



Regione Molise

Direzione Generale V

Politiche per la tutela della salute, Promozione e tutela sociale

Servizio Risorse Finanziarie

LINEE GUIDA GENERALI AL PROCESSO DI BUDGET PER L'AZIENDA SANITARIA REGIONALE

Dirigente Responsabile del Servizio: *Dr.ssa Lolita Gallo*

Responsabile dell'Ufficio Flussi Finanziari: *Dr.ssa Stefania Pizzi*

Responsabile dell'Ufficio Controllo Bilancio ASReM: *Dr.ssa Tullia Perrella*

INDICE

Riferimenti normativi	3
Introduzione.....	4
Definizioni.....	5
Il ciclo di budget.....	6
Obiettivi delle linee guida di budget.....	7
Livelli di programmazione regionale e aziendale.....	8
Criticità del processo di budget.....	9
Il processo di budget.....	9
Traduzione degli indirizzi strategici in obiettivi di gestione per l'esercizio di riferimento.....	10
Formulazione del budget relativo all'esercizio di riferimento, presentazione alle Macrostrutture/UU.OO.....	11
Negoziazione del budget.....	12
Schede di budget.....	12
Livello di negoziazione (Distretti sanitari, Stabilimenti e Presidi Ospedalieri – Dipartimenti di Prevenzione).....	13
Tempi di attuazione del sistema di budget.....	16
Adozione degli obiettivi specifici per la valutazione del Direttore Generale nell'esercizio di riferimento.....	16
Consolidamento dei Budget negoziati con le Macrostrutture/UU.OO.....	16
Valutazione della <i>performane</i> e Organismo indipendente di valutazione Legge 4 marzo 2009, n.15.....	16
Reportistica.....	17
Eventuale messa a punto del budget alla luce degli andamenti osservati.....	17

RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.Lgs n. 502/92 come modificato dal D. Lgs n. 517/93 e D. Lsg n. 229/99
- D.lgs n. 29/93
- L.R n. n. 2 del 13.01.1995 “Nuova disciplina del Servizio Sanitario nella Regione Molise – Decreti legislativi nn. 502/92 e 517/93”
- L.R. n.2 del 21.02.1997 “Organizzazione generale delle Aziende Sanitarie Locali (ASL)”
- L.R n.11 del 14.05.1997 “Disciplina del Servizio Sanitario nella Regione Molise – Abrogazione della Legge Regionale 13 gennaio 1995, n.2
- L.R. n. 12 del 14.05.1997 “ Norme sull’assetto programmatico contabile, gestionale e di controllo delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) in attuazione del D.Lsg 30 dicembre 1992, n. 502” << Riordino della disciplina in materia sanitaria e successive integrazioni e modificazioni>>”
- L.R n. 9 del 01.04.2005 “Riordino del Servizio Sanitario Regionale”
- L.R. n. 34 del 26.11.2008 “Modifiche alla Legge Regionale 1 aprile 2005 n. 9, ad oggetto: “Riordino del Servizio Sanitario Regionale”
- Deliberazione di Giunta Regionale 30 marzo 2007, n.362 “Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell’ Economia e delle Finanze e il Presidente della regione Molise per l’approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico, ai sensi dell’art.1, comma 180 della legge 30 dicembre 2005, n. 311. Approvazione”
- Delibera di Consiglio Regionale 09.07.2008, n. 190 “ Piano Sanitario Regionale Triennio 2008/2010”.
- Deliberazione di Giunta Regionale 20.03.2008, n. 284 “ “Piano di rientro 2007/2009. Ulteriori provvedimenti in ordine al riequilibrio economico-finanziario ed alla domanda ed offerta sanitaria regionale”
- Legge 4.03.2009 n. 15 “Delega al Governo finalizzata all’ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni nonché disposizioni integrative delle funzioni attribuite al Consiglio nazionale dell’economia e del lavoro e della Corte dei Conti”.

INTRODUZIONE

L'ampio quadro di riferimento normativo emanato nel più recente passato ha determinato un profondo processo di innovazione che coinvolge tutti i settori di intervento delle strutture pubbliche; esso presenta un fine ultimo che è quello di migliorare la qualità delle prestazioni rese, in termini di caratteristiche e condizioni dei servizi, con un contenimento ed un controllo dei costi necessari per la loro produzione. Sotto molti aspetti la connotazione precipua di tale impianto legislativo è rappresentato dall'introduzione, anche nel settore pubblico, di principi e metodologie proprie del settore privato al fine di controllare i processi di produzione dei servizi, sotto il profilo dell'efficienza e dell'efficacia.

Il processo di Aziendalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale ha comportato la trasformazione delle Unità Sanitarie Locali, in Aziende di servizi sanitari con obbligo di pareggio di bilancio e di contenimento della spesa.

Il governo della spesa è un tema di rilevanza strategica per il "Sistema Sanità".

Questo si caratterizza sempre più per un significativo aumento della domanda di servizi a fronte di risorse limitate: si fa pressante, in altri termini, il problema di sostenibilità economica e finanziaria del sistema.

Il Direttore Generale ha, infatti, la responsabilità di gestire l'Azienda, decidendo quali azioni strategiche intraprendere per ottimizzare l'utilizzo dei fattori produttivi e per indirizzare la domanda a livello locale. Si dota, pertanto, di sistemi di programmazione e controllo.

