



USLUmbria**1**

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1

LINEE GUIDA AL BUDGET 2015

INDICE

Premessa	pag. 3
La definizione del Budget	pag. 4
I contenuti del “Documento di Budget”	pag. 5
Il percorso operativo di budget	pag. 6
La programmazione delle attività per l’anno 2015	pag. 8
La pianificazione delle risorse per l’anno 2015	pag. 12
La verifica dell’andamento del budget	pag. 15
La valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	pag. 17

PREMESSA

Scopo delle presenti Linee Guida è comunicare i contenuti, le modalità e la tempistica per la definizione dei programmi di attività della nostra Azienda per l'anno 2015 (Budget).

Scopo delle Linee Guida

Il budget è il principale strumento di integrazione tra i diversi processi aziendali:

Il budget è lo strumento di integrazione tra i processi aziendali

- lo svolgimento delle attività cliniche e assistenziali,
- l'erogazione delle prestazioni,
- l'assunzione del personale,
- l'acquisizione delle attrezzature sanitarie,
- la gestione degli istituti contrattuali della valutazione e della retribuzione di risultato,
- la gestione dei rapporti con l'utenza,
- la formazione,
- la gestione tecnologica e strutturale, ecc.

Il budget è il programma di attività di una struttura nel suo complesso e non di una parte solamente e deve vedere coinvolto tutto il personale, sia la dirigenza sia il comparto.

Il budget è il programma di attività di una struttura nel suo complesso

E' necessario ed indispensabile, pertanto, assicurare il **maggiore coinvolgimento e la partecipazione di tutto il personale** in ogni fase del processo (impostazione, definizione, realizzazione, monitoraggio e verifica del budget).

La programmazione aziendale 2015 si articola sui seguenti livelli:

I livelli di negoziazione budgetaria

- **Budget di Macrostruttura** (Distretti Socio-Sanitari, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimenti Ospedalieri, Dipartimento della Salute Mentale);
- **Budget di Struttura** (Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e Distrettuali).

La Direzione Aziendale negozia il Budget di Macrostruttura.

I Responsabili di Macrostruttura negoziano i Budget di Struttura.

