurgia per l'età di transizione (SOSA)
	Neurochirurgia funzionale e dell'epilessia (SOSA)
CENTRO DI ECCELLENZA DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA PEDIATRICA	
	Oncologia, Ematologia e TCSE (SOC)
	Neuro oncologia (SOSA)
	Laboratorio Microscopia ematologica (SOSA)
	Laboratorio Ricerca oncoematologica (SOSA)
AREA DEI SERVIZI DELL'OSPEDALE	
	Terapie avanzate (SOC)
	Diagnosi Prenatale (SOSA)
	Anatomia Patologica (SOSA)
	Farmacia (SOSA)
	Diagnostica per immagini (SOC)
	Immunoematologia, Medicina TrASFusionale e Laboratorio Terapie Cellulari (SOC)
	Laboratorio Analisi (SOSA)
	Genetica Medica (SOC)
AREA DEI DIRITTI DEI BAMBINI E DELLE FAMIGLIE IN OSPEDALE	
	Servizio Psicologia Ospedaliera Pediatrica (SOSA)
	Terapia del dolore e cure palliative (SOSA)
	Servizio GAIA
	Servizio Malattie Rare Pediatriche
	Servizio sociale ospedaliero - Ufficio
STAFF DEL DIRETTORE GENERALE	
	Centro Salute Globale (SOSA)
STAFF DEL DIRETTORE SANITARIO	
	Nucleo operativo direzione sanitaria (SOSA)
	Controllo Direzionale (SOSA)
	Simulazione e risk management (SOSA)
	Fisica sanitaria (SOSA)
	Epidemiologia (SOSA)
AREA TECNICO AMMINISTRATIVA	
	Supporto amministrativo al funzionamento dell'ospedale (SOC)
	Risorse Umane (SOC)
	Pianificazione investimenti e area tecnica (SOC)

	Risorse economiche e finanziarie (SOS)
	Affari Generali (SOS)
	Affari Giuridici (SOS)
AREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE	
	Assistenza infermieristica (SOC)
	Sviluppo competenze e servizi integrati (SOS)
	Assistenza tecnico sanitaria (SOS)



PROCESSO DI BUDGET

**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
MEYER**

ANNO 2013

- ✓ **LINEE DI INDIRIZZO GENERALI**
- ✓ **GESTIONE DEL PROCESSO DI BUDGET**

LINEE DI INDIRIZZO GENERALI

A) Il contesto

Com'era ampiamente previsto nessuna novità è intervenuta nel nostro contesto economico di riferimento, salvo un'ulteriore sensibile contrazione delle risorse finanziarie rese disponibili per il S.S.N..

Infatti, la legge di stabilità 2013 (nel testo approvato ad ottobre dal Consiglio dei Ministri) prevede una decurtazione del fondo sanitario di 600 milioni nel 2013 e di ulteriori 1000 milioni nel 2014.

Non è difficile stimare l'impatto nel sistema sanitario toscano di questi provvedimenti.

Sono, quindi, ancora più evidenti e cogenti le linee di indirizzo definite per la predisposizione del budget 2012, e qui se ne riporta l'efficace sintesi: dalla quantità alla qualità, dal passato al futuro.

B) La verifica degli obiettivi definiti per l'esercizio 2012

1. In ragione delle indicazioni regionali, non sono proponibili richieste che comportino l'incremento del costo del personale.

In merito a questo obiettivo la proiezione annuale dei primi 9 mesi dell'anno corrente del costo delle risorse umane globalmente intese (dipendenti, libero professionisti, universitari, interinali, borsisti, ecc.) nel nostro ospedale è cresciuto del 0,22%, rispetto al dato consuntivo dell'anno 2011. Il costo del solo personale dipendente è aumentato del 0,26% pari a circa 137 mila euro.

2. A ciascun Dipartimento, per le motivazioni riportate nel paragrafo (A) è richiesta una riduzione dei costi complessivi pari al 5% a fronte di una costanza delle attività erogate nel corso dell'esercizio 2011.

Per questo obiettivo con la proiezione dei dati a settembre 2012 il costo complessivo dei consumi si attesta sui 18,75 milioni di euro, con un incremento pari a +1,18% rispetto al consuntivo 2011, se a questo importo vengono decurtati i farmaci ad erogazione diretta (che rispetto al consuntivo 2011 vedono un aumento pari a +24,30%) l'ammontare dei consumi interni risulta ammontare a circa 13 milioni di euro pari a -6,40% rispetto al consuntivo 2011 anch'esso nettizzato dei farmaci ad erogazione diretta.

3. La Direzione sanitaria, insieme ai Direttori di DAI ed ai Comitati di dipartimento provvederà ad elaborare nuove modalità di articolazione del sistema delle guardie e delle pronte disponibilità per la garanzia della continuità assistenziale medica.

Sono state chiarite e formalizzare le regole di attivazione delle Pronte Disponibilità e delle Reperibilità Specialistiche, rivedendo in riduzione il numero delle Pronte Disponibilità e rendendo più appropriate le loro attivazioni. Complessivamente si è riscontrata una contrazione dei costi del sistema della continuità assistenziale medica pari al -3,58%. Queste azioni sono propedeutiche alla revisione definitiva delle guardie che dovrà essere realizzata nel 2013 in attuazione degli indirizzi nazionali e regionali.

4. La Direzione amministrativa provvederà alla riduzione del 3% dei costi aziendali nel 2012 per utenze e manutenzioni ordinarie e altri costi di gestione rispetto al consuntivo 2011 (anche se le strutture del dipartimento amministrativo non sono direttamente responsabili della generazione dei

costi di cui si tratta, detto obiettivo è finalizzato ad incentivare l'individuazione di innovazioni organizzative, di nuove metodiche gestionali nonché di meccanismi di monitoraggio idonei ad agevolare il raggiungimento di detto obiettivo);

- scostamento inferiore al 1% tra valori consuntivi 2012 rilevati in contabilità analitica e quelli rilevati in contabilità generale (al netto dei costi del personale dipendente, ammortamenti, accantonamento fondi). *Lo scostamento rilevato nell'anno 2011 fra contabilità analitica e contabilità generale è stato pari a -0,64%.*
- Scostamento inferiore al 5% fra previsioni di budget 2012 rappresentate nel bilancio di previsione 2012 ed importi di bilancio consuntivo 2012 rispetto ai costi per utenze, manutenzioni ordinarie, godimento beni di terzi, ammortamenti. *Nel modello CE di agosto 2012, in proiezione annuo lo scostamento è pari a + 2,11%.*

5. Ancor più che nell'anno in corso, il lavoro di tutti dovrà essere orientato al miglioramento della qualità della assistenza. A questo fine, il programma aziendale per il miglioramento dovrà finalmente essere operativamente concretizzato attraverso l'attivazione di una periodica azione di monitoraggio.

Relativamente a due dimensioni della qualità dell'assistenza, rappresentate dalla continuità assistenziale (valutata attraverso la percentuale di aderenza, dei vari Dipartimenti, alle indicazioni contenute nelle procedure relative al "Medico Tutor" ed al "Piano di Cura") e dall'appropriatezza organizzativa (valutata attraverso l'analisi dei DRG ad elevato rischio di inappropriately, se erogati in regime di ricovero ordinario), vengono di seguito riportate una serie di tabelle che illustrano i risultati del monitoraggio effettuato nell'anno in corso.

TABELLA 1 - % ADERENZA ALLA PROCEDURA DEL MEDICO TUTOR (2/3 DELLE CARTELLE CHIUSE CAMPIONATE RELATIVAMENTE AL I SEMESTRE 2012)

DIPARTIMENTI	Cartelle correttamente compilate	Totale cartelle esaminate	% Aderenza
PEDIATRIA	189	196	96,4
ONCOEMATO	25	27	92,6
FETONEONATALE	13	15	86,7
CHIRURGIA	47	71	66,2
NEUROSENSORIALE	69	105	65,7
AREA CRITICA	18	58	31,0
	361	472	76,5

Nota: (10% dei dimessi del periodo)

TABELLA 2 - % ADERENZA ALLE PROCEDURE DEL MEDICO TUTOR E DEL PIANO DI CURA (CARTELLE APERTE LUGLIO - SETTEMBRE 2012)

DIPARTIMENTI	TUTOR: cartelle correttamente compilate	PIANO CURA: cartelle correttamente compilate	Totale cartelle esaminate	% ADERENZA TUTOR	% ADERENZA PIANO DI CURA
PEDIATRIA	17	17	25	68,0	68,0
ONCOEMATO	5	5	11	45,5	45,5
FETONEONATALE	10	8	18	55,6	44,4
AREA CRITICA	2	1	11	18,2	9,1

CHIRURGIA	3	1	14	21,4	7,1
NEUROSENSORIALE	2	1	17	11,8	5,9
	39	33	96	40,6	34,4

Le tabelle sopra illustrate non hanno bisogno di particolari commenti: l'unico dato che emerge riguarda le differenze, in termini di aderenza alla procedura del medico tutor, tra cartelle aperte e cartelle chiuse, che può far pensare ad una non corretta tempistica nella segnalazione del tutor all'interno della cartella clinica.

Meritano invece di essere commentati i dati relativi alle due tabelle seguenti, che illustrano i risultati di appropriatezza organizzativa dell'ospedale raggiunti nel I semestre dell'anno.

TABELLA 3. MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA DRG MEDICI (Decreto Regione Toscana 5056/2011) - I SEMESTRE 2012						
DRG medici	Descrizione DRG	Percentuale/soglia minima da erogare in DH 2011	Casi in RO	Casi in DH	Casi Totali	% Erogati in DH
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	41,65%	4	37	41	90,2
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età >17 anni	64,93%	0	1	1	100,0
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	38,32%	1	6	7	85,7
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni (eccetto urgenze)	50,96%	21	322	343	93,9
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	58,71%	8	193	201	96,0
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	58,42%	14	228	242	94,2
243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	19,97%	3	12	15	80,0
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	35,47%	6	14	20	70,0
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	25,98%	29	564	593	95,1
284	Malattie minori della pelle senza CC	73,94%	12	280	292	95,9
294	Diabete, età >35 anni (eccetto urgenze)	41,76%	-	-	-	-
295	Diabete, età <36 anni	86,12%	20	506	526	96,2
301	Malattie endocrine senza CC	82,37%	12	636	648	98,1
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	66,53%	1	1	2	50,0
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età >17 anni senza CC	45,62%	0	12	12	100,0
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	51,85%	2	61	63	96,8
395	Anomalie dei globuli rossi, età >17 anni (eccetto urgenze)	33,54%	0	60	60	100,0
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	75,73%	1	63	64	98,4
429	Disturbi organici e ritardo mentale	40,23%	95	275	370	74,3
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	54,22%	79	614	693	88,6

La tabella 3 illustra i risultati relativi al monitoraggio dei DRG medici ritenuti ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario individuati dal Decreto regionale n. 5056 del 2011. Come si può notare, per tutti i DRG considerati (ad eccezione di uno solo, ma la casistica è assolutamente non significativa) il livello di appropriatezza è elevato e supera sempre

abbondantemente le soglie fissate dalla Regione. Complessivamente, su questi DRG il valore di appropriatezza complessivo dell'Ospedale è pari al 92.7%.

Diversa, invece è la situazione che riguarda i DRG chirurgici del Patto Salute ad elevato rischio di inappropriatazza. La tabella 4 mostra le percentuali di appropriatezza raggiunte da questi DRG nel I semestre (sono considerati i soli DRG con casistica significativa, cioè ≥ 10 casi trattati complessivamente nei regimi ordinario e diurno, e riferiti a pazienti residenti in Area Vasta Centro, quindi più facilmente eleggibili per la Day Surgery).

TABELLA 4. MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA DRG CHIRURGICI (Patto Salute 2010-2012) - I SEMESTRE 2012

DRG	Descrizione	Casi Ordinari	Casi di Day Surgery	Casi Totali	% Appropri
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni (solo adeno)	10	78	88	88,6
343	Circoncisione, età < 18 anni	14	87	101	86,1
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	20	84	104	80,8
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	13	41	54	75,9
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	11	31	42	73,8
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	5	14	19	73,7
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	38	66	104	63,5
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	76	130	206	63,1
169	Interventi sulla bocca senza CC	31	46	77	59,7
62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	11	13	24	54,2
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	13	14	27	51,9
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	9	1	10	10,0
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	39	4	43	9,3
		290	609	899	67,7

Come si può notare, al di là dei progressi fatti registrare rispetto allo scorso anno dei DRG 60 e 343, permangono ancora criticità specialmente riguardo ai DRG 163, 340, 169 e 229.

C) Gli obiettivi per l'anno 2013.

In riferimento all'area attività per l'anno 2013 si prevede un contenuto aumento della casistica di ricovero ordinario rispetto alle proiezioni annuali a settembre 2012, accompagnata da un sostanziale incremento della complessità di tutta la casistica trattata, sia medica che chirurgica.

Per quanto attiene la casistica chirurgica, sia ordinaria sia di day surgery abbiamo previsto un deciso incremento della casistica a seguito dei primi risultati del gruppo di lavoro appositamente creato.

Si richiama l'attenzione sulla riduzione della degenza media e sulle necessità di sfruttare al meglio la risorsa posto letto, ponendo particolare attenzione al tasso di utilizzo ed al turnover.

In riferimento ai consumi si prevede una riduzione lineare del 5% su tutte le tipologie di consumi ad eccezione dei farmaci, per i quali sono già state messe in atto numerose azioni che si quantifica possano portare ad un ulteriore 2% di riduzione sempre rispetto alle proiezioni 2012 a settembre.

Per quanto riguarda le risorse umane per l'anno 2013 non potranno esservi incrementi nelle quantità a disposizione; le lunghe assenze saranno sostituite soltanto nei casi di comprovate e indifferibili esigenze, che saranno valutate volta per volta, con limite di riferimento complessivo la spesa sostenuta a livello Aziendale nel corso dell'esercizio precedente.

La negoziazione del budget rappresenta l'unico momento in cui possono essere fatte le richieste di acquisizione di apparecchiature medicali. Nel caso i Direttori di Dipartimento ritengano necessario segnalare l'acquisizione di una nuova apparecchiatura, ovvero la sostituzione di apparecchiature già in uso, sono invitati a produrre un elenco in ordine di priorità tra le richieste loro pervenute dalle singole strutture afferenti al proprio dipartimento oltre ad allegare eventuali informazioni di dettaglio (es. schede tecniche, brochure, stima costi, ecc.). L'elaborazione del piano acquisti sarà fortemente incentrata sulle risorse provenienti dalle attività di fund raising.

GESTIONE DEL PROCESSO DI BUDGET

1 Scopo.

Questo documento descrive e regola il processo di definizione del budget annuale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Anna Meyer nelle sue articolazioni organizzative individuate come Centri di Responsabilità (CdR), ovvero, per struttura organizzativa dipartimentale complessa e per struttura organizzativa dipartimentale semplice, per Dipartimento ad Attività Integrata ed infine complessivo d'Azienda.

La procedura, pertanto, descrive il processo di individuazione e formalizzazione degli obiettivi Aziendali e della loro ripartizione ed assegnazione ai diversi CdR sopra definiti.

2 Campo di applicazione.

La presente procedura si applica per la predisposizione del budget annuale d'Azienda (e tutte le sue successive articolazione), nei modi e nei tempi descritti successivamente.

Il budget è uno strumento operativo, configurato come un documento formale, che esprime in termini quali-quantitativi i programmi dell'azienda, le risorse disponibili ed i risultati da perseguire suddivisi per CdR con autonomia organizzativa-gestionale e rilevanza aziendale.

Il budget può quindi essere definito come un documento che raccoglie gli obiettivi da perseguire per CdR e le risorse da impiegare nell'anno allo scopo di:

- ✓ evidenziare le attività-obiettivo e correlarle alle risorse disponibili;
- ✓ indirizzare la gestione fornendo criteri guida a tutti gli appartenenti all'organizzazione aziendale;
- ✓ rendere possibile il miglioramento quali-quantitativo delle performance.

3 Terminologia.

CdR: sono le diverse strutture ed i diversi livelli organizzativi per i quali viene definito il budget, nel caso della nostra Azienda il budget viene definito a livello di Dipartimento ad Attività Integrata e a livello di struttura organizzativa dipartimentale complessa e di struttura organizzativa dipartimentale semplice.

I CdR per la formulazione del budget 2013 saranno quelli definiti dal nuovo atto aziendale.

Dipartimento ad Attività Integrata (DAI): rappresenta il CdR di I livello.

Struttura organizzativa dipartimentale complessa (SODC) e struttura organizzativa dipartimentale semplice (SODS): rappresentano i CdR di II livello.

Master budget: è costituito dal consolidamento di tutti i budget operativi ed economici di CdR e trasversali elaborati in Azienda per l'intero esercizio.

4 Destinatari.

Sono destinatari diretti del sistema di budgeting, nei rapporti con l'Azienda e in relazione alle responsabilità loro assegnate, tutte le posizioni riconducibili a:

- ✓ la Direzione Aziendale: Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa;
- ✓ lo Staff di supporto alla Direzione Aziendale: comitato di budget aziendale;
- ✓ i Dipartimenti: Direttore di dipartimento. Questi ultimi all'interno del loro dipartimento dovranno prevedere la formazione di un comitato di dipartimento;
- ✓ le strutture organizzative complesse e semplici dipartimentali: Direttore di struttura e Coordinatore infermieristico e tecnico;
- ✓ le strutture deputate alla gestione trasversale delle risorse: Gestione Risorse Umane, Direzione Infermieristica, Direzione Tecnica Sanitaria, Task Force per l'approvvigionamento, Acquisizione risorse materiali, Ingegneria Clinica, Ufficio tecnico, Tecnologie informatiche, comunque facenti parte del comitato di budget aziendale;
- ✓ l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

Sono destinatari indiretti, nei rapporti con l'Azienda, del sistema di budgeting tutte le posizioni di responsabilità che comportano, nell'ambito delle articolazioni organizzative precedentemente evidenziate, il coordinamento autonomo di risorse umane e strumentali per il perseguimento di specifici obiettivi (pertanto tutte le strutture semplici aziendali). Il processo di formulazione degli obiettivi di budget, in tali casi, è gestito autonomamente in seno alle articolazioni organizzative complesse e semplici dipartimentali interessate.

4.1 Responsabilità.

La Direzione Generale ha la responsabilità finale della approvazione ed emissione della proposta di budget annuale d'Azienda che dovrà trovare traduzione nel bilancio previsionale da sottoporre al Collegio Sindacale ed alla Regione Toscana.

La Direzione Aziendale individua e stabilisce le linee di indirizzo in base alle quali deve essere predisposto il budget nelle sue molteplici articolazioni e conseguentemente redatto il bilancio previsionale aziendale. Queste linee di indirizzo trovano la loro primaria definizione dalla traduzione degli indirizzi strategici in obiettivi di gestione per l'anno di budget.

Il comitato di budget aziendale articola i budget trasversali (Risorse Umane, Approvvigionamenti, Investimenti, Blocco Operatorio, Ambulatori, Ricerca) a livello aziendale e partecipa, per quanto di competenza, alla predisposizione dei budget per CdR. Inoltre, produce tutti i documenti operativo-gestionali propedeutici al raggiungimento degli obiettivi di budget (Piano degli investimenti, programma annuale delle manutenzioni, piano assunzionale, programma attività del blocco operatorio, ecc.).

Il comitato di budget aziendale è composto da:

- ✓ Controllo di Gestione;
- ✓ Sistema Informativo;
- ✓ Direzione Infermieristica;
- ✓ Direzione Tecnica Sanitaria;

- ✓ Referente controllo congruità/appropriatezza ricoveri;
- ✓ Bed Manager;
- ✓ Responsabile Coordinatore Programma Laboratori;
- ✓ Referente organizzazione del lavoro della dirigenza medica;
- ✓ Governo Risorse Umane (Dotazione risorse);
- ✓ Referente Task Force Approvvigionamenti;
- ✓ Ingegneria Clinica.

L'esperienza degli anni precedenti ha consigliato di ridurre i membri del comitato di budget aziendale, per rendere più snella la sua attività, prevedendo comunque incontri ad hoc con alcuni responsabili di articolazioni aziendali trasversali con i componenti del comitato di budget, in particolare:

- ✓ Responsabile programmazione anestesiologicala e coordinatore sale operatorie parteciperanno alla predisposizione del budget interfacciandosi con il Bed Manager e Controllo di Gestione;
- ✓ Ufficio Tecnico e Tecnologie informatiche si interfaceranno con il Direttore Amministrativo e con il Controllo di Gestione (in qualità di membro del Comitato di Budget Aziendale).
- ✓ Task force approvvigionamenti parteciperanno alla predisposizione del budget interfacciandosi con il Direzione Infermieristica e Controllo di Gestione (in qualità di membri del Comitato di Budget Aziendale);
- ✓ Governo Risorse Umane (Sistema delle performance) si interfacerà con il Governo Risorse Umane (Dotazione risorse);
- ✓ Ogni altra professionalità ritenuta utile per trattare le tematiche inerenti al budget potrà essere coinvolta per la formulazione dei vari documenti di budget.

I componenti del comitato di budget aziendale dovranno in sede di preliminare definizione dei budget trasversali e/o di CdR affrontare ed analizzare particolari tematiche di rilevanza aziendale; dovranno essere presenti durante le sedute di monitoraggio infrannuale di budget e dovranno produrre tutto il materiale necessario all'analisi dell'andamento degli obiettivi di budget.

I Direttori di dipartimento, avvalendosi del comitato di dipartimento analizzano gli obiettivi proposti dalla Direzione Aziendale (ed in una prima fase dal comitato di budget aziendale) e, internamente al loro DAI, negoziano con i responsabili di SODC e SODS gli obiettivi di budget assegnati ai singoli CdR facenti parte del dipartimento.

Il Direttore di dipartimento rappresenta il comitato di dipartimento. I Direttori delle strutture complesse e semplici dipartimentali forniscono informazioni previsionali sulle modifiche della domanda sanitaria e sugli sviluppi tecnologici, valutano gli obiettivi aziendali e le schede di budget loro assegnate e propongono eventuali variazioni o obiettivi aggiuntivi/sostitutivi per le proprie strutture.

È compito del Direttore del Dipartimento diffondere e condividere gli obiettivi tra tutto il personale del dipartimento

5 Le caratteristiche del sistema di budgeting.

Il budget costituisce l'espressione articolata dell'apporto che le diverse componenti dell'Azienda forniscono nel raggiungimento delle politiche, delle strategie e dei programmi della Direzione e quindi

può essere definito come un documento che raccoglie gli obiettivi da perseguire e le risorse da impiegare nell'anno¹.

Il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Direzione richiede un coinvolgimento attivo e partecipe di tutto il personale che, in funzione del proprio grado di partecipazione e capacità di perseguire reali risultati, vede riconosciuto il proprio sforzo mediante l'erogazione di premi salariali previsti dai propri contratti di lavoro.

Pertanto il sistema di budgeting rappresenta il vero anello di congiunzione tra lo svolgimento dell'attività e il monitoraggio della stessa, ed ha le seguenti finalità:

- ✓ governare l'Azienda, poiché definisce obiettivi quantitativi tenendo conto, da un lato, delle esigenze di guidare l'Azienda verso nuove strategie e, dall'altro, dei vincoli e delle opportunità esistenti nella struttura e nel sistema aziendale;
- ✓ favorire un miglioramento costante del coordinamento tra i diversi settori dell'azienda oltre che sviluppare l'integrazione tra il livello strategico ed il livello operativo;
- ✓ fungere da strumento guida e motivazione del personale, fornendo ai responsabili una "mappa" che indichi quali obiettivi raggiungere e con quali e quanti mezzi;
- ✓ orientare i comportamenti dei singoli soggetti coinvolti nel budget e portatori di interessi con obiettivi di carattere particolare, verso il perseguimento degli obiettivi generali di Azienda;
- ✓ favorire la comunicazione e la trasparenza in quanto per la sua stessa costruzione devono essere esplicitate le finalità strategiche e gli obiettivi aziendali che, pertanto, divengono patrimonio aziendale diffuso all'interno dell'organizzazione aziendale, rendendo chiaro e trasparente il processo decisionario;
- ✓ aumentare la responsabilizzazione in quanto gli obiettivi di budget sono negoziati ed assegnati ad un determinato soggetto avente responsabilità organizzative e gestionali all'interno dell'organizzazione sanitaria. Il titolare di responsabilità è in possesso di potere decisionale e di leve economiche tali da incidere sull'organizzazione e sul risultato finale di attività;
- ✓ evidenziare rapidamente i necessari cambiamenti organizzativi tesi al miglioramento complessivo dei risultati aziendali, in quanto gli obiettivi di budget costituendo traguardi dell'organizzazione dell'Azienda sanitaria, spesso comportano interventi di ristrutturazione nell'organizzazione.
- ✓ permettere il controllo delle performance nella logica del miglioramento continuo.

In questa ottica le capacità negoziali dipendono in modo rilevante dalle informazioni disponibili e dalla capacità gestionali di tradurre in azione gli obiettivi, oltre che dalle competenze individuali, e rappresentano il prodotto di una cultura che sappia comprendere non solo i problemi propri di ciascuna unità organizzativa, ma anche i problemi complessivi e trasversali di funzionamento di tutta l'organizzazione.

Un momento rilevante per lo sviluppo di questa cultura è rappresentato dalla negoziazione e dal suo contributo nel rendere effettivo il processo di responsabilizzazione, implicito nel budget, attraverso l'opportunità di definire congiuntamente i risultati attesi e le risorse necessarie.

Lo sforzo di esplicitare i livelli di efficienza e di qualità programmati, così da evidenziare le linee guida di azione del professionista da un lato e della direzione dall'altro, è una delle caratteristiche fondamentali del processo di crescita dell'Azienda.

Infatti è in questa fase che le necessità clinico-assistenziali del professionista, e la necessità, propria della Direzione Aziendale, dell'equilibrio economico-finanziario salvaguardando allo stesso tempo la qualità complessiva delle prestazioni erogate, sono chiamate a trovare un punto di incontro.

¹ La L.R. n. 40 del 24 febbraio 2005 all'articolo 126 co. 1. afferma che «Le aziende sanitarie adottano il sistema budgetario come metodologia per la formazione del loro piano attuativo e come strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative di realizzazione del piano».

Proprio il processo negoziale riveste perciò un fondamentale ruolo di sviluppo nella definizione dei piani di azione concordati ed è in questa ottica che il budget rappresenta un essenziale strumento operativo che consente di migliorare il coordinamento evidenziando le necessità proprie di ciascun centro di responsabilità in relazione a tutti gli altri e all'azienda nel suo complesso.

Le tipologie di budget che verranno prodotte sono:

- ✓ Operativo di CdR: rappresenta l'espressione quantitativa dei programmi e delle azioni che l'azienda intende intraprendere attraverso le varie strutture responsabili che la compongono (i CdR appunto). Rappresenta lo strumento che consente di quantificare gli obiettivi assegnati ai diversi responsabili.
- ✓ Economico di CdR: traduce in termini economici (costi e ricavi) gli obiettivi assegnati ai diversi CdR e rappresentati nel budget operativo. Dalla loro definizione e dal loro consolidamento, unitamente ai budget trasversali, deriva il contenuto del budget economico aziendale.
- ✓ Trasversali: rappresentano, sia in termini quantitativi sia in termini economici, i programmi e le azioni che l'Azienda intende realizzare nei vari CdR su determinate fattispecie gestionali come nel caso del budget del Blocco Operatorio, degli Ambulatori, dei Laboratori e della Ricerca, oppure su specifici fattori produttivi come nel caso del budget trasversale delle Risorse Umane, degli Approvvigionamenti e degli Investimenti.

6 Le fasi del processo di budgeting.

Le fasi logico-operative che sono state definite all'interno del processo di budgeting dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer con la relativa successione temporale sono rappresentate nella seguente schematizzazione.

		Settembre X-1		Ottobre X-1									
Azienda	Direttore DAI Comitato DAI			Analisi schede budget e definizione controposte									
	Comitato di Budget			Reperimento di tutte le informazioni per la predisposizione dei budget trasversali e dei documenti operativi gestionali, anche attraverso incontri specifici con i coordinatori infermieristici e tecnici e con tutti i soggetti interessati e coinvolti nella negoziazione di budget		Formulazione Budget trasversali: personale, investimenti, consumi, blocco chirurgico, laboratori ambulatoriale, ricerca		Partecipazione costante alla risoluzione delle problematiche legate alla formulazione delle ipotesi di budget		Review delle proposte di budget specifici di CdR rispetto ai budget trasversali			
	Controllo Gestione - S.I.			Predisposizione CE III Trimestre anno X-1 con definizione della proiezione annua		Chiusura CO.AN. e reportistica interna dati attività al III Trimestre		Formulazione ipotesi di budget specifici di CdR e costante verifica dell'equilibrio economico-finanziario complessivo					
	Direzione	Traduzione degli indirizzi strategici in obiettivi di gestione essenziali per la formulazione delle linee guida per il budget annuale								Verifica complessiva ed analisi coerenza con l'equilibrio economico-finanziario		Invio delle proposte di Budget per CdR ai Direttori DAI e comitato di dipartimento	
		Novembre X-1				Dicembre X-1							
Azienda	Direttore DAI Comitato DAI			Negoziazione con Direzione Aziendale		Comunicazione a tutto il personale del dipartimento dei risultati derivanti dalla negoziazione e firma delle schede di Budget di I e di II livello							
	Comitato di Budget	Analisi fattibilità e coerenza delle controposte				Validazione del master budget, del budget specifici di CdR, dei budget trasversali e dei documenti operativi gestionali							
	Controllo Gestione - S.I.	Raccolta delle controposte articolate nelle schede di budget specifici di CdR				Revisione definitiva delle schede alla luce della negoziazione ed invio ai DAI per la firma		Consolidamento dei budget dipartimentali e formulazione master budget e del bilancio di previsione					
	Direzione			Revisione delle schede di budget alla luce delle controposte accolte		Negoziazione del budget con i Direttori DAI e comitato dipartimentale		Predisposizione, approvazione ed invio bilancio preventivo					
		Gennaio X											
Azienda	Direttore DAI Comitato DAI			Monitoraggio andamento budget									
	Comitato di Budget			Monitoraggio andamento budget									
	Controllo Gestione - S.I.			Monitoraggio andamento budget									
	Direzione			Monitoraggio andamento budget									

6.1 Definizione linee di indirizzo generali per la formulazione del budget annuale

Rappresenta il vero input all'intero processo di budgeting, viene svolto dalla Direzione Aziendale e consiste nella definizione delle linee di indirizzo per la formulazione del budget.

Le linee di indirizzo vengono formulate attraverso quattro rilevanti passaggi:

1. analisi delle strategie regionali e valutazione degli impatti sulla definizione delle linee strategiche aziendali;
2. traduzione delle strategie aziendali in obiettivi di gestione per l'anno di budget;
3. valutazione delle previsioni sulla domanda sanitaria e sulla stima delle prestazioni da erogare anche in considerazione degli sviluppi organizzativi a tendere;

4. verifica delle compatibilità sulle risorse disponibili.

Nei primi due passaggi l'obiettivo è quello di recepire pienamente le indicazioni strategiche regionali nei piani strategici aziendali e trovare una loro concreta scomposizione in obiettivi operativo-gestionali da attuare nell'anno di riferimento del budget.

Nel terzo passaggio l'impegno è orientato all'analisi ed alla comprensione delle caratteristiche del potenziale bacino di utenza oltre che all'andamento della domanda di prestazioni sanitarie per correlarli agli obiettivi complessivi aziendali che si vogliono perseguire, sempre in coerenza con quanto definito nelle strategie sia a livello aziendale che regionale, ma anche con gli sviluppi organizzativi che l'Azienda intende mettere in atto nel periodo di riferimento del budget.

Sulla base della valutazione della domanda sanitaria e considerando i miglioramenti realizzabili dai recuperi di efficienza e dai miglioramenti sulla qualità delle prestazioni vengono formulate le previsioni relative ai volumi di attività da erogare ed alla quantità di fattori produttivi (risorse) da utilizzare ad ogni livello di articolazione organizzativa del budget.

L'analisi economico-finanziaria che ne consegue consente di capire la compatibilità dei risultati attesi rispetto alle risorse necessarie per la loro realizzazione e di comprendere anche gli ulteriori eventuali spazi di manovra economici e finanziari su cui potere o dovere intervenire, nonché degli ambiti di responsabilizzazione richiesti alle varie unità organizzative oggetto di articolazione di budget.

Questo momento, alimentato da informazioni strutturate e destrutturate, ricerca le indicazioni in grado di produrre linee di intervento concrete sulle quali inserire soluzioni organizzativo-gestionali praticabili e definisce i riflessi delle scelte contenute nel budget sull'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda.

6.2 Predisposizione CE III Trimestre anno in corso

Il Controllo di Gestione presenta alla Direzione Aziendale il Conto Economico (CE) Aziendale riferito al III trimestre dell'esercizio in corso oltre alla definizione dalla proiezione annuale di tutti i costi ed i proventi aziendali nonché del risultato economico d'esercizio. Questi elementi costituiranno la base di partenza per la predisposizione del budget economico dell'anno di riferimento.

6.3 Reperimento dati per budget trasversali

Consiste nel reperimento da parte dei componenti del comitato di budget aziendale di tutte le informazioni necessarie alla predisposizione dei budget trasversali (Budget delle Risorse Umane, Budget degli Investimenti, Budget degli Approvvigionamenti, Budget del Blocco Operatorio, Budget degli Ambulatori, Budget dei Laboratori e Budget della Ricerca) e di tutti i documenti operativi che poi dovranno guidare la gestione operativa delle varie attività (es. programmazione attività chirurgica del blocco, piano assunzionale, piano delle manutenzioni, ecc.).

Per poter rendere il più agevole e completo possibile questo lavoro i vari componenti dovranno dotarsi di tutti gli strumenti ritenuti di volta in volta utili per l'elaborazione dei documenti suddetti, in particolare si propone di effettuare specifici incontri in particolare con i coordinatori tecnici ed infermieristici, oltre che con tutti i soggetti interessati per essere completamente informati dei punti di forza e di debolezza presenti nella nostra azienda per i vari fattori produttivi e/o per le attività oggetto dei budget trasversali.

6.4 Reportistica di base per la costruzione delle schede di budget

Consiste nella preparazione da parte del Controllo di Gestione e del Sistema Informativo di tutta la reportistica contenente sia dati quantitativi sia economici rappresentativi dell'attività svolta dall'Azienda nei primi nove mesi dell'anno in corso. Questa reportistica dovrà contenere, sempre sia in termini quantitativi sia in termini economici, anche la proiezione dei dati a fine anno.

6.5 Formulazione budget trasversali

Avviene ad opera del comitato di budget aziendale e consiste nella formulazione dei budget trasversali alla luce del recepimento delle linee di indirizzo definite dalla Direzione Aziendale.

I budget trasversali che la nostra Azienda ad oggi ha individuato, sono:

- ✓ Budget delle Risorse Umane;
- ✓ Budget degli Investimenti;
- ✓ Budget degli Approvvigionamenti;
- ✓ Budget del Blocco Operatorio;
- ✓ Budget dei Laboratori;
- ✓ Budget degli Ambulatori;
- ✓ Budget della Ricerca.

Il Budget delle Risorse Umane consente l'analisi trasversale a tutti i CdR, e quindi complessiva aziendale, sia in termini quantitativi sia in termini economici, di tutti i fattori produttivi legati alla gestione della risorsa "personale".

Per quanto concerne il Budget delle Risorse Umane costituiranno elemento imprescindibile la determinazione della dotazione organica ad ogni livello di articolazione del budget (sia in termini di FTE - Full Time Equivalent, sia in termini assoluti), il piano delle assunzioni e cessazioni nell'anno in corso e l'ipotesi concordata con la Direzione Aziendale del piano assunzionale per l'anno di riferimento del budget.