L'introduzione del "*metodo di gestione per budget*" è una delle grandi innovazioni della riforma del sistema sanitario.

Il budget ha l'obiettivo ultimo di sostenere un cambiamento organizzativo finalizzato ad una piena responsabilizzazione dei Dirigenti dei diversi Centri di Responsabilità sugli obiettivi economici e sanitari aziendali, previa definizione della loro autonomia gestionale e delle relative leve manovrabili.

L'Azienda è un'organizzazione complessa in cui ogni unità interagisce con le altre per cui, il budget non è più un "prodotto" della Direzione Generale, ma un programma annuale condiviso a tutti i livelli dell'Azienda.

Il budgeting è quindi, un processo dinamico che costituisce un reale strumento a supporto della gestione Aziendale.

DEFINIZIONI

Budget: Il budget costituisce lo strumento di programmazione aziendale con il quale vengono fissati annualmente gli obiettivi dell'Azienda, sia in termini di attività sia di risorse umane, tecnologiche e materiali impiegate per il loro raggiungimento.

Centro di responsabilità: è una “struttura organizzativa, cui è preposto un organo responsabile – dirigente ovvero organo collegiale o direttore di struttura – ed alla quale sono state affidate risorse (finanziarie, umane, patrimoniali) per il raggiungimento di determinati obiettivi”.

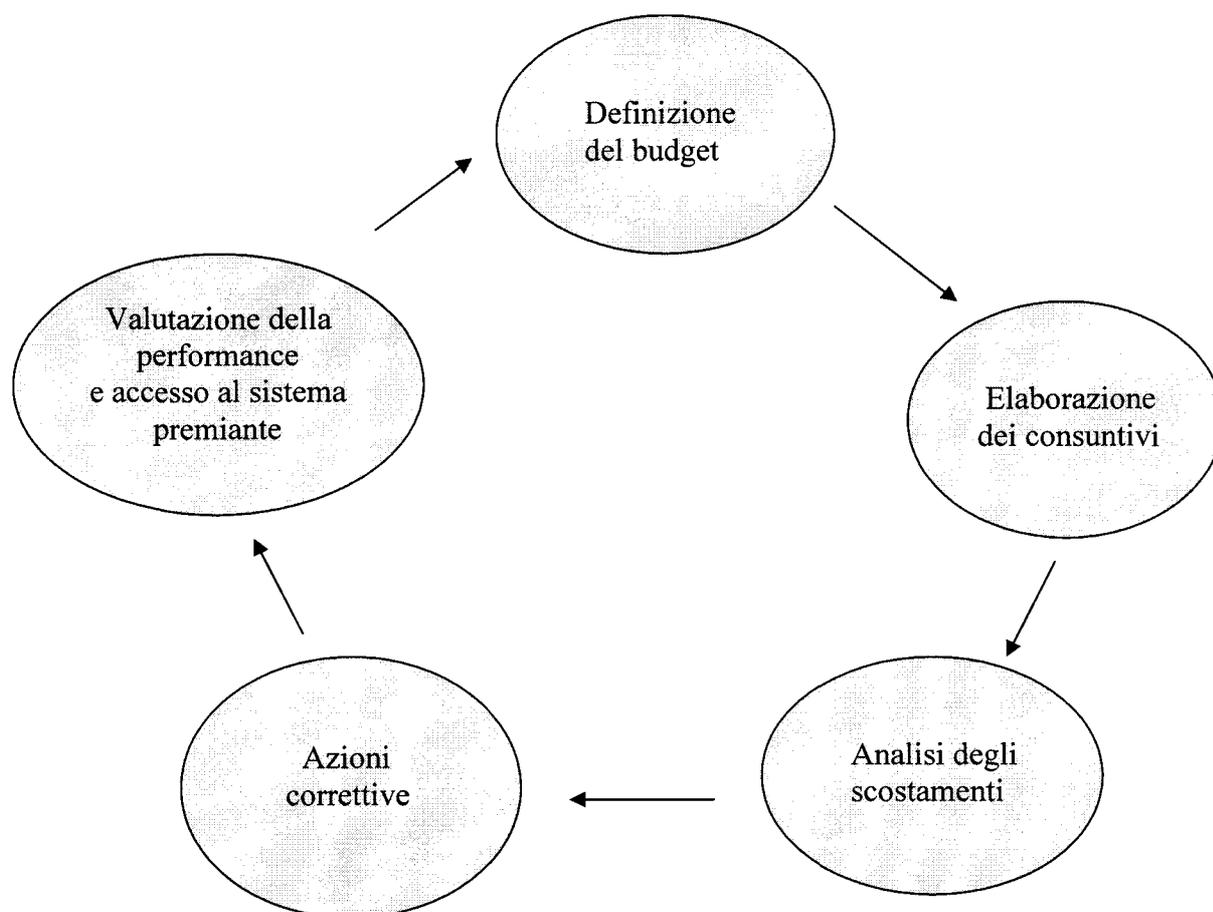
Nucleo di Valutazione Aziendale (NAV) attualmente Organismo indipendente di valutazione della *performance* (cfr. art. 14, legge n. 15/2009): è l'organo collegiale esterno all'azienda proposto alla verifica dei risultati attesi e alla valutazione della *performance*” raggiunta dalle UU.OO. attraverso l'analisi degli scostamenti e il monitoraggio delle attività.

