



# **PROCESSO DI BUDGET**

**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA  
MEYER**

**ANNO 2014**

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

## LINEE DI INDIRIZZO GENERALI

### A) La verifica degli obiettivi definiti per l'esercizio 2013

1. In riferimento all'area attività per l'anno 2013 si prevede un contenuto aumento della casistica di ricovero ordinario rispetto alle proiezione annuali a settembre 2012, accompagnata da un sostanziale incremento della complessità di tutta la casistica trattata, sia medica che chirurgica.
2. Per quanto attiene la casistica chirurgica, sia ordinaria sia di day surgery abbiamo previsto un deciso incremento della casistica a seguito dei primi risultati del gruppo di lavoro appositamente creato.
3. Si richiama l'attenzione sulla riduzione della degenza media e sulle necessità di sfruttare al meglio la risorsa posto letto, ponendo particolare attenzione al tasso di utilizzo ed al turnover.

*In riferimento ad i primi tre punti dal monitoraggio elaborato nel mese di agosto 2013 in base ai dati del periodo gennaio-luglio 2013 si evidenzia il seguente andamento:*

Indicatore	Consolidato 2010	Consolidato 2011	Consolidato 2012	Budget 2013 Concordato (A)	Proiezione anno 2013 a Luglio (B) (*)	Scostamento (B-A)	Proiezione anno 2013 a Giugno
N. Dimessi	9.060	8.938	9.040	9.080	8.719	361	8.676
Peso Medio DRG (dimessi)	1,42	1,43	1,44	1,49	1,38	0,11	1,37
Tasso Utilizzo	88,98	89,17	88,18	89,17	87,87	1,30	88,99
Degenza Media	5,66	5,57	5,65	5,57	5,69	0,12	5,62
DH Giornate Cicli Aperti	34.741	34.389	34.271	34.483	35.298	815	35.400
Casi Chirurgici Totali	5.775	6.233	6.283	6.473	5.737	736	5.580
Casi Chirurgici DH	1.760	2.229	2.304	2.409	2.200	209	2.190
Casi Chirurgici Ordinari	4.015	4.004	3.979	3.835	3.537	298	3.390
N. trapianti	24	30	39	38	18	20	35
- di cui allogeneici	3	10	13	11	9	2	8
- di cui autologi	21	20	26	27	9	18	9
PS % esito ricovero	6,61	5,98	6,63	6,08	6,91	0,83	6,69
N. prestazioni effettive totali erogate (q.tà) escluso Farmaci	572.421	604.406	601.011	575.959	601.083	25.124	570.025
N. prestazioni figurative totali erogate (q.tà) escluso Farmaci	1.099.324	1.096.204	1.103.676	1.039.250	1.050.984	11.734	985.498

4. In riferimento ai consumi si prevede una riduzione lineare del 5% su tutte le tipologie di consumi ad eccezione dei farmaci, per i quali sono già state messe in atto numerose azioni che si quantifica possano portare ad un ulteriore 2% di riduzione sempre rispetto alle proiezione 2012 a settembre.

*In riferimento al punto 4) dal monitoraggio elaborato nel mese di agosto 2013 in base ai dati del periodo gennaio-luglio 2013 si evidenzia il seguente andamento:*

Tipologia Consumi	2011	Consuntivo anno 2012 (a)	Budget 2013 (d)	Luglio 2012	Luglio 2013	Proiezione anno 2013 (e)	Delta Proiezione anno 2013 (e) - anno 2012 (a)	Delta %Proiezi.an anno 2013 (e) - anno 2012 (a)	Delta Proiez. anno 2013 (e) - Budget Aziendale 2013 (d)
FI-CONSUMO FARMACI INTERNI	4.027.127,66	3.755.079,17	3.696.163,16	2.163.479,36	1.820.326,47	3.105.854,27	-649.224,91	-17,29%	-590.308,89
FD- CONSUMO FARMACI DISTRIBUZIONE DIRETTA	4.580.094,84	5.374.211,80	5.374.211,80	3.054.120,05	3.375.890,89	5.940.418,96	566.207,16	10,54%	566.207,16
50-CONSUMO FARMACI	8.607.222,50	9.129.290,97	9.070.374,96	5.217.599,41	5.196.217,36	9.046.273,22	-83.017,75	-0,91%	-24.101,73
52-CONSUMO PRESIDII	5.023.258,19	4.558.464,01	4.294.281,68	2.910.666,25	2.688.174,42	4.210.014,24	-348.449,77	-7,64%	-84.267,44
54-CONSUMO MATERIALE USO DIAGNOSTICO	3.262.478,85	3.338.547,63	3.062.053,89	2.055.187,19	2.142.403,89	3.479.364,56	140.816,93	4,22%	417.310,67
56-CONSUMO MATERIALE ECONOMALE	577.742,12	547.939,71	456.237,53	338.501,90	395.157,01	642.001,71	94.062,00	17,17%	185.764,18
57-PRODOTTI DIETETICI	283.577,71	268.455,89	262.703,24	161.547,39	101.672,72	168.957,48	-99.498,41	-37,06%	-93.745,75
1507-CONSUMO MATERIALE PROTESICO	778.612,97	908.732,29	797.464,71	519.315,93	453.374,67	793.344,05	-115.388,24	-12,70%	-4.120,66
<b>Totale complessivo</b>	<b>18.532.892,34</b>	<b>18.751.430,50</b>	<b>17.943.116,00</b>	<b>11.202.818,07</b>	<b>10.977.000,07</b>	<b>18.339.955,26</b>	<b>-411.475,24</b>	<b>-2,19%</b>	<b>396.839,26</b>
<b>Totale complessivo AL NETTO FD</b>	<b>13.952.797,50</b>	<b>13.377.218,70</b>	<b>12.568.904,20</b>	<b>8.148.698,02</b>	<b>7.601.109,18</b>	<b>12.399.536,30</b>	<b>-977.682,40</b>	<b>-7,31%</b>	<b>-169.367,90</b>

5. Per quanto riguarda le risorse umane per l'anno 2013 non potranno esservi incrementi nelle quantità a disposizione; le lunghe assenze saranno sostituite soltanto nei casi di comprovate e indifferibili esigenze, che saranno valutate volta per volta, con limite di riferimento complessivo la spesa sostenuta a livello Aziendale nel corso dell'esercizio precedente.

*In riferimento al punto 5) dal monitoraggio elaborato nel mese di agosto 2013 in base ai dati del periodo gennaio-luglio 2013 si evidenzia il seguente andamento:*

Tipologie	In servizio al 31.12.2012 (esclusi dipendenti trasferiti a ESTAV)	In servizio al 31.07.2013 (esclusi dipendenti trasferiti a ESTAV)	Obiettivo 2013 assegnato da Regione Toscana
N. Personale dipendente a tempo indeterminato ed indeterminato	965	969	963
N. Collaborazioni coordinate e continuative	7	4	4
N. Incarichi libero professionali	85	86	86
N. Lavoratori in somministrazione (ex interinali)	7	8	8
N. Lavoratori con contratto formazione e lavoro	0	0	0
N. Universitari (docenti e personale non docente)	27	27	27
<b>Totale complessivo Unità di personale (al netto trasferiti Estav)</b>	<b>1.091</b>	<b>1.094</b>	<b>1.088</b>

### Analisi costo del Personale

Macroclasse costo	Consuntivo 2012 (A)	2013 Proiettato al CE Agosto 2013 (B)	Scostamento (B)-(A)	Scostamento (B)/(A)%
COSTI PER PERSONALE SANITARIO	41.005.900,57	41.439.417,35	433.516,78	1,06%
COSTI PER PERSONALE TECNICO	4.374.349,07	4.374.349,07	-	0,00%
COSTI PER PERSONALE AMMINISTRATIVO	2.608.093,81	2.608.093,81	-	0,00%
IRAP complessiva	3.296.376,61	3.400.384,30	104.007,69	3,16%
<b>SUB TOTALE DIPENDENTE</b>	<b>51.284.720,06</b>	<b>51.822.244,53</b>	<b>537.524,47</b>	<b>1,05%</b>
PERSONALE INTERINALE	296.099,32	270.000,00	- 26.099,32	-8,81%
PERSONALE CONTRATTISTA	2.561.680,41	2.801.864,65	240.184,24	9,38%
<b>SUB TOTALE DIPENDENTE CON ALTRE FORME</b>	<b>54.142.499,79</b>	<b>54.894.109,18</b>	<b>751.609,39</b>	<b>1,39%</b>
PERSONALE UNIVERSITARIO	1.818.207,98	1.831.925,05	13.717,07	0,75%
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>55.960.707,77</b>	<b>56.726.034,23</b>	<b>765.326,46</b>	<b>1,37%</b>