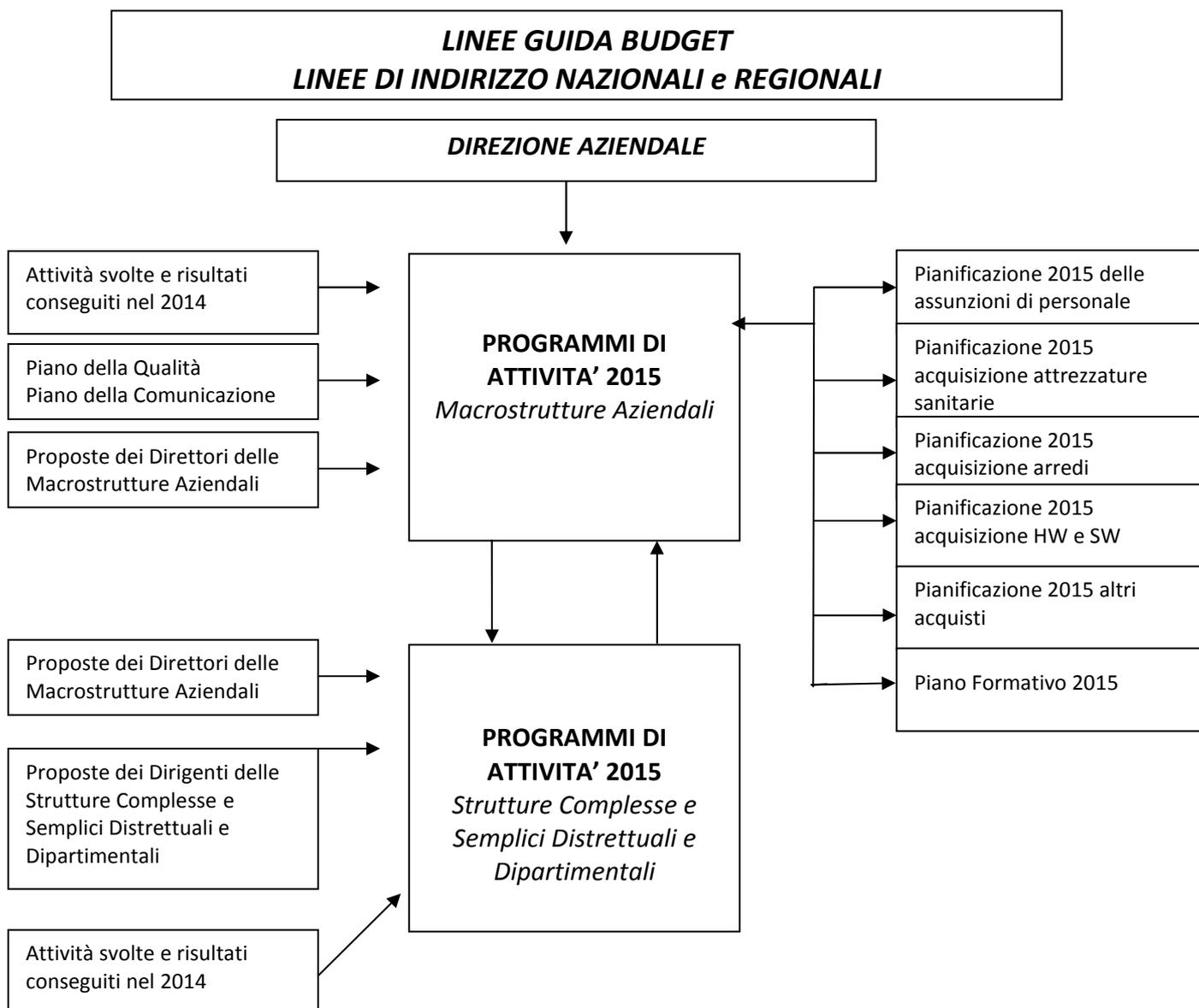
LA DEFINIZIONE DEL BUDGET

L'impostazione e la definizione dei Budget di Macrostruttura e di Struttura dovrà seguire la logica indicata nella figura 1.

**Budget di
Macrostruttura e di
Struttura**

Elemento particolarmente importante è la necessaria coerenza che dovrà essere ricercata tra la definizione dei singoli programmi di attività e le specifiche linee strategiche aziendali

Figura 1:



I CONTENUTI DEL "DOCUMENTO DI BUDGET"

Il "Documento di budget" si compone di 2 parti:

- **Scheda A - Programma di attività**
- **Scheda B – Piano delle risorse**

Il Documento di Budget

La **scheda A** rappresenta il perno attorno al quale ruota l'intero programma di attività ed il relativo piano investimenti aziendale e pertanto deve essere coerente con tutte le schede che compongono il Documento di Budget.

Scheda A – Programma di attività

La scheda A riporta:

- gli obiettivi;
- gli indicatori di risultato;
- il valore dell'indicatore da raggiungere nell'anno di budget;
- i valori di range che permetteranno la valutazione del raggiungimento del risultato espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100;
- il peso che l'Azienda attribuisce ad ogni obiettivo.

Gli obiettivi evidenziati dalla programmazione aziendale ed i relativi indicatori sono proposti dalla Direzione Aziendale.

Gli obiettivi sono classificati in:

- obiettivi di **attività**;
- obiettivi di **miglioramento della qualità**;
- obiettivi di **tipo organizzativo**.

Ai Responsabili della Macrostruttura e/o delle Strutture compete:

- **la valorizzazione degli indicatori e del relativo range degli obiettivi proposti dalla Direzione;**
- **l'eventuale individuazione di ulteriori obiettivi e indicatori.**

Successivamente la Direzione Aziendale attribuisce ad ogni obiettivo un peso sulla base della rilevanza che lo stesso assume in ambito aziendale.