Comitato di budget: è l'organo che supporta la Direzione Strategica nella gestione della fase di negoziazione e nella traduzione degli obiettivi aziendali in obiettivi specifici ricadenti sulle singole UU.OO.

Scheda di budget: è il documento sottoscritto al termine della procedura di negoziazione tra la Direzione Strategica ed i Centri di Responsabilità.

IL CICLO DI BUDGET

Il ciclo di budget si sviluppa su un processo continuo a 5 stadi:



OBIETTIVI DELLE LINEE GUIDA DI BUDGET

Il Sistema Sanitario Nazionale ha conosciuto un profondo e radicale processo di cambiamento che con il D.Lgs n.502/92 come successivamente modificato ed integrato, ha coinvolto tutte le regioni italiane.

La Regione Molise attraverso il quadro normativo di riferimento ha riordinato il Sistema Sanitario Regionale, dando piena attuazione ai fondamentali principi di riforma sanitaria, con particolare riferimento al processo di aziendalizzazione delle *ex* Unità Sanitarie Locali e con l'unificazione delle disciolte AA.SS.LL. in un'unica Azienda Sanitaria Regionale, denominata in breve ASReM. A seguito di tali cambiamenti si è ravvisata la necessità di unificare ed implementare gli strumenti gestionali già utilizzati nelle sopresse AA.SS.LL. ed integrarli con procedure che consentano di rilevare le informazioni utili alla direzione aziendale nel perseguimento della propria *mission*.

Di fondamentale importanza, pertanto, risultano le disposizioni di cui alla l.r. 14 maggio 1997, n. 12 (artt. 8,9,10,11,12,13,14) che ha emanato le direttive per l'adozione della *metodica di budget*, intesa come strumento di programmazione/pianificazione aziendale e di razionalizzazione e monitoraggio della spesa in ambito sanitario.

La Regione Molise, nella più ampia problematica riferibile al debito sanitario accumulato nell'anno 2006 e precedenti che ha indotto il Presidente della Regione a sottoscrivere il "Piano di Rientro" si è trovata a dover perseguire tra gli obiettivi di piano anche "l'implementazione della contabilità analitica per centri di costo" (cfr. obiettivo n. 16).

Il processo di affinamento ed implementazione del sistema suddetto, già adottato dalle preesistenti aziende sanitarie locali, come disciplinato dalla legge 12/97, si rende necessario anche in considerazione della costituzione della Azienda Sanitaria Unica Regionale (l.r. 1 aprile 2005, n. 9), pertanto, il potenziamento della contabilità analitica collegata al *budget* deve rappresentare una corretta e solida base di partenza per migliorare il livello di integrazione tra il circuito di programmazione aziendale e quella regionale.

E' opportuno, pertanto, in questo momento storico ed in considerazione del processo di unificazione ed riorganizzazione del S.S.R. avviato con la legge regionale 1° aprile 2005, n. 9 e proseguito con la legge regionale 26 novembre 2008, n. 34, emanare delle LINEE GUIDA GENERALI AL PROCESSO DI BUDGETING con lo scopo di supportare ed indirizzare l'Azienda Unica Sanitaria della Regione Molise nella realizzazione di un nuovo sistema di budget per centri di costo e responsabilità derivante dall'adeguamento e dal potenziamento dei preesistenti sistemi già in uso presso le disciolte AA.SS.LL.

In sintesi, il processo in atto, che inizialmente avverrà a livello di macrostrutture e successivamente a livello di UU.OO., avrà lo scopo di consentire all'Azienda, di:

- 1) monitorare in una prima fase, le attività ed i costi delle macrostrutture in cui è organizzata l'ASReM, e cioè DISTRETTI, PRESIDI/STABILIMENTI OSPEDALIERI, DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE e di seguito le attività ed i costi delle singole UU.OO. ;**
- 2) avere un quadro attendibile e tempestivo dei costi allo scopo di addottare le necessarie misure destinate all'equilibrio economico finanziario;**

3) effettuare la produzione sistematica di informazioni contabili precise e dettagliate (reportistica costante), sulla base delle quali effettuare un puntuale ed efficace controllo di gestione ed una tempestiva rendicontazione.

Le indicazioni regionali contenute nel presente documento trovano la loro motivazione:

- 1) nella definitiva riorganizzazione dell'Azienda Sanitaria Regionale;
- 2) nell'attuazione degli obiettivi contenuti nel "Piano di Rientro" dai disavanzi del settore sanitario 2007/2009;
- 3) nel perseguimento dei 19 punti definiti nel provvedimento di commissariamento del settore sanitario ed assegnati al Presidente della Regione Molise in qualità di Commissario *ad Acta*;
- 4) nella realizzazione degli obiettivi assegnati al sub commissario.

Il presente documento ha un duplice obiettivo:

- chiarire il percorso di lavoro da seguire nella formulazione del budget, fornendo elementi di dettaglio in merito alla tempistica ed ai soggetti coinvolti. Le presenti linee guida sono, pertanto, orientate alla descrizione delle modalità con le quali avviene il processo di budgeting e danno quindi particolare rilievo alla definizione di tempi e attività da svolgere al fine di rendere "efficace" il processo stesso;
- supportare la programmazione a livello regionale.