## B) Gli obiettivi per l'anno 2014.

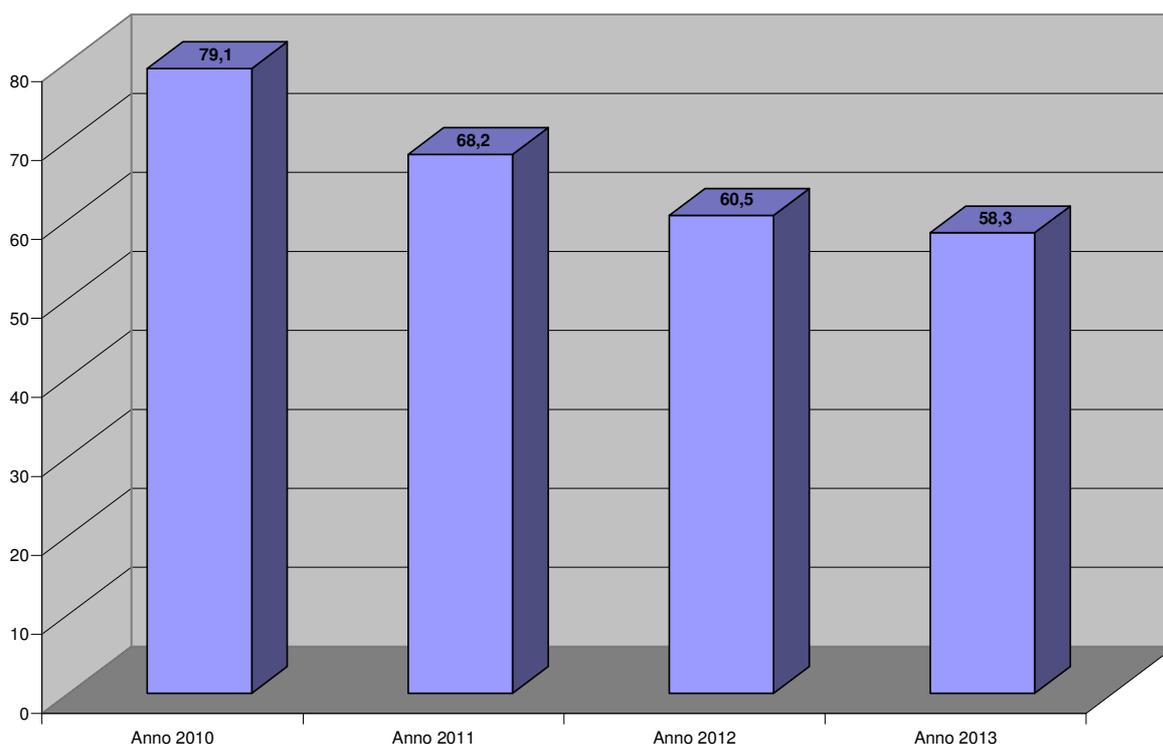
### 1. APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI

Le principali criticità da affrontare nel 2014 riguardano:

- % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica e di controllo sul totale dell'attività complessiva dei DH medici erogati dall'Ospedale.
- % ricoveri ordinari medici brevi (da 0 a 2 giorni di degenza) sul totale dei ricoveri medici erogati dall'Ospedale.

#### DH medici con finalità diagnostica e di controllo.

Il grafico seguente illustra l'evoluzione della proporzione dei DH medici diagnostici e di controllo effettuati dal Meyer a partire dal 2010 (*il dato 2013, è calcolato sui dimessi con SDO consolidata del periodo gennaio – agosto*)



Si assiste ad un tendenza al miglioramento della quota di DH potenzialmente inappropriati erogati dal Meyer nel corso dell'ultimo quadriennio (si è passati da una quota pari al 79.1% del 2010 a valori di 58.3% nei primi 8 mesi del 2013).

È tuttavia necessario, nel 2014, migliorare la nostra performance in virtù dell'ulteriore abbassamento, da parte della Regione Toscana, della soglia di erogabilità dei DH medici diagnostici e di follow-up: si è infatti passati dal 60.3% del 2011, al 53.5% del 2012 fino all'ultimo valore contenuto della DGR del 5 agosto 2013 fissato al 45%.

Questa nuova "sfida" può essere affrontata attraverso:

- ***Interventi a breve termine.***

Maggior accuratezza e completezza nella compilazione della SDO (*relativamente a questo aspetto si ritiene importante l'individuazione di una rete di referenti delle diverse strutture erogatrici che possa direttamente interfacciarsi col "Governo Clinico" per gli aspetti inerenti la compilazione delle SDO*).

Trasferimento diretto in regime ambulatoriale della quota di day hospital diagnostici e di "follow – up" "*francamente*" inappropriati in quanto costituiti, in termini di prestazioni, da singole visite o singole visite ed esami ematochimici o da altra attività diagnostica non particolarmente complessa.

- ***Interventi a medio/lungo termine.***

Situazioni assistenziali più complesse (impegno multidisciplinare, necessità di ricorrere ad attività diagnostiche più complesse, etc.) che comporterebbero difficoltà organizzative in caso di un trasferimento d'embée verso il regime ambulatoriale, possono trovare risposta attraverso il potenziamento del Day Service del nostro Ospedale.

Presupposto fondamentale per garantire una corretta assegnazione del caso clinico al setting assistenziale più idoneo allo scopo di garantire, tra l'altro, equità di accesso alle cure, è la realizzazione e l'implementazione di percorsi assistenziali condivisi.

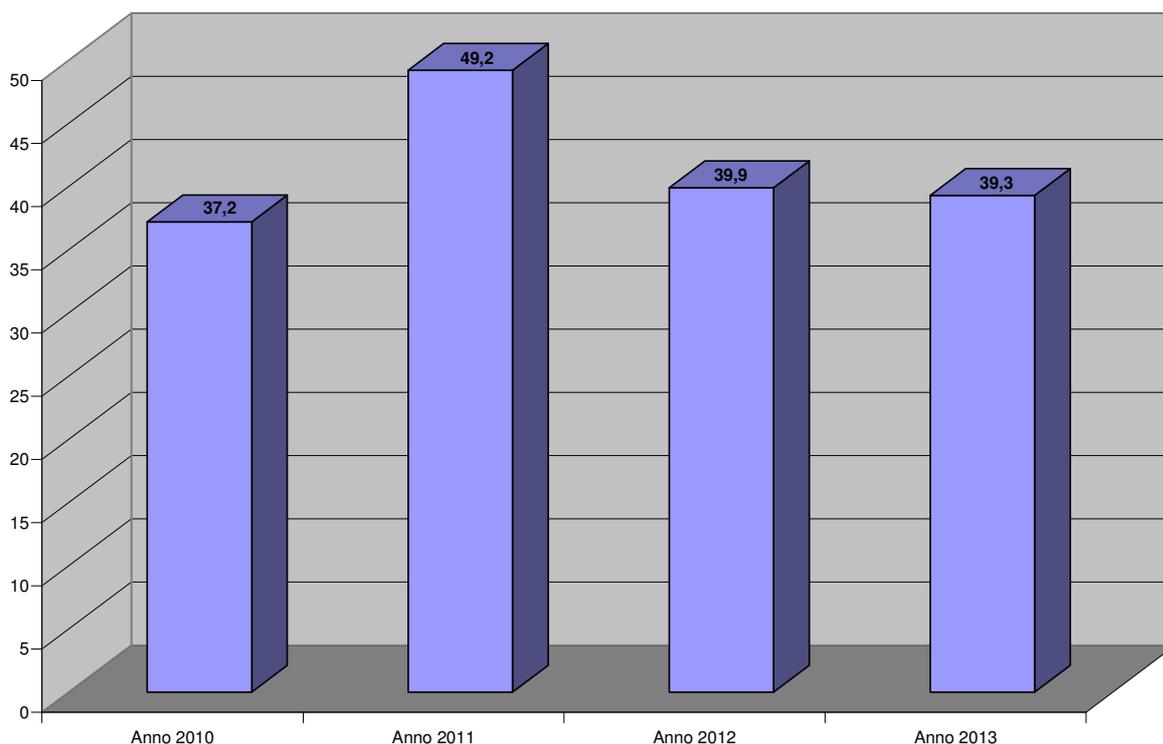
La traduzione di tali strategie in numeri per il budget 2014 può essere così sintetizzata:

- L'applicazione dei soli interventi a breve termine consentirebbe una riduzione annua di almeno 1.700 casi di Day Hospital inappropriati ed il rispetto della nuova soglia di erogabilità fissata dalla Regione Toscana.
- In una fase successiva, l'ulteriore trasferimento di altra casistica di day hospital diagnostico o di follow – up verso il Day Service permetterebbe di ridurre ulteriormente la soglia del 45% consentendoci il trasferimento in regime di day hospital di attività diagnostica, attualmente erogata in regime ricovero ordinario medico breve.

Sulla base di quanto detto, è possibile ipotizzare come obiettivo di budget per il 2014, relativamente ai day hospital medici con finalità diagnostica e di follow-up, un valore complessivo per il Meyer pari al **45%** (*ovviamente al raggiungimento di tale valore ogni struttura erogante contribuirà secondo le proprie possibilità*).

### **Ricoveri ordinari medici brevi.**

Come mostra il grafico seguente (che illustra l'andamento temporale della proporzione di ricoveri medici brevi di 0-2 giorni sul totale dei ricoveri medici), nel corso degli anni non si è assistito ad un decremento costante del valore dell'indicatore, che tuttavia sembra essersi assestato su valori vicini al 39%, tra l'altro non distanti dallo standard regionale; questo, nel corso del tempo, è rimasto pressoché costante, essendo stato posizionato prima al 30.6%, poi al 31.6% e infine al 31.0%



Dei circa 1.200 ricoveri medici brevi relativi ai dimessi nei primi 8 mesi dell'anno, la maggior parte sono difficilmente "comprimibili" (ricoveri da pronto soccorso, ricoveri risultanti da procedure o interventi non eseguiti e ricoveri post-day surgery o altra osservazione post-procedura): pertanto, i ricoveri su cui si può agire sono solo 700 circa.

