



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali
Area Pianificazione, programmazione attuativa, controllo di gestione e qualità
Area Servizi sanitari territoriali ed ospedalieri

ALLEGATI

**Relazione informativa sullo stato di attuazione
della Legge e sui risultati ottenuti in termini di
contenimento dei tempi di attesa per la
fruizione delle prestazioni sanitarie –
L.R. 26.3.2009, n.7 – Art. 15**

Trieste, 19 settembre 2011

**Delibera n° 2384**

Estratto del processo verbale della seduta del
25 novembre 2010

oggetto:

LR 49/1996 , ART 12 - LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ANNO 2011: APPROVAZIONE DEFINITIVA.

Renzo TONDO	<i>Presidente</i>	<i>assente</i>
Luca CIRIANI	<i>Vice Presidente</i>	<i>presente</i>
Angela BRANDI	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Elio DE ANNA	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Andrea GARLATTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Vladimir KOSIC	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Roberto MOLINARO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Riccardo RICCARDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Sandra SAVINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Federica SEGANTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Claudio VIOLINO	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>

Daniele BERTUZZI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Premesso, che la legge regionale 15 giugno 1993, n. 41 (Norme propedeutiche e principi per il riordino della disciplina in materia sanitaria in applicazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), nell'individuare i soggetti e gli strumenti del processo di pianificazione sanitaria regionale, dispone, all'art. 2, comma 1, lettera a) che la Regione elabora, indirizza e coordina il processo medesimo e ne controlla le fasi attuative;

Vista la L.R. 19.12.1996, n. 49, recante "Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione sociosanitaria", che, in particolare:

- al comma 1, dell'art. 12, prevede che la pianificazione regionale si attui in conformità alla surrichiamata L.R. n. 41/1993;
- al comma 2, dell'art. 12, demanda alla Giunta Regionale l'emanazione delle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale;

Atteso che le innanzi citate disposizioni, relative alla programmazione del Servizio sanitario regionale, si applicano, ai sensi dell'articolo 46 della predetta L.R. n. 49/1996 e dell'art. 14, comma 1, della legge regionale 10 agosto 2006, n. 14 anche agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano, quali Enti del Servizio sanitario regionale;

Visto l'art. 10 della legge regionale 23.07.2010, n. 12, (Assestamento del bilancio 2009 e del bilancio pluriennale per gli anni 2009-2011 ai sensi dell'articolo 34 della legge regionale 21/2007) che ha previsto la ridefinizione dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale, a tal fine, a decorrere dall'1° gennaio 2010 è stata istituita la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali;

Premesso che con deliberazione giunta n. 2195, dd. 8.11.2010, è stato approvato, in via preliminare, il testo delle linee di gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2011;

Atteso che ai sensi dell'art. 1, comma 7, lettera d), della L.R. 9.03.2001, n. 8, la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, ha il compito di esprimere parere in merito alle linee annuali di gestione di cui all'art. 12, comma 2 della LR 49/1996;

Dato atto che nelle sedute del 16 e 22 novembre 2010, si è tenuto l'esame ed il confronto con la Conferenza permanente in merito al testo delle linee di gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2011;

Preso atto, quindi, che a seguito del confronto intervenuto tra i componenti della Conferenza permanente e l'Assessore unitamente alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, la Conferenza, come da comunicazione dd. 22.11.2010, ha approvato la proposta di linee di gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2011;

Preso atto, altresì, che l'Assessore e la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, nel corso della elaborazione del testo definitivo delle linee di gestione del SSR anno 2011, coerentemente ai contenuti programmatici delle medesime ed alle esigenze via via emerse, hanno ritenuto opportuno chiarirne i contenuti apportando, quindi, al predetto testo alcune modifiche al fine di consentire agli Enti del servizio sanitario una più agevole attuazione delle prescrizioni previste tenuto conto delle esigenze del territorio, dei rapporti intercorrenti con i soggetti privati che operano per conto del Servizio sanitario regionale, dei rapporti in essere con lo Stato in relazione all'attuazione del progetto nazionale di ricetta elettronica ed in relazione all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, nonché dell'attività in corso del Centro regionale trapianti e delle indicazioni a livello nazionale in merito alle politiche di prevenzione e cura delle dipendenze;

Atteso che, come già stabilito nella deliberazione giuntales n. 2195/2010:

- l'entità delle risorse per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2011, indicate nel citato documento è condizionata alla definizione delle risorse che risulteranno certe e disponibili sulla base di quanto verrà previsto dalla legge finanziaria regionale per l'anno 2011 nonché dal bilancio regionale pluriennale 2011-2013, e dal bilancio annuale 2011;
- conseguentemente, l'eventuale diverso ammontare delle risorse certe e disponibili per la gestione del Servizio Sanitario Regionale comporterà il necessario correlato riallineamento delle risorse indicate nel documento in parola, con l'applicazione dei criteri definiti con lo stesso;

Tutto ciò premesso, su proposta dell'Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali,

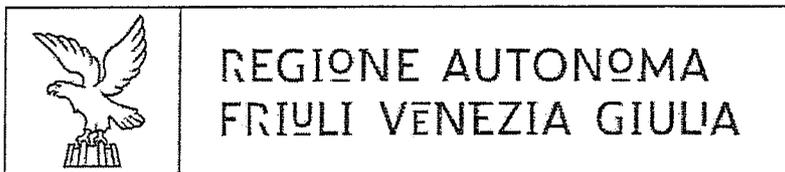
La Giunta regionale all'unanimità

delibera

1. di approvare il documento recante le "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2011", di cui all'art. 12, comma 2 della LR 19.12.1996, n. 49, allegato parte integrante al presente provvedimento;
2. di confermare che l'ammontare delle risorse indicate nel documento di cui al punto sub 1), secondo i criteri nello stesso definiti dovrà essere riallineato, ove diverso, all'ammontare delle risorse che risulteranno certe e disponibili per il Servizio sanitario regionale sulla base di quanto verrà previsto dalla legge finanziaria regionale per l'anno 2011 nonché dal bilancio regionale pluriennale 2011-2013, e dal bilancio annuale 2011.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
LINEE PER LA GESTIONE 2011

3.4 LINEE PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

Le linee progettuali del SSR nel 2011 di seguito illustrate, alcune già presenti negli anni precedenti ed altre di nuovo avvio, verranno ulteriormente precisate dalla Direzione Centrale nel documento tecnico contenente le indicazioni metodologiche.

3.4.1 CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

In attesa della prossima definizione del "Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012" vengono di seguito delineate le indicazioni regionali sui tempi d'attesa che verranno successivamente integrate dalle indicazioni nazionali.

Sono confermati, per l'anno 2011, l'elenco delle prestazioni ed i relativi tempi massimi e valori soglia così come previsti dalla D.G.R. n. 288 dd. 16.2.2007, recante "Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008" (salvo successive variazioni del piano nazionale), definiti sulla base dei criteri di priorità attualmente utilizzati in Regione, di seguito indicati:

Priorità	Tempi (in giorni)	Valore soglia
B (Breve)	entro 10 giorni	90%
D (Differibile)	entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici	80%
P (Programmata)	180 gg.	100%

Le predette prestazioni, per le quali sono definiti i tempi massimi, sono quelle considerate di primo accesso. Pertanto non vengono considerate (al fine del calcolo del valore soglia percentuale):

- **le prestazioni urgenti:** per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza nell'arco della giornata di presentazione del paziente o in un periodo immediatamente successivo (24 ore)
- **le prestazioni urgenti differibili:** la cui effettuazione può essere differibile di qualche giorno, ma che necessitano comunque di una effettuazione in tempi brevi (72 ore)
- **le visite e/o prestazioni di controllo:** intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente o comunque effettuati nella stessa Area Vasta e nella stessa disciplina entro 6 mesi dalla visita precedente sia essa richiesta come prima visita o come visita di controllo;
- le prestazioni erogate all'interno di specifici percorsi terapeutici o diagnostici o nell'ambito del percorso nascita;
- le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva;
- le prestazioni svolte in libera-professione intramuraria.

Sono confermati:

- l'elenco delle prestazioni e i tempi massimi previsti per l'area dell'anatomia patologica (citologia e istologia);
- i limiti massimi di attesa per la refertazione degli esami diagnostici e delle visite specialistiche (7 giorni, oltre agli eventuali tempi obbligatori di protocollo per l'esecuzione tecnica degli esami);
- la parcellizzazione dei referti nel caso in cui una stessa richiesta includa più esami con tempi di risposta significativamente differenti (si deve evitare il prolungarsi dell'attesa dell'ultimo risultato per la produzione del referto completo).

Nel corso del 2011 potranno essere avviate attività finalizzate al monitoraggio dei tempi di refertazione degli esami di laboratorio più importanti e critici.

3.4.1.1 Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa

Sono indicazioni per la programmazione aziendale 2011 le seguenti:

Ogni Area Vasta formula il "Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa". Tale documento rappresenta in modo organico e coordinato gli interventi orientati ad offrire al cittadino che necessita prestazioni specialistiche ambulatoriali la garanzia di poter soddisfare il proprio bisogno in condizioni di adeguata qualità, entro un intervallo di tempo massimo.

Come previsto dal comma 1 dell'art. 6 L.R. 26 marzo 2009 n.7, la responsabilità del rispetto dei tempi d'attesa nelle sedi definite nell'accordo di area vasta è attribuita ai direttori generali. L'ambito entro il quale è misurato il rispetto del tempo massimo d'attesa è l'area vasta stessa. Il rispetto del tempo d'attesa massimo è vincolante (come previsto dal comma 2 dell'art. 6 L.R. 26 marzo 2009 n.7) per tutte le Aziende dell'area vasta.

Il piano inoltre prevede ed esplicita ex ante i comportamenti (e oggettivi indicatori di verifica) che il sistema assumerà nel caso in cui si verifichi il superamento dei livelli massimi di attesa previsti.

Per ognuna delle prestazioni oggetto di monitoraggio per l'anno 2011 devono essere definiti:

- i volumi prestazionali che ciascuna delle Aziende e delle strutture private accreditate che la compongono si impegnano a garantire in risposta ai fabbisogni previsti, con correlata previsione di posti in agenda, formulando piani di lavoro trasversali esplicitanti per le diverse sedi eroganti la capacità produttiva complessiva in termini di ore di apertura e di calendari di erogazione programmati. La quantificazione delle prestazioni necessarie in termini di prime visite e controlli trae il proprio fondamento da analisi e considerazioni congiunte sugli andamenti della casistica acuta e di quella cronica attesi e su modalità programmate di gestione della casistica cronica;
- l'elenco delle sedi accreditate a garantire i tempi massimi di attesa, da individuarsi in conformità ai criteri previsti dall'art. 3, comma 2 della citata L.R. 7/2009. I

tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prestazioni a più elevato livello specialistico ed in più sedi di Area Vasta per le prestazioni di base;

- le modalità e i tempi di intervento previsti dalle Aziende in caso di imprevisto o di criticità nelle attese in uno o più ambiti della rete di Area vasta.

In particolare, le Aziende:

- centralizzano, secondo una visione complessiva sovra-aziendale, la gestione dell'offerta prestazionale ed il governo delle liste di attesa affidando ad una delle Aziende il compito di monitorare la realizzazione del Piano di produzione;
- adottano strumenti flessibili che consentano di rimodulare l'offerta in relazione agli andamenti della domanda di prestazioni. (prevedendo il ricorso a strumenti contrattuali per la gestione degli orari di lavoro, sistema premiante, riallocazione delle risorse tra urgenza e programmato, accordi di produzione integrativa interni e/o contratti di fornitura con i soggetti privati accreditati ecc.);
- definiscono le misure previste per dare risposta a situazioni di forza maggiore (sciopero del personale, guasto macchine, ecc., specificando responsabilità, soluzioni previste e modalità di informazione dell'utenza).

Ulteriori istruzioni verranno fornite alle Aree vaste e alle Aziende nelle indicazioni metodologiche che seguiranno all'approvazione delle presenti Linee.

Monitoraggio dei tempi di attesa

Le Aree Vaste partecipano al monitoraggio regionale dei tempi di attesa. All'Azienda preposta sarà affidato il compito di:

- monitorare costantemente e di informare tutte le aziende dell'area vasta sulla realizzazione del Piano di produzione e sull'andamento delle liste di attesa;
- attivare i meccanismi previsti di intervento in caso di criticità.

Informazioni ai cittadini

In conformità a quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009, le Aziende sono tenute a definire le idonee modalità, omogenee in Area Vasta, destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini.

Ulteriori istruzioni verranno fornite alle Aree vaste e alle Aziende nelle indicazioni metodologiche che seguiranno all'approvazione delle presenti Linee.

3.4.1.2 Semplificazione delle prescrizioni specialistiche

Nell'ottica della definizione e della condivisione attiva e consapevole dei percorsi diagnostico-terapeutici fra soggetti prescrittori ed erogatori, nell'ambito dei piani interaziendali di Area Vasta vengono definiti gli strumenti con cui verificare

l'appropriatezza delle richieste ed i meccanismi di feed-back mediante i quali condividere con i prescrittori i relativi risultati.

3.4.1.3 Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/ prenotazione/gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale

Le Aree vaste garantiscono modalità omogenee di funzionamento della rete CUP e di gestione delle procedure di identificazione/prenotazione/gestione amministrativa nell'ottica della realizzazione di un'unica rete CUP regionale, così come previsto dall'art. 2, comma 1 della L.R. 7/2009.

In particolare, sono indicazioni per la programmazione aziendale 2011 le seguenti:

- implementare le agende di prenotazione condivise tra le Aziende appartenenti alla stessa Area Vasta stratificate per criterio di priorità (almeno per i criteri "B", "D" e "P") a seguito della definizione di criteri di priorità regionali;
- gestire separatamente i percorsi di primo accesso dai controlli. Per l'anno 2012 è prevista l'estensione di tale processo a tutte le prestazioni traccianti;
- garantire tassi di occupazione delle agende di prestazioni traccianti superiori al 90%;
- unificare l'offerta di prenotazione delle prestazioni prioritarizzate: è esclusa la segmentazione (indirizzamento) delle agende di primo accesso (nella misura in cui il criterio di priorità esprime un indirizzo clinico/professionale univoco, condiviso tra tutti i soggetti, tale percorso deve trovare corrispondenza in un'unica agenda di prenotazione, stratificata esclusivamente per criterio di priorità);
- evitare la chiusura delle agende (la legge finanziaria 2006, comma 282, art. 1, sancisce il divieto di sospendere le attività di prenotazione);
- evitare agende nominative;
- limitare le variazioni delle agende alle sole azioni necessarie per governare la domanda e ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

In sede di formulazione degli accordi di Area Vasta, con particolare riferimento alle strutture private accreditate, andranno definiti gli strumenti più idonei per dare esatta applicazione ai criteri sin qui forniti.

3.4.1.4 Prescrizione elettronica e prenotazione on-line

L'anno 2011, in conformità a quanto previsto dall'art. 17 della L.R. 7/2009, dovrà favorire lo sviluppo degli strumenti informatici nei processi di richiesta/refertazione e di prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali, perseguendo l'obiettivo di abbandonare progressivamente la prescrizione cartacea.

Tali strumenti dovranno altresì permettere la condivisione di informazioni tra medici di medicina generale e strutture/servizi delle Aziende, consentendo:

- il recupero automatico dei dati contenuti nella ricetta da parte delle strutture deputate alla prenotazione e erogatrici di prestazioni;

- il ritorno al medico del relativo referto redatto in formato elettronico.

In un'ottica che mira a: favorire l'appropriatezza delle prescrizioni (uniformità delle definizioni), facilitare il processo di prenotazione e accelerare i tempi di ritorno dei referti (garanzia dell'acquisizione informatizzata dei referti), saranno attivate procedure per la costruzione di un unico catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Al riguardo, sono indicazioni per la programmazione aziendale 2011 le seguenti:

- **Prescrizione elettronica:**

Nell'ambito del progetto nazionale di ricetta elettronica, che prevede l'attribuzione informatica del codice ricetta e l'eliminazione della ricetta rossa, le Aziende, in attesa delle direttive da parte del Ministero dell'Economia e Finanze, di prossima emanazione, avviano da subito l'emissione elettronica delle ricette da parte dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta utilizzando il Portale di continuità della cura. È prevista una prima fase in cui verrà sperimentata la qualità e tempestività della prescrizione elettronica con il portale, finalizzata a minimizzare eventuali problematiche emergenti.

- **Restituzione referti**

Al fine di migliorare e velocizzare il processo di continuità di cura le Aziende mettono a disposizione del cittadino e del prescrittore i referti in formato elettronico, rendendo facilmente e velocemente accessibili i referti. Si auspica una progressiva inversione dei percorsi medico-paziente verso un ruolo pro-attivo e anticipatorio del medico, che, visti i risultati, contatta il proprio assistito invitandolo o meno a presentarsi nell'ambulatorio.

- **Prenotazione da parte dei MMG/PLS**

In conformità a quanto previsto dall'art. 16, comma 5 della L.R. 7/2009 le Aziende avvieranno la sperimentazione di prenotazione delle prestazioni direttamente dallo studio del medico, coinvolgendo i Medici di Medicina Generale disposti a partecipare. La prenotazione potrà avvenire o tramite il Portale di Medicina Generale o direttamente dal software utilizzato dal medico nel proprio ambulatorio, purché quest'ultimo rispetti gli standard di connessione con il SSSR.

3.4.1.5 Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni

I commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 prevedono specifici diritti in caso di superamenti dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni.

In particolare, si prevede l'applicazione del citato comma 1, in favore del cittadino cui sia stata indicata in maniera appropriata la priorità B per le prestazioni di seguito elencate:

- visita generale cardiologica (cod. 89.7)

- ecografia addome superiore (cod. 88.74.1 e cod. 88.7411)
- ecografia addome inferiore (cod. 88.75.1 e cod. 88.7511)
- ecografia addome completo(cod. 88.76.1), con e senza contrasto

Al riguardo, sono indicazioni per la programmazione aziendale 2011 le seguenti:

Entro il 15 aprile 2011, le Aziende definiscono ed applicano, nel rispetto delle seguenti indicazioni, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.

Nel caso in cui nessuna delle sedi di Area Vasta individuate dal “Piano di produzione dell’Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa” e previamente rese note al cittadino mediante adeguata informazione sia in grado di garantire le tipologie di prestazioni sopra indicate entro i termini previsti, questi ha diritto al rilascio di una certificazione di “Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti. Qualora il cittadino ritenga di ottenere la prestazione rivolgendosi ad una struttura pubblica regionale fuori Area Vasta, la regolamentazione del rapporto fra Azienda di residenza del paziente ed Azienda erogante avverrà secondo le ordinarie regole di compensazione economica. Qualora il cittadino ritenga invece di ottenere la prestazione rivolgendosi ad una struttura privata accreditata e convenzionata, abilitata ad erogarla, il costo della prestazione dovrà essere addebitato direttamente all’Azienda di residenza dell’utente, al valore della tariffa regionale mediante emissione di fattura corredata della certificazione di “Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti”.

Le previsioni di cui al comma 1, art. 12 della L.R. 7/2009 non si applicano nel caso in cui i tempi massimi di attesa previsti siano rispettati ma l’utente non accetti di recarsi presso le sedi previste dal “Piano di produzione dell’Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa” ed a lui preventivamente rese note.

Si prevede l’applicazione del citato comma 2, a favore del cittadino cui stata indicata in maniera appropriata la priorità P per le prestazioni di seguito elencate

- visita generale cardiologica (cod. 89.7);
- ecografia addome superiore (cod. 88.74.1 e cod. 88.7411)
- ecografia addome inferiore (cod. 88.75.1 e cod. 88.7511)
- ecografia addome completo(cod. 88.76.1), con e senza contrasto

Al riguardo, sono indicazioni per la programmazione aziendale 2011 le seguenti:

Entro il 15 aprile 2011, le Aziende definiscono ed applicano, nel rispetto delle seguenti indicazioni, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.

Nel caso in cui nessuna delle sedi di Area Vasta individuate dal “Piano di produzione dell’Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa” e previamente rese note al cittadino mediante adeguata informazione sia in grado di garantire le tipologie di prestazioni indicate entro 120 giorni, questi ha diritto al rilascio di una certificazione di “Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti”.

Qualora il cittadino ritenga di ottenere la prestazione rivolgendosi ad una struttura pubblica regionale fuori Area Vasta, la regolamentazione del rapporto fra Azienda di

residenza del paziente ed Azienda erogante avverrà secondo le ordinarie regole di compensazione economica.

Qualora invece il cittadino ritenga di ottenere la prestazione rivolgendosi a una struttura privata accreditata e convenzionata, abilitata ad erogarla, egli avrà diritto ad ottenere il rimborso della spesa sostenuta da parte dell'Azienda di residenza esibendo la relativa ricevuta di avvenuto pagamento debitamente corredata della certificazione di "Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti".

Le previsioni di cui al comma 2, art. 12 della L.R. 7/2009 non si applicano nel caso in cui i tempi massimi di attesa previsti siano rispettati ma l'utente non accetti di recarsi presso le sedi previste dal "Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa" ed a lui preventivamente rese note.

3.4.1.6 Libera professione

Sono indicazioni per la programmazione aziendale 2011 le seguenti:

le Aziende dovranno disciplinare i percorsi ed i meccanismi che assicurano la coerenza fra i tempi massimi di attesa e il diritto all'esercizio dell'attività libero professionale. In conformità a quanto previsto dall'art. 7 della L.R. 7/2009, i piani aziendali dovranno contenere:

- l'indicazione del rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria, in particolare per le prestazioni critiche, siano esse ambulatoriali che di ricovero;
- le azioni che orienteranno la retribuzione di risultato alla riduzione dei tempi di attesa;
- i meccanismi di controllo attivati per verificare costantemente la prevalenza dell'attività istituzionale rispetto all'attività libero-professionale, nonché per la verifica degli impegni assunti e le misure da intraprendere qualora i tempi di attesa permangano oltre i valori stabiliti per un periodo prefissato e qualora non siano rispettati i volumi prestazionali concordati.

3.4.1.7 Criteri di priorità

La progressiva estensione della stratificazione della domanda per classe di priorità in ambito sanitario già avviata negli anni precedenti proseguirà nel corso del 2011 con l'estensione a nuove categorie di prestazioni a partire da quelle più critiche.

Le esperienze sviluppate negli ambiti di area vasta ed aziendali hanno evidenziato la necessità di estendere le esperienze locali all'ambito regionale in modo da favorire linguaggi e percorsi di cura comuni.

Si prevede, in particolare, per l'anno 2011, la promozione di criteri di priorità regionali su alcune delle principali indagini della diagnostica per immagini.

Al riguardo, sono indicazioni per la programmazione aziendale 2011 le seguenti:

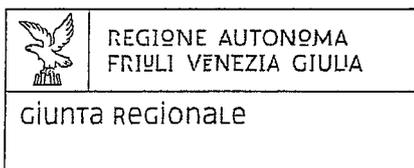
- partecipare, tramite propri referenti, alle riunioni tecniche promosse dalla Regione;

- implementare le agende stratificate per classe di priorità entro 4 mesi dalla data di emanazione dei criteri di priorità regionali.

Al fine di promuovere la responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti nel percorso di erogazione delle prestazioni, si stabilisce che l'ambito temporale massimo in cui è possibile utilizzare un'impegnativa con l'esplicitazione del codice di priorità ai fini della prenotazione (o accedere al servizio) è definito dal tempo associato al codice di priorità stesso (U: entro 24 ore, B: entro 10 giorni, D e P: secondo quanto definito dagli specifici protocolli). Scaduti tali termini, il diritto definito dal criterio di priorità deve essere esplicitamente riconfermato / aggiornato dal prescrittore, pur restando valida la prescrizione.

Il corretto calcolo del tempo d'attesa (in cui deve essere evasa la prestazione richiesta viene calcolato a partire dal momento in cui l'assistito contatta le strutture deputate alla prenotazione (Call Center, CUP, farmacie, ecc.).

Al fine di facilitare i sistemi di monitoraggio nell'utilizzo dei criteri di priorità, in presenza di priorità definite, eventuali prescrizioni senza l'esplicitazione del criterio di priorità dovranno essere equiparate in base a quanto concordato localmente con i prescrittori, comunque identificato come "senza criterio" nel sistema di prenotazione CUP.



Delibera n° 1439

Estratto del processo verbale della seduta del
28 luglio 2011

oggetto:

PIANO REGIONALE ATTUATIVO DEL PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2010-2012 - APPROVAZIONE.

Renzo TONDO	<i>Presidente</i>	<i>presente</i>
Luca CIRIANI	<i>Vice Presidente</i>	<i>assente</i>
Angela BRANDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Elio DE ANNA	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Andrea GARLATTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Vladimir KOSIC	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Roberto MOLINARO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Riccardo RICCARDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Sandra SAVINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Federica SEGANTI	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Claudio VIOLINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>

Daniele BERTUZZI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Premesso che:

- in data 28 marzo 2006 tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n.131, è stata siglata l'intesa inerente il "*Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per triennio 2006-2008*";
- tale atto d'intesa stabilisce che le Regioni e le Province autonome, ai fini del contenimento dei tempi di attesa, adottino un proprio Piano, anche ad integrazione ed aggiornamento dei provvedimenti regionali attuativi dell'art. 3 decreto legislativo 29 aprile 1998, n.124, dell'accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, nonché del Decreto del Presidente del Consiglio, 16 aprile 2002;
- il documento recante il piano adottato a livello regionale deve essere trasmesso, come disposto dalla precitata Intesa 28 marzo 2006, al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ai fini della "*predisposizione di una linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali, che tiene conto di quanto il piano regionale è coerente con il Piano nazionale sulla base delle linee guida del Comitato (...)*";
- con DGR n. 1509 del 30 giugno 2006 è stato approvato il "*Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 - ...*";
- con nota n.28107/dgprog/21/P.1°del 22 dicembre 2006 il Ministero della salute ha trasmesso alle regioni il documento "*Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali, sui tempi di attesa*", adottato, nella seduta del 15 dicembre 2006, dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sopraccitato;
- a seguito di tale documento è stato necessario modificare la citata DGR n.1509/2006, tenuto conto delle indicazioni fornite nel documento-guida medesimo, con successiva DGR n. 288 del 16 febbraio 2007 recante "*Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 adeguamento alla linea guida del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.*";
- con legge regionale 26 marzo 2009, n.7 sono state disciplinate le "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del SSR.";
- in conformità alle disposizioni della legge regionale 23 luglio 2009, n.12, dall'1 gennaio 2010 tutte le funzioni e i compiti prima attribuiti all'Agenzia regionale della Sanità sono state assunte dalla Direzione centrale salute integrazione socio-sanitaria e politiche sociali;
- con DGR n. 2016 del 9 settembre 2009 sono stati approvati i Piani di Area Vasta 2009 e con la medesima sono stati individuati i relativi obiettivi per i Direttori generali del SSR;
- in attuazione della citata LR n. 7/2009, con DGR n.2643 del 26 novembre 2009 recante "*Approvazione delle linee annuali per la gestione del SSR nel 2010*", sono state fornite, fra l'altro, precise indicazioni per il contenimento dei tempi di attesa;
- in data 28 ottobre 2010 tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n.131, è stata siglata l'Intesa inerente il "*Piano nazionale di governo delle liste di attesa per triennio 2010-2012*", di cui all'art.1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n.266;
- in G.U. 23.11.2010, n.247, suppl. ordinario, è stato pubblicato il "*Piano nazionale di governo delle Liste di attesa per il triennio 2010-2012*";
- con nota ministeriale DGPROG n.0042754-P- del 30.12.2010 sono state trasmesse le "Linee guida sulla modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa, come da Accordo Stato-

Regioni 28 ottobre 2010 sul Piano Nazionale di Governo dei tempi d'attesa (PNGLA 2010-2012);

- con le successive note ministeriali DGPROG n. 0010134-P-25/03/2011 e DGPROG n 0014288-P-28/04/2011 sono stati comunicati gli "Aggiornamenti delle linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi di attesa, di cui al punto 9 dell'Intesa Stato-Regioni sul PNGLA 2010-2012";

Ritenuto, pertanto, di approvare il documento "Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012", predisposto dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali che aggiorna i contenuti della citata DGR 288/2007 sulla base delle disposizioni previste dalla sopracitata L.R. n. 7/2009 e recepisce quanto indicato nel Piano nazionale di governo delle Liste di attesa per il triennio 2010-2012 e costituisce parte integrante del presente provvedimento;

Atteso che il documento in parola, in attuazione della normativa soprarichiamata in particolare, definisce:

- a) l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali sono fissati i tempi massimi di attesa con l'indicazione dei relativi tempi massimi previsti;
- b) i livelli di responsabilità individuati nell'ambito dei diversi processi;
- c) le misure alternative da adottare da parte delle Aziende sanitarie in caso di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa previsti
- d) le azioni da realizzare sul fronte della domanda e sul fronte dell'offerta;
- e) le procedure di monitoraggio delle liste di attesa, finalizzate a verificare nel corso del tempo il rispetto dei parametri previsti e l'identificazione di eventuali punti critici;
- f) gli strumenti destinati a garantire l'informazione e la comunicazione ai cittadini sulle liste di attesa, sul sistema complessivo dell'offerta e sulle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- g) i compiti ed i ruoli della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali, delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS;

Dato atto che il documento è stato predisposto d'intesa tra le Aree Pianificazione, programmazione attuativa e controllo di gestione e dei Servizi territoriali e ospedalieri della Direzione centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali;

Su proposta dell'Assessore regionale alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali
La Giunta regionale all'unanimità

Delibera

1. di approvare, per quanto esposto in premessa e coerentemente con gli atti di programmazione regionale adottati ed ai contenuti del Piano nazionale di contenimento delle liste d'attesa, il Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012, allegato n.1 al presente provvedimento, del quale costituisce parte integrante.
2. di incaricare la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, in attuazione dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 28 ottobre 2010, di trasmettere il Piano regionale, di cui al punto sub 1), al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'art.9, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE



Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali

**Piano regionale attuativo del Piano nazionale di
governo delle liste di attesa per il triennio
2010-2012**

Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 – approvazione

PREMESSA.....	3
CONTENUTI ED AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PIANO	3
RICOGNIZIONE DEI RIFERIMENTI NORMATIVI.....	5
PARTE I.....	8
ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI	8
1. Categorie di prestazioni per le quali sono definiti i tempi massimi	8
2. Criteri di priorità e modalità di accesso	10
3. Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio	15
PARTE II.....	20
I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ.....	20
4. Piano annuale di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa.....	20
5. Contenuti obbligatori del Piano di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa.....	21
6. Responsabilità dei Direttori generali	22
PARTE III.....	24
MISURE ALTERNATIVE DA ADOTTARE IN CASO DI MANCATO RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI.....	24
7. Mancato rispetto dei tempi di attesa	24
8. Attivazione forme di rimborso e di esecuzione alternativa per i cittadini in caso di superamento dei tempi.....	25
PARTE IV	28
LE AZIONI SUL FRONTE DELLA DOMANDA.....	28
9. Medici prescrittori.....	28
10. Semplificazione delle prescrizioni specialistiche	28
11. Semplificazione procedure per il rilascio di certificati medici	29
12. Revisione periodica delle attività prescrittive	30
PARTE V	31
LE AZIONI SUL FRONTE DELL'OFFERTA	31
13. Libera professione.....	31
14. Razionalizzazione delle modalità di erogazione dell'offerta.....	31

15. Efficiente utilizzo delle apparecchiature esistenti	32
PARTE VI	33
INFORMATIZZAZIONE E MESSA IN RETE DEL SSR PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA	33
16. Gestione delle agende di prenotazione	33
17. Sospensione di agende e di attività	34
18. Allineamento della gestione delle procedure di identificazione / prenotazione / gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale.....	35
19. Prescrizione elettronica e prenotazione on-line	36
PARTE VII.....	38
MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA	38
20. Monitoraggio dei tempi di attesa	38
21. Monitoraggio dei ricoveri	39
PARTE VIII.....	40
RAPPORTI CON I CITTADINI	40
22. Informazione ai cittadini.....	40
23. Responsabilità dei cittadini	40
PARTE IX.....	42
CLAUSOLA VALUTATIVA	42
24. Clausola valutativa.....	42
ALLEGATI	43
ALLEGATO N°1	43
Modulo di segnalazione di chiusura agende	43

PREMESSA

CONTENUTI ED AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PIANO

Il presente Piano di contenimento dei tempi di attesa 2010-12, aggiorna i contenuti della DGR 288 dd. 16.2.2007 sulla base delle disposizioni contenute nella Legge Regionale n.7 dd. 26.3.2009 recante “Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell’ambito del Servizio sanitario regionale” ed in recepimento del Piano nazionale di governo delle Liste di attesa per il triennio 2010 – 12, pubblicato in G.U. 23/11/2010 n. 247, suppl. ordinario.