Il percorso di programmazione delineato nel documento *de quo* sintetizza le attività da svolgere in processi tra loro coordinati (controllo di gestione, contabilità generale, budgeting). In tal modo viene chiarito il ruolo che di volta in volta sono chiamati a svolgere, ognuno per quanto di propria competenza, la Regione e l'Azienda Sanitaria Regionale.

Le attività previste hanno ovviamente una valenza che non si esaurisce sul piano tecnico, bensì coinvolge la dimensione strategica di gestione dell'Azienda Sanitaria.

LIVELLI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE E AZIENDALE

A monte del processo di budget particolare importanza riveste il percorso di programmazione sia Regionale che Aziendale in campo sanitario.

La Programmazione Regionale Pluriennale è il livello di programmazione cui si realizza il maggior grado di integrazione tra la dimensione politica e quella tecnica. Il principale frutto di quest'attività di programmazione sono il Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale e il Piano Sanitario Regionale.

La Programmazione Regionale Annuale è il livello di programmazione in cui vengono specificati gli obiettivi da realizzare di anno in anno in attuazione al PSR e al Programma Operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale 2007/2009 (c.d. "Piano di Rientro") anche alla luce di una più specifica conoscenza delle risorse a disposizione.

Per quanto riguarda l'Azienda sanitaria, si sottolinea la presenza di una programmazione pluriennale, realizzata in coerenza con le indicazioni regionali in particolare, con quelle contenute nel Piano Sanitario Regionale ed in

coerenza con ogni iniziativa posta in essere per il perseguimento degli obiettivi di cui al “Piano di Rientro”.

Programmazione pluriennale:

- Piano Strategico,
- Piano di Organizzazione Aziendale (Atto Aziendale),
- Bilancio triennale.

La programmazione annuale, invece, caratterizzata da una maggiore operatività, assume contenuti diversi in funzione di governo della domanda e della messa a punto dei meccanismi di controllo. Più compiutamente “si può distinguere tra la *fase di pianificazione* che rappresenta il processo decisionale e politico con il quale i soggetti istituzionali del SSN definiscono le priorità e gli obiettivi da realizzare in un dato arco di tempo e la *fase programmatica* rappresentata dal processo decisionale – tecnico con il quale vengono definite le attività concrete da svolgere per conseguire in modo efficiente ed efficace gli obiettivi individuati in fase di pianificazione”.

CRITICITA' DEL PROCESSO DI BUDGET

Affinché il processo di budget sia efficace, è necessario che vengano rispettate una serie di regole:

- tempi di svolgimento del processo;
- rapporto tra budget delle singole unità operative (UU.OO.) e bilancio di previsione aziendale;
- articolazione del processo in rapporto alla complessità organizzativa dell’Azienda;
- relazione tra budget e strategia;
- elementi di negoziazione.

IL PROCESSO DI BUDGET

Affinché si realizzi un sistema di programmazione e controllo coerente è necessaria l’integrazione tra il processo di budget, il controllo di gestione e la contabilità generale.

Tale integrazione verrà analizzata a livello di :

- programmazione annuale, unificando i circuiti di programmazione che conducono alla predisposizione del budget di Unità Operativa e del bilancio economico preventivo. Il bilancio preventivo sarà il risultato della sommatoria dei budgets economici assegnati alle singole UU.OO. e rifletterà, quindi, l’effettivo grado di economicità della gestione programmata per l’esercizio di riferimento;
- rendicontazione periodica con cadenza trimestrale, che rappresenterà lo strumento per la verifica dell’andamento della gestione aziendale, sia nel suo complesso, sia in riferimento alle singole Unità Operative.

Con provvedimento del Direttore Generale dell’ASReM saranno deliberati:

- le modalità e l’attuazione del processo di budget;
- l’inizio del processo di budget;
- la presa d’atto del processo;

- fine del processo di budget;
- la relazione sull'andamento periodico trimestrale che conterrà le azioni correttive, in caso si rilevino degli scostamenti rispetto al budget iniziale, a livello di Presidio Ospedaliero, di Distretti e di Prevenzione.

Saranno inviati alla Regione i provvedimenti del Direttore Generale e, al fine di consentire una valutazione sugli eventuali scostamenti rispetto al budget iniziale e le eventuali azioni correttive che si intendono porre in essere saranno inviate le relazioni periodiche trimestrali e una relazione di fine anno.

TRADUZIONE DEGLI INDIRIZZI STRATEGICI IN OBIETTIVI DI GESTIONE PER L'ESERCIZIO DI RIFERIMENTO

Gli obiettivi regionali di medio periodo, (vedi anche i 19 obiettivi del Commissario ad acta) dovranno essere tradotti in obiettivi aziendali annuali che saranno di riferimento per la costruzione del budget delle macrostrutture e delle UU.OO. e, in seguito del bilancio di previsione.

Nella prima fase gli obiettivi da perseguire dovranno essere comuni sia alla Regione che alla Azienda pertanto dovrà esserci coerenza tra gli obiettivi del Direttore Generale ASReM e quelli del Commissario *ad acta*.