Di questi, almeno 300 sono ricoveri ordinari medici brevi di 0-1 giorno effettuati prevalentemente per l'esecuzione di esami di radiodiagnostica e di endoscopia digestiva o per l'effettuazione di procedure ortopediche che potrebbero trovare miglior collocazione in regime diurno.

In questo caso, un realistico obiettivo di budget per il Meyer, per l'anno 2014, può essere rappresentato dal raggiungimento di un valore pari al **33%**, al di sopra del limite regionale del 31% ma comunque accettabile (*anche in questo caso il contributo di ciascuna struttura erogante sarà differente*).

## 2. TETTI DI ATTIVITÀ

La produzione 2014 dell'Ospedale dovrà confrontarsi con i tetti di attività previsti dalla Regione Toscana.

In estrema sintesi, per l'attività di ricovero (ordinaria e diurna) sono previste limitazioni di ricavi (i tetti sono riferiti ai volumi economici) relativamente alla quota di casistica con peso DRG specifico inferiore a 3.0 erogata per i pazienti residenti in Toscana (il riferimento è rappresentato dalla corrispondente attività erogata nel 2010), mentre sono consentiti possibili "sforamenti" relativamente ai ricoveri per pazienti toscani con peso DRG specifico **>3.0** e per tutti i pazienti di fuori Regione.

Una prima simulazione sull'attività 2013 proiettata a fine anno, mostra, relativamente alla **casistica soggetta a tetto** (pazienti residenti in Toscana che hanno effettuato ricoveri, ordinari e diurni, caratterizzati da un peso DRG-specifico <3.0) un posizionamento dell'Ospedale al di sotto del tetto regionale di riferimento.

Tale “disavanzo” ovviamente non può essere colmato da un incremento indiscriminato di questa specifica quota di casistica, in quanto ciò potrebbe comportare un incremento di attività potenzialmente inappropriata.

Un intervento più razionale può essere rappresentato, relativamente ai ricoveri diurni, dalla combinazione tra un incremento dell'attività di day surgery (*cioè dei ricoveri diurni caratterizzati da DRG di tipo chirurgico*) volta a compensare la riduzione dell'attività di day hospital medico (diagnostico e di follow-up).

Tutto ciò può essere tradotto, sulla base di prime stime, in termini di obiettivi per il budget 2014, in valori numerici rappresentati da **2.700** ricoveri diurni caratterizzati da DRG di tipo chirurgico (*per pazienti toscani e non e per tutti i livelli di complessità*) e **14.000** casi circa di day hospital medico (*relativamente ai pazienti toscani e al peso DRG specifico <3.0*).

Per quel che riguarda i ricoveri ordinari, può essere sufficiente un riequilibrio, tra i casi caratterizzati da ricoveri a media complessità e ricoveri a bassa complessità ed a rischio di inappropriata, a favore dei primi.

Relativamente all'**attività fuori tetto** (*ricoveri ordinari e diurni per pazienti toscani >3.0 e ricoveri ordinari e diurni per pazienti residenti in altre Regioni*) è necessario che l'Ospedale continui a perseguire i risultati raggiunti negli ultimi anni. Le prime stime sull'attività 2013 finora svolta proiettata a fine anno, confrontata con l'attività erogata negli anni 2011 e 2012, mostrano come ci siano margini ulteriori di miglioramento che potrebbero portare ad incrementi significativi di tale quota di casistica nell'anno 2014.

In riferimento ai consumi si prevede una riduzione lineare del 3% su tutte le tipologie di consumi ad eccezione dei farmaci, per i quali sono già state messe in atto numerose azioni che si quantifica possano portare ad un ulteriore 1% di riduzione sempre rispetto alle proiezioni 2013 ad agosto.

Per quanto riguarda le risorse umane per l'anno 2014 non potranno esservi incrementi nelle quantità a disposizione; le lunghe assenze saranno sostituite soltanto nei casi di comprovate e indifferibili esigenze, che saranno valutate volta per volta. In ogni caso non potrà essere superato il limite complessivo di spesa sostenuta a livello aziendale nel corso dell'esercizio 2013.

# GESTIONE DEL PROCESSO DI BUDGET

## 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 dipartimentale complessa e per struttura organizzativa dipartimentale semplice, per Dipartimento ad Attività Integrata ed infine complessivo d'Azienda.

La procedura, pertanto, descrive il processo di individuazione e formalizzazione degli obiettivi Aziendali e della loro ripartizione ed assegnazione ai diversi CdR sopra definiti.

## 2 Campo di applicazione.

La presente procedura si applica per la predisposizione del budget annuale d'Azienda (e tutte le sue successive articolazione), nei modi e nei tempi descritti successivamente.

Il budget è uno strumento operativo, configurato come un documento formale, che esprime in termini quali-quantitativi i programmi dell'azienda, le risorse disponibili ed i risultati da perseguire suddivisi per CdR con autonomia organizzativa-gestionale e rilevanza aziendale.

Il budget può quindi essere definito come un documento che raccoglie gli obiettivi da perseguire per CdR e le risorse da impiegare nell'anno allo scopo di:

- ✓ evidenziare le attività-obiettivo e correlarle alle risorse disponibili;
- ✓ indirizzare la gestione fornendo criteri guida a tutti gli appartenenti all'organizzazione aziendale;
- ✓ rendere possibile il miglioramento quali-quantitativo delle performance.

## 3 Terminologia.

CdR: sono le diverse strutture ed i diversi livelli organizzativi per i quali viene definito il budget, nel caso della nostra Azienda il budget viene definito a livello di Dipartimento ad Attività Integrata e a livello di struttura organizzativa dipartimentale complessa e di struttura organizzativa dipartimentale semplice.

I CdR per la formulazione del budget 2014 saranno quelli definiti dal nuovo atto aziendale e ss.mm.ii.

Dipartimento ad Attività Integrata (DAI): rappresenta il CdR di I livello.

Struttura organizzativa dipartimentale complessa (SODC) e struttura organizzativa dipartimentale semplice (SODS): rappresentano i CdR di II livello.

Master budget: è costituito dal consolidamento di tutti i budget operativi ed economici di CdR e trasversali elaborati in Azienda per l'intero esercizio.

## **4 Destinatari.**

Sono destinatari diretti del sistema di budgeting, nei rapporti con l'Azienda e in relazione alle responsabilità loro assegnate, tutte le posizioni riconducibili a:

- ✓ la Direzione Aziendale: Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa;
- ✓ lo Staff di supporto alla Direzione Aziendale: comitato di budget aziendale;
- ✓ i Dipartimenti: Direttore di dipartimento. Questi ultimi all'interno del loro dipartimento dovranno prevedere la formazione di un comitato di dipartimento;
- ✓ le strutture organizzative complesse e semplici dipartimentali: Direttore di struttura e Coordinatore infermieristico e tecnico;
- ✓ le strutture deputate alla gestione trasversale delle risorse: Gestione Risorse Umane, Direzione Infermieristica, Direzione Tecnica Sanitaria, Task Force per l'approvvigionamento, Acquisizione risorse materiali, Ingegneria Clinica, Ufficio tecnico, Tecnologie informatiche, comunque facenti parte del comitato di budget aziendale;
- ✓ l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

Sono destinatari indiretti, nei rapporti con l'Azienda, del sistema di budgeting tutte le posizioni di responsabilità che comportano, nell'ambito delle articolazioni organizzative precedentemente evidenziate, il coordinamento autonomo di risorse umane e strumentali per il perseguimento di specifici obiettivi (pertanto tutte le strutture semplici aziendali). Il processo di formulazione degli obiettivi di budget, in tali casi, è gestito autonomamente in seno alle articolazioni organizzative complesse e semplici dipartimentali interessate.

### **4.1 Responsabilità.**

La Direzione Generale ha la responsabilità finale della approvazione ed emissione della proposta di budget annuale d'Azienda che dovrà trovare traduzione nel bilancio previsionale da sottoporre al Collegio Sindacale ed alla Regione Toscana.

La Direzione Aziendale individua e stabilisce le linee di indirizzo in base alle quali deve essere predisposto il budget nelle sue molteplici articolazioni e conseguentemente redatto il bilancio previsionale aziendale. Queste linee di indirizzo trovano la loro primaria definizione dalla traduzione degli indirizzi strategici in obiettivi di gestione per l'anno di budget.

Il comitato di budget aziendale articola i budget trasversali (Risorse Umane, Approvvigionamenti, Investimenti, Blocco Operatorio, Ambulatori, Ricerca) a livello aziendale e partecipa, per quanto di competenza, alla predisposizione dei budget per CdR. Inoltre, produce tutti i documenti operativo-gestionali propedeutici al raggiungimento degli obiettivi di budget (Piano degli investimenti, programma annuale delle manutenzioni, piano assunzionale, programma attività del blocco operatorio, ecc.).

Il comitato di budget aziendale è composto da:

- ✓ Controllo di Gestione;
- ✓ Sistema Informativo;
- ✓ Direzione Infermieristica;
- ✓ Direzione Tecnica Sanitaria;

- ✓ Referente qualità della documentazione sanitaria e reporting clinico;
- ✓ Bed Manager;
- ✓ Referente qualità ed accreditamento;
- ✓ Responsabile Coordinatore Programma Laboratori;
- ✓ Referente organizzazione del lavoro della dirigenza medica;
- ✓ Governo Risorse Umane (Dotazione risorse);
- ✓ Referente Task Force Approvvigionamenti;
- ✓ Ingegneria Clinica.