La **scheda B** mette in evidenza il livello di risorse necessario nell'anno di budget con riferimento a: personale dipendente, consulenze sanitarie e/o contratti libero-professionali, specialisti convenzionati interni, attrezzature sanitarie, arredi, attrezzature informatiche, manutenzione ordinaria immobili ed impianti, formazione.

Scheda B – Piano delle risorse

La scheda B viene compilata dai Responsabili di Macrostruttura e di Struttura sulla base delle indicazioni fornite dalla Direzione Aziendale e contenute nelle presenti linee guida.

IL PERCORSO OPERATIVO DI BUDGET

Il percorso operativo per l'anno 2015 è articolato nelle fasi:

- **Fase 1°** - Predisposizione proposte di Budget
- **Fase 2°** - Verifica congruità proposta di Budget delle Macrostrutture
- **Fase 3°** - Negoziazione dei Budget di Macrostruttura
- **Fase 4°** - Negoziazione dei Budget di Struttura
- **Fase 5°** - Negoziazione dei Budget dei Servizi dell'Area Centrale

Le fasi per la definizione del Budget

I **Responsabili di Macrostruttura** garantiscono la definizione, da parte delle Strutture Complesse e Semplici dipartimentali e distrettuali di propria afferenza, delle schede A e B dei Budget di Struttura, assicurando la più **ampia partecipazione e condivisione del percorso**.

Fase 1° - Predisposizione proposte di Budget (entro 15/11/2014)

Successivamente curano la definizione della scheda A e della scheda B del Budget della Macrostruttura congruenti con quelle sopracitate, inviandole successivamente alla Direzione Aziendale.

In termini generali, devono essere effettuate, da parte dei Responsabili sia di Macrostruttura sia di Struttura, le seguenti attività:

- ❖ valorizzazione degli indicatori relativi agli obiettivi proposti dalla Direzione Aziendale tramite l'utilizzo della scheda;
- ❖ formulazione di eventuali ulteriori obiettivi di attività, coerenti con quelli aziendali e compatibili con le risorse disponibili;
- ❖ pianificazione delle risorse necessarie in riferimento agli obiettivi da conseguire, ivi comprese le azioni formative da intraprendere nel corso dell'esercizio.

La Direzione Aziendale esamina le proposte di Budget delle Macrostrutture per verificarne la compatibilità con gli obiettivi aziendali ed in particolare con quello, imprescindibile, dell'equilibrio economico finanziario della gestione.

Fase 2° - Verifica congruità proposta di Budget delle Macrostrutture (entro 10/12/2014)

Sulla base delle valutazioni che scaturiscono dalla fase precedente e del bilancio preventivo economico per l'esercizio 2015, il Direttore Generale procede alla negoziazione con i Responsabili di Macrostruttura degli obiettivi di budget e delle risorse necessarie.

Fase 3° - Negoziazione dei Budget di Macrostruttura (entro 23/12/2014)

Al termine della contrattazione, si giunge alla versione definitiva dei Budget di Macrostruttura, ufficialmente assegnati ai Responsabili.

Terminata la fase precedente, i Responsabili di Macrostruttura provvederanno all'assegnazione dei Budget di Struttura definitivi alle U.O.C. e U.O.S. di propria afferenza, inviandone anche copia sottoscritta dai Responsabili Macrostruttura, Struttura e P.O./Coordinatore alla UO Programmazione Controllo e Sistema Informativo.

Fase 4° - Negoziazione dei Budget di Struttura (entro 31/01/2015)

Definita la negoziazione con il nucleo operativo, la Direzione Aziendale procede alla negoziazione degli obiettivi di attività e delle relative risorse proposte dalle Strutture Complesse e Semplici aziendali afferenti all'Area Centrale dei Servizi.

Fase 5° - Negoziazione dei Budget dei Servizi dell'Area Centrale (entro 28/02/2015)

LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ PER L'ANNO 2015

Linee Strategiche
Aziendali per il 2015

La programmazione delle attività deve essere effettuata proseguendo e consolidando le iniziative intraprese negli anni precedenti, nonché attivando azioni in linea con la normativa ed i documenti di programmazione nazionale e regionale.