Inizialmente, gli obiettivi dovranno essere definiti a livello Aziendale ed a livello di macrostrutture e successivamente a livello di dettaglio e cioè di singole Unità Operative titolari di budget.

Al fine di contribuire a tradurre gli obiettivi aziendali in risultati attesi dalle macrostrutture e dalle singole UU.OO. valgono le seguenti linee guida:

- circoscrivere l'attenzione sugli obiettivi regionali distinguendo gli indicatori (numerici e qualitativi) che misurano l'efficacia e l'efficienza dell'attività svolta;
- monitorare il raggiungimento degli obiettivi definiti ed assegnati in sede di budget;
- formalizzare gli indicatori e i parametri di verifica, correlati tra loro, specificando il valore atteso eventualmente anche in termini di "range";
- produrre con sistematicità, continuità, tempestività e con frequenza trimestrale la reportistica finalizzata al monitoraggio dell'andamento della gestione;
- misurare semestralmente la "performance" raggiunta, nella prima fase dalle macrostrutture (successivamente dalle singole UU.OO.) attraverso l'analisi degli scostamenti e il monitoraggio delle attività al fine di intraprendere eventuali azioni correttive;
- costruire un meccanismo che metta in relazione il grado di realizzazione degli obiettivi e la distribuzione della retribuzione accessoria (risultato e produttività collettiva);
- specificare la "fonte" dell'obiettivo: PSR, Deliberazione regionale di indirizzo, iniziativa della Direzione ecc., ciò permetterà nelle successive fasi di lavoro, di delimitare l'ambito di negoziazione;
- individuare e coinvolgere figure di responsabilità che possono contribuire a distribuire gli obiettivi aziendali alle macrostrutture e poi alle singole Unità Operative. Deputato a tanto è il Comitato di Budget che avrà il compito di supportare la Direzione Strategica nella gestione del processo.

La definizione degli obiettivi aziendali sarà di competenza della Direzione Strategica che potrà avvalersi del supporto metodologico di un Comitato di Budget formalizzato a queste funzioni all'interno dell'Azienda con la partecipazione di referenti di fiducia della Direzione Strategica.

Il Responsabile del Controllo di Gestione dovrà gestire operativamente l'avanzamento dei lavori di tutto il processo di budget, sollecitando, se necessario, il contributo della Direzione e degli altri soggetti coinvolti e svolgerà le seguenti funzioni:

- la gestione dell'agenda dei lavori avallati dalla Direzione;
- la messa a disposizione dei dati necessari alla formulazione delle previsioni e quindi la rendicontazione dei dati economici e di attività per macrostrutture e per singole Unità Operative;
- la messa a punto della modulistica (scheda di budget);
- il supporto in fase di negoziazione;
- il supporto alle macrostrutture e Unità Operative nell'interpretazione della proposta di budget avanzata dalla Direzione, l'elaborazione di eventuali controproposte e compilazione della modulistica;
- il consolidamento dei budgets negoziati con le macrostrutture e con le singole Unità Operative
- la messa a disposizione della Direzione Strategica, dei Responsabili delle macrostrutture/UU.OO. e della Regione della reportistica periodica trimestrale utile a valutare gli scostamenti rispetto al budget iniziale e le eventuali necessarie azioni correttive.

FORMULAZIONE DEL BUDGET RELATIVO ALL'ESERCIZIO DI RIFERIMENTO, PRESENTAZIONE ALLE MACROSTRUTTURE/UU.OO.

La proposta di budget avanzata si articolerà in tre sezioni:

- *risorse*: quantifica i ricavi attesi e i fattori produttivi a disposizione delle macrostrutture/UU.OO. per l'esercizio di riferimento (aumento della mobilità attiva, riduzione delle liste d'attesa, ticket);
- *obiettivi economici e non*: formalizza i principali risultati attesi nel periodo di riferimento;
- *adempimenti*: sintetizza una serie di indicatori il cui monitoraggio è indispensabile per apprezzare l'andamento della gestione dell'Unità Operativa e per verificare l'effettivo raggiungimento dell'obiettivo negoziato.

Oltre alla Direzione Aziendale, questa fase di lavori vedrà il coinvolgimento dell'U.O. Controllo di Gestione che avrà l'incarico di fornire un supporto operativo e metodologico alla stesura della proposta di budget da presentare alle macrostrutture/ UU.OO. interessate dal suddetto processo.

NEGOZIAZIONE DEL BUDGET

In questa fase dovrà emergere l'accordo, opportunamente formalizzato, sugli elementi contenuti nella scheda di budget.

I responsabili delle macrostrutture/UU.OO, una volta esaminate le proposte di budgets ricevute, potranno avanzare le proprie controproposte. Le stesse dovranno essere formalizzate per iscritto e contenere riferimenti quantitativi delle modifiche necessarie, inoltre, dovranno tener conto dei limiti derivanti dalla tipologia degli obiettivi proposti. Non potranno essere oggetto di controproposta obiettivi specifici diversi da quelli proposti dalla Direzione Strategica.