La definizione di questo budget trasversale deve considerare congiuntamente anche le professionalità disponibili grazie a formule contrattuali alternative: consulenze, personale universitario, lavoro interinale e contratti libero professionali. Oltre a questo dovrà essere analizzata e confrontata anche la dotazione organica richiesta dai vari responsabili di struttura.

Per tutti questi elementi si dovrà arrivare alla definizione dei loro riflessi economici sull'anno di budget.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

Per quanto invece concerne il Budget degli Investimenti, l'intera sua determinazione è strettamente connessa con la definizione del piano degli investimenti che a sua volta costituisce parte integrante del budget aziendale e deve definire, per i beni che possono essere posti in dotazione alle singole unità organizzative (attrezzature sanitarie, mobili e arredi, attrezzature informatiche, fabbricati ed impianti, automezzi, altri beni), il programma di dismissioni, sostituzioni e nuove acquisizioni.

Il piano degli investimenti deve contenere tutte le movimentazioni inerenti i beni che costituiscono dotazione patrimoniale dell'azienda.

La negoziazione del piano degli investimenti relativo alle singole unità organizzative deve essere supportata (almeno per il parco tecnologico ovvero per attrezzature sanitarie e sistemi informatici) da un inventario dei beni in dotazione con esplicitazione del periodo di ammortamento.

Il piano degli investimenti deve considerare anche gli interventi di manutenzione che si configurano come straordinari.

Necessariamente, nella definizione del piano degli investimenti deve essere considerata la fonte di finanziamento del singolo intervento, se non altro per tener conto dell'effetto economico dovuto alla sterilizzazione degli ammortamenti.

Il Budget degli Investimenti deve contenere tutte le attività legate all'investimento, con la relativa incidenza economica sull'anno di budget, pertanto dovrà essere definito, oltre alle manutenzioni straordinarie previste nel piano degli investimenti, il programma dettagliato delle manutenzioni ordinarie programmabili e prevedibili preventivamente e la quantificazione di massima dell'attività e dei costi inerenti le manutenzioni ordinarie eseguite in "economia" o "una tantum".

Infine, il Budget degli Investimenti deve contenere anche una apposita sezione rappresentativa del godimento di beni di terzi (noleggio, leasing, ecc.) con la quantificazione del relativo impatto economico.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

Il Budget degli Approvvigionamenti analizza trasversalmente a tutti i CdR la movimentazione dei fattori produttivi rappresentativi del consumo di beni sanitari, economici e di beni per le manutenzioni. Nella definizione di questo budget si dovrà tenere preliminarmente conto della consistenza di questi fattori produttivi sia nei vari reparti di degenza, sia nei diversi altri luoghi di stoccaggio (es. Laboratori, Radiodiagnostica, Farmacia, ecc.).

Nell'ambito della costruzione di questo budget è opportuno utilizzare la stessa distinzione fra i vari beni tipica della contabilità analitica (gruppo merceologico e fattore produttivo) per consentire una agevole verifica infrannuale degli obiettivi definiti.

Infine, dovranno essere evidenziati separatamente i consumi per cui siano previste forme particolare di rimborso (es. farmaci FED, fatturazione ad altre aziende, ecc.).

L'analisi e la definizione di questo documento terrà conto in modo particolare di tutto il lavoro sviluppato nel corso del 2010-2011-2012 dalla Task Force Approvvigionamenti (TFA) e cercherà di contenere tutte le manovre di razionalizzazione dei consumi sia per i beni sanitari sia per i beni economici.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

Il Budget del Blocco operatorio si differenzia dai precedenti perché non analizza il consumo trasversale di uno o più fattori produttivi, ma definisce l'attività di una struttura che svolge una attività trasversale e che condiziona i risultati di molteplici CdR.

Il budget del Blocco Operatorio ha per oggetto la definizione di obiettivi inerenti l'attività complessiva del blocco operatorio e la relativa valorizzazione economica tenendo in considerazione, oltre alle indicazioni fornite dalla Direzione Aziendale nelle linee guida, anche delle liste d'attesa predisposte per le varie specialità.

Nella definizione di questo budget devono essere indicati anche i fattori produttivi necessari allo svolgimento di detta attività.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

Il Budget dei Laboratori definisce l'attività che vengono effettuate all'interno delle strutture appositamente dedicate dove viene realizzata una attività trasversale che condiziona i risultati di molteplici CdR.

Il budget degli Laboratori ha per oggetto la definizione di obiettivi inerenti l'attività complessiva degli stessi e la relativa valorizzazione economica tenendo in considerazione, oltre alle indicazioni fornite dalla Direzione Aziendale nelle linee guida, anche delle liste d'attesa e/o i tempi necessari all'esecuzione della prestazione.

Nella definizione di questo budget devono essere indicati anche i fattori produttivi necessari allo svolgimento di detta attività.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

Il Budget degli ambulatori definisce l'attività che vengono effettuate all'interno delle strutture appositamente dedicate dove viene realizzata una attività trasversale che condiziona i risultati di molteplici CdR.

Il budget degli ambulatori ha per oggetto la definizione di obiettivi inerenti l'attività complessiva degli stessi e la relativa valorizzazione economica tenendo in considerazione, oltre alle indicazioni fornite dalla Direzione Aziendale nelle linee guida, anche delle liste d'attesa delle varie specialità.

Nella definizione di questo budget devono essere indicati anche i fattori produttivi necessari allo svolgimento di detta attività.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

Il Budget della ricerca ha per oggetto la definizione di tutte le iniziative che possono essere ricondotte a questa attività pur essendo realizzate all'interno di specifici CdR.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

6.6 Formulazione ipotesi di budget per i singoli CdR e consolidamento dei dati

Questa attività viene svolta dal Controllo di Gestione, con la collaborazione costante del comitato di budget aziendale nella sua interezza, e si traduce nella predisposizione delle schede di budget per CdR. Per ciascun CdR sono definiti specifici obiettivi ed individuati appositi indicatori per monitorarne l'andamento quali-quantitativo.

Durante la definizione delle ipotesi di budget per i singoli CdR deve essere costantemente analizzato l'equilibrio economico-finanziario del CdR e quello complessivo aziendale.

Il Controllo di Gestione, predisposte tutte le schede di budget per i singoli CdR, le presenta al comitato di budget aziendale per una analisi di fattibilità tecnica e di coerenza con quanto definito nei budget trasversali e successivamente alla Direzione Aziendale per l'analisi complessiva e per la valutazione della coerenza gestionale tenendo conto della necessità di perseguire l'equilibrio economico-finanziario.

6.7 Invio delle schede di budget

Questa fase consiste nell'invio da parte del Controllo di Gestione ai singoli Direttori di dipartimento delle schede di budget per CdR.

Le schede di budget conterranno la proposta formulata dal comitato di budget aziendale sia per gli obiettivi a livello dipartimentale (CdR di I livello), che costituiranno oggetto di negoziazione fra la Direzione Aziendale e i Direttori di dipartimento; sia la proposta per gli obiettivi riconducibili alle strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse (CdR di II livello) che costituiranno oggetto di negoziazione fra i Direttori di dipartimento e i responsabili delle strutture stesse.

6.8 *Condivisione dei risultati della negoziazione in seno al dipartimento*

Ciascun Direttore di Dipartimento insieme al proprio comitato di dipartimento convoca un incontro dipartimentale per condividere i risultati e le considerazioni derivanti dalla negoziazione di budget. In questa sede si possono formulare eventuali controproposte da inviare alla Direzione Aziendale ed al Controllo di Gestione per l'analisi dell'opportuna fattibilità, nonché formulare una diversa scomposizione/definizione degli obiettivi fra Direttore di Dipartimento e responsabili di struttura organizzativa dipartimentale semplice e complessa. La convocazione di questo incontro deve risultare da apposito verbale da inviare alla Direzione Aziendale.

6.9 *Raccolta delle controproposte*

Questa fase prevede la raccolta da parte del Controllo di Gestione delle controproposte formulate da parte dei Direttori di Dipartimento coadiuvati dal comitato di dipartimento secondo il format definito nelle varie articolazioni delle schede di budget, attraverso la compilazione del campo "Proposta CdR". Questa fase deve essere preceduta da un attento processo di analisi inerente la verifica della fattibilità di tali obiettivi all'interno del dipartimento. Naturalmente la scheda di budget dipartimentale non è altro che il consolidamento delle schede di budget definite per strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse afferenti il dipartimento stesso, pertanto partendo dalla analisi e negoziazione, in seno al dipartimento, di queste ultime, fermo restando la piena autonomia gestionale lasciata al Direttore di dipartimento di poter diversamente articolare l'attività fra tali strutture complesse e semplici, si potrà arrivare alla definizione della scheda di budget dipartimentale.

L'articolazione del budget per singola struttura sviluppa gli orientamenti per una corretta ed equilibrata suddivisione delle risorse che a fronte degli obiettivi individuati risulti coerente con l'equilibrio economico-finanziario sia della singola struttura complessa e semplice, sia di dipartimento, anche in considerazione degli impegni assunti dall'Azienda con gli organismi di indirizzo e programmazione.

6.10 *Analisi di coerenza delle controproposte*

Viene realizzata ad opera del comitato di budget aziendale e consiste nell'analisi della coerenza delle proposte fatte dai Direttori di dipartimento e dai comitati dipartimentali anche in considerazione dei budget trasversali che sono stati definiti.

6.11 Revisione da parte della Direzione Aziendale delle schede di I livello ed invio delle schede per la negoziazione

La Direzione Aziendale valida le schede di budget di I livello eventualmente rielaborate alla luce delle controproposte accolte. Dopo la validazione il Controllo di Gestione procede al confezionamento definitivo ed all'invio ai Direttori di DAI delle schede di budget di I e II livello per la successiva negoziazione.

6.12 Negoziazione del budget fra Direzione Aziendale e Direttori DAI

La Direzione Aziendale, affiancata da Controllo di Gestione, Direzione Infermieristica, Direzione Tecnica Sanitaria e ogni altra figura ritenuta necessaria, incontra il Direttore di Dipartimento insieme al proprio comitato di dipartimento, ivi compresi tutti i responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale per procedere alla negoziazione di budget.

6.13 Revisione definitiva delle schede di budget di I e II livello

Il Controllo di Gestione effettua una revisione definitiva delle schede di budget di I e II livello alla luce di quanto emerso dalla precedente fase, le sottopone alla Direzione Aziendale per la validazione finale e procede all'invio ai Direttori di Dipartimento per la firma.

6.14 Condivisione dei risultati della negoziazione in seno al dipartimento

Ciascun Direttore di Dipartimento insieme al proprio comitato di dipartimento convoca un incontro dipartimentale per condividere i risultati e le considerazioni derivanti dalla negoziazione di budget riassunti nelle schede ricevute. I Direttori di Dipartimento forniscono alla Direzione Aziendale il verbale di detto incontro corredato dalla schede firmate dai Responsabili di CdR di I (DAI) e di II livello (S.O.D.S e S.O.D.C.).

6.15 Consolidamento dei Budget dipartimentali e redazione master budget aziendale.

Il Controllo di Gestione effettua il consolidamento dei budget dipartimentali e predispone il master budget aziendale. Il comitato di budget aziendale valida il master budget, i budget di CdR di I e II livello, i budget trasversali e dei documenti operativo-gestionali necessari a dare concreta applicazione agli obiettivi di budget.

6.16 Predisposizione, approvazione ed invio del bilancio di previsione

La Direzione Aziendale, supportata dal consolidamento delle schede di budget effettuato dal Controllo di Gestione e avvalendosi del Servizio Risorse Economico Finanziarie, procede alla predisposizione del bilancio di previsione per l'anno di budget ².

6.17 Inizio operatività ed attuazione del budget 2013

Il budget definito a seguito del processo negoziale dovrà trovare piena operatività ed attuazione a partire dal 1° gennaio dell'anno di riferimento.

6.18 Monitoraggio costante degli obiettivi di budget

L'ultima fase del processo consiste nel monitoraggio degli obiettivi di budget, che vedrà coinvolti la Direzione Aziendale, i Direttori di dipartimento coadiuvati dal comitato dipartimentale e dal comitato di budget aziendale.

In particolare, per favorire il perseguimento degli obiettivi di budget l'Azienda pone in essere gli opportuni meccanismi operativi del controllo e della valutazione.

A tale scopo il Controllo di Gestione ed il Sistema informativo effettueranno il monitoraggio mensile sull'andamento del grado di raggiungimento degli obiettivi, al fine di fornire report informativi alla Direzione Aziendale, al comitato di budget aziendale oltre che, naturalmente ai Direttori di dipartimento e ai Responsabili di struttura organizzativa dipartimentale semplice e complessa su eventuali scostamenti rispetto al budget negoziato.

Attraverso la lettura e l'analisi comparativa, la Direzione Aziendale ed il comitato di budget aziendale potranno attuare azioni correttive in collaborazione con il Direttore di dipartimento ed il Responsabile della struttura interessato. Tutti i direttori titolari di budget effettuano, indipendentemente dall'attivazione di altri organismi, riunioni con la propria équipe, a cadenza mensile, per permettere l'attivazione di azioni correttive per i mesi rimasti, nello sforzo di raggiungere o correggere o modificare gli obiettivi programmati.

A sua volta il comitato di budget aziendale è a disposizione sia dei Direttori di dipartimento sia del comitato dipartimentale per effettuare la valutazione dell'attività, ed analizzare l'eventuale scostamento di periodo rispetto al budget negoziato con particolare attenzione alle attivazioni di sinergie compensative.

Questa ultima fase pertanto si protrae per tutto l'arco dell'anno e qualora, durante l'esercizio di riferimento, si dovesse verificare una differenza tra risultati effettivi e attesi, dovuta a modificazioni significative nella organizzazione e nelle risorse strutturali assegnate a inizio esercizio (personale, spazi e tecnologia, ecc.), o dovuta a fattori esterni o comunque esogeni rispetto alla gestione del Direttore di dipartimento, tale da rendere improbabile il perseguimento di uno o più obiettivi di budget, è possibile attivare una fase di revisione degli obiettivi.

La modifica degli obiettivi di budget può avvenire:

- ✓ su iniziativa della Direzione Aziendale;
- ✓ su iniziativa del comitato di budget aziendale;

² La L.R. n. 40 del 24 febbraio 2005 all'articolo 123 co. 2. afferma che «Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria adotta il bilancio pluriennale ed il bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, entro il 30 novembre di ogni anno, alla Giunta regionale che li approva nel termine di quaranta giorni. »

- ✓ su iniziativa dei singoli Direttori di dipartimento.

Tale modificazione non può essere richiesta nell'ultimo trimestre dell'anno da parte dei singoli CdR.

7 Struttura della scheda di budget.

La scheda di budget è composta da sei parti:

1. *Area Attività* – articolate in attività di ricovero ordinario, di Day Hospital e di prestazioni ambulatoriali sia in termini di volumi che di valore.
2. *Area Qualità* – contenente indicatori relativi alla appropriatezza dei ricoveri ordinari, all'accreditamento istituzionale ed al sistema qualità aziendale, e ad ogni altro indicatore teso al miglioramento della qualità delle prestazioni;
3. *Area Ricerca* – contenente indicatori relativi allo sviluppo ed al monitoraggio dell'attività di ricerca;
4. *Area Consumi* – contenente il valore complessivo dei consumi per beni sanitari ed economici con il dettaglio specifico dei consumi per farmaci, dei presidi medico chirurgici, dei dispositivi uso diagnostico, del materiale protesico, dei prodotti dietetici e del materiale economico;
5. *Area Risorse Umane* – contenente il numero di risorse umane (distinte per tipologia contrattuale e qualifica) presenti nei singoli periodi rilevati nella scheda di budget;
6. *Impegni dell'Azienda* – nel quale verranno esplicitati gli impegni dell'Azienda nei confronti dello specifico CdR in merito soprattutto alle risorse umane e tecnologiche per consentire il raggiungimento dei sopra definiti obiettivi di budget.

Ogni Area viene evidenziata attraverso l'utilizzo di indicatori che misurino l'attività rispetto a due situazioni temporali diverse (consuntivo anno precedente e obiettivi budget dell'anno).

A ciascun obiettivo formulato e formalizzato in sede di negoziazione del budget, preso singolarmente o aggregato ad altri, viene assegnato un peso relativo che esprime la rilevanza dell'obiettivo stesso nell'economia complessiva della scheda di budget, in relazione agli obiettivi strategici, distinguendo il peso specifico dell'obiettivo fra "Dirigenza" e "Comparto".

La definizione dei pesi da attribuire a ciascun obiettivo avviene in sede di negoziazione di budget.

Nella scheda di budget, inoltre, verranno evidenziate le seguenti informazioni:

- ✓ dati consuntivi relativi all'anno precedente a quello di elaborazione del budget;
- ✓ dati di "preconsuntivo" costruiti con i dati relativi ai primi tre trimestri dell'anno in corso proiettati a fine anno, in base all'andamento rilevato nell'anno precedente a quello di elaborazione;
- ✓ proposta del comitato di budget aziendale inerente lo specifico obiettivo di budget;
- ✓ proposta del CdR (campo lasciato vuoto);
- ✓ budget concordato (compilato alla fine del processo negoziale);
- ✓ peso del singolo obiettivo o del raggruppamento di obiettivi di budget (in colonne distinte per "Dirigenza" e "Comparto");

Sarà impegno comune e condiviso da tutto il comitato di budget aziendale la realizzazione di una sezione dedicata alla esplicitazione delle informazioni circa l'evoluzione futura del contesto di riferimento dell'attività del CdR specifico, ed in genere riassuntiva delle valutazioni strategiche che impatteranno sul CdR.

La scheda di budget è inoltre accompagnata da:

- ✓ Conto Economico del CdR (I o II livello);
- ✓ Dotazioni strumentali a disposizione del CdR.

La scheda di budget è riportata nell'allegato n.2.

8 Verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi

La verifica finale del grado di raggiungimento degli obiettivi è, secondo la normativa vigente, di competenza dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.). Questa fase inizia l'anno successivo a quello di riferimento ed in particolare quando il Controllo di Gestione ed il Sistema Informativo provvedono a:

1. elaborare e normalizzare i dati di consuntivo dell'anno precedente sintetizzandoli nei report per Dipartimento e U.O., contenenti dati analitici di consuntivo dell'anno precedente confrontati con quanto negoziato a budget per lo stesso anno distinti in valorizzazioni, costi, indicatori.
2. predisporre la scheda di rendicontazione degli obiettivi di confronto tra dati di consuntivo, ed obiettivi di budget per ciascun indicatore definito in sede di negoziazione.

Tali schede vengono trasmesse ai Responsabili di struttura oggetto di valutazione, al fine di predisporre una relazione che motivi gli scostamenti rilevanti, e la sottoponga all'attenzione del Direttore di dipartimento.

Il Direttore di dipartimento prende in esame gli scostamenti motivati dai Responsabili di struttura e procede a una valutazione degli scostamenti e predispone una relazione da sottoporre all'Organismo Indipendente di Valutazione e alla Direzione Aziendale evidenziando quanto segue:

- ✓ le motivazioni legate agli scostamenti rilevati, rispetto ai risultati attesi a livello dipartimentale;
- ✓ la valutazione relativa agli scostamenti registrati a livello di articolazione organizzativa strutturale interna.

L'Organismo Indipendente di Valutazione analizza singolarmente i risultati di ogni Dipartimento e U.O. convocando eventualmente i responsabili di situazioni che presentano aspetti di criticità, per chiarimenti e/o approfondimenti.

L'Organismo Indipendente di Valutazione infine, sulla base degli elementi conoscitivi acquisiti, propone alla Direzione Aziendale gli esiti delle verifiche effettuate e gli eventuali effetti sul sistema premiante.

La Direzione Generale, valuterà le risultanze della verifica e le sintetizzerà in un documento da presentare alle Organizzazioni Sindacali, prima della deliberazione ufficiale da parte del Direttore Generale, mentre una sua sintesi verrà diffusa a tutto il personale durante le riunioni di unità operativa.

Questa fase dovrà necessariamente tenere conto dell'adeguamento dei propri regolamenti che la Regione Toscana dovrà emanare per dare piena applicazione al D.Lgs. 150/2009, in ogni caso la nostra azienda sta costruendo delle schede di budget che possono essere coerenti con ogni fase del ciclo della performance prevista nel decreto.

In particolare, l'attenzione è posta sulla possibilità di individuare obiettivi specifici per la dirigenza e per il comparto, con possibilità di attribuire un peso per il singolo obiettivo diverso fra i due raggruppamenti di personale. Questo elemento costituirà il primo anello di congiunzione per consentire al Dirigente responsabile della struttura di effettuare una valutazione individuale dei singoli soggetti assegnati alla struttura che lui dirige circa il loro contributo al raggiungimento degli obiettivi assegnati; nonché al responsabile tecnico o infermieristico per poter valutare il singolo dipendente del comparto circa la sua partecipazione al raggiungimento degli obiettivi assegnati.

9 Riferimenti

- ✓ D.Lgs. 502/92 “Riordino della disciplina in materia sanitaria”;
- ✓ L.R. 40/2008 “Disciplina del servizio sanitario regionale”;
- ✓ D.Lgs. 229/99 “Norme per la razionalizzazione del S.S.N.”;
- ✓ D.Lgs. 286/99 “Riordino e potenziamento degli strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell’attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell’art. 11 della L. 15/03/97, n. 59”;
- ✓ D.Lgs. 150/09 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”.

10 Archiviazione

I documenti prodotti nel processo di budgeting vengono archiviati in forma cartacea negli armadi del Controllo di Gestione, a cura del responsabile dell’ufficio, per un periodo di tempo pari a 3 anni per essere utilizzati a scopo di rielaborazioni statistiche oppure vengono archiviati su supporto informatico.

11 Allegati

Allegato n. 1 Linee di indirizzo generali 2012

Allegato n. 2 Scheda di Budget.

Allegato n. 3 Calendario processo di Budget.

LINEE DI INDIRIZZO GENERALI

A) Il contesto

La crisi finanziaria ed economica internazionale e nazionale comportano, come è noto, rilevanti effetti sulle disponibilità economiche regionali, come è noto, e sono caratterizzate da tempistiche di non breve periodo: nessuno oggi è in grado di prevedere i tempi dell'inversione del ciclo economico.

Per questa drammatica e non contestabile motivazione, tutti gli elementi di criticità già rilevati nelle linee guida per il budget 2011 mantengono, purtroppo, del tutto inalterate la loro validità.

Non solo dobbiamo adeguare i nostri comportamenti attuali all'entità – sia quanto a intensità – sia quanto a durata – dell'attuale crisi, ma, più in prospettiva, dobbiamo essere tutti consapevoli che il rigoroso e costante miglioramento della appropriatezza e dell'efficienza nella utilizzazione delle risorse sempre più sarà una dimensione fondamentale e costitutiva delle strutture di eccellenza, nonché una condizione ineludibile di sopravvivenza del sistema sanitario pubblico e universalistico.

Con una formula sinteticamente efficace: dobbiamo fare sempre meglio con le stesse risorse.

Come è già stato ripetutamente segnalato, questa condizione è generale e non riguarda soltanto la nostra Regione o soltanto il nostro Paese. Sono proprio gli ospedali di eccellenza a livello internazionale ed i sistemi sanitari più ricchi ed evoluti che con maggiore tempestività e serietà si sono confrontati con questo epocale mutamento di prospettive e di atteggiamento.

Convivere a lungo con la crisi, assumere finalmente piena consapevolezza della limitatezza delle risorse disponibili non può, ne deve significare condannarsi all'impotenza, alla routine, impedirsi di disegnare il futuro e di perseguire l'innovazione. Al contrario, la scommessa straordinaria e profondamente innovativa che abbiamo di fronte è cambiare il nostro modo di pensare, lottare contro le abitudini, innovare progressivamente le nostre modalità di lavoro; il nostro slogan vincente ed ossessivo deve essere: dalla quantità alla qualità, dal passato al futuro.

Con la consapevolezza che i migliori sono coloro i quali fanno le cose giuste nel modo giusto.

B) La verifica degli obiettivi definiti per l'esercizio 2011

Gli obiettivi già definiti nelle linee di indirizzo per la predisposizione del budget erano articolati in tre aree di intervento:

- 1) l'innovazione clinica: sperimentare ed adottare le più avanzate ed innovative modalità, tecniche ed organizzative, di cura dei bambini;
- 2) la ricerca applicata all'assistenza: sia per consentire l'innovazione nelle cure, sia per elevare sempre di più la qualificazione professionale dei nostri operatori;
- 3) la compatibilità fra livelli di qualità delle cure e risorse disponibili.

In riferimento alla prima area gli obiettivi concreti che erano stati definiti per l'anno 2011 prevedevano i seguenti punti, che ad oggi vedono il seguente stato di avanzamento:

- applicazione e monitoraggio della procedura relativa al medico tutor - *Su un campione rappresentativo dei dimessi da regime di ricovero ordinario è stata verificata l'aderenza alla procedura relativa al medico tutor; in particolare sono stati monitorati: l'esatta indicazione sulla documentazione sanitaria del nominativo del medico tutor e la presenza del foglio di trasferimento interno.*

Relativamente al primo aspetto, il monitoraggio relativo al I quadrimestre 2011 ha mostrato le seguenti proporzioni di aderenza alla procedura per ciascun dipartimento:

	<i>% aderenza</i>
- DAI ONCOEMATOLOGIA	- 100,0
- DAI MEDICO - CHIRURGICO FETO - NEONATALE	- 96,8
- DAI PEDIATRIA CHIRURGICA	- 94,4
- DAI PEDIATRIA INTERNISTICA	- 94,0
- DAI NEUROSCIENZE	- 88,5
- DAI EMERGENZA ACCETTAZIONE ED AREA CRITICA	- 13,0

Onde rendere più efficace questo monitoraggio, a partire dal 2012, sarà effettuato un monitoraggio sulle cartelle cliniche aperte ed un'operazione di "carotaggio" in determinati giorni indice da parte di personale infermieristico addestrato, attraverso l'interrogazione diretta del personale di assistenza dei reparti e dei genitori dei pazienti. La procedura va comunque rivista prima della fine dell'anno allo scopo di recepire e valorizzare i risultati della fase di sperimentazione.

L'indicazione relativa all'utilizzo del foglio di trasferimento interno è assolutamente disattesa;

- *tempestività della consegna al SIO della documentazione clinica, la cui completezza e disponibilità costituiscono il presupposto anche per il monitoraggio della qualità delle cure - riguardo alla tempistica legata alla chiusura della SDO (5 giorni dalla dimissione) ad oggi non viene rispettata (ci sono molte SDO appartenenti al I semestre dell'anno non chiuse, nonostante i numerosi solleciti).*

Relativamente alla tempestività della consegna della documentazione clinica al SIO non ci sono ritardi nella consegna delle cartelle che sono sottoposte a valutazione.

- *monitoraggio della qualità di compilazione della cartella clinica relativamente a: dati anagrafici dei pazienti, anamnesi ed esame obiettivo, piano di cura, diario, consensi informati, referti diagnostici, referto operatorio, cartella anestesilogica, lettera di missione - relativamente a questa attività si rileva un forte condizionamento legato alla verifica su un campione di cartelle chiuse preventivamente individuate per cui si ritiene maggiormente efficace il passaggio ad un monitoraggio sulle cartelle aperte da parte di personale infermieristico appositamente addestrato.*

Per quanto attiene alla seconda area, quella relativa alla ricerca, gli obiettivi da raggiungere nel corso del 2011 erano così definiti e, ad oggi, hanno avuto il seguente stato di avanzamento:

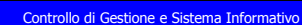
- *completamento del programma relativo ai "giovani ricercatori". In particolare sta proseguendo lo sviluppo dei singoli progetti di ricerca dei ricercatori selezionati;*
- *aggiornamento dell'anagrafe della ricerca – il 2011 rappresenta il secondo anno di attività per la costituzione di un'Anagrafe della Ricerca Biomedica. E' in corso l'elaborazione dei dati;*
- *predisposizione, entro il 31 marzo 2011, da parte di ciascun Direttore di DAI, d'intesa con il Comitato di dipartimento, di una relazione che descriva sinteticamente e valuti l'attività di ricerca condotta nel 2010 e individui i principali progetti di ricerca che impegneranno il dipartimento nel corso del 2011 - Sono pervenute tutte le relazioni da parte dei Direttori di Dipartimento, che sono state elaborate sulla base di una traccia predefinita per guidare la predisposizione delle relazioni. Le relazioni confluiranno nella parte scientifica della prossima Relazione Clinico-Scientifica.*

Infine, gli indirizzi specifici per le attività sanitarie individuati nelle linee guida 2011 sono di seguito riportati:

- il sensibile incremento della complessità della casistica trattata: l'obiettivo da perseguire nel corso del 2011 è un peso medio complessivo non inferiore a 1,5; *mentre dai dati di monitoraggio ad agosto 2011 prevediamo una proiezione di 1,39*;
- l'ulteriore incremento (+3 per cento) della casistica extra regionale: nel 2011 si è realizzato un incremento pari a 2.7 per cento;
- riduzione del 10 per cento nei consumi: nel 2011, rispetto all'anno precedente, si è realizzato una riduzione pari a 9.2 per cento;
- La proiezione annuale dei primi 8 mesi dell'anno corrente del costo delle risorse umane globalmente intese (dipendenti, libero professionisti, universitari, interinali, borsisti, ecc.) nel nostro ospedale è cresciuto del 3,47%, rispetto al dato consuntivo dell'anno 2010. Il costo del solo personale dipendente è aumentato del 6,89% pari a circa 3,4 milioni di euro.

C) Gli obiettivi ed i criteri guida per l'esercizio 2012

1. In ragione delle indicazioni regionali, non sono proponibili richieste che comportino l'incremento del costo del personale;
2. A ciascun Dipartimento, per le motivazioni riportate nel paragrafo (A) è richiesta una riduzione dei costi complessivi pari al 5% a fronte di una costanza delle attività erogate nel corso dell'esercizio 2011;
3. La Direzione sanitaria, insieme ai Direttori di DAI ed ai Comitati di dipartimento provvederà ad elaborare nuove modalità di articolazione del sistema delle guardie e delle pronte disponibilità per la garanzia della continuità assistenziale medica;
4. La Direzione amministrativa provvederà alla riduzione del 3% dei costi aziendali nel 2012 per utenze e manutenzioni ordinarie e altri costi di gestione rispetto al consuntivo 2011 (anche se le strutture del dipartimento amministrativo non sono direttamente responsabili della generazione dei costi di cui si tratta, detto obiettivo è finalizzato ad incentivare l'individuazione di innovazioni organizzative, di nuove metodiche gestionali nonché di meccanismi di monitoraggio idonei ad agevolare il raggiungimento di detto obiettivo);
 - scostamento inferiore al 1% tra valori consuntivi 2012 rilevati in contabilità analitica e quelli rilevati in contabilità generale (al netto dei costi del personale dipendente, ammortamenti, accantonamento fondi);
 - Scostamento inferiore al 5% fra previsioni di budget 2012 rappresentate nel bilancio di previsione 2012 ed importi di bilancio consuntivo 2012 rispetto ai costi per utenze, manutenzioni ordinarie, godimento beni di terzi, ammortamenti.
5. Ancor più che nell'anno in corso, il lavoro di tutti dovrà essere orientato al miglioramento della qualità della assistenza. A questo fine, il programma aziendale per il miglioramento dovrà finalmente essere operativamente concretizzato attraverso l'attivazione di una periodica azione di monitoraggio.



CdR I livello

DAI	Tipologia Obiettivi	Indicatore	Consolidato 2011	Preconsolidato 2012	Proposta Comitato Budget Aziendale	Proposta CdR	Budget Concordato	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Note
	Area Ricerca									Peso complessivo
		Giovani Ricercatori								
		Anagrafe ricerca								
		Impact Factor								
		Eventuali indicatori proposti dal Direttore di dipartimento:								

Totale

Area Consumi										Peso complessivo
	Consumi farmaci									
	Consumi presidi medico chirurgici									
	Consumi dispositivi uso diagnostico									
	Consumo materiale protesico									
	Consumo prodotti dietetici									
	Consumo materiale economale									
	Eventuali indicatori proposti dal Direttore di dipartimento:									

Totale

Area Risorse Umane										
	N. Dirigenti Medici									
	N. Dirigenti non Medici									
	N. Infermieri									
	N. Dirigenti Tecnico sanitario									
	N. Tecnici sanitari									
	N. Operatori socio sanitari									
	N. Tecnici sanitari									
	N. Dirigenti Amministrativi amministrativi									
	N. Amministrativi									
	N. Contrattisti sanitari									
	N. Contrattisti non sanitari									
	N. Interinali sanitari									
	N. Interinali non sanitari									

Impegni dell'Azienda

Firmato La Direzione Aziendale

Firmato Il Direttore del DAI

CALENDARIO PROCESSO DI BUDGET 2013

- 26/09/12: Presentazione da parte del Controllo di Gestione al Comitato di Budget Aziendale delle fasi processo di budget anno 2013;
- 26/09/12: Presentazione da parte della Direzione Aziendale ai Direttori di Dipartimento delle fasi del processo di budget anno 2013, del nuovo piano dei centri di costo e delle altre novità relative agli obiettivi di budget 2013;
- 28/09/12: Diffusione da parte della Direzione Aziendale delle linee guida strategiche per il budget annuale 2013;
- 28/09/12 al 15/10/12 Reperimento da parte del Comitato di Budget aziendale di tutte le informazioni necessarie alla predisposizione dei budget trasversali e dei documenti operativo-gestionali, anche attraverso incontri specifici con i coordinatori infermieristici e tecnici e con tutti i soggetti interessati e coinvolti nella negoziazione di budget. Predisposizione delle prime elaborazione dei budget trasversali d'azienda (consumi, investimenti, acquisizione risorse umane, blocco operatorio, ambulatoriale, laboratori, ricerca);
- 15/10/12: Predisposizione da parte del Controllo di Gestione del CE III Trimestre anno 2012 con definizione della proiezione annua;
- 18/10/12: Chiusura CO.AN. e predisposizione reportistica interna sui dati attività al III Trimestre 2012 e proiezione dei dati annuali;
- 19/10/12: Formulazione da parte del Comitato di Budget aziendale dei budget trasversali definitivi.
- 22/10/12: Il Controllo di Gestione predispone le ipotesi di budget dei singoli CdR di I e II livello (CdR I livello: DAI; CdR II livello: S.O.D.C. e S.O.D.S.). Il Comitato di Budget aziendale dovrà partecipare alla risoluzione delle eventuali problematiche che potranno emergere in sede di formulazione delle ipotesi di budget dei singoli CdR;
- 23/10/12: Review da parte del Comitato di Budget aziendale delle proposte di budget specifici dei CdR rispetto ai budget trasversali. Durante tutto il processo la Direzione verificherà la coerenza delle scelte rispetto all'equilibrio economico-finanziario;
- 24/10/12: Validazione delle schede di Budget di I livello e aziendale da parte della Direzione Aziendale;
- 29/10/12: Invio da parte del Controllo di Gestione delle proposte di budget per CdR di I e II livello ai Direttori di DAI;
- 29/10/12: I Direttori di Dipartimento insieme al proprio comitato di dipartimento convocano un incontro dipartimentale per analizzare le proposte di budget per CdR e DAI e formulano le eventuali controproposte da inviare alla Direzione Aziendale ed al Controllo di Gestione. In ogni caso i Direttori di Dipartimento inviano alla Direzione Aziendale il verbale di questo incontro;

- 09/11/12: Raccolta da parte del Controllo di Gestione delle controdeduzioni inviate dai Direttori di Dipartimento, in rappresentanza dell'intero Comitato Dipartimentale, contenente tutti i livelli di negoziazione di budget (CdR I livello e II livello);
- 12/11/12: Il Comitato di Budget aziendale analizza la fattibilità e la coerenza delle controproposte formulate e relaziona costantemente alla Direzione Aziendale;
- 14/11/12: Revisione da parte della Direzione Aziendale delle schede di budget di I livello eventualmente rielaborate alla luce del controproposte accolte e conseguente confezionamento e invio da parte del Controllo di Gestione ai Direttori di DAI delle schede di budget di I e II livello per la successiva negoziazione;
- 15/11/12 al 23/11/12: Negoziazione del Budget 2013 fra Direzione Aziendale, affiancata dal Comitato di Budget aziendale e ogni altra figura ritenuta necessaria, e il Direttore di Dipartimento insieme al proprio comitato di dipartimento, ivi compresi tutti i responsabili di struttura complessa e semplice dipartimentale;
- 27/11/12: Revisione definitiva delle schede di Budget di I e II livello da parte del Controllo di Gestione alla luce di quanto emerso dalla precedente fase e validazione da parte della Direzione Aziendale con relativo invio ai Direttori di Dipartimento per la firma;
- 28/11/12: Il Controllo di Gestione effettua il consolidamento dei budget dipartimentali e predispone il master budget aziendale;
- 29/11/12: Il Comitato di Budget aziendale valida il master budget, i budget di CdR di I livello, i budget trasversali e tutti i documenti operativi gestionali a supporto;
- 30/11/12: Predisposizione, approvazione ed invio in Regione del bilancio preventivo 2013;
- 27/11/12 al 7/12/12: I Direttori di Dipartimento insieme al proprio comitato di dipartimento convocano un incontro dipartimentale per condividere i risultati e le considerazioni derivanti dalla negoziazione di budget, riassunti nelle schede ricevute. I Direttori di Dipartimento forniscono alla Direzione Aziendale il verbale di detto incontro corredato dalle schede firmate dai Responsabili di CdR di I (DAI) e di II livello (S.O.D.C. e S.O.D.S.);
- 10/12/12: Il Comitato di Budget aziendale valida anche i budget di CdR di II livello in coerenza con i budget di CdR di I livello, i budget trasversali e tutti i documenti operativi gestionali a supporto;
- 01/01/13: Inizio operatività e attuazione del budget 2013;
- Dal 01/02/13: Controllo di Gestione, Sistema Informativo e Comitato di Budget aziendale procedono al monitoraggio degli obiettivi di budget negoziati da presentare con cadenza mensile alla Direzione Aziendale, nonché ai Direttori di Dipartimento.