In esso confluiscono e trovano coerenza gli atti ed i provvedimenti assunti a livello nazionale e regionale in materia di liste di attesa allo scopo di:

- realizzare sinergie di intervento tra tutte le istituzioni deputate a contrastare il fenomeno;
- condividere percorsi in grado di agire sia sul lato della domanda che su quello dell’offerta delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera rese;
- incidere sul fronte della loro produzione, accesso ed appropriatezza;
- garantire la trasparenza del sistema di erogazione a tutti i livelli;
- estendere la valutazione anche al tempo di refertazione delle visite e delle prestazioni erogate.

Pertanto il Piano, che è riferito al periodo temporale 2010-2012, individua le azioni da realizzare a fronte degli obiettivi posti per il governo delle liste di attesa dalle norme e dagli atti programmatori vigenti a livello nazionale e regionale e più in particolare definisce:

- a) l’elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali sono fissati i tempi massimi di attesa con l’indicazione dei relativi tempi massimi previsti;
- b) i livelli di responsabilità individuati nell’ambito dei diversi processi;
- c) le misure alternative da adottare da parte delle Aziende sanitarie in caso di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa previsti
- d) le azioni da realizzare sul fronte della domanda e sul fronte dell’offerta;
- e) le procedure di monitoraggio delle liste di attesa, finalizzate a verificare nel corso del tempo il rispetto dei parametri previsti e l’identificazione di eventuali punti critici;
- f) gli strumenti destinati a garantire l’informazione e la comunicazione ai cittadini sulle liste di attesa, sul sistema complessivo dell’offerta e sulle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;

- g) i compiti ed i ruoli della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali in conformità alle disposizioni della Legge Regionale 23 luglio 2009, n. 12 (che, dall'1.1.2010 ha assunto le funzioni e i compiti prima attribuiti all'Agenzia regionale della sanità, delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS).

Le disposizioni contenute si applicano a tutte le Aziende del SSR e agli erogatori privati convenzionati per quanto di competenza.

RICOGNIZIONE DEI RIFERIMENTI NORMATIVI

Riferimenti Internazionali

- Dichiarazione di Adelaide 1988.
- Dichiarazione di Sundsvall 1991.
- Dichiarazione di Jakarta 1997.
- Carta di Tallin 2008.

Riferimenti Nazionali

Si riassumono di seguito i principali riferimenti normativi nazionali in materia di tempi d'attesa:

- L. 407/90 articolo 5, comma 8;
- L. 412/91 articolo 4, comma 18;
- D.Lgs. n.124 del 29/4/98, Articolo 3, comma 10.
- D.P.R. 23 luglio 1998 - Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000.
- D.Lgs. n.229 del 19/6/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".
- D.P.C.M. 27/3/00 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale".
- Accordo Stato Regioni 14/02/2002 n. 724 "Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa".
- D.P.C.M. 16/04/2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa".
- Accordo Stato Regioni 11/07/2002 "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa".
- Legge n. 289 del 27/12/2002 - Legge Finanziaria 2003.
- D.P.R. 23/05/2003 "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005".
- Progetto Mattone "Tempi di attesa" Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili.

- Accordo Stato Regioni 24/07/2003 “Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l’attuazione del Piano sanitario 2003-2005”.
- Intesa Stato Regioni 28/03/2006 “Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008”.
- D.P.R. 7 aprile 2006 Approvazione del “Piano sanitario nazionale 2006-2008”;
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante “Sistema CUP - Linee guida nazionali.
- DECRETO 8 luglio 2010 , n. 135 “Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380. (10G0153)”
- Accordo Stato Regioni 28 ottobre 2010 “Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 (PNGLA)”.

Riferimenti Regionali

Sono riportati di seguito i principali riferimenti emanati dalla Regione, le indicazioni esplicitate annualmente nelle Linee sono state successivamente declinate dalle aziende sanitarie regionali nei propri Piani Annuali (validati complessivamente anno per anno dalla Regione con delibera apposita – Preventivo annuale).

- DGR 3209 dd. 4-11-98 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 1999”.
- DGR 3912 dd. 17-12-99 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2000”.
- DGR 3479 dd. 10-11-00 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2001”.
- DGR 4462 dd. 20-12-2001 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell’anno 2002”.
- DGR 4502 dd. 30-12-2002 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell’anno 2003”.
- DGR 3529 dd 14.11.2003 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell’anno 2004”.
- DGR 3234 dd 29.11.2004 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell’anno 2005”.
- DGR 3223 dd 12.12.2005 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell’anno 2006”.
- DGR 1509 dd. 30.6.2006 “Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006 – 2008”.
- DGR 2843 dd. 24.11.2006 “Piano sanitario e sociosanitario regionale per il triennio 2006-2008”.

- DGR 3163 dd. 22.12.2006 “Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2007”.
- DGR 288 dd. 16.2.2007 “Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008”.
- DGR 3009 dd. 30.11.2007 “Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2008”.
- DGR 2364 dd. 13-11-2008 “Linee per la gestione 2009”.
- Legge Regionale 26 marzo 2009, n.7 “Disposizioni in materia di contenimento dei tempi d’attesa delle prestazioni sanitarie nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale”.
- DGR 2643 dd. 26.11.2009 “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010”.
- DGR 465 dd. 11.3.2010 “Piano sanitario e sociosanitario regionale PSSR 2010 – 2012”.
- DGR 2384 dd. 25-11-2010 “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale anno 2011: approvazione definitiva”.

PARTE I

ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI

1. Categorie di prestazioni per le quali sono definiti i tempi massimi

Sono definiti i tempi massimi per le prestazioni afferenti all'attività ambulatoriale, all'attività di ricovero, ai percorsi diagnostico-terapeutici ed ai referti. Per ciascuna categoria, di seguito, si specifica quanto segue.

Attività ambulatoriale

Le prestazioni ambulatoriali per le quali sono definiti i tempi massimi sono quelle considerate di primo accesso. Pertanto rimangono escluse dal monitoraggio:

- le prestazioni urgenti: per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza nell'arco della giornata di presentazione del paziente o in un periodo immediatamente successivo (24 ore);
- le visite e/o prestazioni di controllo: intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente o comunque effettuati nella stessa Area Vasta e nella stessa disciplina entro 6 mesi dalla visita precedente sia essa richiesta come prima visita o come visita di controllo;
- le prestazioni in pre / post ricovero;
- le prestazioni erogate all'interno di specifici percorsi diagnostico terapeutici (PDT) o nell'ambito del percorso nascita (ecografia ostetrico-ginecologica), che rendono necessario individuare specifici tempi massimi di attesa per le diverse fasi dei percorsi stessi;
- le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva, inserite in programmi di screening;
- le prestazioni svolte in libera-professione intramuraria.

Per le prestazioni ambulatoriali, ai fini del monitoraggio, vengono considerati tempo d'attesa, quelli di seguito indicati:

- il tempo che trascorre tra la prenotazione e la data fissata per l'appuntamento;
- il tempo che trascorre tra la prenotazione e l'effettiva erogazione della prestazione;
- il tempo che trascorre tra l'esecuzione dell'esame e la messa a disposizione del referto;

Attività di ricovero

Le prestazioni di ricovero per le quali sono definiti i tempi massimi riguardano esclusivamente i ricoveri programmati. Pertanto rimangono esclusi dal monitoraggio:

- i ricoveri urgenti
- i ricoveri la cui l'accettazione è stata ritardata su richiesta dell'interessato, per esigenze esterne all'ambito cliniche o non di competenza delle Aziende.

Per le prestazioni di ricovero, ai fini del monitoraggio, viene considerato tempo d'attesa il tempo che trascorre tra la data di messa in lista d'attesa e la data dell'intervento (vedi tabella n°6 e 7).

Percorsi diagnostico-terapeutici (PDT)

Per Percorso Diagnostico Terapeutico si intende una sequenza (cronologica e clinica) ottimale di interventi per realizzare diagnosi, trattamenti o riabilitazione, ottimizzando i tempi, massimizzando la qualità e minimizzandone i costi.

Nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutici, viene considerato tempo d'attesa il tempo che trascorre tra l'indicazione ad un esame e/o di un intervento terapeutico e l'effettuazione dell'intervento previsto all'interno di un "pacchetto di cura".

In caso di percorsi che coinvolgano più Aziende, le responsabilità sono attribuite sulla base all'appartenenza istituzionale degli erogatori coinvolti.

Referti

Per tempo massimo di referto si intende il tempo che trascorre tra la data di esecuzione di una prestazione e la data in cui è reso disponibile il relativo referto.

In linea generale nel caso di visite o esami semplici il referto deve essere consegnato a conclusione della prestazione all'utente che abbia già assolto gli eventuali obblighi di compartecipazione alla spesa (ticket).

2. Criteri di priorità e modalità di accesso

Attività ambulatoriale

Sono confermate, per le prestazioni ambulatoriali, le classi di priorità di seguito indicate, stabilite in conformità agli standards fissati dai Piani nazionali di governo delle Liste di attesa per il triennio 2006-2008 e 20010-2012.

Priorità	Tempi (in giorni)	Valore soglia
U (Urgente)	Da eseguire nel più breve tempo possibile, al massimo entro 24 ore.	Le Aziende sono tenute a evadere il 100% delle richieste entro i termini previsti
B (Breve)	Entro 10 giorni	Le Aziende sono tenute a evadere il 100% delle richieste entro i termini previsti
D (Differibile)	Entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici	Le Aziende sono tenute a evadere il 90% delle richieste entro i termini previsti
P (Programmata)	180 gg.	Le Aziende sono tenute a evadere il 90% delle richieste entro i termini previsti

Per tempi massimi della prestazione si intende il tempo che decorre tra la prenotazione (o la presentazione del paziente in una struttura sanitaria in caso di prestazioni urgenti) e l'erogazione di una prestazione sanitaria.

I tempi massimi per le prestazioni di primo accesso, definiti sulla base dei criteri di priorità validi in Regione o sviluppati a livello locale, sono:

- U – urgente, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque entro 24 ore.

Modalità di accesso: l'utente accede alla prestazione previa prescrizione, secondo i percorsi definiti a livello aziendale. Il prescrittore deve sempre indicare nell'impegnativa il quesito o il sospetto diagnostico e biffare la casella "U" (o riportare l'equivalente dicitura "Urgente").

L'ambito temporale massimo in cui è possibile utilizzare un'impegnativa con l'esplicitazione del codice di priorità "U" è definito dal tempo associato al codice di priorità stesso (24 ore); scaduti tali termini il diritto definito dal criterio di priorità deve essere esplicitamente riconfermato / aggiornato dal prescrittore, pur restando valida la prescrizione.

L'utente è tenuto pertanto a recarsi nel più breve tempo possibile nella struttura sanitaria per usufruire della prescrizione.

Il tempo d'attesa entro il quale deve essere evasa la richiesta, decorre dal momento in cui il paziente si presenta nella struttura sanitaria.

- B – breve, da eseguire entro 10 giorni.

Modalità di accesso: l'utente accede alla prestazione previa prescrizione. Il prescrittore deve sempre indicare nell'impegnativa il quesito o il sospetto diagnostico e biffare la casella "B".

L'utente in possesso di una prescrizione con codice di priorità "breve" è tenuto a rivolgersi ai servizi di prenotazione (CUP, Call Center, ecc..) nel più breve tempo possibile, per la fissare l'appuntamento in cui verrà erogata la prestazione.

L'ambito temporale massimo in cui è possibile utilizzare un'impegnativa con l'esplicitazione del codice di priorità "B" è definito dal tempo associato al codice di priorità stesso (10 giorni); scaduti tali termini il diritto definito dal criterio di priorità deve essere esplicitamente riconfermato / aggiornato dal prescrittore, pur restando valida la prescrizione.

Il tempo d'attesa entro il quale deve essere evasa la richiesta, decorre dal momento in cui il paziente contatta i servizi di prenotazione.

- D – differibile, da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici.

Modalità di accesso: l'utente accede alla prestazione previa prescrizione. Il prescrittore deve sempre indicare nell'impegnativa il quesito o il sospetto diagnostico e biffare la casella "D".

L'utente in possesso di una prescrizione con codice di priorità "differibile" è tenuto a rivolgersi ai servizi di prenotazione (CUP, Call Center, ecc..) nel più breve tempo possibile, per la fissare l'appuntamento in cui verrà erogata la prestazione.

L'ambito temporale massimo in cui è possibile utilizzare un'impegnativa con l'esplicitazione del codice di priorità "D" è definito dal tempo associato al codice di priorità stesso (30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici); scaduti tali termini il diritto definito dal criterio di priorità deve essere esplicitamente riconfermato / aggiornato dal prescrittore, pur restando valida la prescrizione.

Il tempo d'attesa entro il quale deve essere evasa la richiesta, decorre dal momento in cui il paziente contatta i servizi di prenotazione.

- P – programmata, da eseguire entro 180 giorni

Modalità di accesso: l'utente accede alla prestazione previa prescrizione. Il prescrittore deve sempre indicare nell'impegnativa il quesito o il sospetto diagnostico e biffare la casella "P".

L'utente in possesso di una prescrizione con codice di priorità "programmata" è tenuto a rivolgersi ai servizi di prenotazione (CUP, Call Center, ecc..) nel più breve tempo possibile, per la fissare l'appuntamento in cui verrà erogata la prestazione.

L'ambito temporale massimo in cui è possibile utilizzare un'impegnativa con l'esplicitazione del codice di priorità "P" è definito dal tempo associato al codice di priorità stesso (180 giorni); scaduti tali termini il diritto definito dal criterio di priorità deve essere esplicitamente riconfermato / aggiornato dal prescrittore, pur restando valida la prescrizione.

Il tempo d'attesa entro il quale deve essere evasa la richiesta, decorre dal momento in cui il paziente contatta i servizi di prenotazione.

L'esplicitazione sulla prescrizione del criterio di priorità nella stratificazione della domanda è obbligatorio per tutte le prestazioni ambulatoriali prioritarizzate.

La mancata esplicitazione del codice di priorità per le prestazioni per le quali è stato implementato un sistema di prioritarizzazione della domanda, comporta:

- per le prime visite l'equiparazione al codice di priorità "programmato" (P);
- per tutte le altre prestazioni l'equiparazione a richiesta di "controllo".

In relazione a quanto sancito dalle disposizioni regionali, le prestazioni di "particolare rilevanza", definite dalle linee annuali per la gestione del SSR, sono vincolate all'erogazione delle prestazioni con priorità "P" entro il termine massimo di 120 giorni.

Eventuali prescrizioni di prestazioni di particolare rilevanza per le quali non sia stato esplicitato il criterio di priorità sono comunque vincolate all'erogazione entro il termine di 120 giorni.

Al fine di promuovere la responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti nel percorso di erogazione delle prestazioni, si stabilisce che l'ambito temporale massimo in cui è possibile utilizzare un'impegnativa con l'esplicitazione del codice di priorità ai fini della prenotazione (o accesso al servizio) è definito dal tempo associato al codice di priorità stesso. Scaduti tali termini, il diritto definito dal criterio di priorità deve essere esplicitamente riconfermato / aggiornato dal prescrittore, pur restando valida la prescrizione.

L'ambito entro il quale viene garantito il rispetto del tempo massimo d'attesa è l'Area Vasta. Il rispetto del tempo d'attesa massimo è vincolante per tutte le Aziende dell'Area Vasta stessa.

Attività di ricovero

Il tempo d'attesa per le prestazioni di ricovero (ordinario, Day Hospital, Day Surgery), prende in esame l'intervallo di tempo che decorre tra la messa in lista d'attesa e la data dell'intervento.

Si prevedono, per le prestazioni di ricovero, le classi di priorità di seguito indicate:

- Classe A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque tali da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- Classe D: ricovero senza attesa massima per i casi clinici che non causano dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Al riguardo, le Aziende sono tenute a:

- compilare correttamente i nuovi campi SDO (livello di istruzione, data di prenotazione, classe di priorità, codice E).
- evadere il 90% delle prestazioni di ricovero entro i termini previsti.

L'ambito entro il quale viene garantito il rispetto del tempo massimo d'attesa, secondo i livelli vincolanti per competenza di area, è l'Azienda per tutti i ricoveri di classe "A" e l'Area Vasta per tutte le restanti classi di priorità.

Percorsi diagnostico-terapeutici (PDT)

La valutazione del tempo d'attesa per i Piani Diagnostico Terapeutici è vincolata alla definizione dei casi e delle prestazioni traccianti necessarie per valutare correttamente inizio e fine delle fasi diagnostica e terapeutica. All'interno di uno specifico percorso di cura è richiesta la garanzia temporale complessiva della fase diagnostica e della fase terapeutica.

La Direzione Centrale Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali (DCSISPPS) attiva tavoli tecnici per la definizione / contestualizzazione dei PDT e organizza, quale azione propedeutica

all'introduzione di nuovi PDT, incontri informativi rivolti alle aziende sanitarie regionali sulle finalità, metodologie e modalità di valutazione (definizione dei casi e delle diagnosi / prestazioni traccianti per ogni fase, ecc..).

Le fasi sono vincolati al rispetto dei seguenti tempi massimi:

Tabella 2		
Fase	Tempo massimo	Percentuale obiettivo
Diagnostica	30 giorni	90%
Terapeutica	30 giorni	90%

Le Aziende sono tenute a evadere il 90% dei PDT entro i termini previsti.

L'elenco dei PDT di cui è previsto il monitoraggio è riportato nel successivo capitolo "Elenco delle prestazioni". In considerazione dei percorsi di integrazione già presenti a livello regionale, in particolar modo sviluppati in ambito oncologico e cardiovascolare per le attività oggetto di monitoraggio, l'ambito territoriale entro il quale viene garantita il rispetto del tempo massimo d'attesa della fase diagnostica e della fase terapeutica è la Regione. La Giunta Regionale individua annualmente all'interno delle linee di gestione del Servizio sanitario regionale eventuali nuovi PDT oggetto di monitoraggio da parte della Regione.

La responsabilità del rispetto del tempo massimo previsto per la fase diagnostica e per la fase terapeutica è vincolante per tutte le aziende coinvolte negli specifici percorsi.

Referti

Sono oggetto di monitoraggio i referti di laboratorio e di anatomia patologica (tutte le branche sono incluse).

Per tempo massimo di referto si intende il tempo che trascorre tra la data di esecuzione di una prestazione e la data in cui è reso disponibile il relativo referto.

La Giunta regionale determina annualmente all'interno delle linee di gestione del SSR i tempi massimi di referto delle principali prestazioni. Ai sensi dell'art. 4 della L.R. 7/2009, il tempo massimo di attesa per il referto di esami diagnostici è in ogni caso fissato in un termine massimo non superiore ai 7 giorni (fatti salvi i tempi necessari per l'esecuzione tecnica dell'esame).

Nel caso in cui una stessa richiesta di prestazione includa degli esami che hanno tempi differenziati di risposta rilevanti, i referti devono essere disponibili per il cittadino in momenti diversi; ne deriva che

non deve essere il tempo di refertazione più lungo a condizionare il tempo di consegna degli esami eseguibili in 24-48.

Le Aziende devono fornire al cittadino, al momento del prelievo, l'informazione dei tempi massimi entro cui saranno disponibili i risultati.

L'ambito entro il quale deve essere garantito il tempo massimo di refertazione è l'Azienda stessa.

Obiettivo regionale è lo sviluppo ed estensione del sistema di richiesta di esami e di trasmissione dei relativi risultati per via telematica tra medici di medicina generale / pediatri di libera scelta ed erogatori: al riguardo ciascuna Azienda indica annualmente nell'ambito degli accordi di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa le proprie azioni di sviluppo, diffusione e gestione della comunicazione informatica.

3. Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio

Le prestazioni ambulatoriali, di ricovero ordinario e PDT indicate nel presente capoverso oggetto di monitoraggio ai fini della valutazione del rispetto dei tempi d'attesa sono:

- le prestazioni indicate dal Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 (PNGLA);
- le prestazioni di rilievo a livello regionale.

La Giunta Regionale annualmente può determinare ulteriori prestazioni non comprese nel presente Piano. La Direzione Centrale Salute emana un documento tecnico che definisce ed esplicita le modalità di misurazione dei tempi d'attesa in attuazione al presente atto.

Prestazioni ambulatoriali:

Visite specialistiche:

Tabella 3		
Prestazione	Codice nomenclatore	Codice disciplina
Visita cardiologica	89.7	8
Visita chirurgia vascolare	89.7	14
Visita endocrinologica	89.7	19
Visita neurologica	89.13	32
Visita oculistica	95.02	34
Visita ortopedica	89.7	36
Visita ginecologica	89.26	37

Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
Visita urologica	89.7	43
Visita dermatologica	89.7	52
Visita fisiatrica	89.7	56
Visita gastroenterologia	89.7	58
Visita oncologica	89.7	64
Visita pneumologica	89.7	68

Prestazioni strumentali:

Tabella 4	
Prestazione	Codice nomenclatore
Mammografia	87.37.1, 87.37.2
TC senza e con contrasto Torace	87.41, 87.41.1
TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.1, 88.01.2
TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.3, 88.01.4
TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.5, 88.01.6
TC senza e con contrasto Capo	87.03, 87.03.1
TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.1, 88.38.2
TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1, 88.91.2
RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4, 88.95.5
RMN Muscoloscheletrica	88.94.1, 88.94.2
RMN Colonna vertebrale	88.93, 88.93.1
Diagnostica ecografia di capo e collo	88.71.4
Ecografia cardiaca	88.7211, 88.7212, 88.7213
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.7711, 88.7712, 88.7721, 88.7722
Ecografia Addome	88.74.1, 88.7411, 88.75.1, 88.7511, 88.76.1
Ecografia mammella	88.73.1, 88.73.2
Ecografia Ostetrico - Ginecologica	88.78, 88.78.2, 88.78.3

Altri esami Specialistici

Tabella 5

Prestazione	Codice nomenclatore
Colonscopia	45.23, 45.23.1, 45.26.1
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24, 48.23
Esofagogastroduodenoscopia	45.13, 45.16, 45.19.1
Elettrocardiogramma	89.52
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
Elettrocardiogramma da sforzo	89.41, 89.42, 89.44, 89.44.1, 89.44.2
Esame audiometrico tonale	95.41.1
Spirometria	89.37.1, 89.37.2
Esame del fondo oculare	95.09.1
Elettromiografia	93.08.1
Chemioterapia	99.25.1
Cataratta	13.41

Prestazioni di ricovero

Prestazioni in Day Hospital / Day Surgery / (ambulatorio)

Tabella 6			
Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi	Codice di priorità
Chemioterapia ¹	99.25	V58.1	A
Cataratta	Categoria 13.x		C
Coronarografia	88.55, 88.56, 88.57	-	A
Biopsia percutanea del fegato ¹	50.11	-	C
Emorroidectomia	49.46, 49.49	-	C
Riparazione ernia inguinale ¹	Categorie 53.0 e 53.1	-	C

¹ Le prestazioni erogate prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

Prestazioni in ricovero ordinario ²

Tabella 7			
Prestazione	Codice intervento ²	Codice diagnosi	Codice di priorità
Interventi chirurgici tumore	Categoria 85.4, 85.22,	Categoria 174,	A

Mammella	85.23	233.0	
Interventi chirurgici tumore Prostata	60.2, 60.5, 60.6	185, 233.4	A
Interventi chirurgici tumore colon retto	Categorie 45.7, 45.8, 46.1, 48.4, 48.5, 48.6	Categorie 153 e 154, 230.3, 230.4, 230.5	A
Interventi chirurgici tumore dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182, 233.1, 233.2	A
Interventi chirurgici tumore del rene	55.4, 55.51	189.0, 189.1	A
Interventi chirurgici tumore della vescica	57.49, 57.6, 57.71, 57.79	Categoria 188 e codice 233.7	A
By-pass aortocoronarico	Categoria 36.1	-	C
Angioplastica coronarica (PTCA)	00.66, 36.06, 36.07, 36.09	-	A
Protesi valvolare	Categoria 35.2	-	C
Coronarografia	88.55, 88.56, 88.57	-	A
Endoarteriectomia carotidea	38.12	-	B
Intervento di protesi d'anca	81.51, 81.52, 81.53, 00.70, 00.71, 00.72, 00.73	-	C
Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3, 32.4, 32.56, 32.9	Categoria 162, 231.2	A
Cataratta	Categoria 13.x	-	C
Tonsillectomia	28.2, 28.3	-	C

² Le prestazioni prevalentemente o esclusivamente in regime di Day Surgery o one day surgery svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

Piani diagnostico terapeutici (PDT)

Tabella 8	
Piano Diagnostico Terapeutico	Tempo massimo di attesa
Neoplasia del colon	30 giorni per la fase diagnostica;

Neoplasia del polmone	30 giorni per la fase terapeutica.
Neoplasia del mammella	
By-pass aortocoronarico	

Referti

Tabella 9	
Ambito	Tempo massimo di attesa
Anatomia Patologica	80% entro 7 giorni.
Laboratorio Analisi	80% entro 7 giorni.
(fatti salvi i tempi necessari per l'esecuzione tecnica dell'esame)	

PARTE II

I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ

4. Piano annuale di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa

Ciascuna Area Vasta è tenuta a formulare annualmente un “Piano di produzione dell’Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa”. Tale documento consiste in un organico e coordinato piano di interventi orientati ad offrire al cittadino che necessita di prestazioni specialistiche programmabili la garanzia di poter soddisfare il proprio bisogno in condizioni di qualità adeguata entro un intervallo di tempo massimo, avvalendosi di un servizio che prevede ed esplicita ex ante i comportamenti che il sistema assume nel caso in cui si verifichi il superamento dei livelli massimi di attesa previsti per l’accesso. Indica pertanto le azioni corredate da oggettivi indicatori di verifica, destinate ad agire sull’appropriatezza del consumo, sull’efficienza del sistema di produzione, sulla produttività delle risorse impiegate e sulle modalità organizzative che garantiscono trasparenza ed equità nell’accesso.

Il Piano annuale di produzione dell’Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa deve definire, per l’anno di competenza, per ognuna delle prestazioni oggetto di monitoraggio:

- i volumi prestazionali che ciascuna delle Aziende e delle strutture private accreditate che la compongono si impegnano a garantire in risposta ai fabbisogni previsti, con correlata previsione di posti in agenda, formulando piani di lavoro trasversali esplicitanti per le diverse sedi eroganti la capacità produttiva complessiva in termini di ore di apertura e di calendari di erogazione programmati. La quantificazione delle prestazioni necessarie in termini di prime visite e controlli trae il proprio fondamento da analisi e considerazioni congiunte sugli andamenti della casistica acuta e di quella cronica attesi e su modalità programmate di gestione della casistica cronica;
- le sedi accreditate a garantire i tempi massimi di attesa, da individuarsi in conformità ai criteri previsti dall’art. 3, comma 2 della citata L.R. 7/2009. A tale riguardo va assicurata l’accessibilità alle diverse sedi di erogazione, in termini anche di tempi di percorrenza e di disponibilità di mezzi pubblici, in particolare se rivolte a fasce di popolazione svantaggiate quali pazienti cronici con disabilità e anziani. L’individuazione delle sedi dovrà essere effettuata anche in relazione al diverso grado specialistico e/o alla tipologia delle prestazioni che si prevede di

erogare, prevedendo una rete di offerta finalizzata anche ad un corretto instradamento della casistica in relazione ai diversi livelli di complessità e frequenza richiesti;

- le modalità di intervento che consentano un riorientamento dell'offerta a seguito del verificarsi imprevisto di criticità nelle attese in uno o più ambiti della rete. Un'adeguata previsione delle necessità prestazionali, includendo in questa anche le misure di miglioramento dell'appropriatezza, consisterà in una coerente programmazione operativa della produzione in ambito di Area Vasta, e nella individuazione di azioni mirate alla riconduzione dei tempi d'attesa ai valori standard previsti ogni qual volta fattori contingenti o errori di pianificazione facessero superare gli standard dichiarati. In particolare è necessario:
 - centralizzare, secondo una visione complessiva sovra-aziendale, in ambito di Area Vasta, la gestione dell'offerta prestazionale ed il governo delle liste di attesa, affidando ad una delle Aziende il compito di monitorare costantemente la realizzazione del Piano di produzione e l'andamento delle liste di attesa, dandone costante comunicazione alle altre Aziende al fine, qualora dovessero riscontrarsi criticità, di porre in essere con tempestività le necessarie azioni di intervento. L'Azienda individuata quale responsabile, negli intervalli tra le rilevazioni periodiche, assicurerà, per le prestazioni a più elevato rischio d'attesa un monitoraggio assiduo e ad hoc che consenta di prefigurare misure più complesse e che coinvolgano il concorso delle altre Aziende;
 - adottare strumenti flessibili che consentano di rimodulare l'offerta in relazione agli andamenti rilevati, mediante ricorso, subordinatamente alla piena utilizzazione delle risorse "istituzionali" (strumenti contrattuali per la gestione degli orari di lavoro, sistema premiante, riallocazione delle risorse tra urgenza e programmato...), ad accordi di produzione integrativa interni e/o da contratti di fornitura con i soggetti privati accreditati. In particolare dovrà essere prevista una parte di attività stabile ed una parte invece finalizzata a far fronte a necessità contingenti tanto da parte delle strutture di offerta aziendali quanto da parte dei privati accreditati.

5. Contenuti obbligatori del Piano di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa

I Piani annuali di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa dovranno obbligatoriamente contenere:

- l'elenco delle prestazioni ambulatoriali, dei relativi tempi massimi e delle sedi di erogazione accreditate previsti;

- i volumi di prestazioni ambulatoriali che si prevede di erogare per le prestazioni oggetto di monitoraggio nel corso dell'anno;
- l'elenco delle prestazioni di ricovero, dei relativi tempi massimi e delle sedi di erogazione previste;
- i volumi di prestazioni di ricovero che si prevede di erogare per le prestazioni oggetto di monitoraggio nel corso dell'anno;
- l'elenco dei PDT adottati, dei relativi tempi massimi e delle relative sedi di erogazione previste;
- i volumi di attività libero professionale ed il relativo rapporto rispetto all'attività istituzionale previsti distinti per Unità Operativa;
- i tempi massimi di refertazione garantiti;
- i processi di semplificazioni delle prestazioni specialistiche che si prevede di adottare;
- le azioni previste in caso di superamento dei tempi di attesa;
- le modalità attraverso cui si prevede di affrontare i vincoli di sistema (sospensione della prenotazione, sospensione delle attività, attività di monitoraggio, libera professione);
- le tecniche di informazioni ai cittadini;
- le attività di monitoraggio.

6. Responsabilità dei Direttori generali

I Direttori generali del SSR, fermo restando quanto stabilito dalla legge, sono responsabili di approvare annualmente il Piano di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa garantendone il rispetto.

Le Aziende sono solidalmente responsabili del mancato rispetto degli standard previsti per le prestazioni oggetto di monitoraggio nell'ambito dell'Area Vasta di appartenenza. I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di Area Vasta per le prestazioni a più elevato livello specialistico ed in almeno due sedi di Area Vasta per le prestazioni di base, con ciò intendendo quelle a più larga diffusione (definite annualmente nelle Linee annuali di gestione del Servizio Sanitario Regionale), rappresentative degli esami utilizzati nella definizione diagnostica e/o nei trattamenti delle affezioni più comuni e pertanto erogabili a livello distrettuale.

In caso di mancato rispetto dei tempi massimi previsti, i Direttori generali devono attivare tutte le iniziative idonee a riportare i valori entro i termini programmati dandone informazione alla Direzione centrale salute affinché questa possa adempiere al mandato informativo presso la commissione consiliare.

Ai sensi dell'art. 6 della L.R. 7/2009, nel Patto stipulato annualmente tra la Regione ed i Direttori generali, il 25% del compenso integrativo al trattamento economico annuo è vincolato al rispetto dei tempi massimi di attesa.

PARTE III

MISURE ALTERNATIVE DA ADOTTARE IN CASO DI MANCATO RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI

7. Mancato rispetto dei tempi di attesa

In caso di mancato rispetto dei tempi di attesa, i Direttori generali devono attivare tutte le iniziative idonee a riportare i valori entro i termini programmati agendo:

sul fronte della domanda, mediante:

- azioni volte al coinvolgimento diretto degli attori che partecipano, con ruolo diverso, alla generazione della richiesta di esami e prescrizioni: MMG, PLS, medici specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, medici convenzionati, cittadini
- attività volte alla diffusione dei criteri di priorità, sensibilizzando i prescrittori e monitorandone la corretta osservanza
- sistematici monitoraggi e di feed-back sull'utilizzo di:
 - quesito diagnostico
 - classe di priorità
 - corretta identificazione di prima visita / visita di controllo
 - corretta applicazione delle eventuali esenzioni
 - corretta definizione della prestazione in base a quanto previsto dal tariffario ambulatoriale o (se disponibile) al dizionario regionale delle prestazioni, distinguendo tra primi accessi e controlli
 - assicurando che i risultati delle attività di revisione siano oggetto di diffusione interna all'Azienda al fine di ottenere un costante miglioramento della corretta compilazione dell'impegnativa
- individuazione di modalità di responsabilizzazione dell'utenza che non si presenta alle prestazioni prenotate senza avviso di almeno 2 giorni (5 giorni per gli esami che richiedono una preparazione lunga), fatte salve documentate situazioni eccezionali (malattia, ecc..);

sul fronte dell'offerta, mediante:

- gestione flessibile dell'offerta al fine di garantire il rispetto del tempo e l'appropriato impiego delle risorse anche con l'apertura di attività contingenti straordinarie;
- incremento dell'offerta, incentivando le équipes sanitarie interne;
- stipula di accordi con altre Aziende della stessa Area Vasta e/o, se necessario altre Aree Vaste;

- acquisto di ulteriori prestazioni presso gli erogatori privati accreditati e convenzionati;
- stipula di contratti a termine con professionisti in possesso di requisiti professionali previsti dalla normativa vigente, ovvero ricorrendo a contratti a termine con ambulatori o studi professionali autorizzati, dando priorità a quelle strutture già in possesso di accreditamento per altre branche specialistiche (diverse da quelle oggetto del contratto a termine), nelle more delle determinazioni regionali sui fabbisogni e sulle procedure di accreditamento;
- acquisto di prestazioni in libera professione dai propri dipendenti senza oneri aggiuntivi per i cittadini, fatti salvi i ticket eventualmente dovuti.