Tra i documenti di programmazione nazionale si ricordano il PSN 2006-2008 e il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016.

I punti principali del nuovo **Patto della Salute** sono:

- **certezza di budget** per le Regioni per avviare una programmazione triennale;
- **sostenibilità del sistema sanitario** di fronte alle nuove sfide: l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata;
- lotta agli **sprechi** e alle inefficienze, risparmi da reinvestire in salute;
- **garanzia per tutti** dell'accesso alle cure, ai farmaci e ad uno standard qualitativo di assistenza;
- **aggiornamento dei Lea** per togliere prestazioni e cure ormai obsolete, che comunque costano, e sostituirle con nuove e moderne attività più efficaci per la cura delle malattie;
- adeguamento dei Lea inserendovi tutte le **malattie rare**;
- aggiornamento anche del nomenclatore per garantire ai cittadini **protesi** moderne (fermo da quindici anni).
- **l'umanizzazione delle cure** quale fulcro del nuovo Patto: il malato al centro dell'azione sanitaria.
- riorganizzazione degli **ospedali** e potenziamento della medicina del territorio per creare una rete d'assistenza molto più efficiente e capillare ed evitare l'ingolfamento dei grandi ospedali.
- riorganizzazione della **medicina del territorio** con ruoli da protagonisti per i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e farmacie di servizio.

I documenti di programmazione regionale a cui fare riferimento sono la DGR 970/2012, il Piano Regionale di Prevenzione, la DGR 496 del 12/05/2014 *“Nuovo Piano Sanitario Regionale 2014-2016. Primi indirizzi di orientamento politico e individuazione della struttura organizzativa”* e la più recente DGR 1009 del 04/08/2014 *“Piano Straordinario per il contenimento della Liste di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale”*.

In linea generale, la **strategia aziendale del 2015 si ispira a tre principi fondamentali**, che devono costituire il riferimento nel medio lungo termine, oltre che per l'orizzonte annuale, in quanto principi fortemente coerenti con la programmazione nazionale e regionale, nonché pregnanti nel contesto locale:

- la **visione unitaria dell’Azienda**, intesa come corpo unico orientato ad erogare servizi di qualità, risolvendo problemi e integrando le diverse parti, sia quelle territoriali interne, sia quelle funzionali (ospedale – territorio, area sanitaria – area sociale – area amministrativa), sia quelle professionali, in rapporto ai bisogni di cura (equipe multispecialistiche e multiprofessionali);
- la **centralità del cittadino** come principio guida assoluto delle scelte di macro e micro organizzazione e gestione, principio già ampiamente noto ma da rinnovare, promuovere, verificare e riproporre costantemente nella vita quotidiana dell’Azienda, nelle scelte strategiche e operative, nei sistemi premianti aziendali;
- il **perseguimento del pareggio di bilancio** come requisito etico della gestione, e dunque il perseguimento dei più alti livelli di efficienza in tutti gli ambiti dell’organizzazione;

La concreta attuazione di questi tre principi presuppone, da parte della dirigenza aziendale e dei collaboratori in genere, una convinta adesione ai valori ad essi sottesi, nonché un forte spirito di squadra e di identificazione.

L’Azienda USL Umbria 1, tenendo conto del mandato istituzionale e della propria missione e di quanto emerge dall’analisi del contesto esterno, ha programmato di finalizzare le attività del 2015 verso le seguenti **aree strategiche**:

- Promuovere la salute e ridurre le esposizioni evitabili;
- Mantenere universalità ed equità di accesso ai LEA garantendo la sostenibilità economica del sistema;
- Promuovere il continuo miglioramento della qualità e sicurezza delle cure;
- Innovare l’organizzazione e valorizzare il personale.