Monitoraggio di Budget Luglio 2013

Dipartimento	Struttura Organizzativa	Tipologia Obiettivi	Indicatore	Anno 2012	Luglio 2012	Luglio 2013	Proiezione 2013 (A)	Budget 2013 Concordato (B)	Scostamento (A)-(B)	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Note
1500-DAI NEUROSCIENZE												
1051-NEUROCHIRURGIA (s.o.d.c.)												
Area Attività												
										20	50	Peso complessivo
A.1-Dimessi Ordinari									17	*	*	La pesatura è determinata prendendo il valore di area e distribuendolo in parti uguali sugli obiettivi prioritari (nel caso specifico 2,86 per la dirigenza). Ma in presenza di obiettivi maggiormente significativi ed importanti (tipo peso medio) si propone un innalzamento del peso dell'indicatore specifico (a 3,60) e conseguentemente una ritaratura e ridistribuzione equa dei pesi su i restanti obiettivi (2,73 per i restanti della dirigenza).
A.3-Peso medio dimessi				2,33	2,34	2,30	2,29	2,48	- 0,19	*4	*	
A.8.1-Degenza media dimessi				4,83	4,81	4,52	4,54	<=4,95	- 0,41	*		
Dimessi Ordinari per specialità				501	253	239	473	470	3			
di cui medici				-	47	59	24	-	-			
di cui chirurgici				501	300	298	498	470	28			
Peso Medio dimessi ordinari per specialità				3,80	3,82	3,77	3,75	3,85	- 0,10			
Degenza media dimessi per specialità				9,60	9,99	7,62	7,32	<=8,67	- 1,35			
Casi Day Surgery per specialità				2	2	1	1	2	- 1	*	*	
A.9-Casi trattati				1.008	608	637	1.056	990	66			
A.10.1-Tasso Occupazione Ord				87,44	86,84	85,00	85,60	>=87,89	- 2,29			
A.10.2-Posti letto medi ORD				14,37	14,73	14,69	14,69	14,69	- 0,00			
A.12-Accessi DH				6	5	71	85	18	67			
A.20-Turn Over (dimessi)				0,64	0,66	0,74	0,74	0,78	- 0,04	*	*	
D.1-N. Prest. Figurative				1.202	768	612	958	1.205	- 247			
D.3-N. Prest. Effettive (escluso Farmaci)				1.753	1.046	1.080	1.810	1.809	1	*	*	
D.2-Valore Prest. figurative				15.242	9.549	8.458	13.501	15.460	- 1.959			
D.4-Valore Prest. Effettive (escluso Farmaci)				35.844	21.274	22.106	37.245	40.507	- 3.262			
D.5-Valore ricoveri ordinari				5.148.829	3.126.106	3.111.290	5.124.426	5.276.322	- 151.896			
D.6-Valore ricoveri DH				3.248	2.978	24.884	27.140	4.028	23.112			
Valore ricavi effettivi (escluso farmaci)				5.187.921	3.150.358	3.158.280	5.188.812	5.320.858	- 132.046	*	*	
Valore Farmaci erogati in dimissione				315	139	1.197	2.716	286	2.430			
Eventuali indicatori proposti dal Responsabile di Struttura:												
Area Qualità												
										70	40	Peso complessivo
Indicazione del Medico Tutor				n.d.			>= 95% dimessi ordinari			*		
Indicazione dell'infermiere di riferimento				n.d.			>= 95% dimessi ordinari				*11	Il monitoraggio verrà effettuato campionariamente sulle cartelle aperte alla stessa stregua di quanto vale per il monitoraggio del medico tutor
Stesura del Piano di cura (Medico)				n.d.								
Stesura del Piano assistenziale (infermieristico)				n.d.								
Tempestività consolidamento SDO (sia ordinari e DH entro 5 giorni dalla dimissione)				n.d.			100%			*50		Nel calcolo di questo indicatore ridurranno la percentuale rilevata quelle che risulteranno palesemente incomplete dall'analisi qualitativa (Es. caso chirurgico senza intervento, ecc.).
% di pazienti dimessi ordinari entro le ore 12:00 su totale pazienti dimessi entro le ore 15:00				36,27	37,42	30,58	29,64	>=80%	- 50,36			
Sedute operatorie mattutine iniziate entro le ore 8:15				n.d.			>= 90 %					

Dipartimento	Struttura Organizzativa	Tipologia Obiettivi	Indicatore	Anno 2012	Luglio 2012	Luglio 2013	Proiezione 2013 (A)	Budget 2013 Concordato (B)	Scostamento (A)-(B)	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Note
1500-DAI NEUROSCIENZE												
1051-NEUROCHIRURGIA (s.o.d.c.)												
			Monitoraggio del dolore come da buona pratica regionale							*	* 11	Allo stato attuale verrà rilevato campionarimente sulla casistica per la quale risulta applicabile l'indicatore.
			B.11.1.1-Peso medio drg medici	1,02	1,04	1,04	1,03	1,03	-0,01			
			B.11.1.2-Peso medio DRG chirurgici	3,25	3,29	3,45	3,41	3,26	0,14			
			B.12.2.2.1-% di attrazione extraregionale	54,27	54,08	53,29	53,48	55,36	-1,88	*6		
			B.12.2.2.1.A-% di attrazione extraregionale ORDINARI	54,62	54,56	53,76	53,83	55,75	-1,92			
			B.12.2.2.1.B-% di attrazione extraregionale DH	-	-	49,23	49,23	2,00	47,23			
			% dimessi ordinari ad alta complessità (>=2,00) sul totale dimessi ordinari	45,59	45,26	46,95	47,30	47,30	0,00	* 5		
			% dimessi ordinari alta complessità fuori regione su totale dimessi ad alta complessità (>= 2,00)	57,76	56,13	58,40	60,09	53,67	6,42			
			% dimessi ordinari alta complessità toscana su totale dimessi ad alta complessità (>= 2,00)	42,24	43,87	41,60	40,06	46,33	-6,27			
			C.4.1.1-% di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: Ricoveri ordinari	28,65	29,50	34,35	33,36	20,00	13,36	*	*	
			C.4.1.2-% di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: DH	83,33	80,00	75,00	78,12	10,00	68,12	*	*	
			C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (*)			1	2	3	-1,00	*	*7	
			C6.2.2 Indice di diffusione delle rassegne di Mortalità e Morbilità (*)			1	2	6	-4,00	*	*11	
			% DH medici terapeutici su totale casi DH medici	100,00	100,00	8,33	8,33	>= 46,46	-38,13			
			% DH medici diagnostici e di controllo su totale casi DH medici	-	-	85,42	85,42	<= 53,5	31,92	* 3		
			N. Infezioni Ospedaliere su totale pazienti a rischio									
			% pazienti segnalati alla continuità assistenziale nelle 48 ore dall'ingresso su totale pazienti dimessi che necessitano di continuità assistenziale (*)			nessuna segnalazione	nessuna segnalazione					
			Eventuali indicatori proposti dal Responsabile di Struttura:									
Area Ricerca												
			Anagrafe ricerca (n. rispondenti)									
			Impact Factor (Σ impact factor rispondenti)									
			Eventuali indicatori proposti dal Responsabile di Struttura:									
Area Consumi												
			C.1-Farmaci	55.344	31.553	37.667	66.067	51.415	14.652	30	30	Peso complessivo
			C.2-Pres. medico-chir.	659.712	403.444	345.050	564.226	643.789	-79.564			
			C.3-Disp. uso diagnostico	127	67	45	85	105	-21			
			C.4-Mat. Protesico	402.355	158.985	129.830	328.571	384.938	-56.367			
			C.5-Prodotti Dietetici	-	-	-	-	-	-			
			C.6-Materiale economale	4.148	1.539	867	2.338	1.655	683			
			Gestione scorte e magazzini consumabili di area					< scorte anno 2012			*	
			Eventuali indicatori proposti dal Responsabile di Struttura:									

(*) Gli obiettivi relativi al rischio clinico e continuità assistenziale si riferiscono al I semestre 2013

Dati riferiti alla estrazione SDO del 08/08/2013 e SPA del 1/08/2013 - Dati di consumo riferiti al mese di Giugno

 Scheda di Budget Anno 2013						Controllo di Gestione e Sistema Informativo	
Indicatore	Consolidato 2010	Consolidato 2011	Consolidato 2012	Budget 2013 Concordato (A)	Proiezione anno 2013 a Luglio (B) (*)	Scostamento (B-A)	Proiezione anno 2013 a Giugno
N. Dimessi	9.060	8.938	9.040	9.080	8.719	- 361	8.676
Peso Medio DRG (dimessi)	1,42	1,43	1,44	1,49	1,38	- 0,11	1,37
Tasso Utilizzo	88,98	89,17	88,18	89,17	87,87	- 1,30	88,99
Degenza Media	5,66	5,57	5,65	5,57	5,69	0,12	5,62
DH Giornate Cicli Aperti	34.741	34.389	34.271	34.483	35.298	815	35.400
Casi Chirurgici Totali	5.775	6.233	6.283	6.473	5.737	- 736	5.580
Casi Chirurgici DH	1.760	2.229	2.304	2.409	2.200	- 209	2.190
Casi Chirurgici Ordinari	4.015	4.004	3.979	3.835	3.537	- 298	3.390
N. trapianti	24	30	39	38	18	- 20	35
- di cui allogenici	3	10	13	11	9	- 2	8
- di cui autologi	21	20	26	27	9	- 18	9
PS % esito ricovero	6,61	5,98	6,63	6,08	6,91	0,83	6,69
N. prestazioni effettive totali erogate (q.tà) escluso Farmaci	572.421	604.406	601.011	575.959	601.083	25.124	570.025
N. prestazioni figurative totali erogate (q.tà) escluso Farmaci	1.099.324	1.096.204	1.103.676	1.039.250	1.050.984	11.734	985.498
N. sdo non compilate al momento dell'estrazione su pazienti ORDINARI dimessi nel periodo di analisi					203	di cui 154 dimessi da strutture chirurgiche	236
N. sdo non compilate al momento dell'estrazione su pazienti DH dimessi nel periodo di analisi					279	di cui 80 dimessi da strutture chirurgiche	290

(*) Proiezione effettuata con i dati riferiti al periodo Gennaio-Luglio 2013 aggiornati al 08/08/2013 per la SDO ed al 01/08/2013 per la SPA. Inoltre come di consueto la proiezione per l'anno in corso è fatta tenendo conto del periodo precedente (periodo 2012) rapportata alla chiusura definitiva dell'anno precedente (Consolidato 2012).

MONITORAGGIO LUGLIO 2013 AZIENDA

CDCLIV4	(Tutto)
CDC_CODI	AZ

Dipartimento	Tipologia Obieetti Indicatore	Anno 2011	Anno 2012	Luglio 2012	Luglio 2013	Proiezione 2013
AZ-Azienda						
	Area Attività					
	A.1-Dimessi Ordinari	8.944	9.040	5.486	5.291	8.719
	A.1.1-Dimessi per specialità	8.937	9.035	5.484	5.088	8.383
	A.2-Dimessi WH	2.120	2.175	1.378	1.282	2.023
	A.3-Peso medio dimessi	1,43	1,44	1,43	1,37	1,38
	A.3.1-Peso medio dim. specialità	1,43	1,44	1,43	1,43	1,44
	A.3.2-Peso Medio DRG (dimessi) W.H.	0,91	0,89	0,91	0,84	0,81
	A.3.3- Peso medio DRG Trattati	1,88	1,84	1,85	1,72	1,71
	A.4-Casi dimessi Chirurgici	4.004	3.979	2.431	2.161	3.537
	A.5-Trapianti Allogenicici	10	13	6	5	9
	A.6-Trapianti Autologi	20	26	15	5	9
	A.7-GG Trattati	51.740	52.131	31.201	28.945	48.362
	A.7.1-GG Dimessi	49.788	51.038	30.931	30.072	49.621
	A.7.2-GG casi dim. per specialità	49.755	50.905	30.876	29.444	48.544
	A.7.3-GG Trattati Aperte	51.865	52.131	31.201	30.417	50.822
	A.8-Degenza media trattati	5,72	5,70	5,55	5,37	5,51
	A.8.1-Degenza media dimessi	5,57	5,65	5,64	5,68	5,69
	A.8.2-Degenza media trattati (con aperte)	5,74	5,70	5,55	5,60	5,74
	A.8.3-Degenza Media delle specialità	5,57	5,63	5,63	5,79	5,79
	A.9-Casi trattati	9.042	9.144	5.617	5.387	8.770
	B.10-PS % esito ricovero	6,00	6,63	6,47	6,75	6,91
	B.10.1-PS % esito ricovero Bianco	0,43	0,32	0,33	0,47	0,47
	B.10.2-PS % esito ricovero Verde	5,25	5,23	5,14	5,23	5,32
	B.10.3-PS % esito ricovero Giallo	28,79	29,74	30,29	30,35	29,79
	B.10.4-PS % esito ricovero Rosso	76,53	73,90	75,00	75,59	74,48
	B.1-Tempo attesa medio	53,04	59,37	64,31	66,97	61,83
	B.2-Attesa media Bianco	63,39	88,11	99,17	89,95	79,92
	B.3-Attesa media Verde	53,50	54,48	56,84	66,01	63,27
	B.4-Attesa media Giallo	12,13	8,42	8,37	8,56	8,61
	B.5-Attesa media Rosso	7,77	7,24	7,21	9,22	9,26
	B.6-Num. Accessi	46.058	42.955	26.243	25.985	42.533
	B.6.1-Accessi cod. Bianco	15.895	12.397	7.597	7.798	12.725
	B.6.2-Accessi cod. Verde	25.879	26.075	16.059	15.368	24.953
	B.6.3-Accessi cod. Giallo	4.071	4.234	2.443	2.692	4.666
	B.6.4-Accessi cod. Rosso	213	249	144	127	220
	B.7-Permanenza media	96,12	108,72	112,69	119,27	115,06
	B.7.1-Perm. media Bianco	77,86	101,26	109,94	106,66	98,23
	B.7.2-Perm. media Verde	109,26	113,28	114,62	128,04	126,54
	B.7.3-Perm. media Giallo	116,96	107,69	108,01	111,11	110,78
	B.7.4-Perm. media Rosso	143,64	159,83	128,06	125,75	156,95
	B.8-PS Abbandoni	1.646	2.479	1.792	1.318	1.823
	B.8.1-PS Abbandoni Bianco	1.190	1.993	1.476	960	1.296
	B.8.2-PS Abbandoni Verde	452	483	314	356	548
	B.8.3-PS Abbandoni Giallo	4	3	2	2	3
	B.8.4-PS Abbandoni Rosso	-	-	-	-	-
	B.9-% Abbandoni	4	6	7	5	4
	B.9.1-% Abbandoni Bianco	7,49	16,08	19,43	12,31	10,19
	B.9.2-% Abbandoni Verde	1,75	1,85	1,96	2,32	2,19
	B.9.3-% Abbandoni Giallo	0,10	0,07	0,08	0,07	0,06

Dipartimento	Tipologia Obietti Indicatore	Anno 2011	Anno 2012	Luglio 2012	Luglio 2013	Proiezione 2013
	B.9.4-% Abbandoni Rosso	-	-	-	-	-
	A.10-Casi trattati chirurgici	4.047	4.014	2.491	2.186	3.523
	A.10.1-Tasso Occupazione Ord	89,17	88,18	88,12	87,82	87,87
	A.10.1.A-Tasso occupazione minuti ord	87,82	87,09	87,13	86,48	86,44
	A.10.2-Posti letto medi ORD	158,91	160,83	165,45	162,43	157,89
	A.10.3-Tasso occupazione WH	72,92	76,80	76,72	77,72	77,80
	A.10.3.A-Tasso Occupazione ordinari minuti WH	68,38	73,20	73,11	73,78	73,86
	A.10.3.B-Tasso Occupazione ordinari minuti WH SAB+DOM	63,16	66,25	65,92	67,13	67,47
	A.10.4-TO Ordinari (escluso WH)	90,85	89,33	89,36	88,94	88,91
	A.10.4.A-Tasso Occupazione Ordinari minuti (escluso WH)	89,82	88,50	88,65	87,89	87,74
	A.11-Casi DH	22.994	22.673	12.170	12.901	24.035
	A.12-Accessi DH	34.389	34.270	20.496	21.111	35.298
	A.12.1-Accessi medi DH	1,50	1,51	1,68	1,64	1,47
	A.13-Accessi DH Chir.	2.242,00	2.304,00	1.390,00	1.339,00	2.219,46
	A.14-Casi trattati WH	2.501	2.481	1.605	1.469	2.271
	A.15-Casi DH Chir.	2.229	2.289	1.382	1.328	2.200
	A.15.1-Accessi medi DH Chir.	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01
	A.16-Tasso occupazione DH	117,97	113,20	117,71	117,70	113,19
	A.16.1-Tasso occupazione DH Reale	125,60	120,73	125,61	125,08	120,23
	A.17-Posti letto medi DH	56,06	58,00	57,28	59,00	59,74
	A.18-Indice Rotazione Ordinari (dimessi)	56,28	56,21	33,16	32,57	55,22
	A.19-Indice Rotazione DH	613,46	590,90	357,84	357,81	590,85
	A.20-Turn Over (dimessi)	0,69	0,74	0,72	1,02	1,04
	D.1-N. Prest. Figurative	1.096.211	1.103.676	659.456	627.972	1.050.984
	D.2-Valore Prest. figurative	13.925.724,68	13.472.209,49	7.934.550,42	7.519.812,41	12.768.018,70
	D.3-N. Prest. Effettive	604.407	601.011	360.553	360.596	601.083
	D.4-Valore Prest. Effettive	13.234.820,26	14.548.246,14	8.475.388,43	8.836.740,62	15.168.517,49
	D.5-Valore ricoveri ordinari	32.372.016,00	32.880.804,00	19.752.014,00	18.319.424,00	30.495.998,53
	D.6-Valore ricoveri DH	13.560.911,00	14.264.826,00	7.644.394,00	8.026.980,00	14.978.750,83
	D.7-Valore Farmaci in dimissione	4.580.094,88	5.374.212,08	3.054.120,22	3.375.890,96	5.940.419,06
	D.9-% Abbandoni NEW	3,73	5,92	6,96	5,19	4,41
	D.9.1-% Abbandoni Bianco NEW	7,60	16,17	19,49	12,43	10,30
	D.9.2-% Abbandoni Verde NEW	1,96	2,03	2,13	2,45	2,34
	D.9.3-% Abbandoni Giallo NEW	0,10	0,19	0,16	0,11	0,13
	D.8-PS Abbandoni NEW	1.719	2.541	1.827	1.349	1.876
	D.8.1-PS Abbandoni Bianco NEW	1.208	2.004	1.481	969	1.311
	D.8.2-PS Abbandoni Verde NEW	507	529	342	377	583
	D.8.3-PS Abbandoni Giallo NEW	4	8	4	3	6
Area Qualità						
	B.11.1.1-Peso medio drg medici	1,06	1,06	1,06	1,08	1,08
	B.11.1.2-Peso medio DRG chirurgici	1,89	1,93	1,90	1,89	1,92
	B.11.1.2.1-% drg chirurgici ad alta complessità	26,30	27,17	27,11	28,09	28,15
	B.11.1.2.2-Peso medio dimessi DRG chirurgici alta Complessità	4,51	4,55	4,47	4,21	4,28
	B.12.2.1-% attrazione extra A.V.A. alta complessità	38,14	39,36	40,03	37,13	36,51
	B.12.2.2.1-% di attrazione extraregionale	18,53	19,27	18,54	19,68	20,46
	B.12.2.2.1.A-% di attrazione extraregionale ORDINARI	24,79	23,86	22,46	23,81	25,30
	B.12.2.2.1.B-% di attrazione extraregionale DH	16,09	17,44	16,77	17,98	18,70
	B.12.2.2.2-% di attrazione extrareg. drg ad alta complessità	41,22	38,06	37,37	39,53	40,26
	B.17.1-Trend vol. attività chirurgica pgm	0,05	0,00 -	0,02 -	0,10	0,02
	B.17.1.1-Trend vol. attività chirurg. pgm ORD	- 0,07	- 0,01 -	- 0,04 -	- 0,14 -	- 0,04
	B.17.1.2-Trend vol. attività chirurg. pgm DH	0,27	0,03 -	0,00 -	0,04	0,29
	B.17.4-Trend peso medio att. chir. pgm	- 0,06	0,05	0,03	0,04	0,05
	B.17.4.1-Trend peso medio att. chir. pgm ORD	0,01	0,02	0,00	0,00	0,01
	B.17.4.2-Trend peso medio att. chir. pgm DH	- 0,05	0,15	0,16	0,20	0,18
	B.13-% Dimessi Ord >= 2,00	16,47	15,81	15,84	15,42	15,39

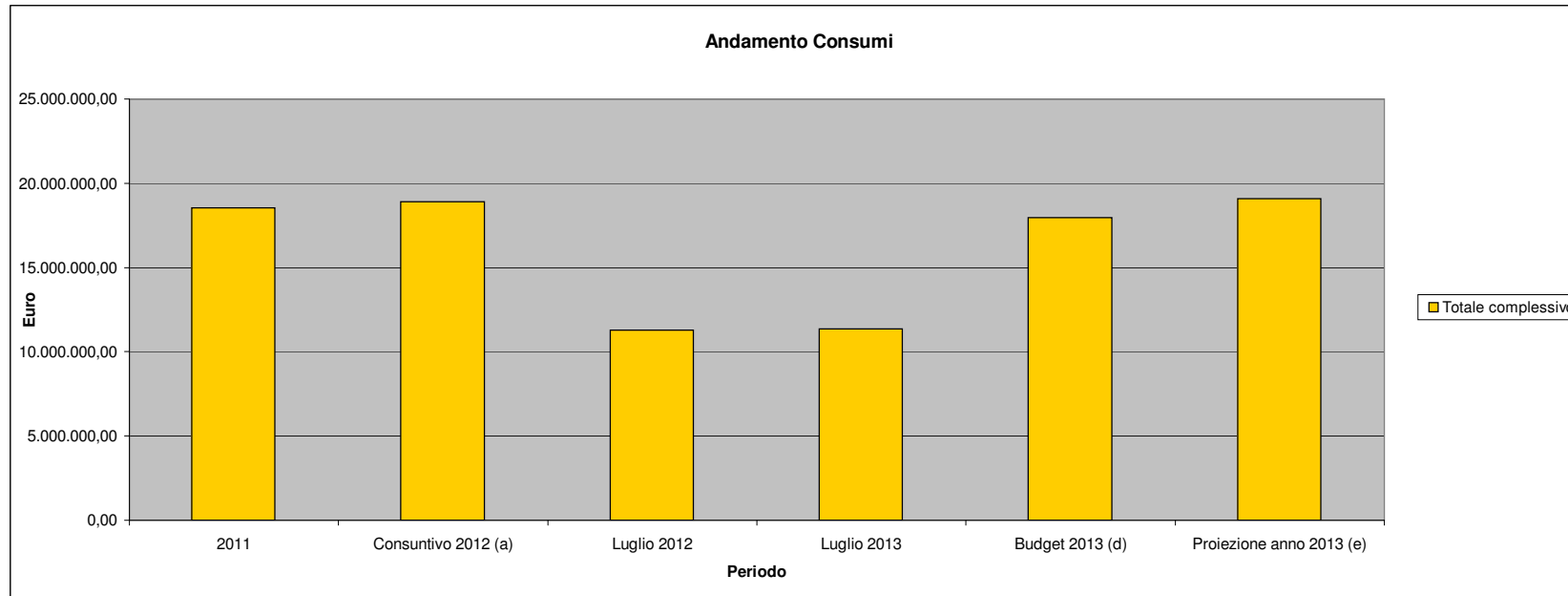
Dipartimento	Tipologia Obietti Indicatore	Anno 2011	Anno 2012	Luglio 2012	Luglio 2013	Proiezione 2013
	B.14.1-% Dim Ord Extrareg su totale >= 2,00	35,03	32,54	31,42	34,31	35,54
	B.14.2-% Dim Ord Toscani su totale >= 2,00	64,97	67,46	68,58	65,69	64,61
	C.4.1.1-% di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: Ricoveri ordinari	20,17	20,32	20,47	25,93	25,74
	C.4.1.2-% di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: DH	11,43	13,56	13,49	15,49	15,58
	C.5.9-% appendicectomie urgenti in laparoscopia	74,59	53,68	52,94	55,26	56,03
	C.14.1-% DH terapeutici su totale DH medici	31,51	38,48	37,40	39,05	40,17
	C.14.2-% DH diagnostici e controllo su totale DH medici	66,60	58,40	59,00	57,54	56,96
	C.16.1-Codice giallo visitati entro 30 minuti	99,07	99,22	99,14	98,74	98,82
	C.16.2-Codice verde visitati entro 1 ora	66,62	65,70	63,89	53,94	55,46
	C.16.3-Codice verde non inviati al ricovero e permanenza <= 4 h	85,39	85,10	85,22	82,36	82,24
	C.16.4-PZ inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8 h	99,48	99,61	99,47	99,60	99,74
	H.1-Dimessi ordinari entro le ore 12 vs dimessi entro le ore 15	44,88	42,62	43,50	41,46	40,63
	H.2-Dimessi ordinari + dh con data complizzazione sdo entro 5 gg da data dimissione	65,85	65,78	64,42	68,85	70,31
	H.2.1-Dimessi ordinari con data complizzazione sdo entro 5 gg da data dimissione	54,62	49,17	49,02	51,71	51,87
	H.2.2-Dimessi DH con data complizzazione sdo entro 5 gg da data dimissione	70,22	72,40	71,36	75,89	76,99
Area Consumi						
	C.1-Farmaci	8.607.222,50	9.083.497,97	4.433.571,00	4.741.944,17	9.715.292,76
	C.2-Pres. medico-chir.	5.023.258,19	4.558.464,01	2.505.958,41	2.245.783,38	4.085.192,58
	C.3-Disp. uso diagnostico	3.262.478,85	3.337.720,54	1.721.757,01	1.862.764,53	3.611.071,36
	C.4-Mat. Protesico	778.612,97	908.732,29	403.453,24	292.808,77	659.518,27
	C.5-Prodotti Dietetici	283.577,71	268.455,89	139.033,26	85.744,94	165.562,79
	C.6-Materiale economale	577.742,12	549.955,57	291.097,47	345.206,49	652.180,98
	Totale	18.532.892,34	18.706.826,27	9.494.870,39	9.574.252,28	18.888.818,74
Area Risorse Umane						
	P.02-Dirigenti Medici	195,81	196,06	195,33	198,85	199,60
	P.08-Dirigenti non Medici	17,65	16,62	16,08	16,96	17,54
	P.09-Personale Infermieristico	463,72	463,18	464,30	461,41	460,30
	P.06-Personale Tecnico Sanitario	75,27	69,49	70,13	68,83	68,21
	P.04-Personale OSS	99,11	101,21	101,56	102,23	101,88
	P.11-Personale Amministrativo	71,50	71,60	72,19	71,78	71,19
	P.05-Personale Interinale	12,29	6,89	6,96	7,60	7,52
	P.07-Personale Contrattista	50,53	52,17	51,41	52,74	53,52
	P.10-Personale Borsista, assegnista, dottorati	20,02	17,61	20,13	22,61	19,78
	P.03-Personale Universitario	23,34	23,58	23,66	22,19	22,11
	P.01-Personale Tecnico	26,82	26,58	26,36	25,12	25,33
	P.12-Personale Ausiliario	15,73	14,62	14,83	14,00	13,80
	P.13-Personale OTA	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Totale	1.072,77	1.060,61	1.063,93	1.065,32	1.061,77

ANALISI CONSUMI 2011/2012/2013

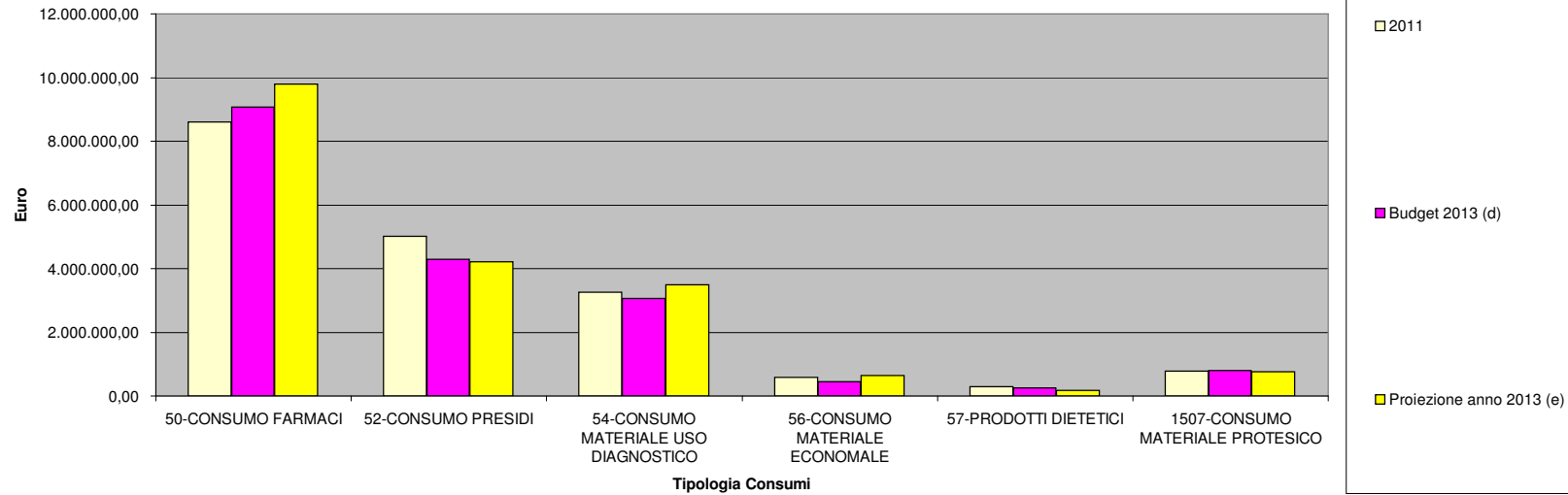
SERVIZIO	
FPLIV2	aggiornato al 27/09/2013
MESE	

IMPORTO

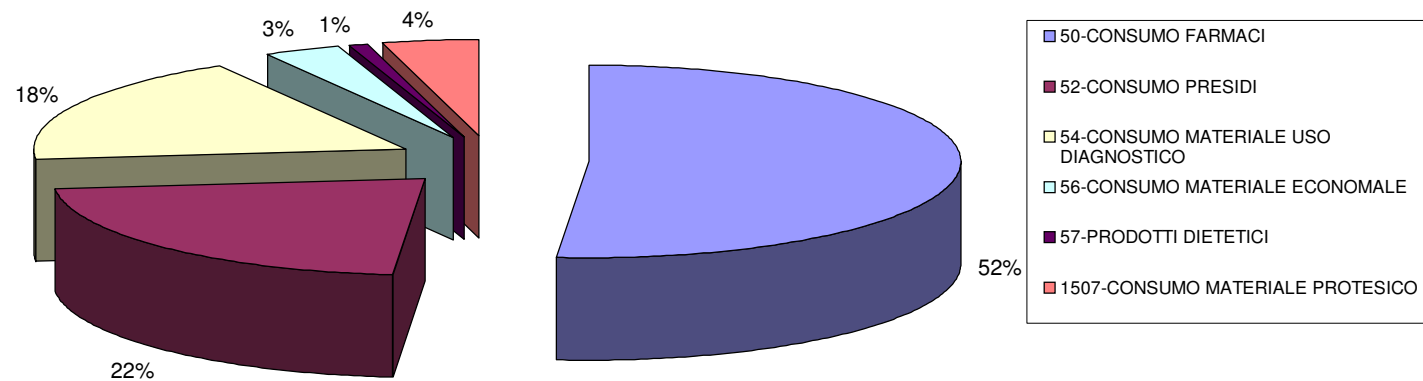
Tipologia Consumi	2011	Consuntivo 2012 (a)	Luglio 2012	Luglio 2013	Budget 2013 (d)	Proiezione anno 2013 (e)	Delta Proiezione anno 2013 (e) - anno 2012 (a)	Delta Proiezione 2013 (e)- budget (d)
50-CONSUMO FARMACI	8.607.222,50	9.273.040,92	5.294.266,15	5.589.386,45	9.070.374,96	9.789.951,58	516.910,66	719.576,62
52-CONSUMO PRESIDI	5.023.258,19	4.558.464,01	2.910.666,25	2.696.880,78	4.294.281,68	4.223.649,47	-334.814,54	-70.632,21
54-CONSUMO MATERIALE USO DIAGNOSTICO	3.262.478,85	3.337.720,54	2.055.187,19	2.148.412,00	3.062.053,89	3.489.122,01	151.401,47	427.068,12
56-CONSUMO MATERIALE ECONOMALE	577.742,12	549.955,57	338.501,90	397.903,77	456.237,53	646.464,30	96.508,73	190.226,77
57-PRODOTTI DIETETICI	283.577,71	268.455,89	161.547,39	101.672,67	262.703,24	168.957,40	-99.498,49	-93.745,84
1507-CONSUMO MATERIALE PROTESICO	778.612,97	908.732,29	519.315,93	439.854,63	797.464,71	769.685,82	-139.046,47	-27.778,89
Totale complessivo	18.532.892,34	18.896.369,22	11.279.484,81	11.374.110,30	17.943.116,00	19.087.830,58	191.461,36	1.144.714,59



