



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° 51 DEL 31 GEN. 2018

OGGETTO: Adozione del "Piano della Performance 2018-2020".

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

X SI

NO

<p>Il Coordinatore dell'Area Tecnico Amministrativa: <u>Dr.ssa Carla Bini</u> <i>CB</i></p> <p>Struttura proponente: S.O.S. Risorse Economiche e Finanziarie</p> <p>Il Dirigente proponente: Dott. Francesco Taiti <i>FT</i></p> <p>Il Responsabile del Procedimento: Dott. Francesco Taiti <i>FT</i></p> <p>Importo spesa:</p> <p>Il presente atto si compone di n. 3 pagine e Allegati n. 2</p> <p>Inviata a:</p> <p><input type="checkbox"/> Collegio sindacale in data _____</p> <p><input type="checkbox"/> Giunta Regionale Toscana in data _____</p> <p>Approvata Giunta regionale con decisione n. _____ del _____</p> <p>Affissa all'albo di pubblicità degli atti</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Divenuta esecutiva dal _____</p>	<p>Da partecipare a:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SEGR. DIREZIONE _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> STAFF DIREZIONE GENERALE UFFICIO _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA UFFICIO _____</p> <p><input type="checkbox"/> CENTRO SALUTE GLOBALE</p> <p><input type="checkbox"/> DIP. SPEC. INTERD. - AREA _____</p> <p><input type="checkbox"/> CENTRO DI ECCELLENZA DI _____</p> <p><input type="checkbox"/> CAMPUS Sett. _____</p> <p><input type="checkbox"/> AREA PROFESSIONI SANITARIE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> COORD. AREA TECNICO AMMINISTRATIVA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SUPP. AMM.VO AL FUNZIONAMENTO DELL'OSPEDALE Sett. _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PIANIFICAZIONI, INVESTIMENTI E AREA TECNICA Sett. _____</p> <p><input type="checkbox"/> AMMINISTRAZIONE LEGALE E DEL PERSONALE: Settore _____</p> <p><input type="checkbox"/> AFFARI GENERALI E SVILUPPO</p> <p><input type="checkbox"/> OO.SS.</p> <p><input type="checkbox"/> STRUTTURA _____</p> <p><input type="checkbox"/> PROF.SSA/PROF./DR.SSA/DR. _____</p>
---	---

In datanella sede dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

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

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

Dato atto:

- che con deliberazione del Direttore Generale n. 133 del 29.12.2015 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'A.O.U. Meyer, ai sensi dell'art. 6 del Protocollo d'intesa del 22.04.2002 fra Regione Toscana e Università degli Studi di Firenze, Siena e Pisa, con decorrenza dal 1.1.2016;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 134 del 30.12.2015 si è provveduto a definire l'organigramma complessivo dell'A.O.U. Meyer e sono 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 deliberazione del Direttore Generale n. 140 del 30.12.2015 sono state assunte determinazioni attuative del nuovo Atto aziendale in merito alla conferma/riassetto delle strutture organizzative complesse e semplici;
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 492 del 2.12.2016 si è provveduto ad approvare la sistematizzazione della organizzazione aziendale, dopo un primo percorso attuativo dello Statuto Aziendale;
- con successiva deliberazione del Direttore Generale n. 543 del 29.12.2016 sono state assunte determinazioni volte al conferimento degli incarichi delle Strutture Complesse dell'Area Tecnico Amministrativa, così come rimodulate a seguito delle azioni di attualizzazione dell'organizzazione aziendale;

Su proposta del Responsabile della S.O.S. Risorse Economiche e Finanziarie, Dr. Francesco Taiti il quale, con riferimento alla presente procedura, ne attesta la regolarità amministrativa e la legittimità dell'atto;

Visto il D.Lgs. 150/2009 "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" che stabilisce all'art. 10 che le Amministrazioni Pubbliche devono redigere, nell'ambito dello sviluppo del Ciclo della Performance, un documento programmatico triennale, da aggiornare annualmente, denominato "Piano della Performance", da adottare in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, in cui definire gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi non che il sistema di misurazione;

Considerato che l'A.O.U. Meyer ha adottato con Delibera D.G. n. 39 del 31 gennaio 2017 il "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) per il triennio 2017-2019", che ha trovato il suo naturale aggiornamento per il periodo 2018-2020 con Delibera D.G. n. 50 del 31 gennaio 2018 per il triennio 2018-2020;

Ritenuto opportuno procedere ad adottare il piano della Performance dell'AOU Meyer per il triennio 2018-2020 di cui all'allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente atto e di procedere alla pubblicazione nell'apposita sezione nella homepage aziendale denominata "Amministrazione Trasparente", così come disciplinato dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.;

Ritenuto che sussistono le condizioni per dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, al fine di dare immediata e massima diffusione ai contenuti del Piano della Performance 2018-2020 e coerenti con gli obiettivi di budget 2018 in corso di ultimazione, ai sensi dell'art. 42, comma 4, della L.R.T. n. 40/2005 e s.m.i.;

Considerato che il Responsabile del Procedimento, individuato ai sensi della Legge n. 241/1990 nella persona del Dr. Francesco Taiti sottoscrivendo l'atto attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo;

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

Con la sottoscrizione del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, 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 adottare il "Piano della Performance 2018 – 2020" dell'AOU Meyer riportato nell'allegato 1 della presente deliberazione, corredato dalle linee guida per la gestione del "Processo di Budget dell'anno 2018", allegato 2 della presente deliberazione;
- 2) Di pubblicare il presente atto ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. 33/2013 nella sezione del sito internet aziendale "Amministrazione Trasparente" sezione "Performance";
- 3) Di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, al fine di dare immediata applicazione al regolamento aziendale degli Agenti Contabili e della resa del Conto Giudiziale, e di dare massima ed immediata conoscenza in merito alla nomina degli Agenti Contabili "di diritto" per l'anno 2018, ai sensi dell'art. 42, comma 4, della L.R.T. n. 40/2005 e s.m.i.;
- 4) Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 42, comma 2, della L.R. T. n. 40/2005 contemporaneamente all'inoltro all'albo di pubblicità degli atti di questa AOU Meyer.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Alberto Zanobini)



IL DIRETTORE SANITARIO

(Dr.ssa Francesca Bellini)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dr. Tito Besti)





Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer

Piano della Performance 2018-2020



Indice

1. Premessa

2. Identità dell'Azienda

2.1 Chi siamo e cosa facciamo

2.1.1. Mission

2.2 Come siamo organizzati

2.2.1 Organigramma

2.3 L'Azienda in cifre

2.3.1 Attività

2.3.2 Personale

2.3.3 Bilancio

2.4 Attività Scientifica e di Ricerca

2.5 Analisi di contesto

3. Obiettivi strategici e operativi

3.1 Governo dell'offerta assistenziale

3.2 Innovazione organizzativa

3.3 Qualità e sicurezza

3.4 Bersaglio MES

3.5 Rete Pediatrica

3.6 Sviluppo ICT

3.7 Innovazione Tecnologica

3.8 Mantenimento dell'equilibrio economico

3.9 Attuazione Politiche sulla Trasparenza ed Anticorruzione

4. Il Ciclo di Gestione della Performance (Sistema di Misurazione e Valutazione)

4.1 Quadro normativo

4.2 Finalità

4.3 Percorso

4.3.1 Destinatari

4.3.2. Ciclo della performance

4.3.2.1 Percorso di budget e valutazione della performance organizzativa

4.3.2.2 Valutazione della performance individuale e le sue fasi

4.3.2.3 Elencazione metodologica per l'applicazione dell'istituto

4.3.2.4 Indicazioni operative in relazione a situazioni particolari

4.4 Effetti della valutazione

4.5 Procedure conciliazione

4.6 Disposizioni finali e transitorie

1. Premessa

La performance è intesa come il contributo che un'azienda fornisce, attraverso le azioni poste in essere, al raggiungimento delle proprie finalità e degli obiettivi prefissati nonché alla soddisfazione dei bisogni per i quali tale organizzazione è stata costituita.

La valutazione della performance ha assunto rilevanza giuridica con il Decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, "attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" con il quale si introduce il cosiddetto Ciclo della Performance che consiste nella definizione degli obiettivi aziendali, nel loro monitoraggio e controllo ed infine, nella verifica dei risultati raggiunti.

Il Piano della Performance è lo strumento che avvia il Ciclo di gestione della Performance, infatti è il documento programmatico attraverso il quale, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, vengono individuati gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori e i risultati attesi rispetto ai quali sarà attuata la valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Il Piano della performance, essendo un documento di programmazione per il triennio 2018-2020 è oggetto di aggiornamento annuale in relazione ai seguenti determinanti.

- ❖ Obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale.
- ❖ Modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento.
- ❖ Modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

Nella definizione della programmazione aziendale per il triennio 2018-2019 si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate nonché dell'esigenza di un doveroso ammodernamento di specifici servizi per far fronte all'evoluzione dei fabbisogni demografici ed epidemiologici.

Inoltre nella redazione del Piano si fa riferimento alle prescrizioni e agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la Delibera n.112/2010 del 28 ottobre 2010.

Le indicazioni operative date dall'Autorità Nazionale Anticorruzione sottolineano la necessità di integrare il ciclo della gestione della performance con strumenti, processi e attività posti in essere per l'attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità. In coerenza con quanto disposto il piano della performance tiene conto di tali indicazioni.

2. Identità dell'Azienda

2.1. Chi siamo e cosa facciamo

2.1.1. Mission

Dalla sua fondazione nel 1884, l'Ospedale pediatrico Meyer, divenuto Azienda Ospedaliero Universitaria del Servizio Sanitario Regionale, si caratterizza per le attività di diagnosi, cura e riabilitazione rivolte ai piccoli pazienti sino al raggiungimento della loro maggiore età nel rispetto, comunque, del principio della continuità assistenziale.

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.

La mission aziendale è costantemente orientata e impegnata a fornire le migliori cure possibili per il trattamento e la guarigione dei piccoli pazienti che provengono dall'Italia e da altri Paesi e, come completamente e parte costitutiva della cura, ad accompagnare e sostenere le famiglie in tutto il percorso assistenziale. L'Azienda, nell'offrire tutte le discipline a indirizzo pediatrico, specialistiche, mediche e chirurgiche, intende rappresentare una struttura di riferimento a livello nazionale e internazionale per le patologie complesse.

L'affidamento del coordinamento operativo e della riorganizzazione della rete pediatrica regionale, sancito con la Legge Regionale 84/2015, costituisce una ulteriore articolazione della mission attribuita all'Azienda.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer è costantemente impegnata a garantire alti livelli qualitativi dell'assistenza ai pazienti in età pediatrica e alle loro famiglie.

Cure tempestive, efficaci, sicure, sostenibili e accessibili sono assicurate grazie alla presenza di competenze professionali qualificate, supportate da una continua innovazione tecnologica e organizzativa e sostenute da percorsi formativi di alto livello.

Viene posta particolare attenzione alla gestione dell'intero percorso del bambino prestando cura alla continuità dei processi e, tramite il lavoro in equipe multi professionali e multidisciplinari, assicurando in ogni fase del percorso le cure migliori, focalizzate sulle specifiche necessità dei singoli pazienti.

L'Azienda riconosce il valore strategico delle attività di ricerca e innovazione considerate inscindibili dai compiti di assistenza nonché condizioni essenziali per il compimento della propria missione. L'Ospedale rappresenta infatti il luogo privilegiato per la realizzazione di attività di ricerca volte a sviluppare soluzioni innovative nella pratica clinico-assistenziale, diagnostica e terapeutica.

2.2 Come siamo organizzati

Il 1 gennaio 2016 è stato adottato il Nuovo Atto Aziendale (delibera DG n.133 del 29/12/2015) nel quale è stato definito il nuovo assetto organizzativo finalizzato a fornire la migliore risposta alle esigenze di assistenza, di didattica e di ricerca attraverso articolazioni organizzative differenziate tra il macro ambito di cura assistenziale, il macro ambito relativo a didattica, formazione e ricerca e il macro ambito sanitario amministrativo e tecnico-professionale.

L'organigramma aziendale è consultabile sul sito web dell'AOU Meyer(www.meyer.it) alla sezione "Amministrazione Trasparente".

Le attività di cura sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative (Fig.1):

- A) Dipartimento ad attività Integrata (DAI);
 - 1) Area Funzionale Omogenea (AFO);
 - 2) Struttura Organizzativa Complessa (SOC) e Struttura Organizzativa Semplice Autonoma (SOSA);
 - 3) Struttura Organizzativa Semplice Intra-SOC;
 - 4) Centro Specialistico;
- B) Centro di Eccellenza;
- C) Centro interaziendale per la ricerca e l'innovazione;
- D) Incarico di programma;
- E) Incarico a elevata professionalità;

Il Dipartimento ad Attività Integrata (DAI), attraverso le proprie articolazioni organizzative, sviluppa la massima integrazione dei professionisti per la migliore erogazione delle prestazioni sanitarie direttamente rese nel presidio ospedaliero e di quelle gestite attraverso la rete pediatrica con le aziende sanitarie toscane.