L'esperienza degli anni precedenti ha consigliato di ridurre i membri del comitato di budget aziendale, per rendere più snella la sua attività, prevedendo comunque incontri ad hoc con alcuni responsabili di articolazioni aziendali trasversali con i componenti del comitato di budget, in particolare:

- ✓ Responsabile programmazione anestesiologicala e coordinatore sale operatorie parteciperanno alla predisposizione del budget interfacciandosi con il Bed Manager e Controllo di Gestione;
- ✓ Ufficio Tecnico e Tecnologie informatiche si interfaceranno con il Direttore Amministrativo e con il Controllo di Gestione (in qualità di membro del Comitato di Budget Aziendale).
- ✓ Task force approvvigionamenti parteciperanno alla predisposizione del budget interfacciandosi con il Direzione Infermieristica e Controllo di Gestione (in qualità di membri del Comitato di Budget Aziendale);
- ✓ Governo Risorse Umane (Sistema delle performance) si interfacerà con il Governo Risorse Umane (Dotazione risorse);
- ✓ Ogni altra professionalità ritenuta utile per trattare le tematiche inerenti al budget potrà essere coinvolta per la formulazione dei vari documenti di budget.

I componenti del comitato di budget aziendale dovranno in sede di preliminare definizione dei budget trasversali e/o di CdR affrontare ed analizzare particolari tematiche di rilevanza aziendale e dovranno produrre tutto il materiale necessario all'analisi dell'andamento degli obiettivi di budget.

I Direttori di dipartimento, avvalendosi del comitato di dipartimento analizzano gli obiettivi proposti dalla Direzione Aziendale (ed in una prima fase dal comitato di budget aziendale) e, internamente al loro DAI, negoziano con i responsabili di SODC e SODS gli obiettivi di budget assegnati ai singoli CdR facenti parte del dipartimento.

Il Direttore di dipartimento rappresenta il comitato di dipartimento. I Direttori delle strutture complesse e semplici dipartimentali forniscono informazioni previsionali sulle modifiche della domanda sanitaria e sugli sviluppi tecnologici, valutano gli obiettivi aziendali e le schede di budget loro assegnate e propongono eventuali variazioni o obiettivi aggiuntivi/sostitutivi per le proprie strutture.

È compito del Direttore del Dipartimento diffondere e condividere gli obiettivi tra tutto il personale del dipartimento

## **5 Le caratteristiche del sistema di budgeting.**

Il budget costituisce l'espressione articolata dell'apporto che le diverse componenti dell'Azienda forniscono nel raggiungimento delle politiche, delle strategie e dei programmi della Direzione e quindi

può essere definito come un documento che raccoglie gli obiettivi da perseguire e le risorse da impiegare nell'anno<sup>1</sup>.

Il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Direzione richiede un coinvolgimento attivo e partecipe di tutto il personale che, in funzione del proprio grado di partecipazione e capacità di perseguire reali risultati, vede riconosciuto il proprio sforzo mediante l'erogazione di premi salariali previsti dai propri contratti di lavoro.

Pertanto il sistema di budgeting rappresenta il vero anello di congiunzione tra lo svolgimento dell'attività e il monitoraggio della stessa, ed ha le seguenti finalità:

- ✓ governare l'Azienda, poiché definisce obiettivi quantitativi tenendo conto, da un lato, delle esigenze di guidare l'Azienda verso nuove strategie e, dall'altro, dei vincoli e delle opportunità esistenti nella struttura e nel sistema aziendale;
- ✓ favorire un miglioramento costante del coordinamento tra i diversi settori dell'azienda oltre che sviluppare l'integrazione tra il livello strategico ed il livello operativo;
- ✓ fungere da strumento guida e motivazione del personale, fornendo ai responsabili una "mappa" che indichi quali obiettivi raggiungere e con quali e quanti mezzi;
- ✓ orientare i comportamenti dei singoli soggetti coinvolti nel budget e portatori di interessi con obiettivi di carattere particolare, verso il perseguimento degli obiettivi generali di Azienda;
- ✓ favorire la comunicazione e la trasparenza in quanto per la sua stessa costruzione devono essere esplicitate le finalità strategiche e gli obiettivi aziendali che, pertanto, divengono patrimonio aziendale diffuso all'interno dell'organizzazione aziendale, rendendo chiaro e trasparente il processo decisionario;
- ✓ aumentare la responsabilizzazione in quanto gli obiettivi di budget sono negoziati ed assegnati ad un determinato soggetto avente responsabilità organizzative e gestionali all'interno dell'organizzazione sanitaria. Il titolare di responsabilità è in possesso di potere decisionale e di leve economiche tali da incidere sull'organizzazione e sul risultato finale di attività;
- ✓ evidenziare rapidamente i necessari cambiamenti organizzativi tesi al miglioramento complessivo dei risultati aziendali, in quanto gli obiettivi di budget costituendo traguardi dell'organizzazione dell'Azienda sanitaria, spesso comportano interventi di ristrutturazione nell'organizzazione.
- ✓ permettere il controllo delle performance nella logica del miglioramento continuo.

In questa ottica le capacità negoziali dipendono in modo rilevante dalle informazioni disponibili e dalla capacità gestionali di tradurre in azione gli obiettivi, oltre che dalle competenze individuali, e rappresentano il prodotto di una cultura che sappia comprendere non solo i problemi propri di ciascuna unità organizzativa, ma anche i problemi complessivi e trasversali di funzionamento di tutta l'organizzazione.

Un momento rilevante per lo sviluppo di questa cultura è rappresentato dalla negoziazione e dal suo contributo nel rendere effettivo il processo di responsabilizzazione, implicito nel budget, attraverso l'opportunità di definire congiuntamente i risultati attesi e le risorse necessarie.

Lo sforzo di esplicitare i livelli di efficienza e di qualità programmati, così da evidenziare le linee guida di azione del professionista da un lato e della direzione dall'altro, è una delle caratteristiche fondamentali del processo di crescita dell'Azienda.

Infatti è in questa fase che le necessità clinico-assistenziali del professionista, e la necessità, propria della Direzione Aziendale, dell'equilibrio economico-finanziario salvaguardando allo stesso tempo la qualità complessiva delle prestazioni erogate, sono chiamate a trovare un punto di incontro.

---

<sup>1</sup> La L.R. n. 40 del 24 febbraio 2005 all'articolo 126 co. 1. afferma che «Le aziende sanitarie adottano il sistema budgetario come metodologia per la formazione del loro piano attuativo e come strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative di realizzazione del piano».

Proprio il processo negoziale riveste perciò un fondamentale ruolo di sviluppo nella definizione dei piani di azione concordati ed è in questa ottica che il budget rappresenta un essenziale strumento operativo che consente di migliorare il coordinamento evidenziando le necessità proprie di ciascun centro di responsabilità in relazione a tutti gli altri e all'azienda nel suo complesso.

Le tipologie di budget che verranno prodotte sono:

- ✓ Operativo di CdR: rappresenta l'espressione quantitativa dei programmi e delle azioni che l'azienda intende intraprendere attraverso le varie strutture responsabili che la compongono (i CdR appunto). Rappresenta lo strumento che consente di quantificare gli obiettivi assegnati ai diversi responsabili.
- ✓ Economico di CdR: traduce in termini economici (costi e ricavi) gli obiettivi assegnati ai diversi CdR e rappresentati nel budget operativo. Dalla loro definizione e dal loro consolidamento, unitamente ai budget trasversali, deriva il contenuto del budget economico aziendale.
- ✓ Trasversali: rappresentano, sia in termini quantitativi sia in termini economici, i programmi e le azioni che l'Azienda intende realizzare nei vari CdR su determinate fattispecie gestionali come nel caso del budget del Blocco Operatorio, degli Ambulatori, dei Laboratori e della Ricerca, oppure su specifici fattori produttivi come nel caso del budget trasversale delle Risorse Umane, degli Approvvigionamenti e degli Investimenti.

## 6 Le fasi del processo di budgeting.

Le fasi logico-operative che sono state definite all'interno del processo di budgeting dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer con la relativa successione temporale sono rappresentate nella seguente schematizzazione.

		Settembre X-1		Ottobre X-1		
Azienda	Direttore DAI Comitato DAI					Analisi schede budget e definizione controposte
	Comitato di Budget	Reperimento di tutte le informazioni per la predisposizione dei budget trasversali e dei documenti operativi gestionali, anche attraverso incontri specifici con i coordinatori infermieristici e tecnici e con tutti i soggetti interessati e coinvolti nella negoziazione di budget		Formulazione Budget trasversali: personale, investimenti, consumi, blocco chirurgico, laboratori ambulatoriale, ricerca		Partecipazione costante alla risoluzione delle problematiche legate alla formulazione delle ipotesi di budget
	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 DAI Comitato DAI	Negoziazione con Direzione Aziendale		Comunicazione a tutto il personale del dipartimento dei risultati derivanti dalla negoziazione e firma delle schede di Budget di I e di II livello		
	Comitato di Budget	Analisi fattibilità e coerenza delle controposte		Validazione del master budget, del budget specifici di CdR, dei budget trasversali e dei documenti operativi gestionali		
	Controllo Gestione - S.I.	Raccolta delle controposte articolate nelle schede di budget specifici di CdR		Revisione definitiva delle schede alla luce della negoziazione ed invio ai DAI per la firma		
	Direzione	Revisione delle schede di budget alla luce delle controposte accolte		Negoziazione del budget con i Direttori DAI e comitato dipartimentale		
		Gennaio X				
Azienda	Direttore DAI Comitato DAI	Monitoraggio andamento budget				
	Comitato di Budget	Monitoraggio andamento budget				
	Controllo Gestione - S.I.	Monitoraggio andamento budget				
	Direzione	Monitoraggio andamento budget				

### 6.1 Definizione linee di indirizzo generali per la formulazione del budget annuale

Rappresenta il vero input all'intero processo di budgeting, viene svolto dalla Direzione Aziendale e consiste nella definizione delle linee di indirizzo per la formulazione del budget.