Le linee guida che interessano questa fase si possono riassumere come di seguito:

- 1) il processo negoziale deve coinvolgere direttamente la Direzione Strategica;
- 2) la negoziazione del budget dovrà essere abbinata alla discussione in merito ai contenuti, ai meccanismi e alle risorse per la retribuzione di risultato connesse alla valutazione delle "preformance" dei Dirigenti titolari di budgets;
- 3) l'intero processo negoziale dovrà avvenire in tempi ragionevolmente brevi e comunque non oltre i 30 giorni dal momento dell'inizio del calendario di incontri per la negoziazione tra la Direzione e i responsabili di UU.OO.

La negoziazione vedrà coinvolta la Direzione Strategica supportata dai referenti aziendali competenti in materia e di propria fiducia.

SCHEDE DI BUDGET

La scheda di budget è lo strumento tecnico per la formalizzazione delle proposte di budget che saranno formulate dai diversi livelli di responsabilità dell'organizzazione aziendale. L'obiettivo delle schede è quello di consentire una sintesi organica degli elementi più significativi che devono essere valutati nella fase della negoziazione ed una lettura integrata delle varie proposte di budget. Le schede di budget, sottoscritte al termine della procedura di negoziazione tra la Direzione Strategica ed i Centri di Responsabilità dovranno rappresentare il supporto operativo ai fini della definizione degli obiettivi e dovranno contenere indicazioni qualitative di carattere:

- tecnico,
- organizzativo,
- strutturale,
- linee di evoluzione tendenziale,
- difficoltà e relative ipotesi di soluzione,
- obiettivi di budget

dovranno contenere indicazioni quantitative sulle:

- attività,
- prestazioni,
- servizi,
- personale,
- attrezzature,

- farmaci,
- materiale sanitario,
- materiale non sanitario.

I dati di attività relativamente ai presidi e agli stabilimenti ospedalieri dovranno rappresentare la sintesi della produzione qualitativa e quantitativa (es: numero ricoveri ordinari ed in DH - DS, degenza media, indice di turn over, tasso occupazione posto letto, ecc.).

Le schede di budget dovranno, inoltre, contenere i dati, suddivisi per patologia, relativi alla mobilità sanitaria sia passiva (fuga) che l'ASReM elaborerà attraverso i dati in suo possesso, che attiva (attrazione) con i dati desunti dall'analisi delle SDO e con l'indicazione dei settori di maggior attrazione.

LIVELLO DI NEGOZIAZIONE (DISTRETTI SANITARI, STABILIMENTI E PRESIDOSPEDALIERI – DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE).

Il processo di budget si svolgerà in base all'assetto organizzativo dell'Azienda Sanitaria Regionale come disciplinato dalla legge regionale 26 novembre 2008, n. 34, dall'Atto Aziendale e dal Piano Sanitario Regionale.

In particolare, l'organizzazione aziendale si articola in macrostrutture (distretti, presidi/stabilimenti ospedalieri, dipartimento di prevenzione) e singole UU.OO. corrispondenti a centri di costo e responsabilità.

I **distretti** sono strutture complesse preposti alla gestione dei servizi territoriali in funzione dei bisogni di salute dei cittadini (D. Lgs. 229/99).

I **presidi e gli stabilimenti ospedalieri** sono una strutture dotate di autonomia gestionale e sono preposti alla fornitura di prestazioni specialistiche, di ricovero e ambulatoriali.

Il **dipartimento di prevenzione** è una struttura preposta ad individuare e contrastare i fattori di rischio che possono nuocere alla salute della popolazione, ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Il processo di negoziazione degli obiettivi riferibili ai programmi di budget, avverrà inizialmente con le macrostrutture e successivamente con le singole UU.OO.

Il processo di budget riferito ad obiettivi che, stante la complessità dell'organizzazione delle strutture interessate o comunque la complessità dell'obiettivo stesso, per essere concluso richiede un periodo che va oltre l'anno di riferimento, deve essere portato a termine in un arco temporale limitato. In tal caso, si ritiene che il processo di budget debba essere espletato in un arco temporale di n. 3 anni.

Per questo tipo di processo ogni anno dovranno essere definiti programmi di intervento in cui dovranno essere individuati gli obiettivi da raggiungere, le risorse da impiegare, gli investimenti da effettuare ed i relativi criteri di misurazione degli obiettivi raggiunti per l'anno di riferimento. Pertanto, gli obiettivi negoziati dovranno essere misurati e valutati annualmente, eventualmente rinegoziati e comunque portati a termine nel periodo triennale di riferimento.

Gli obiettivi strategici da perseguire con la riorganizzazione dei macrolivelli assistenziali possono sintetizzarsi in:

1. potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali;
2. ridefinizione dell'offerta ospedaliera orientata all'appropriata assistenza del paziente acuto;
3. potenziamento dei servizi e degli interventi di prevenzione individuale e collettiva.

MACROSTRUTTURA: DISTRETTO SANITARIO

Spetta al distretto sanitario coordinare ed erogare il sistema delle cure primarie e provvedere all'integrazione sanitaria e sociosanitaria del SSR. La principale funzione del distretto è garantire a tutti i cittadini del territorio di competenza l'erogazione appropriata e tempestiva delle attività e prestazioni comprese nel LEA distrettuale.