Costituisce, altresì, la più idonea sede per promuovere l'adozione di modelli assistenziali innovativi secondo principi di appropriatezza organizzativa e clinica; rappresenta il luogo primario nel quale deve essere sviluppata, in sinergia con il Campus e con il Coordinamento scientifico, la valorizzazione clinico-assistenziale della didattica e della ricerca.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer si avvale **di un unico Dipartimento ad Attività Integrata, denominato "Dipartimento Specialistico Interdisciplinare"**, per sottolineare fortemente la necessità di una gestione unitaria dell'attività sanitaria e consentire una maggiore condivisione nell'utilizzo delle risorse sia strutturali che umane per quanto riguarda gli aspetti programmatici e organizzativi dell'assistenza, della formazione e della ricerca.

Il Dipartimento Specialistico Interdisciplinare è organizzato in **Aree Funzionali Omogenee (AFO)** all'interno delle quali sono ricondotte le casistiche afferenti **alle discipline di medicina, di chirurgia e dell'emergenza**. L'AFO, al suo interno, ricomprende Strutture Organizzative Complesse (SOC), Strutture Organizzative Semplici Autonome (SOSA) e Centri Specialistici, che si caratterizzano per affinità ed omogeneità dell'assistenza ed a cui è demandata la gestione di casistica per la quale è necessario garantire l'unitarietà dei percorsi clinico-assistenziali.

In considerazione del suo ruolo trasversale nell'erogazione dell'assistenza all'interno dell'Azienda, il Dipartimento è chiamato a mantenere una costante collaborazione con i Centri di Eccellenza, integrandosi con le specificità degli stessi al fine di contribuire ad una univoca risposta assistenziale per i pazienti in carico sia alle strutture assistenziali del Dipartimento, sia alle strutture assistenziali dei Centri di Eccellenza.

Il Centro di Eccellenza rappresenta uno strumento innovativo dotato di autonomia scientifica e gestionale, assimilabile a quella dipartimentale, all'interno del quale sono ampiamente sviluppate competenze capaci di offrire risposte assistenziali al piccolo paziente con riferimento a patologie e percorsi clinici ad elevata complessità assistenziale, in ordine ai quali l'Azienda Ospedaliero–Universitaria Meyer ha costituito e consolidato standard di eccellenza.

I Centri di Eccellenza presenti in Azienda sono i seguenti.

- **Centro di Neuroscienze;**
- **Centro di Neurochirurgia;**
- **Centro di Oncologia ed Ematologia pediatrica;**
- **Centro di Endoscopia respiratoria;**

Con l'atto Aziendale è stata introdotta **l'Area dei Diritti dei bambini e delle famiglie in Ospedale**.

Il rispetto dei diritti dei bambini e delle famiglie in Ospedale è uno degli elementi fondanti della mission dell'Azienda ed è costantemente presente in tutte le fasi del percorso di cura.

L'A.O.U. Meyer mira a raggiungere il target di eccellenza non solo nelle prestazioni cliniche, ma anche nell'accoglienza facendosi carico di tutte le esigenze dei piccoli pazienti e delle loro famiglie con particolare riguardo alla terapia del dolore, agli aspetti psicologici, al disagio sociale, agli abusi.

Le attività strategiche relative alla didattica, alla formazione ed alla ricerca sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative (Fig.1):

- F) Commissione scientifica internazionale;
- G) Coordinamento scientifico aziendale;
- H) Campus;

In particolare, il Campus costituisce un ulteriore ed importante elemento innovativo nell'organizzazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, attraverso il quale si sviluppa la vocazione didattica, formativa e di promozione della salute dell'Azienda in ambito pediatrico.

Il Campus, denominato "Meyer Health Campus, oltre che sede delle scuole di specializzazione afferenti all'area pediatrica, costituisce il punto di riferimento per la formazione delle professioni sanitarie e per sviluppare la formazione continua del personale dipendente e dei pediatri di famiglia.

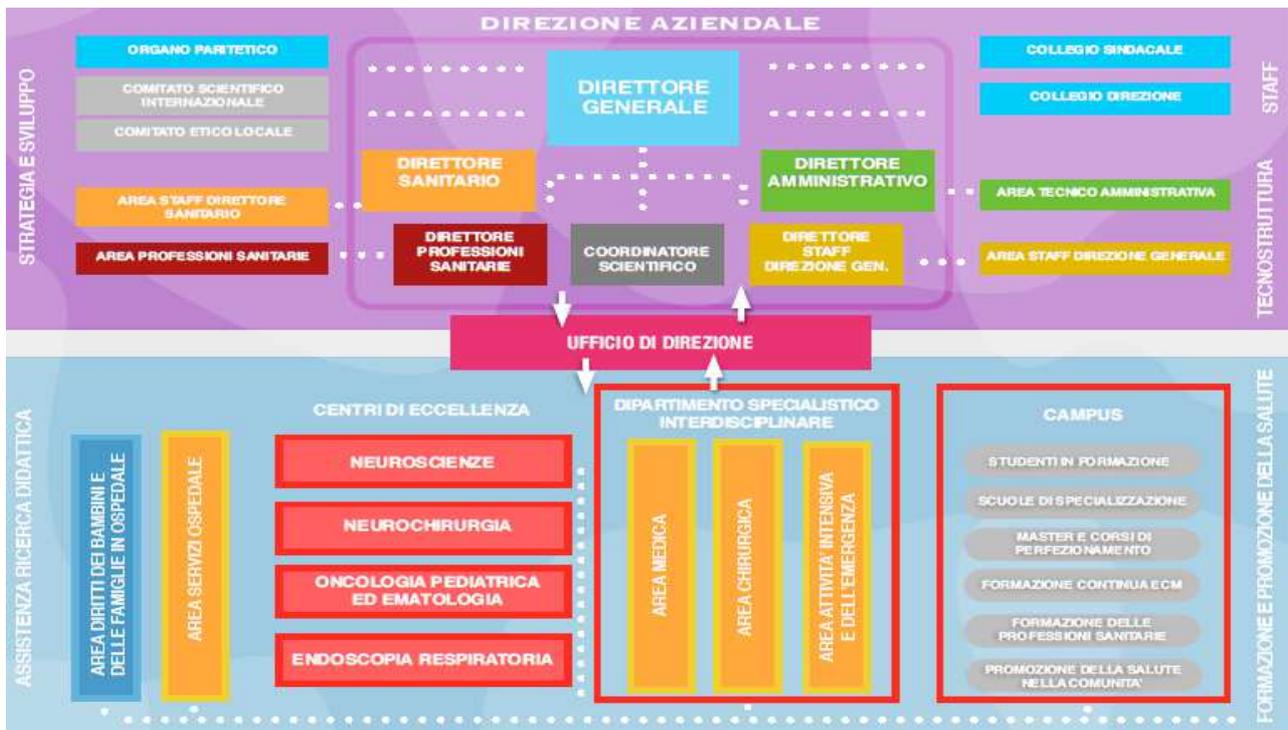
Le attività esercitate dalle professioni sanitarie e le attività tecnico amministrative e professionali sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative (Fig.1):

- I) Area;
- J) Struttura Organizzativa Complessa (SOC) e Struttura Organizzativa Semplice (SOS);
- K) Ufficio e Unità Professionale;
- L) Posizione Organizzativa e Incarico di coordinamento.

L'Area costituisce lo strumento organizzativo all'interno del quale sono gestite le attività cui ricondurre i macro processi, le linee di produzione, i percorsi operativi tipici degli ambiti amministrativo, tecnico e professionale, delle professioni sanitarie e di supporto sanitario alla cura.

Nello specifico, l'Area delle Professioni Sanitarie ha la finalità di contribuire ad assicurare un'assistenza centrata sul bambino e la famiglia attraverso l'integrazione e la sinergia delle professioni sanitarie per migliorare produttività ed efficacia del sistema. Afferiscono all'Area le professioni infermieristiche e ostetriche, tecnico-sanitarie, della riabilitazione e gli operatori di supporto.

Fig.1



2.3 L'Azienda in cifre

2.3.1 Attività

Tabella 1: Analisi andamento indicatori di sintesi AOU Meyer anni 2014 – 2015 – 2016 – preconsuntivo 2017

Indicatore	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017 (preconsuntivo)	Scostamento 2017-2016	Scostamento 2017/2016%
N. dimessi in regime ordinario	8.898	8.675	8.762	8.658	- 104	-1,19%
Peso medio dimessi ordinari	1,48	1,46	1,45	nd	nd	nd
Degenza Media dimessi ordinari	6,07	6,25	6,30	6,20	- 0,10	-1,59%
N. posti letto effettivi in regime ordinario	166,00	166,24	167,53	166,32	- 1,21	-0,72%
% tasso utilizzo letti di degenza ordinaria	91,38	90,47	92,15	92,97	0,82	0,89%
% attrazione extraregionale ricoveri ordinari	24,72	26,65	26,50	26,52	0,02	0,08%
N. accessi Day Hospital	38.458	39.176	38.558	40.089	1.531	3,97%
% attrazione extraregionale ricoveri diurni	20,04	21,86	22,67	23,80	1,13	4,98%
N. sale operatorie	7	7	7	7	-	0,00%
N. dipendenti	999	1.030	1.068	1.156	88	8,24%
N. prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni (escluso farmaci)	611.408	655.499	690.338	699.984	9.646	1,40%
N. accessi in pronto soccorso	44.841	44.081	44.417	42.923	- 1.494	-3,36%
Indicatore	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017		
Valore della produzione comprensivo dei tetti dall'anno di prima applicazione 2012 (in migliaia di Euro)	108.300	116.785	118.759	nd		
Costo della produzione (in migliaia di Euro)	107.127	116.047	116.404	nd		

Dall'analisi della tabella sopra riportata si comprende come l'Azienda abbia ormai raggiunto una elevata capacità produttiva in termini quantitativi (indicativamente intorno ai 9.000 dimessi ordinari), mentre per quanto attiene la complessità della casistica ha mantenuto costanti i valori rispetto agli anni precedenti attestandosi su valori decisamente elevati rispetto agli altri ospedali pediatrici italiani.

Per quanto riguarda l'utilizzo della risorsa "posto letto", dall'analisi della degenza media e del tasso di utilizzo si comprende l'attenzione che l'Azienda ha da sempre posto su questo fattore. Nel corso del 2017 abbiamo registrato un ulteriore incremento del già elevato tasso di utilizzo (che ha superato il 93%) a fronte di un contenuto aumento della degenza media (6,20 giorni) correlata all'incremento della complessità della casistica trattata in particolare per il trattamento di pazienti oncologici.

Per quanto attiene la produzione chirurgica superiamo il valore dei 6.350 casi chirurgici aumentando considerevolmente l'attività realizzata negli anni 2015 e 2016 attraverso un incremento sia della casistica trattata in regime di day surgery che in regime di ricovero ordinario.

La linea produttiva "specialistica ambulatoriale" ha visto un discreto aumento quantitativo (circa 10 mila prestazioni in più) accompagnato anche da un aumento in termini economici dovuto fondamentalmente al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa.

La capacità di filtro del nostro pronto soccorso aziendale è ulteriormente migliorata attestandosi stabilmente sotto la soglia del 7,00% (6,63%) che rappresenta sul panorama nazionale un ottimo risultato.

2.3.2 Personale

Analisi per sesso ed età, dati al 31.12.2017

Il personale dell'azienda è prevalentemente dipendente del SSN (97%), mentre gli universitari sono circa il 3% del totale.

I dipendenti sono per la stragrande maggioranza di sesso femminile (quasi il 76%) e concentrati nelle fasce d'età 35-49 anni (45,8%) e over 50 (36%).

Diversa è la distribuzione del personale universitario, tra il quale prevalgono i dipendenti di sesso maschile (56,7%) e con una maggiore anzianità (più del 73% di essi ha un'età pari o superiore ai 50 anni).

Personale dipendente SSN						
Fasce di età	F	%	M	%	Totale SSN	%(età)
25-34	176	81,9%	39	18,1%	215	18,5%
35-49	422	78,6%	115	21,4%	537	46,3%
>50	292	71,6%	116	28,4%	408	35,2%
Totale	890	76,7%	270	23,3%	1160	100,0%

Personale dipendente universitario						
Fasce di età	F	%	M	%	Totale Univ.	%(età)
25-34	0	-	0	-	0	-
35-49	3	37,5%	5	62,5%	8	26,7%
>50	10	45,5%	12	54,5%	22	73,3%
Totale	13	43,3%	17	56,7%	30	100,0%

	Totale complessivo					
Fasce di età	F	%	M	%	Tot. Complessivo	% (età)
25-34	176	81,9%	39	18,1%	215	18,1%
35-49	425	78,0%	120	22,0%	545	45,8%
>50	302	70,2%	128	29,8%	430	36,1%
Totale	903	75,9%	287	24,1%	1190	100,0%

Analisi per macrostrutture organizzative, dati espressi in unità FTE (Full time equivalent), al 31.12.2017

Con riferimento alla distribuzione del personale per macrostruttura, espresso in unità equivalenti al 31/12/2017, si evidenzia che la più ampia parte (40,6%) afferisce al Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, il dipartimento ad attività integrata che comprende l'Area Medica, l'Area Chirurgica e quella dell'Attività intensiva e dell'emergenza. Il 20% degli operatori si concentra poi nell'Area dei Servizi dell'Ospedale, il macroambito organizzativo a cui afferiscono le strutture di natura sanitaria, semplici o complesse, che garantiscono prestazioni ai pazienti in carico nei diversi setting assistenziali del Dipartimento e dei Centri di Eccellenza.