Andamento Consumi 2



Composizione Proiezione anno 2013



ANALISI CONSUMI 2011/2012/2013

SERVIZIO	aggiornato al 27/09/2013
FPLIV2	
MESE	

Tipologia Consumi	2011	Consuntivo anno 2012 (a)	Budget 2012	Budget 2013 (d)	Luglio 2012	Luglio 2013	Proiezione anno 2013 (e)	Delta Proiezione anno 2013 (e) - anno 2012 (a)	Delta %Proiezione anno 2013 (e) - anno 2012 (a)	Delta Proiezione anno 2013 (e)- Budget Aziendale 2013 (d)
FI-CONSUMO FARMACI INTERNI	4.027.127,66	3.898.829,12	3.437.305,79	3.696.163,16	2.240.146,10	2.213.495,56	3.849.532,62	-49.296,50	-1,26%	153.369,46
FD- CONSUMO FARMACI DISTRIBUZIONE DIRETTA	4.580.094,84	5.374.211,80	4.364.906,00	5.374.211,80	3.054.120,05	3.375.890,89	5.940.418,96	566.207,16	10,54%	566.207,16
50-CONSUMO FARMACI	8.607.222,50	9.273.040,92	7.802.211,79	9.070.374,96	5.294.266,15	5.589.386,45	9.789.951,58	516.910,66	5,57%	719.576,62
52-CONSUMO PRESIDI	5.023.258,19	4.558.464,01	4.839.722,83	4.294.281,68	2.910.666,25	2.696.880,78	4.223.649,47	-334.814,54	-7,34%	-70.632,21
54-CONSUMO MATERIALE USO DIAGNOSTICO	3.262.478,85	3.337.720,54	3.120.294,87	3.062.053,89	2.055.187,19	2.148.412,00	3.489.122,01	151.401,47	4,54%	427.068,12
56-CONSUMO MATERIALE ECONOMALE	577.742,12	549.955,57	661.023,88	456.237,53	338.501,90	397.903,77	646.464,30	96.508,73	17,55%	190.226,77
57-PRODOTTI DIETETICI	283.577,71	268.455,89	113.192,47	262.703,24	161.547,39	101.672,67	168.957,40	-99.498,49	-37,06%	-93.745,84
1507-CONSUMO MATERIALE PROTESICO	778.612,97	908.732,29	607.614,87	797.464,71	519.315,93	439.854,63	769.685,82	-139.046,47	-15,30%	-27.778,89
Totale complessivo	18.532.892,34	18.896.369,22	17.144.060,72	17.943.116,00	11.279.484,81	11.374.110,30	19.087.830,58	191.461,36	1,01%	1.144.714,59
Totale complessivo AL NETTO FD	13.952.797,50	13.522.157,42	12.779.154,72	12.568.904,20	8.225.364,76	7.998.219,41	13.147.411,63	-374.745,80	-2,77%	578.507,43

STRUTTURA	TIPO DATO RAGGRUPPAMENTO FP	ANNO 2013
1051-NEUROCHIRURGIA (s.o.d.c.)		-1.247.005,08
PM-Primo Margine		2.553.179,17
R-RICAVI		5.724.878,09
10-PRESTAZIONI		5.724.878,09
03-DRG ORDINARI		5.603.086,00
05-DRG DH		72.268,00
07-PRESTAZ. AMBULATORIALI (EFFETTIVE)		35.452,83
08-PRESTAZ. AMBULATORIALI (FIGURATIVE)		14.071,26
CD-Costi Diretti		-3.171.698,92
20-COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE		-933.151,33
21-PERSONALE MEDICO		-767.240,77
34-INCENTIVAZIONE PERSONALE DIPENDENTE		-9.701,17
35-PRESTAZIONI AGGIUNTIVE		-125.071,15
31-PERSONALE AMMINISTRATIVO		-31.138,24
30-ALTRI COSTI DEL PERSONALE		-124.474,39
46-PERSONALE CONTRATTISTA		-124.474,39
51-CONSUMO BENI SANITARI		-1.202.348,46
1907-CONSUMO MATERIALE PROTESICO		-373.465,11
50-CONSUMO FARMACI		-56.296,49
52-CONSUMO PRESIDI		-770.421,75
54-CONSUMO MATERIALE USO DIAGNOSTICO		-2.165,11
55-SERVIZI SANITARI E NON		-11.618,80
58-SERVIZI SANITARI		-443,17
71-SERVIZI NON SANITARI		-11.175,63
60-ALTRI COSTI DIRETTI		-318.938,09
56-CONSUMO MATERIALE ECONOMALE		-1.539,06
61-CANONI		-4.246,28
62-MANUTENZIONI E RIPARAZIONI		-89.620,04
75-AMMORTAMENTI		-223.154,27
77-FORMAZIONE		-378,44
81-ONERI DIVERSI DI GESTIONE		0,00
70-PRESTAZIONI INTERMEDIE		-580.164,25
RIBCOSFIG-Costi per prestazioni figurative		-580.164,25
40-COSTI DEL PERSONALE UNIVERSITARIO		0,00
728-ONERI DIVERSI PER RICERCA		0,00
33333-ONERI STRAORDINARI		-1.003,60
4505303060-SOPRAV.PASSIVE ACQUISTO BENI E SERVIZI		-138,66
4505303070-ALTRE SOPRAVV.PASSIVE VERSO TERZI		-864,94
CI-Costi Indiretti		-3.800.184,25
80-COSTI INDIRETTI		-3.800.184,25
280-COSTI RIBALTATI		-3.800.184,25
RIB CONSUMI CENTRO AMBULATORIALE-Ribaltamento consumi centro ambulatoriale		-266,95
RIB PERSONALE CENTROAMBULATORIALE-Ribaltamento personale centro ambulatoriale		-1.148,04
RIB STAFFDIREZIONE-Ribaltamento Costi Staff Direttore Generale		-102.358,34
RIBACCETTAZIONE-Ribaltamento costi accettazione		-2.948,68
RIBALTRICOSTI CENTRO AMBULATORIALE-Ribaltamento altri costi centro ambulatoriale		-6.586,94
RIBBLOCCO OPERATORIO-Ribaltamento blocco operatorio		-1.444.801,09
RIBCENTRALINO ALTRO-Ribaltamento altri costi centralino		0,00
RIBCENTRALINO-Ribaltamento Centralino		-2.739,72
RIBCOSTI GENERALI-Ribaltamento costi generali		-445.112,36
RIBCOSTI STRUTTURA-Ribaltamento costi di struttura		-395,32
RIBCUP AZIENDALE-Ribaltamento cup aziendale		-22.808,40
RIBDH CENTRALIZZATO CHIRURGICO-Ribaltamento DH centralizzato chirurgico		-3.493,87
RIBDH CENTRALIZZATO MEDICO-Ribaltamento DH centralizzato medico		-133,72
RIBDIREZIONE AMMINISTRATIVA-Ribaltamento Direzione e Dipartimento Amministrativo		-95.286,72
RIBDIREZIONE DI PRESIDIO OSPEDALIERO-Ribaltamento direzione di presidio ospedaliero		-10.145,02
RIBFARMACIA-Ribaltamento farmacia		-46.293,21
RIBGESTIONE ARMADIETTI-Ribaltamento gestione armadietti		-936,83
RIBLACTARIUM CUC DIVEZZI BANC LATT-Ribaltamento lactarium cucina divezzi banca del latte		-86.930,92
RIBLAVANOLO DEGENZA-Ribaltamento lavanolo degenza		-21.549,95
RIBLAVANOLO DH-Ribaltamento lavanolo DH		-98,84
RIBLAVANOLO DIVISE-Ribaltamento lavanolo divise		-2.938,84
RIBLAVANOLO LOGISTICA-Ribaltamento lavanolo logistica		-1.040,42
RIBLAVANOLO POSTI LETTO GENITORI-Ribaltamento lavanolo posti letto genitori		-5.883,74
RIBLUDOTECA-Ribaltamento Ludoteca		-3.207,53
RIBMENZA DIPENDENTI-Ribaltamento mensa dipendenti		-1.484,55
RIBPRESTAZIONI CAREGGI ALTRO-Ribaltamento FP residui su cdc 520		-8.040,23
RIBPULIZIE-Ribaltamento Pulizie		-1.500,82
RIBSTERILIZZAZIONE-Ribaltamento sterilizzazione		-25.930,86
RIBTRANSITI-Ribaltamento costi da rep di transito		35.617,83
RIBUFFICIO INFERMIERISTICO E TECNICO-Ribaltamento ufficio infermieristico e tecnico		0,00
RIBUTENZE ACQUA POTABILE-Ribaltamento acqua potabile		-88,63
RIBUTENZE COMBUSTIBILI RISCALDAMENTO-Ribaltamento combustibili per riscaldamento		-410,50
RIBUTENZE ENERGIA ELETTRICA-Ribaltamento energia elettrica		-1.100,91
RIBWEEKHOSPITAL-Ribaltamento Week Hospital		-44.927,09
RIBWEEKHOSPITAL INTERMEDIE CH E NCH-ribaltamento Prestazioni intermedie wh chirurgia e neurochirurgi		-431,71
RIBNEURODEGENZA-Ribaltamento costi comuni neuroscienze degenza		-1.359.474,02
RIBCOSTIDIP-Ribaltamento costi comuni dipartimento		-21.308,60
RIBDIREZIONE SANITARIA-Ribaltamento Costi Direzione sanitaria		-20.156,56
RIBDIREZIONE TECNICA-Ribaltamento costi direzione tecnica		-347,55
RIBPRESTAZIONI CAREGGI-Ribaltamento Prestazioni richieste a Careggi		-43.494,60
Totale complessivo		-1.247.005,08

SDO 2013

STATO_SDO	D - Dimesso
CDC_GERARCHIA	18587-Budget 2012
PROD_MINIST_DRG_PA_FAR	\$-NA
MESE_COMPETENZA	(Tutto)

Casi			ANNO_COMPETENZA
Medico dimettente	Regime	Reparto dimettente	2013
BBERNO-BERNOCCHI - BARBARA	2 - Day Hospital	151-DH ORTOPEDIA	45
	2 - Day Hospital Totale		45
BBERNO-BERNOCCHI - BARBARA Totale			45
002574-DANTI - DANTE ALFREDO	1 - Ordinario	18900-CHIRURGIA	1
		18903-Chirurgia - Urologia	11
	1 - Ordinario Totale		12
	2 - Day Hospital	192-DH Day Surgery Chirurgia	11
		193-DH Chirurgia diagnostica	6
		218-Day Surgery in WH	5
	2 - Day Hospital Totale		22
002574-DANTI - DANTE ALFREDO Totale			34
345-BAGGI - ROBERTO	1 - Ordinario	16-RIANIMAZIONE PED.	1
		18805-WH - Chirurgia pediatrica	1
		202-RIANIMAZIONE SUBINTENSIVA	1
		205-WEEK HOSPITAL - Pediatria	2
	1 - Ordinario Totale		5
	2 - Day Hospital	69-DH RIANIMAZIONE PED.	19
	2 - Day Hospital Totale		19
345-BAGGI - ROBERTO Totale			24
APAGLI-PAGLIAZZI - ALESSANDRO	1 - Ordinario	18806-WH - Ortopedia	12
	1 - Ordinario Totale		12
	2 - Day Hospital	151-DH ORTOPEDIA	10
	2 - Day Hospital Totale		10
APAGLI-PAGLIAZZI - ALESSANDRO Totale			22
GSPINE-SPINELLI - GIUSEPPE	1 - Ordinario	171-Clinica di Neurologia Pediatrica	1
		18811-WH - Chirurgia Neonatale	1
		18815-WH - Maxillo Facciale	6
		18900-CHIRURGIA	2
		214-Appoggio in DS	2
	1 - Ordinario Totale		12
2 - Day Hospital		163-DH MAXILLO FACIALE	5
		193-DH Chirurgia diagnostica	1
		218-Day Surgery in WH	1
	2 - Day Hospital Totale		7
GSPINE-SPINELLI - GIUSEPPE Totale			19
919999-LO PICCOLO - ROBERTO	1 - Ordinario	18805-WH - Chirurgia pediatrica	5
		18900-CHIRURGIA	1
		18903-Chirurgia - Urologia	1
	1 - Ordinario Totale		7
	2 - Day Hospital	192-DH Day Surgery Chirurgia	11
	2 - Day Hospital Totale		11
919999-LO PICCOLO - ROBERTO Totale			18
ANOVEM-NOVEMBRI - ALESSANDRA	2 - Day Hospital	151-DH ORTOPEDIA	18
	2 - Day Hospital Totale		18
ANOVEM-NOVEMBRI - ALESSANDRA Totale			18
008648-PINZAUTI - ENRICO	1 - Ordinario	18900-CHIRURGIA	2
		18903-Chirurgia - Urologia	1
		18904-Chirurgia - Ustioni	2
		214-Appoggio in DS	1
	1 - Ordinario Totale		6
	2 - Day Hospital	192-DH Day Surgery Chirurgia	3
2 - Day Hospital		193-DH Chirurgia diagnostica	1
		218-Day Surgery in WH	3
	2 - Day Hospital Totale		7
008648-PINZAUTI - ENRICO Totale			13
0001000143-LAZZERI - SIMONE	1 - Ordinario	10100-NEUROCHIRURGIA	1
		171-Clinica di Neurologia Pediatrica	1
		196-Trauma center	1
		206-WEEK HOSPITAL - Trauma Center	1
		214-Appoggio in DS	5
	1 - Ordinario Totale		9
2 - Day Hospital		211-DH TRAUMA CENTER	3
	2 - Day Hospital Totale		3
0001000143-LAZZERI - SIMONE Totale			12
564-MUSSA - FEDERICO	2 - Day Hospital	218-Day Surgery in WH	7
		226-DH Neurochirurgia Diagnostica	5
	2 - Day Hospital Totale		12
564-MUSSA - FEDERICO Totale			12
990032-CENTONZE - NICOLA	1 - Ordinario	18902-Chirurgia - Neonatale	1
		214-Appoggio in DS	1
	1 - Ordinario Totale		2
	2 - Day Hospital	192-DH Day Surgery Chirurgia	3
		193-DH Chirurgia diagnostica	5
	2 - Day Hospital Totale		8
990032-CENTONZE - NICOLA Totale			10
005502-NOCCIOLI - BRUNO	1 - Ordinario	18811-WH - Chirurgia Neonatale	1

Casi			ANNO_COMPETENZA
Medico dimettente	Regime	Reparto dimettente	2013
005502-NOCCIOLI - BRUNO	1 - Ordinario	18902-Chirurgia - Neonatale	1
		214-Appoggio in DS	1
	1 - Ordinario Totale		3
	2 - Day Hospital	192-DH Day Surgery Chirurgia	3
		193-DH Chirurgia diagnostica	3
2 - Day Hospital Totale			6
005502-NOCCIOLI - BRUNO Totale			9
0001000401-DORTONA - MARIA TERESA	1 - Ordinario	196-Trauma center	5
		206-WEEK HOSPITAL - Trauma Center	2
	1 - Ordinario Totale		7
	2 - Day Hospital	211-DH TRAUMA CENTER	1
2 - Day Hospital Totale			1
0001000401-DORTONA - MARIA TERESA Totale			8
0001000397-GHIONZOLI - MARCO	1 - Ordinario	18900-CHIRURGIA	2
		196-Trauma center	1
	1 - Ordinario Totale		3
	2 - Day Hospital	192-DH Day Surgery Chirurgia	4
2 - Day Hospital Totale			4
0001000397-GHIONZOLI - MARCO Totale			7
002896-ELIA - ANTONIO	1 - Ordinario	18804-WH - Urologia	3
		18903-Chirurgia - Urologia	3
	1 - Ordinario Totale		6
	2 - Day Hospital	193-DH Chirurgia diagnostica	1
2 - Day Hospital Totale			1
002896-ELIA - ANTONIO Totale			7
2431-CIARDINI - ENRICO	1 - Ordinario	214-Appoggio in DS	1
	1 - Ordinario Totale		1
	2 - Day Hospital	193-DH Chirurgia diagnostica	5
		218-Day Surgery in WH	1
2 - Day Hospital Totale			6
2431-CIARDINI - ENRICO Totale			7
I00001-PANCANI - SIMONE	1 - Ordinario	18811-WH - Chirurgia Neonatale	1
		18900-CHIRURGIA	2
		18903-Chirurgia - Urologia	1
		18904-Chirurgia - Ustioni	1
	1 - Ordinario Totale		5
	2 - Day Hospital	192-DH Day Surgery Chirurgia	1
		193-DH Chirurgia diagnostica	1
	2 - Day Hospital Totale		2
I00001-PANCANI - SIMONE Totale			7
0001000661-DI GIACINTO - SALVATORE	1 - Ordinario	206-WEEK HOSPITAL - Trauma Center	6
	1 - Ordinario Totale		6
0001000661-DI GIACINTO - SALVATORE Totale			6
0001000243-SCAGNET - MIRKO	1 - Ordinario	10100-NEUROCHIRURGIA	1
		10101-Neurochirurgia Diagnostica	1
		171-Clinica di Neurologia Pediatrica	1
		214-Appoggio in DS	1
	1 - Ordinario Totale		4
	2 - Day Hospital	192-DH Day Surgery Chirurgia	1
		226-DH Neurochirurgia Diagnostica	1
	2 - Day Hospital Totale		2
0001000243-SCAGNET - MIRKO Totale			6
0001000656-DE SIMONE - VITO	1 - Ordinario	196-Trauma center	4
		206-WEEK HOSPITAL - Trauma Center	1
	1 - Ordinario Totale		5
0001000656-DE SIMONE - VITO Totale			5
0001000244-MURA - REGINA	1 - Ordinario	10100-NEUROCHIRURGIA	3
	1 - Ordinario Totale		3
	2 - Day Hospital	226-DH Neurochirurgia Diagnostica	2
	2 - Day Hospital Totale		2
0001000244-MURA - REGINA Totale			5
GSIMON-SIMONINI - GABRIELE	2 - Day Hospital	92-DH REUMATOLOGIA	5
	2 - Day Hospital Totale		5
GSIMON-SIMONINI - GABRIELE Totale			5
0001000670-SCROFANI - RAFFAELE	1 - Ordinario	10100-NEUROCHIRURGIA	3
	1 - Ordinario Totale		3
	2 - Day Hospital	226-DH Neurochirurgia Diagnostica	1
	2 - Day Hospital Totale		1
0001000670-SCROFANI - RAFFAELE Totale			4
0001000211-PENNICA - MICHELE	1 - Ordinario	202-RIANIMAZIONE SUBINTENSIVA	4
	1 - Ordinario Totale		4
0001000211-PENNICA - MICHELE Totale			4
MSANZO-SANZO - MASSIMILIANO	1 - Ordinario	18808-WH - Neurochirurgia	1
	1 - Ordinario Totale		1
	2 - Day Hospital	226-DH Neurochirurgia Diagnostica	3
	2 - Day Hospital Totale		3
MSANZO-SANZO - MASSIMILIANO Totale			4
200104-LACITIGNOLA - LAURA	2 - Day Hospital	8-DH SERV.NUTRIZIONALE	2
		221-DH Gastro-Nutrizionale	2
	2 - Day Hospital Totale		4
200104-LACITIGNOLA - LAURA Totale			4
270502-MESSINEO - ANTONIO	1 - Ordinario	18805-WH - Chirurgia pediatrica	1

Casi			ANNO_COMPETENZA
Medico dimettente	Regime	Reparto dimettente	2013
270502-MESSINEO - ANTONIO	1 - Ordinario	18900-CHIRURGIA	2
	1 - Ordinario Totale		3
	2 - Day Hospital	193-DH Chirurgia diagnostica	1
	2 - Day Hospital Totale		1
	270502-MESSINEO - ANTONIO Totale		4
565-GIORDANO - FLAVIO	1 - Ordinario	10100-NEUROCHIRURGIA	1
		18808-WH - Neurochirurgia	1
		19000-PEDIATRIA MEDICA B	1
		214-Appoggio in DS	1
	1 - Ordinario Totale		4
565-GIORDANO - FLAVIO Totale			4
990038-LANDI - LUCA	1 - Ordinario	19000-PEDIATRIA MEDICA B	1
		18700-PEDIATRIA MEDICA A	1
	1 - Ordinario Totale		2
	2 - Day Hospital	192-DH Day Surgery Chirurgia	1
	2 - Day Hospital Totale		1
990038-LANDI - LUCA Totale			3
0001000226-TAVERNA - MARIA	1 - Ordinario	10100-NEUROCHIRURGIA	1
		18805-WH - Chirurgia pediatrica	1
		18900-CHIRURGIA	1
	1 - Ordinario Totale		3
0001000226-TAVERNA - MARIA Totale			3
CBRAGG-BRAGGION - CESARE	2 - Day Hospital	68-DH FIBROSI CIST.	3
	2 - Day Hospital Totale		3
CBRAGG-BRAGGION - CESARE Totale			3
008172-DE SIMONE - LUCIANO	2 - Day Hospital	99-DH CARDIOLOGIA	3
	2 - Day Hospital Totale		3
008172-DE SIMONE - LUCIANO Totale			3
008219-POLLINI - IVA	2 - Day Hospital	99-DH CARDIOLOGIA	3
	2 - Day Hospital Totale		3
008219-POLLINI - IVA Totale			3
009037-DINI - ALESSANDRO	1 - Ordinario	19000-PEDIATRIA MEDICA B	3
	1 - Ordinario Totale		3
009037-DINI - ALESSANDRO Totale			3
009424-RASPI - MARINA	1 - Ordinario	217-SRL	3
	1 - Ordinario Totale		3
009424-RASPI - MARINA Totale			3
990026-TRAPANI - SANDRA	1 - Ordinario	18700-PEDIATRIA MEDICA A	3
	1 - Ordinario Totale		3
990026-TRAPANI - SANDRA Totale			3
990050-CALABRI - GIOVANNI	2 - Day Hospital	99-DH CARDIOLOGIA	2
	2 - Day Hospital Totale		2
990050-CALABRI - GIOVANNI Totale			2
CMARIN-MARINI - CARLA	1 - Ordinario	171-Clinica di Neurologia Pediatrica	2
	1 - Ordinario Totale		2
CMARIN-MARINI - CARLA Totale			2
RGELLI-GELLI - RICCARDO	1 - Ordinario	18805-WH - Chirurgia pediatrica	2
	1 - Ordinario Totale		2
RGELLI-GELLI - RICCARDO Totale			2
0001000652-BRACCESI - GIULIA	2 - Day Hospital	6-DH DIABETOLOGIA	2
	2 - Day Hospital Totale		2
0001000652-BRACCESI - GIULIA Totale			2
0001000102-BERTOCCHINI - ALESSIA	1 - Ordinario	18805-WH - Chirurgia pediatrica	1
		214-Appoggio in DS	1
	1 - Ordinario Totale		2
0001000102-BERTOCCHINI - ALESSIA Totale			2
009471-TAMBURINI - ANGELA	1 - Ordinario	18600-ONCOEMATOLOGIA	2
	1 - Ordinario Totale		2
009471-TAMBURINI - ANGELA Totale			2
009440-DONATI - PIERARTURO	1 - Ordinario	18808-WH - Neurochirurgia	1
	1 - Ordinario Totale		1
	2 - Day Hospital	226-DH Neurochirurgia Diagnostica	1
	2 - Day Hospital Totale		1
	009440-DONATI - PIERARTURO Totale		2
990024-POGGI - GIOVANNI	1 - Ordinario	19000-PEDIATRIA MEDICA B	2
	1 - Ordinario Totale		2
990024-POGGI - GIOVANNI Totale			2
0001000120-CUCCA - GIUSEPPE	1 - Ordinario	206-WEEK HOSPITAL - Trauma Center	2
	1 - Ordinario Totale		2
0001000120-CUCCA - GIUSEPPE Totale			2
008844-CRISTIANO - ROSA	1 - Ordinario	19000-PEDIATRIA MEDICA B	2
	1 - Ordinario Totale		2
008844-CRISTIANO - ROSA Totale			2
0001000156-MELANI - FEDERICO	1 - Ordinario	171-Clinica di Neurologia Pediatrica	2
	1 - Ordinario Totale		2
0001000156-MELANI - FEDERICO Totale			2
990011-SEMINARA - SALVATORE	2 - Day Hospital	110-DH AUXOLOGIA	2
	2 - Day Hospital Totale		2
990011-SEMINARA - SALVATORE Totale			2
008650-VENERUSO - GIUSEPPINA	2 - Day Hospital	113-DH ADOZIONI / IMMIGRAZIONI	1
		3-DH MALATTIE INFETTIVE	1
	2 - Day Hospital Totale		2

Casi			ANNO_COMPETENZA
Medico dimettente	Regime	Reparto dimettente	2013
008650-VENERUSO - GIUSEPPINA Totale			2
ISFORZ-SFORZI - IDANNA	1 - Ordinario	196-Trauma center	2
	1 - Ordinario Totale		2
ISFORZ-SFORZI - IDANNA Totale			2
NPARRI-PARRI - NICCOLO	1 - Ordinario	196-Trauma center	2
	1 - Ordinario Totale		2
NPARRI-PARRI - NICCOLO Totale			2
0001000360-CAZZANIGA - ANNAMARIA	1 - Ordinario	16-RIANIMAZIONE PED. 202-RIANIMAZIONE SUBINTENSIVA	1
	1 - Ordinario Totale		1
0001000360-CAZZANIGA - ANNAMARIA Totale			2
0001000361-MALAFRONTI - MARIALUISA	1 - Ordinario	205-WEEK HOSPITAL - Pediatria	2
	1 - Ordinario Totale		2
0001000361-MALAFRONTI - MARIALUISA Totale			2
0001000384-LORENZONI - ANTONELLA	1 - Ordinario	196-Trauma center 214-Appoggio in DS	1
	1 - Ordinario Totale		1
0001000384-LORENZONI - ANTONELLA Totale			2
90704-SPACCA - BARBARA	2 - Day Hospital	226-DH Neurochirurgia Diagnostica	2
	2 - Day Hospital Totale		2
90704-SPACCA - BARBARA Totale			2
004857-MATERASSI - MARCO	2 - Day Hospital	94-DH NEFROLOGIA	2
	2 - Day Hospital Totale		2
004857-MATERASSI - MARCO Totale			2
250705-PISANO - TIZIANA	1 - Ordinario	171-Clinica di Neurologia Pediatrica	1
	1 - Ordinario Totale		1
250705-PISANO - TIZIANA Totale			1
ECARIA-CARIATI - ETTORE	2 - Day Hospital	159-DH DIFETTI CONGENITI	1
	2 - Day Hospital Totale		1
ECARIA-CARIATI - ETTORE Totale			1
RCIMAZ-CIMAZ - ROLANDO	2 - Day Hospital	92-DH REUMATOLOGIA	1
	2 - Day Hospital Totale		1
RCIMAZ-CIMAZ - ROLANDO Totale			1
0001000624-GRECO - CESARE	1 - Ordinario	202-RIANIMAZIONE SUBINTENSIVA	1
	1 - Ordinario Totale		1
0001000624-GRECO - CESARE Totale			1
99999-DANTI - DANTE	1 - Ordinario	189-CHIRURGIA	1
	1 - Ordinario Totale		1
99999-DANTI - DANTE Totale			1
FMARI-MARI - FRANCESCO	1 - Ordinario	171-Clinica di Neurologia Pediatrica	1
	1 - Ordinario Totale		1
FMARI-MARI - FRANCESCO Totale			1
0001000391-NALDINI - SARA	2 - Day Hospital	115-DH GASTROENTEROLOGIA	1
	2 - Day Hospital Totale		1
0001000391-NALDINI - SARA Totale			1
005023-MESSERI - ANDREA	1 - Ordinario	217-SRL	1
	1 - Ordinario Totale		1
005023-MESSERI - ANDREA Totale			1
006570-REPETTO - TERESA	2 - Day Hospital	68-DH FIBROSI CIST.	1
	2 - Day Hospital Totale		1
006570-REPETTO - TERESA Totale			1
990017-AZZARI - CHIARA	2 - Day Hospital	89-DH IMMUNOLOGIA	1
	2 - Day Hospital Totale		1
990017-AZZARI - CHIARA Totale			1
0001000313-ROMAGNANI - PAOLA	2 - Day Hospital	94-DH NEFROLOGIA	1
	2 - Day Hospital Totale		1
0001000313-ROMAGNANI - PAOLA Totale			1
0001000299-SPAZIANI - GAIA	2 - Day Hospital	99-DH CARDIOLOGIA	1
	2 - Day Hospital Totale		1
0001000299-SPAZIANI - GAIA Totale			1
0001000297-GIUGNI - CRISTINA	1 - Ordinario	202-RIANIMAZIONE SUBINTENSIVA	1
	1 - Ordinario Totale		1
0001000297-GIUGNI - CRISTINA Totale			1
0001000282-MELOSÌ - FRANCESCA	1 - Ordinario	202-RIANIMAZIONE SUBINTENSIVA	1
	1 - Ordinario Totale		1
0001000282-MELOSÌ - FRANCESCA Totale			1
0001000259-CAMPANACCI - DOMENICO ANDREA	1 - Ordinario	214-Appoggio in DS	1
	1 - Ordinario Totale		1
0001000259-CAMPANACCI - DOMENICO ANDREA Totale			1
AMAIAN-MAIANDI - ABIGAIL	2 - Day Hospital	159-DH DIFETTI CONGENITI	1
	2 - Day Hospital Totale		1
AMAIAN-MAIANDI - ABIGAIL Totale			1
I00004-CAPUTO - ROBERTO	2 - Day Hospital	166-DH OCULISTICA	1
	2 - Day Hospital Totale		1
I00004-CAPUTO - ROBERTO Totale			1
M001-MEDICO - PROVA	2 - Day Hospital	218-Day Surgery in WH	1
	2 - Day Hospital Totale		1
M001-MEDICO - PROVA Totale			1
008306-PUCCI - NERI	2 - Day Hospital	93-DH ALLERGOLOGIA	1
	2 - Day Hospital Totale		1
008306-PUCCI - NERI Totale			1
0001000157-ROSATI - ANNA	1 - Ordinario	171-Clinica di Neurologia Pediatrica	1

Casi			ANNO_COMPETENZA
Medico dimettente	Regime	Reparto dimettente	2013
0001000157-ROSATI - ANNA	1 - Ordinario Totale		1
0001000157-ROSATI - ANNA Totale			1
008745-TACCETTI - GIOVANNI	2 - Day Hospital	68-DH FIBROSI CIST.	1
	2 - Day Hospital Totale		1
008745-TACCETTI - GIOVANNI Totale			1
0001000150-BACCI - GIACOMO MARIA	2 - Day Hospital	218-Day Surgery in WH	1
	2 - Day Hospital Totale		1
0001000150-BACCI - GIACOMO MARIA Totale			1
0001000149-FALCHI - MELANIA	1 - Ordinario	171-Clinica di Neurologia Pediatrica	1
	1 - Ordinario Totale		1
0001000149-FALCHI - MELANIA Totale			1
ISARDI-SARDI - IACOPO	1 - Ordinario	18600-ONCOEMATOLOGIA	1
	1 - Ordinario Totale		1
ISARDI-SARDI - IACOPO Totale			1
008764-GALLI - LUISA	2 - Day Hospital	113-DH ADOZIONI / IMMIGRAZIONI	1
	2 - Day Hospital Totale		1
008764-GALLI - LUISA Totale			1
NPIERO-PIEROSSI - NICOLA	2 - Day Hospital	165-DH OTORINO	1
	2 - Day Hospital Totale		1
NPIERO-PIEROSSI - NICOLA Totale			1
LFILIP-FILIPPI - LUCA	1 - Ordinario	81-T.I.N.- TER.INT.NEONAT.	1
	1 - Ordinario Totale		1
LFILIP-FILIPPI - LUCA Totale			1
009472-TINTORI - VERONICA	1 - Ordinario	18500-ONCOEMATOLOGIA TRAPIANTI	1
	1 - Ordinario Totale		1
009472-TINTORI - VERONICA Totale			1
0001000129-NASSI - NICCOLO	1 - Ordinario	205-WEEK HOSPITAL - Pediatria	1
	1 - Ordinario Totale		1
0001000129-NASSI - NICCOLO Totale			1
009547-BUSSOLIN - LEONARDO	1 - Ordinario	196-Trauma center	1
	1 - Ordinario Totale		1
009547-BUSSOLIN - LEONARDO Totale			1
0001000630-FACCHINI - FLAVIO	1 - Ordinario	18805-WH - Chirurgia pediatrica	1
	1 - Ordinario Totale		1
0001000630-FACCHINI - FLAVIO Totale			1
Totale complessivo			418,00

Selezioni correnti

Campi Valori V = SCO

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

CEN_LIV2

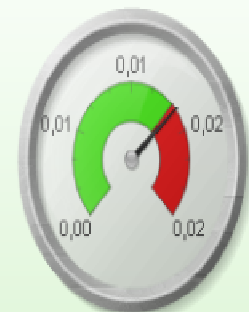
dip-10-direzione aziendale e staff
dip-15-direzione sanitaria aziendale
dip-20-direzione amministrativa azienda
dip-21-dip. dei servizi amministrativi
dip-22-dip. gest. e svil. risorse umane
dip-23-direzione amministrativa di presic
dip-26-dip. dei trapianti
dip-30-dip. di emerg. urg. e acc (e.a.s.)
dip-35-dip. oncologico
dip-40-dip. di area medica
dip-45-dip. di chirurgia polispécialistico
dip-50-dip. cardiologico
dip-55-dip. neuroscienze
dip-60-dip. materno infantile
dip-65-dip. di salute mentale
dip-70-dip. di medicina di laboratorio
dip-75-dip. di tecnologie avanzate
dip-90-costi generali dazienda (centri te
dip-99-gestione extra-caratteristica
nia-non in anagrafe