Le linee di indirizzo vengono formulate attraverso quattro rilevanti passaggi:

1. analisi delle strategie regionali e valutazione degli impatti sulla definizione delle linee strategiche aziendali;
2. traduzione delle strategie aziendali in obiettivi di gestione per l'anno di budget;
3. valutazione delle previsioni sulla domanda sanitaria e sulla stima delle prestazioni da erogare anche in considerazione degli sviluppi organizzativi a tendere;

#### 4. verifica delle compatibilità sulle risorse disponibili.

Nei primi due passaggi l'obiettivo è quello di recepire pienamente le indicazioni strategiche regionali nei piani strategici aziendali e trovare una loro concreta scomposizione in obiettivi operativo-gestionali da attuare nell'anno di riferimento del budget.

Nel terzo passaggio l'impegno è orientato all'analisi ed alla comprensione delle caratteristiche del potenziale bacino di utenza oltre che all'andamento della domanda di prestazioni sanitarie per correlarli agli obiettivi complessivi aziendali che si vogliono perseguire, sempre in coerenza con quanto definito nelle strategie sia a livello aziendale che regionale, ma anche con gli sviluppi organizzativi che l'Azienda intende mettere in atto nel periodo di riferimento del budget.

Sulla base della valutazione della domanda sanitaria e considerando i miglioramenti realizzabili dai recuperi di efficienza e dai miglioramenti sulla qualità delle prestazioni vengono formulate le previsioni relative ai volumi di attività da erogare ed alla quantità di fattori produttivi (risorse) da utilizzare ad ogni livello di articolazione organizzativa del budget.

L'analisi economico-finanziaria che ne consegue consente di capire la compatibilità dei risultati attesi rispetto alle risorse necessarie per la loro realizzazione e di comprendere anche gli ulteriori eventuali spazi di manovra economici e finanziari su cui potere o dovere intervenire, nonché degli ambiti di responsabilizzazione richiesti alle varie unità organizzative oggetto di articolazione di budget.

Questo momento, alimentato da informazioni strutturate e destrutturate, ricerca le indicazioni in grado di produrre linee di intervento concrete sulle quali inserire soluzioni organizzativo-gestionali praticabili e definisce i riflessi delle scelte contenute nel budget sull'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda.

### **6.2 Predisposizione CE III Trimestre anno in corso**

Il Controllo di Gestione presenta alla Direzione Aziendale il Conto Economico (CE) Aziendale riferito al III trimestre dell'esercizio in corso oltre alla definizione dalla proiezione annuale di tutti i costi ed i proventi aziendali nonché del risultato economico d'esercizio. Questi elementi costituiranno la base di partenza per la predisposizione del budget economico dell'anno di riferimento.

### **6.3 Reperimento dati per budget trasversali**

Consiste nel reperimento da parte dei componenti del comitato di budget aziendale di tutte le informazioni necessarie alla predisposizione dei budget trasversali (Budget delle Risorse Umane, Budget degli Investimenti, Budget degli Approvvigionamenti, Budget del Blocco Operatorio, Budget degli Ambulatori, Budget dei Laboratori e Budget della Ricerca) e di tutti i documenti operativi che poi dovranno guidare la gestione operativa delle varie attività (es. programmazione attività chirurgica del blocco, piano assunzionale, piano delle manutenzioni, ecc.).

Per poter rendere il più agevole e completo possibile questo lavoro i vari componenti dovranno dotarsi di tutti gli strumenti ritenuti di volta in volta utili per l'elaborazione dei documenti suddetti, in particolare si propone di effettuare specifici incontri in particolare con i coordinatori tecnici ed infermieristici, oltre che con tutti i soggetti interessati per essere completamente informati dei punti di forza e di debolezza presenti nella nostra Azienda per i vari fattori produttivi e/o per le attività oggetto dei budget trasversali.

#### ***6.4 Reportistica di base per la costruzione delle schede di budget***

Consiste nella preparazione da parte del Controllo di Gestione e del Sistema Informativo di tutta la reportistica contenente sia dati quantitativi sia economici rappresentativi dell'attività svolta dall'Azienda nei primi nove mesi dell'anno in corso. Questa reportistica dovrà contenere, sempre sia in termini quantitativi sia in termini economici, anche la proiezione dei dati a fine anno.

#### ***6.5 Formulazione budget trasversali***

Avviene ad opera del comitato di budget aziendale e consiste nella formulazione dei budget trasversali alla luce del recepimento delle linee di indirizzo definite dalla Direzione Aziendale.

I budget trasversali che la nostra Azienda ad oggi ha individuato, sono:

- ✓ Budget delle Risorse Umane;
- ✓ Budget degli Investimenti;
- ✓ Budget degli Approvvigionamenti;
- ✓ Budget del Blocco Operatorio;
- ✓ Budget dei Laboratori;
- ✓ Budget degli Ambulatori;
- ✓ Budget della Ricerca.

Il Budget delle Risorse Umane consente l'analisi trasversale a tutti i CdR, e quindi complessiva aziendale, sia in termini quantitativi sia in termini economici, di tutti i fattori produttivi legati alla gestione della risorsa "personale".

Per quanto concerne il Budget delle Risorse Umane costituiranno elemento imprescindibile la determinazione della dotazione organica ad ogni livello di articolazione del budget (sia in termini di FTE - Full Time Equivalent, sia in termini assoluti), il piano delle assunzioni e cessazioni nell'anno in corso e l'ipotesi concordata con la Direzione Aziendale del piano assunzionale per l'anno di riferimento del budget.

La definizione di questo budget trasversale deve considerare congiuntamente anche le professionalità disponibili grazie a formule contrattuali alternative: consulenze, personale universitario, lavoro interinale e contratti libero professionali. Oltre a questo dovrà essere analizzata e confrontata anche la dotazione organica richiesta dai vari responsabili di struttura.

Per tutti questi elementi si dovrà arrivare alla definizione dei loro riflessi economici sull'anno di budget.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

Per quanto invece concerne il Budget degli Investimenti, l'intera sua determinazione è strettamente connessa con la definizione del piano degli investimenti che a sua volta costituisce parte integrante del budget aziendale e deve definire, per i beni che possono essere posti in dotazione alle singole unità organizzative (attrezzature sanitarie, mobili e arredi, attrezzature informatiche, fabbricati ed impianti, automezzi, altri beni), il programma di dismissioni, sostituzioni e nuove acquisizioni.

Il piano degli investimenti deve contenere tutte le movimentazioni inerenti i beni che costituiscono dotazione patrimoniale dell'azienda.

La negoziazione del piano degli investimenti relativo alle singole unità organizzative deve essere supportata (almeno per il parco tecnologico ovvero per attrezzature sanitarie e sistemi informatici) da un inventario dei beni in dotazione con esplicitazione del periodo di ammortamento.

Il piano degli investimenti deve considerare anche gli interventi di manutenzione che si configurano come straordinari.

Necessariamente, nella definizione del piano degli investimenti deve essere considerata la fonte di finanziamento del singolo intervento, se non altro per tener conto dell'effetto economico dovuto alla sterilizzazione degli ammortamenti.

Il Budget degli Investimenti deve contenere tutte le attività legate all'investimento, con la relativa incidenza economica sull'anno di budget, pertanto dovrà essere definito, oltre alle manutenzioni straordinarie previste nel piano degli investimenti, il programma dettagliato delle manutenzioni ordinarie programmabili e prevedibili preventivamente e la quantificazione di massima dell'attività e dei costi inerenti le manutenzioni ordinarie eseguite in "economia" o "una tantum".

Infine, il Budget degli Investimenti deve contenere anche una apposita sezione rappresentativa del godimento di beni di terzi (noleggio, leasing, ecc.) con la quantificazione del relativo impatto economico.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

Il Budget degli Approvvigionamenti analizza trasversalmente a tutti i CdR la movimentazione dei fattori produttivi rappresentativi del consumo di beni sanitari, economici e di beni per le manutenzioni. Nella definizione di questo budget si dovrà tenere preliminarmente conto della consistenza di questi fattori produttivi sia nei vari reparti di degenza, sia nei diversi altri luoghi di stoccaggio (es. Laboratori, Radiodiagnostica, Farmacia, ecc.).

Nell'ambito della costruzione di questo budget è opportuno utilizzare la stessa distinzione fra i vari beni tipica della contabilità analitica (gruppo merceologico e fattore produttivo) per consentire una agevole verifica infrannuale degli obiettivi definiti.