Un altro 20% circa del personale appartiene ai quattro Centri di Eccellenza: il Centro di Eccellenza di Neuroscienze (6,7%), quello di Oncologia ed Ematologia Pediatrica (6,2%), quello di Neurochirurgia (5,8%), e quello di Endoscopia Respiratoria (0,7%).

Nell'Area Tecnico Amministrativa si concentra il 6,8%, mentre la restante parte afferisce alle Direzioni (Generale, Sanitaria e Amministrativa), alla Funzione Formazione, a progetti finalizzati o altri organismi aziendali.

Unità organizzativa	Personale equivalente (FTE)	%
Dipartimento Specialistico Interdisciplinare	490,17	40,6%
Centro Eccellenza di Neuroscienze	81,27	6,7%
Centro Eccellenza Oncologia ed Ematologia Pediatrica	75,03	6,2%
Centro Eccellenza di Neurochirurgia	69,82	5,8%
Centro Eccellenza Endoscopia Respiratoria	8,33	0,7%
Area delle Professioni Sanitarie	54,77	4,5%

Area dei Diritti dei Bambini e delle Famiglie in ospedale	15,94	1,3%
Area Tecnico Amministrativa	82,13	6,8%
Area dei Servizi dell'Ospedale	241,39	20,0%
Direzione Generale	25,66	2,1%
Direzione Sanitaria	32,28	2,7%
Direzione Amministrativa	4,3	0,4%
Funzione Formazione	7	0,6%
Progetti Finalizzati	16,98	1,4%
Altri Organismi Aziendali	1,84	0,2%
Totale	1206,91	100,0%

2.3.3 Bilancio

Tabella 2: Consistenza patrimoniale AOU Meyer 2004 – 2015 – 2016

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

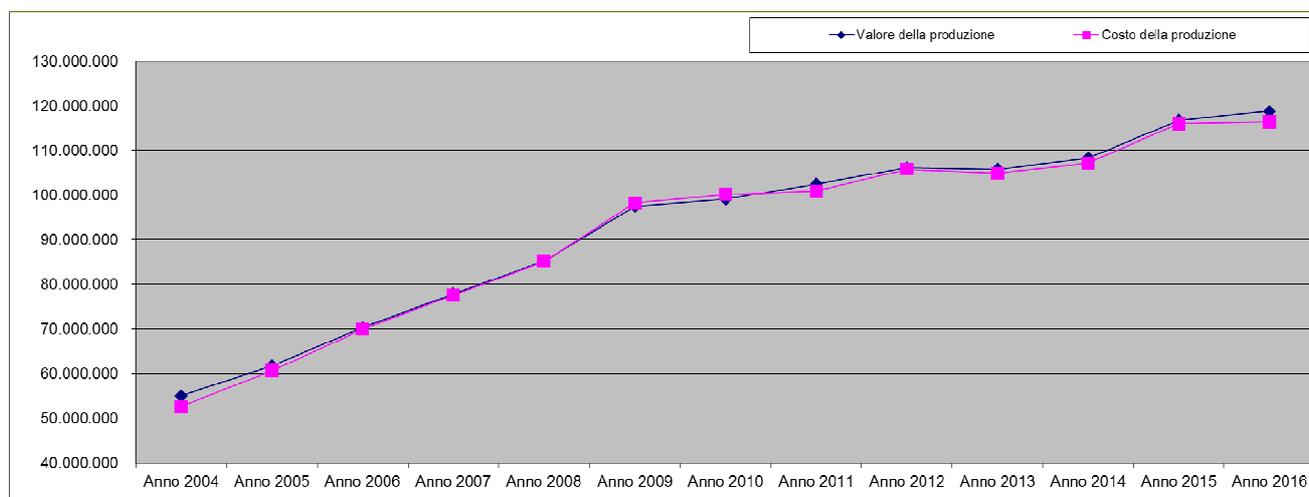
Grandezza	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Attivo Immobilizzato	120.520.113	117.474.738	106.846.937	104.030.793	104.228.664	101.125.186	109.045.756
Totale Attivo dello Stato Patrimoniale	176.305.897	173.034.265	167.782.917	249.452.502	226.592.480	232.290.279	207.122.216

Tabella 3: Valore e costo della produzione AOU Meyer 2004 – 2015 – 2016

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

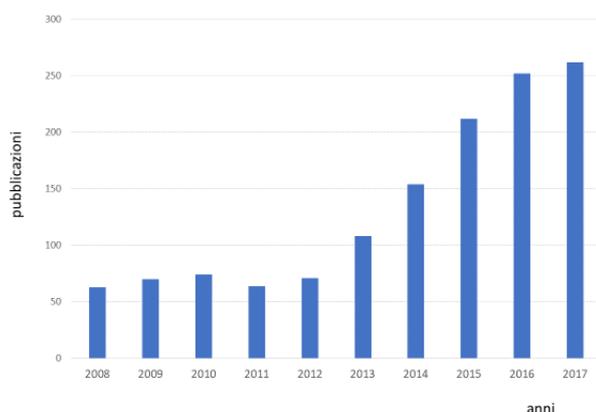
Grandezza	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Valore della produzione	99.089.894	102.461.016	106.144.223	105.835.601	108.299.931	116.784.789	118.758.763
Costo della produzione	100.107.404	100.856.011	105.786.529	104.910.004	107.127.328	116.047.217	116.404.093

Grafico 1: Andamento valore e costo della produzione AOU Meyer 2004 – 2015 – 2016



2.4 Attività Scientifica e di Ricerca

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer pone la ricerca tra i propri obiettivi principali, proprio per l'esperienza di tutti i maggiori centri mondiali che dimostra che laddove viene realizzata la miglior ricerca viene anche effettuata la migliore attività clinica.



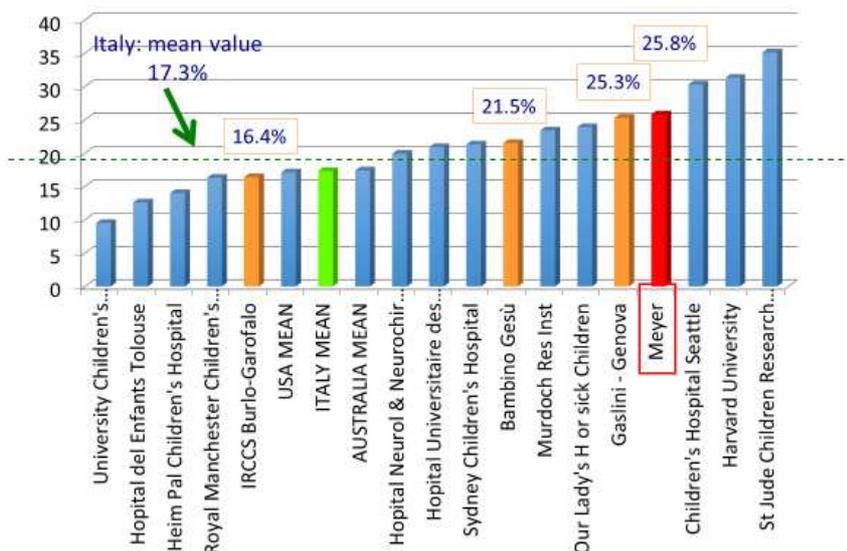
Le aree di ricerca dell'AOUM sono numerose e ricoprono tutti gli ambiti di interesse clinico. La crescita dell'attività di ricerca può essere dimostrata facilmente osservando l'andamento delle pubblicazioni negli anni.

Dopo una sostanziale stazionarietà dell'attività di

ricerca fino all'anno 2013, negli ultimi 4 anni si è assistito ad un progressivo incessante incremento, come si evince dai dati che si possono ottenere da Pubmed. L'incremento dell'attività di ricerca è andato di pari passo con l'incremento dell'attività clinica.

È di particolare interesse rilevare, inoltre, che non è solo il parametro quantitativo che ha mostrato il recente incremento, ma anche e ancor più il parametro qualitativo. Il grafico sottostante mostra la percentuale delle pubblicazioni che si trovano nel top 10% delle pubblicazioni più citate al mondo e

Outputs in top citation percentiles (2013-2015)
Publications in top 10% most cited worldwide



paragona numerosi ospedali sulla base di questo parametro. Come si vede dal grafico di tutte le pubblicazioni del Meyer oltre ¼ (25.8%) si trovano nel 10% delle più citate al mondo. La media italiana (ospedali pediatrici e dell'adulto) è 17.3% e il Meyer si posiziona, con questo aspetto qualitativo al di sopra di tutti gli altri ospedali pediatrici Italiani.

Per sostenere sempre al meglio la ricerca l'azienda ha messo in campo numerose strategie che includono 1) la formazione, tramite la quale sono stati organizzati seminari di ricerca, interscambi tra personale con formazioni e specializzazioni diverse 2) sostegno alla ricerca tramite l'attività del coordinamento che svolge quotidianamente attività di monitoring, si formazione sui rapporti ricerca industria, approfondimenti statistici.

Inoltre, tramite il sostegno della Fondazione, è stata offerta ai giovani più meritevoli la possibilità di passare periodi un periodo all'estero in strutture al top per la clinica e la ricerca con lo scopo di apprendere e poi di applicare nel nostro ospedale quelle tecnologie che rendono la clinica sempre più adeguata alle necessità del paziente e sempre più all'avanguardia. Questi risultati hanno contribuito all'incremento delle attività specialistiche che vengono effettuate presso il nostro ospedale e all'incremento del richiamo di pazienti sia da fuori regione che dall'estero.

2.5 Analisi di contesto

La programmazione aziendale è inserita all'interno di un quadro normativo e finanziario che ha prodotto nell'ultimo triennio pesanti riduzioni delle risorse complessivamente destinate al settore sanitario, sia a livello nazionale sia a livello regionale e delle singole Aziende sanitarie.

In tale contesto è importante perseguire la ricerca continua dell'efficienza gestionale mediante interventi di razionalizzazione degli assetti produttivi ed organizzativi per garantire elevati livelli di qualità dei servizi e di efficacia delle cure.

Il processo di programmazione aziendale è definito tenendo conto dei vincoli di natura legislativa, di carattere nazionale e regionale, così come riassunti nella tabella seguente:

Nazionale	D. Lgs n.502/1992 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421")
	D. Lgs n.517/1999 ("Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419")
	Patto per la salute 2010-2012 tra Stato e Regioni
	PSN 2011-2013
	L. 190/2012 ("Disposizioni per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A.")
	D.Lgs. 33/2013 ("Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A.")
	D.Lgs n.39/2013 ("Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi presso le P.A. e presso gli Enti Privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1, co.49 e 50, della Legge n.190/2012)
	Patto per la salute 2014-2016
	Decreto Ministeriale n.70 del 02.04.2015 ("Regolamento recante Definizione degli Standard Qualitativi, strutturali, Tecnologici e Quantitativi relativi all'Assistenza ospedaliera")
	Manovre economiche nazionali ("Spending Review") e Leggi di Stabilità annuali
	DPR n.105 del 09.05.2016 recante il "Regolamento della disciplina delle funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni
	Decreto Legislativo n.97/2016, elaborato in attuazione della delega di cui all'art. 7 della Legge n.124/2015 in materia di pubblicità trasparenza e diffusione di informazione da parte della Pubblica Amministrazione, correttivo della L. 190/2012 e del D. Lgs. n.33 del 14.03.2013
	Manovre economiche nazionali ("Spending Review") e Leggi di Stabilità annuali
Regionale	L.R. Toscana n.55/1994 ("Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del

decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502")
L.R. Toscana n.56/1994 ("Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502")
L.R. Toscana n.40/2005 ("Disciplina del Servizio Sanitario Regionale")
PSR 2008-2010
L.R. Toscana n.8/2012 ("Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla Legge Regione Toscana n.40/2005")
PSR 2012-2015
Delibera GRT n.465/2012 ("Linee di indirizzo in attuazione della Legge regionale 30 dicembre 2010 n.67 in materia di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale - fasce di merito e organismi di valutazione")
Delibera DGRT n. 754/2012 ("Approvazione azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale Toscano")
Delibera GRT n. 2135/2012 ("Approvazione linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie ed alle Aree Vaste per il riordino del Sistema Sanitario Regionale Toscano e relativo Piano Operativo")
Delibera GRT n.308/2013 ("Linee di indirizzo per l'implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale")
Delibera GRT n. 644/2014 ("Individuazione ed assegnazione obiettivi alle Aziende Sanitarie Toscane per farmaci e dispositivi medici per l'anno 2014")
Delibera GRT n.48/2015 ("Individuazione ed assegnazione obiettivi alle Aziende Sanitarie, agli Estav, ai fini della valutazione dell'attività svolta nell'anno 2015")
L.R. Toscana n.82/2015 ("Disposizioni di carattere finanziario. Collegato alla Legge di Stabilità per l'anno 2016")
L. R. Toscana n.84/2015 ("Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla L.R. n.40/2005")
Delibera GRT n.1069 del 02.11.2016 ("Prevenzione della Corruzione, Trasparenza ed Integrità")
DGRT 622-2016 Modifiche e integrazioni al manuale Flussi Doc e modifica allegato B DGR 47/2015 a partire dal 01/01/2017
DGRT 947-2016 Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° ottobre 2016

3. Obiettivi Strategici (Triennio 2018-2020)

L'AOU Meyer ha definito il piano strategico triennale 2018-2020 in relazione agli elementi costitutivi della Mission aziendale integrati con le indicazioni programmatiche regionali (PSR triennale, Legge Regionale Toscana n. 84 del 28.12.2015 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla LR n.40/2005"), le linee guida emanate dalla Regione Toscana per la redazione dei Bilanci Annuali e Pluriennali di Previsione delle Aziende Sanitarie e (gli atti deliberativi regionali) le delibere regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende.