TipoConsumi

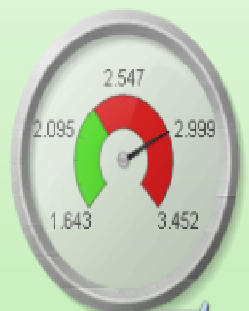
V = Godimento beni di terzi

Clear selections

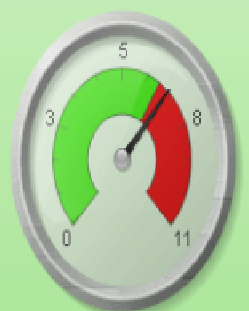
Consumi/Tarif = 0,01



Consumi/PL = 2974,64



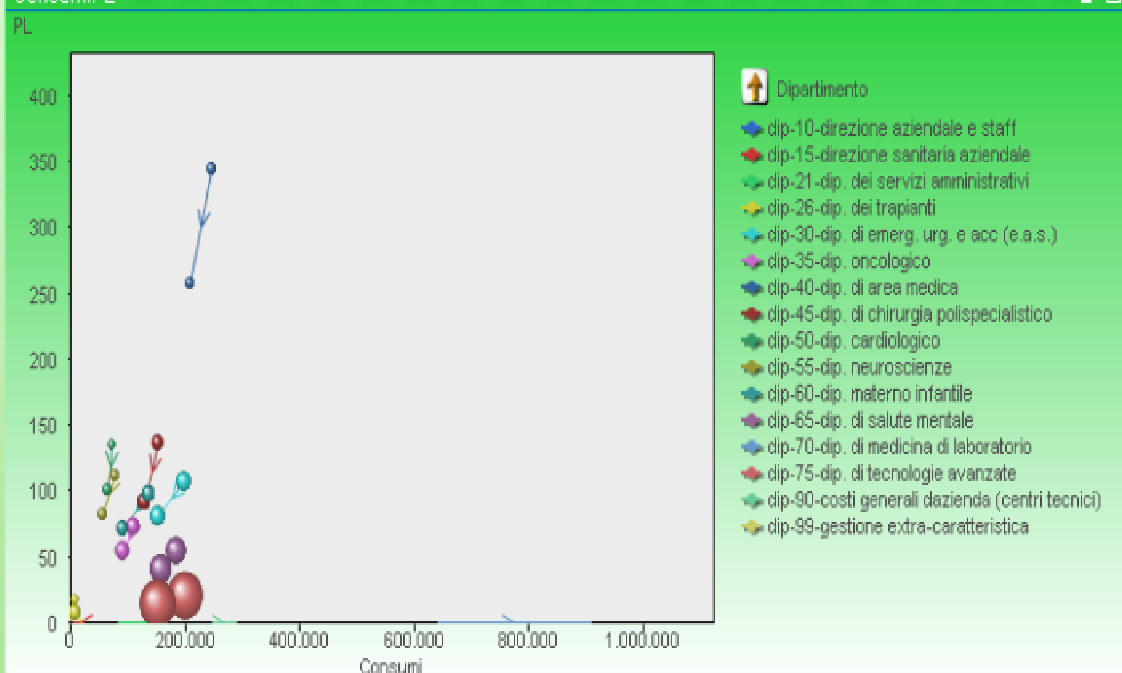
Consumi/GG = 7,05



ConsumiPL

Dipartimento	Consumi2006	PL2006	Consumi2007	PL2007	ConsumiPL20...	ConsumiPL20...	ConsumiPLSc...
dip-26-dip. dei trapianti	10.343,35	9,27	9.953,40	18,20	1.115,19	546,89	-50,96%
dip-60-dip. materno infantile	139.075,74	98,39	92.190,45	72,53	1.413,49	1.271,15	-10,07%
dip-55-dip. neuroscienze	78.668,23	111,59	58.078,49	82,98	704,97	699,88	-0,72%
dip-10-direzione aziendale e staff	13.702,35	0,00	11.428,03	0,00	-	-	-
dip-15-direzione sanitaria aziendale	25.824,31	0,00	7.480,13	0,00	-	-	-
dip-21-dip. dei servizi amministrativi	168.572,57	0,00	83.513,41	0,00	-	-	-
dip-70-dip. di medicina di laboratorio	643.334,70	0,00	910.505,19	0,00	-	-	-
dip-90-costi generali dazienda (centri...	249.348,01	0,00	291.071,24	0,00	-	-	-
dip-99-gestione extra-caratteristica	1.181,23	0,00	983,76	0,00	-	-	-
dip-30-dip. di emerg. urg. e acc (e.a.s.)	199.022,56	107,00	153.557,61	81,80	1.860,02	1.877,23	0,93%
dip-75-dip. di tecnologie avanzate	202.700,93	20,83	154.683,96	15,29	9.729,64	10.115,57	3,97%
dip-35-dip. oncologico	112.119,77	73,11	91.779,28	54,65	1.533,61	1.679,40	9,51%
dip-40-dip. di area medica	248.481,44	344,82	211.209,07	258,68	720,60	816,50	13,31%
dip-65-dip. di salute mentale	186.301,70	54,50	160.732,63	40,83	3.418,38	3.936,31	15,15%
dip-50-dip. cardiologico	72.905,29	136,08	65.716,72	100,81	535,77	651,90	21,67%
dip-45-dip. di chirurgia polispécialistico	154.288,93	137,33	129.803,20	92,04	1.123,46	1.410,27	25,53%

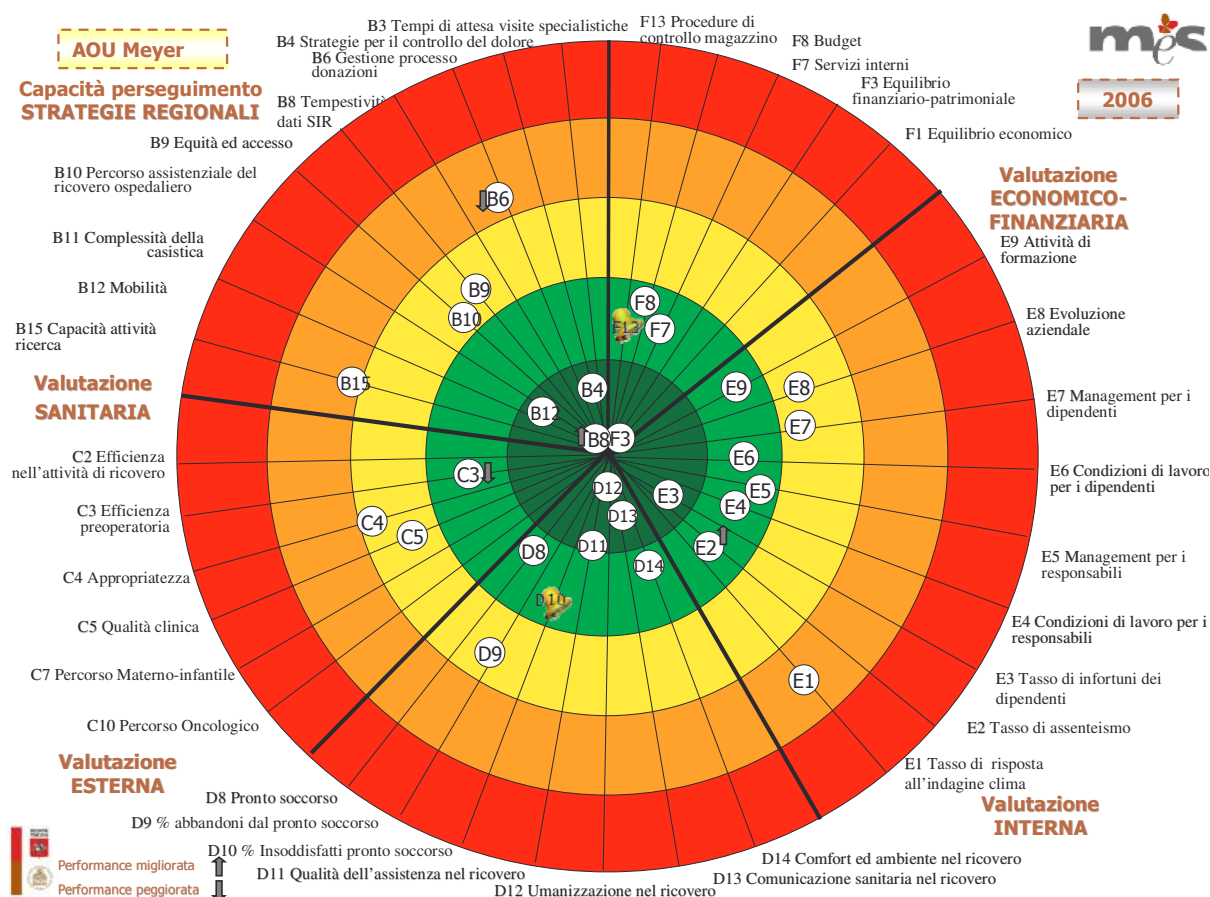
ConsumiPL



La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

Questa azienda è certamente particolare rispetto alle altre in quanto si tratta di un ospedale pediatrico. La performance nel 2006 risulta complessivamente molto positiva nella maggior parte degli indicatori registrandone ben 20 nelle fasce verdi.

Gli unici indicatori in fascia arancione sono il tasso di risposta all'indagine di clima (E1), su cui forse il personale ha ricevuto un'insufficiente informazione, e il B6 relativo alle donazioni di organi.





La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, in quanto ospedale pediatrico di riferimento regionale, si rivolge ad una tipologia di utenti peculiare e, per questo motivo, la sua valutazione va letta alla luce di tale specificità.

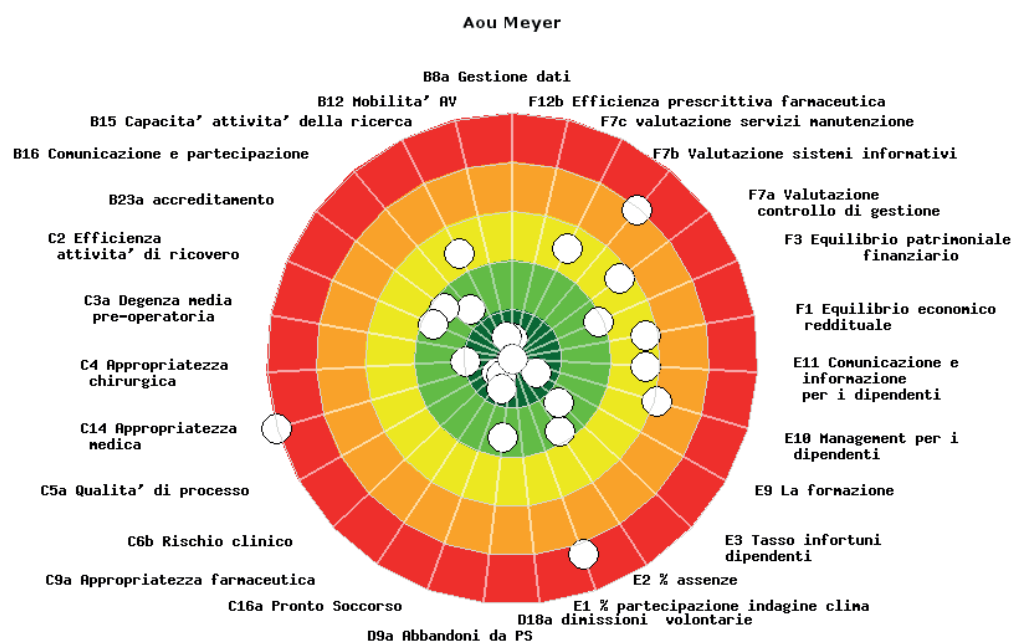
Complessivamente, la performance 2012 è molto buona; il sistema di valutazione mette tuttavia in luce alcune aree che potrebbero essere presidiate con più attenzione.

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 quanto in leggero peggioramento rispetto al 2011, resta best practice regionale per l'indicatore B12.2.2.2 - Percentuale di attrazioni extra regione per DRG ad alta complessità). Rispetto alla valutazione dell'attività di ricerca, l'Azienda presenta complessivamente una performance in linea con la media regionale. In particolare, considerando solo le specialità scientifiche di riferimento aziendale (quali ad esempio la pediatria), l'Azienda ha performance buone sia in riferimento al confronto dell'impact factor mediano aziendale rispetto a quello della stessa specialità delle altre aziende considerate, sia in riferimento allo scostamento percentuale dell'impact factor mediano rispetto a quello di specialità riportato dal Journal Citation Report (indicatori B15.4.1 e B15.4.2).

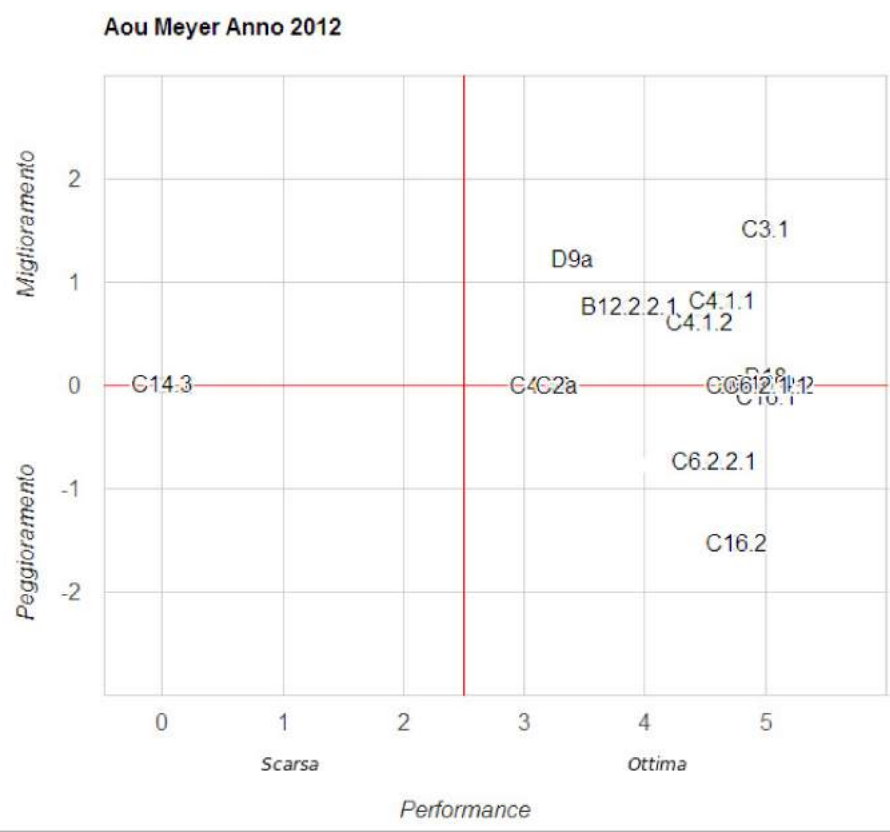
L'Azienda conferma un'ottima capacità di uso efficiente delle risorse: è in grado di contenere i tempi di ospedalizzazione (l'indice di performance della degenza media per i ricoveri programmati - C2a.1 - è il migliore della Toscana) e di pre-ospedalizzazione (anche la degenza media pre-operatoria per ricoveri maggiori di 1 giorno - indicatore C3.1 - è la più bassa della Regione. Relativamente all'appropriatezza il quadro è eterogeneo: positivo sul versante della chirurgia (C4a, sia per quanto i DRG medici dimessi da reparti chirurgici, sia per quanto riguarda i DRG LEA Chirurgici). Dal lato dell'appropriatezza medica si registra, rispetto all'anno precedente, un progressivo miglioramento nella percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (C14.2), seppure il valore sia ancora sopra la media regionale, mentre permane una elevata percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (C14.3). A questo proposito, il confronto con i dati dei soli ricoveri pediatrici delle altre aziende toscane e con quelli delle altre realtà pediatriche di rilevanza nazionale ridimensiona il significato critico di questo indicatore, in quanto si tratta di comportamento specificamente pediatrico.

L'utenza riconosce l'elevata qualità del servizio: la percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero (D18) continua ad essere la più bassa dell'intera Toscana. Ottimi risultati anche nella gestione del rischio clinico: in particolare, il Meyer ha il numero più basso di richieste di risarcimento per eventi in strutture ospedaliere (C6.1.1). Il Pronto Soccorso è un punto di forza dell'Azienda, come emerge sia dai dati di attività (indicatore C16a), sia dal numero limitato di abbandoni dal Pronto Soccorso (D9a).

Positivi anche i dati sul versante della dimensione interna, come emerge dalla bassa percentuale di assenza dei lavoratori (E2) e il basso tasso di infortuni (E3). In merito all'indagine sul clima interno, condotta nel 2012, il dato mette in luce una bassa adesione dei dipendenti alla rilevazione, in linea con le altre aziende ospedaliero-universitarie.



Mappa di performance ospedaliera





La performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, in quanto ospedale pediatrico di riferimento regionale, si rivolge ad una tipologia di utenti peculiare e per questo motivo la sua valutazione va letta alla luce di tale specificità.

Complessivamente, la performance 2013 è molto buona; il sistema di valutazione mette tuttavia in luce alcune aree che potrebbero essere ulteriormente migliorate.

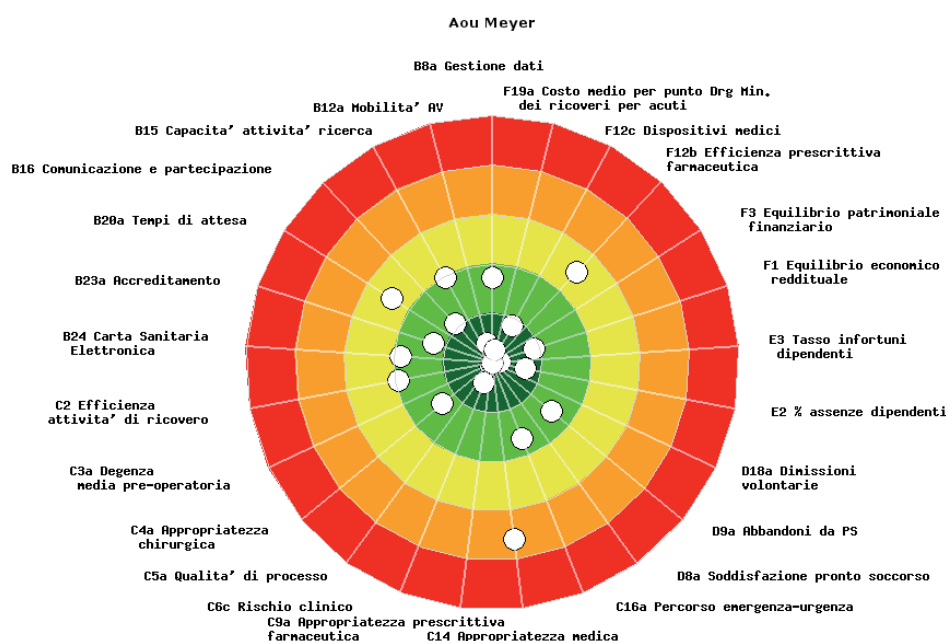
In merito alla capacità di perseguimento delle strategie regionali, l'Azienda registra ottimi risultati: si conferma un polo di attrazione a livello nazionale, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni ad alta complessità (B12.2.2.2), per le quali resta best practice regionale, con una ripresa rispetto al calo osservato nel 2012. Sulla valutazione dell'attività di ricerca, l'Azienda ha performance positive. In particolare, buono è l'indicatore relativo al confronto dell'impact factor mediano delle specialità su cui ha almeno 10 articoli in confronto all'impact factor mediano delle altre AOU in riferimento alle stesse specialità (B15.4.1); in sensibile diminuzione invece l'indicatore relativo allo scostamento percentuale tra l'impact factor mediano dell'Azienda e quello riportato da ISI (B15.4.2), che comunque mostra una performance media.

L'Azienda conferma un'ottima capacità di uso efficiente delle risorse: è in grado di contenere i tempi di ospedalizzazione (l'indice di performance della degenza media per i ricoveri programmati - C2a.1 - continua ad essere il più basso della Toscana) e di pre-ospedalizzazione (tra i valori più bassi della Regione sugli indicatori relativi alla degenza media pre-operatoria - C3a). Relativamente all'appropriatezza, si osserva una performance positiva sul versante della chirurgia (C4a, sia per basse percentuali di DRG medici dimessi da reparti chirurgici, sia per l'elevata quota di standard raggiunti per i DRG LEA Chirurgici). al lato dell'appropriatezza medica persiste il trend positivo di riduzione della percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (C14.2), seppure il valore rimanga al di sopra della media regionale, mentre si registra ancora una elevata percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (C14.3). A questo proposito, il confronto con i dati dei soli ricoveri pediatrici delle altre aziende toscane e con quelli delle altre realtà pediatriche di rilevanza nazionale ridimensiona il significato critico di questo indicatore, in quanto si tratta di comportamento specificamente pediatrico.

L'utenza riconosce l'elevata qualità del servizio: la percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero (D18) continua ad essere la più bassa dell'intera Toscana, ulteriormente diminuita rispetto al 2012. Ottimi risultati anche nella gestione del rischio clinico (C6c): in particolare, il Meyer continua ad avere il numero più basso di richieste di risarcimento per eventi in strutture ospedaliere (C6.1.1).

Il Pronto Soccorso rimane un punto di forza dell'Azienda, come emerge dai dati di attività (indicatore C16a). I buoni risultati in quest'area sono confermati anche dal limitato numero di abbandoni dei pazienti dal Pronto Soccorso (D9a) e dalla valutazione degli utenti (D8a), che risulta la più positiva a livello regionale.

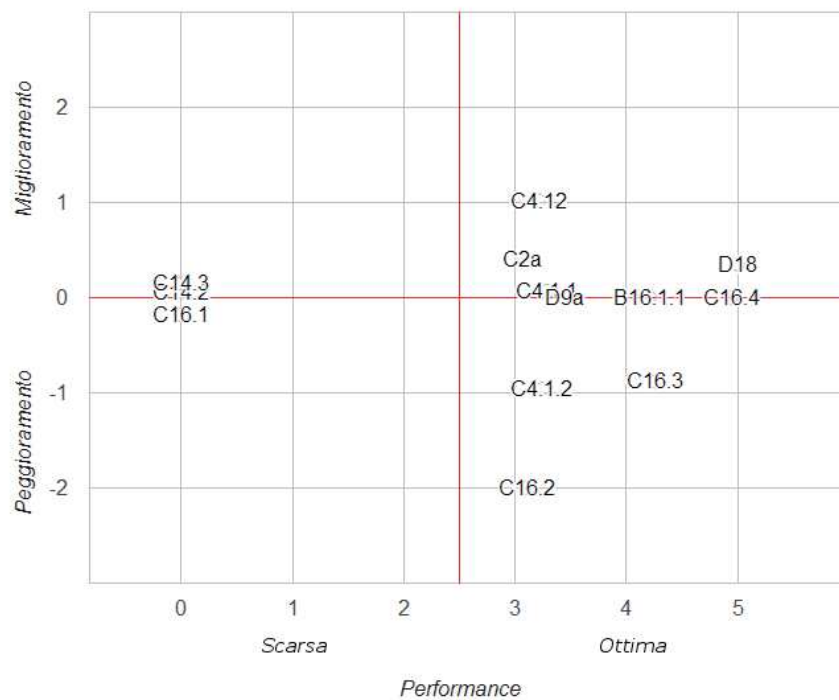
Positivi anche i dati sul versante della dimensione interna, come emerge dalla bassa percentuale di assenza dei lavoratori (E2) e il basso tasso di infortuni del personale (E3).





Mappa di performance ospedaliera

Aou Meyer Anno 2013



Comitato Etico Pediatrico

Il **Comitato Etico Pediatrico** (CEP) della Regione Toscana, con ubicazione presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, ha competenza per le sperimentazioni e gli studi clinici svolti in ambito pediatrico nelle aziende sanitarie e negli istituti di ricerca nella Regione Toscana. Dal suo insediamento nel 2013 a seguito della riorganizzazione dei Comitati Etici voluta dal legislatore nazionale in un'ottica di potenziamento della ricerca, il CEP ha incrementato le proprie attività sia in termini di numero di studi clinici e sperimentazioni valutati - dato avvalorato dall'incremento degli oneri ad esso dovuti dai promotori profit (vedi tab. 1) - sia in termini di rilevanza degli studi analizzati riguardanti la sperimentazione sulla popolazione pediatrica, che in generale presenta un profilo di indagine e di intervento più complesso rispetto alla popolazione adulta.

Il CEP, nella sua autonomia e indipendenza, fornisce valutazioni su sperimentazioni farmacologiche, studi osservazionali, impiego di dispositivi medici, procedure chirurgiche e processi clinici relativi allo studio di prodotti alimentari sull'uomo. Esso esprime pareri concernenti il profilo etico, metodologico e scientifico degli studi, a tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione.

Il CEP è parte integrante dell'iter che conduce all'esecuzione di studi clinici, indirizzandone se del caso le linee di conduzione verso l'eticità, la solidità metodologica e l'affidabilità scientifica. Esso, inoltre, svolge un ruolo di controllo nella conduzione degli studi che hanno ottenuto parere favorevole, potendo quindi effettuare attività di intervento in fase di svolgimento degli studi allo scopo di garantire la tutela dei pazienti. Poiché i pazienti pediatrici hanno esigenze di cura specifiche e rispondono a un quadro giuridico ad hoc, il CEP è composto di figure con competenze specialistiche in ambito pediatrico provenienti da settori diversi ma interconnessi (universitario, clinico, giuridico, della ricerca e dell'associazionismo dei pazienti).

Il ruolo del CEP risulta di centrale importanza per l'AOU Meyer giacché la grande maggioranza delle sperimentazioni pediatriche nella Regione Toscana è condotta presso le sue strutture. L'autorevolezza del CEP e la capacità di fornire un'adeguata risposta alle esigenze etiche e di sicurezza legate alle sperimentazioni con pazienti pediatrici costituiscono due elementi essenziali per la garanzia pubblica delle sperimentazioni in ambito pediatrico, per l'attrazione delle attività di ricerca in Toscana, e nello specifico nell'AOU Meyer, e per l'operatività della ricerca presso le strutture di quest'ultima. Il CEP, inoltre, svolge compiti di promozione e formazione in tema di sperimentazione clinica e di bioetica.

Il CEP ha autonomia finanziaria alimentata tramite il **pagamento delle tariffe** (oneri fissi) dovute dai promotori profit delle sperimentazioni. Sia nel 2014 sia nel 2015 il risultato tra entrate e uscite è nettamente positivo e ciò consente all'AOU Meyer di accantonare i fondi necessari per attivare le sperimentazioni presso le proprie strutture, finanziare nuovi studi come promotore e mantenere una struttura interna qualificata di supporto alla ricerca.

Tab. 1 (valori in euro)	2014	2015
Entrate	83.207,87	122.390
Uscite	22.049,34	46.213,05
Studi valutati	90	113
Emendamenti sostanziali valutati	85	79

Clinical Trial Office

Il CEP si relaziona con il **Clinical Trial Office (CTO)**, istituito nel dicembre 2014 presso l'AOU Meyer in forza del Programma regionale per il potenziamento del sistema toscano sperimentazione clinica. Il CTO assolve a funzioni di supporto gestionale, metodologico, amministrativo ed etico agli sperimentatori dell'AOU Meyer che intendono svolgere una sperimentazione o uno studio clinico. Tale funzione sarà ancora più centrale in vista delle nuove regole che, sulla scorta del Regolamento UE n. 536/2014 del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, entreranno a breve in vigore e che disciplineranno 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.

Il CTO sta promuovendo collaborazioni con altri CTO della Regione Toscana e con uffici simili di altre regioni in modo da favorire relazioni sinergiche nel campo della ricerca e sta promuovendo contatti con il settore privato farmacologico e biomedicale al fine di incentivare studi presso l'AOU Meyer e accrescere il livello quantitativo e qualitativo degli stessi. Esso, inoltre, sta fornendo servizi di carattere scientifico, gestionale, amministrativo, metodologico ed etico ai ricercatori dell'AOU Meyer per l'ideazione, il disegno, la fase di start-up, la conduzione e la reportistica degli studi. Il CTO gestisce anche i rapporti con l'Autorità Competente (AIFA) e coordina i Comitati Etici competenti per i vari centri sperimentali di cui l'AOU Meyer è centro coordinatore e promotore non-profit, attraverso la piattaforma nazionale delle Sperimentazioni Cliniche Farmacologiche. In questo contesto rientra anche la funzione di monitoraggio nel reclutamento per garantirne la correttezza e la conformità alle disposizioni di legge. Esso sta fornendo servizi di supporto alla ricerca spontanea non-profit, di controllo e velocizzazione dei processi amministrativi riguardanti le sperimentazioni cliniche e, infine, di raccordo tra servizio sanitario regionale e università.

La collaborazione tra CEP e CTO risulta determinante per favorire la ricerca e le sperimentazioni presso l'AOU Meyer nella fase di costruzione, presentazione, conduzione e completamento degli studi promossi dalla stessa AOU Meyer e per aumentare la competitività della regione nel campo della ricerca, della sperimentazione farmacologica e degli studi clinici.

Il CTO, attualmente composto di personale appositamente reclutato per le funzioni proprie di questa struttura e di personale di consulenza del SSR, si regge finanziariamente tramite un fondo vincolato a gestione separata, alimentato con gli introiti derivanti dalla sperimentazione clinica profit svolta all'interno dell'Azienda, e tramite il Dipartimento Interistituzionale Integrato (DIPINT), istituito dalla Regione Toscana nel 2011 per lo sviluppo e l'implementazione delle attività di ricerca e formazione e per valorizzarne la connessione con l'assistenza sanitaria. Nel 2015, il totale incassato dall'AOU Meyer per sperimentazioni è stato di euro 141.165,25. L'accantonamento nel fondo CTO di tali proventi è stato quantificato dall'AOU Meyer al 25% degli stessi.

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Allegato n. 9.1

Tecnologie Sanitarie Anno 2004

L'anno 2004 ha visto concentrare gli investimenti dell'Azienda Meyer principalmente in due alte specialità: la Neurochirurgia e la Gastroenterologia, oltre a garantire il necessario rinnovo tecnologico legato ad obsolescenza tecnologica, sostituzione di apparecchiature andate incontro a guasti non riparabili e successive dichiarazioni di fuori-uso, acquisizioni legate all'incremento della sicurezza per pazienti ed operatori.

La ripartizione degli investimenti sostenuti per l'acquisizione delle apparecchiature suddivise per dipartimento, visibile nella tabella 2, evidenzia gli importi complessivi.

Anno	Dipartimento	Valore
2004	Direzione	€ 237.356,71
2004	Emergenza, Area Critica e Chirurgia	
2004	Pediatria	€ 106.451,68
2004	Medico Chirurgico Feto-Neonatale	€ 2.140,55
2004	Neuroscienze	€ 222.007,85
2004	Oncoematologia	€ 18.304,24
2004	Pediatria internistica	€ 62.762,83
		€ 649.023,86

Tabella 2. Acquisizioni tecnologie sanitarie 2004 - ripartito per dipartimenti

Tecnologie in evidenza

Sale operatorie

Neurochirurgia

L'intervento principale è stato realizzato potenziando la Sala Operatoria n° 2 del Blocco Operatorio, destinandola prevalentemente agli interventi di neurochirurgia. La dotazione tecnologica di base già presente è stata arricchita dall'acquisizione, garantita da una specifica donazione di un microscopio operatorio per neurochirurgia Moeller di altissime prestazioni ed un elettrobisturi bipolare Codman, oltre allo strumentario chirurgico di base.

Gastroenterologia ed endoscopia digestiva.

La crescente incidenza di patologie dell'apparato gastroenterico, l'innovazione tecnologica nel settore, con possibilità di individuazione e documentazione di molti quadri patologici mediante tecniche endoscopiche hanno reso indispensabile l'acquisizione per la prima volta di un vero e proprio nuovo sistema di videoendoscopia Pentax con strumenti videogastroskopici e videocolonscopici di diverse lunghezze (strumenti idonei per pazienti in età neonatale e pediatrica). Questa acquisizione è stata effettuata in virtù di nuove professionalità che hanno saputo ben utilizzare quanto a disposizione. L'evoluzione tecnologica

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

nel settore ha permesso anche l'introduzione di sistemi di indagine di phmetria e poi, negli anni successivi, mediante l'acquisizione in service, l'introduzione del sistema di indagine cin video capsule.

Negli anni recenti la crescita di malattie infiammatorie croniche e la necessità di un'appropriate diagnosi hanno reso necessario l'acquisizione di un nuovo sistema per video endoscopia digestiva. La presenza infatti di malattie soprattutto nell'intestino tenue non aveva, in precedenza, la possibilità di un individuazione precisa: la distanza dagli orifici naturali rende di fatto impossibile verificare direttamente i quadri patologici con strumentazione di endoscopia; le indagini diagnostiche e di follow-up erano possibili, in modo oggi definibile solo indiretto e con precisione relativa, con l'esecuzione di esami radiologici serati, e quindi con una esposizione ripetuta alle radiazioni ionizzanti. Per questo motivo l'introduzione di un sistema di documentazione video diretta del transito intestinale ha permesso un deciso salto innovativo nella diagnosi e cura di molte patologie

Diagnostica per immagini

Un'acquisizione di rilievo nel settore, di competenza del dipartimento che fa capo alla Direzione Aziendale si è resa necessaria per motivi di sicurezza oltretutto di qualità: è stato necessario acquisire con urgenza un'apparecchiatura portatile per radiografia, su indicazione dell'esperto qualificato di fisica sanitaria, poiché una delle due apparecchiature presenti non era più in grado di emettere radiazioni ionizzanti correttamente.

Ambulatori e degenze

Altre acquisizioni di rilievo sono state effettuate per dotare l'ambulatorio di otorinolaringoiatria di strumenti fibroscopici per l'osservazione diretta delle prime vie aeree, mentre la struttura di degenza chirurgica ha avuto la necessità di implementare la dotazione di base, visto il crescente numero di pazienti trattati, con l'acquisizione di alcune piccole apparecchiature tra pulsossimetri e bilance pesapersone.

Durante l'anno 2004, inoltre, sono state attentamente verificate le dotazioni di apparecchiature presenti in tutto l'ospedale, non solo per programmare il costante aggiornamento della dotazione tecnologica presente ed effettuare le verifiche periodiche sull'inventario patrimoniale, ma anche per iniziare la pianificazione dell'imminente trasferimento alla nuova sede e non ultimo per garantire il rispetto dei requisiti tecnologici richiesti dalla normativa regionale.

E' stato di recente introdotta la normativa relativa all'accreditamento regionale delle strutture sanitarie, pubbliche e private, con la definizione sistematizzata in un unico corpo "normativo" di tutti i requisiti da soddisfare (LR Toscana n. 8 del 23 febbraio 1999 e Deliberazione del Consiglio Regionale 30 del 1/2/2000). Sulla base della normativa vigente le strutture sanitarie infatti, siano esse pubbliche o private, per poter erogare servizi e prestazioni sanitarie devono non solo essere autorizzate dagli organismi competenti, ma devono soddisfare tutti i requisiti di generali, strutturali, organizzativi e tecnologici sia dal punto di vista complessivo che in ogni singola struttura interna per essere accreditate dalla Regione Toscana all'esercizio. L'anno 2005 rappresenta per il Meyer l'anno in cui la struttura verrà ispezionata dalle competenti commissioni regionali per la verifica del possesso dei singoli requisiti necessari: in previsione di tali verifiche è stato necessario in ciascun settore interessato verificare la dotazione tecnologica e procedere alla programmazione delle acquisizioni opportune e necessarie.

Nell'anno 2004, infine, è stato iniziato il percorso di organizzazione e strutturazione dell'Oncoematologia e dei servizi aziendali ad essa correlabili all'interno di un processo di qualità in vista dello sviluppo terapeutico

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

del settore, con la previsione di poter effettuare quanto prima negli anni successivi l'attività di trapianto di cellule staminali emopoietiche da midollo osseo con soddisfacimento dei requisiti previsti dalle organizzazioni internazionali del settore (IBMDR e registri internazionali; attività di trapianto da donatore correlato consentita solo ai centri con requisiti certificati e verificati dai network internazionali).

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Tecnologie Sanitarie Anno 2005

Durante l'anno 2005 l'Ospedale Meyer ha effettuato alcuni investimenti per potenziare la propria dotazione tecnologica e garantire così la piena conformità tecnologica ai requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale.

La crescente insorgenza di quadri patologici acuti, traumatici e post traumatici ha determinato inoltre la necessità di aumentare i posti letto attivi presso la Rianimazione e l'acquisizione di nuove apparecchiature per la ventilazione polmonare ed il monitoraggio dei parametri vitali.

Anno	Dipartimento	Valore
2005	Direzione	€ 1.036.128,31
2005	Emergenza, Area Critica e Chirurgia	
	Pediatria	€ 259.094,52
2005	Medico Chirurgico Feto-Neonatale	€ 7.552,49
2005	Neuroscienze	€ 207.720,20
2005	Oncoematologia	€ 53.615,53
2005	Pediatria internistica	€ 115.659,28
		€ 1.679.770,33

Tabella 3. Acquisizioni tecnologie sanitarie 2005 - ripartito per dipartimenti

Come è possibile vedere dalla tabella, le acquisizioni di apparecchiature sono aumentate in maniera importante rispetto all'anno precedente, sia per sostenere il necessario sviluppo tecnologico della specialità di Endoscopia Bronchiale che, all'interno delle tecniche anestesilogiche, hanno ampliato la loro importanza per soddisfare la crescente richiesta, sia perché nella Diagnostica per Immagini, settore compreso nel Dipartimento dei servizi che fanno capo alla Direzione Aziendale, grazie ad un'importante donazione finalizzata, è stato possibile acquisire una nuova apparecchiatura TC (Tomografo computerizzato), ad alte prestazioni.