Ai fini di una corretta gestione dell'offerta, è altresì fatto obbligo ai Direttori Generali promuovere azioni orientate a:

- adeguare le agende di prenotazione secondo classi di priorità entro un termine massimo 4 mesi dall'emanazione dei criteri di priorità regionali;
- non autorizzare agende nominative;
- rappresentare in modo integrato l'offerta di Area Vasta, pubblica, privata convenzionata e libero professionale intra-moenia, nell'ambito dell'offerta CUP regionale;
- introdurre percorsi differenziati per la gestione dell'attività istituzionale e convenzionata rispetto all'attività libero-professionale.

Qualora i monitoraggi periodici rivelino particolari situazioni di criticità sui tempi d'attesa a livello regionale, la Regione può vincolare specifiche destinazioni di finanziamento per incrementare i fondi di produttività e risultato del personale coinvolto nel processo di contenimento dei tempi di attesa.

8. Attivazione forme di rimborso e di esecuzione alternativa per i cittadini in caso di superamento dei tempi

Ai sensi dell'art. 12 della L.R.7/2009, la Giunta regionale indica annualmente all'interno delle linee annuali di gestione le prestazioni di particolare rilevanza la cui tempestività sia clinicamente essenziale per il cittadino (comma 1) e le prestazioni che debbano essere erogate nel limite di 120 giorni (comma 2). A tale riguardo la norma prevede che:

- per le prestazioni di particolare rilevanza di cui al comma 1, l'Azienda che non ha garantito i tempi previsti provveda al pagamento diretto delle prestazioni effettuate dal cittadino presso altre strutture;
- per le prestazioni da erogare nel limite di 120 giorni di cui al comma 2, il cittadino residente in Regione ha diritto di richiedere la prestazione entro qualunque altro centro regionale, anche

privato accreditato e convenzionato, abilitato ad erogarla, fermo restando che il costo della prestazione è a carico del SSR.

A tale riguardo, le Aziende sono chiamate a definire ed applicare, nel rispetto delle seguenti indicazioni, modalità e percorsi comuni di Area Vasta destinati a dare attuazione alle previsioni di cui ai citati comma 1 e 2 dell'art. 12 della L.R. 7/2009.

Per quanto concerne i diritti in caso di superamento dei limiti per le prestazioni di particolare rilevanza, di cui al comma 1, si prevede quanto segue.

Nel caso in cui nessuna delle sedi di Area Vasta individuate dal "Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa" e previamente rese note al cittadino mediante adeguata informazione sia in grado di garantire le tipologie di prestazioni sopra indicate entro i termini previsti, questi ha diritto al rilascio di una certificazione di "Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti". Qualora il cittadino ritenga di ottenere la prestazione rivolgendosi ad una struttura pubblica regionale fuori Area Vasta, la regolamentazione del rapporto fra Azienda di residenza del paziente ed Azienda erogante avverrà secondo le ordinarie regole di compensazione economica. Qualora il cittadino ritenga invece di ottenere la prestazione rivolgendosi ad una struttura privata accreditata e convenzionata, abilitata ad erogarla, il costo della prestazione dovrà essere addebitato direttamente all'Azienda di residenza dell'utente stesso al valore della tariffa regionale mediante emissione di fattura corredata della certificazione di "Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti".

Le previsioni di cui al comma 1, art. 12 della L.R. 7/2009 non si applicano nel caso in cui i tempi massimi di attesa previsti siano rispettati ma l'utente non accetti di recarsi presso le sedi previste dal "Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa" ed a lui preventivamente rese note.

Per quanto concerne, invece, i diritti in caso di superamento dei limiti per le prestazioni di particolare rilevanza, di cui al comma 2, si prevede quanto segue.

Nel caso in cui nessuna delle sedi di Area Vasta individuate dal "Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa" e previamente rese note al cittadino mediante adeguata informazione sia in grado di garantire le tipologie di prestazioni indicate entro 120 giorni, questi ha diritto al rilascio di una certificazione di "Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti". Qualora il cittadino ritenga di ottenere la prestazione rivolgendosi ad una struttura pubblica regionale fuori Area Vasta, la regolamentazione del rapporto fra Azienda di residenza del paziente ed Azienda erogante avverrà secondo le ordinarie regole di compensazione economica. Qualora invece il cittadino ritenga di ottenere la prestazione rivolgendosi a una struttura privata accreditata e convenzionata, abilitata ad erogarla, egli avrà diritto ad ottenere il rimborso della spesa sostenuta da parte dell'Azienda

di residenza esibendo la relativa ricevuta di avvenuto pagamento debitamente corredata della certificazione di “Mancato rispetto dei tempi massimi di attesa garantiti”.

Le previsioni di cui al comma 2, art. 12 della L.R. 7/2009 non si applicano nel caso in cui i tempi massimi di attesa previsti siano rispettati ma l’utente non accetti di recarsi presso le sedi previste dal “Piano di produzione dell’Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa” ed a lui preventivamente rese note.

Le modalità di garanzia dell’utenza in termini di diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell’erogazione delle prestazioni sono omogenee in Area vasta e vengono rese note al pubblico secondo quanto previsto nel successivo capoverso “Comunicazione e informazione ai cittadini”.

PARTE IV

LE AZIONI SUL FRONTE DELLA DOMANDA

9. Medici prescrittori

I medici prescrittori devono riportare all'atto dell'emissione della prescrizione diagnostica il quesito o il sospetto diagnostico che ha causato l'invio del paziente per l'erogazione della prestazione con l'indicazione del livello di priorità se previsto. Deve essere promossa la continuità assistenziale e il rapporto tra ospedale e medicina generale nonché tra quest'ultima e la specialistica ambulatoriale in merito al rispetto dei percorsi diagnostico-terapeutici condivisi oltre che di comportamenti prescrittivi. Al riguardo deve essere attivato un confronto costante tra medici ospedalieri, medici ambulatoriali, medici di base e pediatri di libera scelta per la stesura di Linee guida a sostegno dell'appropriatezza prescrittiva e dell'utilizzo delle prestazioni sanitarie.

Gli accordi integrativi regionali sottoscritti tra la Regione e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, devono porsi in continuità rispetto ai compiti specifici assegnati a tali professionisti in particolare per quanto concerne l'adozione di criteri di priorità, interventi sull'appropriatezza, semplificazione delle procedure prescrittive e revisione periodica delle stesse, sulla base di condivise linee guida, in più stretta collaborazione con specialisti, distretti, presidi ospedalieri. Parte delle quote variabili previste saranno destinate al raggiungimento di obiettivi afferenti a tale specifico ambito di attività.

In base a quanto previsto dagli accordi nazionali, i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, partecipano ai progetti di informatizzazione attivati dalla Regione.

10. Semplificazione delle prescrizioni specialistiche

Al momento del primo accesso e delle visite successive, gli specialisti ambulatoriali e gli specialisti ospedalieri prescrivono direttamente gli approfondimenti diagnostici e le ulteriori visite specialistiche.

Gli accordi di Area vasta, ai fini della continuità assistenziale, devono prevedere le modalità attraverso le quali deve essere attivato e mantenuto il contatto tra gli specialisti, il medico curante, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta. Il contatto tra coloro che partecipano alla generazione di richieste di esami e prestazioni deve avvenire, attraverso la definizione di adeguati ritorni informativi, relativi alle prescrizioni degli specialisti, sempre più privilegiando l'utilizzo di strumenti informatici.

Le Linee di gestione del Servizio sanitario regionale possono stabilire annualmente obiettivi finalizzati al miglioramento e alla semplificazione degli prescrizioni.

Per quanto concerne, in particolare, gli esami di diagnostica di laboratorio e strumentale da erogarsi a favore di donne in stato di gravidanza di cui al DM 10 settembre 1998, si ribadisce quanto segue:

- sono confermati tempi e prestazioni previsti dal decreto stesso;
- in conformità a quanto previsto dall'art. 1 comma 2 "la prescrizione delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle prestazioni specialistiche è effettuata dai MMG o dagli specialisti operanti presso le strutture sanitarie accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari". Pertanto lo specialista che per primo accerti la gravidanza dovrà provvedere alla prescrizione di tutti accertamenti previsti dall'allegato B del DM, evitando la frammentazione del percorso di cura;
- l'ecografia morfologica va compresa tra le prestazioni previste tra la 19° e la 23° settimana.

Ai fini di favorire ulteriormente i processi di integrazione nei percorsi diagnostico-terapeutici delle prestazioni, la razionalizzazione e concentrazione degli accessi degli assistiti nelle strutture sanitarie nonché la semplificazione dei percorsi amministrativi, è prevista la definizione di linee guida per la formulazione di proposte di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC). Il PAC rappresenta una modalità di erogazione delle prestazioni ambulatoriali che prevede la concentrazione delle prestazioni in uno stesso accesso, in modo da minimizzare il numero di accessi del paziente alla struttura sanitaria.

11. Semplificazione procedure per il rilascio di certificati medici

Allo scopo di ridurre i tempi di attesa per i cittadini che devono accedere a visite o accertamenti diagnostici finalizzati esclusivamente al rilascio di certificati o esenzioni nell'ambito del Servizio sanitario regionale, per determinate tipologie di certificazione valgono le seguenti regole:

- autorizzazione al rilascio del certificato medico direttamente dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.
- autorizzazione al rilascio del certificato medico al momento della dimissione dall'ospedale in caso di nuova diagnosi.

Ulteriori certificati oggetto di semplificazione vengono definiti nelle Linee annuali di gestione del Servizio sanitario regionale.

12. Revisione periodica delle attività prescrittive

Per revisione periodica delle attività prescrittive si intende l'attività sistematica e periodica con cui viene svolta, con la metodologia dell'audit, la revisione periodica delle prescrizioni in medicina generale e tra gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

Tale attività è regolamentata negli accordi dei MMG e dei PLS nazionali e regionali.

Le azioni previste sono:

- attuazione diffusa e monitoraggio trimestrale di quanto previsto dall'Accordo regionale sull'Ufficio di Coordinamento dell'Attività Distrettuale - UCAD - (DGR 1007 del 6 maggio 2005) e in particolare dei compiti attribuiti all'Ufficio Distrettuale per la Medicina Generale – UDMG;
- attuazione e verifica di quanto previsto per i MMG aggregati in forma associativa che individua sia momenti di revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva interna all'associazione, sia riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale;
- formalizzazione e avvio in tutte le Aziende della commissione di cui all' art. 49 comma 7 dell'accordo collettivo nazionale dei MMG allo scopo di esaminare e proporre soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio;
- sviluppo del sistema informativo mediante l'utilizzo di set di indicatori di performance intesi a misurare l'appropriatezza dei percorsi di cura di alcune patologie. Gli indicatori saranno messi a disposizione di ciascun distretto e UDMG da parte delle Aziende;
- sviluppo da parte delle Aziende di programmi di valutazione delle prescrizioni degli specialisti ospedalieri, con riferimento ai percorsi di cura delle patologie rilevanti e di maggior impatto.

PARTE V

LE AZIONI SUL FRONTE DELL'OFFERTA

13. Libera professione

Le Aziende dovranno disciplinare i percorsi ed i meccanismi che assicurano la coerenza fra i tempi massimi di attesa e il diritto all'esercizio dell'attività libero professionale. I Piani di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa, in conformità a quanto previsto dall'art. 7 della L.R. 7/2009, dovranno contenere:

- l'indicazione del rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria, in particolare per le prestazioni critiche, siano esse ambulatoriali che di ricovero;
- le azioni che orienteranno la retribuzione di risultato alla riduzione dei tempi di attesa;
- i meccanismi di controllo attivati per verificare costantemente la prevalenza dell'attività istituzionale rispetto all'attività libero professionale, nonché per la verifica degli impegni assunti e le misure da intraprendere qualora i tempi di attesa permangano oltre i valori stabiliti per un periodo prefissato e qualora non siano rispettati i volumi prestazionali concordati.

L'attività libero professionale può essere esercitata solo da chi svolge tale attività in regime istituzionale (ad eccezione dell'attività di medicina del lavoro e medicina dello sport, limitatamente alle attività non connesse con i propri ambiti lavorativi di vigilanza), con proporzioni e percentuali concordate all'interno di ciascuna unità operativa.

Fatto salvo quanto previsto dalla Legge finanziaria 2005 (L. 266 del 23 dicembre 2005 art. 1 comma 280), la sospensione dell'attività istituzionale comporta l'automatica sospensione dell'attività libero-professionale.

È vietata la libera professione per i trattamenti di radioterapia.

14. Razionalizzazione delle modalità di erogazione dell'offerta

La razionalizzazione di erogazione dell'offerta implica un utilizzo efficiente delle strutture e delle apparecchiature esistenti ed un'adeguata accessibilità geografica e di orari di apertura.

Lo scopo della razionalizzazione dell'offerta è quello di:

- monitorare e migliorare l'efficienza d'impiego di importanti apparecchiature diagnostiche per costo e volumi erogati;
- incrementare le prestazioni erogate tenendo conto dei criteri di appropriatezza;
- garantire equità e accessibilità alle prestazioni per ciascun ambito territoriale.

Ai fini di un più efficiente utilizzo delle strutture e apparecchiature le Aziende sono tenute a:

- mettere a regime un sistema regionale di monitoraggio e di benchmarking in Area Vasta ed in sede regionale ed intraprendere azioni di miglioramento sull'uso delle apparecchiature diagnostiche;
- incrementare i volumi di offerta ove le situazioni risultino critiche;
- programmare per Area vasta la distribuzione delle apparecchiature e delle prestazioni sulla base di criteri di accessibilità ed equità.

15. Efficiente utilizzo delle apparecchiature esistenti

Ai sensi dell'art. 10 della L.R. 7/2009, nel caso in cui le Aziende non siano in grado di rispettare i tempi massimi di attesa come individuati dalle Linee annuali di gestione per il Servizio sanitario regionale, le apparecchiature che hanno relazione con tale ritardo, devono essere fatte funzionare per l'utenza esterna, sei giorni su sette e dodici ore al giorno e comunque non meno di 72 ore alla settimana.

Le Linee annuali definiscono annualmente le risorse da destinare all'incremento di tali attività.

PARTE VI

INFORMATIZZAZIONE E MESSA IN RETE DEL SSR PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

16. Gestione delle agende di prenotazione

Al fine di garantire trasparenza ed equità di accesso, effettuare un monitoraggio il più possibile realistico e significativo dell'andamento delle attese e, di conseguenza, poter intervenire con tempestività ed efficacia sulle relative criticità riscontrate, le Aziende sono tenute ad uniformarsi nella gestione delle agende di prenotazione. A tale riguardo, pertanto:

- le agende non devono essere chiuse: la chiusura delle agende sottostima il bisogno e favorisce la non adozione degli strumenti di programmazione delle risorse che spesso esitano in variazioni impreviste. La legge finanziaria 2006, comma 282, art. 1, sancisce il divieto di sospendere le attività di prenotazione. Al riguardo, si precisa che il "Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa" dovrà contenere le misure previste per dare risposta a situazioni di forza maggiore, quali sciopero del personale o guasto macchine, che possono comportare una sospensione nell'erogazione delle prestazioni, specificando gli ambiti di responsabilità individuati per assicurare l'adozione delle soluzioni previste e la corretta informazione degli utenti;
- le agende di prima visita non devono essere nominative: l'indicazione deve essere associata all'instaurazione o all'estensione di rapporti professionali sostenuti organizzativamente tra i diversi fornitori della stessa disciplina in Area Vasta, ai fini dell'instradamento appropriato della casistica più complessa verso le sedi in grado di garantire le prestazioni più adeguate;
- le agende non devono essere soggette a variazioni impreviste: a fronte di variazioni stagionali, da ritenersi fisiologiche, e delle quali va opportunamente tenuto conto in sede di programmazione, devono invece essere evitate od in ogni caso ricondotte a situazioni d'eccezione, variazioni di disponibilità di offerta immotivate o motivate dalla mancata previsione delle normali variabili di gestione di un servizio (ferie o altre assenze del personale);
- le prime visite vanno indicate in relazione al problema sanitario identificato. Tuttavia, ai fini della quantificazione iniziale delle necessità, dovranno essere considerate prime visite tutte quelle prescritte come tali e non precedute, nel corso dei sei mesi precedenti, da un'altra visita effettuata in ambito di Area Vasta nella stessa specialità, indipendentemente dalla struttura erogatrice. Al riguardo, si richiama l'attenzione sull'opportunità di puntualizzare in sede di

formulazione degli accordi di Area Vasta, con particolare riferimento alle strutture private accreditate, gli strumenti più idonei per dare esatta applicazione al criterio qui formulato.

17. Sospensione di agende e di attività

Il verificarsi di situazioni che impediscono l'erogazione di una prestazione sanitaria, rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause (guasto macchina, indisponibilità del personale per motivi vari ecc).

È necessario distinguere tuttavia tra l'impossibilità di erogare una prestazione e l'attività di prenotazione della stessa. La prenotazione costituisce infatti l'inserimento della domanda nel sistema informatizzato che, entro certi limiti, può prescindere dal fatto che in un determinato momento l'erogazione sia interrotta. Le procedure di prenotazione infatti, possono gestire la programmazione delle attività anche prevedendo i momenti di interruzione e la loro durata, garantendo comunque la necessaria trasparenza nei confronti dell'utenza (data e ora in cui è stata registrata la prenotazione, codice progressivo di inserimento, ...)

In linea generale è vietata qualsiasi sospensione delle prenotazioni di prestazioni sanitarie ambulatoriale o di ricovero programmato.

Nel caso in cui per cause di forza maggiore sia necessario procedere alla sospensione dell'erogazione di una prestazione, l'attività di prenotazione della stessa deve proseguire secondo modalità esplicitamente previste nel "Piano annuale di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa", seguendo procedure concordate in tale sede.

In ogni caso le Aziende devono rispettare le seguenti regole:

- la sospensione deve essere comunicata dalla Direzione Generale Aziendale all' Area Vasta e alla Direzione Centrale Salute, Protezione Socio Sanitaria e Politiche Sociali per l'avvallo (mediante utilizzo dell'apposito modulo, vedi allegato 1);
- la sospensione dell'offerta pubblica comporta la parallela sospensione della corrispondente attività di libera professione intramoenia;
- la sospensione deve essere sempre corredata dalla descrizione delle cause, previsione dei tempi previsti per la ripresa dell'attività (assegnazione dei tempi di attesa in funzione della stima del tempo di interruzione dell'erogazione, predisposizione di pre-appointamenti ovvero definizione del periodo nel quale si prevede di erogare la prestazione; la data precisa sarà comunicata successivamente) e dalle misure adottate a livello aziendale e concordate a livello di Area Vasta.

Secondo le disposizioni della L. 266/05 comma 284, ai soggetti responsabili di violazioni di questo divieto è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di € 1.000 ad un massimo di € 5.000. Le Aziende identificano i responsabili delle agende e i soggetti preposti ai controlli e alle sanzioni.

La Direzione Centrale garantisce l'evasione del debito informativo nei confronti del Ministero della Salute.

18. Allineamento della gestione delle procedure di identificazione / prenotazione / gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale

Le Aziende garantiscono modalità omogenee di funzionamento della rete CUP e proseguono in Area vasta nel percorso di allineamento della gestione delle procedure di identificazione/prenotazione/gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale, così come previsto dall'art. 2, comma 1 della L.R. 7/2009. Al fine di garantire tempi di attesa congruenti con la tipologia di prestazioni richieste è necessario gestire in maniera distinta le prime visite dai controlli (es. agende separate), prevedendo eventualmente meccanismi di compensazione che trasferiscano l'offerta da una tipologia all'altra a seconda dell'andamento della domanda, in modo da non lasciare in alcun caso posti vuoti. Tali correttivi devono entrare in funzione in maniera pressoché automatica o, dove ciò non sia possibile, devono consentire di segnalare per tempo i punti di criticità per un intervento tempestivo indirizzato all'ottimizzazione delle risorse disponibili (interne ed esterne) anche in riferimento all'andamento della domanda.

Gestire separatamente i percorsi di primo accesso dai controlli è altresì funzionale sia al monitoraggio dell'attività e dei tempi di attesa, sia alla chiarezza degli impegni che il SSR assume nei confronti del cittadino.

In particolare, le Aziende sono tenute a:

- pervenire alla gestione unitaria dell'attività ambulatoriale di Area Vasta tramite il sistema CUP regionale;
- unificare l'offerta di prestazioni di "visita di primo accesso" ("visita generale" o "prima visita") in una sola agenda di prenotazione per ogni branca specialistica afferente ad un unico ambulatorio (eventualmente distinta in caso di più strutture operative erogatrici nella stessa Azienda e/o più sedi geograficamente distinte di erogazione). Ciò mediante condivisione delle agende in ambito di Area Vasta, tramite Cup, almeno per i criteri di priorità B, D e P e tra Aree Vaste regionali, tramite Call Center, almeno per i criteri di priorità D e P;

- implementare le agende di prenotazione condivise tra le Aziende appartenenti alla stessa Area Vasta stratificate per criterio di priorità a seguito della definizione di criteri di priorità regionali;
- garantire la prenotabilità condivisa tra le Aziende appartenenti alla stessa Area Vasta per le prestazioni ambulatoriali prioritarizzate a livello regionale (almeno criteri "D" e "P").

Per la realizzazione delle agende di cui sopra è escluso l'utilizzo degli indirizzamenti. Eventuali reindirizzamenti dell'utenza verso attività di nicchia interne alle strutture sarà possibile solo dopo l'inquadramento da parte dello specialista nell'ambito della prima vista.

Le Aziende sono altresì tenute a collaborare al fine di migliorare i collegamenti tra Centro Unico di Prenotazione, medici prescrittori e utenza.

19. Prescrizione elettronica e prenotazione on-line

Le Aziende, in conformità a quanto previsto dall'art. 17 della L.R. 7/2009, dovranno favorire lo sviluppo degli strumenti informatici nei processi di richiesta/refertazione e di prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali, con l'obiettivo di pervenire al progressivo abbandono della prescrizione cartacea da parte dei prescrittori. Tali strumenti dovranno altresì permettere la condivisione di informazioni tra prescrittori e erogatori, consentendo il recupero in maniera automatica dei dati contenuti nella ricetta da parte della struttura ambulatoriale e di prenotazione, e il ritorno del relativo referto redatto in formato elettronico. A tale riguardo dovranno adeguarsi alle procedure emanate dalla DCSISSPS per la costruzione di un unico catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in grado di tradurre, sul piano operativo, il nomenclatore tariffario regionale, uniformare le prescrizioni, agevolare la fase di prenotazione per gli operatori di sportello, garantire l'acquisizione informatizzata dei referti. Lo sviluppo di questa rete integrata, orientata a diffondere l'utilizzo delle funzionalità rese disponibili ad un sempre maggior numero di medici, è finalizzata a:

- favorire la formulazione delle prescrizioni, con l'allineamento ad un unico catalogo regionale;
- facilitare il processo di prenotazione, con diminuzione degli errori, per acquisizione in automatico dei dati anagrafici e di prestazione;
- accelerare i tempi di ritorno dei referti.

Al riguardo, sono indicazioni per le Aziende del SSR, le seguenti:

Prescrizione elettronica

Con riferimento all'attuazione delle disposizioni di cui al comma 5 bis dell'art. 50 della legge n°326/2003 e del DPCM 26 marzo 2008, concernente la realizzazione della ricetta elettronica, tramite il collegamento telematico dei medici prescrittori, sono state individuate le soluzioni per unificare e uniformare a livello regionale tutte le tipologie di prescrizione.

La soluzione deve passare attraverso la ridefinizione dell'infrastruttura a supporto della comunicazione della prescrizione intra-regionale tra medici prescrittori, strutture sanitarie, farmacie e verso il ministero.

Le strutture erogatrici e i prescrittori partecipano alla fase di implementazione / collaudo del sistema.

Restituzione referti

Al fine di migliorare e velocizzare il processo di continuità di cura le Aziende mettono a disposizione del sistema informativo clinico i referti in formato elettronico firmati digitalmente, affinché il cittadino ed altresì i prescrittori possano utilizzare le informazioni contenute dai referti, anticipando di fatto il percorso che il cittadino compie nel prelevare il referto cartaceo per poi recarsi dal proprio medico curante. Si auspica mediante questa soluzione il progressivo realizzarsi di una inversione del processo di cura, nel quale è il medico a contattare il proprio assistito invitandolo o meno a presentarsi nell'ambulatorio.

Prenotazione da parte dei MMG/PLS

In conformità a quanto previsto dall'art. 16, comma 5 della L.R. 7/2009 le Aziende avvieranno sperimentazioni di prenotazione delle prestazioni direttamente dallo studio del medico, coinvolgendo i Medici di Medicina Generale disposti a partecipare. La prenotazione potrà avvenire o tramite il Portale di Medicina Generale o direttamente dal software utilizzato dal medico nel proprio ambulatorio, purché quest'ultimo rispetti gli standard di connessione con il SISR.

PARTE VII

MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA

20. Monitoraggio dei tempi di attesa

Obiettivo del monitoraggio è la verifica periodica del rispetto dei tempi previsti, l'identificazione tempestiva degli eventuali punti critici e la messa in atto di eventuali azioni correttive.

Oggetto del monitoraggio sono le prestazioni sanitarie erogate in regime di prima visita e/o primo accesso.

Sono inoltre previsti dei monitoraggi su:

- le prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria, che devono considerare sia i tempi che i volumi erogati;
- particolari aree diagnostiche, quali i tempi di refertazione per l'anatomia patologica,
- i pazienti non presentatisi agli esami e l'impiego di apparecchiature radiologiche;
- le agende sospese;
- possibili indagini ad hoc quali ad esempio sulla funzionalità dei CUP e del call center.

La Regione partecipa alla rilevazione nazionale coordinata dal Ministero della Salute e dall'ASSR secondo le modalità di volta in volta definite.

Le Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale possono individuare eventuali nuove tipologie di prestazioni sulle quali effettuare monitoraggi.

È compito della Direzione Regionale:

- elaborare i dati relativi ai monitoraggi dei tempi di attesa forniti dalle Aziende del Servizio sanitario regionale nei tempi previsti dalle disposizioni regionali;
- vigilare sulla regolare applicazione della L.R. 7/2009;
- fornire la massima trasparenza ai dati raccolti sui tempi di attesa delle prestazioni sanitarie monitorate. Tutti i documenti e dati rilevati devono essere pubblicati sul sito www.regione.fvg.it;
- prevedere forme di partecipazione attiva dei cittadini nella valutazione del sistema sanitario;
- prevedere forme di rilevazione sul grado di soddisfazione dei cittadini;
- svolgere indagini a campione per la verifica della correttezza dei dati trasmessi dalle Aziende;
- ottemperare alle richieste provenienti dal Ministero della Salute in materia di tempi di attesa;

- monitorare annualmente lo stato di attuazione dei Piani di contenimento dei tempi d'attesa definiti dalle Aziende / Aree Vaste.

È compito delle Aziende del Servizio sanitario regionale:

- fornire la massima trasparenza ai dati raccolti sui tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. Ai documenti e dati rilevati deve essere data adeguata diffusione mediante pubblicazione sui siti aziendali;
- garantire la qualità dei dati monitorati;
- fornire alla Direzione Regionale tutti i dati utili alla predisposizione dei monitoraggi richiesti;
- individuare un referente aziendale in materia di liste di attesa;
- l'azienda territoriale individuata come capofila nel "Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa" è responsabile della raccolta dei dati presso le strutture private convenzionate.

È compito delle strutture private accreditate:

- fornire la massima trasparenza ai dati raccolti sui tempi di attesa delle prestazioni sanitarie;
- garantire la qualità dei dati monitorati;
- mettere a disposizione dell'azienda territoriale capofila come individuata dagli accordi di Area vasta i dati necessari alle analisi richieste.

21. Monitoraggio dei ricoveri

Il monitoraggio sull'attività di ricovero utilizza il flussi informativi della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e le informazioni delle agende di prenotazione dei registri di ricovero (cartacei o informatizzati), per monitorare l'andamento dei tempi d'attesa dei ricoveri previsti a livello nazionale / regionale (vedi tabelle n°6 e 7).

PARTE VIII

RAPPORTI CON I CITTADINI

22. Informazione ai cittadini

È obiettivo regionale garantire la massima trasparenza assicurando e promuovendo l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa.

Le Aziende sono tenute a definire modalità omogenee in Area Vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini in conformità a quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009.

A tal scopo, costituiscono oggetto minimo di informazione:

- l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero programmato e relativi tempi massimi previsti;
- l'elenco dei punti di erogazione pubblici, privati accreditati e convenzionati e relative modalità di accesso alle prestazioni;
- i percorsi previsti a garanzia dei tempi d'attesa;
- responsabilità dei cittadini;
- i volumi e rapporti tra prestazioni istituzionali e prestazioni libero professionali intra-murarie;
- l'accessibilità e le procedure per suggerimento, reclami, disdetta, sanzioni e altre informazioni utili per l'utente;

Tali informazioni dovranno essere condivise con le associazioni a tutela degli utenti e di volontariato iscritte al registro regionale, e dovrà essere reso disponibile almeno presso le sedi URP, il sito internet aziendale, il sito internet della Regione, i CUP e gli studi di MMG e PLS.

23. Responsabilità dei cittadini

Il cittadino è tenuto a presentarsi in orario all'appuntamento prenotato. In caso di impossibilità a presentarsi ha l'obbligo di dare la disdetta della prenotazione almeno 2 giorni prima (5 giorni prima per gli esami che richiedono una preparazione lunga).

La disdetta della prestazione prenotata può essere effettuata contattando il numero unico Call Center Salute e Sociale, oppure seguendo le indicazioni definite dall'Area Vasta.

La mancata presentazione o la disdetta intempestiva ad una prestazione prenotata causa un danno rilevante alla collettività e in particolare a quei cittadini che sono in attesa di una prestazione sanitaria; pertanto, nel caso non ci si presenti ad una prestazione prenotata senza aver prima disdetto, il cittadino

sarà comunque tenuto al pagamento di una sanzione pari al ticket della prestazione; fatte salve documentate situazioni eccezionali (malattia, ecc..). Di tale sanzione al cittadino deve essere data opportuna informazione in occasione della prenotazione.

Le Aree Vaste devono regolamentare e rendere note al pubblico le modalità attivate per la disdetta secondo quanto definito nel capitolo 22 "Informazione ai cittadini".

Allo scopo di ridurre le mancate presentazioni agli appuntamenti, le Aree Vaste devono attivare strumenti atti a ricordare al cittadino l'appuntamento prenotato (promemoria di prenotazione cartaceo, sms, chiamata telefonica, e-mail, altro).

Il mancato ritiro dei referti (o equivalenti azioni in caso di documenti digitali) entro il termine di 60 giorni dalla data comunicata al cittadino per il ritiro, comporta il pagamento dell'intero costo della prestazione.

PARTE IX

CLAUSOLA VALUTATIVA

24. Clausola valutativa

L'Assessore con delega alla salute, deve presentare entro il mese di febbraio di ogni anno, alla Commissione consiliare competente una relazione che illustra sia lo stato di attuazione delle disposizioni contenute nella L.R. 7/2009, sia i risultati ottenuti in termini di contenimento dei tempi di attesa.

La relazione la cui compilazione è a cura della Direzione centrale salute deve fornire risposte documentate ai seguenti punti:

- in che misura e per quali prestazioni i singoli enti del Servizio sanitario regionale hanno superato i tempi massimi di attesa previsti e quali sono le cause principali del mancato rispetto di tali termini;
- quali provvedimenti correttivi sono stati adottati nei casi di superamenti dei tempo massimi di attesa e quali sono gli esiti di tali provvedimenti;
- quali sono le modalità di applicazione degli strumenti di incentivazione introdotti e quali le eventuali criticità emerse nel renderli operativi;
- qual è andamento dei tempi di attesa e qual è l'opinione di esperti del settore e di utenti sulla velocità di fruizione delle prestazioni e sul funzionamento del sistema regionale di prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali.