Le linee di indirizzo strategico costituiscono la riflessione di sistema che determina la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali l'Azienda intende perseguirli.

La pianificazione consiste nell'individuazione delle aree prioritarie di intervento e degli obiettivi strategici correlati nonché nella scomposizione di questi ultimi in obiettivi operativi di breve periodo (annuale).

Per il triennio 2018-2020, di seguito vengono riportate le principali linee strategiche aziendali che, anche attraverso il processo di budgeting 2018, saranno declinate in obiettivi operativi per ciascuna articolazione organizzativa con la definizione dei relativi indicatori e standard attesi.

3.1. Governo dell'offerta assistenziale

Come enunciato nella Mission, si conferma l'orientamento costante a rafforzare la posizione dell'Azienda nell'erogazione di prestazioni di alta specializzazione, nella capacità di attrazione extraregionale, nel miglioramento delle risposte di cura in termini di efficacia ed appropriatezza rispetto ai bisogni di salute degli assistiti.

Tale intento non può essere disgiunto da interventi rivolti sia a razionalizzare i modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni, sia a migliorare l'appropriatezza dei processi assistenziali e l'integrazione multidisciplinare.

In continuità con una tendenza avviata negli ultimi anni, l'azienda proseguirà nel proposito di:

1. aumentare l'attività di ricovero di media e alta complessità e riduzione dell'attività a bassa complessità;
2. mantenere/incrementare la capacità di attrazione extraregionale, con particolare riferimento alla casistica complessa (ad elevata complessità);
3. potenziare la linea di attività neurochirurgica e otochirurgica;

Inoltre l'impegno dell'Azienda nella continua ricerca di un utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse sarà orientato in particolare:

1. alla riduzione percentuale dei day hospital con DRG di tipo medico con specifico riferimento ai ricoveri a potenziale rischio di inappropriately;
2. all'aumento dell'attività di day surgery;
3. al contenimento dei valori di degenza media.

3.2 Innovazione organizzativa

Progetto "Meyer+"

Il progressivo sviluppo delle competenze cliniche e della qualità della ricerca scientifica di base e applicata dell'Azienda Ospedaliero–Universitaria Meyer, gli elevati standard assistenziali raggiunti e il ruolo di coordinamento della rete pediatrica regionale, hanno condotto l'Azienda ad acquisire nel tempo un sempre maggior rilievo determinando un importante incremento dell'attrazione extraregionale per attività di alta complessità nonché della casistica trattata

Quanto rappresentato, ha reso progressivamente evidente una serie di esigenze organizzative che si sono, in parte, concretizzate nella necessità di revisione degli spazi esistenti e, ove possibile, nella creazione di nuove volumetrie.

Ha preso quindi avvio "M più", il piano di sviluppo triennale che, attraverso un complesso di azioni strutturali, permetterà al Meyer di crescere ulteriormente, rendendo possibile la dislocazione di parte delle attività assistenziali in edifici adiacenti all'Ospedale, così da concentrare tutte le attività di cura delle patologie ad alta complessità nell'attuale struttura ospedaliera.

In questo scenario, ha preso avvio, se pur parzialmente, l'operatività del "*Meyer Health Campus*" (nella ex Facoltà Teologica di via Cosimo il Vecchio) con l'attivazione delle aule per la formazione e la didattica, in previsione della piena occupazione della struttura nella primavera del 2018.

La ristrutturazione degli spazi dell'Ospedale lasciati liberi dalle attività formative trasferite al Campus, ha quindi permesso di ampliare e migliorare le strutture dedicate alle attività sanitarie di maggiore complessità specialistica quali quelle nefrologiche con l'apertura del nuovo centro di Dialisi.

La formalizzazione degli accordi per l'acquisizione, degli spazi del complesso immobiliare dell'ex clinica Villanova situata collocata in un'area adiacente all'ospedale prelude alla realizzazione del nuovo "*Parco della Salute*" che, accogliendo il reparto di Neuropsichiatria, le attività ambulatoriali e di Day Hospital medico, permetterà di passare dagli attuali 30.000 mq a 40.000 mq dedicati alla cura e all'assistenza dei piccoli pazienti.

Pronto Soccorso

L'aumento degli accessi al Pronto Soccorso, il conseguente allungamento dei tempi di attesa e la necessità di garantire appropriatezza nell'uso delle risorse, rende necessario individuare nuove strategie di risposta.

Il Pronto Soccorso dell'AOU Meyer è coinvolto nella realizzazione del nuovo modello organizzativo regionale per percorsi omogenei differenziati non solo in base alle priorità cliniche ma anche in funzione delle risorse necessarie per la gestione dei pazienti.

In considerazione che gli accessi legati a "codici minori" (codici bianchi) rappresentano una quota rilevante degli utenti che afferiscono al DEA (circa il 30%), l'attenzione è stata rivolta, in particolare, all'attivazione dei percorsi a bassa intensità come il See and Treat ed il Fast-Track.

Per quanto riguarda il See and Treat, che è un percorso gestito dall'infermiere di PS, sono stati già sviluppati una serie di protocolli medico-infermieristici condivisi ed analogamente, per l'implementazione del Fast-Track sono in corso di definizione protocolli diagnostico terapeutici per accedere a specifici percorsi specialistici (Ortopedia, Neuropsichiatria, Oculistica, Chirurgia e Otorino).

In tal modo, tale casistica potrà essere indirizzata fin dal momento della presa in carico al PS verso percorsi dedicati alla "bassa intensità determinando, come dimostra l'esperienza di altre organizzazioni sanitarie, effetti positivi sull'efficienza complessiva del PS, sui tempi di permanenza in PS e gli allontanamenti spontanei.

3.3 Qualità e sicurezza

Accreditamento

L'accreditamento costituisce un forte passo in avanti verso un sistema di governo dell'ospedale a disposizione del management per supportare una continua evoluzione gestionale, organizzativa e funzionale. Il modello toscano si è recentemente modificato con la revisione della legge regionale n.51 del 5 agosto 2009 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" e con il successivo e conseguente regolamento di attuazione n.79/R del 17 novembre 2016, che, tra le altre cose, dà impulso al processo autovalutativo da parte dei professionisti come pratica costante e fattore chiave per garantire migliori risultati ai pazienti nonché favorire la crescita culturale e professionale degli operatori.

In tale ottica, particolare importanza assume l'attività di Audit Clinico quale strumento applicativo delle dimensioni della Clinical Governance. L'audit clinico costituisce, infatti, un approccio sistemico e strutturato

di valutazione delle attività e dei risultati clinico-assistenziali e come tale rappresenta una leva importante per il miglioramento della qualità delle cure complessivamente erogate.

L'accreditamento Istituzionale costituisce, per la natura dei criteri di valutazione sui quali è stata costruita l'impalcatura concettuale del sistema, un percorso efficace di avvicinamento alla Certificazione per Eccellenza da parte di Ente terzo mediante il quale l'AOU Meyer potrà confrontarsi con standard internazionali di qualità al fine di accrescere la sensibilità al miglioramento continuo e allo sviluppo di attività di verifica delle performance cliniche e assistenziali, così come richiesto per gli ospedali di riferimento internazionale.

3.4 Bersaglio MES

In merito agli obiettivi che la regione Toscana assegna alle Aziende Sanitarie e che vengono formalizzate con atto deliberativo entro i primi mesi dell'anno di interesse, un peso preminente è rivestito dal sistema di valutazione della performance predisposto dal Laboratorio Management e Sanità (MeS). La performance complessiva aziendale viene misurata in termini sia di posizionamento rispetto ai macroindicatori presenti nel Bersaglio Mes sia di miglioramento espresso come percentuale di raggiungimento dei valori di risultato per una serie di indicatori selezionati e che sostanzialmente sono quelli che vengono inseriti nella contrattazione del budget con le Strutture Organizzative.

A questo proposito, l'interesse primario è rivolto agli indicatori che analizzano la dimensione socio-sanitaria ed in particolare gli ambiti dell'appropriatezza organizzativa medica e chirurgica, dell'efficienza, della qualità clinica, del funzionamento della fase ospedaliera del percorso dell'Emergenza – Urgenza.

Gli indicatori che vengono traslati alle Strutture organizzative per le quali sono pertinenti, prevedono un risultato atteso che è allineato con quanto richiesto nella Delibera che stabilisce gli obiettivi per la valutazione dell'attività delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale e nel successivo Decreto integrativo.

Al momento della redazione del presente Piano non sono ancora stati formalizzati gli indicatori del Bersaglio MeS per i quali viene prestabilito uno specifico valore di raggiungimento e pertanto la tabella seguente costituisce un estratto con quanto emanato in proposito nell'anno 2017 (Decreto 9841/2017).

Obiettivi di Miglioramento 2017						
Cod. indica.	Obiettivi 2017		AOU PISANA	AOU SENESE	AOU CAREGG I	AOU MEYER
Efficienza						
C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Valore 2016 non superiore a Valore 2015	mantenimento			
C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	Valore 2016 non superiore a Valore 2015	mantenimento			
Attività ed appropriatezza medica						
C14.2.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - pediatrici	<= vedi obiettivi specifici	19,30	16,46	23,08	28,58
Rischio clinico						
C6.1.4	Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	>=70	>=70			
C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	3	3	3	3	3
C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	6	6	6	6	6
C6.5.5	Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>=80	>=80			
C6.5.6	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>=75	>=75			
C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	100%	100%			
Pronto Soccorso						
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	>= vedi obiettivi specifici	74,33	89,13	71,14	97,33
C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	>= vedi obiettivi specifici	78,40	93,07	79,56	89,17
C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di perm	>= vedi obiettivi specifici	82,44	82,42	83,39	90,54
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico	>= vedi obiettivi specifici	77,04	77,13	75,74	60,00
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> 95%	90,73	88,91	92,02	99,08
D9a	Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	<= vedi obiettivi specifici	3,6	2,3	2,8	3,5
Valutazione interna						
E2	Percentuale di assenza	<= vedi obiettivi specifici	6,06	6,17	6,41	5,77
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	<= vedi obiettivi specifici	4,25	4,31	3,12	3,47

3.5 Rete Pediatrica

L'art. 33 bis della Legge Regionale 40/2005, così come modificata dalla Legge Regionale 84/2015, attribuisce all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer le funzioni di riorganizzazione e di coordinamento operativo della Rete Pediatrica Regionale, di concerto con i direttori generali delle aziende sanitarie ed i direttori per la programmazione di area vasta.

Il nuovo modello di Rete Pediatrica Regionale si pone l'obiettivo di fornire risposte omogenee ai bisogni di salute della popolazione pediatrica su tutto il territorio regionale ed in particolare è rivolto a favorire la cooperazione tra i professionisti dei poli pediatrici ospedalieri ed i pediatri di famiglia nell'assicurare percorsi clinico assistenziali integrati, ottimizzando il raccordo ospedale-territorio, oltre a elaborare programmi sul miglioramento dell'assistenza, la promozione della formazione e della ricerca.

Al livello di *governance* della Rete Pediatrica Regionale è deputata la definizione degli obiettivi, dei modelli organizzativi e dei percorsi clinico assistenziali condivisi nei principali ambiti di assistenza pediatrica che

garantiscono le migliori cure disponibili e l'assistenza più adeguata al paziente pediatrico nel luogo più vicino alla sua residenza, sia in ambito ospedaliero che territoriale, in forma coordinata.

La Delibera GRT n.707/2016, relativa alla riorganizzazione della Rete Pediatrica Regionale ai sensi della L.R. n. 84/2015, richiede la costituzione di Reti Cliniche Specialistiche pediatriche ad hoc per alcuni ambiti a maggiore complessità organizzativa, con il compito di coordinare i percorsi tra erogatori diversi per garantire accessibilità, omogeneità e continuità della risposta nei confronti delle diverse richieste assistenziali.

Come indicato dalla suddetta DGRT, sono state attivate in prima applicazione le tre seguenti Reti Cliniche Specialistiche:

- ❖ Emergenza;
- ❖ Neonatologia;
- ❖ Oncoematologia.

La Rete Clinica dell'Emergenza nel corso del 2017 ha definito, condiviso ed approvato il proprio modello organizzativo, partendo dall'analisi del contesto e individuando i principi e le risorse strutturali, strumentali, formative ed organizzative necessarie per garantire qualità e sicurezza nella presa in carico del paziente pediatrico in condizioni di emergenza-urgenza. Delineati nodi e ruoli della Rete, è in corso di sviluppo la definizione dei percorsi dei pazienti attraverso tali nodi, per garantirne una presa in carico efficace, tempestiva, in sicurezza e di qualità su tutto il territorio regionale.