Il distretto assume la titolarità delle attività territoriali indicate dal D. Lgs. 229/99 e negozia con il Direttore Generale ASReM gli obiettivi di tutela della salute e le relative risorse nell'ambito dei programmi di budget aziendale.

Dovranno essere implementate le seguenti macro aree di attività:

- area assistenza primaria, che comprende la medicina di famiglia (MMG e PLS), la continuità assistenziale (ex guardie mediche), l'area della specialistica ambulatoriale e l'area dell'assistenza integrativa;
- area dell'assistenza agli anziani, delle cure domiciliari e residenziali, che comprende anche l'assistenza semi-residenziale (centri diurni) e l'assistenza protesica;
- area dell'assistenza consultoriale (consultorio familiare).

Nella fase iniziale del processo di budget si dovranno negoziare pochi e qualificati obiettivi tendenti a potenziare l'assistenza domiciliare e gli strumenti di supporto alle condizioni di fragilità e alla famiglia.

Nello specifico, occorre individuare un sistema di cure orientato ai reali bisogni della persona con lo scopo di potenziare l'assistenza domiciliare integrata (ADI) in collaborazione con i MMG (definizione e continuità dei percorsi assistenziali e dei protocolli di dimissione protetta) e attraverso la sottoscrizione di accordi di programma con gli ambiti sociali (coinvolgere professionalità sociali).

Il potenziamento dell'attività distrettuale deve tendere a ricondurre a livello ospedaliero la sola gestione delle acuzie e le risposte assistenziali di tipo diagnostico-terapeutico legate a problemi di salute caratterizzati da stati acuti e gravi.

Per quanto riguarda gli aspetti programmatori, spetta al distretto coinvolgere tutti i professionisti (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali ecc.) sul miglioramento delle prestazioni erogate e sulla definizione di percorsi e protocolli di cura.

Per il governo delle "liste di attesa" o "tempi di attesa" il distretto dovrà definire il percorso "sanitario" (criteri di priorità, profili di cura, modalità di accesso) da seguire in collaborazione con gli ospedali e con i MMG/PLS.

MACROSTRUTTURA: PRESIDIO – STABILIMENTO OSPEDALIERO

La caratterizzazione del ruolo dell'ospedale all'interno della rete di assistenza, richiede sia programmi di riassetto strutturale e di qualificazione tecnologica, sia coerenti programmi di sviluppo della rete dei servizi territoriali.

Nello specifico:

- vanno sviluppati i regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari attraverso l'incremento dei ricoveri ospedalieri in regime di Day Hospital e Day Surgery (individuazione delle patologie da trattare in DH/DS) e le prestazioni ambulatoriali. Con appositi decreti del Commissario *ad Acta* e del sub Commissario *ad Acta* saranno individuate le prestazioni da erogare in regime ambulatoriale (esempio: tunnel carpale, cataratta ecc.);
- vanno incrementate le prestazioni ambulatoriali alternative ai ricoveri ospedalieri;
- va potenziato il sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere;
- va incrementato il collegamento tra la rete ospedaliera e quella territoriale;
- va incrementato il sistema informativo necessario alla produzione di adeguati indicatori (qualitativi e quantitativi);
- va sviluppato il "governo clinico" allo scopo di ridurre il c.d. "risk management" e garantire ad ogni paziente quella corretta prestazione che possa produrre il miglior esito in base alle conoscenze disponibili con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione del paziente stesso.

Particolarmente importante per il Sistema Sanitario Regionale risulta essere l'incremento della mobilità interregionale c.d. mobilità attiva (attrazione) da attuare con il potenziamento di centri di attrazione presenti sul territorio regionale (es. oculistica del P.O. "Vietri" di Larino) e la riduzione della mobilità extraregionale c.d. mobilità passiva (fuga).

L'attività di sorveglianza e di supporto in termini di misurazione dell'efficacia degli interventi e dei risultati raggiunti nel campo sanitario saranno di competenza dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

MACROSTRUTTURA: DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Spetta al Dipartimento di Prevenzione definire le strategie di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e disabilità ed il miglioramento della qualità della vita in collaborazione con il Distretto Sanitario e con le istituzioni locali.

Così come definito dal Piano Sanitario Regionale, al Dipartimento di Prevenzione, oltre allo svolgimento delle proprie funzioni, viene richiesto di:

- sviluppare la capacità di osservazione epidemiologica e di valutazione dei bisogni della popolazione attraverso l'aumento degli screening oncologici (diagnosi precoce attraverso attività di prevenzione, aumento numero di esami con diversificazione delle patologie tumorali da individuare) e l'aumento dell'offerta vaccinale (definizione della rete dei "centri vaccini", predisposizione protocolli professionali ed operativi di riferimento per gli operatori, aggiornamento calendario vaccinale ecc);
- sviluppare la valutazione del rischio,
- migliorare gli effetti sanitari degli interventi ambientali e delle politiche ambientali e sociali,
- garantire i livelli di sicurezza dei cittadini rispetto al rischio alimentare di origine animale e non.

TEMPI DI ATTUAZIONE DEL SISTEMA DI BUDGET

Il processo di budget a livello ASReM dovrà avere inizio dal 1 gennaio 2010.