Infine, dovranno essere evidenziati separatamente i consumi per cui siano previste forme particolare di rimborso (es. farmaci FED, fatturazione ad altre aziende, ecc.).

L'analisi e la definizione di questo documento terrà conto in modo particolare di tutto il lavoro sviluppato dal 2010 ad oggi dalla Task Force Approvvigionamenti (TFA) e cercherà di contenere tutte le manovre di razionalizzazione dei consumi sia per i beni sanitari sia per i beni economici.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

Il Budget del Blocco operatorio si differenzia dai precedenti perché non analizza il consumo trasversale di uno o più fattori produttivi, ma definisce l'attività di una struttura che svolge una attività trasversale e che condiziona i risultati di molteplici CdR.

Il budget del Blocco Operatorio ha per oggetto la definizione di obiettivi inerenti l'attività complessiva del blocco operatorio e la relativa valorizzazione economica tenendo in considerazione, oltre alle indicazioni fornite dalla Direzione Aziendale nelle linee guida, anche delle liste d'attesa predisposte per le varie specialità.

Nella definizione di questo budget devono essere indicati anche i fattori produttivi necessari allo svolgimento di detta attività.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

Il Budget dei Laboratori definisce l'attività che vengono effettuate all'interno delle strutture appositamente dedicate dove viene realizzata una attività trasversale che condiziona i risultati di molteplici CdR.

Il budget degli Laboratori ha per oggetto la definizione di obiettivi inerenti l'attività complessiva degli stessi e la relativa valorizzazione economica tenendo in considerazione, oltre alle indicazioni fornite dalla Direzione Aziendale nelle linee guida, anche delle liste d'attesa e/o i tempi necessari all'esecuzione della prestazione.

Nella definizione di questo budget devono essere indicati anche i fattori produttivi necessari allo svolgimento di detta attività.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

Il Budget degli ambulatori definisce l'attività che vengono effettuate all'interno delle strutture appositamente dedicate dove viene realizzata una attività trasversale che condiziona i risultati di molteplici CdR.

Il budget degli ambulatori ha per oggetto la definizione di obiettivi inerenti l'attività complessiva degli stessi e la relativa valorizzazione economica tenendo in considerazione, oltre alle indicazioni fornite dalla Direzione Aziendale nelle linee guida, anche delle liste d'attesa delle varie specialità.

Nella definizione di questo budget devono essere indicati anche i fattori produttivi necessari allo svolgimento di detta attività.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

Il Budget della ricerca ha per oggetto la definizione di tutte le iniziative che possono essere ricondotte a questa attività pur essendo realizzate all'interno di specifici CdR.

Il comitato di budget aziendale deve definire una serie indicatori tesi al monitoraggio quali-quantativo degli obiettivi definiti in questo budget trasversale.

## ***6.6 Formulazione ipotesi di budget per i singoli CdR e consolidamento dei dati***

Questa attività viene svolta dal Controllo di Gestione, con la collaborazione costante del comitato di budget aziendale nella sua interezza, e si traduce nella predisposizione delle schede di budget per CdR. Per ciascun CdR sono definiti specifici obiettivi ed individuati appositi indicatori per monitorarne l'andamento quali-quantativo.

Durante la definizione delle ipotesi di budget per i singoli CdR deve essere costantemente analizzato l'equilibrio economico-finanziario del CdR e quello complessivo aziendale.

Il Controllo di Gestione, predisposte tutte le schede di budget per i singoli CdR, le presenta al comitato di budget aziendale per una analisi di fattibilità tecnica e di coerenza con quanto definito nei budget trasversali e successivamente alla Direzione Aziendale per l'analisi complessiva e per la valutazione della coerenza gestionale tenendo conto della necessità di perseguire l'equilibrio economico-finanziario.

## ***6.7 Invio delle schede di budget***

Questa fase consiste nell'invio da parte del Controllo di Gestione ai singoli Direttori di dipartimento e ai Responsabili delle strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse delle schede di budget per CdR.

Le schede di budget conterranno la proposta formulata dal comitato di budget aziendale sia per gli obiettivi a livello dipartimentale (CdR di I livello), che costituiranno oggetto di negoziazione fra la Direzione Aziendale e i Direttori di dipartimento; sia la proposta per gli obiettivi riconducibili alle strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse (CdR di II livello) che costituiranno oggetto di negoziazione fra i Direttori di dipartimento e i responsabili delle strutture stesse.

### ***6.8 Condivisione dei risultati della negoziazione in seno al dipartimento***

Ciascun Direttore di Dipartimento insieme al proprio comitato di dipartimento convoca un incontro dipartimentale per condividere i risultati e le considerazioni derivanti dalla negoziazione di budget. In questa sede si possono formulare eventuali controproposte da inviare alla Direzione Aziendale ed al Controllo di Gestione per l'analisi dell'opportuna fattibilità, nonché formulare una diversa scomposizione/definizione degli obiettivi fra Direttore di Dipartimento e responsabili di struttura organizzativa dipartimentale semplice e complessa. La convocazione di questo incontro deve risultare da apposito verbale da inviare alla Direzione Aziendale.

### ***6.9 Raccolta delle controproposte***

Questa fase prevede la raccolta da parte del Controllo di Gestione delle controproposte formulate da parte dei Direttori di Dipartimento coadiuvati dal comitato di dipartimento secondo il format definito nelle varie articolazioni delle schede di budget, attraverso la compilazione del campo "Proposta CdR". Questa fase deve essere preceduta da un attento processo di analisi inerente la verifica della fattibilità di tali obiettivi all'interno del dipartimento. Naturalmente la scheda di budget dipartimentale non è altro che il consolidamento delle schede di budget definite per strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse afferenti il dipartimento stesso, pertanto partendo dalla analisi e negoziazione, in seno al dipartimento, di queste ultime, fermo restando la piena autonomia gestionale lasciata al Direttore di dipartimento di poter diversamente articolare l'attività fra tali strutture complesse e semplici, si potrà arrivare alla definizione della scheda di budget dipartimentale.

L'articolazione del budget per singola struttura sviluppa gli orientamenti per una corretta ed equilibrata suddivisione delle risorse che a fronte degli obiettivi individuati risulti coerente con l'equilibrio economico-finanziario sia della singola struttura complessa e semplice, sia di dipartimento, anche in considerazione degli impegni assunti dall'Azienda con gli organismi di indirizzo e programmazione.

### ***6.10 Analisi di coerenza delle controproposte***

Viene realizzata ad opera del comitato di budget aziendale e consiste nell'analisi della coerenza delle proposte fatte dai Direttori di dipartimento e dai comitati dipartimentali anche in considerazione dei budget trasversali che sono stati definiti.

### ***6.11 Revisione da parte della Direzione Aziendale delle schede di I livello ed invio delle schede per la negoziazione***

La Direzione Aziendale valida le schede di budget di I livello eventualmente rielaborate alla luce delle controproposte accolte. Dopo la validazione il Controllo di Gestione procede al confezionamento definitivo ed all'invio ai Direttori di DAI delle schede di budget di I livello ed ai Responsabili delle strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse delle schede di budget di II livello per la successiva negoziazione.

### ***6.12 Negoziazione del budget fra Direzione Aziendale, Direttori DAI e Responsabili delle strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse***

La Direzione Aziendale, affiancata da Controllo di Gestione, Direzione Infermieristica, Direzione Tecnica Sanitaria e ogni altra figura ritenuta necessaria, incontra il Direttore di Dipartimento ed i Responsabili delle strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse, 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 ed ai Responsabili delle strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse per la firma.

### ***6.14 Condivisione dei risultati della negoziazione in seno al dipartimento***

Ciascun Direttore di Dipartimento insieme al proprio comitato di dipartimento convoca un incontro dipartimentale per condividere i risultati e le considerazioni derivanti dalla negoziazione di budget riassunti nelle schede ricevute. I Direttori di Dipartimento ed i Responsabili delle strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse forniscono alla Direzione Aziendale il verbale di detto incontro corredato dalla schede firmate dai Responsabili di CdR di I (DAI) e di II livello (S.O.D.S e S.O.D.C.).

### ***6.15 Consolidamento dei Budget dipartimentali e redazione master budget aziendale.***

Il Controllo di Gestione effettua il consolidamento dei budget dipartimentali e predispone il master budget aziendale. Il comitato di budget aziendale valida il master budget, i budget di CdR di I e II livello, i budget trasversali e dei documenti operativo-gestionali necessari a dare concreta applicazione agli obiettivi di budget.

### ***6.16 Predisposizione, approvazione ed invio del bilancio di previsione***

La Direzione Aziendale, supportata dal consolidamento delle schede di budget effettuato dal Controllo di Gestione e avvalendosi del Servizio Risorse Economico Finanziarie, procede alla predisposizione del bilancio di previsione per l'anno di budget <sup>2</sup>.

### ***6.17 Inizio operatività ed attuazione del budget 2014***

Il budget definito a seguito del processo negoziale dovrà trovare piena operatività ed attuazione a partire dal 1° gennaio dell'anno di riferimento.

### ***6.18 Monitoraggio costante degli obiettivi di budget***

L'ultima fase del processo consiste nel monitoraggio degli obiettivi di budget, che vedrà coinvolti la Direzione Aziendale, i Direttori di dipartimento coadiuvati dal comitato dipartimentale e dal comitato di budget aziendale.