La Direzione centrale salute e le competenti strutture del Consiglio e della Giunta devono coordinarsi al fine di garantire il rispetto del mandato informativo dell'assessore.

La relazione illustrativa, unitamente ai documenti consiliari che ne concludono l'esame, deve essere resa pubblica in particolare mediante pubblicazione nel sito web del Consiglio regionale.

ALLEGATI
ALLEGATO N°1

Modulo di segnalazione di chiusura agende

Azienda:	
Progressivo:	
Codice della Struttura di erogazione (STS)	
Mese di competenza:	
Prestazione di cui si sospende la prenotazione (definizione e codice tariffario)	
Data in cui viene sospesa la prenotazione:	
Data prevista di ripresa delle prenotazioni:	
Causa della sospensione:	
Eventuali modalità alternative adottate (es. preappuntamento)	
Altri provvedimenti adottati:	
Segnalazione della sospensione in Area Vasta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Provvedimenti concordati in ambito di Area Vasta:	
Sospensione dell'attività libero professionale intra-moenia:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Firma del Direttore Generale.	

Istruzioni:

Il presente modulo, compilato in ogni campo, deve essere trasmesso entro la fine di ogni mese alla Direzione Centrale Salute per ogni chiusura avvenuta o prevista.



Delibera n° 2643

Estratto del processo verbale della seduta del
26 novembre 2009

oggetto:

LR 49/1996, ART 12: APPROVAZIONE DELLE LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2010.

Renzo TONDO	<i>Presidente</i>	<i>presente</i>
Luca CIRIANI	<i>Vice Presidente</i>	<i>presente</i>
Elio DE ANNA	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Andrea GARLATTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Vladimir KOSIC	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Roberto MOLINARO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Riccardo RICCARDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Alessia ROSOLEN	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Sandra SAVINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Federica SEGANTI	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Claudio VIOLINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>

Daniele BERTUZZI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Premesso che la legge regionale 15 giugno 1993, n. 41 (Norme propedeutiche e principi per il riordino della disciplina in materia sanitaria in applicazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), nell'individuare i soggetti e gli strumenti del processo di pianificazione sanitaria regionale, dispone, all'art. 2, comma 1, lettera a) che la Regione elabora, indirizza e coordina il processo medesimo e ne controlla le fasi attuative;

Vista la L.R. 19.12.1996, n. 49, recante "Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione sociosanitaria", che, in particolare:

- al comma 1, dell'art. 12, prevede che la pianificazione regionale si attui in conformità alla surrichiamata L.R. n. 41/1993;
- al comma 2, dell'art. 12, demanda alla Giunta Regionale l'emanazione delle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale, con le quali vengono definiti:
 - a) gli obiettivi annuali e le modalità di valutazione del loro raggiungimento, ai sensi dell'articolo 14, comma 7, della L.R. n. 12/1994;
 - b) le risorse disponibili ed i criteri di finanziamento delle Aziende;

Rilevato che le surrichiamate disposizioni, inerenti alla programmazione del Servizio sanitario regionale, si applicano, ai sensi dell'articolo 46 della predetta L.R. n. 49/1996 e dell'art. 14, comma 1, della legge regionale 10 agosto 2006, n. 14 anche agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano, i quali, ai sensi dell'art. 3 della L.R. n. 14/2006 sono parte integrante del Servizio sanitario regionale;

Richiamate, altresì, le disposizioni in materia di riassetto istituzionale del Servizio sanitario regionale di cui all'art. 10 della L.R. 23 luglio 2009;

Atteso che, per quanto sopra, è stato predisposto il documento recante le "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010";

Visto il parere favorevole all'adozione del documento di cui sopra, espresso - ai sensi dell'art. 1, comma 7, lettera d) della L.R. n. 8/2001 - dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, con delibera n. 8 dd. 17.11.2009;

Atteso che l'entità delle risorse per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010, indicate nel citato documento denominato "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010", è subordinata alla definizione delle risorse che risulteranno certe e disponibili in base a quanto previsto dalla legge finanziaria regionale per l'anno 2010 nonché dal bilancio regionale pluriennale 2010-2012, e dal bilancio annuale 2010;

Precisato che, per quanto sopra, l'eventuale diverso ammontare delle risorse certe e disponibili per la gestione del Servizio Sanitario Regionale comporterà - nel consolidamento degli atti della programmazione annuale 2009 del Servizio Sanitario Regionale, di cui all'articolo 20 della citata L.R. n. 49/1996 - il necessario riallineamento, al predetto ammontare, delle risorse indicate nel documento "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010", con l'applicazione dei criteri definiti con lo stesso;

Ritenuto, quindi, di approvare il documento "Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2010", allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante;

Tutto ciò premesso, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla salute e alla protezione sociale, all'unanimità

Delibera

1. di approvare, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della legge regionale 19.12.1996, n. 49, il documento "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel

2010", che viene allegato alla presente deliberazione quale parte integrante;

2. di stabilire che - nel consolidamento degli atti della programmazione annuale del Servizio sanitario regionale per l'anno 2010, di cui all'articolo 20 della citata L.R. n. 49/1996 - l'ammontare delle risorse di cui al documento sub 1), secondo quanto indicato nello stesso, dovrà essere riallineato, se diverso, all'ammontare delle risorse certe e disponibili che risulterà dalla legge finanziaria regionale per l'anno 2010 nonché dal bilancio regionale pluriennale 2010-2012, e dal bilancio annuale 2010.

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
LINEE PER LA GESTIONE 2010

1. Lo scenario	Pag. 1
2. Il processo di programmazione	" 2
3. La progettualità 2010	" 5
4. Le risorse	" 13
4.1. Attività tecnico-amministrative da svolgere in forma Centralizzata	13
4.2. La gestione delle risorse umane	15
4.3 Il programma degli investimenti	" 19
4.4 Sistema informativo	" 27
4.5 Le risorse finanziarie, la loro suddivisione tra gli enti del SSR e le regole gestionali	" 30

- La domanda (e quindi la capacità di governo della stessa)
- La capacità di offerta
- L'efficienza
- L'efficacia
- L'appropriatezza
- La qualità

I valori negoziati costituiranno riferimento per la definizione di obiettivi e risultati attesi.

b) Attività già avviate sulla base delle linee progettuali degli anni precedenti o di nuovo avvio ma riconducibili all'ordinaria gestione

Sono riportate alcune indicazioni vincolanti su temi di rilevanza regionale da realizzarsi in prosecuzione delle progettualità già avviate negli anni precedenti:

- Contenimento dei tempi di attesa
- Piano sangue
- Trapianti di organi, tessuti e cellule
- Dipendenze
- Salute mentale
- Formazione
- Assistenza odontoiatrica
- Mobilità internazionale
- Continuità assistenziale per pazienti gravi e gravissimi
- Prevenzione
- Cooperazione socio sanitaria internazionale
- Altre attività programmate

Veniamo ora a descrivere i contenuti dei predetti ambiti di intervento.

*** Contenimento dei tempi di attesa**

In attuazione della L.R. n. 7/2009, viene definito quanto segue:

A – Tempi massimi delle prestazioni

I tempi massimi delle prestazioni, sulla base dell'art. 3 della LR 7/09, sono i seguenti:

- la lettera U corrisponde a urgente, da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 24-72 ore;
- la lettera B (Breve) da eseguire entro 10 giorni;
- la lettera D (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti;

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle elencate nella DGR 288/2007.

I piani Aziendali indicano azioni ed obiettivi finalizzate al progressivo allineamento dei tempi di attesa delle prestazioni svolte in attività istituzionale e di quelle rese in libera professione intramuraria (ex. Comma 3 art 3 LR 7/09)

B – Tempi massimi di referto

Sono confermati i tempi massimi e l'elenco delle prestazioni oggetto di verifica nell'area dell'anatomia patologica (citologia e istologia).

Nel 2010 saranno monitorati i tempi di refertazione degli esami di laboratorio più importanti e critici.

C – Responsabilizzazione delle professioni sanitarie

I piani aziendali definiscono il rapporto tra volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli dell'attività intramuraria.

D – Semplificazione delle prestazioni specialistiche

I piani aziendali definiscono obiettivi finalizzati all'incremento delle prescrizioni dirette di approfondimenti diagnostici e ulteriori visite da parte degli specialisti ospedalieri (ex art. 9 LR 7/09).

E – Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni

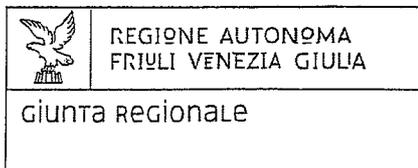
Il cittadino cui sia stata indicata in maniera appropriata la priorità B per le prestazioni elencate o che non possa accedere nei tempi previsti alle ecografie previste in gravidanza, ivi compresa l'ecografia morfologica ha diritto alla prestazione secondo quanto previsto dal comma 3 dell'art 12 LR 7/09.

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita neurologica	89.13	32
3	Visita ginecologica	89.26	37
4	Visita oncologica	89.7	64

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini		
1	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
2	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
2	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
3	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
4	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
5	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
6	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
7	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
8	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5

Le prestazioni che superano 120 giorni e per le quali è prevista l'applicazione del comma 2 dell'art 12 LR 7/09 sono le seguenti:

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini		
1	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
2	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
3	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
4	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
5	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
6	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
7	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
8	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5



Delibera n° 1606

Estratto del processo verbale della seduta del
4 agosto 2010

oggetto:

LR 49/1996 , ART 16 E ART 20 - PROGRAMMAZIONE ANNUALE 2010 E PLURIENNALE 2010-2012
 DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.

Renzo TONDO	<i>Presidente</i>	<i>presente</i>
Luca CIRIANI	<i>Vice Presidente</i>	<i>presente</i>
Angela BRANDI	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Elio DE ANNA	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Andrea GARLATTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Vladimir KOSIC	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Roberto MOLINARO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Riccardo RICCARDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Sandra SAVINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Federica SEGANTI	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Claudio VIOLINO	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>

Daniele BERTUZZI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Premesso che la legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49 (Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio – sanitaria) dispone che le aziende sanitarie regionali, coerentemente con gli indirizzi della pianificazione regionale, perseguano obiettivi di efficienza ed efficacia nelle gestioni economica, patrimoniale e finanziaria;

Atteso che le disposizioni della predetta LR 49/1996, in particolare:

- demandano, ai sensi degli articoli 16 e 20, all'Agenzia regionale della sanità l'adozione, rispettivamente, del bilancio pluriennale consolidato di previsione e del programma pluriennale consolidato, nonché del programma e del bilancio preventivo annuale consolidato del Servizio sanitario regionale;
- attribuiscono, ai sensi dei medesimi articoli 16 e 20, alla Giunta regionale la verifica della coerenza dei predetti atti con i contenuti della pianificazione regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento di cui alle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale;
- stabiliscono, all'articolo 49, che la trasmissione degli atti soggetti a verifica, approvazione ed autorizzazione della Giunta regionale avvenga per il tramite della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali che ne cura l'istruttoria;

Precisato che l'area di consolidamento risulta estesa agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici regionali per effetto delle disposizioni di cui alla legge regionale 10 agosto 2006, n. 14 (Disciplina dell'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano) anche ai due I.R.C.C.S., "Burlo Garofolo" di Trieste e "CRO" di Aviano);

Vista la legge regionale 23 luglio 2009, n. 12 (Assestamento del bilancio 2009 e del bilancio pluriennale per gli anni 2009-2011 ai sensi dell'articolo 34 della legge regionale 21/2007) laddove dispone, all'art.10, comma 2, dispone, tra l'altro che decorrere dall'1 gennaio 2010, contestualmente al nuovo ordinamento della Direzione centrale salute e protezione sociale, è soppressa l'Agenzia regionale della sanità e che le funzioni espletate dall'Agenzia medesima sono trasferite alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali;

Visto il decreto del Direttore centrale n. 735, del 22 luglio 2010, avente ad oggetto "LR 19-12-1996, n. 49 , artt. 16 e 20 - Programmazione annuale 2010 e pluriennale 2010 – 2012 del Servizio Sanitario Regionale" con il quale si è proceduto, tra l'altro, all'adozione del programma preventivo consolidato 2010 del Servizio sanitario regionale, del bilancio preventivo consolidato 2010 e del bilancio pluriennale consolidato di previsione 2010-2012 del Servizio sanitario regionale;

Vista la deliberazione giuntale n. 2643, del 26 novembre 2009, recante "LR 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010: approvazione", che, tra l'altro definisce l'iter per la predisposizione dei programmi e bilanci preventivi aziendali così come di seguito indicato:

"Fase 1): entro il 31.12.2009 le Aziende provvedono ad approvare il PAO / PAL 2010 sulla base delle indicazioni fornite con le presenti Linee di gestione;

Fase 2): entro il 31.3.2010 le Aziende presentano, in conformità agli indirizzi del PSSR 2010-2, la proposta di revisione del PAO-PAL 2010 già approvato, quale conseguenza delle risultanze dei progetti e delle revisioni organizzative di seguito indicate (per la quota di interventi che troveranno la prima fase di realizzazione nel 2010):

- *il progetto di revisione della rete ospedaliera, che avverrà sulla base delle ulteriori indicazioni che saranno fornite dalla Regione ad avvenuta approvazione del PSSR 2010-2, e dovrà essere coordinato, nell'ambito di ciascuna Area vasta, dall' Azienda ospedaliera;*
- *i progetti di riorganizzazione gestionale;*
- *il Programma delle attività territoriali (PAT) ed il raccordo con il Piano di zona (PDZ) in relazione agli indirizzi del PSSR 2010-2 concernenti la presa in carico integrata delle persone con malattia cronica e disabilità;*
- *la revisione delle dotazioni organiche";*

Accertato che la Fase 1 del processo in argomento si è conclusa con l'approvazione, entro il 31-12-2009, da parte di tutte le Aziende del SSR, del programma e bilancio di previsione per l'anno 2010;

Precisato che la su citata DGR n. 2643/2009 prevede, altresì, che a seguito dell'approvazione definitiva del Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2010-2012 (di seguito PSSR), la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali avrebbe provveduto a fornire agli enti del Servizio sanitario regionale le indicazioni sulla tempistica e sulla metodologia da seguire per portare a compimento la Fase 2) del processo di programmazione sopra descritto, che avrebbe dovuto concludersi entro la data del 31.3.2010;

Rilevato che il PSSR 2010-2012 è stato approvato con la deliberazione giuntale dell'11 marzo 2010, n. 465, e quindi la predetta Fase 2) del processo di programmazione non ha potuto essere completamente realizzata nei termini e secondo le tempistiche inizialmente indicati e che, sulla base delle indicazioni fornite alle Aziende da parte della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali con note prot. n. 6906 dd. 06/04/2010, prot. n. 9982 dd. 24/05/2010, prot. n. 7429 dd. 14/04/2010" e prot. n. 10179/SPS-STI dd. 26/05/2010, l'iter è stato parzialmente modificato secondo le modalità di seguito indicate:

- rinviata la revisione dei PAO-PAL 2010 e l'approvazione del bilancio triennale 2010-12, da approvarsi da parte delle Aziende del SSR ed il relativo consolidamento da approvarsi da parte della Regione rispetto alla data originariamente prevista;
- rinviata al 30.9.2010 la presentazione, da parte delle Aziende, dei documenti richiesti dal PSSR (piano ospedaliero aziendale; piano di riorganizzazione gestionale; revisione dell'atto aziendale; rideterminazione delle dotazioni organiche);

Dato atto che la Fase 2 si è conclusa con l'approvazione, entro il 28-6-2010, da parte degli enti del servizio sanitario regionale, della revisione dei PAO-PAL già approvati entro il 31-12-2009 e con l'approvazione dei bilanci pluriennali 2010-2012;

Rilevato che la programmazione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2010, adottata con il su citato decreto del Direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali n. 735, del 22 luglio 2010, è articolata nei seguenti documenti che costituiscono parte integrante del presente provvedimento:

- Programma preventivo consolidato 2010 del servizio sanitario regionale (all. 1)
- Bilancio preventivo consolidato 2010 del servizio sanitario regionale (all. 2)
- Bilancio pluriennale consolidato di previsione 2010 – 2012 del servizio sanitario regionale (all. 3)
- Proposta alla Giunta regionale di prescrizioni di modifiche degli atti di programmazione e dei bilanci preventivi aziendali (all. 6);

Preso atto che i documenti di seguito elencati sono conservati agli atti della Direzione centrale salute, Integrazione sociosanitaria e politiche sociali a corredo dei suddetti atti di consolidamento, presso l'Area della pianificazione, programmazione attuativa, controllo di gestione, sistema informativo, qualità ed accreditamento:

- le copie conformi agli originali degli atti deliberativi o dei decreti con cui i Direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale hanno approvato la revisione dei PAO-PAL già approvati entro il 31-12-2009 ed i bilanci pluriennali 2010-2012 adottati a conclusione della Fase 2 del processo di programmazione;
- i verbali delle Conferenze dei sindaci, della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria sociale e sociosanitaria regionale nonché dei collegi sindacali pervenuti alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali;

Visto l'art. 13, commi 20 – 23 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 24 (Legge Finanziaria 2010), che stabiliva il limite del 40% nelle assunzioni del personale e la relativa circolare esplicativa prot. 1885, dell'1.2.2010;

Richiamati i provvedimenti di seguito indicati che fissano principi e disposizioni in materia di programmazione sanitaria per l'anno 2010 in relazione ai quali:

- DGR n. 2643, del 26 novembre 2009, "LR 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010: approvazione" e le successive integrazioni;
- DGR n. 2787, del 10 dicembre 2009, "DGR 2643/2009: Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2010 – Integrazione";
- DGR n. 715, del 15 aprile 2010, "DGR 2643/2009: linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010 – integrazione alla DGR 2787/2009 per individuazione di ulteriori spese sovraziendali";
- DGR n. 800, del 28 aprile 2010, "LR 49/1996 - programma investimenti degli enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010";
- DGR n. 802, del 28 aprile 2010, "DGR 2643/2009: linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010 – integrazione alla DGR 2787/2009 e alla DGR 715/2010 per individuazione di ulteriori spese sovraziendali";
- DGR n. 936, del 19 maggio 2010, "Integrazione alle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2010 (DGR 2643/2009)"; con la quale sono state fornite indicazioni su contenuti e relativi finanziamenti delle azioni concernenti:
 - a) contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie
 - b) obiettivi specifici per l'anno 2010
 - c) mobilità regionale delle strutture pubbliche: prestazioni svincolate da budget
 - d) misure per fronteggiare temporanee deficienze di liquidità
- DGR n. 1083, del 4 giugno 2010, "DGR 2643/2009: linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010 – integrazione alle DGR 2787/2009, 715/2010 e 802/2010 per individuazione di ulteriori spese sovraziendali";
- DGR n. 1134, del 9 giugno 2010, "Piano degli investimenti in sanità - modifica delle modalità di realizzazione di alcune opere previste nella DGR 901/2006 e successive modifiche e integrazioni";
- DGR n. 1167, del 16 giugno 2010, "LR 49/1996, art. 22: gestione del Servizio sanitario regionale: rendiconto economico trimestrale al 31.3.2010;
- DGR 2643/2009 e DGR 936/2010: integrazione alle linee per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2010"; con la quale l'Amministrazione Regionale ha provveduto, tra l'altro, ad integrare ulteriormente la gamma di prestazioni svincolate dei tetti;

Precisato che i provvedimenti di programmazione ed i bilanci aziendali andavano predisposti in coerenza agli strumenti di programmazione innanzi richiamati nonché dei principi e delle previsioni normative di cui alla LR n. 49/1996, agli schemi previsti dal Regolamento di contabilità generale approvato con la deliberazione giuntale n. 756, del 16 marzo 1999, nonché della LR n. 24/2009;

Rilevato che:

- dalla disamina dei su citati atti di programmazione, approvati dagli enti del Servizio sanitario regionale, sono emerse alcune incoerenze rispetto alle suddette previsioni normative ed a quanto stabilito con i su citati strumenti di programmazione regionale;
- sono state conseguentemente apportate le variazioni indicate nel documento recante "Prescrizioni di modifiche degli atti di programmazione e dei bilanci preventivi aziendali", di cui all'allegato 6;

Preso atto che:

- i predetti atti di programmazione aziendale contengono, tra l'altro, la sintesi dei programmi annuali dei singoli enti del Servizio sanitario regionale, gli obiettivi e gli investimenti previsti dagli enti medesimi, la loro valutazione e le modalità di finanziamento;
- tali documenti sono stati redatti tenendo conto anche delle variazioni indicate nel su citato allegato 6;

Rilevata, a seguito delle modifiche prescritte con l'anzidetto documento di cui all'allegato 6, la congruità del programma preventivo consolidato 2010 del Servizio sanitario regionale, del bilancio preventivo consolidato 2010 e del bilancio pluriennale consolidato di previsione 2010-2012 del Servizio sanitario regionale, di cui, rispettivamente, agli allegati 1, 2 e 3, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento con le disposizioni normative nonché gli atti di programmazione e pianificazione regionale innanzi richiamati;

Esaminati gli ulteriori documenti di seguito elencati che il Direttore centrale della Direzione salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali propone, con il proprio decreto n. 735, del 22 luglio 2010, all'approvazione della Giunta regionale, i quali costituiscono parte integrante del presente provvedimento:

- Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione ("sovraziendali") anno 2010 (all. 4);
- Quadro riassuntivo delle erogazioni regionali (all. 5);
- Proposta alla Giunta regionale del documento recante prescrizioni di modifiche degli atti di programmazione e dei bilanci preventivi aziendali (all. 6);
- Il Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale e le relative modalità di valutazione dei risultati dei direttori generali per l'anno 2010 da sottoscrivere anche ai fini della corresponsione della quota integrativa del trattamento economico di cui all'allegato 7, previsto dalla deliberazione giuntale n. 2735, del 17 novembre 2006, recante "Interventi sulla governance del Servizio sanitario regionale" (all. 7);

Precisato che l'attuazione della programmazione annuale oggetto del presente provvedimento è rigorosamente vincolata, per ciascun ente, in relazione alle funzioni del Servizio sanitario regionale, al conseguimento dell'equilibrio di bilancio attraverso la modulazione dell'impiego dei fattori produttivi, anche rispetto al dettato della LR 24/2009;

**Su proposta dell'Assessore regionale alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali
La Giunta regionale all'unanimità**

Delibera

1. Di prendere atto del decreto del Direttore centrale n. 735 dd. 22 luglio 2010 avente ad oggetto "LR 19-12-1996, n. 49 , artt. 16 e 20 - Programmazione annuale 2010 e pluriennale 2010 – 2012 del Servizio Sanitario Regionale".
2. Di accertare, ai sensi degli articoli 16 e 20 della LR 49/96, la coerenza del Programma preventivo consolidato 2010 del servizio sanitario regionale, del Bilancio preventivo consolidato 2010 del servizio sanitario regionale, del Bilancio pluriennale consolidato di previsione 2010 – 2012 del servizio sanitario regionale, come adottati dal Direttore centrale con proprio decreto n. 735 del 22 luglio 2010, con i contenuti della pianificazione regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento di cui all'art. 12 della L.R. 49/1996, cit., nonché con le Linee annuali di cui alla DGR n. 2643 del 26 novembre 2009.
3. Di precisare che i suddetti atti, costituenti rispettivamente gli allegati 1, 2 e 3 al presente provvedimento fanno parte integrante del provvedimento medesimo.
4. Di prendere atto che sono conservati agli atti della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitarie e politiche sociali, a corredo dei suddetti atti di consolidamento degli enti del Servizio sanitario regionale, presso l'Area pianificazione, programmazione attuativa, controllo di gestione, sistema informativo, qualità ed accreditamento i seguenti documenti:

- le copie conformi agli originali degli atti deliberativi o dei decreti con cui i Direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale hanno approvato la revisione dei PAO-PAL già approvati entro il 31-12-2009 ed i bilanci pluriennali 2010-2012 adottati a conclusione della Fase 2 del processo di programmazione;
- i verbali delle Conferenze dei sindaci, della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria sociale e sociosanitaria regionale nonché dei collegi sindacali pervenuti alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali;

5. Di approvare i seguenti documenti, così come proposti dal Direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali con il proprio citato decreto n. 735 dd. 22 luglio 2010, allegati facenti parte integrante del presente provvedimento:

- Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione ("sovraziendali") anno 2010 (all. 4);
- Quadro riassuntivo delle erogazioni regionali (all. 5);
- Proposta alla Giunta regionale del documento recante prescrizioni di modifiche degli atti di programmazione e dei bilanci preventivi aziendali (all. 6);
- Il Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale e le relative modalità di valutazione dei risultati dei direttori generali per l'anno 2010 da sottoscrivere anche ai fini della corresponsione della quota integrativa del trattamento economico di cui all'allegato 7, previsto dalla deliberazione giunta n. 2735, del 17 novembre 2006, recante "Interventi sulla governance del Servizio sanitario regionale" (all. 7);

6. Di precisare che l'attuazione della programmazione annuale in argomento è rigorosamente vincolata, per ciascun ente, in relazione alle funzioni del servizio sanitario regionale, al conseguimento dell'equilibrio di bilancio attraverso la modulazione dell'impiego dei fattori produttivi, anche rispetto al dettato della Legge Regionale n. 24 dd. 30/12/2009 (Legge Finanziaria 2010);

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1606 DEL 4 AGOSTO 2010

Servizio Sanitario Regionale
CONSOLIDATO PREVENTIVO 2010 – ALLEGATO 7

**PATTO ANNUALE
TRA REGIONE E SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
E MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI 2010**

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**"Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010".**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 "TRIESTINA"

Richiamato quanto disposto dalla DGR n. 2643 del 26-11-2009 "Linee per la gestione del SSR per l'anno 2010" che tra i vincoli gestionali e contabili prevede:

Patto annuale fra Regione e Aziende del S.S.R. - Criteri per la valutazione dei risultati economici della gestione 2010.

Analogamente a quanto disposto per i precedenti esercizi, l'obiettivo costituito dall'equilibrio di bilancio rappresenta anche per il 2010 la preconditione per ogni ulteriore valutazione sui risultati raggiunti da ciascuna Azienda.

L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva (caratteristica + straordinaria + finanziaria + imposte).

Previa valutazione della Direzione Centrale, possono escludersi dal calcolo eventuali componenti negativi, purché per ciascuno di questi ultimi, coesistano tutte le seguenti condizioni:

- si tratti di situazione inequivocabilmente eccezionale nel contesto della gestione del S.S.R.;
- la circostanza che ha determinato il costo sia, in modo inequivocabile, non direttamente imputabile alle decisioni della direzione aziendale;
- il valore del componente negativo sia superiore allo 0,10% del totale dei costi della produzione, con un minimo di € 250.000.

si dispone quanto segue.

A) VALUTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Una perdita sulla gestione complessiva superiore all' 1% del totale dei ricavi è oggetto di valutazione da parte della Regione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modificazioni ed integrazioni.

B) CORRESPONSIONE DELLA QUOTA INTEGRATIVA AL TRATTAMENTO ECONOMICO ANNUO

Il Direttore generale, ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo, sarà valutato in base al raggiungimento dei risultati relativi agli obiettivi sotto elencati.

Il non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio non dà luogo alla corresponsione della quota integrativa.

La quota integrativa sarà corrisposta in quota proporzionata al livello di raggiungimento dei risultati attesi.

OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono legati ai seguenti argomenti:

- 1) Tempi di attesa
- 2) Investimenti
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali
- 4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Di seguito sono elencati gli specifici obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché il punteggio che sarà assegnato in caso di raggiungimento del risultato stesso.

La somma dei punteggi per ciascuna Azienda porta alla somma di 100 ed è così ripartita tra gli argomenti:

- 1) Tempi di attesa: punti 25
- 2) Investimenti: punti 15
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali: punti 20
- 4) Stesura dei documenti di pianificazione in attuazione del PSSR: punti 20
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende: punti 20

Per ciascun argomento sono altresì indicati i criteri che verranno utilizzati per la misurazione del risultato raggiunto.

Gli obiettivi segnalati con * riguardano, in modo indifferenziato, più Aziende, generalmente di ogni Area Vasta; le Aziende pertanto ne rispondono in modo solidale e identica per tutte le Aziende interessate sarà la valutazione del risultato raggiunto.

1) Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
* 1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati (vedi criteri sottoriportati)	20
2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	2
* 3. Definire i criteri di priorità per la prima visita	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010 3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	2
4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità	1

Criteri per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2010

Prestazioni

I tempi di attesa devono essere rispettati in Area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07 secondo i criteri in essa esplicitati

Valutazione

- la valutazione dei tempi avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio 1 luglio), quindi su 3 valutazioni;
- se i tempi non sono garantiti per due volte consecutive, la valutazione è negativa
- se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio

2) Investimenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
Comprensorio di S.Giovanni a Trieste – realizzazione sede residenziale SC Dipendenza da sostanze legali	Approvazione del progetto definitivo da parte dell'Azienda e trasmissione del progetto stesso al NVESS entro il 31.12.2010	15

3) Obiettivi delle Linee progettuali

Linea progettuale (il numero fa riferimento alla numerazione utilizzata nei PAO PAL)	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
1 Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	3
2: Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	3
3 Attività di governo clinico	Tutti gli obiettivi indicati nel PAL-PAO	Vedi allegato	5
12 Prevenzione – L sorveglianza epidemiologica	Partecipare ai progetti nazionale di sorveglianza epidemiologica: - progetto "PASSI" - progetto "OKKIO alla salute" - progetto HBSC	- Okkio - 6 Classi intervistate per azienda - Passi - 275 interviste - HBSC - 38 classi da campionare	3
13 Cure palliative	Garantire i livelli di assistenza territoriale ai pazienti necessitanti di cure palliative. Mantenere il numero di persone terminali decedute a domicilio (o entro le 72 ore dall'ammissione in ospedale) o nelle strutture territoriali (residenziali e semiresidenziali).	Indicatore: numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice / n. di malati deceduti per malattia oncologica >=48,5%	3
24 Sistema informativo – La firma digitale	Introdurre la firma digitale su tutte le specialità che lavorano con G2.	Firma digitale su tutti i referti prodotti.	3

4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR

Il punteggio di 20 punti non è frazionabile e sarà assegnato solo in caso di raggiungimento completo di tutti i risultati attesi sotto indicati

Il risultato sarà considerato raggiunto se i documenti:

- sono consegnato nei tempi indicati dalla Direzione Centrale;
- sono stati condivisi tra tutte le Aziende cointeressate (obiettivi con *);
- sono stati predisposti nel rispetto delle disposizioni del PSSR e delle successive note della Direzione (n. 6906 del 6-4-2010 e n. 9982 del 24-5-2010);
- se contengono, a giudizio della Direzione Centrale, elementi che fanno prevedere i miglioramenti indicati nel risultato atteso.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica

1) Non vanno previsti interventi su emergenza, funzioni hub e rete oncologica.

5) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Obiettivi, risultati attesi e i criteri di assegnazione dei 20 punti previsti per il raggiungimento dei risultati saranno individuati in un successivo atto di programmazione e riguarderanno adempimenti comuni a tutte le Aziende di Area Vasta di cui le Aziende risponderanno in maniera solidale.