L'anno 2005, infine, ha visto il termine della gara di area vasta per l'adozione di un sistema Ris-Pacs (Radiological Information System – Picture Archiving and Communication System), con l'individuazione del raggruppamento di imprese che ha presentato la migliore offerta e lo sviluppo del progetto esecutivo di installazione di quanto previsto: l'acquisizione, con la formula della locazione, verrà effettuata per l'ospedale Meyer nei mesi successivi, con l'occasione del trasferimento alla nuova sede.

Tecnologie in evidenza

Sale operatorie

Il numero crescente di interventi chirurgici ha reso necessario la realizzazione di una saletta operatoria aggiuntiva, per l'effettuazione di piccoli interventi chirurgici senza impegnare le due sale operatorie attive, saletta operatoria che ha permesso anche l'attività di chirurgia endoscopica bronchiale pediatrica e di assistere numerosi casi non solo legati all'ostruzione acuta delle vie aeree ma anche a deficit legati a

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

malformazioni congenite delle vie aeree, anomalie vascolari oltre ad una diagnostica più accurata per i quadri otorinolaringoiatrici più complessi. Con l'occasione le sale operatorie sono state dotate anche di un nuovo apparecchio portatile per radioscopia, indispensabile per l'esecuzione di esami durante interventi di chirurgia, soprattutto ortopedica, e per la verifica del posizionamento di protesi ed dispositivi impiantabili in più settori.

Saletta operatoria per piccoli interventi chirurgici (apparecchio per anestesia, lampada scialitica, elettrobisturi, carrelli, riscaldatore per soluzioni infusionali, ottiche flessibili e rigide per broncoscopia, sistema di archiviazione immagini); € 120.293,26
Ottiche flessibili e rigide per urologia; € 15.000,00
Strumentario ed ottiche 2005; € 230.343,19

Rianimazione

La crescente insorgenza di quadri patologici acuti, traumatici e post traumatici ha determinato inoltre la necessità di aumentare i posti letto attivi presso la Rianimazione e l'acquisizione di nuove apparecchiature per la ventilazione polmonare ed il monitoraggio dei parametri vitali.

Potenziamento rianimazione (aumento del numero dei ventilatori polmonari, n° 3; sistema monitoraggio della pressione arteriosa; € 141.828,00

Chirurgia neonatale e dei difetti congeniti.

La necessità di sottoporre ad un trattamento chirurgico immediato, dopo la nascita, i bambini affetti da alcune malformazioni che mettono il neonato a rischio di sopravvivenza hanno reso necessario attrezzare la struttura ospedaliera del Meyer per eseguire alcuni parti (in media circa 10/anno) e quindi della strumentazione necessaria per monitorare ed assistere le partorienti, senza ricorrere all'incremento di personale, utilizzando il team che garantisce l'attività presso l'ambulatorio difetti congeniti.

Sistema monitoraggio cardiocografico per monitoraggio gestanti parti a rischio (n° 1 Monitor fetale OXFORD INSTRUMENTS LTD) ; € 7.740,00

Odontoiatria pediatrica speciale.

Sino dagli anni '90 era emersa la necessità di realizzare un servizio pubblico specifico di diagnostica e cura delle malattie odontostomatologiche per pazienti in età pediatrica affetti da disabilità motoria, psicomotoria, intellettiva, sensoriale e psicopatologica. Questi pazienti infatti, oltre alle applicazioni diagnostiche e terapeutiche di professionisti specificamente formati nell'ambito pediatrico hanno necessità del tutto particolari, sia nel percorso ambulatoriale che in quello chirurgico, spesso da effettuare in sedazione, e pertanto all'interno di una saletta o sala operatoria con la necessaria assistenza anestesilogica. Con la collaborazione della Dr.ssa D'Avenia è stato possibile ristrutturare alcuni locali nel presidio di Via Pico della Mirandola, acquisire le apparecchiature necessarie per un ambulatorio odontoiatrico con due poltrone e le specifiche apparecchiature odontoiatriche per effettuare interventi chirurgici (riunito per sala operatoria), complete delle apparecchiature complementari (tra cui un'apparecchiatura radiologica per radiologia endoorale) ed i relativi accessori.

Apparecchiature per ambulatorio e chirurgia odontoiatrica (n° 2 riuniti dentistici tipo poltrona, n° 1 riunito da sala operatoria, n° 8 turbine endodontiche, n° 9

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

manipoli, apparecchiatura per radiologia endorale, ablatore tartaro, amalgamatore, localizzatore forame apicale, compattatore per endodonzia); € 67.969,40

Oftalmologia pediatrica.

L'aumento di richieste di pazienti pediatrici affetti da patologie visive ha reso necessario potenziare l'ambulatorio di oculistica pediatrica e la sala operatoria per rendere possibile anche la chirurgia del cristallino.

Apparecchiature per oftalmologia pediatrica (facoemulsificatore, lampada a fessura, fronti focometro, n° 2 oftalmometri, n° 2 oftalmoscopio indiretto, tonometro); € 35.049,60

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Ambulatori, degenze ed aree comuni

Defibrillatori semiautomatici per garantire un piano di emergenza sostenuto anche da infermieri ed operatori sanitari non medici con adeguata preparazione specifica, piccole apparecchiature per reparti di degenza.

Apparecchiatura EEG Holter; € 47.496,00

Monitor parametri vitali Nihon Khoden (n° 4); € 40.534,80

Defibrillatori semiautomatici e manuali; € 25.771,20

Registratori holter Ecg per ambulatorio cardiologia (n° 7 dispositivi di registrazione, lettore e software di refertazione); € 13.992,00

Apparecchiatura per analisi sterilità ambientale; € 13.056,12

Manichino per simulazioni (Laerdal Megacode Kid Vitalsim 23-1); € 9.255,82

Altre apparecchiature; € 167.020,24

Laboratori

Nel laboratorio di analisi generale dell'ospedale Meyer, la dotazione tecnologica è garantita praticamente da tecnologie in locazione e service; le apparecchiature presenti, necessarie per garantire la piena funzionalità del laboratorio per le urgenze e per gli esami di laboratorio non urgenti per i pazienti pediatrici sono installate in virtù di contratti che negli anni 2005 e 2006 sono giunti a scadenza del proprio periodo di validità. Tuttavia, in considerazione dell'imminente trasferimento alla nuova sede, previo accordo mediato attraverso l'Ente per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta e la stipula dei dovuti rapporti contrattuali, le forniture in essere sono state tutte prorogate sino al cambio di sede. La sostituzione delle tecnologie esistenti con nuovi dispositivi e nuove apparecchiature, individuate nel corso delle gare espletate per l'intera area vasta, risultate in gergo "aggiudicatarie" dei contratti di nuova fornitura, è stata rinviata al nuovo presidio ospedaliero, dove le operazioni di installazione e l'organizzazione di nuove procedure organizzative e tecniche può essere più incisivo, sia in termini tecnologici che di ottimizzazione delle risorse umane.

Per quanto attiene invece ai laboratori specialistici, localizzati nei vari piani dell'edificio laboratori del presidio di Via Luca Giordano, non sono stati effettuati aggiornamenti tecnologici se non riservati a piccole apparecchiature trasportabili, per non generare spese senza fruizione dei servizi e maggiori complessità nell'organizzazione del trasferimento.

Nell'anno 2005 le acquisizioni specifiche sono state limitate a due sistemi di amplificazione di acidi nucleici e a microscopi.

Pcr real time; € 70.000,00

Pcr (Applied Biosystem); € 15.606,00

Microscopi; € 20.000,00

Laboratorio di anatomia patologica. L'incremento dell'attività chirurgica ha richiesto anche il potenziamento di un adeguato servizio di anatomia patologica. L'attività veniva svolta fino al 2004 in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi: i campioni istologici prelevati per i necessari esami ed approfondimenti, venivano rapidamente inviati all'istituto di Via delle Gore (distanza tra i due ospedali stimata in Km 7, con percorrenza di 20 minuti) e in tempi abbastanza brevi si potevano avere alcune informazioni preliminari. Ma le crescenti esigenze informative e la indispensabile maggiore rapidità

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

per ottenere le risposte necessarie, talvolta anche per definire la conclusione degli interventi chirurgici, ha reso necessario realizzare presso l'Ospedale Meyer in uno spazio vicino alle sale operatorie un laboratorio di anatomia patologica con dotazioni tecnologiche e strutturali essenziali, per garantire le prestazioni immediate. E' stato così ristrutturato un ambiente, reso idoneo, e sono state acquistate una cappa aspirante apposita per anatomia patologica, un microscopio da laboratorio con sistema acquisizione immagini e capacità di trasmissione delle immagini a distanza per teleconsulto, un congelatore da laboratorio, spostando infine altre apparecchiature utili (es. microtomo/criostato) dai laboratori già presenti nella struttura ospedaliera.

Attrezzature per laboratorio anatomia patologica (cappa aspirante, microscopio, sistema acquisizione immagini, congelatore da laboratorio); € 30.157,89

Diagnostica per immagini

L'acquisizione di maggior rilievo per l'anno 2005 è stata rappresentata dal nuovo Tomografo Computerizzato. L'acquisto e l'installazione dell'apparecchiatura è stata resa possibile grazie ad una donazione, che ha permesso all'ospedale Meyer di disporre di un tomografo multislice (Philips Brilliance CT40), molto più accurato e rapido dell'apparecchiatura TC Picker PQ 2000 S precedentemente installata e con la possibilità di sviluppare protocolli a bassa emissione di dose, particolarmente importanti nei pazienti pediatrici. L'apparecchiatura, di recente immissione in commercio, è perfettamente idonea ad essere collegata al nuovo sistema Ris-Pacs di prossima installazione.

TC Tomografo computerizzato, workstation per ricostruzione immagini TC, monitor parametri vitali, accessori per completamento diagnostica; € 739.000,00
Apparecchio portatile per radioscopia (amplificatore di brillantezza); € 90.000,00

Ris Pacs

Va sottolineato 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 (D GRT 736/2002) che hanno permesso la progettazione e la realizzazione, negli anni successivi, di un sistema regionale RIS-PACS, realizzato in tre aree distinte della regione (Area Vasta Centro, Area Vasta Nord Ovest, Area Vasta Sud-Est).

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

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

nell'accesso e utilizzo del sistema sanitario regionale. Il tutto attraverso strumenti organizzativi, informatici e telematici riassumibili in:

- 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.

[Setola, Percorsi Flussi e persone nella progettazione ospedaliera. 2013]

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 sistema informatici complessi ed informaticamente 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.

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Tecnologie Sanitarie Anno 2006

Nell'anno 2006 le tecnologie sanitarie hanno rappresentato una voce di rilievo degli investimenti e delle acquisizioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer soprattutto perché è iniziata la messa a punto del nuovo immobile di Viale Pieraccini 24 che presto avrebbe visto il trasferimento dell'intero ospedale. A partire dal 2006 l'Azienda Meyer ha provveduto a programmare e, laddove possibile, realizzare acquisizioni di tecnologie per il nuovo ospedale. Nei casi invece in cui, in ragione dell'obsolescenza delle apparecchiature esistenti, si è resa necessaria una sostituzione inderogabile le apparecchiature sono state acquistate comprendendo nella maggior parte dei casi delle forniture anche il servizio di trasferimento alla nuova sede durante il trasloco dell'ospedale.

Anno	Dipartimento	Valore
2006	Direzione	€ 1.464.845,05
2006	Emergenza, Area Critica e Chirurgia	€ 102.869,92
2006	Pediatria	€ 105.560,80
2006	Medico Chirurgico Feto-Neonatale	€ 528.282,39
2006	Neuroscienze	€ 13.805,52
2006	Oncoematologia	€ 17.275,49
2006	Pediatria internistica	€ 2.232.639,17

Tabella 4. Acquisizioni tecnologie sanitarie 2006 - ripartito per dipartimenti

Come si può rilevare dalla ripartizione degli investimenti per dipartimento un particolare rilievo hanno assunto le acquisizioni per i servizi che fanno capo alla Direzione: rientra in questo ambito, in modo particolare, la donazione della Fondazione Lavazza di un Tomografo a Risonanza Magnetica a 3T, ce ha permesso l'inizio di un percorso importante nell'evoluzione tecnologica della Diagnostica per Immagini.

Tecnologie in evidenza

Sale operatorie

Durante l'anno 2006 sono state effettuate delle acquisizioni per rinnovare la tecnologia della colonna endoscopica per neurochirurgia, non più idonea a svolgere le attività necessarie nella configurazione precedente. La nuova apparecchiatura, corredata di monitor lcd di grande diagonale, permetterà in seguito anche l'installazione permanente di monitor sui pensili della sala operatoria (possibilità da utilizzare presso il nuovo presidio).

Altri interventi di potenziamento delle tecnologie hanno riguardato il team di chirurgia otorinolaringoiatrica, che ha arricchito la dotazione tecnologica con un nuovo laser chirurgico, un aumento del numero di apparecchiature per videoendoscopia digestiva, per permettere una programmazione più frequente degli esami ed annullare i tempi legati all'attesa per effettuare i cicli di alta disinfezione previsti.

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Sono inoltre stati acquisiti un sistema di trapano per chirurgia toracica e n. 2 apparecchi per prevenire l'ipotermia dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.

Colonna endoscopica per neurochirurgia (composta da carrello, fonte luminosa, videoprocessore, 2 telecamere, monitor televisivi lcd, accessori e strumentario; € 69.717,04;

Laser chirurgico per otorinolaringoiatria, sistema trapani ed accessori per ORL; € 34.770,35;

Apparecchi per mantenimento temperatura pazienti (ipo- ipertermia, sistema ad acqua), € 27.988,80

Sistema di endoscopia digestiva (potenziamento strumenti esistenti con aggiunta n° 3 videogastroscoopi ed un display di grado medicale); € 67.944,89;

Sistema trapano e manipoli per chirurgia toracica; € 19.288,80;

Strumentario ed ottiche ; € 160.858,66;

Terapia intensiva neonatale

Il rinnovo e potenziamento della dotazione tecnologica della Terapia intensiva ha consistito nella sostituzione di n. 2 isole neonatali divenute obsolete e non più conformi alla normativa vigente.

Isole neonatali; € 31.809,60;

Ambulatorio oculistico

Durante l'anno 2006 è continuato il potenziamento progressivo delle attività ambulatoriali: l'aumento delle richieste di visite ambulatoriali oculistiche, sulla base delle iniziative della Regione Toscana, volte a sviluppare attività nella struttura pubblica, ha reso necessario la crescita progressiva degli ambulatori di questa specialistica medico-chirurgica.

Attrezzature per ambulatorio oculistico (riunito oftalmologico, lampada a fessura con sistema di acquisizione digitale, oftalmoscopio) e chirurgia oculistica (ecobiometro); € 30.378,00;

Laboratori

Come riportato per gli anni precedenti, le acquisizioni in questo ambito sono state limitate per le ragioni più volte richiamate. Per l'evoluzione tecnologica e la necessità di sviluppo legate alle attività di prevenzione delle malattie genetiche e delle malattie metaboliche due settori hanno visto nuove acquisizioni:

Laboratorio malattie metaboliche e screening neonatale

Grazie ad un progressivo investimento l'Azienda Meyer ha realizzato un laboratorio per lo screening neonatale con caratteristiche di avanguardia che ha rappresentato un valore aggiunto dei servizi offerti: attraverso infatti un sistema di analisi chimica e biologica su campioni prelevati generalmente nella terza giornata di vita è stato possibile organizzare un approfondimento diagnostico per evitare che alcune patologie, quali l'ipotiroidismo congenito ed altri 30 difetti metabolici, potessero essere misconosciuti, e manifestare i propri effetti con malattie importanti,

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

cl clinicamente manifeste ed evolute, con effetti cronici sui pazienti e talvolta mettendone a rischio la sopravvivenza.

La realizzazione di un laboratorio con tali caratteristiche ha permesso anche, sulla base di convenzioni, l'effettuazione degli esami a favore di altre aree della regione toscana e delle regioni limitrofe.

Tandem massa (spettrometro di massa/massa); € 302.400,00;
Gascromatografo; € 56.344,80;
Spettrofotofluorimetro; € 42.120,00;

Genetica medica

L'affermazione di nuove tecnologie nell'ambito genetico ha reso possibile l'analisi del cariotipo in modo digitale e pressochè automatizzato.

Sistema per cariotipizzazione digitale (2 workstation); € 37.072,80;

Diagnostica per immagini

La donazione di un Tomografo a Risonanza Magnetica a 3T ha rappresentato un'acquisizione molto importante: per quanto la RM 3.0T sia una tecnica di imaging riservata, al momento, alle sole indagini connesse alla ricerca scientifica, la grande innovazione tecnologica nell'esecuzione di esami con questo sistema ha portato l'ospedale Meyer a progettare e realizzare, presso il nuovo presidio ospedaliero dove il nuovo tomografo è stato installato, un centro di diagnostica per immagini innovativo, dove oltre alle indagini standard è stato possibile attivare indagini di Risonanza Magnetica Funzionale, indispensabili in molti quadri patologici.

Tomografo a Risonanza magnetica 3T; € 959.500,00;
Ecografo portatile Esaote My Lab 25 completo di sonde e carrello di trasporto; € 30.900,00

Tecnologie per il nuovo ospedale

L'imminente trasferimento alla nuova sede ha reso necessario anche programmare alcune personalizzazioni della rifinitura dell'ospedale in via di attivazione, sulla base delle attività mediche e chirurgiche che verranno trasferite. Per questo motivo, grazie ad una donazione, è stato possibile acquisire pensili e lampade scialitiche sia per le sale operatorie che per una parte della Terapia intensiva neonatale.

Pensili e lampade scialitiche per sale operatorie (n.12 pensili; n. 4 coppie di scialitiche); € 290.910,30;
Pensili per Terapia Intensiva neonatale (n° 7); € 89.656,00;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Tecnologie Sanitarie Anno 2007

Durante l'anno 2007 sono stati effettuati investimenti ed acquisizioni correlate al trasferimento dell'Ospedale Meyer presso la nuova sede di Viale Pieraccini 24, a Firenze, in virtù anche di uno specifico finanziamento della Regione Toscana di 7,7M€. La gara espletata per realizzazione dei nuovi edifici ospedalieri destinati ad accogliere l'Ospedale Meyer non comprendeva né apparecchiature, né strumentazioni né arredi, acquisizioni rinviate quindi all'attività corrente dell'Azienda Meyer. La complessità della programmazione degli acquisti, che ha richiesto un impegno specifico di numerosi operatori già dal 2005, ha dovuto anche supportare tempi e modalità del trasferimento che, per opportunità e scelta della Direzione Aziendale, non è avvenuto in un solo giorno, ma in più fasi dilazionate comunque in tempi ristretti, così da mettere le nuove strutture a regime prima di trasferire le parti sanitarie più critiche.

Seguendo questa strategia il personale amministrativo e tecnico è stato trasferito presso la nuova sede già nel settembre 2006, mentre ad aprile del 2007 sono stati trasferiti i laboratori specialistici e la maggior parte del laboratorio generale (mantenendo attivo un presidio per le urgenze presso il complesso di Via Luca Giordano), nel mese di luglio sono stati trasferiti la maggior parte degli ambulatori e poi, in pratica in poche ore a partire dalle 20:00 del giorno 14 dicembre 2007 è stata effettuata la parte più consistente e delicata del trasferimento, con lo spostamento di tutti i degenti compreso le aree di terapia intensiva, le sale operatorie ed il pronto soccorso, garantendo la funzionalità immediata di 5 postazioni di pronto soccorso, 3 sale operatorie ed oltre 100 posti letto sin dai primi minuti, e lasciando attivo il pronto soccorso presso la vecchia sede solo per la durata del trasferimento. Nei mesi successivi sono poi stati trasferiti anche il Centro Trasfusionale e i laboratori per la manipolazione di cellule staminali a fini di trapianto e si è concluso in modo definitivo il trasferimento alla nuova sede.

Anno	Dipartimento	Valore
2007	Direzione	€ 1.159.105,08
2007	Emergenza, Area Critica e Chirurgia	
2007	Pediatria	€ 427.969,79
2007	Medico Chirurgico Feto-Neonatale	€ 197.313,36
2007	Neuroscienze	€ 97.586,82
2007	Oncoematologia	€ 10.679,84
2007	Pediatria internistica	€ 87.424,98
		€ 1.980.079,87

Tabella 5. Acquisizioni tecnologie sanitarie 2007 - ripartito per dipartimenti

Nella tabella 5 sono riportate le acquisizioni di tecnologie effettuate e concluse nell'anno 2007 ripartite per dipartimento. Particolare importanza è stata data alle tecnologie trasversali, che sono rientrate nell'ambito della Direzione, per garantire l'approntamento tecnologico dei nuovi ambienti. Numerose tecnologie, la cui acquisizione è iniziata nel 2007, hanno visto concludere la propria fornitura ed installazione nei primi giorni dell'anno successivo.

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Tecnologie in evidenza

Sale operatorie

Di particolare rilievo sono state le acquisizioni di tecnologie per attivare le nuove sale operatorie. La nuova struttura infatti ha permesso la realizzazione di un comparto operatorio con 7 sale operatorie, di cui una destinata al laboratorio di emodinamica ed una all'endoscopia. Nel presidio di Via Luca Giordano la dotazione tecnologica delle due sale operatorie e della saletta aggiuntiva era molto limitata. Quindi, benché diverse apparecchiature fossero ancora utilizzabili, per le nuove sale operatorie è stato indispensabile procedere a numerosi acquisti, nei tempi e nei modi per consentire il trasloco con un blocco operatorio già a regime.

Così alcune gare di fornitura per l'acquisizione di apparecchiature, ad esempio per la centrale di sterilizzazione ed i sistemi pensili sono state effettuate già nel 2006 lasciando l'installazione ed i collaudi ai momenti precedenti al trasferimento.

Tavoli operatori (n° 4 a colonna mobili, piani trasferibili, completi di carrelli ed accessori); € 302.543,21;

Elettrobisturi (n. 3 Vallelab Force, completi di carrello ed accessori); € 23.184,00;

Pensili e scialitiche per sale operatorie (completamento sistema esistente; pensili per endoscopia e sale induzione); € 157.362,59;

Sistema completo di sterilizzazione a vapore per blocco operatorio (n° 2 autoclavi passanti a 6US, n° 1 autoclave passante 1,5US, n° 2 lavaferri, n° 3 termosaldatrici, n° 2 bagni ad ultrasuoni, 1 autoclave a gas plasma, 1 sterilizzatrice a ciclo chiuso per endoscopi, 1 armadio di asciugatura); € 282.657,96;

Apparecchiature per circolazione extracorporea (n° 1 sistema a 5 pompe, n° 1 sistema a 3 pompe con scambiatori di calore); € 247.903,67;

Laser chirurgico Dornier Fibertom; € 48.000,00;

Strumentario ed ottiche ; € 17.330,54;

Rianimazione

L'aumento dei posti letto che ha visto passare da 4+1 a 9 i posti letto della Rianimazione, ha richiesto l'implementazione tecnologica delle apparecchiature di sostegno delle funzioni vitali per 5 posti letto e con l'occasione una sistematizzazione delle apparecchiature presenti, con la realizzazione di un sistema di monitoraggio che supporti al meglio il personale: il passaggio strutturale ed organizzativo di una rianimazione da open space (come nel vecchio ospedale) a struttura a box singoli ha reso necessario la centralizzazione efficace di monitor e strumentazione per limitare le necessità di aumento del personale dedicato all'assistenza.

Ventilatori polmonari (n. 4); € 146.400,00;

Sistema di erogazione ossido nitrico ; € 50.400,00;

Terapia intensiva neonatale

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Benchè la terapia intensiva neonatale abbia visto un iniziale diminuzione dei posti letto nel nuovo ospedale, è stato necessario garantire la sostituzione delle isole ed incubatrici neonatali non più adeguate secondo la normativa vigente

Isole neonatali (n. 4; completi di bilance, carrelli ed accessori); € 51.048,00;

Incubatrici neonatali (n. 4); € 57.847,20;

Apparecchiature per fototerapia (n. 2); € 3.264,00

Apparecchiatura per ipotermia terapeutica (sistema di termoregolazione corporea); € 24.000,00;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Pronto Soccorso

Durante l'anno 2007 è stato necessario approntare in maniera adeguata anche il Pronto Soccorso del nuovo edificio ospedaliero, attrezzando i box visita con le attrezzature necessarie a garantire interventi urgenti efficaci.

Pensili e lampade scialitiche per box visita Pronto Soccorso/dea; € 60.000,00;

Diagnostica per Immagini

Il trasferimento alla nuova sede ha reso necessario, visto l'aumento delle sale di diagnostica, un approntamento corretto per appropriatezza, tempi e modalità, delle nuove tecnologie, in modo che già durante il trasferimento la diagnostica per immagini fosse pienamente operativa perlomeno con le tecnologie di base. E' stato infine continuato il percorso progressivo di allestimento della nuova Diagnostica con RM a 3.0T.

Apparecchiatura radiologica telecomandata (Italray, Pixel); € 131.760,00;
Apparecchiatura per anestesia (senza ventilatore polmonare), RM compatibile, Penlon Prima MRI;

Degenze

Si è resa necessaria anche la sostituzione della cappa per la preparazione degli antiblastici del reparto di Oncoematologia e la sostituzione della vecchia vasca per balneazione per pazienti ustionati, poiché quella installata nel vecchio presidio non poteva essere trasferita.

Cappa per antiblastici, STERIL SPA - CTH ; € 8.000,00;
'R2500 ; 'DON
Vasca per chirurgia ustioni (balneoterapia); € 23.880,00; 'R2200 ; 'ACQ-FP
Ecografo portatile (per degenza chirurgia); € 24.000,00; 'R2200 ; 'DON

Ambulatori

Con l'attivazione del nuovo presidio ospedaliero presso la sede di Viale Pieraccini è stato possibile attivare un ambulatorio odontoiatrico in aggiunta ai due esistenti, per ridurre le liste di attesa dei pazienti.

Ambulatorio odontoiatria (postazione riunito dentistico aggiuntivo, completa di accessori); € 21.684,00; 'R6090 ; 'ACQ-FP
Stimolatore magnetico Medtronic ; € 25.164,00; 'R6870 ; 'DON

Laboratori

Ridotto l'implementazione tecnologica di apparecchiature da laboratorio. Le tecnologie dei laboratori specialistici, già acquisite negli anni precedenti, hanno trovato allocazione in una superficie di estensione minore, sebbene dotata di arredi tecnici ed cappe aspiranti nuove, che hanno permesso l'ottimizzazione dello spazio disponibile e la condivisione di numerosi processi trasversali.

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Pcr Real Time; € 45.000,00; 'R5140 ; 'P02

Microscopio digitale da laboratorio; € 13.680,00; 'R5110 ; 'N16

Altre apparecchiature; € 208.301,00; ;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Tecnologie Sanitarie Anno 2008

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer con l'anno 2008 ha consolidato l'allocazione dei servizi nella nuova struttura, provvedendo a completare le acquisizioni, le installazioni ed i collaudi tecnici di accettazione delle apparecchiature già previste ed ha inoltre provveduto ad adeguare la dotazione in seguito alla necessaria sostituzione per obsolescenza tecnologica.

Anno	Dipartimento	Valore
2008	Direzione	€ 2.499.880,81
2008	Emergenza, Area Critica e Chirurgia	
2008	Pediatria	€ 368.524,14
2008	Medico Chirurgico Feto-Neonatale	€ 227.434,78
2008	Neuroscienze	€ 886.236,35
2008	Oncoematologia	€ 405.590,82
2008	Pediatria internistica	€ 1.175.688,21
		€ 5.563.355,11

Tabella 6. Acquisizioni tecnologie sanitarie 2008 - ripartito per dipartimenti

La ripartizione del valore delle acquisizioni evidenzia l'importanza, in termini complessivi, del valore delle acquisizioni riconducibili a servizi trasversali dell'ospedale, afferenti alla Direzione.

Tecnologie in evidenza

Diagnostica per immagini.

Nell'anno 2008 la Diagnostica per immagini ha visto l'introduzione e l'attivazione funzionale di alcune innovative portando a compimento la realizzazione della nuova struttura ospedaliera con locali appositamente progettati e realizzati per accogliere grandi apparecchiature di diagnosi e cura.

Con il trasferimento al nuovo ospedale la Diagnostica per Immagini ha potuto contare sulla attivazione di n° 2 Sale per Tomografi a Risonanza Magnetica:

- una sala di diagnostica tomografica con un Tomografo a Risonanza Magnetica da 1.5 Tesla, completa di tutte le apparecchiature di supporto necessarie e previste dalla normativa vigente per il supporto dei pazienti e la dotazione di sicurezza, utilizzata per tutta l'attività diagnostica;
- una sala di diagnostica tomografica con un Tomografo a Risonanza Magnetica da 3.0 Tesla, completa di tutte le apparecchiature di supporto necessarie e previste dalla normativa vigente per il supporto dei pazienti e la dotazione di sicurezza, utilizzata per l'attività diagnostica all'interno di protocolli di ricerca autorizzati dal Ministero della Salute.

Va tenuto in particolare considerazione, peraltro, che gli esami e le indagini diagnostiche in risonanza magnetica richiedono la collaborazione dei pazienti per evitare ogni movimento; purtroppo nei pazienti in età neonatale e pediatrica è necessario procedere con i pazienti in sedazione; indispensabile pertanto la presenza di un anestesista e tutta l'attrezzatura correlata al necessario monitoraggio avanzato

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

L'occasione del trasferimento ad una nuova struttura ospedaliera ha permesso anche di sostituire un'apparecchiatura radiologica telecomandata ormai vetusta e dichiarata fuori supporto da alcuni anni dal servizio di assistenza tecnica della casa produttrice General Electric, (GE modello Prestilix) con una nuova apparecchiatura con caratteristiche analoghe. Un'apparecchiatura che, come è avvenuto per le altre diagnostiche, è stata installata senza determinare alcun soluzione di continuità funzionale.

Tomografo risonanza magnetica 1.5T; € 1.606.880,00;
Monitor parametri vitali MRI; € 45.000,00;
Apparecchiatura radiologica telecomandata polifunzionale; € 430.800,00;

La dotazione di apparecchiature radiologiche è stata fortemente implementata anche nelle Sale operatorie, dove sono stati installati due sistemi importanti:

Una sala angiografica completa, caratterizzata dalla installazione dell'angiografo digitale Philips Allura FD10, corredato del sistema di iniezione angiografica per i mezzi di contrasto, di apparecchiatura poligrafica per esami emodinamici ed elettrofisiologici, del sistema hardware ed informatico di supporto per la visualizzazione e l'archiviazione delle immagini oltre alla dotazione di sicurezza per la radioprotezione.

Angiografo digitale Philips Allura 10FD; € 667.150,00;
Poligrafo Mennen; € 81.600,00;
Modulo per studi elettrofisiologici; € 36.600,00;
Server archiviazione dati angiografici ed ecografici (Philips Xcelera, hw e sw); € 177.600,00;

Un'apparecchiatura tomografica computerizzata portatile (TC portatile), necessaria per alcuni interventi chirurgici altamente complessi e molto utile per effettuare esami su pazienti che non possono essere trasportati (come ad esempio i pazienti ricoverati presso la rianimazione od il centro ustioni

TC portatile Neurologica Ceretom (completa di ups, arco spinale ed iniettore Tc) ; € 579.634,80;

Sale Operatorie

Come ricordato nella scheda dell'anno precedente, l'accresciuto numero di sale operatorie a disposizione ha determinato la necessità di incrementare il parco tecnologico disponibile; è stato indispensabile dotare il blocco operatorio di un numero adeguato di apparecchiature per anestesia, adeguati per il numero delle sale e per garantire un numero di scorta adeguato per le sostituzioni immediate in caso di guasto.

Si è reso necessario anche l'acquisto di un nuovo microscopio operatorio per oculistica, per sostituire un'apparecchiatura concessa in prestito temporaneo da parte della vicina Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

Apparecchi per anestesia (n. 5) completi di monitor parametri vitali, computer medicali ed accessori; € 212.160,00;
Microscopio operatorio per oculistica - Topcon - ; € 76.200,00;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Strumentario ed ottiche; € 6.987,65;

Rianimazione

L'aumento dei posti letto assegnati alla rianimazione pediatrica è passato da 4+1 a 9 con il trasferimento alla nuova struttura; il potenziamento delle apparecchiature già pianificato ed iniziato negli anni precedenti è stato poi completato con l'acquisizione ed installazione di un sistema di monitoraggio caratterizzato da un monitor parametri vitali per ogni postazione, nella configurazione più avanzata per garantire il necessario monitoraggio in tutte le patologie, ed una centrale di monitoraggio per la remotizzazione degli allarmi di funzionamento e dei dati sulla postazione centrale delle rianimazione, in modo da semplificare la gestione dell'assistenza sanitaria.

La dotazione tecnologica per l'assistenza ventilatoria ed il trattamento dei pazienti affetti da insufficienze respiratorie o ipertensione polmonare persistente nel neonato (PPHN) è stata migliorata con l'acquisizione di due sistemi di erogazione per l'ossido nitrico.

Sistema di monitoraggio parametri vitali per rianimazione (centrale di monitoraggio per gestire sino a n. 16 posti letto, n° 9 monitor parametri vitali e di n. 7 workstation medicali ed accessori) ; € 239.461,06;
Erogatore ossido nitrico; € 50.400,00;

Terapia intensiva neonatale

La Terapia intensiva neonatale ha diminuito provvisoriamente, nella nuova sede, il numero di posti letto a disposizione, ma ha avuto la necessità di una implementazione tecnologica, sia per sfruttare al meglio lo spazio a disposizione (inferiore rispetto alla superficie occupata nel presidio di Via Luca Giordano) sia per sostituire il sistema di monitoraggio (frammentario poiché costituito da monitor e saturimetri di marche e modelli diversi, ridotto nei numeri poiché non disponibile per ognuno dei posti letto, vetusto poiché mai andato incontro a sostituzione per obsolescenza negli anni proprio in previsione di una nuova organizzazione nel nuovo ospedale) con un sistema unitario, un supporto indispensabile per migliorare l'assistenza; la realizzazione del reparto come un grande open space suddiviso in tre aree di degenza intensiva, ha comunque beneficiato dalla installazione di un pensile per ciascun posto letto e dotato di un monitor parametri vitali, anch'esso, come in rianimazione, con la remotizzazione dei parametri e degli allarmi presso una postazione centralizzata (la cosiddetta centrale di monitoraggio). Come è avvenuto per la Rianimazione, con l'acquisizione del sistema di monitoraggio destinato alla Terapia Intensiva Neonatale è stata acquisita anche una cartella clinica informatizzata che ha permesso di iniziare un percorso di evoluzione degli strumenti di documentazione ed approfondimento strumentale per ciascun paziente, in modo da mantenere traccia di ogni atto terapeutico in modo automatizzato, in modo che ogni apparecchiatura fornisca automaticamente le informazioni all'archivio clinico temporaneo (durante le degenze) e storico. Il percorso poi è stato completato negli anni successivi, con uno sviluppo progressivo. A completamento della dotazione è stato possibile inoltre acquisire due apparecchiature per fototerapia, per sostituirne un numero equivalente obsolete

Sistema di monitoraggio parametri vitali per terapia intensiva neonatale (centrale di monitoraggio per gestire sino a n. 24 posti letto, n° 10 monitor parametri vitali e di n. 2 workstation medicali ed accessori) ; € 128.510,48;
Apparecchiature per fototerapia (n. 2); € 3.264,00;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Trasfusionale e camere bianche

Nei primi mesi dell'anno 2008 è stato completato presso la nuova sede anche il Laboratorio di Immunoematologia e Servizio Trasfusionale, con la realizzazione di alcuni ambienti idonei per la manipolazione delle cellule staminali a fini trapianto logici. Grazie al sostegno garantito dalla Fondazione Meyer attraverso molte donazioni ed alcuni investimenti effettuati direttamente dall'Azienda Meyer è stato possibile concludere, in modo definitivo, nel mese di aprile 2008, il trasferimento di tutte le attività dalla vecchia sede.