In particolare, per favorire il perseguimento degli obiettivi di budget l'Azienda pone in essere gli opportuni meccanismi operativi del controllo e della valutazione.

A tale scopo il Controllo di Gestione ed il Sistema informativo effettueranno il monitoraggio mensile sull'andamento del grado di raggiungimento degli obiettivi, al fine di fornire report informativi alla Direzione Aziendale, al comitato di budget aziendale oltre che, naturalmente ai Direttori di dipartimento e ai Responsabili di struttura organizzativa dipartimentale semplice e complessa su eventuali scostamenti rispetto al budget negoziato.

Attraverso la lettura e l'analisi comparativa, la Direzione Aziendale ed il comitato di budget aziendale potranno attuare azioni correttive in collaborazione con il Direttore di dipartimento ed il Responsabile della struttura interessato. Tutti i direttori titolari di budget effettuano, indipendentemente dall'attivazione di altri organismi, riunioni con la propria équipe, a cadenza mensile, per permettere l'attivazione di azioni correttive per i mesi rimasti, nello sforzo di raggiungere o correggere o modificare gli obiettivi programmati.

A sua volta il comitato di budget aziendale è a disposizione sia dei Direttori di dipartimento sia dei Responsabili delle strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse 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, 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:

---

<sup>2</sup> 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.»

- ✓ su iniziativa della Direzione Aziendale;
- ✓ su iniziativa del comitato di budget aziendale;
- ✓ su iniziativa dei singoli Direttori di dipartimento.

Tale modificazione non può essere richiesta nell'ultimo trimestre dell'anno da parte dei singoli CdR.

## 7 Struttura della scheda di budget.

La scheda di budget è composta da sei parti:

1. *Area Attività* – articolate in attività di ricovero ordinario, di Day Hospital e di prestazioni ambulatoriali sia in termini di volumi che di valore.
2. *Area Qualità* – contenente indicatori relativi alla appropriatezza dei ricoveri ordinari, all'accreditamento istituzionale ed al sistema qualità aziendale, e ad ogni altro indicatore teso al miglioramento della qualità delle prestazioni;
3. *Area Ricerca* – contenente indicatori relativi allo sviluppo ed al monitoraggio dell'attività di ricerca;
4. *Area Consumi* – contenente il valore complessivo dei consumi per beni sanitari ed economici con il dettaglio specifico dei consumi per farmaci, dei presidi medico chirurgici, dei dispositivi uso diagnostico, del materiale protesico, dei prodotti dietetici e del materiale economico;
5. *Area Risorse Umane* – contenente il numero di risorse umane (distinte per tipologia contrattuale e qualifica) presenti nei singoli periodi rilevati nella scheda di budget;
6. *Impegni dell'Azienda* – nel quale verranno esplicitati gli impegni dell'Azienda nei confronti dello specifico CdR in merito soprattutto alle risorse umane e tecnologiche per consentire il raggiungimento dei sopra definiti obiettivi di budget.

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:

- ✓ Conto Economico del CdR (I e II livello);
- ✓ Elenco del personale assegnato ai singoli centri di costo afferenti il CdR (I e II livello);
- ✓ Dotazioni strumentali a disposizione del CdR.

La scheda di budget è riportata nell'allegato n.2.

## **8 Verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi**

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

1. elaborare e normalizzare i dati di consuntivo dell'anno di riferimento sintetizzandoli nei report per Dipartimento e Strutture organizzative dipartimentali semplici e complesse, 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 sia a livello di Struttura organizzativa dipartimentale semplice e complessa.

Tali schede vengono trasmesse ai Responsabili di struttura organizzativa dipartimentale semplice e complessa (e per conoscenza al Direttore di Dipartimento 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.

Al Direttore di Dipartimento viene inviata la scheda di valutazione relativa al Dipartimento da lui diretto.

Il Direttore di dipartimento 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 e Struttura organizzativa dipartimentale semplice o complessa, 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.

L'anno 2014 sarà il primo anno di sperimentazione circa l'assegnazione di obiettivi individuali e la loro valutazione secondo quanto riportato nella sopra citata D.G.R.T. n. 308 del 29/04/13.

## **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.

## **11 Allegati**

Allegato n. 1 Linee di indirizzo generali 2013;  
Allegato n. 2 Scheda di Budget;  
Allegato n. 3 Calendario processo di Budget.



# LINEE DI INDIRIZZO GENERALI

## A) Il contesto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. La Direzione amministrativa provvederà alla riduzione del 3% dei costi aziendali nel 2012 per utenze e manutenzioni ordinarie e altri costi di gestione rispetto al consuntivo 2011 (anche se le strutture del dipartimento amministrativo non sono direttamente responsabili della generazione dei costi di cui si tratta, detto obiettivo è finalizzato ad incentivare l'individuazione di innovazioni organizzative, di nuove metodiche gestionali nonché di meccanismi di monitoraggio idonei ad agevolare il raggiungimento di detto obiettivo);

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

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

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

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

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

*Nota: (10% dei dimessi del periodo)*

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

DIPARTIMENTI	TUTOR: cartelle correttamente compilate	PIANO CURA: cartelle correttamente compilate	Totale cartelle esaminate	% ADERENZA TUTOR	% ADERENZA PIANO DI CURA
PEDIATRIA	17	17	25	68,0	68,0
ONCOEMATO	5	5	11	45,5	45,5
FETONEONATALE	10	8	18	55,6	44,4
AREA CRITICA	2	1	11	18,2	9,1
CHIRURGIA	3	1	14	21,4	7,1
NEUROSENSORIALE	2	1	17	11,8	5,9
	<b>39</b>	<b>33</b>	<b>96</b>	<b>40,6</b>	<b>34,4</b>

*Le tabelle sopra illustrate non hanno bisogno di particolari commenti: l'unico dato che emerge riguarda le differenze, in termini di aderenza alla procedura del medico tutor, tra cartelle aperte e cartelle chiuse, che può far pensare ad una non corretta tempistica nella segnalazione del tutor all'interno della cartella clinica.*

Meritano invece di essere commentati i dati relativi alle due tabelle seguenti, che illustrano i risultati di appropriatezza organizzativa dell'ospedale raggiunti nel I semestre dell'anno.

**TABELLA 3. MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA DRG MEDICI (Decreto Regione Toscana 5056/2011) - I SEMESTRE 2012**

DRG medici	Descrizione DRG	Percentuale/soglia minima da erogare in DH 2011	Casi in RO	Casi in DH	Casi Totali	% Erogati in DH
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	41,65%	4	37	41	90,2
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età >17 anni	64,93%	0	1	1	100,0
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	38,32%	1	6	7	85,7
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18 anni (eccetto urgenze)	50,96%	21	322	343	93,9
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	58,71%	8	193	201	96,0
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	58,42%	14	228	242	94,2
243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	19,97%	3	12	15	80,0
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	35,47%	6	14	20	70,0
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	25,98%	29	564	593	95,1
284	Malattie minori della pelle senza CC	73,94%	12	280	292	95,9
294	Diabete, età >35 anni (eccetto urgenze)	41,76%	-	-	-	-
295	Diabete, età <36 anni	86,12%	20	506	526	96,2
301	Malattie endocrine senza CC	82,37%	12	636	648	98,1
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	66,53%	1	1	2	50,0
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età >17 anni senza CC	45,62%	0	12	12	100,0
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	51,85%	2	61	63	96,8
395	Anomalie dei globuli rossi, età >17 anni (eccetto urgenze)	33,54%	0	60	60	100,0
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	75,73%	1	63	64	98,4
429	Disturbi organici e ritardo mentale	40,23%	95	275	370	74,3
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	54,22%	79	614	693	88,6

La tabella 3 illustra i risultati relativi al monitoraggio dei DRG medici ritenuti ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario individuati dal Decreto regionale n. 5056 del 2011. Come si può notare, per tutti i DRG considerati (ad eccezione di uno solo, ma la casistica è assolutamente non significativa) il livello di appropriatezza è elevato e supera sempre abbondantemente le soglie fissate dalla Regione. Complessivamente, su questi DRG il valore di appropriatezza complessivo dell'Ospedale è pari al 92,7%.

Diversa, invece è la situazione che riguarda i DRG chirurgici del Patto Salute ad elevato rischio di inappropriata. La tabella 4 mostra le percentuali di appropriatezza raggiunte da questi DRG nel I semestre (sono considerati i soli DRG con casistica significativa, cioè  $\geq 10$  casi trattati complessivamente nei regimi ordinario e diurno, e riferiti a pazienti residenti in Area Vasta Centro, quindi più facilmente eleggibili per la Day Surgery).

**TABELLA 4. MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA DRG CHIRURGICI (Patto Salute 2010-2012) - I SEMESTRE 2012**

DRG	Descrizione	Casi Ordinari	Casi di Day	Casi Totali	% Appr
-----	-------------	---------------	-------------	-------------	--------

		Surgery			
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni (solo adeno)	10	78	88	88,6
343	Circoncisione, età < 18 anni	14	87	101	86,1
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	20	84	104	80,8
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	13	41	54	75,9
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	11	31	42	73,8
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	5	14	19	73,7
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	38	66	104	63,5
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	76	130	206	63,1
169	Interventi sulla bocca senza CC	31	46	77	59,7
62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	11	13	24	54,2
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	13	14	27	51,9
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	9	1	10	10,0
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	39	4	43	9,3
		<b>290</b>	<b>609</b>	<b>899</b>	<b>67,7</b>

*Come si può notare, al di là dei progressi fatti registrare rispetto allo scorso anno dei DRG 60 e 343, permangono ancora criticità specialmente riguardo ai DRG 163, 340, 169 e 229.*

### **C) Gli obiettivi per l'anno 2013.**

In riferimento all'area attività per l'anno 2013 si prevede un contenuto aumento della casistica di ricovero ordinario rispetto alle proiezioni annuali a settembre 2012, accompagnata da un sostanziale incremento della complessità di tutta la casistica trattata, sia medica che chirurgica.