Data

Il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina"

Il Direttore centrale della Salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali

L'Assessore regionale alla Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 "TRIESTINA"

Allegato al punto 3) Linee progettuali

Obiettivi e risultato attesi previsti dal PAO PAL aziendale per le
Linea progettuale 3 - Attività di governo clinico

Linea n. 3: Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie	
Obiettivo aziendale: Migliorare la continuità assistenziale dei percorsi semplici in riabilitazione	Risultato atteso: 1. Presa in carico attraverso valutazione e definizione del percorso riabilitativo del 90% dei pazienti secondo protocollo di continuità assistenziale riabilitativa tra ASS 1, AOUTS e privati accreditati. 2. Definire almeno un protocollo condiviso di percorsi riabilitativi semplificati in altre patologie (oltre a quelle già in essere nel 2009).
Obiettivo aziendale: Censimento, valutazione ed eventuale presa in carico a livello distrettuale dei pazienti con ricovero ospedaliero o seguiti dal SID con diagnosi di scompenso cardiaco non già in carico alla Cardiologia Ospedaliera.	Risultato atteso: Identificazione ed inserimento nella rete territoriale del paziente cronico di 100 pazienti con scompenso cardiaco.
Obiettivo aziendale: Migliorare il percorso diagnostico terapeutico nella BPCO	Risultato atteso: Incremento dell'esecuzione delle spirometrie negli ambulatori distrettuali pari al 2% rispetto al 2009.
Obiettivo aziendale: Verificare l'adeguato follow-up e il compenso metabolico valutato mediante emoglobina glicata dei pazienti diabetici seguiti dai CDD e persi al follow-up negli anni 2007 e 2008 e riprendere in carico in accordo con MMG quelli in scadente compenso metabolico.	Risultato atteso: Verifica dell'adeguato follow-up e del compenso metabolico nel 70 % dei pazienti diabetici seguiti dai CDD negli anni 2007-2008.
Obiettivo aziendale: proseguire i programmi di educazione terapeutica per i pazienti diabetici	Risultato atteso: Almeno 8 corsi complessivi
Obiettivo aziendale: Percorsi facilitati bidirezionali tra Centro Cardiovascolare e Centri Diabetologici Distrettuali per la presa in carico e stratificazione prognostica dei pazienti diabetici a rischio elevato di eventi cardiovascolari.	Risultato atteso: Definizione e condivisione del protocollo operativo ed invio e presa in carico rispettivamente dal Centro Cardiovascolare e dai Centri Diabetologici Distrettuali di almeno 20 pazienti secondo percorsi facilitati e condivisi.
Obiettivo aziendale: Implementare il SSVR mediante la costituzione di un adeguato sistema di Incident Reporting.	Risultato atteso: Redazione del Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente. Elaborazione, avvio ed implementazione di un sistema di incident reporting aziendale

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**“Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010”.**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 2 "ISONTINA"

Richiamato quanto disposto dalla DGR n. 2643 del 26-11-2009 “Linee per la gestione del SSR per l'anno 2010” che tra i vincoli gestionali e contabili prevede:

Patto annuale fra Regione e Aziende del S.S.R. - Criteri per la valutazione dei risultati economici della gestione 2010.

Analogamente a quanto disposto per i precedenti esercizi, l'obiettivo costituito dall'equilibrio di bilancio rappresenta anche per il 2010 la preconditione per ogni ulteriore valutazione sui risultati raggiunti da ciascuna Azienda.

L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva (caratteristica + straordinaria + finanziaria + imposte).

Previa valutazione della Direzione Centrale, possono escludersi dal calcolo eventuali componenti negativi, purché per ciascuno di questi ultimi, coesistano tutte le seguenti condizioni:

- si tratti di situazione inequivocabilmente eccezionale nel contesto della gestione del S.S.R.;
- la circostanza che ha determinato il costo sia, in modo inequivocabile, non direttamente imputabile alle decisioni della direzione aziendale;
- il valore del componente negativo sia superiore allo 0,10% del totale dei costi della produzione, con un minimo di € 250.000.

si dispone quanto segue.

A) VALUTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Una perdita sulla gestione complessiva superiore all' 1% del totale dei ricavi è oggetto di valutazione da parte della Regione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modificazioni ed integrazioni.

B) CORRESPONSIONE DELLA QUOTA INTEGRATIVA AL TRATTAMENTO ECONOMICO ANNUO

Il Direttore generale, ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo, sarà valutato in base al raggiungimento dei risultati relativi agli obiettivi sotto elencati.

Il non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio non dà luogo alla corresponsione della quota integrativa.

La quota integrativa sarà corrisposta in quota proporzionata al livello di raggiungimento dei risultati attesi.

OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono legati ai seguenti argomenti:

- 1) Tempi di attesa
- 2) Investimenti
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali
- 4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Di seguito sono elencati gli specifici obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché il punteggio che sarà assegnato in caso di raggiungimento del risultato stesso.

La somma dei punteggi per ciascuna Azienda porta alla somma di 100 ed è così ripartita tra gli argomenti:

- 1) Tempi di attesa: punti 25
- 2) Investimenti: punti 15
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali: punti 20
- 4) Stesura dei documenti di pianificazione in attuazione del PSSR: punti 20
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende: punti 20

Per ciascun argomento sono altresì indicati i criteri che verranno utilizzati per la misurazione del risultato raggiunto.

Gli obiettivi segnalati con * riguardano, in modo indifferenziato, più Aziende, generalmente di ogni Area Vasta; le Aziende pertanto ne rispondono in modo solidale e identica per tutte le Aziende interessate sarà la valutazione del risultato raggiunto.

1) Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
* 1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati (vedi criteri sottoriportati)	20
2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale. Tutte le agende di libera professione intramoenia sono attive	2
* 3. Definire i criteri di priorità per la prima visita	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010 3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	2
4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità	1

Criteria per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2010

Prestazioni

I tempi di attesa devono essere rispettati in Area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07 secondo i criteri in essa esplicitati

Valutazione

- la valutazione dei tempi avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio 1 luglio), quindi su 3 valutazioni;
- se i tempi non sono garantiti per due volte consecutive, la valutazione è negativa
- se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio

2) Investimenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
OSPEDALE S. POLO DI MONFALCONE Adeguamento normativo della piastra distretto	Aggiudicazione della procedura per la realizzazione dei lavori di II lotto entro il 31-12-2010	15

3) Obiettivi delle Linee progettuali

Linea progettuale (il numero fa riferimento alla numerazione utilizzata nei PAO PAL)	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
1 Accredimento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	3
2: Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	3
3 Attività di governo clinico	Tutti gli obiettivi indicati nel PAL-PAO	Vedi allegato	5
12 Prevenzione – L sorveglianza epidemiologica	Partecipare ai progetti nazionali di sorveglianza epidemiologica: - progetto "PASSI" - progetto "OKKIO alla salute" - progetto HBSC	- partecipazione all'esecutività del progetto nell'attività di rilevazione ed immissione dei dati. Almeno 275 interviste - partecipazione all'esecutività del progetto nell'attività di rilevazione ed immissione dei dati: almeno 8 classi intervistate - partecipazione all'avvio del progetto secondo le indicazioni regionali: 24 classi campionate	3

13 Cure palliative	Per il DAI e DBI prosecuzione dell'attività nel 2010 Per il DBI avvio dell'operatività del Nucleo transmurale di cure palliative	mantenimento attività del 2010 (150 ricoveri Hospice, 46% pazienti terminali assistiti/totale deceduti tumore, per DAI e DBI complessivamente); presentazione relazione annuale sulla attività svolta Evidenza dell'avvio dell'operatività del Nucleo transmurale di cure palliative	3
24 Sistema informativo – La firma digitale	La firma digitale e la conservazione legale sostitutiva	Avvio della firma digitale dei referti delle prestazioni ambulatoriali per esterni nel 80% dei reparti ospedalieri in cui è installato il G2 clinico	3
18 Piano sangue	Istituzione del Dipartimento interaziendale di Area Vasta	Trasferimento all'AOU-TS di tutte le funzioni trasfusionali e delle relative risorse (non afferenti al CUV); costituzione del Comitato di coordinamento del dipartimento di AV;	

4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR

Il punteggio di 20 punti non è frazionabile e sarà assegnato solo in caso di raggiungimento completo di tutti i risultati attesi sotto indicati

Il risultato sarà considerato raggiunto se i documenti:

- sono consegnato nei tempi indicati dalla Direzione Centrale;
- sono stati condivisi tra tutte le Aziende cointeressate (obiettivi con *);
- sono stati predisposti nel rispetto delle disposizioni del PSSR e delle successive note della Direzione (n. 6906 del 6-4-2010 e n. 9982 del 24-5-2010);
- se contengono, a giudizio della Direzione Centrale, elementi che fanno prevedere i miglioramenti indicati nel risultato atteso.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)
Area materno infantile - Punti nascita	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica

1) Non vanno previsti interventi su emergenza, funzioni hub e rete oncologica.

5) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Obiettivi, risultati attesi e i criteri di assegnazione dei 20 punti previsti per il raggiungimento dei risultati saranno individuati in un successivo atto di programmazione e riguarderanno adempimenti comuni a tutte le Aziende di Area Vasta di cui le Aziende risponderanno in maniera solidale.

Data

Il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 2 "Isontina"

Il Direttore centrale della salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali

L'Assessore regionale alla Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 2 "ISONTINA"

Allegato al punto 3) Linee progettuali

Obiettivi e risultato attesi previsti dal PAO PAL aziendale per le
Linea progettuale 3 - Attività di governo clinico

Linea n. 3: Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie (3 e 14/09)	
Obiettivo aziendale: Prosecuzione attività di formazione e audit (Gestione integrata diabete, BPCO)	Risultato atteso: Evidenza di incontri di audit distrettuali con MMG (2 incontri per distretto) con analisi report indicatori di performance Diabete e BPCO (almeno 2 report)
Obiettivo aziendale: Percorso ictus – Promuovere l’approccio riabilitativo precoce	Risultato atteso: Valutazione > 75% dei pazienti con ictus entro 24h giorni feriali Valutazione con test > 85% dei pazienti disfaici
Obiettivo aziendale: Percorsi brevi e semplificati in riabilitazione	Risultato atteso: Protesi d’anca e protesi di ginocchio: <ul style="list-style-type: none"> • visita in giornata: 60 per cento; • inizio della rieducazione (secondo i protocolli concordati) in giornata: 50 per cento; • prosieguo ambulatoriale in fascia breve entro una settimana: 20 per cento. Riabilitazione postchirurgica di spalla: <ul style="list-style-type: none"> • visita in giornata: 60 per cento; • inizio rieducazione ambulatoriale entro una settimana: 50 per cento. Percorsi attivi sia nell’ospedale di Gorizia che in quello di Monfalcone ove esiste peraltro il progetto di dimissione rapida per protesi d’anca con accesso anteriore senza aggravio di ulteriore utenza ambulatoriale
Obiettivo aziendale: Protocolli e linee guida tempi d’attesa	Risultato atteso: Evidenza di criteri di accesso per priorità clinica per visita neurologica e visita ginecologica
Obiettivo aziendale: Ritardo evitabile nella sindrome coronarica acuta, sistema hub e spoke nell’ictus	Risultato atteso: <ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza della stesura dei protocolli, aziendali e di AV, clinico/organizzativi previsti dal documento regionale “Standard per la riduzione del ritardo evitabile nello STEMI” 2. Evidenza di adeguamento alle prescrizioni regionali per autorizzazione trombolisi nell’ictus, come da nota DC n. 20055 dd. 22.10.09
Obiettivo aziendale: Percorsi semplificati in PS	Risultato atteso: evidenza protocollo
Obiettivo aziendale: Sicurezza del paziente	Risultato atteso: <ol style="list-style-type: none"> 1. Percorso operatorio: presenza e applicazione di chek list sala operatoria nei due presidi 2. Sicurezza del farmaco: effettuata autovalutazione standard ed elaborato piano di miglioramento 3. Documentazione clinica: presenza di consenso

	<p>informato modello regionale nei due presidi; effettuata verifica campionaria cartelle su completezza documentazione clinica</p> <p>4. Percorso nascita: presenza ed applicazione protocollo selezione gravidanze a rischio, elaborato protocollo di AV prevenzione sofferenza fetoneonatale</p>
--	--

Area infermieristica

<p>Obiettivo aziendale: Proseguire il monitoraggio del dolore negli ospedali e nelle UU.OO. territoriali (RSA)</p>	<p>Risultato atteso: Mantenimento del 95% di valutazione del dolore nelle UU.OO. ospedaliere e nelle RSA</p>
<p>Obiettivi aziendali:</p> <ol style="list-style-type: none"> Garantire a tutti i pazienti presi in carico da parte delle strutture di assistenza la valutazione del rischio e/o del livello di lesione presente Proseguire il programma di miglioramento per la continuità assistenziale del paziente nel percorso ospedale-territorio 	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> il 95% delle cartelle cliniche integrate medico-infermieristiche presentano la scheda di valutazione compilata percorso del soggetto a rischio o con presenza di lesione da decubito documentato attraverso la predisposizione e applicazione di apposite schede di rilevazione interventi di prevenzione/trattamento del soggetto a rischio documentati in base all'applicazione delle indicazioni previste dal "righello"
<p>Obiettivi aziendali:</p> <ol style="list-style-type: none"> Applicare il sistema di rilevazione aziendale delle cadute accidentali in alcune strutture residenziali territoriali e a domicilio previa analisi di fattibilità al fine di monitorare il fenomeno; definire procedure per la gestione della segnalazione di evento avverso utilizzando la scheda di rilevazione aziendale; realizzare strumenti informativi rivolti agli utenti dell'ospedale e territorio e agli operatori del territorio (obiettivo 2010-2011) Avviare integrazione con progetto di prevenzione Linea 22 area incidenti domestici con particolare riferimenti agli interventi sul territorio. 	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <ol style="list-style-type: none"> elenco delle strutture territoriali coinvolte (almeno due RSA aziendali ed almeno nel 5% delle persone a rischio caduta assistite a domicilio dal servizio ADI aziendale) Nelle strutture territoriali in elenco viene applicato il sistema di rilevazione aziendale delle cadute e viene raccolta la casistica al fine del monitoraggio degli eventi avversi. flow-chart disponibile ad uso degli operatori dell'ospedale; strumenti informativi disponibili (obiettivo 2010-2011): 1 opuscolo informativo rivolto agli operatori ed 1 rivolto agli utenti sia dell'ospedale che delle RSA territoriali almeno due incontri di integrazione con il gruppo di lavoro linea 22 area incidenti domestici

Infezioni ospedaliere

<p>Obiettivo aziendale: mantenimento del controllo sulle infezioni ospedaliere</p>	<p>Risultato atteso: in linea con le incidenze regionali (non superiori all'1%)</p>
--	---

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**"Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010".**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 3 "ALTO FRIULI"

Richiamato quanto disposto dalla DGR n. 2643 del 26-11-2009 "Linee per la gestione del SSR per l'anno 2010" che tra i vincoli gestionali e contabili prevede:

Patto annuale fra Regione e Aziende del S.S.R. - Criteri per la valutazione dei risultati economici della gestione 2010.

Analogamente a quanto disposto per i precedenti esercizi, l'obiettivo costituito dall'equilibrio di bilancio rappresenta anche per il 2010 la preconditione per ogni ulteriore valutazione sui risultati raggiunti da ciascuna Azienda.

L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva (caratteristica + straordinaria + finanziaria + imposte).

Previa valutazione della Direzione Centrale, possono escludersi dal calcolo eventuali componenti negativi, purché per ciascuno di questi ultimi, coesistano tutte le seguenti condizioni:

- si tratti di situazione inequivocabilmente eccezionale nel contesto della gestione del S.S.R.;
- la circostanza che ha determinato il costo sia, in modo inequivocabile, non direttamente imputabile alle decisioni della direzione aziendale;
- il valore del componente negativo sia superiore allo 0,10% del totale dei costi della produzione, con un minimo di € 250.000.

si dispone quanto segue.

A) VALUTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Una perdita sulla gestione complessiva superiore all' 1% del totale dei ricavi è oggetto di valutazione da parte della Regione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modificazioni ed integrazioni.

B) CORRESPONSIONE DELLA QUOTA INTEGRATIVA AL TRATTAMENTO ECONOMICO ANNUO

Il Direttore generale, ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo, sarà valutato in base al raggiungimento dei risultati relativi agli obiettivi sotto elencati.

Il non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio non dà luogo alla corresponsione della quota integrativa.

La quota integrativa sarà corrisposta in quota proporzionata al livello di raggiungimento dei risultati attesi.

OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono legati ai seguenti argomenti:

- 1) Tempi di attesa
- 2) Investimenti
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali
- 4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Di seguito sono elencati gli specifici obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché il punteggio che sarà assegnato in caso di raggiungimento del risultato stesso.

La somma dei punteggi per ciascuna Azienda porta alla somma di 100 ed è così ripartita tra gli argomenti:

- 1) Tempi di attesa: punti 25
- 2) Investimenti: punti 15
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali: punti 20
- 4) Stesura dei documenti di pianificazione in attuazione del PSSR: punti 20
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende: punti 20

Per ciascun argomento sono altresì indicati i criteri che verranno utilizzati per la misurazione del risultato raggiunto.

Gli obiettivi segnalati con * riguardano, in modo indifferenziato, più Aziende, generalmente di ogni Area Vasta; le Aziende pertanto ne rispondono in modo solidale e identica per tutte le Aziende interessate sarà la valutazione del risultato raggiunto.

1) Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
* 1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati (vedi criteri sottoriportati)	20
2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	2
* 3. Criteri di priorità clinica*	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010 3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	2
4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità	1

Criteri per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2010

Prestazioni

I tempi di attesa devono essere rispettati in Area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07 secondo i criteri in essa esplicitati

Valutazione

- la valutazione dei tempi avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio 1 luglio), quindi su 3 valutazioni;

- se i tempi non sono garantiti per due volte consecutive, la valutazione è negativa
- se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio

2) Investimenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
OSPEDALE DI TOLMEZZO Ristrutturazione e accreditamento della struttura	Conclusione dei lavori di III lotto - V e VII progetto	15

3) Obiettivi delle Linee progettuali

Linea progettuale (il numero fa riferimento alla numerazione utilizzata nei PAO PAL)	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
1 Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	3
2: Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	3
3 Attività di governo clinico	Tutti gli obiettivi indicati nel PAL-PAO	Vedi allegato	5
12 Prevenzione – L sorveglianza epidemiologica	Partecipare ai progetti nazionali di sorveglianza epidemiologica: - progetto "PASSI" - progetto "OKKIO alla salute" - progetto HBSC	Realizzazione dell'indagine nel numero di soggetti definito secondo le indicazioni CCM (275) Realizzazione delle attività previste dal coordinamento regionale (2 classi) progetto HBSC 12 classi indagate	3
13 Cure palliative	Prosecuzione dell'attività di audit tra operatori SID e MMG sui pazienti in trattamento per dolore	evidenza dell'esecuzione di almeno 2 incontri di audit con SID, MMG e oncologi sui pazienti in trattamento per dolore e la gestione del paziente.	3
24 Sistema informativo – La firma digitale	Avvio dell'utilizzo della firma digitale nei reparti di Chirurgia, Ortopedia, ORL, Ginecologia, Ostetricia, Pediatria, Medicina di Gemona e Tolmezzo	Evidenza dell'avvio dell'utilizzo della firma digitale nei reparti: Chirurgia, Ortopedia, ORL, Ginecologia, Ostetricia, Pediatria, Medicina di Gemona e Tolmezzo, secondo il calendario di avviamento che verrà concordato con INSIEL	3

4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR

Il punteggio di 20 punti non è frazionabile e sarà assegnato solo in caso di raggiungimento completo di tutti i risultati attesi sotto indicati

Il risultato sarà considerato raggiunto se i documenti:

- sono consegnato nei tempi indicati dalla Direzione Centrale;
- sono stati condivisi tra tutte le Aziende cointeressate (obiettivi con *);
- sono stati predisposti nel rispetto delle disposizioni del PSSR e delle successive note della Direzione (n. 6906 del 6-4-2010 e n. 9982 del 24-5-2010);
- se contengono, a giudizio della Direzione Centrale, elementi che fanno prevedere i miglioramenti indicati nel risultato atteso.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)
Ospedali ex Art 21	Presentazione di uno lo studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno lo studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica

1) Non vanno previsti interventi su emergenza, funzioni hub e rete oncologica.

5) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Obiettivi, risultati attesi e i criteri di assegnazione dei 20 punti previsti per il raggiungimento dei risultati saranno individuati in un successivo atto di programmazione e riguarderanno adempimenti comuni a tutte le Aziende di Area Vasta di cui le Aziende risponderanno in maniera solidale,.

Data

Il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli"

Il Direttore centrale della salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali

L'Assessore regionale alla Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 3 "ALTO FRIULI"

Allegato al punto 3) Linee progettuali

Obiettivi e risultato attesi previsti dal PAO PAL aziendale per le
Linea progettuale 3 - Attività di governo clinico

Obiettivo aziendale: Prosecuzione del controllo sistematico delle apparecchiature biomedicali	Risultato atteso: – Il 100% delle apparecchiature biomedicali per cui è previsto il controllo annuale sono state controllate
Obiettivo aziendale: Implementazione del programma di sicurezza del percorso operatorio	Risultato atteso: – Evidenza di almeno 1 verifica annua sulla corretta applicazione del programma di sicurezza del percorso operatorio
Obiettivo aziendale: Implementazione del protocollo di sicurezza dell'uso dei farmaci	Risultato atteso: – Evidenza di almeno 1 verifica annua sulla corretta applicazione del protocollo per la sicurezza dell'uso dei farmaci
Obiettivo aziendale: Prosecuzione delle attività di governo clinico delle patologie croniche (BPCO, scompenso cardiaco) anche attraverso i dati di performance messi a disposizione dal Portale SISR e dai MMG/PLS.	Risultato atteso: Evidenza di almeno due audit/incontro informativo per patologia cronica (BPCO, scompenso cardiaco).

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**“Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010”.**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 4 "MEDIO FRIULI"

Richiamato quanto disposto dalla DGR n. 2643 del 26-11-2009 “Linee per la gestione del SSR per l'anno 2010” che tra i vincoli gestionali e contabili prevede:

Patto annuale fra Regione e Aziende del S.S.R. - Criteri per la valutazione dei risultati economici della gestione 2010.

Analogamente a quanto disposto per i precedenti esercizi, l'obiettivo costituito dall'equilibrio di bilancio rappresenta anche per il 2010 la preconditione per ogni ulteriore valutazione sui risultati raggiunti da ciascuna Azienda.

L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva (caratteristica + straordinaria + finanziaria + imposte).

Previa valutazione della Direzione Centrale, possono escludersi dal calcolo eventuali componenti negativi, purché per ciascuno di questi ultimi, coesistano tutte le seguenti condizioni:

- si tratti di situazione inequivocabilmente eccezionale nel contesto della gestione del S.S.R.;
- la circostanza che ha determinato il costo sia, in modo inequivocabile, non direttamente imputabile alle decisioni della direzione aziendale;
- il valore del componente negativo sia superiore allo 0,10% del totale dei costi della produzione, con un minimo di € 250.000.

si dispone quanto segue.

A) VALUTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Una perdita sulla gestione complessiva superiore all' 1% del totale dei ricavi è oggetto di valutazione da parte della Regione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modificazioni ed integrazioni.

B) CORRESPONSIONE DELLA QUOTA INTEGRATIVA AL TRATTAMENTO ECONOMICO ANNUO

Il Direttore generale, ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo, sarà valutato in base al raggiungimento dei risultati relativi agli obiettivi sotto elencati.

Il non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio non dà luogo alla corresponsione della quota integrativa.

La quota integrativa sarà corrisposta in quota proporzionata al livello di raggiungimento dei risultati attesi.

OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono legati ai seguenti argomenti:

- 1) Tempi di attesa
- 2) Investimenti
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali
- 4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Di seguito sono elencati gli specifici obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché il punteggio che sarà assegnato in caso di raggiungimento del risultato stesso.

La somma dei punteggi per ciascuna Azienda porta alla somma di 100 ed è così ripartita tra gli argomenti:

- 1) Tempi di attesa: punti 25
- 2) Investimenti: punti 15
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali: punti 20
- 4) Stesura dei documenti di pianificazione in attuazione del PSSR: punti 20
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende: punti 20

Per ciascun argomento sono altresì indicati i criteri che verranno utilizzati per la misurazione del risultato raggiunto.

Gli obiettivi segnalati con * riguardano, in modo indifferenziato, più Aziende, generalmente di ogni Area Vasta; le Aziende pertanto ne rispondono in modo solidale e identica per tutte le Aziende interessate sarà la valutazione del risultato raggiunto.

1) Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
* 1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati (vedi criteri sottoriportati)	20
2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	2
* 3. Criteri di priorità clinica	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010 3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	2
4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità	1

2) Investimenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
PADIGLIONE LEVANTE E HOSPICE DI CIVIDALE Ristrutturazione e ampliamento	Avanzamento dei lavori alla data del 31.12.2010 pari al 60% dell'importo di contratto	7,5
IMFR GERVSASUTTA DI UDINE Ristrutturazione e ampliamento della struttura II lotto	Pubblicazione del bando per l'individuazione del progettista dell'intervento entro il 30.09.2010	7,5

3) Obiettivi delle Linee progettuali

Linea progettuale (il numero fa riferimento alla numerazione utilizzata nei PAO PAL)	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
1 Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	3
2: Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	3
3 Attività di governo clinico	Tutti gli obiettivi indicati nel PAL-PAO	Vedi allegato	5
12 Prevenzione – L sorveglianza epidemiologica	Partecipare ai progetti nazionali di sorveglianza epidemiologica: - progetto "PASSI" - progetto "OKKIO alla salute" - progetto HBSC	Realizzazione dei seguenti livelli minimi di attività previsti dal livello regionale: 1. progetto "OKKIO": min. 12 classi intervistate; 2. progetto "PASSI": min. 275 interviste; 3. progetto "HBSC": min. 58 classi da campionare.	3
13 Cure palliative	Migliorare le prassi operative per il trattamento del dolore nei diversi setting aziendali	Mantenimento della rilevazione del dolore almeno nel 95% delle cartelle cliniche, secondo i criteri definiti nel 2009	3
24 Sistema informativo – La firma digitale	Estensione utilizzo firma digitale.	Distribuzione entro il 31.12.2010 delle carte operatore al personale medico dei Dipartimenti chirurgico e materno-infantile	3

4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR

Il punteggio di 20 punti non è frazionabile e sarà assegnato solo in caso di raggiungimento completo di tutti i risultati attesi sotto indicati

Il risultato sarà considerato raggiunto se i documenti:

- sono consegnato nei tempi indicati dalla Direzione Centrale;
- sono stati condivisi tra tutte le Aziende cointeressate (obiettivi con *);
- sono stati predisposti nel rispetto delle disposizioni del PSSR e delle successive note della Direzione (n. 6906 del 6-4-2010 e n. 9982 del 24-5-2010);
- se contengono, a giudizio della Direzione Centrale, elementi che fanno prevedere i miglioramenti indicati nel risultato atteso.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)
Ospedali ex Art 21 * (ASS 4 e AOUUD condiviso)	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica

1) Non vanno previsti interventi su emergenza, funzioni hub e rete oncologica.

5) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Obiettivi, risultati attesi e i criteri di assegnazione dei 20 punti previsti per il raggiungimento dei risultati saranno individuati in un successivo atto di programmazione e riguarderanno adempimenti comuni a tutte le Aziende di Area Vasta di cui le Aziende risponderanno in maniera solidale,.

Data

Il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli"

Il Direttore centrale della salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali

L'Assessore regionale alla Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 4 "MEDIO FRIULI"

Allegato al punto 3) Linee progettuali

Obiettivi e risultato attesi previsti dal PAO PAL aziendale per le
Linea progettuale 3 - Attività di governo clinico

Linea n. 3: Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie	
Obiettivo aziendale: Sistematizzazione dell'attività di governo clinico all'interno dei meccanismi operativi aziendali	Risultato atteso: Creazione del Piano di lavoro ed assegnazione al Dipartimento di Prevenzione di una dietista a supporto dell'attività sul diabete svolta dai MMG nei 5 distretti aziendali
Obiettivo aziendale: Consolidamento delle attività per la sicurezza del paziente	Risultato atteso: - Avviamento presso tutte le SOA dell'incident reporting con predisposizione ed attuazione degli specifici Piani di miglioramento - Predisposizione del programma, monitoraggio ed attuazione delle attività per la qualità e sicurezza delle cure in tutte le SOA secondo quanto concordato in sede di Comitato aziendale per il governo clinico

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**"Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010".**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 5 "BASSA FRIULANA"

Richiamato quanto disposto dalla DGR n. 2643 del 26-11-2009 "Linee per la gestione del SSR per l'anno 2010" che tra i vincoli gestionali e contabili prevede:

Patto annuale fra Regione e Aziende del S.S.R. - Criteri per la valutazione dei risultati economici della gestione 2010.

Analogamente a quanto disposto per i precedenti esercizi, l'obiettivo costituito dall'equilibrio di bilancio rappresenta anche per il 2010 la preconditione per ogni ulteriore valutazione sui risultati raggiunti da ciascuna Azienda.

L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva (caratteristica + straordinaria + finanziaria + imposte).

Previa valutazione della Direzione Centrale, possono escludersi dal calcolo eventuali componenti negativi, purché per ciascuno di questi ultimi, coesistano tutte le seguenti condizioni:

- si tratti di situazione inequivocabilmente eccezionale nel contesto della gestione del S.S.R.;
- la circostanza che ha determinato il costo sia, in modo inequivocabile, non direttamente imputabile alle decisioni della direzione aziendale;
- il valore del componente negativo sia superiore allo 0,10% del totale dei costi della produzione, con un minimo di € 250.000.

si dispone quanto segue.

A) VALUTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Una perdita sulla gestione complessiva superiore all' 1% del totale dei ricavi è oggetto di valutazione da parte della Regione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modificazioni ed integrazioni.

B) CORRESPENSIONE DELLA QUOTA INTEGRATIVA AL TRATTAMENTO ECONOMICO ANNUO

Il Direttore generale, ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo, sarà valutato in base al raggiungimento dei risultati relativi agli obiettivi sotto elencati.

Il non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio non dà luogo alla corresponsione della quota integrativa.

La quota integrativa sarà corrisposta in quota proporzionata al livello di raggiungimento dei risultati attesi.

OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono legati ai seguenti argomenti:

- 1) Tempi di attesa
- 2) Investimenti
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali
- 4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Di seguito sono elencati gli specifici obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché il punteggio che sarà assegnato in caso di raggiungimento del risultato stesso.

La somma dei punteggi per ciascuna Azienda porta alla somma di 100 ed è così ripartita tra gli argomenti:

- 1) Tempi di attesa: punti 25
- 2) Investimenti: punti 15
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali: punti 20
- 4) Stesura dei documenti di pianificazione in attuazione del PSSR: punti 20
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende: punti 20

Per ciascun argomento sono altresì indicati i criteri che verranno utilizzati per la misurazione del risultato raggiunto.

Gli obiettivi segnalati con * riguardano, in modo indifferenziato, più Aziende, generalmente di ogni Area Vasta; le Aziende pertanto ne rispondono in modo solidale e identica per tutte le Aziende interessate sarà la valutazione del risultato raggiunto.

1) Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
* 1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati (vedi criteri sottoriportati)	20
2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	2
* 3. Criteri di priorità clinica*	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010 3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	2
4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità	1

Criteri per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2010

Prestazioni

I tempi di attesa devono essere rispettati in Area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07 secondo i criteri in essa esplicitati

Valutazione

- la valutazione dei tempi avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio 1 luglio), quindi su 3 valutazioni;
- se i tempi non sono garantiti per due volte consecutive, la valutazione è negativa
- se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio

2) Investimenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
OSPEDALE DI LATISANA Ristrutturazione e accreditamento della struttura	Avanzamento dei lavori alla data del 31.12.2010 pari al 10 % dell'importo di contratto	15

3) Obiettivi delle Linee progettuali

Linea progettuale <small>(il numero fa riferimento alla numerazione utilizzata nei PAO PAL)</small>	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
1 Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	3
2: Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	3
3 Attività di governo clinico	Tutti gli obiettivi indicati nel PAL-PAO	Vedi allegato	5
12 Prevenzione – L sorveglianza epidemiologica	Partecipare ai progetti nazionali di sorveglianza epidemiologica: - progetto "PASSI" - progetto "OKKIO alla salute" - progetto HBSC	Completezza delle rilevazioni previste Okkio = 5 scuole Passi >= 275 interviste HBSC >= 18 classi	3
13 Cure palliative	Prosecuzione attività di valutazione sulla base di indicatori regionali e ministeriali e relativi programmi di miglioramento	Rilevamento del controllo del dolore con strumenti validati in almeno il 50% dei pazienti presi in carico dai servizi domiciliari del distretto nell'ambito di un programma di cure palliative	3
24 Sistema informativo – La firma digitale	Estensione dei sistemi di refertazione digitale alle strutture ospedaliere.	Attivazione dei sistemi di refertazione digitale in entrambi le sedi ospedaliere in Chirurgia, Ortopedia, Oculistica, Pediatria, Cardiologia	3

4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR

Il punteggio di 20 punti non è frazionabile e sarà assegnato solo in caso di raggiungimento completo di tutti i risultati attesi sotto indicati

Il risultato sarà considerato raggiunto se i documenti:

- sono consegnato nei tempi indicati dalla Direzione Centrale;
- sono stati condivisi tra tutte le Aziende cointeressate (obiettivi con *);
- sono stati predisposti nel rispetto delle disposizioni del PSSR e delle successive note della Direzione (n. 6906 del 6-4-2010 e n. 9982 del 24-5-2010);
- se contengono, a giudizio della Direzione Centrale, elementi che fanno prevedere i miglioramenti indicati nel risultato atteso.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)
Area materno infantile - Punti nascita	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica

1) Non vanno previsti interventi su emergenza, funzioni hub e rete oncologica.

5) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Obiettivi, risultati attesi e i criteri di assegnazione dei 20 punti previsti per il raggiungimento dei risultati saranno individuati in un successivo atto di programmazione e riguarderanno adempimenti comuni a tutte le Aziende di Area Vasta di cui le Aziende risponderanno in maniera solidale.