Apparecchiature per laboratori camere bianche; € 220.164,55;
Piccole apparecchiature per camere bianche; € 12.904,80;
Microscopio ottico con sistema colture cellulari; € 80.766,00;
Centrifuga refrigerata da terra; € 34.787,03;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Pronto Soccorso e Trauma Center

Il trasferimento dell'ospedale pediatrico presso la nuova sede di Viale Pieraccini, vicina al complesso ospedaliero dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, ha innescato una serie di processi virtuosi. Uno di questi è stato rappresentato dalla possibilità di seguire direttamente presso il Meyer i pazienti pediatrici affetti da patologie traumatiche che, fino all'anno precedente venivano seguiti presso il Centro Traumatologico Ortopedico di Careggi, da personale medico non specializzato per l'assistenza pediatrica in una struttura di degenza di pochi posti letto, e da un team infermieristico di ortopedia pediatrica assicurato invece dall'Azienda Meyer. Il trasferimento alla nuova sede ha permesso la realizzazione presso il Meyer di un vero e proprio Trauma Center con ottimizzazione di tutto il percorso.

Nell'ottica infine di potenziare l'attività di triage e di diagnosi immediata del Pronto Soccorso, questa struttura è stata dotata di un'apparecchiatura ecografica adatta per l'adozione di protocolli in urgenza (es. protocolli Fast Echo) per mettere in condizione già il personale medico della struttura di indirizzare rapidamente i pazienti verso gli accertamenti diagnostici più appropriati.

Ecografo portatile Trauma Center; € 40.000,00;

Lactarium e Banca del latte

Nelle prime settimane del 2008, anche in questo caso grazie al supporto determinante della Fondazione Meyer e di importanti donazioni è stato possibile completare la realizzazione della Banca del Latte, del Lactarium e della struttura di cucina per alimenti non standard necessari ai pazienti ricoverati presso il nostro ospedale. Negli spazi a disposizione è stato possibile realizzare un'area per il prelievo e la donazione del latte materno (mastosuttori), per il trattamento del latte (principalmente pastorizzazione e preparazione del latte proveniente da soluzioni predisposte), per il controllo di qualità dello stesso, per il trattamento dei biberon e degli utensili necessari, per la sterilizzazione in autoclave a vapore dei materiali, per la conservazione differenziata del latte in frigoriferi e congelatori. IL tutto in un ambiente prevalentemente dotato di arredi in acciaio inossidabile, di facile pulizia, che hanno contribuito alla realizzazione delle condizioni generali conformi allo standard HACCP, indispensabile nelle preparazioni alimentari.

Sistema di lavaggio, disinfezione e sterilizzazione lactarium; € 122.178,14;

Sistema di controllo qualità latte Foss Milkoscan minor 6 ; € 39.120,00;

Oncoematologia

L'oncoematologia e l'oncologia pediatrica rappresentano un'area all'interno della quale la complessità tecnologica è forse inferiore rispetto a strutture quali la Rianimazione e la Terapia Intensiva. Tuttavia le condizioni di immunodepressione dei pazienti pediatrica

Ecografo portatile Acuson Cypress Oncoematologia; € 30.000,00;

Urologia

Anche l'assistenza ai pazienti con deficit dello sviluppo, come quelli affetti da spina bifida, ha trovato con il trasferimento al nuovo ospedale l'occasione per organizzare un percorso di accertamenti diagnostico, di

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

trattamento terapeutico e di follow-up presso l'ospedale Meyer, grazie alla qualificazione degli urologi già presenti in organico.

Sistema per urodinamica Siem ; € 30.000,00;

Cardiologia

La cardiologia presso l'ospedale Meyer, progettato e realizzato come un ospedale organizzato per intensità di cure, non è stata sviluppata come una struttura di ricovero e degenza standard, ma come un pool di professionisti qualificati che, a partire dall'ambulatorio di cardiologia e con una dotazione tecnologica adeguata possono supportare i pazienti in ognuna delle strutture in cui vengono accolti, dal Pronto Soccorso alle Degenza pediatriche. Un campo di particolare interesse è stato inoltre rappresentato dall'attivazione della Sala di Emodinamica, che vede nel cardiologo emodinamista l'attore principale della sala diagnostica ed interventistica. Per questi motivi, oltre alla sostituzione di piccole apparecchiature obsolete, nel 2008 è stato acquistato un ecografo cardiologico (in gergo ecocardiografo) di alto livello, compatibile con la dotazione tecnologica presente, in grado di utilizzare la sonda transesofagea già acquistata al Meyer negli anni precedenti ed in grado infine, di supportare all'occorrenza anche in sala di emodinamica, l'attività del cardiologo pediatrico.

Con l'occasione, inoltre, è stato possibile uniformare la piattaforma ecocardiografica (standardizzata quindi su un solo produttore) e, nelle more della definizione di uno standard unico, archiviare in modo centralizzato nello stesso sistema informatizzato acquisito per la Sala di Angiografia, gli esami ecografici effettuati in cardiologia, gettando le basi per un'archiviazione unitaria.

Ecografo cardiologico (completo di workstation supplementare); € 159.960,00;

Registratore Holter pressorio; € 4.851,60;

Neurologia e Neurofisiopatologia

Grazie alla nuova struttura di degenza messa a disposizione del Dipartimento di Neuroscienze è stato possibile attrezzare quattro posti letto con le apparecchiature necessarie per monitorare i parametri elettroencefalografici durante il ricovero, con l'ausilio inoltre di riprese video diurne e notturne, per meglio studiare alcuni quadri patologici, come ad esempio l'epilessia. Grazie al supporto di Estav Centro è stato possibile espletare una gara di fornitura che ha portato all'installazione di un sistema di registrazione EEG di ottimo livello, di quattro workstation di visualizzazione e revisione presso l'area infermieri della struttura di degenza, con possibilità di connessione ed archiviazione dei dati in modo unitario con le apparecchiature EEG già presenti nell'ambulatorio di neuro fisiopatologia, ottimizzando anche l'attività dei tecnici di neuro fisiopatologia, che quindi potendo seguire la registrazione degli esami da remoto e non essendo necessario disporre di personale dedicato, non sono aumentati in numero diretto con l'aumento della complessità tecnologica e delle tecnologie a disposizione.

Apparecchiature per EEG (4 workstation di registrazione, 2 workstation di refertazione, accessori); € 173.928,29;

Ambulatorio difetti congeniti

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

L'ambulatorio difetti congeniti, grazie ad una donazione coordinata dalla Fondazione Meyer, ha potuto provvedere all'aggiornamento dell'ecografo presente, non più adeguato all'esecuzione di esami che hanno necessità di alta definizione della qualità delle immagini, come ad esempio la translucenza nucale, una tecnica che permette attraverso un'indagine ecografica a livello della cute nucale del feto nel primo trimestre di gravidanza di fornire informazioni quale aumento di rischio di anomalie cromosomiche, come la sindrome di Down, o di malformazioni fetali, coadiuvando tecniche di amniocentesi e prelievo dei villi coriali, oltre agli esami di laboratorio, per monitorare con maggior attenzione gravidanze a rischio.

Aggiornamento ecografo ambulatorio difetti congeniti; € 54.400,00;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Tecnologie Sanitarie Anno 2009

L'anno 2009 ha visto necessario un forte impegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer per fare fronte, oltre alla necessaria integrazione di tecnologie legata all'obsolescenza, ad alcune situazioni critiche:

- l'aumento del numero di nuovi nati in Toscana ha richiesto alla Regione un'articolata revisione dell'intera rete dei punti nascita nel territorio, e la predisposizione di un numero potenziato di posti letto presso le strutture dove è possibile una maggiore intensità di cure;
- l'aumento di patologie respiratorie croniche e l'aumento di complessità degli interventi chirurgici richiede un aumento dei posti letto in rianimazione
- l'emergenza mondiale conseguente alla pandemia influenzale del 2009 (chiamata anche influenza A/H1N1), causata da una variante fino ad allora sconosciuta del virus H1N1, una pandemia che ha causato centinaia di morti e decine di migliaia di contagi nel mondo, sebbene concentrati per la maggior parte nel continente americano

Per questi motivi sono stati effettuati degli interventi urgenti di ristrutturazione ed adeguamento di alcuni spazi per riallocare gli spazi di servizio e realizzare una nuova area in terapia intensiva aumentando di n° 6 posti letto la degenza, la realizzazione di un reparto di sub intensiva con 6 posti letto all'interno dell'area del Blocco operatorio, un intervento di ristrutturazione impiantistica che ha reso possibile attrezzare quattro nuovi posti di degenza per endoscopia bronchiale (per alleggerire le altre strutture di rianimazione), un intervento di potenziamento del Pronto Soccorso e l'elaborazione di un piano adeguato di trasformazione, in caso di bisogno, delle aree adibite alla formazione, in degenze ospedaliere in caso di massiccio afflusso, con attivazione del supporto di base alle funzioni vitali.

Anno	Dipartimento	Valore
2009	Direzione	€ 2.277.958,09
2009	Emergenza, Area Critica e Chirurgia	
2009	Pediatria	€ 878.933,07
2009	Medico Chirurgico Feto-Neonatale	€ 449.677,60
2009	Neuroscienze	€ 545.665,83
2009	Oncoematologia	€ 251.284,68
2009	Pediatria internistica	€ 71.379,73
		€ 4.474.899,00

Tabella 7. Acquisizioni tecnologie sanitarie 2009 - ripartito per dipartimenti

La ripartizione del valore delle acquisizioni tra i Dipartimenti ha evidenziato l'impegno finanziario delle acquisizioni. Gli investimenti legati alla Diagnostica per Immagini e agli altri servizi trasversali, che fanno capo alla Direzione, hanno registrato anche quest'anno il rilievo maggiore.

Tecnologie in evidenza

Terapia intensiva neonatale.

L'intervento principale ha reso possibile, comprimendo gli spazi dei locali di servizio comuni tra la Rianimazione e la Terapia intensiva neonatale l'attivazione di una nuova area sanitaria con installazione di n° 4 pensili, 6 posti letto aggiuntivi, dotati poi progressivamente delle stesse dotazioni di base presenti nelle altre aree dello stessa struttura, così da realizzare letti polivalenti, utilizzabili anche per pazienti acuti ed acutissimi al bisogno.

L'aumento dei posti letto ha richiesto anche la necessità di potenziare la dotazione tecnologica con 2 incubatrici neonatale e due isole neonatali,, un monitor capnografico transcutaneo, un monitor EEG con funzioni di base ed un ecografo portatile.

In considerazione del fatto che l'Ospedale Meyer non dispone di un proprio punto nascita, ma i pazienti della terapia intensiva neonatale afferiscono alla struttura dall'esterno, principalmente grazie al servizio di trasporto protetto neonatale coordinato proprio dal Meyer è stata potenziata anche l'infrastruttura delle incubatrici da trasporto, rinnovando il parco dei carrelli per incubatrici da trasporto, in modo che tutti divenissero conformi alla normativa vigente ed in grado di conseguire le certificazioni di resistenza connesse agli incidenti che possono avvenire durante il trasporto.

La necessità infine di garantire, anche in condizioni di emergenza, il supporto vitale per postazioni aggiuntive, eventualmente attivabili anche in sedi contigue alle aree attrezzate, ha richiesto l'acquisizione di un carrello per l'erogazione di emergenza dei gas medicali, in grado di supportare 2-4 posti letto aggiuntivi per erogazione di ossigeno, aria compressa ed aspirazione dei secreti (vuoto endocavitario).

Pensili per Sub intensiva Tin (n° 4 Trumpf Uniport 1568) ; € 50.400,00;

Incubatrice neonatale ; € 28.923,60;

Isola neonatale; € 23.976,00;

Ecografo portatile per Tin (GE Vivid E); € 50.000,00;

Carrello per emergenza gas; € 18.720,00;

Carrelli per incubatrici da trasporto; € 18.330,12;

Monitor transcutaneo; € 13.440,00;

Monitor A EEG (brainz); € 28.000,00;

Rianimazione

La realizzazione di un nuovo reparto di Subintensiva della Rianimazione con una procedura urgente ha richiesto un intervento di ristrutturazione rapido di un'area del Blocco Operatorio e molto vicino alla Rianimazione, per ottimizzare gli spazi e le possibilità del personale di gestire in modo più semplice i due reparti. Per allestire i posti letto con una dotazione adeguata di tecnologie si è ricorsi al riutilizzo delle travi pensili "momentaneamente dismesse" da AOU Careggi in occasione del trasferimento di un proprio reparto di terapia intensiva ad altra sede, collegando l'attrezzatura all'impianto dei gas medicinali e tecnici presenti. L'intervento di potenziamento e ristrutturazione degli impianti è stato poi completato anche dalla realizzazione di una centrale supplementare per i gas medicinali e tecnici, situata in zona topograficamente contrapposta degli edifici ospedalieri rispetto alla centrale primaria, con capacità di erogare, attraverso un sistema di pacchi bombole ossigeno, aria compressa e vuoto (ovvero mantenere in efficienza l'impianto di

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

aspirazione del vuoto cosiddetto endocavitario) per tutto l'ospedale in caso di emergenza. Condizione questa ancor più necessaria in caso di massiccio afflusso di pazienti con patologie respiratorie (epidemia influenzale H1N1) e in caso di attivazione di aree al momento non adibite a degenza.

La dotazione di ventilatori polmonari è stata decisamente potenziata: 4 nuovi ventilatori furono acquisiti per la Terapia Subintensiva, mentre 6 furono acquisiti per la Rianimazione e gli usi generali. Peraltro il potenziamento della dotazione di apparecchiature per la ventilazione polmonare in vista dell'emergenza pandemia fu programmato dalla Commissione appositamente organizzata dalla Regione Toscana, che ripartì il fabbisogno per ogni azienda della nostra regione.

La realizzazione della struttura di sub intensiva ha reso necessaria anche l'acquisizione di nuovi letti elettrici idonei per rianimazione e monitor parametri vitali con computer medicali

Ventilatori polmonari (n. 1 Viasys Avea, n 2 Avea, n 3 Evita XL); € 158.664,00;

Ventilatore polmonare (Subintensiva, n.4); € 110.400,00;

Monitor parametri vitali (5) e computer medicali (7) subintensiva rianimazione; € 111.360,00;

Letti elettrici per rianimazione (5); € 78.300,00;

L'aumento dei quadri patologici legati a condizioni di insufficienza respiratoria acuta e cronica, connessa all'allarme per la diffusione della pandemia influenzale, ha determinato la necessità di dotare l'ospedale di apparecchiature che permettessero la decapneizzazione e, se necessario, anche l'ossigenazione extracorporea del sangue dei pazienti.

Sistema Ecmo Levitronix (n. 2 Centrimag primary hardware, n. 1 Centrimag backup hardware, n 2 scambiatori di calore); € 149.800,00;

Contropulsatore pediatrico; € 38.016,00;

Monitor parametri vitali con parametri emogasanalitici (Terumo CDI 500); € 31.200,00;

Carrello emergenza gas medicali (n3 Air Liquide Alvea); € 56.160,00;

Sale operatorie

La dotazione tecnologica delle sale operatorie è stata potenziata, con acquisizioni di apparecchiature specifiche a supporto di interventi neurochirurgici, quali neuro navigatore e sistema di fissaggio (casco di Leksell) per eseguire interventi di neurochirurgia stereotassica, di interventi di chirurgia generale ed endoscopica bronchiale (colonne per video endoscopia) sia per il potenziamento della chirurgia delle ustioni (dermoabrasore e sistema di trapano) che per l'endoscopia digestiva (video coloscopio). Infine, l'aumento di richiesta di interventi chirurgici ha reso necessario modificare la dotazione della sala operatoria di endoscopia in una sala operatoria multispecialistica, modificando l'installazione delle lampade scialitiche e potenziando la dotazione complessiva di apparecchi per anestesia e monitor parametri vitali, un sistema aggiuntivo per il lavaggio in ciclo completamente chiuso dei video fibroscopi flessibili, un ecografo di supporto per anestesisti.

Casco stereotassico Leksell; € 55.976,44;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Neuronavigatore Medtronic Stealthstation; € 329.429,00;
Colonna per endoscopia video (chirurgia generale); ; € 58.147,20;
Colonna per endoscopia video (broncoscopia); ; € 110.004,00;
Sistema acquisizione immagini (Storz, Aida); € 9.996,00;
Videocolonscopio; € 22.117,83;
Dermaabrasore ; € 10.749,60
Trapano ortopedico (Stryker); € 15.674,40;
Lampada scialitica (Trumpf lled 5) ; € 18.265,20;
Apparecchi per anestesia (n. 3 completi di monitor parametri vitali); € 74.520,00;
Monitor parametri vitali (2, Drager Infinity Delta, Sale Operatorie); € 9.360,00;
Lavaendoscopi Cisa mod. Ers ; € 42.059,16;
Ecografo portatile Sonosite; € 40.000,00;
Strumentario ed ottiche 2009; € 6.738,63;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Diagnostica per immagini

Nella diagnostica per immagini gli investimenti sono stati concentrati nell'acquisizione di una serie di apparecchiature a supporto del Tomografo a risonanza magnetica a 3Tesla, per la ricostruzione delle immagini e per garantire la dotazione di sicurezza per pazienti ed operatori nella sala di diagnostica (monitor parametri vitali amagnetico ecc.) e per il potenziamento della dotazione di apparecchiature portatili per radioscopia. Un utilizzo infatti più intensivo di questa tipologia di apparecchiature ha reso inderogabile la disponibilità di due unità all'interno del Blocco Operatorio, per evitare criticità legate ad eventuali guasti o fermo macchina per manutenzione.

Risonanza magnetica 3T, accessori a completamento; € 693.000,00;
Apparecchio portatile per radioscopia (digitale); € 192.600,00;

Trasfusionale

Il potenziamento delle tecnologie in Sala Operatoria ha richiesto anche l'installazione di una nuova frigoemoteca. Vista l'organizzazione aziendale del Centro Trasfusionale, che non prevedeva la disponibilità H24 di medici trasfusionisti presso il Meyer, la Direzione Sanitaria ha progettato l'installazione di due frigo emoteche "evolute", dotate di un apparato informatico ed un software interfacciato agli applicativi in uso presso il centro trasfusionale, così da poter far effettuare la validazione del sangue da reinfondere, in caso di necessità, a distanza, ottimizzando l'impegno del personale medico.

Frigoemoteca (n. 2, con sistema validazione a distanza); € 93.375,00;
Contenitore criobiologico Mve; € 40.110,20;
Citofluorimetro (Becton Dickinson); € 78.960,00;

Cardiologia

Nell'ambito della cardiologia da alcuni anni, sia nelle aziende territoriali che nelle aziende ospedaliero-universitarie tutti gli esami elettrocardiografici vengono archiviati in modo automatizzato e costituiscono un utile archivio anche per porre a confronto i tracciati dei pazienti man mano che si ripresentano negli anni successivi. Questa implementazione tecnologica, ormai non più rinviabile, è stata adottata integrando il sistema con l'applicativo software gestionale e procedendo ad un upgrade della rete dati, wired e wifi per garantire il corretto funzionamento del sistema.

Sistema elettrocardiografia in rete (costituita da 8 ECG Schiller AT10 plus, 1 ECG Schiller AT110, n. 2 client di refertazione, n. 1 server web, software Ebit Estensa); € 69.402,00;

Oculistica

L'ambulatorio di oculistica ha visto l'implementazione di un nuovo ambulatorio, pur con dotazioni di base, che si è reso necessario per la riduzione delle liste di attesa. La dotazione della specialità è stata inoltre arricchita da un laser chirurgico, idoneo per interventi anche presso la Tin

Apparecchiature per ambulatorio oculistico (riunito oculistico, lampada a fessura, tonometro a contatto, oftalmoscopio ed oftalmoscopio indiretto,

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

ottotipo a proiezione, cassetta lenti di prova) ; € 13.806,00; R6744 ; Q25 + N23

Laser chirurgico oculistico Iridis; € 22.766,40; 'R4025 ; 'Q25

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Ambulatorio difetti congeniti e ginecologia dell'adolescenza

L'ambulatorio difetti congeniti e quello di ginecologia dell'adolescenza hanno beneficiato nell'anno 2009 di un importante aggiornamento delle tecnologie: nell'ambulatorio difetti congeniti è stato possibile acquisire un nuovo apparecchio ecografico, da affiancare all'unico ecografo esistente, mentre nell'ambulatorio di ginecologia dell'adolescenza l'acquisizione di un ecografo con configurazione base ha reso possibile al personale un'attività autonoma

Ecografo GE Voluson E6; € 60.000,00;
Ecografo ginecologia adolescenziale (ALOKA PROSOUND ALPHA-7 con sonda); € 21.840,00;

Pronto soccorso

Presso il pronto soccorso è stato possibile acquisire la dotazione necessaria per trasformare uno dei box visita in un'area per interventi complessi in emergenza; sono stati acquisiti due letti elettrici per rianimazione, tre monitor parametri vitali ed un ventilatore polmonare da trasporto

Ventilatore polmonare da trasporto; € 13.800,00;
Letti elettrici per rianimazione (2, PS/DEA); € 14.911,20;
Monitor parametri vitali (3, Drager Infinity Delta, Pronto Soccorso); € 14.040,00;

Oncoematologia

L'attivazione del reparto di Trapianti Midollo Osseo ha aumentato la complessità dell'assistenza. Per semplificare quindi il monitoraggio dei parametri vitali è stato implementato in due step successivi un sistema di monitoraggio parametri vitali poi, successivamente, completato con una centrale di monitoraggio

Monitor parametri vitali (5, Drager Infinity Delta, Tmo); € 23.400,00;
Sonde ecografiche (2) ed accessori per ecografo Oncoematologia (Acuson Cypress); € 14.400,00;

Neurologia e neurofisiopatologia

Sistema elettroencefalografo portatile HANDY EEG con accessori; € 21.594,00; 'R6870 ; 'Q25

Ambulatorio audiologia

Nell'ambulatorio di audiologia è stato possibile implementare un sistema audiometrico per pazienti pediatrici

Sistema audiometrico PA1000 (Peep show); € 12.024,60;

Centro SIDS

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Anche il Centro Sids ha visto un potenziamento della propria dotazione di monitor parametri vitali, che si sono aggiunti in modo permanente a quelli che, in virtù di un'allocazione, vengono garantiti al domicilio dei piccoli pazienti con apnee notturne e rischio di Sids

Monitor per apnea (4) e capnografo transcutaneo; € 29.574,88; ; Q25 +
DON

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Tecnologie Sanitarie Anno 2010

Nell'anno 2010 gli investimenti tecnologici hanno completato le acquisizioni legate agli interventi già iniziati nel 2009 con il potenziamento della Terapia Intensiva Neonatale, la Subintensiva di Rianimazione e il percorso dell'emergenza. Sono state inoltre acquisite nuove tecnologie per il laboratorio di Genetica Medica e la Sala Operatoria di Neurochirurgia.

Anno	Dipartimento	Valore
2010	Direzione	€ 429.202,91
2010	Emergenza, Area Critica e Chirurgia Pediatrica	€ 173.054,54
2010	Medico Chirurgico Feto-Neonatale	€ 268.755,32
2010	Neuroscienze	€ 167.895,99
2010	Oncoematologia	€ 112.508,57
2010	Pediatria internistica	€ 178.415,50
		€ 1.329.832,83

Tabella 8. Acquisizioni tecnologie sanitarie 2010 - ripartito per dipartimenti

Le acquisizioni di tecnologie nell'anno 2010 sono state nettamente inferiori rispetto all'anno precedente. L'esaurimento del finanziamento finalizzato messo a disposizione dalla Regione Toscana ha ridotto notevolmente le possibilità di acquisto ed anche le donazioni rese disponibili sono state indirizzate alla sostituzione, quando possibile, di tecnologie obsolete e apparecchiature che nel corso dell'anno sono andate incontro a guasto non riparabile e successivo fuoriuso.

Tecnologie in evidenza

Diagnostica per immagini

Nella Diagnostica per immagini è stata completata l'acquisizione del sistema di radiologia digitale diretta installato presso il Pronto Soccorso. Inoltre per adeguare il livello di sicurezza delle diagnostiche (non RM) sono stati acquistati due nuovi apparecchi per anestesia in configurazione base

Sistema radiologico Pixel hf ; € 85.848,00;
Apparecchi per anestesia draeger ; € 42.000,00;

Sale operatorie

Durante l'anno 2010 sono state acquistate alcune apparecchiature per la Sala di Neurochirurgia a completamento del Casco stereotassico già acquistato, la Chirurgia generale, l'Endoscopia Digestiva. Sono inoltre state acquisite tecnologie di sicurezza e di maggior protezione per gli operatori

Testiera di Mayfield ditta integra mod. A-; € 15.566,40;
Arco stereotassico Leksell (completo di accessori) ; € 114.161,89;
Defibrillatore medtronic ; € 12.224,76;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Sistema aspiratore portatile gas ; € 7.959,60;
Sistema aspiratore portatile gas ; € 7.959,60;
Trapano per traumatologia synthes ; € 11.852,40;
Videoprocessore digitale pentax ; € 56.000,00; '
Colonna endoscopica (accessori per) ; € 42.243,60;
Strumentario ed ottiche; € 6.489,61;

Rianimazione

Con la realizzazione dei 6 posti letto della Subintensiva si è reso necessario realizzare una connessione tra il sistema di monitoraggio di questo reparto e quello della Rianimazione, con la finalità di ottimizzare il personale infermieristico ed non avere la necessità di personale medico di guardia in orario notturno in ciascuna delle due strutture. E' stato pertanto effettuato in aggiornamento (di licenze software) ed ampliata la capacità di monitoraggio e visualizzazione degli allarmi presso il bancone centrale della rianimazione, posto presenziato H24.

Upgrade centrale di monitoraggio ; € 39.725,40; 'r2300 ; 'r32

Terapia intensiva neonatale

Nella terapia intensiva neonatale l'investimento iniziato l'anno precedente con la realizzazione di una nuova area sanitaria è stato poi completato con l'acquisto di n. 3 incubatrici neonatali e n. 2 isole neonatali, una centrale di monitoraggio, 5 monitor parametri vitali e 5 computer medicali, oltre ad una nuova incubatrice da trasporto in sostituzione di una analoga di cui è stata dichiarata l'obsolescenza tecnologica.

Centrale di monitoraggio draeger; 5 monitor parametri vitali, 5 computer medicali;

€ 150.474,60

Incubatrici neonatali (3); € 46.440

Isole neonatali (2) € 28.893,02;

Incubatrice da trasporto (completa di ventilatore polmonare neonatale da trasporto, aspiratore bronchiale, flussimetro di precisione, carrello autocaricante); € 39.649,20;

Oncoematologia

Con l'attivazione della quinta stanza del reparto Trapianti di Midollo Osseo si è reso necessario l'acquisto di un nuovo monitor a completamento del sistema esistente; una volta definita la configurazione del sistema di monitoraggio del reparto è stato possibile acquisire ed installare una centrale di monitoraggio nella medicheria del Tmo.

In considerazione, infine, delle numerose sedo-analgesie necessarie durante l'esecuzione di prelievi ed esami diagnostici presso il reparto di oncoematologia, è stato acquisto un sistema di aspirazione che, in connessione con i dispositivi medici "doppia maschera" hanno reso possibile un abbattimento pressoché completo dei gas anestetici nell'ambiente.

Monitor parametri vitali (Draeger Infinity Delta, 1, a completamento esistenti); € 6.000,00;

Centrale di monitoraggio multiview ; € 15.840,00;

Sistema aspiratore portatile gas ; € 7.959,60;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Pronto Soccorso

Anche presso il Pronto Soccorso nel corso dell'anno 2010 è stato possibile acquisire alcuni monitor parametri vitali per completare la dotazione per ciascuno dei box visita

Monitor parametri vitali (Draeger Infinity Delta, 4, a completamento esistenti); € 24.000,00;

Cardiologia

L'ambulatorio di cardiologia ha beneficiato nell'anno 2010 della donazione di un ecocardiografo Philips IE33, stessa marca e modello dell'ecografo di punta già presente presso la struttura, così da aumentare la produttività dell'ambulatorio archiviando le informazioni con la medesima infrastruttura e modalità già messa a regime. Nell'ambulatorio è stato inoltre introdotto un monitor parametri vitali

Ecotomografo philips medicalsystems ; € 120.000,00;
Monitor parametri vitali (Philips Intellivue MP40, 1); € 10.641,02;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Gastroenterologia ambulatorio

L'ambulatorio di gastroenterologia è stato dotato di un nuovo impedenziometro
Impedenziometro gastroesofageo; € 12.792,00;

Laboratorio

Laboratorio genetica

L'investimento più significativo è stato effettuato con l'acquisizione di un sistema Microarray, che permette simultaneamente l'analisi sulla presenza di moltissimi geni all'interno di un campione di DNA, per confrontare il profilo di espressione genica di un individuo malato con quello di uno sano per individuare quali geni sono coinvolti nella malattia.

Microarray scanner (completo di accessori); € 125.636,66;

Laboratori

Il laboratorio di neurogenetica e di oncoematologia, a seguito di una notevole crescita dei campioni da processare, hanno dovuto aumentare la propria dotazione di PCR, acquisite grazie a fondi finalizzati e ad una donazione

PCR (Amplificatore sequenze nucleotidiche); € 29.340,00;

Pcr (Amplificatore sequenze nucleotidiche); € 12.000,00;

Laboratorio terapie cellulari

Il laboratorio terapie cellulari, nell'ambito del processo di accreditamento GMP e nello sviluppo del progetto di autorizzazione AIFA per la realizzazione di una Cell Factory grazie a due donazioni ha potuto arricchire la propria dotazione strumentale con un congelatore a discesa programmata ed un analizzatore automatico di immunochimica per l'esecuzione di indagini di identificazione microbica (lettura antibiogramma)

Congelatore rapido ditta planer mod. ; € 30.000,00

Antibiogramma identificaz.microbica mod. ; € 16.000,00

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Tecnologie Sanitarie Anno 2011

L'anno 2011 ha rappresentato per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer un anno di passaggio di consolidamento, senza che siano state realizzate acquisizioni significative. Come si può vedere dalla Tabella 9 l'ambito di maggior rilievo degli investimenti è stato rappresentato dal dipartimento Emergenza, Area Critica e Chirurgia Pediatrica

Anno	Dipartimento	Valore
2011	Direzione	€ 100.530,98
2011	Emergenza, Area Critica e Chirurgia Pediatrica	€ 149.510,37
2011	Medico Chirurgico Feto-Neonatale	€ 41.182,35
2011	Neuroscienze	€ 84.222,90
2011	Oncoematologia	€ 12.160,08
2011	Pediatria internistica	€ 28.931,76
		€ 416.538,44

Tabella 9. Acquisizioni tecnologie sanitarie 2011 - ripartito per dipartimenti

Tecnologie in evidenza

Centro Ustioni - Chirurgia e rianimazione

La realizzazione all'interno della Degenza di Chirurgia esistente di una nuova area riservata ai pazienti ustionati ha determinato la criticità di rendere disponibili delle tecnologie adeguate a pazienti ad alta complessità, talvolta con necessità di cure pari ad un reparto di Terapia Subintensiva. Per questo motivo sono stati acquisiti n. 3 letti di degenza con le stesse caratteristiche dei letti elettrici progettati per la Rianimazione, ovvero adeguati anche per effettuare dei piccoli interventi chirurgici oltre a manovre di emergenza in caso di necessità. Analoga acquisizione è stata effettuata anche per i box di "isolamento" della Rianimazione, in cui vengono ricoverati i pazienti ustionati quando le condizioni generali sono più acute.

Letto elettrocomandato rianimazione; € 19.805,29;
 Letto elettrocomandato rianimazione ; € 19.970,34;
 Letto elettrocomandato rianimazione. ; € 19.970,33;
 Letto elettrocomandato rianimazione ; € 15.354,00;
 Letto elettrocomandato rianimazione ; € 15.354,00;

Sale operatorie

L'aumento dei casi afferenti al Trauma Center ed alla traumatologia ha reso necessaria l'acquisizione di un nuovo tavolo a colonna mobile e piani trasferibili con gli accessori necessari per la chirurgia traumatologica

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Il team di chirurgia delle ustioni ha inoltre acquisito, grazie ad una donazione, un nuovo dermatomo per la sala operatoria.

La Sala operatoria di neurochirurgia ha avuto la necessità urgente di sostituire una telecamera installata sulla colonna per endoscopia e grazie a fondi finalizzati la possibilità di acquisire un sistema per impianto elettrodi in profondità.

Tavolo operatorio traumatologico ; € 81.745,20;
Dermatomo a batteria ; € 19.824,11;
Sistema per impianto elettrodi ; € 8.325,00;
Telecamera colori 3ccd sony cmount ; € 8.052,00; '
N° 3 Ottiche rigidi che per endoscopia bronchiale Hopkins 30° 2,9mm 30 cm (2), 30° 2,9mm lunghezza cm36; € 9.401,70;
Strumentario ed ottiche varie; € 6.240,59;

Terapia intensiva neonatale

Nella Terapia intensiva neonatale è proseguito il piano di sostituzione progressiva delle apparecchiature a rischio obsolescenza, grazie alla disponibilità di donazioni e fondi finalizzati messi a disposizione.

Incubatrice neonatale atom ; € 15.246,00;
Incubatrice neonatale atom ; € 15.246,00;

Degenze

L'attività dei fisioterapisti della riabilitazione del Meyer, svolta prevalentemente presso la struttura di degenza riguarda sempre più pazienti "pesanti": non più solo pazienti in età neonatale e pazienti pediatrici nei primi anni ma anche pazienti in età adolescenziale. Questo determina la necessità di un supporto per la movimentazione e quindi è stato necessario procedere all'acquisto di due sollevatori pazienti, collocati rispettivamente al I ed al II piano dell'edificio tecnologico, per gli utilizzi connessi in caso di necessità. Un'analoga acquisizione era stata effettuata tre anni prima per i pazienti della Rianimazione. Le apparecchiature, mobili, possono essere spostate all'occorrenza in ogni struttura dove si manifesti la necessità.

Apparecchio x sollevamento malati arjo ; € 5.263,44;
Apparecchio x sollevamento malati arjo ; € 5.041,92;

Laboratori

Nei laboratori specialistici l'aumento delle attività soprattutto nell'ambito della biologia molecolare e delle colture cellulari ha aumentato la necessità portata all'aumento della colture cellulari e quindi alla necessità di apparecchiature dove le cellule possano essere messe in coltura in un ambiente di CO2 controllato.

L'aumento di attività nei laboratori si è manifestato anche con una crescente richiesta di spazi per archiviare i campioni a vari fini (conservazione, ripetibilità esami ecc.). In attesa di una programmazione magari sovra aziendale con la realizzazione di una o più banche biologiche territoriali di cui usufruire, è stato necessario acquisire con urgenza un nuovo congelatore meno 80°C e comunque pianificare, al più presto, nuove acquisizioni.

La necessità di conservazione dei campioni ha determinato anche l'esigenza di installare ed ampliare progressivamente all'interno dell'Azienda Meyer un sistema di rilevazione delle temperature e di

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

remotizzazione degli allarmi conforme alle esigenze operative ed in linea con i requisiti previsti dai sistemi di accreditamento e verifica adottati nei vari settori.