ADOZIONE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI PER LA VALUTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE NELL'ESERCIZIO DI RIFERIMENTO

Saranno assegnati al Direttore Generale ASReM una serie di obiettivi specifici e di azioni che si intendono intraprendere per ottemperare agli obiettivi assegnati al Commissario *ad Acta* Tali obiettivi saranno recepiti in sede di negoziazione dei budget.

Contribuiranno al raggiungimento degli obiettivi assegnati sia le macrostrutture aziendali che le singole UU.OO.

Gli obiettivi dell'ASReM consentiranno di distinguere le diverse tipologie di risultati attesi e potranno riassumersi nel modo seguente:

- *obiettivi di mandato*: in funzione degli obiettivi assegnati nel corso dell'esercizio dal Direttore Generale ASReM all'atto della stipula del contratto;
- *obiettivi di sistema*: riguardano il governo di alcune grandezze economiche da cui dipende l'economicità del SSR;
- *flussi informativi*: riguardano i risultati attesi dalla ASReM per consentire alla Regione di esercitare, in modo tempestivo e consapevole le proprie funzioni;
- *obiettivi di contesto*: tendono a migliorare la gestione Aziendale sia in termini economici sia in termini qualitativi.

CONSOLIDAMENTO DEI BUDGET NEGOZIATI CON LE MACROSTRUTTURE/UU.OO

Alla conclusione del processo negoziale, il Direttore Generale ASReM adotterà apposito provvedimento amministrativo con il quale prenderà atto delle schede di budgets sottoscritte dai responsabili delle macrostrutture/UU.OO. e stabilirà i tempi di controllo (semestrale) e le modalità di monitoraggio delle attività.

I budgets consolidati a livello aziendale forniranno il riferimento per la predisposizione del conto economico preventivo.

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE E ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE – LEGGE 4 MARZO 2009 N. 15

Il sistema di misurazione e valutazione della performance, costituisce un meccanismo che mette in relazione il grado di raggiungimento degli obiettivi con il sistema premiante di valorizzazione del merito e della produttività dei Dirigenti titolari di budgets.

L'Azienda Sanitaria provvederà al monitoraggio degli obiettivi negoziati da tutti i responsabili titolari di budget per il periodo di riferimento.

La funzione di misurazione e valutazione della performance è svolta dall'Organismo indipendente della performance (cfr. art. 14, legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni) che sostituisce i servizi di controllo interno (cfr. D. Lgs. 286/99) ed esercita in piena autonomia le attività di cui alle disposizioni del comma 4, art. 14, legge 15/2009.

REPORTISTICA

La reportistica, al pari delle altre fasi, è una componente importante di tutto il processo di budget, indica, il grado di raggiungimento dell'obiettivo negoziato e gli eventuali scostamenti.

Il report deve:

- misurare l'obiettivo che si è prefissato;
- essere tempestivo;
- essere periodico con frequenza costante;
- essere preciso quando l'informazione lo richiede;
- monitorare i costi ed i ricavi.

La reportistica fornirà tutte le informazioni utili per modificare, qualora necessario, i comportamenti, i processi e gli obiettivi ed eventualmente rinegoziare il budget.

EVENTUALE MESSA A PUNTO DEL BUDGET ALLA LUCE DEGLI ANDAMENTI OSSERVATI

La produzione dei reports trimestrali di contabilità analitica e controllo di gestione forniranno gli elementi necessari all'analisi degli scostamenti rispetto al budget. Potrà, pertanto, emergere la necessità di apportare azioni correttive rispetto alla programmazione iniziale qualora gli scostamenti non siano riconducibili a dinamiche transitorie.

Lo studio degli scostamenti ha le seguenti finalità:

- evidenziazione degli scostamenti tra budget e consuntivo di periodo;
- analisi delle dinamiche che hanno generato gli scostamenti;
- evidenziazione delle criticità.

L'analisi degli scostamenti dovrà essere affrontata con i Responsabili delle UU.OO. che, avendo una conoscenza più approfondita dei processi produttivi, potranno fornire le opportune ed esaurienti spiegazioni sulle criticità evidenziate e indicare gli eventuali interventi correttivi all'organo preposto, cioè *l'Organismo indipendente di valutazione della performance* già denominato Nucleo di Valutazione Aziendale (NAV). Inoltre, i Responsabili di UU.OO. dovranno essere messi in grado di conoscere come sono stati costruiti i documenti di reporting e quale è il significato delle informazioni in essi contenute.

La definizione delle azioni correttive rappresenta il passaggio cruciale tra l'analisi del consuntivo e la definizione del nuovo budget .

Tale fase prevede:

- la sintesi delle criticità emerse dall'analisi degli scostamenti;
- l'identificazione delle azioni correttive a breve termine;
- la definizione degli interventi di riorganizzazione a medio termine;
- la eventuale e, di norma, eccezionale ritaratura del budget.

Le azioni correttive a breve termine, dovranno produrre i propri effetti già nell'esercizio in corso, gli effetti di quelle più a lungo periodo, verranno incorporati nel budget dell'anno successivo.

La misurazione degli scostamenti è di competenza dell'organo preposto al Controllo di Gestione. L'analisi delle cause vedrà coinvolti i Responsabili delle

Unità Operative. La messa a punto del budget deve essere formalizzata da coloro che ne hanno siglato la versione di inizio anno.