Data

Il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 5 "Bassa Friulana"

Il Direttore centrale della salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali

L'Assessore regionale alla Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 5 "BASSA FRIULANA"

Allegato al punto 3) Linee progettuali

Obiettivi e risultato attesi previsti dal PAO PAL aziendale per le
Linea progettuale 3 - Attività di governo clinico

Linea n. 3A: Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie: rischio clinico	
Obiettivo aziendale: Eventi sentinella: elaborazione di documenti aziendali	Risultato atteso: Evidenza dell'approvazione e dell' applicazione di: <ul style="list-style-type: none"> ○ il protocollo aziendale sulla sicurezza della terapia farmacologica – parte seconda ○ il protocollo aziendale sulla prevenzione del suicidio dei pazienti in ospedale
Obiettivo aziendale: Documentazione sanitaria: revisione della scheda integrata per la terapia farmacologica	Risultato atteso: Evidenza dell'approvazione e dell' applicazione della scheda integrata aggiornata per la terapia farmacologica
Obiettivo aziendale: Infezioni nelle organizzazioni sanitarie: revisione del documento aziendale sul cateterismo vescicale	Risultato atteso: Evidenza dell'approvazione e dell' applicazione del protocollo aziendale aggiornato sul cateterismo vescicale
Obiettivo aziendale: Lesioni da decubito: aggiornamento del protocollo aziendale sulle lesioni da decubito	Risultato atteso: <ul style="list-style-type: none"> • Evidenza dell'approvazione e dell' applicazione del protocollo aziendale aggiornato sulle lesioni da decubito
Obiettivo aziendale: Sicurezza del percorso operatorio: elaborazione di documenti aziendali sulla profilassi della trombosi venosa profonda e sulla gestione dei pazienti allergici al lattice	Risultato atteso: Evidenza dell'approvazione e dell' applicazione del <ul style="list-style-type: none"> • protocollo aziendale sulla profilassi della trombosi venosa profonda • protocollo aziendale sulla gestione dei pazienti allergici al lattice

Linea n. 3B: Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie - Sicurezza degli operatori sanitari	
Obiettivo aziendale: Favorire il ruolo e facilitare gli obblighi cui sono chiamati i responsabili della sicurezza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.	Risultato atteso: Il software aziendale "Gestione interventi d.lgs.81/2008": <ol style="list-style-type: none"> 1. è direttamente accessibile, oltre che ai direttori S.O.A., anche ai responsabili della sicurezza. 2. contiene uno specifico archivio, disponibile on line, con i documenti di valutazione dei rischi elaborati e aggiornati dal SPPA
Obiettivo aziendale: Valutazione di fattibilità di realizzazione di un Sistema Gestione Sicurezza certificato da Ente terzo.	Risultato atteso: Vi è evidenza di un documento di valutazione della fattibilità di un percorso di realizzazione di un Sistema Gestione Sicurezza certificato.

Linea n. 3C: Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie. Ritardo evitabile nella sindrome coronarica acuta e il sistema hub e spoke nell'ictus. Percorsi semplificati nei Pronto Soccorso.

<p>Obiettivo aziendale: Perseguire il miglioramento della qualità della rete di emergenza</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione ai tavoli tecnici in area vasta sull'ICTUS • Adozione di un protocollo aziendale per i percorsi semplificati di fast track per il trauma minore con coinvolgimento della competenza radiologica ed ortopedica entro il 30 agosto 2010. • Applicazione dei percorsi di fast-track da settembre 2010.
---	---

Linea n. 3D: Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie: governo clinico

<p>Obiettivo aziendale: Gestione integrata della BPCO, percorso ictus, gestione dello scompenso cardiaco congestizio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prosecuzione attività di reportistica 	<p>Risultato atteso: Vengono periodicamente aggiornati e pubblicati su intranet i report relativi agli indicatori di performance per patologie croniche</p>
<p>Obiettivo aziendale: <i>Gestione integrata del diabete</i></p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • E' stata effettuata la formazione per il Gruppo dei Volontari e predisposto uno studio di fattibilità per un progetto di "Medicina narrativa". • Sono stati realizzati sei incontri con la popolazione in collaborazione con l'Associazione Famiglie Diabetici della Bassa Friulana • Sono stati effettuati almeno due corsi di formazione per il personale sanitario.
<p>Obiettivo aziendale: <i>Valutazione e miglioramento della rete delle cure palliative:</i> Semplificazione dei percorsi di corretta gestione dei pazienti</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza dell'approvazione e dell' applicazione di protocollo aziendale sulla gestione del paziente candidato a cure palliative.</p>

Linea n. 3E: Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie: percorsi brevi e percorsi semplificati in Riabilitazione

<p>Obiettivo aziendale: Percorsi brevi e semplificati in riabilitazione in coerenza con i processi di semplificazione contenuti nella LR 7/2009</p>	<p>Risultato atteso: Il 90% delle persone operate di artroprotesi d'anca, ginocchio, frattura di femore, capsulite adesiva e cuffia dei rotatori sono dimesse con la prescrizione del trattamento riabilitativo effettuata dall'ortopedico (Ospedale di Latisana)</p>
---	---

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**“Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010”.**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 6 "FRIULI OCCIDENTALE"

Richiamato quanto disposto dalla DGR n. 2643 del 26-11-2009 “Linee per la gestione del SSR per l'anno 2010” che tra i vincoli gestionali e contabili prevede:

Patto annuale fra Regione e Aziende del S.S.R. - Criteri per la valutazione dei risultati economici della gestione 2010.

Analogamente a quanto disposto per i precedenti esercizi, l'obiettivo costituito dall'equilibrio di bilancio rappresenta anche per il 2010 la preconditione per ogni ulteriore valutazione sui risultati raggiunti da ciascuna Azienda.

L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva (caratteristica + straordinaria + finanziaria + imposte).

Previa valutazione della Direzione Centrale, possono escludersi dal calcolo eventuali componenti negativi, purché per ciascuno di questi ultimi, coesistano tutte le seguenti condizioni:

- si tratti di situazione inequivocabilmente eccezionale nel contesto della gestione del S.S.R.;
- la circostanza che ha determinato il costo sia, in modo inequivocabile, non direttamente imputabile alle decisioni della direzione aziendale;
- il valore del componente negativo sia superiore allo 0,10% del totale dei costi della produzione, con un minimo di € 250.000.

si dispone quanto segue.

A) VALUTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Una perdita sulla gestione complessiva superiore all' 1% del totale dei ricavi è oggetto di valutazione da parte della Regione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modificazioni ed integrazioni.

B) CORRESPONSIONE DELLA QUOTA INTEGRATIVA AL TRATTAMENTO ECONOMICO ANNUO

Il Direttore generale, ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo, sarà valutato in base al raggiungimento dei risultati relativi agli obiettivi sotto elencati.

Il non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio non dà luogo alla corresponsione della quota integrativa.

La quota integrativa sarà corrisposta in quota proporzionata al livello di raggiungimento dei risultati attesi.

OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono legati ai seguenti argomenti:

- 1) Tempi di attesa
- 2) Investimenti
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali
- 4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Di seguito sono elencati gli specifici obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché il punteggio che sarà assegnato in caso di raggiungimento del risultato stesso.

La somma dei punteggi per ciascuna Azienda porta alla somma di 100 ed è così ripartita tra gli argomenti:

- 1) Tempi di attesa: punti 25
- 2) Investimenti: punti 15
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali: punti 20
- 4) Stesura dei documenti di pianificazione in attuazione del PSSR: punti 20
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende: punti 20

Per ciascun argomento sono altresì indicati i criteri che verranno utilizzati per la misurazione del risultato raggiunto.

Gli obiettivi segnalati con * riguardano, in modo indifferenziato, più Aziende, generalmente di ogni Area Vasta; le Aziende pertanto ne rispondono in modo solidale e identica per tutte le Aziende interessate sarà la valutazione del risultato raggiunto.

1) Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
* 1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati (vedi criteri sottoriportati)	20
2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	2
* 3. Criteri di priorità clinica*	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010 3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	2
4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità	1

Criteri per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2010

Prestazioni

I tempi di attesa devono essere rispettati in Area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07 secondo i criteri in essa esplicitati

Valutazione

- la valutazione dei tempi avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio 1 luglio), quindi su 3 valutazioni;
- se i tempi non sono garantiti per due volte consecutive, la valutazione è negativa
- se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio

2) Investimenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
OSPEDALE DI S. VITO AL TAGLIAMENTO Ristrutturazione e accreditamento della struttura	Approvazione da parte dell'Azienda del progetto esecutivo del III lotto entro il 31.12.2010	15

3) Obiettivi delle Linee progettuali

Linea progettuale (il numero fa riferimento alla numerazione utilizzata nei PAO PAL)	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
1 Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	3
2: Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	3
3 Attività di governo clinico	Tutti gli obiettivi indicati nel PAL-PAO	Vedi allegato	5
12 Prevenzione – L sorveglianza epidemiologica	Partecipare ai progetti nazionali di sorveglianza epidemiologica: - progetto "PASSI" - progetto "OKKIO alla salute" - progetto HBSC	1. Per il progetto PASSI: 396 interviste nell'anno 2010 2. Per il progetto OKKIO alla salute, un campionamento di 12 classi della Provincia di Pordenone 3. Per il progetto HBSC, un campionamento di 55 classi della Provincia di Pordenone	3
13 Cure palliative	Migliorare l'offerta delle cure palliative attraverso estensione della rete di cure palliative in tutti i distretti E favorire il decesso nelle strutture della rete "cure palliative" (domicilio, Hospice, RSA, ospedali di comunità):	1. incremento dell'uso degli oppiacei (rispetto al 2009) 2. Numero malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di cure domiciliari e/o in hospice e/o in RSA e/o in ospedale di comunità /numero malati deceduti per malattia superiori al 2009.	3
24 Sistema informativo – La firma digitale	Attivazione della Firma Digitale per i referti di prestazioni ambulatoriali ospedalieri	Avvio Firma Digitale per referti ambulatoriali (pazienti interni ed esterni) su G2Clinco e G2Oncologia per Ospedale di S.Vito al T. e Spilimbergo/Maniago	3

4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR

Il punteggio di 20 punti non è frazionabile e sarà assegnato solo in caso di raggiungimento completo di tutti i risultati attesi sotto indicati

Il risultato sarà considerato raggiunto se i documenti:

- sono consegnato nei tempi indicati dalla Direzione Centrale;
- sono stati condivisi tra tutte le Aziende cointeressate (obiettivi con *);
- sono stati predisposti nel rispetto delle disposizioni del PSSR e delle successive note della Direzione (n. 6906 del 6-4-2010 e n. 9982 del 24-5-2010);
- se contengono, a giudizio della Direzione Centrale, elementi che fanno prevedere i miglioramenti indicati nel risultato atteso.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)
Ospedali ex Art 21 * ASS 6 e AOPN condiviso	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Ospedali riuniti di Pordenone	Studio di fattibilità condiviso tra le 2 Aziende orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo
* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica

1) Non vanno previsti interventi su emergenza, funzioni hub e rete oncologica.

5) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Obiettivi, risultati attesi e i criteri di assegnazione dei 20 punti previsti per il raggiungimento dei risultati saranno individuati in un successivo atto di programmazione e riguarderanno adempimenti comuni a tutte le Aziende di Area Vasta di cui le Aziende risponderanno in maniera solidale,.

Data

Il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale"

Il Direttore centrale della salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali

L'Assessore regionale alla Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 6 "FRIULI OCCIDENTALE"

Allegato al punto 3) Linee progettuali

Obiettivi e risultato attesi previsti dal PAO PAL aziendale per le
Linea progettuale 3 - Attività di governo clinico

Linea n. 3: Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie	
Obiettivo aziendale: Percorsi brevi e percorsi semplificati in riabilitazione (coerentemente con LR 7/2009)	Risultato atteso: 1. L'80 % dei pazienti ricoverati iniziano il trattamento entro 2 giorni dal ricevimento della richiesta di consulenza 2. All' 80 % di pazienti ambulatoriali viene consegnata la risposta della visita entro 7 giorni 3. All'80 % di pazienti ambulatoriali cui vengono prescritti approfondimenti diagnostici o ulteriori visite, viene fatta la prescrizione direttamente dal fisiatra.
Obiettivo aziendale: Percorso per la gestione clinica e assistenziale dello scompenso cardiaco: interazione con le medicine aziendali e definizione dei reciproci livelli di presa in carico.	Risultato atteso: Definizione e applicazione entro dicembre 2010 di un modello basato sulla logica del percorso clinico gestionale e sulla definizione delle modalità di follow-up.
Obiettivo aziendale: Avviare il progetto chronic care model sul diabete	Risultato atteso: 1. Elaborare un report specifico per i medici di medicina generale e gli specialisti di riferimento 2. Elaborare e attuare un programma di educazione e promozione alla salute sugli stili di vita insieme alle associazioni di pazienti e familiari

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**“Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010”.**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA “OSPEDALI RIUNITI” di TRIESTE

Richiamato quanto disposto dalla DGR n. 2643 del 26-11-2009 “Linee per la gestione del SSR per l'anno 2010” che tra i vincoli gestionali e contabili prevede:

Patto annuale fra Regione e Aziende del S.S.R. - Criteri per la valutazione dei risultati economici della gestione 2010.

Analogamente a quanto disposto per i precedenti esercizi, l'obiettivo costituito dall'equilibrio di bilancio rappresenta anche per il 2010 la preconditione per ogni ulteriore valutazione sui risultati raggiunti da ciascuna Azienda.

L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva (caratteristica + straordinaria + finanziaria + imposte).

Previa valutazione della Direzione Centrale, possono escludersi dal calcolo eventuali componenti negativi, purché per ciascuno di questi ultimi, coesistano tutte le seguenti condizioni:

- si tratti di situazione inequivocabilmente eccezionale nel contesto della gestione del S.S.R.;
- la circostanza che ha determinato il costo sia, in modo inequivocabile, non direttamente imputabile alle decisioni della direzione aziendale;
- il valore del componente negativo sia superiore allo 0,10% del totale dei costi della produzione, con un minimo di € 250.000.

si dispone quanto segue.

A) VALUTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Una perdita sulla gestione complessiva superiore all' 1% del totale dei ricavi è oggetto di valutazione da parte della Regione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modificazioni ed integrazioni.

B) CORRESPONSIONE DELLA QUOTA INTEGRATIVA AL TRATTAMENTO ECONOMICO ANNUO

Il Direttore generale, ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo, sarà valutato in base al raggiungimento dei risultati relativi agli obiettivi sotto elencati.

Il non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio non dà luogo alla corresponsione della quota integrativa.

La quota integrativa sarà corrisposta in quota proporzionata al livello di raggiungimento dei risultati attesi.

OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono legati ai seguenti argomenti:

- 1) Tempi di attesa
- 2) Investimenti
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali
- 4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Di seguito sono elencati gli specifici obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché il punteggio che sarà assegnato in caso di raggiungimento del risultato stesso.

La somma dei punteggi per ciascuna Azienda porta alla somma di 100 ed è così ripartita tra gli argomenti:

- 1) Tempi di attesa: punti 25
- 2) Investimenti: punti 15
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali: punti 20
- 4) Stesura dei documenti di pianificazione in attuazione del PSSR: punti 20
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende: punti 20

Per ciascun argomento sono altresì indicati i criteri che verranno utilizzati per la misurazione del risultato raggiunto.

Gli obiettivi segnalati con * riguardano, in modo indifferenziato, più Aziende, generalmente di ogni Area Vasta; le Aziende pertanto ne rispondono in modo solidale e identica per tutte le Aziende interessate sarà la valutazione del risultato raggiunto.

1) Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
* 1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati (vedi criteri sottoriportati)	20
2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	2
* 3. Definire i criteri di priorità per la prima visita	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010 3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	2
4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità	1

Criteri per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2010

Prestazioni

I tempi di attesa devono essere rispettati in Area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07 secondo i criteri in essa esplicitati

Valutazione

- la valutazione dei tempi avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio 1 luglio), quindi su 3 valutazioni;
- se i tempi non sono garantiti per due volte consecutive, la valutazione è negativa
- se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio

2) Investimenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
COMPENSORIO DI CATTINARA Riordino della rete ospedaliera triestina Adeguamento dell'Ospedale di Cattinara, adeguamento logistico del comprensorio e nuova sede dell'IRCCS Burlo Garofolo	Trasmissione entro il 31.12.2010 alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali dello studio di fattibilità dell'intervento, aggiornato e completo, approvato da parte dell'Azienda	15

3) Obiettivi delle Linee progettuali

Linea progettuale <small>(il numero fa riferimento alla numerazione utilizzata nei PAO PAL)</small>	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
1 Accredimento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accredimento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accredimento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	3
2: Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	3
3 Attività di governo clinico	Tutti gli obiettivi indicati nel PAL-PAO	Vedi allegato	5
12 Prevenzione - H/8 screening oncologici	Garantire l'attività e la completezza del ritorno informativo negli screening Cervice, mammella e colon retto	Risultato atteso: Ca della cervice uterina - Revisione del 95% della casistica assegnata Screening dei tumori della mammella - prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 o in APSSYS con esito codificato $\geq 95\%$ - donne con diagnosi complessiva di percorso (esito finale 2° livello)	3

		<p>registrate nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello >=90%</p> <p>Screening dei tumori del colon retto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coloscopie di 2° livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening >=95% 	
13 Cure palliative	Partecipare alla definizione e all'implementazione degli standard di qualità della rete regionale per le cure palliative,	L'AOU concorda, con le ASS di competenza, la continuità assistenziale nel 100 % dei casi oncologici trattati che necessitano di domiciliarizzazione delle cure palliative.	3
24 Sistema informativo – La firma digitale	Utilizzo della firma digitale	Avvio dell'utilizzo della firma digitale in almeno 3 reparti	3
18 Piano sangue	Istituzione del Dipartimento interaziendale di Area Vasta	Trasferimento all'AOU-TS di tutte le funzioni trasfusionali e delle relative risorse (non afferenti al CUV); costituzione del Comitato di coordinamento del dipartimento di AV;	

4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR

Il punteggio di 20 punti non è frazionabile e sarà assegnato solo in caso di raggiungimento completo di tutti i risultati attesi sotto indicati

Il risultato sarà considerato raggiunto se i documenti:

- sono consegnato nei tempi indicati dalla Direzione Centrale;
- sono stati condivisi tra tutte le Aziende cointeressate (obiettivi con *);
- sono stati predisposti nel rispetto delle disposizioni del PSSR e delle successive note della Direzione (n. 6906 del 6-4-2010 e n. 9982 del 24-5-2010);
- se contengono, a giudizio della Direzione Centrale, elementi che fanno prevedere i miglioramenti indicati nel risultato atteso.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)
* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica

1) Non vanno previsti interventi su emergenza, funzioni hub e rete oncologica.

5) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Obiettivi, risultati attesi e i criteri di assegnazione dei 20 punti previsti per il raggiungimento dei risultati saranno individuati in un successivo atto di programmazione e riguarderanno adempimenti comuni a tutte le Aziende di Area Vasta di cui le Aziende risponderanno in maniera solidale,.

Data

Il Direttore generale dell'Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste

Il Direttore centrale della salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali

L'Assessore regionale alla Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "OSPEDALI RIUNITI" di TRIESTE

Allegato al punto 3) Linee progettuali

Obiettivi e risultato attesi previsti dal PAO PAL aziendale per le
Linea progettuale 3 - Attività di governo clinico

3. Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie (3/09 e 14/09)	
Obiettivo aziendale: Mantenimento del sistema di referral presso AOUTs della casistica residente in ASS2 (progetto "Ritardo evitabile pazienti con STEMI")	Risultato atteso: Dimessi da CARDIOLOGIA e residenti in ASS2 (2009) = 421
3. Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie (3/09 e 14/09)	
Obiettivo aziendale: sistema hub e spoke per la trombolisi nell'ictus: Attivazione del protocollo di AV per il trattamento trombolitico dei pazienti colpiti da ictus	Risultato atteso: Condivisione del protocollo di trattamento dei pazienti colpiti da Ictus ischemico acuto residenti nell'Area Vasta Giuliano Isontina tra AOUTs e ASS2 e approvazione delle modalità organizzative per il coordinamento della funzione
3. Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie (3/09 e 14/09)	
Obiettivo aziendale: <u>percorsi semplificati in riabilitazione:</u> riduzione i tempi di degenza dei pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia ortopedica	Risultato atteso: degenza post-intervento chirurgico per i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico ortopedico, e rientranti in uno dei tre protocolli semplificati, inferiori del 5% rispetto al 2009
3. Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie (3/09 e 14/09)	
Obiettivo aziendale: <u>Programma Minimizzazione Rischio Clinico:</u> Mantenimento attività 2009	Risultato atteso: Viene mantenuto il sistema di reporting AOUTs centrato sul coordinamento dei gruppi di lavoro specifici sulle principali linee di lavoro del 2009. Entro il 31.12.2010 si prevede di: <ul style="list-style-type: none"> - ridurre del 2% il tasso di infezioni nosocomiali, - mantenere la prevalenza delle lesioni da decubito, - mantenere l'inappropriatezza della richiesta trasfusionale al valore del 2009 (3%) e di incompletezza della richiesta trasfusionale al valore del 2008 (16%), - mantenere i rientri non programmati in sala attribuibili al reparto ai valori del 2009 (3%), - mantenere la qualità (completezza) della documentazione clinica a valori $\geq 70\%$

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**“Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010”.**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA “SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA” di UDINE

Richiamato quanto disposto dalla DGR n. 2643 del 26-11-2009 “Linee per la gestione del SSR per l'anno 2010” che tra i vincoli gestionali e contabili prevede:

Patto annuale fra Regione e Aziende del S.S.R. - Criteri per la valutazione dei risultati economici della gestione 2010.

Analogamente a quanto disposto per i precedenti esercizi, l'obiettivo costituito dall'equilibrio di bilancio rappresenta anche per il 2010 la preconditione per ogni ulteriore valutazione sui risultati raggiunti da ciascuna Azienda.

L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva (caratteristica + straordinaria + finanziaria + imposte).

Previa valutazione della Direzione Centrale, possono escludersi dal calcolo eventuali componenti negativi, purché per ciascuno di questi ultimi, coesistano tutte le seguenti condizioni:

- si tratti di situazione inequivocabilmente eccezionale nel contesto della gestione del S.S.R.;
- la circostanza che ha determinato il costo sia, in modo inequivocabile, non direttamente imputabile alle decisioni della direzione aziendale;
- il valore del componente negativo sia superiore allo 0,10% del totale dei costi della produzione, con un minimo di € 250.000.

si dispone quanto segue.

A) VALUTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Una perdita sulla gestione complessiva superiore all' 1% del totale dei ricavi è oggetto di valutazione da parte della Regione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modificazioni ed integrazioni.

B) CORRESPONSIONE DELLA QUOTA INTEGRATIVA AL TRATTAMENTO ECONOMICO ANNUO

Il Direttore generale, ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo, sarà valutato in base al raggiungimento dei risultati relativi agli obiettivi sotto elencati.

Il non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio non dà luogo alla corresponsione della quota integrativa.

La quota integrativa sarà corrisposta in quota proporzionata al livello di raggiungimento dei risultati attesi.

OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono legati ai seguenti argomenti:

- 1) Tempi di attesa
- 2) Investimenti
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali
- 4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Di seguito sono elencati gli specifici obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché il punteggio che sarà assegnato in caso di raggiungimento del risultato stesso.

La somma dei punteggi per ciascuna Azienda porta alla somma di 100 ed è così ripartita tra gli argomenti:

- 1) Tempi di attesa: punti 25
- 2) Investimenti: punti 15
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali: punti 20
- 4) Stesura dei documenti di pianificazione in attuazione del PSSR: punti 20
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende: punti 20

Per ciascun argomento sono altresì indicati i criteri che verranno utilizzati per la misurazione del risultato raggiunto.

Gli obiettivi segnalati con * riguardano, in modo indifferenziato, più Aziende, generalmente di ogni Area Vasta; le Aziende pertanto ne rispondono in modo solidale e identica per tutte le Aziende interessate sarà la valutazione del risultato raggiunto.

1) Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
* 1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati (vedi criteri sottoriportati)	20
2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	2
* 3. Criteri di priorità clinica*	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010 3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	2
4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità	1

Criteri per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2010

Prestazioni

I tempi di attesa devono essere rispettati in Area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07 secondo i criteri in essa esplicitati

Valutazione

- la valutazione dei tempi avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio 1 luglio), quindi su 3 valutazioni;
- se i tempi non sono garantiti per due volte consecutive, la valutazione è negativa
- se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio

2) Investimenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
POLO OSPEDALIERO UDINESE Nuovo edificio ospedaliero, ristrutturazioni e sistemazione logistica del comprensorio	Conclusione della progettazione esecutiva e avvio entro il 31.12.2010 dei lavori principali della I fase della realizzazione della Centrale tecnologica e dell'edificio dei laboratori	7,5
	Trasmissione alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali di un progetto generale aggiornato di inquadramento dell'intervento di riqualificazione del Polo ospedaliero udinese entro il 31.12.2010	7,5

3) Obiettivi delle Linee progettuali

Linea progettuale (il numero fa riferimento alla numerazione utilizzata nei PAO PAL)	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
1 Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	3
2: Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	3
3 Attività di governo clinico	Tutti gli obiettivi indicati nel PAL-PAO	Vedi allegato	5
12 Prevenzione - H/8 screening oncologici	Garantire l'attività e la completezza del ritorno informativo negli screening Cervice, mammella e colon retto	Risultato atteso: Ca della cervice uterina - Revisione del 95% della casistica assegnata Screening dei tumori della mammella - prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 o in APSSYS con esito codificato $\geq 95\%$ - donne con diagnosi	3

		<p>complessiva di percorso (esito finale 2° livello) registrate nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello >=90%</p> <p>Screening dei tumori del colon retto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coloscopie di 2° livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening >=95% 	
13 Cure palliative	Miglioramento della qualità dell'assistenza ai malati terminali	% di ricoveri con durata superiore a 30 giorni <25% % pazienti dimessi a domicilio > 20%	3
24 Sistema informativo – La firma digitale	Utilizzo della firma digitale sui referti delle prestazioni ambulatoriali (per pazienti esterni ed interni)	<ul style="list-style-type: none"> - Tutti i referti delle prestazioni ambulatoriali prodotti - per pazienti interni ed esterni - sono firmati digitalmente. - I documenti sono trasmessi al sistema regionale di conservazione legale sostitutiva. 	3

4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR

Il punteggio di 20 punti non è frazionabile e sarà assegnato solo in caso di raggiungimento completo di tutti i risultati attesi sotto indicati

Il risultato sarà considerato raggiunto se i documenti:

- sono consegnato nei tempi indicati dalla Direzione Centrale;
- sono stati condivisi tra tutte le Aziende cointeressate (obiettivi con *);
- sono stati predisposti nel rispetto delle disposizioni del PSSR e delle successive note della Direzione (n. 6906 del 6-4-2010 e n. 9982 del 24-5-2010);
- se contengono, a giudizio della Direzione Centrale, elementi che fanno prevedere i miglioramenti indicati nel risultato atteso.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)
Ospedali ex Art 21 * ASS 4 e AOUUD condiviso	Presentazione di uno lo studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno lo studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica

1) Non vanno previsti interventi su emergenza, funzioni hub e rete oncologica.

5) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Obiettivi, risultati attesi e i criteri di assegnazione dei 20 punti previsti per il raggiungimento dei risultati saranno individuati in un successivo atto di programmazione e riguarderanno adempimenti comuni a tutte le Aziende di Area Vasta di cui le Aziende risponderanno in maniera solidale,.

Data

Il Direttore generale dell'Azienda ospedaliero universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine

Il Direttore centrale della salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali

L'assessore regionale alla Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA" di UDINE

Allegato al punto 3) Linee progettuali

Obiettivi e risultato attesi previsti dal PAO PAL aziendale per le
Linea progettuale 3 - Attività di governo clinico

Linea n. 3: Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie

Obiettivo aziendale: Cartella clinica integrata nelle strutture di degenza	Risultato atteso: È adottata la cartella clinica integrata nel 100% delle strutture di degenza
Obiettivo aziendale: Consenso informato	Risultato atteso: I nuovi moduli di consenso informato sono adottati nel 100% delle strutture
Obiettivo aziendale: Migliorare l'appropriatezza d'uso del sangue	Risultato atteso: <ul style="list-style-type: none">- Sono effettuati almeno 10 audit- Sono predisposti report semestrali sull'utilizzo di antitrombina III, albumina e IG vena
Obiettivo aziendale: Applicare e monitorare percorso ictus	Risultato atteso: Sono predisposti 2 report annuali relativi all'applicazione del percorso
Obiettivo aziendale: Applicare e monitorare percorso operatorio	Risultato atteso: Sono predisposti 2 report annuali relativi all'applicazione del percorso
Obiettivo aziendale: Definire, applicare e monitorare percorso nascita	Risultato atteso: <ul style="list-style-type: none">- È definito il percorso di triage ostetrico-ginecologico- Sono predisposti 2 report annuali relativi all'applicazione del percorso
Obiettivo aziendale: Applicare e monitorare il protocollo per gravi traumi	Risultato atteso: Rispondenza codice di attivazione e riscontro nei casi di livello 1 > 90%
Obiettivo aziendale: Garantire la tempestività dell'intervento operatorio per il paziente traumatizzato	Risultato atteso: % pazienti con età >= 65 anni con frattura di femore operati entro 1 giorno = 25%
Obiettivo aziendale: Ridurre il ritardo evitabile nella sindrome coronarica acuta	Risultato atteso: <ul style="list-style-type: none">- ECG domiciliari nel dolore toracico > 80%- Pazienti con dolore toracico ospedalizzati da 118 > 55%- Tempo di target del 118 sul paziente con dolore toracico: mediana < 20'- Tempo di ospedalizzazione del paziente con dolore toracico: mediana < 30'

<p>Obiettivo aziendale: Prevenire il rischio da caduta dei pazienti.</p>	<p>Risultato atteso: - Il protocollo è adottato nel 100% delle strutture - Sono predisposti 2 report annuali relativamente agli indicatori individuati.</p>
<p>Obiettivo aziendale: Prevenzione e gestione delle lesioni da decubito</p>	<p>Risultato atteso: La percentuale di pazienti sottoposta a valutazione del rischio è coerente con le indicazioni regionali</p>
<p>Obiettivo aziendale: Gestione del dolore</p>	<p>Risultato atteso: La percentuale di pazienti sottoposta a valutazione del dolore all'ingresso è coerente con le indicazioni regionali</p>
<p>Obiettivo aziendale: Sviluppare il programma regionale controllo infezioni</p>	<p>Risultato atteso: È prodotta la reportistica trimestrale alla Regione</p>
<p>Obiettivo aziendale: Programma di controllo delle apparecchiature biomediche</p>	<p>Risultato atteso: È prodotta la reportistica sulle manutenzioni programmate</p>
<p>Obiettivo aziendale: Programma regionale di sicurezza dell'uso dei farmaci</p>	<p>Risultato atteso: Superamento delle parziali non conformità evidenziate entro il 30.9: - identificazione e gestione dei farmaci oll-label - adozione della "scheda unica di terapia" informatizzata o cartacea</p>

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**“Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010”.**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

AZIENDA OSPEDALIERA “SANTA MARIA DEGLI ANGELI” di PORDENONE

Richiamato quanto disposto dalla DGR n. 2643 del 26-11-2009 “Linee per la gestione del SSR per l'anno 2010” che tra i vincoli gestionali e contabili prevede:

Patto annuale fra Regione e Aziende del S.S.R. - Criteri per la valutazione dei risultati economici della gestione 2010.

Analogamente a quanto disposto per i precedenti esercizi, l'obiettivo costituito dall'equilibrio di bilancio rappresenta anche per il 2010 la preconditione per ogni ulteriore valutazione sui risultati raggiunti da ciascuna Azienda.

L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva (caratteristica + straordinaria + finanziaria + imposte).

Previa valutazione della Direzione Centrale, possono escludersi dal calcolo eventuali componenti negativi, purché per ciascuno di questi ultimi, coesistano tutte le seguenti condizioni:

- si tratti di situazione inequivocabilmente eccezionale nel contesto della gestione del S.S.R.;
- la circostanza che ha determinato il costo sia, in modo inequivocabile, non direttamente imputabile alle decisioni della direzione aziendale;
- il valore del componente negativo sia superiore allo 0,10% del totale dei costi della produzione, con un minimo di € 250.000.

si dispone quanto segue.

A) VALUTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Una perdita sulla gestione complessiva superiore all' 1% del totale dei ricavi è oggetto di valutazione da parte della Regione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modificazioni ed integrazioni.

B) CORRESPONSIONE DELLA QUOTA INTEGRATIVA AL TRATTAMENTO ECONOMICO ANNUO

Il Direttore generale, ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo, sarà valutato in base al raggiungimento dei risultati relativi agli obiettivi sotto elencati.