Incubatore ad anidrite carbonica sanyo ; € 4.762,80;

Incubatore ad anidrite carbonica sanyo ; € 4.762,80;

Congelatore verticale – 80°C ; € 10.819,58;

Pronto Soccorso

Negli anni è stata sviluppata in modo sempre maggiore l'attività di formazione degli operatori sanitari alle tecniche di rianimazione, con aumento progressivo dei livelli di competenza, aggiornamento sui protocolli internazionali, re-training periodico. Parallelamente all'attività formativa è stata poi sviluppata la simulazione di scenari di emergenza, prevalentemente presso il pronto soccorso, per preparare il personale sanitario ad affrontare le varie situazioni critiche che si possono presentare. Un'attività questa molto importante, che si è sviluppata configurando progressivamente un vero e proprio centro di simulazione. Per lo svolgimento delle attività, con il contributo di singole donazioni e fondi finalizzati messi a disposizione anche dall'Università e da enti di formazione regionale, è necessario procedere ad acquisti periodici ed alla manutenzione costante, garantita attraverso Estar Tecnologie Sanitarie, così come per le apparecchiature elettromedicali e da laboratorio, per garantire l'efficienza dei dispositivi ed evitare che l'obsolescenza tecnologica determini la necessità di un rinnovo completo in un solo anno.

Manichino pedi hal 5 anni ; € 20.915,63; 'r6510 ; 'don

Cardiologia ambulatorio

Il sistema aziendale di elettrocardiografia in rete, acquisito ed installato nel 2009, è stato sviluppato ulteriormente in modo che, in pratica, all'interno dell'Azienda Meyer, vi sia uno standard unitario di apparecchiature elettrocardiografiche. Così man mano che gli elettrocardiografi più "anziani" sono andati incontro a guasti importanti non riparabili e conseguente fuoriuso, le apparecchiature sono state sostituite con altre afferenti allo stesso sistema. Per evitare l'effetto di vincolo da parte di un unico fornitore l'applicativo software che ha integrato il funzionamento dell'intero sistema è stato scelto poiché in grado di acquisire informazioni e tracciati da tutti gli elettrocardiografi moderni, capaci di conservare le informazioni in formato dicom.

Elettrocardiografo portatile ; € 4.722,00;

Elettrocardiografo portatile ; € 4.722,00;

Upgrade elettrocardiografo at110; € 1.800,00;

Oculistica

La dotazione degli ambulatori di oculistica è stata progressivamente integrata con i dispositivi necessari allo svolgimento delle prestazioni di questa specialistica. Nell'anno 2011, grazie ad una donazione, è stato possibile acquisire anche un ecooftalmografo.

Ecografo oftalmico ; € 21.000,00;

Altri ambulatori

Per mantenere in efficienza il parco tecnologico si sono resi necessari anche acquisti di componenti di apparecchiature già presenti a seguito di guasti ricorrenti. In questa ottica è stato necessario effettuare alcune piccole acquisizioni per il sistema di registrazione EEG e video-EEG dell'ambulatorio di

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

neurofisiopatologia e la sostituzione per rottura della sonda convex volumetrica del principale ecografo presente presso l'Ambulatorio Difetti Congeniti.

Potenziamento sistema eeg micromed ; € 10.285,00;

Sonda convex volumetrica realtime ge ; € 10.690,35;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Tecnologie Sanitarie Anno 2012

Gli investimenti in tecnologie sanitarie nell'anno 2012 hanno visto interventi con una importante progettualità, sostenuta da donazioni, sia nell'ambito della diagnostica per immagini che nell'ambito del Laboratorio di screening neonatale

Anno	Dipartimento	Valore
2012	Direzione	€ 482.711,93
2012	Emergenza, Area Critica e Chirurgia	
2012	Pediatria	€ 68.668,57
2012	Medico Chirurgico Feto-Neonatale	€ 42.516,40
2012	Neuroscienze	€ 619.224,43
2012	Oncoematologia	€ 46.500,00
2012	Pediatria internistica	€ 44.459,54
		€ 1.304.080,87

Tabella 10. Acquisizioni tecnologie sanitarie 2012 - ripartito per dipartimenti

Tecnologie in evidenza

Diagnostica per immagini

Nella Diagnostica per immagini si è resa necessaria con urgenza la sostituzione per guasto non riparabile del sistema orto pantografico, e per obsolescenza tecnologica la sostituzione di due apparecchi per anestesia. Grazie ad una donazione è stato possibile acquisire una bobina pediatrica RM e sostituire un ecografo multidisciplinare acquisto nel 2001 con due apparecchiature, corredate con più sonde, per sfruttare le migliori performance oggi disponibili

Ortopantomografo digitale ; € 43.197,00;
 Upgrade Tc Philips 64 slice + i ; € 129.470,00;
 Bobina pediatrica philips upgrade ; € 50.000,00;
 Ecotomografo esaote mylab seven ; € 75.158,96;
 Ecotomografo philips iu 22 ; € 121.156,00;
 Apparecchi anestesia (n.2 completi di monitor parametri vitali); € 41.140,00;

Sala Operatoria

Nel blocco operatorio si è resa necessaria l'acquisizione urgente di n° 3 elettrobisturi ed un video gastroscopio, oltre alla implementazione di strumentario ed ottiche rigide.

Elettrobisturi valleylab force fx; € 2.345,28;
 Elettrobisturi valleylab force fx ; € 2.345,28;
 Elettrobisturi valleylab force fx ; € 2.345,29;
 Videogastroscopio pentax italia ; € 28.000,00;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Strumentario ed ottiche € 5.991,57;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Rianimazione

Nella Rianimazione l'impegno prioritario si è concentrato sulla possibilità di disporre di un'apparecchiatura doppler transcranica; l'acquisizione dell'apparecchiatura, sostenuta da fondi nazionali, è divenuta urgente per la misura delle velocità dei flussi cerebrali e quindi per fornire informazioni anche in caso di soggetti candidati all'espanto di organi.

Doppler transcranico computerizzato ; € 18.392,00;

Terapia intensiva neonatale

Nella Terapia intensiva neonatale nel corso dell'anno 2012 è proseguito il programma di sostituzione progressiva di apparecchiature obsolete, il quale, sostenuto da donazioni, ha permesso l'acquisizione di un'isola neonatale ed un'incubatrice neonatale.

Isola neonatale; € 12.469,05; '

Incubatrice neonatale; € 16.000,00;

Pediatria Medica

Il monitoraggio dei parametri vitali, soprattutto in pazienti affetti da patologie cardiache e respiratorie, può essere anche piuttosto lungo durante i periodi di ricovero. La modalità standard con cui questo monitoraggio viene affrontato costringe i pazienti a restare fermi, sul proprio letto di degenza, condizione questa poco compatibile con pazienti in età pediatrica. Per questo motivo durante il 2012 è stata data applicazione anche al progetto, realizzato provvisoriamente solo presso la Pediatria Medica A, di monitoraggio differenziato. Utilizzando lo stesso sistema di monitoraggio già presente anche in altre aree dell'azienda, e quindi già noto al personale medico ed infermieristico, è stato possibile prevedere e realizzare, grazie ad alcuni fondi finalizzati ed una donazione, l'acquisizione di una centrale di monitoraggio installata presso il punto infermieri del reparto di pediatria medica A, al quale sono stati collegati due monitor parametri vitali tradizionali e due piccoli monitor portatili (telemetrici) così che anche i pazienti chesi muovono nella struttura e finanche quelli che si recano in altre zone dell'ospedale come la radiologia, ovvero a seguire attività ludiche o formative (ludoteca) possano comunque essere sempre in contatto con il personale dell'assistenza loro dedicato.

Sistema di monitoraggio parametri vitali differenziato (centrale di monitoraggio, n. 2 monitor parametri vitali, n 2 monitor telemetrici) € 31.406,74

Laboratorio

Il laboratorio di screening neonatale ha accresciuto molto negli ultimi anni l'attività, sostenuta, oltre che dagli investimenti tecnologici, anche dall'attività che grazie a convenzioni, il nostro ospedale ha stipulato per effettuare attività di screening in più regioni; durante il corso del 2012 sono stati acquisiti un nuovo spettrometro di massa/massa (tandem massa), un cromatografo in fase liquida (Hplc), un campionatore automatico per la preparazione automatizzata delle linee di analisi, una pcr realtime (prevalentemente grazie a donazioni specifiche)

Spettrometro di massa qtrap 5500 mds ; € 349526,11

Hplc automatico agilent ; € 31.097,00

Campionatore automatico tecan ; € 42.337,90

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Amplificatore sequenze nucleotidiche realtime ; € 50.000,00;

Ambulatori

Oculistica. L'azienda Meyer ha provveduto nel corso dell'anno 2012 all'acquisizioni di altre tecnologie non ancora presenti presso l'ambulatorio di oculistica, nello sviluppo di un programma di progressiva crescita dell'attività.

Tomografo a coerenza ottica ; € 55.750,75;

Elettroretinografo retimax ; € 30.492,00;

Neurologia e neuro fisiopatologia. Nell'ambulatorio di neuro fisiopatologia è stato necessario acquisire un nuovo elettromiografo, che oltre a soddisfare i bisogni clinici correlati al suo uso, ha permesso anche di standardizzare l'archiviazione documentale all'interno dello stesso archivio già utilizzato per EEG e videoEEG.

Elettromiografo mod.myoquick 1400me ; € 26.620,00;

Stimolatore elettrico intracranico ; € 10.224,50;

Ambulatorio otorinolaringoiatria. L'incremento dell'attività ha reso necessario potenziare il numero di strumenti flessibili presenti in ambulatorio. Il frequente utilizzo durante le visite ORL ed i necessari tempi di detersione e disinfezione rendono necessario un adeguato parco di flessibili a disposizione per evitare utilizzi impropri.

Fibroscopi pediatrici (2) ; €14.917,80;

Trasfusionale

Presso il Laboratorio di Immunoematologia e Servizio Trasfusionale, grazie ad alcune donazioni specifiche, è stato possibile acquisire due apparecchiature importanti: rispettivamente un congelatore a discesa programmata ed un coloratore di vetrini. Il congelatore a discesa programmata rappresenta un supporto insostituibile dell'attività sulle cellule ematologiche: questa apparecchiatura permette infatti, mediante programmi software validati e l'utilizzo di azoto, il congelamento immediato e senza formazioni di cristalli (ad esempio) all'interno delle cellule, in modo da evitarne il danneggiamento, una volta scongelata. Tutti i laboratori che supportano le attività di trapianto ne sono dotati poiché è la sola tecnologia realmente efficace e validabile.

Congelatore rapido kw mod. ; € 30.000,00;

Coloratore automatico di vetrini ; € 10.000,00;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Tecnologie Sanitarie Anno 2013

Gli investimenti in Tecnologie Sanitarie nell'anno 2013 hanno visto porre un'attenzione sugli strumenti di imaging, il cui potenziamento si è reso indispensabile per sostituzione di alcune apparecchiature guaste e non più riparabili e alcune necessarie invece per ridurre l'esposizione alle radiazioni ionizzanti dei pazienti pediatrici

Anno	Dipartimento	Valore
2013	Direzione	€ 210.760,42
2013	Emergenza, Area Critica e Chirurgia	
2013	Pediatria	€ 111.239,23
2013	Medico Chirurgico Feto-Neonatale	€ 71.333,10
2013	Neuroscienze	€ 269.162,82
2013	Oncoematologia	€ 24.911,17
2013	Pediatria internistica	€ 79.954,06
		€ 767.360,80

Tabella 11. Acquisizioni tecnologie sanitarie 2013 - ripartito per dipartimenti

La ripartizione del valore delle acquisizioni per dipartimento mette in evidenza che negli investimenti del 2013, ridotti rispetto agli anni precedenti, il maggior rilievo è da ascrivere al Dipartimento di Neuroscienze.

Tecnologie in evidenza

Diagnostica per immagini.

A seguito di un guasto e successiva dichiarazione di non riparabilità del servizio tecnico della casa produttrice è stato necessario sostituire con urgenza un'apparecchiatura portatile per radiografia.

L'acquisizione invece più importante è stata rappresentata dall'aggiornamento tecnologico effettuato sull'apparecchiatura radiologica della Diagnostica Rx del Pronto Soccorso, in modo da utilizzare in modo estensivo i detettori digitali per tutti i distretti da indagare e, soprattutto, protocolli a basse emissioni di Rx. Sebbene ormai piuttosto obsoleto è stato deciso di non sostituire l'ecografo portatile a disposizione della Diagnostica per Immagini per eseguire esami ecografici al letto del paziente che non può essere trasportato, e di affiancarlo con un ecografo di stessa marca (e con sonde intercambiabili) che il Pronto Soccorso poteva mettere a disposizione in virtù di una nuova donazione.

Per ridurre i costi di gestione complessivi dell'Azienda è stato infine dotato il Fisico Sanitario in organico alla AOU Meyer della maggior parte delle apparecchiature necessarie ai controlli di qualità periodici previsti sulle apparecchiature radiologiche e di imaging dalla normativa vigente

Apparecchio portatile x radiografia ; € 31.641,50;

Diagnostica Rx Pronto Soccorso; € 54.240,00

Apparecchiature per controlli periodici fisica sanitaria; € 35.955,00

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Pronto Soccorso

Grazie ad una donazione il Pronto Soccorso ha potuto rinnovare l'ecografo presente, sostituendolo con un modello più performante e cedere così, in un'economia di scala, l'ecografo Esaote MyLab 30 alla Diagnostica per Immagini per evitare nuove acquisizioni presso quella struttura.

La dotazione tecnologica del pronto soccorso è inoltre stata arricchita da una centrale di monitoraggio in grado di centralizzare in un unico punto, presso il bancone degli infermieri, i segnali relativi ai parametri vitali di tutti i pazienti che sono in osservazione od in vista presso la stessa struttura

E' stata infine potenziata anche la dotazione tecnologica del team di Simulazione, indispensabile nella formazione del personale per fare fronte alle urgenze ed emergenze.

Ecotomografo philips cx30; € 47.559,00;
Centrale di monitoraggio draeger ; € 12.404,89;
Simulatore neonatale laerdal simnewb ; € 20.963,63;
Simulatore neonatale laerdal simpad ; € 3.233,00;

Terapia intensiva neonatale.

L'incremento di attività nella terapia intensiva ha reso necessario disporre di un secondo ecografo; il personale della terapia intensiva, infatti, effettua indagine ecografiche sui pazienti ricoverati che attività ambulatoriale di screening sulla lussazione congenita dell'anca che non erano più effettuabili con un solo apparecchio. Una specifica donazione ha permesso di soddisfare la necessità.

E' stato poi necessario, per procedere all'attivazione della cartella clinica informatizzata Innovian Suite acquisire alcuni computer medicali ed alcuni accessori

Ecotomografo toshiba aplio 300 ; € 45.992,10;
Accessori per monitor draeger ; € 14.123,10

Laboratorio

Nel laboratorio analisi, dove l'attività produttiva è molto cresciuta negli ultimi anni, alcune apparecchiature non sono più sufficienti per svolgere la quantità di lavoro richiesto. Per questo motivo è stato necessario ristrutturare uno spazio utilizzato per alcuni servizi e trasformarlo in un laboratorio per la preparazione dei campioni prima del sequenziamento e procedere, grazie ad una donazione, all'acquisizione di una serie di apparecchiature necessarie.

Nel laboratorio di screening neonatale si è reso necessario l'acquisto di una tandem massa (spettrometro di massa/massa), completo di Hplc aggiuntiva per sviluppare le attività previste dai compiti istituzionali e dalle convenzioni esistenti per l'effettuazione del supporto ad altre regioni italiane.

Si è reso infine necessario sostituire nei vari laboratori tre centrifughe per non riparabilità.

Apparecchiature per nuovo laboratorio PCR (n° 4 Pcr in batteria, sistema microscopico) , € 46.620,02;

Laboratorio screening neonatale

Spettrometro di massa api 3200 ; € 71.126,00;
Cappa chimica aspirante; € 10.769,00;

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Laboratori vari

N° 3 centrifughe Centrifughe; € 11.882,20

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

Rianimazione

Nella rianimazione si è reso necessario acquisire un nuovo server di rete per la cartella clinica informatizzata Draeger Innovian Suite ed un sistema per la detersione profonda ed il lavaggio di soggetti non facilmente spostabili (es. pazienti ustionati e/o vittime di traumi).

Sistema lavaggio pazienti bath bed; € 13.612,50;
Server di rete infinity symphony +sw ; € 4.150,30;
Sw gest. Cartella innovian suite ; € 3.630,00;

Pediatria Medica

In considerazione del fatto che l'ospedale è organizzato per intensità di cure e specialistiche anche importanti, quali la bronco pneumologia e la cardiologia, non dispongono di letti di degenza dedicati, ma utilizzano a rotazione i posti letti liberi nelle degenze pediatriche è stato necessario implementare un sistema di monitoraggio che possa essere idoneo per pazienti acuti e cronici, anche con monitoraggio che permetta il movimento dei pazienti in più ambienti, e renda comunque possibile il monitoraggio e la supervisione da parte degli specialisti in ogni area dell'ospedale.

Nel reparto di degenza pediatrica è stato inoltre necessario acquisire un ecografo internistico multidisciplinare per documentare quadri patologici importanti e supportare la diagnosi e la terapia da parte dei clinici di riferimento.

Ecografo multidisciplinare per epatologia € 25.410;
Monitor infinity delta draeger (2) e centrale di monitoraggio ; € 23.270,72;

Sale operatorie

Nel comparto operatorio le esigenze della neurochirurgia hanno determinato la necessità di un aggiornamento della colonna video per endoscopia, con acquisirne dello standard di immagini HD e l'acquisizione di strumenti di precisione per il posizionamento di device all'interno di aree craniche.

Colonna endoscopica neurochirurgia (upgrade HD); € 60.336,33;
Sistema microtargeting per neurochirurgia ; € 18.300,00;
Strumentario ed ottiche 2013; € 5.742,56;

Cardiologia

Il sistema di elettrocardiografi in rete recentemente acquisito è stato integrato nel numero e nelle caratteristiche tecniche, per garantire attraverso un piano di formazione omogeneo nell'azienda la disponibilità di un'unica tipologia di apparecchiature installata in tutto l'ospedale

Aggiornamento del sistema di elettrocardiografia in rete (2 elettrocardiografi full optional, modulo gestione delle worklist e modulo di comunicazione wireless per 7 ecg); € 19.700,13;

Neurologia e neurofisiopatologia

Presso l'ambulatorio di neuro fisiopatologia si è resa necessaria l'acquisizione di un sistema elettroencefalografico portatile corredato di una testina eeg magnetocompatibile (idonea all'utilizzo in

Report tecnologie ed innovazione anni 2004-2013

RM), per effettuare studi all'interno delle indagini RM, in previsione dell'imminente acquisizione del modulo fMRI per la RM 3.0T già installata presso l'ospedale Meyer.

Sistema portatile eeg micromed - pc hp ; € 7.320,00;

Testina eeg sd mri 64 - accessorio sistema ; € 4.880,00;

Trasfusionale

Gli agitatori ed incubatori piastrinici presenti presso il laboratorio del centro trasfusionale erano due ed avevano circa 10 anni di esercizio. A seguito del guasto seguito dalla dichiarazione di non riparabilità da parte dei tecnici incaricati è stato necessario procedere all'acquisizione urgente di un nuovo agitatore piastrinico, rinviando l'acquisizione della seconda unità ai prossimi anni.

Agitatore piastrinico kw mod. Kwap48 + ; € 11.249,29;

Audiologia ambulatorio

Con l'aumento delle visite audiologiche ed otorinolaringoiatriche il numero degli audiometri presenti è risultato insufficiente. Inoltre, poichè gli audiometri presenti presso l'Ospedale Meyer, sono tutti piuttosto datati è stato necessario iniziare un piano di sostituzione, ed acquisire grazie ad un adonazione, un nuovo audiometro

Audiometro interacoustics callisto ; € 9.500,00;

Allegato n. 9.2

I seguenti standard sulle dotazioni organiche infermieristiche in pediatria e neonatologia, sono stati definiti dal Royal College of Nursing nel documento *Royal College of Nurse: Guidance on safe nurse staffing levels in the United Kingdom*.

Nell'ambito di infermieristica pediatrica i livelli minimi di dotazione organica devono essere parametrati in base al rapporto numerico infermiere/bambini riportato nella tabella A

Tabella A

Tipologia di paziente	Rapporto numerico infermiere/bambini
Bambini età < 2 anni	1:3
Bambini età > 2 anni turno diurno	1:4
Bambini età > 2 anni turno notturno	1:5

Nei reparti Neonatologici e di Terapia Intensiva il RCN in collaborazione con la British Association of Perinatal Medicine, raccomandano i livelli minimi di dotazione organica parametrati in base al rapporto numerico infermiere/neonato riportato nella tabella B

Tabella B

Tipologia di neonato	Rapporto numerico infermiere/neonati
Neonato a bassa complessità assistenziale	1:4
Neonato a media complessità assistenziale	1:2
Neonato che necessita di cure intensive	1:1

Nei reparti di Terapia Intensiva Pediatrica e Rianimazione sono raccomandati i seguenti livelli minimi di dotazione organica secondo i 4 livelli di complessità stabiliti dalla Paediatric Intensive Care Society

Livello di complessità	Caratteristiche del paziente	Rapp Inf/bamb.
Livello 4	Bambini che richiedono interventi massivamente intensivi, bambini fortemente instabili, in ECMO, in trattamento dialitico	2:1
Livello 3	Bambini che richiedono ass. infermieristica intensiva, procedure terapeutiche complesse aggiuntive, bambini ventilati sotto farmaci vaso attivi e inotropi o con insuf. Multiorgano (MOF)	1,5:1
Livello 2	Bambini che richiedono ass. infermieristica continua, bambini intubati, anche non intubati ma instabili	1:1
Livello 1	Bambini che richiedono supporto d'organo, che necessitano di monitoraggio più specifico rispetto a quello che possono ricevere nei reparti ordinari	1:2

Ricoveri fuori regione di pazienti in età pediatrica residenti in Toscana nei periodi 2004-2006 e 2011-2013

Premessa

I dati si riferiscono ai ricoveri ordinari e di day hospital fuori regione (chiamati senza accezione di merito “fughe”) dei residenti Toscani di età 0-14 anni. La scelta di questo limite di età (invece che i 17 anni) è dettata sia dal fatto che storicamente è l’età considerata come più propriamente pediatrica per la pediatria in Italia e in altri paesi, sia dal fatto che le fughe per le età superiori difficilmente si rivolgono a strutture pediatriche.

Per valutare le fughe si sono considerati i DRG sia medici che chirurgici con un peso superiore ad un determinato cut off¹ che corrispondono a patologie a maggiore complessità. I DRG a peso basso si riferiscono infatti a patologie di scarsa gravità e molto comuni in età pediatrica (es febbre, gastroenterite) che difficilmente potrebbero essere considerate delle fughe.

Commento ai dati

Negli anni 2011-2013 rispetto agli anni 2004-2006 vi è stata una contrazione delle fughe per ricoveri complessi per DRG chirurgici e medici sia in termini numerici (*cf. tabelle 1 e 3*) sia in termini di proporzione (%) sul totale di tutti i ricoveri effettuati sui residenti (*cf. tabelle 2 e 4*).

Nelle tabelle 5 (anni 2004-2006) e 6 (anni 2011-2013) è riportato il dettaglio dei primi 20 DRG chirurgici relativi alle fughe per DRG ad alto peso; per ciò che riguarda le patologie per cui l’AOU Meyer rappresenta un punto di riferimento si può notare la diminuzione delle fughe per DRG che si riferiscono ad interventi sull’apparato nefro-urologico (in ordine di frequenza: DRG 341, 305, 314, 304, 309)(evidenziati in giallo); a interventi di craniotomia e sui nervi periferici e cranici (DRG 3 e 8) (evidenziati in azzurro); a trapianto di midollo osseo (DRG 481) (evidenziato in verde).

Nelle tabelle 7 (anni 2004-2006) e 8 (anni 2011-2013) è riportato il dettaglio dei primi 25 DRG medici relativi alle fughe per DRG ad alto peso; per ciò che riguarda le patologie per cui l’AOU Meyer rappresenta un punto di riferimento si può notare la diminuzione delle fughe per DRG che si riferiscono a malattie del midollo spinale (DRG 9, evidenziato in giallo); difetti congeniti del metabolismo (DRG 299, evidenziato in azzurro); malattie del tessuto connettivo (DRG 241, evidenziato verde); neoplasie del sistema nervoso (DRG 11, evidenziato rosa); leucemia e altre alterazioni mieloproliferative (DRG 492, 404, 405, 414, evidenziati in viola).

¹ Non essendoci per i ricoveri pediatrici dei cut off riconosciuti è stata ripetuta una procedura già utilizzata in pubblicazioni Meyer/Agenzia regionale di Sanità: ossia è stato individuato il 75° percentile di tutti i ricoveri dei residenti sia fuori che in Regione e stabiliti i cut off per DRG ad alto peso, ossia con peso > 75° percentile.

Tabella 1. Anni 2004-2006 - Toscani ricoverati fuori Toscana (numero di ricoveri)				
Peso DRG	TIPO_DRG	Ordinari	Day Hospital	Totale
Alto (> 75°centile): > 0.95	Chirurgici	1 008	51	1 059
Alto (> 75°centile): > 0.96	Medici	1 318	1 439	2 757

Tabella 2. Anni 2004-2006 - Toscani ricoverati Fuori Toscana (% sul totale dei ricoveri dei residenti)				
Peso DRG	TIPO_DRG	Ordinari	Day Hospital	Totale
Alto (> 75°centile): > 0.95	Chirurgici	17.7%	2.8%	14.1%
Alto (> 75°centile):> 0.96	Medici	10.1%	13.0%	11.4%

Tabella 3. Anni 2011-2013 - Toscani ricoverati fuori Toscana (numero di ricoveri)				
Peso DRG	TIPO_DRG	Ordinari	Day Hospital	Totale
Alto (> 75°centile): > 1.14	Chirurgici	665	57	722
Alto (> 75°centile): > 0.97	Medici	843	1 012	1 855

Tabella 4. Anni 2011-2013 -Toscani ricoverati fuori Toscana (% sul totale dei ricoveri dei residenti)				
Peso DRG	TIPO_DRG	Ordinari	Day Hospital	Totale
Alto (> 75°centile) : > 1.14	Chirurgici	10.3%	3.2%	8.7%
Alto (> 75°centile) : > 0.97	Medici	8.5%	7.7%	8.0%

Tabella 5. Anni 2004- 2006- Fughe DRG chirurgici ad alto peso (primi 20 DRG)

COD_DRG		N°
341	Interventi sul pene	98
220	Interventi su arto inferiore e omero	95
212	Interventi su anca e femore	92
305	Interventi su rene e uretere senza complicanze	59
3	Craniotomia	52
8	Interventi su nervi periferici e cranici	50
55	Interventi su orecchio, naso, bocca	41
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico	32
108	Altri interventi cardiotoracici	32
314	Interventi sull'uretra	31
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare	29
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	26
63	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	23
156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno	23
481	Trapianto di midollo osseo	21
49	Interventi maggiori sul capo e sul collo	19
304	Interventi su rene e uretere senza complicanze	18
75	Interventi maggiori sul torace	16
309	Interventi minori sulla vescica	15
216	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	14

Tabella 6. Anni 2011-2013- Fughe DRG chirurgici ad alto peso (primi 20 DRG)

COD_DRG		N°
212	Interventi su anca e femore	80
341	Interventi sul pene	72
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	51
305	Interventi su rene e uretere senza complicanze	44
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	35
55	Interventi su orecchio, naso, bocca e gola	31
108	Altri interventi cardiotoracici	27
156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno	26
3	Craniotomia	20
49	Interventi maggiori sul capo e sul collo	15
546	Artrodesi vertebrale	15
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	13
443	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza complicanze	13
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con complicanze	12
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza complicanze	12
226	Interventi sui tessuti molli con complicanze	11
75	Interventi maggiori sul torace	11
37	Interventi sull'orbita	10
63	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	10
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza complicanze	9

Tabella 7. Anni 2004-2006- Fughe DRG medici ad alto peso (primi 25 DRG)

COD_DRG		N°
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie	461
35	Altre malattie del sistema nervoso	293
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	210
299	Difetti congeniti del metabolismo	156
241	Malattie del tessuto connettivo	113
137	Malattie cardiache congenite e valvolari	108
316	Insufficienza renale	106
91	Polmonite semplice e pleurite	105
429	Disturbi organici e ritardo mentale	100
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	95
11	Neoplasie del sistema nervoso	81
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza complicanze	74
423	Altre diagnosi relative a malattie infettive	62
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio	59
398	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con complicanze	53
397	Disturbi della coagulazione	48
34	Altre malattie del sistema nervoso, con complicanze	42
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia	38
205	Malattie del fegato	37
404	Linfoma e leucemia non acuta	33
405	Leucemia acuta	26
409	Radioterapia	26
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	24
414	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie	23
23	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	23

Tabella 8. Anni 2011-2012. Fughe per DRG medici ad alto peso (primi 25 DRG)

COD_DRG	RICOVERATI (DRG medici- alto peso)	N°
35	Altre malattie del sistema nervoso	372
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	187
316	Insufficienza renale	103
137	Malattie cardiache congenite e valvolari	95
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	92
241	Malattie del tessuto connettivo	86
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza complicanze	79
299	Difetti congeniti del metabolismo	75
423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	61
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza complicanze	54
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	44
397	Disturbi della coagulazione	42
179	Malattie infiammatorie dell'intestino	40
81	Infezioni e infiammazioni respiratorie	38
34	Altre malattie del sistema nervoso con CC	31
398	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con complicanze	30
300	Malattie endocrine con complicanze	26
417	Setticemia	25
432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	24
572	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	21
405	Leucemia acuta	20
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	20
11	Neoplasie del sistema nervoso	19
23	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	18
202	Cirrosi e epatite alcolica	16

ELENCO BREVETTI

Merita attenzione anche il fatto che l'AOU Meyer risulta titolare o co-titolare delle seguenti domande di brevetto che sono state in parte oggetto, successivamente, di sfruttamento economico a seguito della stipula di un contratto di licenza (dati aggiornati al 31/12/2014):

1) Domanda di brevetto europeo dal titolo "Method for streptococcus pneumoniae diagnosis and serotyping" (numero EP20090173437), depositata il 19/10/2009, estesa in PCT con domanda di brevetto internazionale (numero WO2011048104), inventori Chiara Azzari, Maria Moriondo e Massimo Resti. La domanda di brevetto è attualmente in fase nazionale europea (numero EP2311976) e in fase nazionale in India (numero 937/MUMNP/2012).

Titolarità esclusiva AOU Meyer.

2) Domanda di brevetto italiano dal titolo "Method and kit for determining metabolites on dried blood spot sample" (numero FI2009A000272), depositata il 23/12/2009, estesa in PCT con domanda di brevetto internazionale (numero WO2011076859), inventori Chiara Azzari, Giancarlo la Marca e Massimo Resti. La domanda di brevetto è stata concessa in Europa (numero brevetto concesso EP2517016, in Spagna (ES2449941) e in Italia (IT0001397866), successivamente nazionalizzata in Italia, Regno Unito, Spagna, Francia, Germania, Austria, Belgio, Olanda, Turchia, Irlanda (tale info non è ancora reperibile dai databases pubblici). La domanda di brevetto risulta inoltre in fase nazionale USA (numero US 2012273671). E' stato abbandonato il brevetto italiano in quanto speculare alla domanda di brevetto europeo nazionalizzata in Italia.

Titolarità esclusiva AOU Meyer.

3) Domanda di brevetto USA dal titolo "Detecting Succinylacetone" (numero US20070744789), depositata il 04/05/2007, estesa in PCT con domanda di brevetto internazionale (numero WO2008US62694), inventori Blas Cerda [US]; Alex Cherkasskiy [US]; Yijun Li [US], Giancarlo La Marca (AOU Meyer). La domanda di brevetto è attualmente concessa negli USA (numero brevetto concesso USA: US8278116), in Europa (numero brevetto concesso Europa: EP2155185), in Cina (numero brevetto concesso CN 101742995), in Australia (AU2008247428), in Spagna (ES2384288) e in Austria (AT551055), ed estesa in fase nazionale in Canada (numero CA2686202), US20070744789), Brasile (numero PI 0811536-2).

Titolarità congiunta PerkinElmer, Health Sci Inc. e AOU Meyer.

4) Domanda di brevetto italiano dal titolo "Method for Detecting and Analyzing Pathogens in a Sample" (numero MI2007A001410), depositata il 13/07/2007, estesa in PCT con domanda di brevetto internazionale (numero WO2009024844), inventori Chiara Azzari, Massimo Resti, Maria Moriondo. La domanda di brevetto è attualmente estesa in fasi nazionali statunitense (numero US2010167272) (chiedere info al mandatario in merito alla fase d'esame USA) ed europea (numero EP2638174). La procedura di nazionalizzazione giapponese (numero JP2010532987) è stata abbandonata. E' stata abbandonata anche la domanda di brevetto europea.

Depositata da UniFi e acquisito successivamente il 50% della titolarità da parte dell'AOU Meyer.

5) Domanda di brevetto italiano dal titolo: "Metodica per l'isolamento, purificazione ed amplificazione di progenitori renali CD133+CD24+ dalle urine di pazienti affetti da malattie renali" (numero FI2013A000303), depositata il 24/12/2013, inventori: Paola Romagnani, Elena Lazzeri, Laura Lasagni. La domanda di brevetto è stata estesa in PCT con domanda di brevetto internazionale.

Titolarità esclusiva AOU Meyer.

6) Domanda di brevetto italiano dal titolo: "Sistemi oftalmici per il rilascio di farmaci al segmento posteriore dell'occhio per il trattamento della ROP" (numero FI2014A000061), depositata il 27/03/2014, inventori per l'AOU Meyer: Luca Filippi, Patrizio Fiorini, Giancarlo la Marca.
Titolarità congiunta UniFi, UniPi e AOU Meyer.

Di seguito si riporta uno schema riassuntivo, relativo all'anno 2014, per quanto riguarda i risultati della valorizzazione economica di sfruttamento delle domande di brevetto concesse in licenza d'uso:

Brevetto	Costi (A)	Ricavi (B)	Somme corrisposte agli Inventori (C)	Utile (B-A-C)
Brevetto 1: Azzari, Moriondo, Resti - "Realtime PCR su campioni clinici per la diagnosi e tipizzazione sierologica dello Streptococco Pneumoniae"	0,00	0,00	0,00	0,00
Brevetto 2: La Marca, Azzari, Resti - "Metodo e kit per la determinazione di immunodeficienze combinate gravi su campioni di sangue essiccato prelevati alla nascita"	26.423,48	0,00	0,00	-26.423,48
Brevetto 3: La Marca, Perkin Elmer - "Detecting Succinylacetone"	0,00	95.134,59	47.567,29	47.567,30
Brevetto 4: Azzari, Resti, Moriondo, UniFi - "Metodo per analizzare e determinare patogeni in un campione"	0,00	4.338,21	0,00	4.338,21
Brevetto 5: Romagnani, Lazzeri, Lasagni - "Metodica per l'isolamento, purificazione ed amplificazione di progenitori renali CD133+CD24+ dalle urine di pazienti affetti da malattie renali"	6.710,12	0,00	0,00	-6.710,12
Brevetto 6: Filippi, Fiorini, la Marca - Sistemi oftalmici per il rilascio di farmaci al segmento posteriore dell'occhio per la somministrazione oculare di beta-2 bloccanti per l'uso nel trattamento di retinopatie proliferative"Sistemi oftalmici per il rilascio di farmaci al segmento posteriore dell'occhio per la somministrazione oculare di beta-2 bloccanti per l'uso nel trattamento di retinopatie proliferative"	2.340,89	0,00	0,00	-2.340,89
TOTALE:				Euro 16.431,02