La Rete Neonatologica ha provveduto al consolidamento del proprio modello organizzativo, definendo due livelli assistenziali per le neonatologie toscane. I prossimi filoni di attività sono rappresentati dal disegno ed implementazione, in una prospettiva di respiro regionale, del Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) e del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM), nonché dall'aggiornamento e sviluppo di linee guida individuate come prioritarie sul piano regionale ed internazionale.

Rappresentando l'ulteriore sviluppo del CROP (Centro Regionale di Oncoematologia Pediatrica), la Rete Clinica dell'Oncoematologia appare una realtà consolidata, in cui l'attitudine a lavorare in un'ottica non locale ma regionale si concretizza nella gestione condivisa dei pazienti più complessi e nella definizione di percorsi di diagnosi e cura che coinvolgono tutti i nodi della Rete, valorizzandone le competenze e garantendo ai pazienti le cure più innovative, efficaci e sicure disponibili.

La Delibera n.707/2016 prevede la possibilità di istituire, oltre a quelle già individuate, reti di patologia individuate rispetto a specifici percorsi assistenziali ad alta complessità, alto costo, alto volume per i quali si renda necessario un elevato grado di coordinamento tra le diverse tipologie di Servizi. Per tale motivo, sono stati attivati tre ulteriori gruppi di lavoro, inerenti rispettivamente:

- ❖ Cure palliative;

- ❖ Pazienti cronico-complessi;
- ❖ Attività chirurgica in età pediatrica.

Il primo di questi gruppi, successivamente all'analisi della situazione presente e in considerazione delle caratteristiche della popolazione pediatrica bisognosa di cure palliative, ha individuato il proprio modello organizzativo, che è stato approvato dagli organi di *governance*, e sta procedendo nella stesura di protocolli e procedure da condividere a livello regionale, nonché nel costante svolgimento di eventi formativi per i professionisti sanitari e del mondo scolastico e sociale.

Il gruppo per i pazienti cronico-complessi è impegnato in una gravosa sfida del presente che è destinata a crescere ulteriormente: la presa in cura dei bambini che soffrono di condizioni croniche caratterizzate da significative limitazioni funzionali, alto impatto sulla qualità di vita e necessità di un impegno delle risorse sociali e sanitarie rilevante, multispecialistico ed integrato. Le attività vertono sulla ricerca di strategie efficaci per individuare questi pazienti e comprenderne i bisogni assistenziali e sulla ideazione e implementazione di percorsi capaci di rispondere alla domanda di salute del bambino e anche di accompagnarlo, attraverso una fase di transizione sicura e valida, al mondo delle cure per l'adulto.

L'ambito assistenziale dell'attività chirurgica in età pediatrica è in corso di riorganizzazione ai sensi della normativa vigente nazionale e delle linee di indirizzo internazionali. È in corso il lavoro congiunto di chirurghi, anestesisti e pediatri per individuare nodi e livelli assistenziali della Rete e definire standard di cura e percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali.

L'attività delle Reti e dei gruppi di lavoro è affiancata da quella della Consulta Tecnico Scientifica, che fornisce loro supporto con lo specifico obiettivo di garantire sicurezza e qualità dei percorsi clinici e formativi all'interno della Rete Pediatrica Regionale.

3.6 Sviluppo ICT

Cartella clinica elettronica

Il progetto di realizzazione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) costituisce un ambito fondamentale di sviluppo delle tecnologie informatiche aziendali con effetti rilevanti sull'attività clinico-assistenziale.

La CCE rappresenta uno strumento di semplificazione per la gestione strutturata dei dati relativi al percorso di cura e di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare. L'uso della CCE inoltre consente di supportare le pratiche di sicurezza, gestione del rischio clinico e qualità e offre una formidabile opportunità per studi e ricerche, consentendo di raccogliere e correlare una grande quantità di informazioni.

In continuità con l'anno 2017, nel corso del quale la CCE è stata introdotta nelle degenze pediatriche mediche, (ed in quelle) nelle specialistiche neurologiche, neurochirurgiche e oncematologiche, proseguirà la realizzazione del programma di attività previsto con l'estensione alle altre aree di degenza, al setting ambulatoriale congiuntamente allo sviluppo progressivo di funzioni aggiuntive per rendere la CCE sempre più rispondente alle esigenze degli operatori.

3.7 Innovazione Tecnologica

L'AOU Meyer prevede nel triennio 2018-2020 numerose acquisizioni tecnologiche che supporteranno un marcato sviluppo di alcune specialità mediche e chirurgiche, consentendo la possibilità di offrire ai pazienti maggiori possibilità diagnostiche ed assistenziali aumentando nel contempo la sicurezza per pazienti ed operatori. La previsione di sviluppo tecnologico dell'ospedale è il frutto di un'attenta pianificazione degli investimenti basata sia sulla richiesta di innovazione per soddisfare le necessità della popolazione pediatrica sia sul governo dei processi che non dimentica un attento controllo della spesa-

Di seguito vengono elencate le innovazioni tecnologiche più rilevanti.

Diagnostica per immagini

Nell'area della Diagnostica per immagini sono previste numerose nuove acquisizioni tecnologiche che arricchiranno in modo diretto ed indiretto tutte le specialità mediche e chirurgiche; in modo particolare sono previste:

- l'aggiornamento della Risonanza Magnetica a 1.5T - che consentirà l'esecuzione di esami con tutte le modalità di scansione oggi utilizzabili, con particolare attenzione sia agli ambiti neurologico e cardiaco, che alle fasce di età;
- l'acquisizione di un nuovo Tomografo Computerizzato multistrato che, sfruttando le nuove possibilità meccaniche ed elettroniche oggi a disposizione, consentirà l'esecuzione di esami approfonditi o con alta qualità delle immagini realizzate in pochissimi secondi riducendo, nel contempo, anche del 70% la dose di radiazioni emesse;
- la realizzazione di una nuova sala angiografica dotata di un angiografo biplanare, che consentirà con un approccio multispecialistico, l'esecuzione di esami diagnostici ed interventistici in diversi ambiti, quali la radiologia interventistica, la neuroradiologia, l'emodinamica e l'urologia;
- implementazione del sistema di imaging e telecomunicazione, per consentire un supporto alle strutture sanitarie dell'intera regione ("teleconsulto") nel caso che pazienti pediatrici ricorrano alle cure in centri di primo e secondo livello.

Area Laboratori

L'area dei laboratori, sia dei laboratori specialistici che del laboratorio generale, rappresenta un altro settore d'intervento in cui nel prossimo triennio verranno introdotte importanti innovazioni tecnologiche.

Nei laboratori di genetica e neurogenetica dell'AOU Meyer saranno sottoposte ad implementazione ed aggiornamento tecnologico le apparecchiature di sequenziamento del DNA con tecniche di NGS (Next Generation Sequencing, sequenziamento ad alta processività), per permettere un numero annuo maggiore di sequenziamenti per fornire risposte più rapide al crescente numero di pazienti che si rivolgono alle nostre strutture direttamente od attraverso numerosi laboratori italiani, e di sequenziamenti sempre più complessi ed estesi (pannelli più estensivi e sequenziamento esomico) ormai indispensabili nella conferma o nell'accertamento diagnostico di molte patologie.

Inoltre sarà attivato e progressivamente potenziato nei prossimi anni il laboratorio di ricerca oncoematologica che, grazie all'acquisizione di apparecchiature di laboratorio di base ed alcuni analizzatori di immunochimica innovativi, consentirà una rapida applicazione terapeutica dei risultati della ricerca di base e clinica.

Nel prossimo triennio sarà attivato un laboratorio di Terapia cellulare, che verrà dotato di numerose tecnologie, di base ed avanzate, quali citofluorimetro, sorter ed analizzatori di immunochimica, che permetteranno di potenziare e sviluppare l'attività di terapia cellulare e dare così pieno sviluppo anche alla Cell Factory recentemente autorizzata da AIFA e quindi tra le poche strutture in grado di operare legittimamente nel settore.

L'area di laboratori beneficerà infine di importanti acquisizioni anche nel settore del laboratorio generale: verranno introdotte nuove apparecchiature che renderanno possibile la realizzazione del cosiddetto CORELAB, un complesso sistema di apparecchiature che permetterà la gestione automatizzata completa di tutti i campioni in ingresso in laboratorio, ottimizzando i tempi, diminuendo il rischio biologico per gli operatori e garantendo tracciabilità in conformità alla normativa vigente.

Farmacia

Anche la Farmacia Ospedaliera, punto nevralgico e di particolare importanza nei processi clinico assistenziali dell'ospedale sarà interessata da alcuni interventi di innovazione tecnologica che permetteranno:

- la realizzazione di un laboratorio per la preparazione di farmaci chemioterapici destinati ai pazienti seguiti nella nostra struttura;
- realizzazione di un laboratorio per la preparazione di farmaci galenici in sterilità;
- la realizzazione di un laboratorio per la preparazione di sacche di nutrizione parenterale.

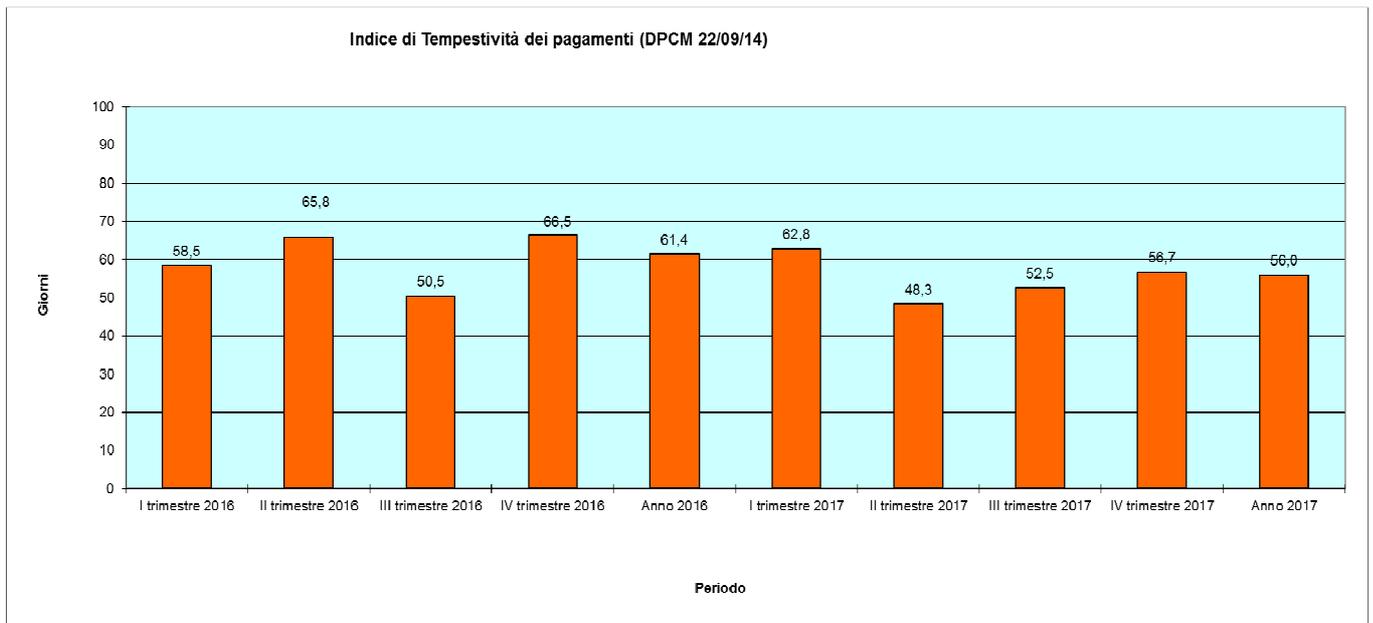
3.8 Mantenimento dell'equilibrio economico

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

1. La Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28/12/2015) ai commi 524, 526, 528, 529, 530 dell'articolo 1 ha imposto l'obbligo per le Regioni di dichiarare in "Piano di Rientro" le Aziende Ospedaliere, che non rispettano determinati parametri (principalmente desunti dal Modello CE Consuntivo 2016).
2. Per la determinazione delle condizioni economiche che definiscono se una Azienda Ospedaliera sia o meno in piano di rientro è stato emanato il successivo decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze del 21/06/2016.
3. Tale normativa è stata ulteriormente modificata dalla Legge di Bilancio 2017 (Legge n. 232 del 11/12/2016, co. 390) che ha reso ancora più stringenti i parametri per la definizione delle Aziende da assoggettare a piano di rientro.
4. La nostra Azienda rispetta tutti e tre i parametri (due economici ed uno di produzione) per cui non è soggetta ai piani di rientro, come dichiarato da Regione Toscana con D.G.R.T. n. 710 del 26/06/2017.

In riferimento alla solidità economica e finanziaria della nostra Azienda, si riporta di seguito l'andamento dell'indice di tempestività dei pagamenti come definito dal DPCM 22/09/2014. Tale indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento.

Pertanto l'eventuale valore negativo equivale ad un anticipo rispetto ai 60 giorni previsti dall'art. 4 D.Lgs. 231/2002.



3.9 Attuazione Politiche sulla Trasparenza ed Anticorruzione

Con il presente Piano della performance ed in considerazione del quadro normativo emerso a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e ss.mm.ii, si rende necessario un collegamento ed un coordinamento con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza in vigore (PTPCT). Quadro normativo che intende la corruzione nella sua accezione più ampia di "maladministration" ed ha come obiettivi strategici quelli di creare un contesto sfavorevole alla corruzione, di aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione, di ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione.