Il non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio non dà luogo alla corresponsione della quota integrativa.

La quota integrativa sarà corrisposta in quota proporzionata al livello di raggiungimento dei risultati attesi.

OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono legati ai seguenti argomenti:

- 1) Tempi di attesa
- 2) Investimenti
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali
- 4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Di seguito sono elencati gli specifici obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché il punteggio che sarà assegnato in caso di raggiungimento del risultato stesso.

La somma dei punteggi per ciascuna Azienda porta alla somma di 100 ed è così ripartita tra gli argomenti:

- 1) Tempi di attesa: punti 25
- 2) Investimenti: punti 15
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali: punti 20
- 4) Stesura dei documenti di pianificazione in attuazione del PSSR: punti 20
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende: punti 20

Per ciascun argomento sono altresì indicati i criteri che verranno utilizzati per la misurazione del risultato raggiunto.

Gli obiettivi segnalati con * riguardano, in modo indifferenziato, più Aziende, generalmente di ogni Area Vasta; le Aziende pertanto ne rispondono in modo solidale e identica per tutte le Aziende interessate sarà la valutazione del risultato raggiunto.

1) Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
* 1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati (vedi criteri sottoriportati)	20
2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	2
* 3. Criteri di priorità clinica*	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per <u>almeno due nuove</u> prestazioni entro il 31.10.2010 3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	2
4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per <u>almeno due specialità</u>	1

Criteri per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2010

Prestazioni

I tempi di attesa devono essere rispettati in Area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07 secondo i criteri in essa esplicitati

Valutazione

- la valutazione dei tempi avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio 1 luglio), quindi su 3 valutazioni;
- se i tempi non sono garantiti per due volte consecutive, la valutazione è negativa
- se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio

2) Investimenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
OSPEDALE DI PORDENONE Nuovo ospedale di Pordenone	Pubblicazione del bando per l'individuazione del progettista dell'intervento entro il 31-12-2010	15

3) Obiettivi delle Linee progettuali

Linea progettuale (il numero fa riferimento alla numerazione utilizzata nei PAO PAL)	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
1 Accredimento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	3
2: Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	3
3 Attività di governo clinico	Tutti gli obiettivi indicati nel PAL-PAO	Vedi allegato	5
12 Prevenzione - H/8 screening oncologici	Garantire l'attività e la completezza del ritorno informativo negli screening Cervice, mammella e colon retto	Risultato atteso: Ca della cervice uterina - Revisione del 95% della casistica assegnata Screening dei tumori della mammella - prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 o in APSSYS con esito codificato $\geq 95\%$ - donne con diagnosi complessiva di percorso (esito finale 2° livello) registrate nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello $\geq 90\%$ Screening dei tumori del colon retto - Colonscopie di 2° livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening $\geq 95\%$	3
13 Cure palliative	Mantenimento collaborazione con ASS 6	Incremento dei trattamenti analgici dei pazienti oncologici:	3

	per trattamenti antalgici di 2° livello	- Nel 2009 trattati 107 pazienti - Previsione del 2010: + 10%	
24 Sistema informativo – La firma digitale	Prosecuzione attività di estensione firma digitale	Estensione della firma digitale dei referti delle prestazioni ambulatoriali a tutte le strutture operativa in cui è presente il G2 clinico	3

4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR

Il punteggio di 20 punti non è frazionabile e sarà assegnato solo in caso di raggiungimento completo di tutti i risultati attesi sotto indicati

Il risultato sarà considerato raggiunto se i documenti:

- sono consegnato nei tempi indicati dalla Direzione Centrale;
- sono stati condivisi tra tutte le Aziende cointeressate (obiettivi con *);
- sono stati predisposti nel rispetto delle disposizioni del PSSR e delle successive note della Direzione (n. 6906 del 6-4-2010 e n. 9982 del 24-5-2010);
- se contengono, a giudizio della Direzione Centrale, elementi che fanno prevedere i miglioramenti indicati nel risultato atteso.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)
Ospedali ex Art 21 * ASS 6 e AOPN condiviso)	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Ospedali riuniti di Pordenone	Studio di fattibilità condiviso tra le 2 Aziende orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo
* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica

1) Non vanno previsti interventi su emergenza, funzioni hub e rete oncologica.

5) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Obiettivi, risultati attesi e i criteri di assegnazione dei 20 punti previsti per il raggiungimento dei risultati saranno individuati in un successivo atto di programmazione e riguarderanno adempimenti comuni a tutte le Aziende di Area Vasta di cui le Aziende risponderanno in maniera solidale,.

Data

Il Direttore generale dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone

Il Direttore centrale della salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali

L'assessore regionale alla Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali

AZIENDA OSPEDALIERA "SANTA MARIA DEGLI ANGELI" di PORDENONE

Allegato al punto 3) Linee progettuali

Obiettivi e risultato attesi previsti dal PAO PAL aziendale per le
Linea progettuale 3 - Attività di governo clinico

Linea n. 3: Attività di governo clinico e di gestione della sicurezza nelle attività sanitarie (3/09)	
Obiettivo aziendale: Completamento dei percorsi su Diabete e BPCO, implementazione percorso IMA, scompenso cardiaco congestizio e continuità del percorso ictus	Risultato atteso: 1. Nell'ambito della patologia diabetica: 1. Misurazione di HbA1c almeno una volta l'anno 2. Misurazione della microalbuminuria una volta l'anno 3. Misurazione del quadro lipidico una volta l'anno 4. Compilazione della scheda per valutare l'incidenza di occorrenza di nuove complicazioni. 2. Miglioramento della presa in carico dei pazienti con BPCO e della continuità assistenziale; 3. Attività di teleconsulto per la riduzione dei ricoveri inappropriati: 2009 accessi evitati dopo teleconsulto n°513; per il 2010 si prevede il mantenimento/incremento 4. Attivazione stroke unit entro il 30/11/2010.
Obiettivo aziendale: Riduzione dei danni al paziente a causa di errori umani o processi inadeguati	Risultato atteso: 1. Produzione di report riferito alle segnalazioni di incident reporting alla loro gestione ed ai miglioramenti ottenuti; 2. Monitoraggi periodici delle cartelle cliniche, chiuse ed aperte, produzione di report, discussione con le SC e piani di formazione e miglioramento ritenuti necessari. 3. Monitoraggi periodici riferiti alle infezioni ospedaliere, al lavaggio delle mani, alle lesioni da decubito, cadute accidentali e piani di miglioramento per ridurre i rischi rilevati entro il 31 dicembre 2010 4. Introduzione della scheda di SO anche presso il Blocco Operatorio dell'Ostetricia entro il 31 dicembre 2010 5. Collaborazione al programma regionale di sicurezza dell'uso dei farmaci.

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**“Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010”.**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

**ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
“BURLO GAROFOLO” DI TRIESTE**

Richiamato quanto disposto dalla DGR n. 2643 del 26-11-2009 “Linee per la gestione del SSR per l'anno 2010” che tra i vincoli gestionali e contabili prevede:

Patto annuale fra Regione e Aziende del S.S.R. - Criteri per la valutazione dei risultati economici della gestione 2010.

Analogamente a quanto disposto per i precedenti esercizi, l'obiettivo costituito dall'equilibrio di bilancio rappresenta anche per il 2010 la preconditione per ogni ulteriore valutazione sui risultati raggiunti da ciascuna Azienda.

L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva (caratteristica + straordinaria + finanziaria + imposte).

Previa valutazione della Direzione Centrale, possono escludersi dal calcolo eventuali componenti negativi, purché per ciascuno di questi ultimi, coesistano tutte le seguenti condizioni:

- si tratti di situazione inequivocabilmente eccezionale nel contesto della gestione del S.S.R.;
- la circostanza che ha determinato il costo sia, in modo inequivocabile, non direttamente imputabile alle decisioni della direzione aziendale;
- il valore del componente negativo sia superiore allo 0,10% del totale dei costi della produzione, con un minimo di € 250.000.

si dispone quanto segue.

A) VALUTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Una perdita sulla gestione complessiva superiore all' 1% del totale dei ricavi è oggetto di valutazione da parte della Regione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modificazioni ed integrazioni.

B) CORRESPONSIONE DELLA QUOTA INTEGRATIVA AL TRATTAMENTO ECONOMICO ANNUO

Il Direttore generale, ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo, sarà valutato in base al raggiungimento dei risultati relativi agli obiettivi sotto elencati.

Il non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio non dà luogo alla corresponsione della quota integrativa.

La quota integrativa sarà corrisposta in quota proporzionata al livello di raggiungimento dei risultati attesi.

OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono legati ai seguenti argomenti:

- 1) Tempi di attesa
- 2) Investimenti
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali
- 4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Di seguito sono elencati gli specifici obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché il punteggio che sarà assegnato in caso di raggiungimento del risultato stesso.

La somma dei punteggi per ciascuna Azienda porta alla somma di 100 ed è così ripartita tra gli argomenti:

- 1) Tempi di attesa: punti 25
- 2) Investimenti: punti 15
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali: punti 20
- 4) Stesura dei documenti di pianificazione in attuazione del PSSR: punti 20
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende: punti 20

Per ciascun argomento sono altresì indicati i criteri che verranno utilizzati per la misurazione del risultato raggiunto.

Gli obiettivi segnalati con * riguardano, in modo indifferenziato, più Aziende, generalmente di ogni Area Vasta; le Aziende pertanto ne rispondono in modo solidale e identica per tutte le Aziende interessate sarà la valutazione del risultato raggiunto.

1) Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
* 1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati (vedi criteri sottoriportati)	20
2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	2
* 3. Definire i criteri di priorità per la prima visita	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010 3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	2
4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità	1

Criteri per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2010

Prestazioni

I tempi di attesa devono essere rispettati in Area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07 secondo i criteri in essa esplicitati

Valutazione

- la valutazione dei tempi avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio 1 luglio), quindi su 3 valutazioni;
- se i tempi non sono garantiti per due volte consecutive, la valutazione è negativa
- se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio

2) Investimenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
COMPENSORIO DI CATTINARA Riordino della rete ospedaliera triestina Adeguamento dell'Ospedale di Cattinara, adeguamento logistico del comprensorio e nuova sede dell'IRCCS Burlo Garofolo	Trasmissione entro il 31.12.2010 alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali dello studio di fattibilità dell'intervento aggiornato e completo, approvato da parte dell'Istituto	15

3) Obiettivi delle Linee progettuali

Linea progettuale (il numero fa riferimento alla numerazione utilizzata nei PAO PAL)	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
1 Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	3
2: Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	3
3 Attività di governo clinico	Tutti gli obiettivi indicati nel PAL-PAO	Vedi allegato	5
12 Prevenzione - H/8 screening oncologici	Garantire l'attività e la completezza del ritorno informativo negli screening Cervice, mammella e colon retto	<u>Screening cervice uterina:</u> collaborazione alla revisione dei casi di tumore della cervice per il report annuale: revisione del 95% della casistica assegnata	3
13 Cure palliative	Partecipare alla definizione e all'implementazione degli standard di qualità della rete regionale per le cure palliative, secondo quanto richiesto all'IRCCS, rispetto alla propria mission, dalla programmazione regionale	L'Istituto concorda, con le ASS di competenza, la continuità assistenziale nel 100 % dei casi oncologici trattati che necessitano di domiciliarizzazione delle cure palliative.	3

24 Sistema informativo – La firma digitale	Attivare la firma digitale dei referti delle prestazioni ambulatoriali per tutte le unità operative che utilizzano il G2 clinico, previa disponibilità dello strumento di visualizzazione adeguato alla decisione clinica.	viene attivata la firma digitale nelle seguenti strutture: - ambulatorio SCO Oculistica - ambulatorio SCO Ortopedia - ambulatorio SCO Chirurgia - ambulatorio SCO Otorino	3
18 Piano sangue	Istituzione del Dipartimento interaziendale di Area Vasta	Trasferimento all'AOU-TS di tutte le funzioni trasfusionali e delle relative risorse (non afferenti al CUV); costituzione del Comitato di coordinamento del dipartimento di AV;	

4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR

Il punteggio di 20 punti non è frazionabile e sarà assegnato solo in caso di raggiungimento completo di tutti i risultati attesi sotto indicati

Il risultato sarà considerato raggiunto se i documenti:

- sono consegnato nei tempi indicati dalla Direzione Centrale;
- sono stati condivisi tra tutte le Aziende cointeressate (obiettivi con *);
- sono stati predisposti nel rispetto delle disposizioni del PSSR e delle successive note della Direzione (n. 6906 del 6-4-2010 e n. 9982 del 24-5-2010);
- se contengono, a giudizio della Direzione Centrale, elementi che fanno prevedere i miglioramenti indicati nel risultato atteso.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)
* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica

1) Non vanno previsti interventi su emergenza, funzioni hub e rete oncologica.

5) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Obiettivi, risultati attesi e i criteri di assegnazione dei 20 punti previsti per il raggiungimento dei risultati saranno individuati in un successivo atto di programmazione e riguarderanno adempimenti comuni a tutte le Aziende di Area Vasta di cui le Aziende risponderanno in maniera solidale.

Data

Il Direttore generale dell' Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste

Il Direttore centrale della salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali

L'assessore regionale alla Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali

**ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
"BURLO GAROFOLO" DI TRIESTE**

Allegato al punto 3) Linee progettuali

Obiettivi e risultato attesi previsti dal PAO PAL aziendale per le
Linea progettuale 3 - Attività di governo clinico

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Completare l'attivazione del programma di sicurezza del percorso operatorio.	<ul style="list-style-type: none"> • presenza di check list compilate nel 100 % delle cartelle cliniche di pazienti chirurgici dell'ultimo trimestre.
Consolidare l'efficienza del programma sulla sicurezza del percorso nascita.	<ul style="list-style-type: none"> • il 100 % dei CEDAP è inserito, attraverso il SIASI, nel registro regionale dei tagli cesarei; • la scheda ostetrico-neonatologica è utilizzata per ogni nato dell'Istituto; • validazione del sistema di cardiotocografia a domicilio su 100 gravidanze a medio rischio; • proseguimento dell'attività iniziata nel 2009 per il monitoraggio glicemico domiciliare: aumento di almeno 10% dell'attività 2009 (43 donne)
Documentazione clinica: <ol style="list-style-type: none"> 1. nuova procedura di gestione della documentazione clinica; 2. nuova cartella clinica secondo gli standard JCI. 	<ul style="list-style-type: none"> • la procedura di gestione della documentazione clinica viene completata ed è operativa; • la nuova cartella clinica è utilizzata da tutte le SS.CC. con attività clinica

**Regione Friuli Venezia Giulia
Servizio Sanitario Regionale**

**“Patto annuale tra Regione e Servizio sanitario regionale
e modalità di valutazione dei risultati 2010”.**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2010

**ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
“CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO” DI AVIANO**

Richiamato quanto disposto dalla DGR n. 2643 del 26-11-2009 “Linee per la gestione del SSR per l'anno 2010” che tra i vincoli gestionali e contabili prevede:

Patto annuale fra Regione e Aziende del S.S.R. - Criteri per la valutazione dei risultati economici della gestione 2010.

Analogamente a quanto disposto per i precedenti esercizi, l'obiettivo costituito dall'equilibrio di bilancio rappresenta anche per il 2010 la preconditione per ogni ulteriore valutazione sui risultati raggiunti da ciascuna Azienda.

L'equilibrio di bilancio, per il raggiungimento dell'obiettivo economico, sarà calcolato sulla gestione complessiva (caratteristica + straordinaria + finanziaria + imposte).

Previa valutazione della Direzione Centrale, possono escludersi dal calcolo eventuali componenti negativi, purché per ciascuno di questi ultimi, coesistano tutte le seguenti condizioni:

- si tratti di situazione inequivocabilmente eccezionale nel contesto della gestione del S.S.R.;
- la circostanza che ha determinato il costo sia, in modo inequivocabile, non direttamente imputabile alle decisioni della direzione aziendale;
- il valore del componente negativo sia superiore allo 0,10% del totale dei costi della produzione, con un minimo di € 250.000.

si dispone quanto segue.

A) VALUTAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Una perdita sulla gestione complessiva superiore all' 1% del totale dei ricavi è oggetto di valutazione da parte della Regione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e sue modificazioni ed integrazioni.

B) CORRESPONSIONE DELLA QUOTA INTEGRATIVA AL TRATTAMENTO ECONOMICO ANNUO

Il Direttore generale, ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo, sarà valutato in base al raggiungimento dei risultati relativi agli obiettivi sotto elencati.

Il non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio non dà luogo alla corresponsione della quota integrativa.

La quota integrativa sarà corrisposta in quota proporzionata al livello di raggiungimento dei risultati attesi.

OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono legati ai seguenti argomenti:

- 1) Tempi di attesa
- 2) Investimenti
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali
- 4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Di seguito sono elencati gli specifici obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché il punteggio che sarà assegnato in caso di raggiungimento del risultato stesso.

La somma dei punteggi per ciascuna Azienda porta alla somma di 100 ed è così ripartita tra gli argomenti:

- 1) Tempi di attesa: punti 25
- 2) Investimenti: punti 15
- 3) Obiettivi delle Linee progettuali: punti 20
- 4) Stesura dei documenti di pianificazione in attuazione del PSSR: punti 20
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende: punti 20

Per ciascun argomento sono altresì indicati i criteri che verranno utilizzati per la misurazione del risultato raggiunto.

Gli obiettivi segnalati con * riguardano, in modo indifferenziato, più Aziende, generalmente di ogni Area Vasta; le Aziende pertanto ne rispondono in modo solidale e identica per tutte le Aziende interessate sarà la valutazione del risultato raggiunto.

1) Tempi di attesa

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
* 1. Garanzia dei tempi di erogazione	Tutti i tempi delle prestazioni elencate nella DGR 288/2007 sono rispettati (vedi criteri sottoriportati)	20
2. Governo della libera professione	Deve essere rispettato il valore obiettivo del rapporto tra volumi di attività in libera professione e istituzionale (art. 7 c.1 L.R. 7/2009) indicato nel Programma annuale.	2
* 3. Criteri di priorità clinica*	3.1 Definire i criteri di priorità e la progettazione del loro sistema di verifica per almeno due nuove prestazioni entro il 31.10.2010 3.2 Validazione e adozione formale entro il 31.12.2010	2
4. Semplificazione del percorso di accesso alle prestazioni specialistiche	Lo specialista cura la programmazione delle visite e degli accertamenti necessari al follow up redigendo le impegnative e prenotando le visite per almeno due specialità	1

Criteri per la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa per il 2010

Prestazioni

I tempi di attesa devono essere rispettati in Area vasta per tutte le prestazioni elencate nella DGR 288/07 secondo i criteri in essa esplicitati

Valutazione

- la valutazione dei tempi avverrà a partire dalla rilevazione del II trimestre (monitoraggio 1 luglio), quindi su 3 valutazioni;
- se i tempi non sono garantiti per due volte consecutive, la valutazione è negativa
- se i tempi non sono garantiti per:
 - 1 prestazione, vi sarà l'abbattimento del 33% del punteggio
 - 2 prestazioni, vi sarà l'abbattimento del 66% del punteggio
 - 3 o più prestazioni, vi sarà l'abbattimento totale del punteggio

2) Investimenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
OSPEDALE CRO DI AVIANO Ampliamento e adeguamento dell'ospedale	Avanzamento delle opere relative all'intervento di ampliamento e ristrutturazione (I stralcio) alla data del 31.12.2010 pari al 80 % dell'importo di contratto	15

3) Obiettivi delle Linee progettuali

Linea progettuale (il numero fa riferimento alla numerazione utilizzata nei PAO PAL)	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	Punteggio
1 Accreditamento istituzionale	Attuazione del processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Produzione delle check list di autovalutazione dei requisiti generali di autorizzazione ed accreditamento per tutte le strutture ospedaliere e territoriali sulla base dei documenti predisposti dalla Direzione Centrale.	3
2: Assistenza farmaceutica	Promuovere l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo.	Per il 95% dei pazienti, nella cartella oncologica sono state inserite il 100% delle informazioni essenziali.	3
3 Attività di governo clinico	Tutti gli obiettivi indicati nel PAL-PAO	Vedi allegato	5
12 Prevenzione - H/8 screening oncologici	Garantire l'attività e la completezza del ritorno informativo negli screening Cervice, mammella e colon retto	Risultato atteso: Ca della cervice uterina - Revisione del 95% della casistica assegnata Screening dei tumori della mammella - prestazioni di 2° livello (mammografia, ecografia, esame citologico ed esame istologico) registrate nel G2 o in APSSYS con esito codificato >=95% - donne con diagnosi complessiva di percorso (esito finale 2° livello) registrate nel G2 clinico entro 3 mesi dalla mammografia di 1° livello	3

		<p>>=90%</p> <p>Screening dei tumori del colon retto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coloscopie di 2° livello registrate nel G2 clinico con tutti i campi obbligatori per lo screening >=95% 	
13 Cure palliative	Implementazione della rete di cure palliative in area vasta in collaborazione con le aziende, nel distretto ovest e in casi particolari negli altri distretti, in accordo con la direzione sanitaria dell'Istituto	<ul style="list-style-type: none"> - n° di malati per i quali il tempo di attesa massimo tra la segnalazione del caso da parte del D.S.S. (distretto) e l'attivazione della assistenza specialistica di C.P. è ≤ a 3 giorni: ≥ 80% del n° totale dei pazienti assistiti - n° medio di giorni di assistenza specialistica di C.P. erogate a domicilio per i pazienti seguiti nei programmi concordati con i distretti: ≥ 55 	3
24 Sistema informativo – La firma digitale	Proseguire l'utilizzo della firma digitale	<p>completare l'utilizzo della firma digitale ai referti delle strutture diagnostiche supportate da sistemi SISR in grado di garantire la conservazione sostitutiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro il 31/07/2010 per la struttura di oncematologia clinico sperimentale; - entro il 31/12/2010 per la struttura di anatomia patologica. 	3

4) Stesura dei documenti di programmazione in attuazione del PSSR

Il punteggio di 20 punti non è frazionabile e sarà assegnato solo in caso di raggiungimento completo di tutti i risultati attesi sotto indicati

Il risultato sarà considerato raggiunto se i documenti:

- sono consegnato nei tempi indicati dalla Direzione Centrale;
- sono stati condivisi tra tutte le Aziende cointeressate (obiettivi con *);
- sono stati predisposti nel rispetto delle disposizioni del PSSR e delle successive note della Direzione (n. 6906 del 6-4-2010 e n. 9982 del 24-5-2010);
- se contengono, a giudizio della Direzione Centrale, elementi che fanno prevedere i miglioramenti indicati nel risultato atteso.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
* Piano ospedaliero aziendale (1)	Presentazione di un piano condiviso a livello di Area Vasta ed orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo (definizione condivisa in AV delle due schede previste dal PSSR per ciascuna Azienda)

Ospedali ex Art 21 (ASS. n. 3, 4, 6 e AOU UD * ASS 4 e AOUUD condiviso)	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
Area materno infantile - Punti nascita (solo ASS 2 e 5)	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Funzioni "coordinate"	Presentazione di uno studio di fattibilità orientato al miglioramento dell'efficienza nel rispetto dei livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza dovuti.
* Ospedali riuniti di Pordenone (* solo AO PN e ASS6)	Studio di fattibilità condiviso tra le 2 Aziende orientato al miglioramento dell'efficienza ed al mantenimento complessivo del livello erogativo
* Piano aziendale di riorganizzazione gestionale	Studio di fattibilità in accordo tra le Aziende di AV orientato al miglioramento dell'efficienza In particolare su gestione pensionistica

1) Non vanno previsti interventi su emergenza, funzioni hub e rete oncologica.

5) Predisposizione adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

Obiettivi, risultati attesi e i criteri di assegnazione dei 20 punti previsti per il raggiungimento dei risultati saranno individuati in un successivo atto di programmazione e riguarderanno adempimenti comuni a tutte le Aziende di Area Vasta di cui le Aziende risponderanno in maniera solidale.

Data

Il Direttore generale dell'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico "Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano

Il Direttore centrale della salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali

L'assessore regionale alla Salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali

**ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
"CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO" DI AVIANO**

Allegato al punto 3) Linee progettuali

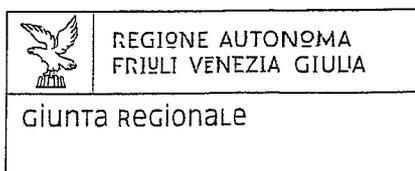
Obiettivi e risultato attesi previsti dal PAO PAL aziendale per le
Linea progettuale 3 - Attività di governo clinico

Linea n. 3: Attività di governo clinico e gestione della sicurezza nelle attività sanitarie	
<p>Obiettivo aziendale: <i>Attuare le indicazioni ed azioni relative alla sicurezza del percorso operatorio sviluppate nel 2009 dal gruppo di lavoro aziendale anche in conformità alla check list di autovalutazione ed alle raccomandazioni ministeriali</i></p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione, entro il 31/12/2010, di una procedura aziendale per la sorveglianza, il monitoraggio e la prevenzione e formazione in riferimento al percorso operatorio con riferimento anche alle più recenti indicazioni Ministeriali - applicazione della procedura della check list del percorso operatorio entro il 30/09/2010
<p>Obiettivo aziendale: <i>Diffondere ed attivare in sede aziendale le indicazioni per la sicurezza dell'uso dei farmaci emerse dalla partecipazione alle attività del gruppo regionale e dalle raccomandazioni ministeriali</i></p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - costituzione del gruppo aziendale per la sicurezza dell'uso dei farmaci - condivisione con il gruppo aziendale delle indicazioni emerse dalla standard regionali per la sicurezza del paziente e delle raccomandazioni Ministeriali - diffusione delle informazioni anche mediante incontri aziendali di formazione sulle tematiche del rischio - attivazione delle eventuali azioni di miglioramento emerse dalla autovalutazione
<p>Obiettivo aziendale: <i>Definire degli standard di qualità della documentazione clinica</i></p>	<p>Risultato atteso: condivisione ed adozione di una griglia di valutazione della documentazione clinica (in particolare cartella clinica) ed analisi a campione della documentazione entro il 31/12/2010. Eventuale integrazione con cartella informatizzata. Rivalutazione secondo gli standard certificativi di AC.</p>
<p>Obiettivo aziendale: <i>Attuare le indicazioni del documento aziendale relative all'informazione al paziente e consenso all'atto sanitario sviluppate nel 2009 dal gruppo di lavoro aziendale anche in conformità alla check list di autovalutazione ed alle indicazioni del documento regionale</i></p>	<p>Risultato atteso: applicazione della procedura aziendale per la gestione dell'informazione al paziente ed il consenso all'atto sanitario; verifica in sede di audit con le associazioni rappresentative dei pazienti.</p>
<p>Obiettivo aziendale: <i>Diffusione e implementazione della cultura della segnalazione degli eventi e diffusione e condivisione della scheda di Incident Reporting sviluppata nel 2009 dal gruppo di lavoro aziendale</i></p>	<p>Risultato atteso: notifica alla Direzione Sanitaria delle segnalazioni degli eventi (incident reporting) da parte delle strutture operative (adozione della scheda in almeno il 50% delle strutture operative cliniche)</p>
<p>Obiettivo aziendale: <i>Diffusione a livello aziendale delle modalità di monitoraggio delle cadute accidentali secondo le indicazioni del programma regionale e delle criticità emerse dalla autovalutazione</i></p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione di una procedura di monitoraggio/prevenzione del rischio delle cadute accidentali coerente con le specifiche caratteristiche del CRO

	- diffusione ed adozione della procedura in almeno il 50% delle strutture operative di degenza.
Obiettivo aziendale: <i>Nell'ambito del progetto buon uso del sangue, monitoraggio dell'applicazione della procedura per la sicurezza della trasfusione in sede aziendale</i>	Risultato atteso: compilazione della check-list di monitoraggio della procedura in almeno il 90% dei casi di trasfusione

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE



Delibera n° 1081

Estratto del processo verbale della seduta del
9 giugno 2011

oggetto:

DLGS 502/1992, ART 8 BIS, ART 8 TER E ART 8 QUATER - LR 8/2001, ART 5 – ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE NELLA BRANCA SPECIALISTICA DI OCULISTICA DELLE STRUTTURE AMBULATORIALI PRIVATE AUTORIZZATE ALLO SVOLGIMENTO DI INTERVENTI SUL CRISTALLINO. APPROVAZIONE PRELIMINARE DEL FABBISOGNO.

Renzo TONDO	<i>Presidente</i>	<i>presente</i>
Luca CIRIANI	<i>Vice Presidente</i>	<i>presente</i>
Angela BRANDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Elio DE ANNA	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Andrea GARLATTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Vladimir KOSIC	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Roberto MOLINARO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Riccardo RICCARDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Sandra SAVINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Federica SEGANTI	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Claudio VIOLINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>

Daniele BERTUZZI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Premesso che:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 legge 23 ottobre 1992, n. 421" prevede, agli articoli 8 bis, 8 ter e 8 quater, l'autorizzazione per la realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie, nonché l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione e alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale;
- la legge regionale 9 marzo 2001, n. 8, "Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 299 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali", prevede, agli articoli 4 e 5, l'adozione di deliberazioni giuntali finalizzate a disciplinare, rispettivamente, le autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e l'accreditamento istituzionale e ad approvare la ricognizione e determinazione del fabbisogno di strutture sanitarie;

Vista la D.G.R. 8.4.2011, n. 597, "lr 49/1996, artt 16 e 20 - programmazione annuale 2011 e pluriennale 2010-2012 del servizio sanitario regionale", con la quale sono stati approvati i "Piani di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa e i Piani di produzione di area Vasta 2011";

Rilevato che nella branca specialistica di oculistica - come specificato nell'allegato A al presente provvedimento, contenente la determinazione del fabbisogno - si rileva una evidente criticità nel garantire il rispetto dei tempi di attesa per lo svolgimento degli interventi chirurgici sul cristallino (cataratta), stabiliti dalla D.G.R. 16.2.2007, n. 288 e dalla legge regionale 26.3.2009, n. 7, a fronte di un incremento della relativa domanda;

Considerato che la predetta criticità è limitata all'Area Vasta Udinese, caratterizzata da una carenza di offerta strutturale e dalla concentrazione degli interventi di cataratta presso le strutture pubbliche, a differenza di quanto accade nell'Area Vasta Giuliano-Isontina e nell'Area Vasta Pordenonese, dove le medesime prestazioni sono erogate sia dalle strutture pubbliche che da quelle private;

Valutata, pertanto, la necessità di procedere alla concessione dell'accreditamento nella branca specialistica di oculistica, in conformità alla ricognizione e alla determinazione attuale del fabbisogno contenuta nel precitato allegato A, alle sole strutture ambulatoriali operanti nell'Area Vasta Udinese e in possesso di autorizzazione anche all'esecuzione di interventi sul cristallino (cataratta), sulla base della verifica dell'adeguata sicurezza del paziente in rapporto alle caratteristiche intrinseche dell'intervento e dell'ambiente clinico in cui è eseguito;

Precisato che la valutazione delle strutture disciplinate con il presente provvedimento viene effettuata applicando i requisiti -generali e ambulatoriali- e la procedura di accreditamento adottati con la deliberazione giuntale con la quale è stato approvato il programma regionale di accreditamento delle strutture sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale;

Ritenuto di porre a carico delle strutture private richiedenti l'accreditamento il corrispettivo degli oneri sostenuti dall'Amministrazione, sulla base dei criteri individuati con provvedimento della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali;

Ritenuto congruo il termine di sei mesi per la presentazione delle domande di accreditamento per le strutture private, decorrente dalla data di pubblicazione sul B.U.R. del provvedimento di approvazione definitiva della determinazione del fabbisogno, di cui al summenzionato allegato A, successivo all'acquisizione del parere della competente Commissione consiliare;

Richiamata la DGR 15.10.2010, n. 2051, con la quale è stato approvato lo "Schema di accordo regionale per il triennio 2010-2012 con le strutture private erogatrici di prestazioni sanitarie", che stabilisce che le Aziende Sanitarie procedono alla stipula

degli accordi contrattuali con le strutture sanitarie private accreditate attraverso il budget regionale assegnato all'Area vasta, compreso quello da destinarsi alla remunerazione di prestazioni critiche, ovvero attraverso finanziamenti individuati nell'ambito dell'autonomia di gestione dei propri bilanci.