Pertanto, gli **obiettivi aziendali prioritari** sono:

- mantenere i tassi di adesione alla campagna vaccinale, con la collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- consolidare le adesioni agli screening in collaborazione con ospedale, distretto, associazioni di volontariato, rispettando i target stabiliti dalla Regione;
- consolidare e sviluppare le azioni e i progetti per la promozione della salute in collaborazione con le altre istituzioni del territorio, in riferimento agli stili di vita e alla sicurezza sul lavoro;
- armonizzare e potenziare la sicurezza alimentare lungo tutta la filiera;
- mantenere i livelli di controllo già previsti da Piano straordinario di vigilanza negli ambienti di lavoro in applicazione del Patto per la salute nei luoghi di lavoro;
- potenziare le Cure Primarie e qualificare le Cure Intermedie;
- migliorare la continuità assistenziale tra il trattamento in acuzie e la presa in carico della post-acuzie (integrazione Ospedale-Territorio);
- potenziare le cure palliative nel territorio, sia con un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale, sia nella presa in carico ospedale – territorio, garantendo la continuità assistenziale dei

- pazienti;
- mantenere elevati standard di qualità in ogni punto della rete ospedaliera con profili di cura omogenei e scientificamente validati;
 - assicurare il decentramento di alcune attività assistenziali, con particolare riferimento a quelle dell'area delle chirurgie specialistiche al fine di contenere il fenomeno della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri.
 - contenere i tempi di attesa delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale;
 - assicurare la sostenibilità economica del sistema aumentandone l'efficienza attraverso:
 - appropriatezza nell'impiego dei beni sanitari:
 - standardizzazione dei percorsi assistenziali nell'ottica del contenimento dei costi con monitoraggio continuo dei consumi di farmaci e dispositivi medici, sia all'interno delle strutture ospedaliere sia sul territorio;
 - responsabilizzazione della funzione territoriale sul controllo dell'appropriatezza prescrittiva (spesa farmaceutica convenzionata, spesa assistenza protesica, ecc.);
 - potenziamento dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto;
 - organizzazione snella, che si traduce in:
 - introduzione di una attenta programmazione e controllo dei tempi del "*percorso paziente*" (es. per la degenza pre e post operatoria), per razionalizzare l'uso delle risorse utilizzate;
 - ottimizzazione dell'uso dei fattori fissi della produzione, partendo dagli ambiti a maggior costo (es. sale operatorie);
 - promozione della progettualità degli operatori, in modo da coniugare la visione complessiva propria della Direzione Generale con la percezione specifica delle esigenze dell'utenza, delle criticità organizzative, delle possibili soluzioni, che si forma negli operatori attraverso il lavoro sul campo;
 - efficienza negli acquisti;
 - perseguire/manutenere l'accreditamento delle strutture e servizi;
 - promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative;
 - promuovere il miglioramento dell'informazione al paziente e la corretta compilazione della documentazione sanitaria;
 - completare il processo di riorganizzazione aziendale alla luce degli indirizzi della programmazione regionale;
 - implementare il sistema di valutazione delle performance individuali;
 - migliorare la comunicazione interna/esterna;
 - assicurare qualità, completezza e tempestività nei Flussi Informativi Nazionali e Regionali.

Compatibilmente con gli obiettivi derivati dalla programmazione aziendale, nella definizione dei programmi di attività sarà importante anche **valutare idee e proposte dei Responsabili di Macrostruttura e di Struttura.**

Idee e proposte dei Responsabili di Macrostruttura e di Struttura

Questi ultimi, fin dalla fase di sviluppo di idee e proposte, dovranno preliminarmente coinvolgere anche i loro più diretti collaboratori.

Per la costruzione degli indicatori di valutazione del raggiungimento degli obiettivi devono essere utilizzati dati già compresi nel Sistema Informativo Aziendale.

Indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi di Budget

Nelle fasi iniziali di impostazione e definizione così come in quelle successive di realizzazione, monitoraggio e verifica, i programmi di attività dovranno essere oggetto di iniziative di informazione e di coinvolgimento nei confronti del maggior numero di operatori possibile.