Obiettivi che si concretizzano in azioni e misure obbligatorie per l'Azienda e che riguardano i seguenti ambiti: rischio corruzione; adempimenti trasparenza e accesso civico; codice di comportamento; rotazione del personale; obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse; disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali; disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi prevalenti; incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la p.a.; disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro; disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito; formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione; utilizzo di protocolli di

legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse; azioni di sensibilizzazione con la società civile; azioni di monitoraggio e di verifica sui tempi procedurali e dei rapporti con i terzi.

In questo contesto, nel PTPCT 2017 – 2019 aziendale, con particolare riferimento alle aree tecnico-amministrative e di staff, sono stati individuati gli obiettivi, le strutture ed i responsabili sia nell'area della "gestione del rischio corruzione" per le attività mappate e trattate che nell'area di "amministrazione trasparente" per la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati.

Obiettivo del Piano della performance per il triennio è quello di sviluppare l'integrazione tra i due strumenti sia nelle fasi di analisi, di progettazione, di monitoraggio e rendicontazione.

4. Il Ciclo di Gestione della Performance (Sistema di Misurazione e Valutazione)

4.1 Quadro Normativo

Il decreto legislativo n.150/2009 di “Attuazione della legge n. 15/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” prevede l’applicazione da parte delle Pubbliche Amministrazioni di un sistema che, comprendendo la definizione e assegnazione degli obiettivi, il monitoraggio, la successiva misurazione e valutazione, sia collegabile all’utilizzo dei sistemi premianti ed alla rendicontazione dei risultati.

Tali principi sono ribaditi e sviluppati nella recente integrazione normativa dettata dal D. Lgs. n. 74 del 25.05.2017, che estende il rilievo del sistema rispetto al riconoscimento di progressioni economiche ed al conferimento di incarichi di responsabilità e dirigenziali.

La Giunta Regionale Toscana ai fini della definizione del sistema di misurazione e valutazione aziendale ha fornito puntuali indicazioni con l’adozione delle seguenti deliberazioni:

- n. 465/2012 che definisce le linee di indirizzo in materia di valutazione del personale del SSR, con specifico riferimento alle fasce di merito ed al funzionamento dell’Organismo Indipendente di Valutazione;
- n. 308/2013 che fissa le linee guida in materia di valutazione del personale del SSR;

L’AOU Meyer si affida agli atti richiamati per la definizione Sistema di misurazione e valutazione della performance al fine di garantire omogeneità di contenuti e univocità di direzione, previo parere vincolante dell’Organismo Indipendente di Valutazione e con aggiornamento annuale ove necessario.

Misurare le performance costituisce, infatti, un elemento indispensabile per ottenere risultati complessivi delle aziende sanitarie in termini di appropriatezza, di soddisfazione dell’utenza e di economicità di gestione, in linea anche con il contenuto della L.R.T. n. 40/2005.

Coerentemente con le direttive regionali l’AOU Meyer struttura il sistema di valutazione su tre livelli:

- prestazione collettiva, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura (negoiazione di budget);
- prestazione individuale, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali;
- comportamenti e competenze organizzative, relativi alle caratteristiche individuali che definiscono la risorsa all’interno di una organizzazione.

4.2 Finalità

La valutazione permette di aggiungere valore al processo di gestione del personale connotandolo per trasparenza ed equità; risulta strumento di crescita professionale, di sviluppo costante delle competenze di

ciascuna persona del sistema stesso, chiave di incontro tra il raggiungimento degli obiettivi aziendali ed il riconoscimento del contributo di ogni operatore.

L'AOU Meyer si propone di trasformare la valutazione in opportunità, al fine di rendere i propri dipendenti ulteriormente responsabilizzati, consapevoli circa il proprio ruolo e per creare, a partire da tale processo, le condizioni per una loro crescita professionale.

Prerequisito per il realizzarsi di tale risultato è lo sviluppo di una cultura di valutazione: si pone, infatti, la necessità di stimolare un diffuso approccio di lavoro che inviti ad una costante riflessione sulle proprie performance, su quelle del proprio gruppo e dell'Azienda nel suo insieme ed a trovare soluzioni nuove quando i modelli in uso non offrono più risposte adeguate alle domande emergenti.

Il momento della valutazione deve anche contribuire a rendere visibile il contributo del singolo al perseguimento della mission della struttura, rafforzando parallelamente il valore del lavoro di squadra e la visibilità dell'importanza del proprio lavoro, come conseguenze sulla stessa motivazione. Tale processo deve prevedere momenti di confronto tra valutazione e valutato, per rendere esplicite le aspettative del valutatore nei confronti del collaboratore, per migliorare la chiarezza circa gli obiettivi assegnati evitando eventuali incomprensioni. Conoscere gli obiettivi assegnati permette inoltre alla persona di riflettere circa il senso di autoefficacia e sull'adeguatezza di quanto atteso dal proprio responsabile, ponendolo in relazione a quelle che ritiene essere le proprie reali capacità di rispondervi adeguatamente.

L'AOU Meyer riconosce pertanto alla valutazione così intesa un ruolo strategico: essa deve essere utilizzata, con altri strumenti di orientamento e di verifica, per guidare l'evoluzione organizzativa e per garantire una gestione delle risorse umane che contribuisce al miglioramento costante della qualità dei servizi offerti grazie ad una crescita delle competenze professionali.

4.3 Percorso

Viene ora descritto il percorso di valutazione su base annua della performance organizzativa ed individuale volta all'erogazione dei compensi previsti dal sistema premiante e utile per la valutazione finale alla scadenza degli incarichi attribuiti in quanto permette di considerare l'intero percorso valutativo del dipendente.

Inoltre, al fine di garantire la massima partecipazione, trasparenza e adesione al Sistema di Valutazione, essendo questo volto alla crescita dell'Azienda, oltre che allo sviluppo delle competenze delle risorse umane, l'AOU Meyer si impegna a progettare appositi interventi formativi periodici, finalizzati a consolidare i percorsi di sviluppo, la cultura dei risultati e l'efficacia del Sistema stesso, anche a fronte dei processi di miglioramento, adeguamento e aggiornamento che verranno attivati nel tempo.

4.3.1 Destinatari

La valutazione svolta dall'AOU Meyer è rivolta a tutto il personale dipendente a tempo indeterminato e a tempo determinato, compreso il personale universitario in afferenza assistenziale, la cui prestazione copra il periodo di riferimento per un tempo minimo di nove mesi, e si differenzia in relazione alla posizione di autonomia e responsabilità:

- Direttore di Dipartimento Specialistico Interdisciplinare;
- Direttore di Centro di Eccellenza;
- Coordinatore di Area;
- Responsabile struttura organizzativa complessa (SOC);
- Responsabile struttura organizzativa semplice (SOSA – SOS);
- Dirigente;
- Responsabile di Ufficio;
- Posizione organizzativa;
- Titolare di Coordinamento;
- Personale del Comparto con qualifica DS e D;
- Personale del Comparto con qualifica C, BS, B e A.

4.3.2 Ciclo della Performance

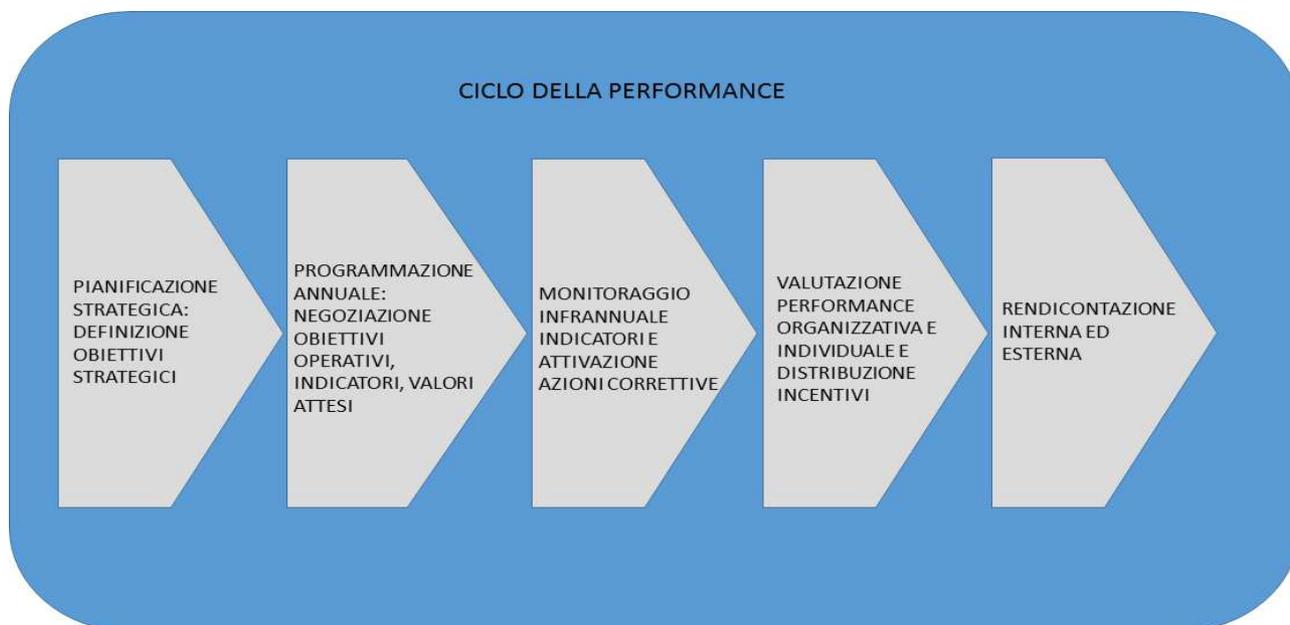
A livello normativo il ciclo aziendale della performance organizzativa ed individuale inizia con l'approvazione di un Piano della Performance con il quale vengono definiti e negoziati degli obiettivi strategici ed operativi che devono raggiungere le singole strutture. Tale circostanza viene valutata attraverso indicatori e valori attesi. Inoltre con il Piano vengono definiti ed assegnati ai singoli professionisti degli obiettivi individuali da raggiungere.

In corso di anno sono previsti monitoraggi della performance che riguardano sia il grado di raggiungimento degli obiettivi di budget tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi degli indicatori stessi sia degli obiettivi individuali. Conseguentemente a tale analisi possono essere messe a punto azioni correttive.

Alla fine dell'anno o all'inizio dell'anno successivo a quello del periodo di riferimento avviene la Valutazione della performance organizzativa che riguarda il grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle

single strutture e la Valutazione della performance individuale rivolta ai singoli professionisti, a cui segue la distribuzione degli incentivi/risultato

Le varie fasi del Ciclo possono così delinearasi:



4.3.2.1 Percorso di budget e valutazione della performance organizzativa

In ambito operativo, il Ciclo di gestione della performance prevede tre fasi: la fase di **programmazione**, quella di **monitoraggio** intermedio durante l'anno e quella di **valutazione finale**.

La programmazione sanitaria regionale, le linee guida emanate della Regione Toscana per la redazione dei Bilanci delle Aziende Sanitarie, le delibere regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende definiscono la fase di programmazione.

All'AOU Meyer la Direzione aziendale definisce quindi le linee di programmazione strategiche aziendali che poi vengono messe in pratica tramite il processo di budget. In tale ambito avviene la negoziazione con i direttori di Dipartimento, dei Centri di Eccellenza e con i Responsabili delle SOC e delle SOSA delle schede di budget e degli obiettivi che devono essere raggiunti dalle strutture stesse, con relativi indicatori e valori attesi. Questa fase termina con la sottoscrizione delle schede di budget da parte dei suddetti Dirigenti.

Successivamente, con cadenza mensile e trimestrale, avviene il monitoraggio intermedio con la misurazione della performance attraverso l'andamento degli indicatori a confronto con i valori attesi evidenziando eventuali scostamenti ed indicando azioni correttive al fine di rendere possibile il raggiungimento degli obiettivi stessi a fine anno; l'analisi degli scostamenti tra obiettivi assegnati e risultati attesi è svolta al fine di evidenziarne le cause e per poter mettere a punto azioni utili alla loro risoluzione. Comunque, tali azioni

potranno essere intraprese se le cause sono interne. In altro caso si provvederà a rinegoziare gli obiettivi stessi.

All'inizio dell'anno successivo a quello di riferimento, si avvia infine il processo di **valutazione della performance** organizzativa aziendale nel suo complesso e a livello di singola struttura (**verifica budget**).

La valutazione della performance organizzativa dell'azienda è effettuata dalla Regione Toscana che misura annualmente le aziende sanitarie attraverso il bersaglio, un sistema di indicatori raggruppati in cinque dimensioni: capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale, valutazione sanitaria, valutazione esterna, valutazione interna, valutazione economico finanziaria ed efficienza operativa.

All'inizio dell'anno viene definito per ciascuna azienda un valore atteso per ciascun indicatore del bersaglio che deve durante l'anno migliorare la propria performance rispetto all'anno precedente avvicinandosi al valore assegnato.