Per quanto attiene la casistica chirurgica, sia ordinaria sia di day surgery abbiamo previsto un deciso incremento della casistica a seguito dei primi risultati del gruppo di lavoro appositamente creato.

Si richiama l'attenzione sulla riduzione della degenza media e sulle necessità di sfruttare al meglio la risorsa posto letto, ponendo particolare attenzione al tasso di utilizzo ed al turnover.

In riferimento ai consumi si prevede una riduzione lineare del 5% su tutte le tipologie di consumi ad eccezione dei farmaci, per i quali sono già state messe in atto numerose azioni che si quantifica possano portare ad un ulteriore 2% di riduzione sempre rispetto alle proiezioni 2012 a settembre.

Per quanto riguarda le risorse umane per l'anno 2013 non potranno esservi incrementi nelle quantità a disposizione; le lunghe assenze saranno sostituite soltanto nei casi di comprovate e indifferibili esigenze, che saranno valutate volta per volta, con limite di riferimento complessivo la spesa sostenuta a livello Aziendale nel corso dell'esercizio precedente.

La negoziazione del budget rappresenta l'unico momento in cui possono essere fatte le richieste di acquisizione di apparecchiature medicali. Nel caso i Direttori di Dipartimento ritengano necessario segnalare l'acquisizione di una nuova apparecchiatura, ovvero la sostituzione di apparecchiature già in uso, sono invitati a produrre un elenco in ordine di priorità tra le richieste loro pervenute dalle singole strutture afferenti al proprio dipartimento oltre ad allegare eventuali informazioni di dettaglio (es. schede tecniche, brochure, stima costi, ecc.). L'elaborazione del piano acquisti sarà fortemente incentrata sulle risorse provenienti dalle attività di fund raising.



DAI	Tipologia Obiettivi	Indicatore	Consolidato 2012	Preconsolidato 2013	Proposta Comitato Budget Aziendale	Proposta CdR	Budget Concordato	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Note
	Area Ricerca									Peso complessivo
		Giovani Ricercatori								
		Anagrafe ricerca								
		Impact Factor								
		Eventuali indicatori proposti dal Direttore di dipartimento:								

**Totale**

	Area Consumi									Peso complessivo
		Consumi farmaci								
		Consumi presidi medico chirurgici								
		Consumi dispositivi uso diagnostico								
		Consumo materiale protesico								
		Consumo prodotti dietetici								
		Consumo materiale economale								
		Eventuali indicatori proposti dal Direttore di dipartimento:								

**Totale**

	Area Risorse Umane									
		N. Dirigenti Medici								
		N. Dirigenti non Medici								
		N. Infermieri								
		N. Dirigenti Tecnico sanitario								
		N. Tecnici sanitari								
		N. Operatori socio sanitari								
		N. Tecnici sanitari								
		N. Dirigenti Amministrativi amministrativi								
		N. Amministrativi								
		N. Contrattisti sanitari								
		N. Contrattisti non sanitari								
		N. Interinali sanitari								
		N. Interinali non sanitari								

Impegni dell'Azienda										

Firmato La Direzione Aziendale

Firmato Il Direttore del DAI

**CALENDARIO PROCESSO DI BUDGET 2014**

- 25/09/13: Presentazione da parte della Direzione Aziendale ai Direttori di Dipartimento delle fasi del processo di budget anno 2014, del nuovo piano dei centri di costo e delle altre novità relative agli obiettivi di budget 2014;
- 26/09/13: Presentazione da parte del Controllo di Gestione al Comitato di Budget Aziendale delle fasi processo di budget anno 2014;
- 02/10/13: Diffusione da parte della Direzione Aziendale delle linee guida strategiche per il budget annuale 2014;
- 25/09/13 al 15/10/13 Reperimento da parte del Comitato di Budget aziendale di tutte le informazioni necessarie alla predisposizione dei budget trasversali e dei documenti operativo-gestionali, anche attraverso incontri specifici con i coordinatori infermieristici e tecnici e con tutti i soggetti interessati e coinvolti nella negoziazione di budget. Predisposizione delle prime elaborazione dei budget trasversali d'azienda (consumi, investimenti, acquisizione risorse umane, blocco operatorio, ambulatoriale, laboratori, ricerca);
- 15/10/13: Predisposizione da parte del Controllo di Gestione del CE III Trimestre anno 2013 con definizione della proiezione annua;
- 15/10/13: Chiusura CO.AN. e predisposizione reportistica interna sui dati attività al III Trimestre 2013 e proiezione dei dati annuali;
- 21/10/13: Formulazione da parte del Comitato di Budget aziendale dei budget trasversali definitivi;
- 22/10/13: Il Controllo di Gestione predispone le ipotesi di budget dei singoli CdR di I e II livello (CdR I livello: DAI; CdR II livello: S.O.D.C. e S.O.D.S.). Il Comitato di Budget aziendale dovrà partecipare alla risoluzione delle eventuali problematiche che potranno emergere in sede di formulazione delle ipotesi di budget dei singoli CdR;
- 23/10/13: Review da parte del Comitato di Budget aziendale delle proposte di budget specifici dei CdR rispetto ai budget trasversali. Durante tutto il processo la Direzione verificherà la coerenza delle scelte rispetto all'equilibrio economico-finanziario;
- 24/10/13: Validazione delle schede di Budget di I livello e aziendale da parte della Direzione Aziendale;
- 29/10/13: Invio da parte del Controllo di Gestione delle proposte di budget per CdR di I e II livello ai Direttori di DAI ed ai Responsabili di S.O.D.C. e S.O.D.S.;
- 30/10/13: I Direttori di Dipartimento insieme al proprio comitato di dipartimento convocano un incontro dipartimentale per analizzare le proposte di budget per CdR e DAI e formulano le eventuali controproposte da inviare alla Direzione Aziendale ed al Controllo di Gestione. In ogni caso i Direttori di Dipartimento inviano alla Direzione Aziendale il verbale di questo incontro;

- 11/11/13: Raccolta da parte del Controllo di Gestione delle controdeduzioni inviate dai Direttori di Dipartimento, in rappresentanza dell'intero Comitato Dipartimentale, contenente tutti i livelli di negoziazione di budget (CdR I livello e II livello);
- 12/11/13: Il Comitato di Budget aziendale analizza la fattibilità e la coerenza delle controproposte formulate e relaziona costantemente alla Direzione Aziendale;
- 14/11/13: Revisione da parte della Direzione Aziendale delle schede di budget di I livello eventualmente rielaborate alla luce del controproposte accolte e conseguente confezionamento e invio da parte del Controllo di Gestione ai Direttori di DAI delle schede di budget di I e II livello per la successiva negoziazione;
- 15/11/13: Predisposizione, approvazione ed invio in Regione del bilancio preventivo 2014;<sup>1</sup>
- 18/11/13 al 22/11/13: Negoziazione del Budget 2014 fra Direzione Aziendale, affiancata dal Comitato di Budget aziendale e ogni altra figura ritenuta necessaria, e il Direttore di Dipartimento insieme ai Responsabili di CdR di II livello ed agli altri componenti del comitato di dipartimento;
- 28/11/13: Revisione definitiva delle schede di Budget di I e II livello da parte del Controllo di Gestione alla luce di quanto emerso dalla precedente fase e validazione da parte della Direzione Aziendale con relativo invio ai Direttori di Dipartimento e i Responsabili di CdR di II livello della scheda di budget 2014 definitiva;
- 28/11/13: Il Controllo di Gestione effettua il consolidamento dei budget dipartimentali e predispone il master budget aziendale;
- 29/11/13: Il Comitato di Budget aziendale valida il master budget, i budget di CdR di I livello, i budget trasversali e tutti i documenti operativi gestionali a supporto;
- 02/12/13 al 13/12/13: I Direttori di Dipartimento insieme ai Responsabili di CdR di II livello ed agli altri componenti del comitato di dipartimento convocano un incontro dipartimentale per condividere i risultati e le considerazioni derivanti dalla negoziazione di budget, riassunti nelle schede ricevute. I Direttori di Dipartimento forniscono alla Direzione Aziendale il verbale di detto incontro.
- 16/12/13: Il Comitato di Budget aziendale valida anche i budget di CdR di II livello in coerenza con i budget di CdR di I livello, i budget trasversali e tutti i documenti operativi gestionali a supporto;
- 01/01/14: Inizio operatività e attuazione del budget 2014;
- Dal 01/02/14: Controllo di Gestione, Sistema Informativo e Comitato di Budget aziendale procedono al monitoraggio degli obiettivi di budget negoziati da presentare con cadenza mensile alla Direzione Aziendale, nonché ai Direttori di Dipartimento.

---

<sup>1</sup> Come da Art. 123 co. 2 L.R. 40/2005 così modificato da L.R. 27 dicembre 2012, n. 81, art. 14.