Informazione e coinvolgimento

Chi ha ruoli di responsabilità e di coordinamento a qualsiasi livello ha l'obbligo di utilizzare tutti gli strumenti relazionali per trasmettere le informazioni relative ai programmi di attività, favorire il coinvolgimento dei collaboratori e mettere in relazione tra di loro le diverse parti del sistema aziendale.

L'informazione ed il coinvolgimento sono una condizione necessaria per ottenere la collaborazione da parte di tutti per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

La trasparenza è uno dei principi che ispira l'azione dell'Azienda e la comunicazione è lo strumento privilegiato per rendere concreto questo valore astratto.

LA PIANIFICAZIONE DELLE RISORSE PER L'ANNO 2015

La Conferenza Stato Regioni del 10 luglio 2014 ha siglato l'intesa sul nuovo "Patto per la Salute" 2014/2016, che determina anche la programmazione del livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a cui concorre lo Stato nel triennio di riferimento.

Finanziamento Sistema Sanitario Nazionale 2015

Il finanziamento 2015 risulta stabilito, in sede di Conferenza Stato Regioni, in 112.062.000 milioni di euro, con un incremento di 2,134 miliardi di euro in termini assoluti e del 1,90 in termini percentuali rispetto al 2014.

Lo stesso art. 1 dell'Intesa, però, preannuncia che **il livello di finanziamento programmato per il 2015 potrebbe essere soggetto ad eventuali modifiche** che si rendessero necessarie **in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico.**

Nei primi giorni del mese di ottobre sono state già **diffuse anticipazioni in materia di consistenti interventi riduttivi, da 800 milioni a 2 miliardi, da operare con la legge di stabilità, sulle risorse statali messe a disposizione della sanità nel 2015, che di fatto quasi azzererebbero gli incrementi previsti dal Patto per la Salute.**

In questo quadro di incertezza, **la Regione Umbria non ha ancora emanato indirizzi in ordine al bilancio di previsione 2015** delle aziende sanitarie ed in particolare riguardo al riparto delle risorse ed ai livelli di global budget da assicurare per la mobilità regionale.

Finanziamento Sistema Sanitario Regionale 2015

Pertanto, prudenzialmente, **le risorse a disposizione di questa Azienda per l'esercizio 2015 si stimeranno, in questa prima fase di avvio della programmazione dei budget economici 2015, pari a quelle assegnate per il 2014 con Deliberazione di Giunta n. 944 del 28/7/2014 (€779.672.444), ad invarianza dei tetti e contenuti di global budget.**

Dopo la formale comunicazione delle direttive e degli indirizzi regionali in materia di bilancio di previsione 2015, si provvederà, ove necessario, a rettificare le risorse aziendali a disposizione per le spese correnti e, conseguentemente, a rivedere e riassegnare i budget economici per i costi correnti 2015.

Sul bilancio preventivo economico 2015 non verrà iscritta, tra i ricavi, la voce di finanziamento per la medicina penitenziaria, in quanto non risultano formali assegnazioni e riparti a livello statale, né da parte della Regione Umbria.

Finanziamento 2015 medicina penitenziaria

La legge di stabilità per l'anno 2015 non è stata ancora emanata, non si conoscono, quindi, eventuali finanziamenti in favore delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, e per la Non Autosufficienza – PRINA.

Fondo Non Autosufficienza - PRINA 2015

La Regione Umbria con DGR 1524 del 23/12/2013 ha ripartito ed assegnato in favore delle Aziende Sanitarie le risorse del fondo regionale

per la non autosufficienza relative all'anno 2013, pari a complessivi € 7.949.121. Non risultano ulteriori assegnazioni per anni 2014 e 2015.

Nel bilancio **preventivo economico 2015 verranno iscritte**, pertanto, esclusivamente **le somme** finanziate ed autorizzate dalla Regione Umbria negli anni precedenti e **non utilizzate al 31/12/2014 oltre a quelle che verranno eventualmente assegnate nell'esercizio 2015.**

Nella programmazione delle attività si dovrà contare sull'attuale dotazione di personale con l'integrazione di quello già in corso di acquisizione e del reintegro del turn over che si manifesterà in corso d'anno e ritenuto necessario.