Per la valutazione finale delle performance, la Regione elabora il valore dei diversi indicatori posizionandoli in 5 fasce: performance ottima (fascia verde scura del bersaglio), performance buona (fascia verde chiaro), performance media (fascia gialla), performance da migliorare (fascia arancione e rossa). L'Azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri indicatori collocati nelle fasce centrali verdi del bersaglio; se gli indicatori compaiono invece nelle fasce più lontane dal centro (gialle, arancioni, rosse) ci sono ampi margini di miglioramento.

La **valutazione della performance organizzativa delle singole strutture** inizia quando il Controllo di Gestione ed il Sistema Informativo provvedono a:

- Elaborare e normalizzare i dati di consuntivo dell'anno di riferimento sintetizzandoli nei report per singola struttura organizzativa;
- 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 (e per conoscenza al Direttore di Dipartimento o Centro di Eccellenza) al fine di predisporre una relazione che motivi gli scostamenti rilevanti da sottoporre a valutazione del Direttore del Dipartimento o Centro di Eccellenza. Quest'ultimo prende in esame gli scostamenti motivati dai Responsabili di struttura e procede ad una valutazione degli scostamenti e predisporre una relazione da sottoporre alla Direzione Generale che analizza singolarmente i risultati di ogni singola struttura organizzativa, convocando eventualmente i responsabili di situazioni che presentano aspetti di criticità, per chiarimenti e/o approfondimenti.

Tutte le risultanze del processo di valutazione sono fornite all'Organismo Indipendente di Valutazione che, infine, procede, sulla base degli elementi conoscitivi acquisiti, alla validazione complessiva del processo di valutazione esprimendosi anche su specifiche situazioni dubbie o critiche su richiesta del valutato.

L'intero processo sopra riepilogato in sintesi è descritto puntualmente nel Documento Aziendale redatto dalla SOS Risorse Economiche e Finanziarie che detta le Linee Guida per la Contrattazione di Budget.

4.3.2.2 Valutazione della performance individuale e le sue fasi

Il sistema di valutazione della performance individuale, finalizzato alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane, tende a:

- favorire la crescita professionale attraverso l'individuazione dei propri punti di forza o di debolezza;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane, attraverso il riconoscimento del merito;
- correlare l'erogazione di compensi economici all'effettiva prestazione ed al miglioramento qualitativo e quantitativo dei servizi;
- contribuire alla realizzazione della mission aziendale.

La valutazione individuale è determinata dalla valutazione di due dimensioni:

- **la prestazione individuale**, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e/o d'équipe;
- **i comportamenti e le competenze organizzative**, relativi alle caratteristiche individuali che definiscono la risorsa all'interno dell'Azienda; per ciascuna sono definiti criteri e indicatori.

Il Sistema prevede:

- la valutazione da parte del superiore gerarchico;
- l'eventuale attivazione di procedure di conciliazione (vedi paragrafo 4.5).

4.3.2.3 Elencazione metodologica per l'applicazione dell'istituto

Conclusa la fase di negoziazione di budget il responsabile attribuisce ai dipendenti assegnati obiettivi individuali coerentemente con quelli della struttura di appartenenza, tenendo conto delle attività di ciascuno, delle diverse competenze, degli incarichi professionali e gestionali attribuiti e dei livelli di responsabilità, utilizzando criteri di omogeneità. Gli obiettivi individuali sono derivati, ove possibile, dal percorso di budget.

La formale assegnazione degli obiettivi avviene tramite apposite schede allegate al presente documento, il cui format è predisposto dalla SOS Politiche e Sviluppo Risorse Umane.

Tali schede sintetizzano gli obiettivi che ciascun dipendente deve realizzare nel periodo di riferimento per i vari livelli di valutazione (organizzativa, individuale - comportamenti competenze, prestazione individuale o d'équipe).

I contenuti della scheda sono illustrati al valutato tramite un colloquio di condivisione. In tale occasione il responsabile definisce e condivide gli obiettivi individuali oggetto di valutazione. La scheda deve essere sottoscritta da parte del valutato.

Nella fase di valutazione della performance individuale infine il responsabile (valutatore), compilando le schede nelle parti di competenza, formulerà a consuntivo un giudizio secondo una scala di valutazione articolata in 5 gradi (Non adeguato, Migliorabile, Adeguato, Buono, Ottimo) ai quali corrispondono differenziati giudizi sintetici valorizzati. Ciò avviene durante il colloquio conclusivo di valutazione. La scheda con i relativi giudizi dovrà essere sottoscritta dal valutatore e dal valutato.

Questa fase del processo è utile al valutato per prendere coscienza dei propri punti di forza e degli eventuali ambiti di miglioramento.

Tutto il processo valutativo individuale deve essere ispirato alla massima trasparenza e chiarezza.

4.3.2.4 Indicazioni operative in relazione a situazioni particolari

A fronte di situazioni particolari che possono verificarsi nel periodo di riferimento della Valutazione, si definiscono i seguenti principi:

- qualora il dipendente presti la propria attività lavorativa presso due o più strutture, la valutazione verrà effettuata dal Responsabile della Struttura presso cui lo stesso ha prestato l'attività prevalente in termini temporali. Per quanto necessario dovrà essere garantita la collaborazione degli altri Responsabili coinvolti;
- se la responsabilità di una struttura è stata assegnata a diversi soggetti, il valutato sarà esposto alla valutazione del Responsabile che dirige la Struttura alla data del 31 dicembre dell'anno a cui si riferisce la valutazione in accordo con il precedente responsabile o, a seconda dei casi, alla data in cui si svolge la valutazione;
- nel caso di doppia funzione deve essere utilizzata la scheda relativa al ruolo più alto. Per es. nel caso in cui personale con incarico di posizione organizzativa ricopra anche ruolo di coordinamento, tale personale sarà valutato per il ruolo di PO;
- se il valutato non si presenta al colloquio di valutazione, oppure non firma, la valutazione sarà effettuata di default dal valutatore che annoterà nell'apposito spazio (commenti del valutatore) il fatto

di aver proceduto alla valutazione senza la presenza del valutato oppure che il valutato non ha firmato la valutazione anche se presente al colloquio;

- se il dipendente è assente durante il periodo indicato dalla Direzione per la valutazione, il valutatore procederà ad effettuare la valutazione senza la presenza del dipendente indicando nella sezione “commenti del valutatore” che la valutazione è stata effettuata unilateralmente data l’assenza del dipendente. Il valutatore procederà comunque all’invio della scheda al dipendente tramite e-mail aziendale;
- se si verificano casi particolari (assenza prolungata, durata del rapporto di lavoro breve rispetto all’annualità di riferimento, part-time con alta percentuale) il valutatore potrà riferirsi all’Ufficio Sviluppo Risorse Umane;
- qualora il dipendente sia affetto da grave disabilità fisica o psichica deve essere valutato utilizzando mediante parametrizzazione delle capacità e dei comportamenti;
- qualora il valutato ne faccia richiesta è possibile consegnare copia della scheda di valutazione;
- i risultati della valutazione sono personali e non possono essere diffusi a dipendente diverso dal valutato che faccia istanza per avere copia.

Nel rispetto delle norme sulla riservatezza degli atti di valutazione, alla conclusione dell’intero processo, le schede completate con le valutazioni sono trasmesse l’Ufficio Sviluppo Risorse Umane (risorseumane@meyer.it), nella duplice modalità, una in formato excel e l’altra scansionata per visione delle sottoscrizioni.

L’Ufficio provvederà successivamente ad inserire – su indicazione dell’Ufficio Controllo di Gestione – il dato relativo alle performance di struttura rappresentato dal grado di raggiungimento degli obiettivi di budget.

Il processo si conclude quando l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) valida la Relazione sulla performance che evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

La certificazione dell’OIV garantisce la correttezza dell’intero processo di misurazione e valutazione.

4.4 Effetti della valutazione

In armonia con la DGRT 308/2013 l’Azienda procede alla valutazione dei tre livelli di performance, con le seguenti pesature:

- obiettivi di budget assegnati alla struttura di appartenenza: 60% Dirigenza – 80% Comparto;

- performance legate al raggiungimento di obiettivi individuali assegnati dal responsabile di struttura: 20% Dirigenza – 10% Comparto;
- performance individuali ottenute da comportamenti e competenze professionali: 20% Dirigenza - 10% Comparto.

La valutazione della performance è necessaria per l'erogazione della retribuzione di risultato e dei compensi per la produttività collettiva.

Fermo restando il rispetto dei CCCCNLL delle rispettive Aree, il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance si ricollega, ai fini del sistema premiante, alle indicazioni definite negli Accordi integrativi vigenti.

Con riferimento alle fasce di merito, definite con DRGT n. 465/2012, il personale viene collocato in base ai risultati del sistema di valutazione sia di struttura che individuale, nel seguente modo:

Fasce di merito per tipologia di obiettivi	Quota % per fasce	
Fasce di merito obiettivi di struttura e individuale*	Risultato	Attribuzione
A	90-100	100
B	75-89	80
C	60-74	60
D	>50-59	50
*Non si eroga la quota se risultati inferiori o uguali al 50%		

Fasce di merito e valutazione competenze*	Risultato	Attribuzione
A	Da > 8 a 10	100
B	Da > 6 a 8	80
C	Da > 4 a 6	60
D	Da > 2 a 4	50
*Non si eroga la quota se valutazione competenze minore uguale a 2		

Ai fini della retribuzione di risultato la corresponsione della quota calcolata annualmente, sulla base della disponibilità di risorse, avviene secondo le regole descritte negli Accordi integrativi aziendali nel tempo vigenti, per singola dimensione (obiettivi di struttura, obiettivi individuali e valutazione competenze organizzative relazionali) in relazione al raggiungimento degli specifici risultati conseguiti (se superiori al 50%).

4.5 Procedure Conciliazione

Le procedure di conciliazione richiamate dall'art. 7 c. 3 lett. b) del D.lgs. 150/2009 riguardano quelle iniziative volte a risolvere eventuali divergenze nell'ambito del processo di valutazione della performance individuale al fine di prevenire l'eventuale contenzioso in sede giurisdizionale.

La Delibera CIVIT 124/2010 ha precisato che tali procedure devono rispettare i principi della celerità, della efficacia, della efficienza e della economicità tenendo conto anche del principio del contraddittorio e delle prerogative sindacali in materia.

Inoltre tale Delibera ha chiarito che l'esigenza dell'adozione di procedure di conciliazione può essere soddisfatta con l'istituzione di un apposito collegio di conciliazione, attore terzo e imparziale rispetto al processo di valutazione.

In conformità a quanto richiamato presso l'AOU Meyer il Collegio di Conciliazione è così composto:

- Direttore Amministrativo o Direttore Sanitario in relazione al profilo professionale del valutato che presenta la contestazione;
- un Dirigente scelto o dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario, in relazione al profilo professionale del valutato, ma di una struttura differente da quella di appartenenza del valutato;
- un componente dell'OIV individuato di volta in volta dal Presidente del medesimo Organismo.

La contestazione del valutato deve essere trasmessa al Collegio di conciliazione entro 15 giorni dalla comunicazione ufficiale dei risultati della valutazione di prima istanza.

L'istruzione della pratica e la convocazione del Collegio di Conciliazione dovranno avvenire entro 30 giorni dalla comunicazione ufficiale della contestazione ed entro i successivi ulteriori 30 giorni dovrà perfezionarsi il giudizio finale.

Nel cercare di risolvere il conflitto il Collegio, per giungere ad un giudizio definitivo che valorizzi gli elementi oggettivi di valutazione, deve tener conto delle regole e dei principi contenuti nel Sistema di Valutazione e Misurazione della Performance dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer.

Durante il procedimento davanti al Collegio di Conciliazione il dipendente potrà essere assistito da un rappresentante sindacale o da altro rappresentante di fiducia.

Tale fase è idonea a sospendere il procedimento valutativo e gli effetti da esso derivanti.

Il giudizio finale deve essere trasmesso all'OIV, che ne terrà conto nel predisporre la propria Relazione annuale sullo stato del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni.

4.6 Disposizioni finali e transitorie

Per quanto non espressamente riportato nel presente documento si fa riferimento alle disposizioni di legge ed alle disposizioni cui ai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di tutte le aree contrattuali SSN al momento vigenti.

Le future previsioni normative e contrattuali revisioneranno automaticamente quanto contenuto nel presente documento.



PROCESSO DI BUDGET

**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
MEYER**

ANNO 2018

✓ GESTIONE DEL PROCESSO DI BUDGET

GESTIONE DEL PROCESSO DI BUDGET

Premessa.

L'anno 2018 sarà caratterizzato dalla prosecuzione del processo di sviluppo della nostra Azienda ed in particolare, dopo l'apertura del nuovo centro dialisi avvenuto il 13/12/2017, nell'anno 2018 avremo l'entrata in produzione di una nuova sala operatoria (la c.d. Sala Rossa), 3 nuovi letti di neurochirurgia, e 4 nuove poltrone di Day Hospital.

Tali nuovi fattori produttivi dovranno produrre ricavi derivanti da attività caratteristica tali da consentire di ripagare, già nel breve periodo, gli investimenti in risorse umane e attrezzature, che è stato necessario incrementare per dare vita a queste nuove risorse.

Per il budget 2018 la scheda di budget ha subito alcune modifiche attraverso l'introduzione di nuovi indicatori in particolare legati ai costi del consumo di determinati fattori produttivi, in primis quello della risorsa umana.

1 Scopo.

Questo documento descrive e regola il processo di definizione del budget annuale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer nelle sue articolazioni organizzative individuate come Centri di Responsabilità (CdR), ovvero, per struttura organizzativa complessa e per struttura organizzativa semplice autonoma, per Dipartimento Interdisciplinare/Centro di Eccellenza 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 Interdisciplinare/Centro di Eccellenza ed a livello di struttura organizzativa complessa e di struttura organizzativa semplice autonoma.
I CdR per la formulazione del budget 2018 saranno quelli definiti dal nuovo atto aziendale e ss.mm.ii.
- ✓ Dipartimento Interdisciplinare e Centri di Eccellenza: rappresenta il CdR di I livello.
- ✓ Struttura organizzativa complessa (SOC) e struttura organizzativa semplice autonoma (SOSA): rappresentano i CdR di II livello.
- ✓ CADM: Commissione Aziendale Dispositivi Medici.
- ✓ 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;
- ✓ il Dipartimento Interdisciplinare ed i Centri di Eccellenza: Direttore di dipartimento (e Responsabili di Area) e Direttori di Centro di Eccellenza. Questi ultimi all'interno del loro dipartimento/Centro di Eccellenza dovranno prevedere la formazione di un comitato di dipartimento;
- ✓ le strutture organizzative complesse e semplici autonome: Direttore di struttura e Coordinatore infermieristico e tecnico;
- ✓ le strutture deputate alla gestione trasversale delle risorse: Gestione Risorse Umane, Direzione Infermieristica e Tecnica Sanitaria, Cadm, Supporto Amministrativo al funzionamento dell'ospedale, Smart Technology Assesment, Pianificazione, Investimenti e Area Tecnica, 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) 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;
- ✓ Smart Technology Assessment;
- ✓ Direzione Infermieristica e Tecnica Sanitaria;
- ✓ Referente qualità della documentazione sanitaria e reporting clinico;
- ✓ Bed Manager;
- ✓ Politiche e Sviluppo Risorse Umane;
- ✓ Referente CADM;
- ✓ Pianificazione, Investimenti e Area Tecnica.

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 Smart Technology Assessment si interfacceranno con il Direttore Amministrativo e con il Controllo di Gestione (in qualità di membro del Comitato di Budget Aziendale).
- ✓ La CADM nel suo insieme parteciperanno alla predisposizione del budget interfacciandosi con il Direzione Infermieristica e Controllo di Gestione (in qualità di membri del Comitato di Budget Aziendale);
- ✓ Politiche e Sviluppo Risorse Umane seguirà sia lo sviluppo del Sistema delle performance sia le richieste di implementazione della dotazione organica;
- ✓ 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 e dovranno produrre tutto il materiale necessario all'analisi dell'andamento degli obiettivi di budget.

Il Direttore di dipartimento interdisciplinare ed i Direttori di Centro di Eccellenza, 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 CdR di I livello, negoziano con i

responsabili di SOC e SOSA gli obiettivi di budget assegnati ai singoli CdR facenti parte del dipartimento/centro eccellenza.

Il Direttore di CdR di I livello 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/Centro di Eccellenza diffondere e condividere gli obiettivi tra tutto il personale del dipartimento/Centro di Eccellenza.

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.

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».

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.

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, 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 Ospedaliera Universitaria Meyer con la relativa successione temporale sono rappresentate nella seguente schematizzazione.

		Settembre X-1		Ottobre X-1	
Azienda	Direttore Dip/CEcc Comitato Dip/CEcc				Analisi schede budget e definizione controproposte
	Comitato di Budget	Reperimento di tutte le informazioni per la predisposizione del 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, acquisizione risorse, blocco chirurgico, 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
		Novembre X-1		Dicembre X-1	
Azienda	Direttore Dip/CEcc Comitato Dip/CEcc	Negoziazione con Direzione Aziendale	Comunicazione a tutto il personale del dipartimento dei risultati derivanti dalla negoziazione		
	Comitato di Budget	Analisi fattibilità e coerenza delle controproposte		Validazione del master budget, dei budget specifici di CdR, dei budget trasversali e dei documenti operativi gestionali	
	Controllo Gestione - S.I.	Raccolta delle controproposte articolate nelle schede di budget specifici di CdR	Consolidamento dei budget dipartimentali e formulazione master budget e del bilancio di previsione		
	Direzione		Negoziazione del budget con i Direttori Dip/CEcc e comitato dipartimentale	Predisposizione, approvazione ed invio bilancio preventivo	
		Gennaio X			
Azienda	Direttore Dip/CEcc Comitato Dip/CEcc		Monitoraggio andamento budget		
	Comitato di Budget		Monitoraggio andamento budget		
	Controllo Gestione - S.I.	Eventuale modifica con il modello CE di Gennaio della previsione annuale	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) 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 Smart Technology 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;

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 dal 2010 ad oggi dalla Task Force Approvvigionamenti (TFA ora CADM) 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.

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 del Dipartimento Interdisciplinare (oltre ai Responsabili di Area)/Centro di Eccellenza ed ai Responsabili delle strutture organizzative complesse e semplici autonome 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 del Dipartimento Interdisciplinare/Centro di Eccellenza; sia la proposta per gli obiettivi riconducibili alle strutture organizzative dipartimentali complesse e semplici autonome (CdR di II livello) che costituiranno oggetto di negoziazione fra i Direttori di dipartimento/Centro Eccellenza 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/Centro di Eccellenza 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 o di Centro di Eccellenza non è altro che il consolidamento delle schede di budget definite per strutture organizzative complesse e semplici autonome afferenti il dipartimento/Centro di Eccellenza 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/Centro di Eccellenza 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/Centro di Eccellenza 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 Dipartimento Interdisciplinare (oltre alle singole Aree)/Centro di Eccellenza delle schede di budget di I livello ed ai Responsabili delle strutture organizzative complesse e semplici autonome delle schede di budget di II livello per la successiva negoziazione.

6.12 Negoziazione del budget fra Direzione Aziendale, Direttori Dipartimento Interdisciplinare/Centro Eccellenza e Responsabili delle strutture organizzative complesse e semplici autonome

La Direzione Aziendale, affiancata da Controllo di Gestione, Direzione Infermieristica, Direzione Tecnica Sanitaria e ogni altra figura ritenuta necessaria, incontra il Direttore di Dipartimento Interdisciplinare (oltre ai Responsabili di Area) o Direttore di Centro di Eccellenza ed i Responsabili delle strutture organizzative complesse e semplici autonome, insieme al comitato di dipartimento, 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/Centro di Eccellenza ed ai Responsabili delle strutture organizzative complesse e semplici autonome 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. Il Direttori di Dipartimento e Centro di Eccellenza ed i Responsabili delle strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse forniscono alla Direzione Aziendale il verbale di detto incontro corredato dalle schede firmate dai Responsabili di CdR di I e di II livello.

6.15 Consolidamento dei Budget dipartimentali e redazione master budget aziendale.

Il Controllo di Gestione effettua il consolidamento dei budget dipartimentali e predispose 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 2018

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 interdisciplinare/Centri di Eccellenza 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 Smart Technology effettueranno il monitoraggio trimestrale 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 al Direttore di dipartimento interdisciplinare (Responsabili di Area) o Direttore di Centro di Eccellenza ed ai

² La L.R. n. 40 del 24 febbraio 2005 all'articolo 123 co. 2. afferma che «Il direttore generale dell'azienda ospedaliero universitaria, entro il 15 novembre di ogni anno, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, alla Giunta regionale con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre di ogni anno; la Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.»

Responsabili di struttura organizzativa complessa e semplice autonoma 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 interdisciplinare/Centro Eccellenza 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 trimestrale, 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 del Direttore di dipartimento (oltre ai Responsabili di Area) del Direttore di Centri di Eccellenza sia dei Responsabili delle strutture organizzative complesse e semplici autonome nonché 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/Centro di Eccellenza, 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;
- ✓ su iniziativa dei singoli Direttori di dipartimento interdisciplinare (oltre ai Responsabili di Area)/Centri di Eccellenza.

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 dieci parti:

1. *Area Attività – Ricovero Ordinario* – dove viene analizzata la produzione di ricoveri ordinari in base al reparto dimettente;
2. *Area Attività – Ricovero Ordinario per competenza* – dove viene analizzata la produzione di ricoveri ordinari in base alla competenza assistenziale;
3. *Area Attività – Ricovero DH* – dove viene analizzata la produzione di ricoveri diurni in base alla struttura dimettente;
4. *Area Attività – Ricovero DH per competenza* – dove viene analizzata la produzione di ricoveri diurni in base alla competenza assistenziale;
5. *Area Attività – Specialistica Ambulatoriale* – dove viene analizzata la produzione legata alla specialistica ambulatoriale;
6. *Area Attività – Pronto Soccorso* – dove viene analizzata la produzione legata all'attività di pronto soccorso;
7. *Area Attività – Gestione Posto Letto* – dove viene analizzata la gestione della risorsa posto letto all'interno dei singoli reparti fisici e complessivamente a livello aziendale;

8. *Area Qualità* – dove viene analizzata l'attività complessiva aziendale da un punto di vista prettamente qualitativo, in tale sezione sono concentrati i principali indicatori monitorati attraverso il laboratorio di Management e Sanità (MES);
9. *Area Consumi e Prestazioni Figurative Richieste* – 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. Da quest'anno abbiamo inserito anche le prestazioni figurative richieste ad altre strutture e nuovi indicatori per il contenimento delle rimanenze di magazzino;
10. *Area Risorse Umane* – contenente il numero di risorse umane (distinte per tipologia contrattuale e qualifica) ed il costo di queste risorse umane presenti nei singoli periodi rilevati nella scheda di budget.

Ad alcuni obiettivi formulati e formalizzati in sede di negoziazione del budget, presi singolarmente o aggregati 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". Questi obiettivi sono evidenziati nella scheda di budget attraverso un asterisco nella colonna dei pesi (sia relativo alla "Dirigenza" sia del e "Comparto") ed identificano gli obiettivi prioritari dell'Azienda, in coerenza con le linee strategiche definite dalla Direzione Aziendale.

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:

- ✓ Elenco del personale assegnato ai singoli centri di costo afferenti il CdR (I e II livello), con le relative richieste di integrazioni in ordine di priorità;
- ✓ Dotazioni strumentali a disposizione del CdR, con le relative richieste di integrazioni in ordine di priorità.

8 Verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi

Questa fase inizia l'anno successivo a quello di riferimento ed in particolare quando il Controllo di Gestione ed il Smart Technology provvedono a:

1. elaborare e normalizzare i dati di consuntivo dell'anno di riferimento sintetizzandoli nei report per Dipartimento Interdisciplinare (comprese le Aree)/Centro di Eccellenza e Strutture organizzative complesse e semplici autonome, contenenti dati analitici di consuntivo dell'anno di riferimento 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, sia a livello dipartimentale/Centro di Eccellenza sia a livello di Struttura organizzativa complessa e semplice autonoma.

Tali schede vengono trasmesse ai Responsabili di struttura organizzativa complessa e semplice autonoma (e per conoscenza al Direttore di Dipartimento o Centro di Eccellenza dell'unità organizzativa oggetto di valutazione), al fine di far predisporre una relazione che motivi gli scostamenti rilevanti da sottoporre a valutazione e sintesi del Direttore di dipartimento o Centro di Eccellenza.

Al Direttore di Dipartimento o Centro di Eccellenza viene inviata la scheda di valutazione relativa al Dipartimento/Centro di Eccellenza da lui diretto.

Il Direttore di dipartimento o Centro di Eccellenza prende in esame gli scostamenti motivati dai Responsabili di struttura e procede a una valutazione degli scostamenti e predisponde una relazione da sottoporre alla Direzione Generale 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 dipartimentale semplice e complessa.

La Direzione Aziendale analizza singolarmente i risultati di ogni Dipartimento/Centro di Eccellenza e Struttura organizzativa complessa e semplice autonoma, convocando eventualmente i responsabili di situazioni che presentano aspetti di criticità, per chiarimenti e/o approfondimenti.

Tutte le risultanze del processo di valutazione sono fornite all'Organismo Indipendente di Valutazione. L'Organismo Indipendente di Valutazione infine, sulla base degli elementi conoscitivi acquisiti, procede alla validazione complessiva del processo di valutazione esprimendosi anche su specifiche situazioni dubbie o critiche anche su richiesta del valutato.

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.

La valutazione complessiva della scheda di budget per ciascun livello di analisi (CdR I livello o CdR II livello) è determinata in base al grado di raggiungimento degli obiettivi strategici evidenziati in ciascuna scheda con l'asterisco (identificativo degli obiettivi prioritari d'Azienda).

Questa fase risulta coerente con quanto emanato da Regione Toscana per dare piena applicazione al D.Lgs. 150/2009 (in particolare L.R. 67/2010, D.G.R.T. n. 465 del 28/05/12, D.G.R.T. n. 308 del 29/04/13).

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”;
- ✓ L.R. 67/2010 “Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale)”;
- ✓ D.G.R.T. n. 465 del 28/05/12 “Linee di indirizzo in attuazione della L.R. 67/2010 in materia di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale (fasce di merito ed organismi di valutazione);
- ✓ D.G.R.T. n. 308 del 29/04/13 “Linee di indirizzo per l’implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale”.

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.