Personale

La richiesta di risorse umane aggiuntive sarà possibile, di norma, esclusivamente per l'attivazione dei nuovi servizi stabiliti dalla Direzione Aziendale e dovrà, comunque, essere verificata attraverso un mirato confronto tra tutte le realtà organizzative che insistono su ogni Macrostruttura al fine di:

- ✓ verificare ogni possibile sinergia dipartimentale, distrettuale ed aziendale;
- ✓ suggerire, in relazione al tipo di risorsa necessaria, i profili professionali ed il rapporto di lavoro più pertinente a soddisfare i bisogni assistenziali e le esigenze organizzative dei Servizi.

Oltre agli aspetti sopra specificati, tenendo conto di quanto disposto nella DGR 970/2012, sarà necessario privilegiare l'attivazione di **"pool itineranti di professionisti"** per aumentare l'offerta nelle chirurgie specialistiche a maggior mobilità passiva extraregionale.

Dovrà essere valutato in logica dipartimentale/distrettuale anche il ricorso a consulenze sanitarie, collaborazioni professionali e personale con rapporto di lavoro temporaneo.

**Consulenze sanitarie,
Collaborazioni libero-
professionali**

Per l'individuazione del fabbisogno si dovrà provvedere a:

Attrezzature Sanitarie

- verificare il piano di rinnovo predisposto dalla Ingegneria Clinica riportando, nella specifica colonna, la necessità o meno della acquisizione;
- verificare l'elenco delle richieste già avanzate indicandone, nella specifica colonna, il grado di priorità della acquisizione: A=alta; B=media; C=bassa;
- compilare le schede per le eventuali richieste aggiuntive, che potranno essere avanzate esclusivamente in caso di:
 - ✓ esigenze insorte per l'attivazione di nuovi servizi/attività;
 - ✓ introduzione di nuove tecnologie da utilizzare per servizi già attivi;
 - ✓ trasferimento di sede.

Il dettaglio delle necessità di mobili ed arredi dovrà essere proposto rilevando esclusivamente quanto necessario all'apertura di nuovi servizi.

Mobili ed Arredi

Valgono le considerazioni sopra esposte per la proposta di acquisto delle attrezzature sanitarie.

**Strumentazione
Informatica**

Tuttavia, considerata la particolarità del tipo di acquisti da proporre – soprattutto a riguardo del loro collegamento con le procedure informatiche a disposizione o che saranno messe a disposizione – il Responsabile di Macrostruttura dovrà avvalersi della consulenza del Servizio di Staff Tecnologie Informatiche e Telematiche.

Fatti salvi i rinnovamenti strutturali previsti dal Piano di Investimenti Aziendale che sarà fornito ai Responsabili di Macrostruttura, le esigenze legate alla manutenzione ordinaria degli immobili ed impianti, stante la loro particolarità e la difficile operazione di rilevazione dei relativi costi, vanno prospettate precisandone la motivazione.

**Interventi di
Manutenzione Ordinaria
Immobili ed Impianti**

Le esigenze formative dovranno essere prospettate la Scheda di "Proposta Formativa " e le indicazioni fornite dalla UO Formazione del Personale e Sviluppo Risorse

Formazione

LA VERIFICA DELL'ANDAMENTO DEL BUDGET

Il monitoraggio dell'andamento del budget è compito imprescindibile di tutti coloro a cui è stato assegnato. **Monitoraggio del Budget**

L'andamento del budget viene verificato, attraverso idoneo sistema di reporting, con cadenza di norma **trimestrale**.

Gli specifici Servizi di Area Centrale provvederanno a fornire il supporto informativo necessario a valutare l'andamento del budget. **Flussi Informativi per la verifica dell'andamento del Budget**

I dati quantitativi per la verifica del raggiungimento degli obiettivi saranno, salvo diverso accordo definito, quelli resi disponibili al Sistema Informativo Aziendale secondo le seguenti modalità:

1. **ATTIVITA' DI RICOVERO** – Inserimento completo dei dati e validazione SDO nel sistema informatizzato (ADT) **entro il 20 del mese successivo** la chiusura del trimestre.
2. **ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (SISTEMA CUP)** – Validazione dei piani di lavoro e aggiornamento delle prestazioni erogate nel trimestre **entro il giorno 8 del mese successivo** la chiusura del trimestre.
3. **ATTIVITÀ TERRITORIALI GESTITE DALLE PROCEDURE ASTER E ATLANTE** – Registrazione delle attività **entro il giorno 15 del mese successivo** la chiusura del trimestre.
4. **ATTIVITÀ TERRITORIALI NON GESTITE DALLA PROCEDURA ASTER** – Trasmissione dei **modelli cartacei "ufficiali"** Servizio di Staff Programmazione Controllo e Sistema Informativo, **entro il giorno 10 del mese successivo** la chiusura del trimestre.

Il mancato rispetto di tali condizioni vincolanti potrà determinare una **penalizzazione complessiva sul risultato che, a valutazione del Direzione Aziendale, potrà raggiungere il 10%**.

Una relazione sull'andamento, nel 1° trimestre di attività, degli obiettivi di budget con evidenziazione di eventuali criticità e la richiesta di eventuali variazioni andrà inviata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Maggio**.

**Relazione
1° trimestre
(entro 10/05/2015)**

Una relazione sull'andamento, nel 1° semestre di attività, degli obiettivi di budget con evidenziazione di eventuali criticità e la richiesta di eventuali variazioni andrà inviata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Agosto**.

**Relazione
1° semestre
(entro 10/08/2015)**

Una relazione annuale sull'andamento degli obiettivi di budget della Macrostruttura, con allegata tutta l'eventuale documentazione, andrà inviata dai relativi Responsabili alla Direzione Aziendale **entro il 28 febbraio dell'anno successivo** a quello di budget.

**Relazione annuale
(entro 28/02/2016)**

Le eventuali richieste di variazioni del budget vengono effettuate, di norma, contestualmente all'invio delle relazioni sull'andamento delle attività.

Variazioni del Budget

Il responsabile della Macrostruttura formula la richiesta alla Direzione Aziendale indicandone le motivazioni.

Per la valutazione della stessa, e l'eventuale approvazione, la Direzione Aziendale dovrà tenere conto delle motivazioni espresse dal richiedente e rispondere entro 30 giorni.

Anche nel caso in cui una struttura sia ostacolata nel raggiungimento di un obiettivo a causa della mancata collaborazione di altre U.O. o Servizi, il Responsabile dovrà prontamente comunicare tali situazioni alla Direzione Aziendale per consentire di rimuovere gli ostacoli o di sostituire/modificare l'obiettivo.

LA VALUTAZIONE FINALE DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET

La valutazione sul raggiungimento degli obiettivi di budget viene espressa in percentuale, **da un minimo di 0 ad un massimo di 100%**, con percentuali intermedie, in rapporto al valore di consuntivo rispetto ai valori di range fissati.

Valutazione finale dei Budget

Il giudizio complessivo sul raggiungimento degli obiettivi di budget sarà definito come specificato di seguito:

- **0 - 25% Insufficiente**
- **26 - 50% Scarso**
- **51 - 75% Sufficiente**
- **76 - 84% Buono**
- **85 - 100% Ottimo**

La Direzione Aziendale effettua la valutazione finale dei Budget di Macrostruttura, di norma, entro il 31/03/2015.

Valutazione finale dei Budget di Macrostruttura (entro 31/03/2015)

Il responsabile di Macrostruttura effettua, anche sulla base della valutazione effettuata dalla Direzione Aziendale, la valutazione finale dei Budget delle Strutture di propria afferenza e provvede all'invio dei risultati della valutazione alla Direzione Aziendale, di norma, entro il 30/04/2015.

Valutazione finale dei Budget di Struttura (entro 30/04/2015)