Ritenuto, pertanto:

- a) di approvare la determinazione del fabbisogno nella branca specialistica di oculistica, di cui all'allegato A, facente parte integrante del presente provvedimento;
- b) di concedere l'accredimento istituzionale, nella branca specialistica di oculistica, limitatamente all'Area Vasta Udinese, alle sole strutture ambulatoriali private autorizzate anche all'esecuzione di interventi sul cristallino (cataratta), previa verifica, da parte della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali, della conformità ai requisiti -generali e ambulatoriali- e mediante la procedura di accreditamento adottati con la deliberazione giuntales con la quale è stato approvato il programma regionale di accreditamento delle strutture sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale;
- c) di porre a carico delle strutture private richiedenti l'accredimento il corrispettivo degli oneri sostenuti dall'Amministrazione, sulla base dei criteri individuati con provvedimento della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali;

Preso atto della necessità di acquisire, ai sensi dell'art. 5, comma 1, della legge regionale n. 8/2001, ai fini dell'approvazione definitiva del presente provvedimento, il parere della Commissione consiliare competente;

Su proposta dell'Assessore regionale alla salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali;

La Giunta regionale, all'unanimità

Delibera

1. In via preliminare, ai sensi dell'art. 5, della legge regionale n. 8/2001:
 - a) di approvare la determinazione del fabbisogno nella branca specialistica di oculistica, di cui all'allegato A, facente parte integrante del presente provvedimento;
 - b) di concedere l'accredimento istituzionale, nella branca specialistica di oculistica, limitatamente all'Area Vasta Udinese, alle sole strutture ambulatoriali private autorizzate anche all'esecuzione di interventi sul cristallino (cataratta), previa verifica, da parte della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali, della conformità ai requisiti -generali e ambulatoriali- e mediante la procedura di accreditamento adottati con la deliberazione giuntales con la quale è stato approvato il programma regionale di accreditamento delle strutture sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale;
 - c) di porre a carico delle strutture private richiedenti l'accredimento il corrispettivo degli oneri sostenuti dall'Amministrazione, sulla base dei criteri individuati con provvedimento della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali.
 - d) di stabilire che il termine di sei mesi per la presentazione delle domande di accreditamento per le strutture private, decorre dalla data di pubblicazione sul B.U.R. del provvedimento di approvazione definitiva della determinazione del fabbisogno, di cui al summenzionato allegato A, successivo all'acquisizione del parere della competente Commissione consiliare.
2. Di stabilire che le Aziende Sanitarie, ai sensi di quanto disposto dalla DGR 15.10.2010, n. 2051, con la quale è stato approvato lo "Schema di accordo regionale per il triennio 2010-2012 con le strutture private erogatrici di prestazioni

sanitarie", procedono alla stipula degli accordi contrattuali con le strutture sanitarie private accreditate attraverso il budget regionale assegnato all'Area vasta, compreso quello da destinarsi alla remunerazione di prestazioni critiche, ovvero attraverso finanziamenti individuati nell'ambito dell'autonomia di gestione dei propri bilanci.

3. Di stabilire la trasmissione del presente provvedimento al Comitato paritetico permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 della Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera u), della legge n. 296/2006.

4. Di incaricare l'Assessore regionale alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali di acquisire, ai sensi dell'art. 5, comma 1, della L.R. 8/2001, *cit.*, al fine dell'approvazione definitiva del presente provvedimento, il parere della Commissione consiliare competente.

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE

**DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI STRUTTURE AMBULATORIALI EROGANTI PRESTAZIONI
NELLA BRANCA SPECIALISTICA DI OCULISTICA**

La scelta di procedere alla determinazione del fabbisogno nella branca specialistica di oculistica è motivata dalla carenza dell'offerta strutturale e dalla concentrazione degli interventi di cataratta nelle strutture pubbliche nell'Area vasta Udinese ai cui residenti non è attualmente garantita pari opportunità di accesso a queste prestazioni attraverso un'adeguata distribuzione territoriale.

Tale esigenza è rappresentata negli atti programmatori regionali e in particolare nella DGR 8.4.2011, n. 597 con la quale sono stati approvati i "Piani di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa e i Piani di produzione di Area vasta 2011".

Per la determinazione del fabbisogno nella branca specialistica di oculistica, la cui analisi, per omogeneità e coerenza, è stata condotta su tutto il territorio regionale, sono stati utilizzati la metodologia e gli indicatori della letteratura inerenti alla specialistica ambulatoriale, nelle more della definizione a livello nazionale dei criteri generali e uniformi di cui all'art. 8-quater del decreto legislativo n. 502/1992.

E' opportuno precisare che è possibile solo una determinazione indiretta del fabbisogno attraverso l'assunzione che i consumi siano funzione lineare dei bisogni, integrata dalla stima delle determinanti, come età e genere degli utenti in primo luogo, che possono incidere sui consumi di prestazioni e, se presenti, da dati epidemiologici.

Con questa premessa, si è rilevato che in Regione l'incremento di visite e prestazioni ambulatoriali oculistiche erogate nel 2010 rispetto al 2008 è circa del 6%, mentre l'incremento complessivo, nello stesso periodo temporale, degli interventi ambulatoriali sul cristallino (cataratta) è del 15%. Questo dato è assolutamente in linea con l'andamento epidemiologico di questa patologia che è essenzialmente legata all'invecchiamento della popolazione: in Italia la cataratta colpisce l'8,5% della popolazione tra 70 e 74 anni, il 12,4% della popolazione tra 75 e 79 anni e il 17,1% della popolazione sopra gli 80 anni [Istat].

Per rendere confrontabile l'attività delle 3 Aree Vaste si è utilizzato l'indice di consumo standardizzato (ICS) di prestazioni ambulatoriali per 1000 abitanti, cioè il rapporto tra le prestazioni utilizzate dai cittadini di una determinata popolazione e il numero di tali cittadini, standardizzato per età al fine di eliminare gli effetti imputabili alle differenze nella struttura per età di ciascuna popolazione. L'analisi dell'indice di consumo standardizzato di interventi ambulatoriali di cataratta per 1000 residenti, condotta nelle 3 Aree Vaste della Regione con i dati di attività 2010, evidenzia un indice di consumo significativamente più basso nell'area Vasta Udinese (7,5) rispetto all'Area Vasta Giuliano Isontina (9) e Pordenonese (10). L'indice di consumo standardizzato è stato inoltre calcolato, con le modalità sopraindicate, utilizzando al numeratore tutti gli interventi di cataratta eseguiti a residenti nel 2010 in ciascuna Area Vasta, sia in regime ambulatoriale che di ricovero. Il risultato è il seguente: l'Area Vasta Giuliano Isontina passa da un ICS di 9 a 10, l'Area Vasta Pordenonese da un ICS di 10 a 10,5 e l'Area Vasta Udinese da 7,5 a 9. L'esame di questi dati non solo conferma che nell'Area Vasta Udinese vi è un minor consumo di queste prestazioni, ma anche che questo minor consumo è imputabile esclusivamente all'erogazione dell'intervento in regime ambulatoriale, che, come è noto, è la modalità erogativa più appropriata, mentre il numero di utenti che usufruiscono dell'intervento di cataratta in regime di ricovero è percentualmente più elevata rispetto all'Area Vasta Giuliano Isontina e Pordenonese.

Inoltre, il monitoraggio dei tempi di attesa per l'intervento di cataratta, rilevati nell'ambito del piano di contenimento dei tempi di attesa di cui alla DGR 16.2.2007, n. 288, rappresenta che nell'Area Vasta Udinese vi è evidente difficoltà a garantire il rispetto del valore soglia di 180 giorni mentre nella Altre 2 Aree Vaste i tempi massimi di attesa sono sostanzialmente rispettati.

L'analisi congiunta degli indici di consumo standardizzato e del monitoraggio dei tempi di attesa per l'intervento di cataratta consente pertanto di confermare l'esigenza di un ulteriore fabbisogno ai fini dell'accreditamento di strutture ambulatoriali eroganti prestazioni nella branca specialistica di oculistica, compreso l'intervento di cataratta, nella sola Area Vasta Udinese

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE

**Delibera n° 1492**

Estratto del processo verbale della seduta del
28 luglio 2010

oggetto:

APPROVAZIONE DELLO SCHEMA DI ACCORDO SULLE RISORSE FINANZIARIE AGGIUNTIVE DEL PERSONALE DEL COMPARTO E SULL'APPLICAZIONE DELL' ART 9 , COMMA 9 , LR 17/2008 - ESERCIZIO 2010.

Renzo TONDO	<i>Presidente</i>	<i>assente</i>
Luca CIRIANI	<i>Vice Presidente</i>	<i>presente</i>
Angela BRANDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Elio DE ANNA	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Andrea GARLATTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Vladimir KOSIC	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Roberto MOLINARO	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Riccardo RICCARDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Sandra SAVINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Federica SEGANTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Claudio VIOLINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>

Daniele BERTUZZI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Premesso che con la deliberazione giunta n. 2437, del 20.11.2008, è stata approvata e resa esecutiva l'intesa regionale, sottoscritta il 30.9.2008, dall'Assessore alla salute e protezione sociale e dalle OO.SS. dell'area del Comparto con cui le parti hanno quantificato le risorse complessivamente disponibili per il biennio 2008/2009, definito la loro ripartizione tra gli enti del servizio sanitario regionale, nonché individuato i principi ed i criteri generali cui correlare la destinazione delle risorse medesime;

Rilevato che l'anzidetta intesa del 30.9.2008 prevedeva fra l'altro che:

- le risorse complessive messe a disposizione dalla Regione per l'anno 2008 ammontavano a euro 14.727.529,07, al netto di oneri riflessi, il cui importo era comprensivo di euro 14.227.529,07 già messo a disposizione per l'anno 2007 (euro 12.727.529,07 + 1.500.000,00 a titolo di finanziamento aggiuntivo) nonché di euro 500.000,00 quale ulteriore finanziamento aggiuntivo da destinare a incremento delle risorse non vincolate demandate alla contrattazione integrativa aziendale;

- in base alla rendicontazione inerente all'utilizzo delle risorse aggiuntive vincolate per l'anno 2007 residuava la somma di euro 7.512,99 (di cui euro 7.499,35 attribuite all'ASS n. 4 "Medio Friuli" ed euro 13,64 all'ASS n. 5 "Bassa Friulana");

- le risorse complessive messe a disposizione dalla Regione per l'anno 2009 ammontavano a euro 15.727.529,07, al netto degli oneri riflessi, il cui importo era comprensivo dell'anzidetta somma di euro 14.727.529,07 già messa a disposizione per l'anno 2008 nonché dell'ulteriore somma di euro 1.000.000,00 quale finanziamento aggiuntivo ad incremento delle risorse vincolate per finanziare progetti aziendali correlati agli specifici obiettivi individuati con l'intesa in parola;

Rilevato, quindi, che con la su citata intesa regionale del 30.9.2008 le parti, relativamente all'utilizzo delle risorse aggiuntive per l'anno 2008, hanno concordato di:

- destinare, in conformità a quanto convenuto nel protocollo d'intesa del 28.2.2008, una quota pari a euro 8.149.185,21, al netto degli oneri riflessi, per l'attribuzione degli incentivi connessi a particolari aree di disagio, di cui euro 7.816.073,29 a titolo di incentivo per il lavoro notturno e festivo, di incentivo

- turno e incentivo per il personale OTA/OSS, ed euro 333.111,92 a favore del personale distaccato presso i corsi di laurea dell'area sanitaria;

- destinare una quota pari a euro 21.260,87, a titolo di risorse integrative necessarie per attuare il passaggio alla categoria C del personale del ruolo sanitario e tecnico, relativo ai profili non ad esaurimento di cui all'art. 18 del CCNL del 19 aprile 2004, inquadrato nella categoria B, livello economico Bs, in esecuzione dell'intesa regionale intervenuta il 10 novembre 2004;

- suddividere, in coerenza a quanto già convenuto nella precedente intesa del 6.4.2007, le restanti risorse disponibili pari a euro 6.557.082,99, in una quota di euro 1.500.000,00 vincolata alla remunerazione di progetti aziendali connessi a specifici obiettivi riguardanti le aree di maggior criticità individuate con l'intesa in parola, nonché in una quota non vincolata di euro 5.057.082,99 demandata alla contrattazione decentrata aziendale;

- attribuire all'ASS n. 4 "Medio Friuli", per l'anno 2008, la summenzionata quota residua dell'esercizio 2007, pari a euro 7.512,99, vincolando la medesima alla remunerazione di progetti aziendali connessi a specifici obiettivi riguardanti le aree di maggior criticità;

Rilevato, altresì, che con la su citata intesa regionale del 30.9.2008 le parti, relativamente all'utilizzo delle risorse aggiuntive per l'anno 2009, hanno concordato di:

- destinare una quota pari a euro 8.149.185,21, al netto degli oneri riflessi, a titolo di incentivo per il lavoro notturno e festivo, di incentivo turno, nonché di incentivo per il personale OTA/OSS ed il personale distaccato presso i corsi di laurea dell'area sanitaria;

- destinare una quota pari a euro 21.260,87, a titolo di risorse integrative necessarie per attuare il passaggio alla categoria C del personale del ruolo sanitario e tecnico, relativo ai profili non ad esaurimento di cui all'art. 18 del CCNL del 19 aprile 2004, inquadrato nella categoria B, livello economico Bs, in esecuzione dell'intesa regionale intervenuta il 10 novembre 2004;

- destinare l'intero finanziamento aggiuntivo, pari a euro 1.000.000,00, al netto degli oneri riflessi, ad incremento della quota di risorse vincolate alla remunerazione di progetti aziendali connessi a specifici obiettivi riguardanti le aree di maggior criticità, la quale veniva così ad ammontare a complessivi euro 2.500.000,00 oneri riflessi esclusi;

- demandare la rimanente quota non vincolata di euro 5.057.082,99 alla contrattazione decentrata aziendale;

Dato atto che:

- in data 31.12.2009 è scaduta la citata intesa regionale, sottoscritta il 30 settembre 2008 e resa esecutiva con D.G.R. n. 2437/2008, sulle risorse finanziarie aggiuntive concernente il biennio 2008-2009, per il personale del Comparto;

- con protocollo di intesa del 16 febbraio 2010, approvato con D.G.R. n. 598/2010, le parti, nelle more della trattazione sulle risorse regionali aggiuntive relative all'esercizio 2010 e, pertanto, in attesa della stipula del presente schema di accordo, hanno confermato alcune scelte già operate negli accordi precedentemente stipulati riconoscendo, a decorrere dal 1 gennaio 2010, e al solo scopo di garantire la continuità nell'erogazione, gli incentivi già previsti nel precedente Protocollo di intesa del 28.02.2009;

- per quanto sopra richiamato le parti hanno concordato nel vincolare, anche per l'esercizio 2010, una quota dell'importo totale delle risorse regionali aggiuntive, che sarà resa disponibile con il presente documento, per le seguenti finalità:

-incentivo per il lavoro notturno e festivo;

-incentivo turno;

-incentivi personale ota/oss;

-personale distaccato corsi di laurea area sanitaria;

Atteso che:

- in data 13.07.2010 l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS. del Comparto hanno sottoscritto lo schema di accordo concernente le risorse finanziarie aggiuntive da destinare per l'anno 2010, con cui le parti hanno quantificato le risorse complessivamente disponibili per l'esercizio considerato, definito la loro ripartizione tra gli enti del servizio sanitario regionale, nonché individuato i principi ed i criteri generali cui correlare la destinazione delle risorse medesime;

- è riservata alla Giunta Regionale la valutazione della coerenza dello schema di accordo sopraccitato rispetto alla facoltà della Regione di disporre in merito all'erogazione di tali risorse aggiuntive ed alle finalità cui correlarle;

- l'approvazione da parte del medesimo organo giuntale dello schema di accordo in parola costituisce condizione necessaria per addivenire alla stipula dell'accordo definitivo tra l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS. del Comparto;

Rilevato come, dal testo del predetto schema di accordo del 13.07.2010 risulta, in particolare, che:

1. si è data esecuzione alla disposizione di cui all'art. 9, comma 9, della legge regionale n. 17 del 2008 avente ad oggetto lo studio di fattibilità, demandato alla Direzione centrale salute e protezione sociale, finalizzato ad individuare le risorse necessarie per poter conseguire la graduale perequazione del trattamento economico del personale degli enti del SSR, al fine di superare le eventuali differenze retributive riscontrate tra i differenti enti. Le parti hanno, quindi, convenuto che, in via prioritaria, sia necessario provvedere all'armonizzazione dei fondi di retribuzione di risultato spettanti al personale dipendente delle aziende del SSR individuate nello schema di accordo in parola (allegato 1 allo schema di accordo) sulla base di precise regole ivi definite;

2. al fine di provvedere alla predetta armonizzazione dei fondi di retribuzione di risultato spettanti al personale dipendente, la Regione Friuli Venezia Giulia, nella piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuita in materia di Sanità ha messo a disposizione, per effetto dell'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008 i seguenti importi:

- esercizio 2009: complessivi euro 1.500.000,00 (euro 1.121.076,24 cui vanno aggiunti euro 378.923,77 per oneri riflessi),
- esercizio 2010: complessivi euro 1.500.000,00 (euro 1.121.076,24 cui vanno aggiunti euro 378.923,77 per oneri riflessi),

per un totale sul 2010 di complessivi euro 3.000.000,00 (euro 2.242.152,47 cui vanno aggiunti euro 757.847,53 per oneri riflessi);

3. per l'Area della Comparto risulta attribuibile, al fine del perseguimento dell'armonizzazione in parola l'importo complessivo di euro ad ulteriori euro 1.968.634,54 (euro 1.471.326,26 cui vanno aggiunti euro 497.308,28 per oneri riflessi); finalizzato ad incrementare il fondo di produttività, delle aziende del SSR individuate nell'allegato 1 al presente schema di accordo, secondo le regole stabilite dalla contrattazione integrativa aziendale la quale dovrà individuare gli obiettivi destinatari e le relative quote da erogare;

Riscontrato inoltre che:

-le parti prendono atto del contenuto della deliberazione n.72 del 12.05.2009 dell'Agenzia Regionale della Sanità recante "Progetto utilizzo quota regionale con destinazione elisoccorso – incremento incentivo 2008" e precisano come:

- le quote incentivanti destinate al personale medico e infermieristico direttamente dedicato all'elisoccorso debbano essere ricondotte nell'ambito degli accordi regionali sulle risorse finanziarie aggiuntive;

- il servizio regionale di elisoccorso è stato ricompreso nelle finalità delle spese sovrazionali, giusta DGR n. 2787 del 15.12.2009, e una cifra pari ad € 381.000,00 rispetto all'importo complessivamente stanziato di € 2.825.000,00, corrisponde al budget storicamente destinato al personale coinvolto secondo quanto già previsto dal provvedimento regionale n. 2308/1997 e dalla successiva delibera ARS n. 79/1997;

- l'importo di € 381.000,00 rappresenta il budget massimo disponibile "vincolato" per il progetto di elisoccorso per il 2010; tale importo è da considerarsi aggiuntivo rispetto alle risorse regionali stanziato per il 2010 come quantificate all'allegato n. 2 del presente schema di accordo;
- vengono confermati per il 2010, gli importi stabiliti dalla deliberazione n. 72 del 12.05.2009 dell'Agenzia Regionale della Sanità, come rendicontati negli esercizi 2008 e 2009;
- le modalità di attribuzione dell'incentivo seguiranno le stesse regole di erogazione già in vigore nel corso del 2009;

Rilevato che:

- le risorse aggiuntive regionali complessive messe a disposizione, per tutto il personale del comparto, dalla Regione per l'anno 2010 ammontano, così come per il 2009, a euro 15.727.529,07 al netto degli oneri riflessi;
- alle risorse complessive di cui al punto precedente va aggiunto l'ulteriore importo di euro 1.471.326,26 come finanziamento "una tantum" vincolato al fine di conseguire la graduale armonizzazione del trattamento economico del personale del Comparto del servizio sanitario regionale con la precisazione che, essendo un finanziamento a carattere eccezionale, non potrà essere storicizzato nel fondo di produttività;

Dato atto, pertanto, che:

- per l'esercizio 2010 risulta disponibile per il comparto del servizio sanitario regionale la somma di euro 7.343.802,71 derivante dallo scorporo dal succitato importo complessivo (euro 15.727.529,07) di:
 - a) euro 8.362.465,49 corrispondente alle quote già destinate agli incentivi stabiliti per il lavoro notturno e festivo (punto 1 Protocollo di intesa del 16 febbraio 2010), per il turno (punto 2 Protocollo di intesa del 16 febbraio 2010), per il personale OTA/OSS (punto 3 Protocollo di intesa del 16 febbraio 2010) e una quota di euro 365.685,41 ripartita tra le Aziende per il riconoscimento dei benefici economici al personale distaccato ai corsi di laurea area sanitaria;
 - b) euro 21.260,87 destinati ad integrare il fondo di produttività delle aziende sanitarie nella misura in cui al fine consentire i passaggi Bs-C di tutti i profili non ad esaurimento sono state utilizzate, oltre a quelle messe a disposizione, ulteriori risorse del fondo di classificazione;
- i predetti stanziamenti relativi all'esercizio 2010 sono distribuiti proporzionalmente tra gli enti del servizio sanitario regionale come risulta dalla tabella allegata allo schema di accordo (allegato 2);

Atteso, pertanto, che con il su citato schema di accordo del 13.07.2010, le parti, relativamente all'utilizzo delle risorse aggiuntive per l'esercizio 2010, hanno concordato, in particolare come :

- le risorse regionali aggiuntive complessivamente stanziato e distribuite per il 2010 devono essere prioritariamente utilizzate per gli obiettivi individuati nel Protocollo di Intesa siglato il 16 febbraio 2010;
- qualora gli importi assunti a base di calcolo per l'incentivazione degli obiettivi individuati nel Protocollo di Intesa siglato il 16 febbraio 2010 (importi spesi e rendicontati nell'esercizio 2008) ed in quella misura attribuiti ad ogni singola Azienda si rivelassero insufficienti rispetto al fabbisogno emergente nel 2010, le Aziende utilizzeranno la parte delle risorse regionali aggiuntive disponibili, al fine di riconoscere i diritti spettanti al personale interessato;
- le altre risorse disponibili pari ad € 7.343.802,71 vengono demandate alla contrattazione integrativa aziendale e il loro impiego è così stabilito:

a) prioritariamente dovranno essere finalizzate a finanziare le problematiche nell'ambito degli obiettivi individuati a livello regionale e descritte nei punti dall'1 al 6 del presente schema di accordo (pagg. 5 -6-7);

b) secondariamente, dovranno essere correlate al raggiungimento di obiettivi di efficienza e di sviluppo ricavandone miglioramenti quantitativi e qualitativi nelle prestazioni, in collegamento con gli obiettivi contenuti nelle linee programmatiche regionali e trasfusi nei piani attuativi aziendali;

- l'utilizzo dell'importo pari euro 7.343.802,71 sarà oggetto di specifica rendicontazione. A tale scopo la DCSISPS, sentite le OO.SS. del Comparto, predisporrà il modello di rendicontazione che sarà trasmesso ad ogni Azienda ed Istituto del SSR ai fini di un'analisi delle modalità di utilizzo;

- eventuali importi residui di risorse aggiuntive vincolate e non vincolate, relative all'esercizio 2009, rendicontati dalle Aziende in sede di chiusura del 2009, saranno riportati nell'esercizio successivo (2010) incrementando così la quota di risorse regionali assegnate nell'esercizio 2010;

Atteso, altresì, che le parti, con riferimento alle modalità d'impiego delle risorse finanziarie disponibili per l'esercizio 2010 hanno stabilito, in particolare, che:

- le risorse aggiuntive in parola sono comprensive ed assorbono le previsioni delle norme dei futuri CCNL sull'integrazione, da parte delle regioni, dei fondi aziendali destinati alla retribuzione accessoria del personale dipendente e/o ad altri istituti; conseguentemente i finanziamenti aggiuntivi, determinati tramite lo schema di accordo qui considerato, saranno ridotti degli importi che i futuri contratti collettivi nazionali, dell'area del comparto, porranno a carico delle regioni;

- esse siano utilizzate secondo le regole ed i criteri stabiliti per la retribuzione di risultato dalla contrattazione collettiva nonché secondo le regole indicate nello schema di accordo in parola; di conseguenza la liquidazione,

a saldo, dei compensi potrà essere effettuata solo dopo la verifica del raggiungimento degli obiettivi ai quali il beneficio economico in questione è finalizzato;

- le eventuali anticipazioni o stati di avanzamento potranno essere erogati con le modalità dei Contratti Integrativi aziendali, ferma restando la corresponsione, a partire dal 01 gennaio 2010, degli incentivi di cui agli obiettivi individuati nel protocollo di intesa siglato il 16 febbraio 2010;

Ribadito che:

- gli enti del Servizio sanitario regionale non sono legittimati a corrispondere anticipazioni sulla retribuzione anzidetta fino a quando non sarà sottoscritto, a livello aziendale, l'accordo sulle risorse finanziarie aggiuntive;

- gli accordi integrativi aziendali, una volta sottoscritti, verranno trasmessi alla DCSISPS;

- l'utilizzo delle quote di risorse relative all'esercizio 2010 è oggetto di specifica rendicontazione progettuale ed economica secondo apposito modello da predisporre da parte della DCSISPS;

- le risultanze definitive dell'impiego delle risorse finanziarie aggiuntive saranno approvate e rendicontate da ciascun ente del servizio sanitario regionale unitamente al bilancio d'esercizio;

- in conformità a quanto già previsto nelle precedenti intese regionali in materia di risorse finanziarie aggiuntive ed alle disposizioni contenute nelle fonti contrattuali, il controllo e la valutazione della congruenza dei progetti, nonché le verifiche formali sul corretto utilizzo dei fondi competono agli organismi aziendali ad essi deputati quali il nucleo di valutazione, il servizio di controllo interno o struttura equivalente, diversamente denominata, ed il collegio dei sindaci;

Precisato che l'assegnazione delle risorse in parola, tenendo debito conto della piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuite, in materia sanitaria, alla Regione Friuli Venezia Giulia, trova fondamento, con specifico riguardo alle risorse inerenti al personale del Comparto, nelle seguenti fonti:

- art 13, comma 1, del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni;

- art. 10, comma 3, lettera c) della legge regionale 19.12.1996, n. 49 e successive modificazioni;

- art. 3, comma 12, lettera a) del decreto legislativo 29.4.1998, n. 124 e successive modificazioni;

- CCNNLL per il personale della dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale;

Precisato, altresì, che le risorse disponibili per la graduale perequazione del trattamento economico del personale degli enti del servizio sanitario regionale trovano fondamento nell'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008;

Considerato, quindi, che:

- il contenuto dello schema di accordo stipulato il 13.07.2010 relativo alle risorse aggiuntive regionali destinate al personale dirigenziale appartenente all'area del Comparto, da utilizzare per incrementare i fondi aziendali per la produttività, appare condivisibile in quanto volto ad incentivare le progettualità legate ad obiettivi ritenuti prioritari nell'ambito della programmazione regionale;

- l'anzidetto schema di accordo si pone in stretta correlazione con la logica sviluppata tramite le intese regionali sin qui intervenute nell'ottica di un miglioramento del servizio sanitario;

Ritenuto, quindi, di approvare lo schema di accordo, allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante, sottoscritto il 13.07.2010, dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS. del Comparto, sulle risorse finanziarie aggiuntive, esercizio 2010, comprensivo delle tabelle di ripartizione anche per quanto attiene le risorse vincolate al processo di armonizzazione di cui all'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008;

Dato atto che all'onere di spesa conseguente al su citato schema di accordo del 13.07.2010, ammontante, per l'anno 2010:

a) ad euro 21.043.433,90 (euro 15.727.529,07 cui vanno aggiunti euro 5.315.904,83 per oneri riflessi pari al 33,80%);

b) ad ulteriori euro 1.968.634,54 (euro 1.471.326,26 cui vanno aggiunti euro 497.308,28 per oneri riflessi pari al 33,80%);

si provvede con le risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario regionale già stanziato ed assegnate nell'anno 2010 per quanto attiene all'importo di cui alla lettera a) nonché relativamente all'importo di cui alla lettera b) con i futuri stanziamenti alle aziende destinatarie individuate all'allegato n. 1 del presente schema di accordo;

tutto ciò premesso, su proposta dall'Assessore regionale alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, la Giunta regionale, all'unanimità:

Delibera

1. Di approvare, per le motivazioni esposte in premessa, lo schema di accordo sottoscritto, il 13.07.2010, dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS. del Comparto, sulle risorse finanziarie aggiuntive destinate al personale dell'area del Comparto, per l'esercizio 2010, comprensivo delle tabelle di ripartizione anche per quanto attiene le risorse vincolate al processo di armonizzazione di cui all'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008, allegati al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante.
2. Di autorizzare l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali alla stipula dell'accordo definitivo con le OO.SS. del comparto.
3. Di dare atto che all'onere di spesa conseguente al su citato schema di accordo del 13.07.2010, ammontante, per l'anno 2010:
 - a) ad euro 21.043.433,90 (euro 15.727.529,07 cui vanno aggiunti euro 5.315.904,83 per oneri riflessi pari al 33,80%);
 - b) ad ulteriori euro 1.968.634,54 (euro 1.471.326,26 cui vanno aggiunti euro 497.308,28 per oneri riflessi pari al 33,80%);si provvede con le risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario regionale già stanziato ed assegnate nell'anno 2010 per quanto attiene all'importo di cui alla lettera a) nonché relativamente all'importo di cui alla lettera b) con i futuri stanziamenti alle aziende destinatarie individuate all'allegato n. 1 del presente schema di accordo.
4. Di precisare che le suddette risorse finanziarie aggiuntive regionali, relative all'esercizio 2010, sono ripartite tra gli enti del Servizio sanitario regionale come risulta dalle tabelle relative all'esercizio 2010, allegate allo schema di accordo di cui costituiscono parte integrante.
5. Di precisare, altresì, che gli enti del Servizio sanitario regionale, nell'utilizzare e rendicontare le risorse aggiuntive in parola, si atterrano alle modalità gestionali individuate nel su citato schema di accordo del 13.07.2010.
6. Di dare atto che, in conformità a quanto già previsto nelle precedenti intese regionali ed alle disposizioni contenute nelle fonti contrattuali, il controllo e la valutazione della congruenza dei progetti, nonché le verifiche formali sul corretto utilizzo dei fondi competono agli organismi aziendali ad essi deputati quali il nucleo di valutazione, il servizio di controllo interno o struttura equivalente, diversamente denominata, ed il collegio dei sindaci.
7. Di disporre che gli enti del Servizio sanitario regionale provvederanno alla rendicontazione sull'utilizzo delle suddette risorse aggiuntive unitamente agli atti relativi al controllo annuale, di cui all'art. 29, della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49, per il corrente anno di competenza.

IL VICEPRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA
SCHEMA DI ACCORDO
TRA
L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E POLITICHE SOCIALI
E
LE OO.SS DELL'AREA DEL COMPARTO
SULL'ATTRIBUZIONE DELLE
RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI
ANNO 2010

Udine, 13 luglio 2010

PREMESSE

In data 31.12.2009 è scaduta l'intesa regionale sulle risorse finanziarie aggiuntive del personale del Comparto del SSR, sottoscritta il 30 settembre 2008 e recepita con D.G.R. n. 2437 del 20.11.2008. Tale intesa, regolante il biennio economico 2008/2009, oltre a riconfermare quote e vincoli già stabiliti dalle parti nel Protocollo di intesa del 28.02.2009 approvato con D.G.R. n. 859 del 15.05.2008, ha previsto l'attribuzione alle Aziende ed Enti del SSR dei seguenti importi:

- per l'esercizio 2008: € 14.727.529,07 di cui € 1.500.000,00 vincolati ad obiettivi regionali;
- per l'esercizio 2009: € 15.727.529,07 di cui € 2.500.000,00 vincolati ad obiettivi regionali.

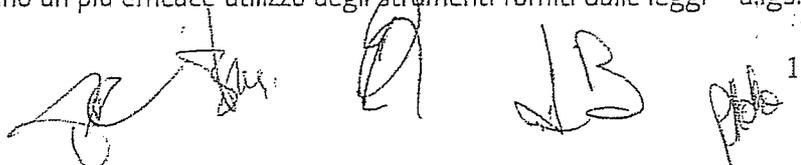
Con protocollo di intesa del 16 febbraio 2010 approvato con D.G.R. n. 598/2010 le parti, nelle more della trattazione sulle risorse regionali aggiuntive relative all'esercizio 2010 e, pertanto, nelle more del presente accordo, hanno confermato alcune scelte già operate negli accordi precedentemente stipulati riconoscendo a decorrere dal 1 gennaio 2010 e allo solo scopo di garantire la continuità nell'erogazione, gli incentivi già previsti nel precedente Protocollo di intesa del 28.02.2009.

Nello specifico le parti hanno vincolato una quota dell'importo totale delle risorse regionali aggiuntive che sarà reso disponibile con il presente documento, per le finalità che di seguito sono ricordate:

1. incentivo per il lavoro notturno e festivo;
2. incentivo turno;
3. incentivi personale ota/oss;
4. personale distaccato corsi di laurea area sanitaria.

Per l'esercizio 2008 e 2009, gli importi assegnati per tali obiettivi alle varie aziende sono quantificati nella tabella allegata alla presente intesa sulla base dell'importo speso e rendicontato nell'esercizio 2008.

Dato atto che non esistono obblighi specifici di erogazioni aggiuntive da parte della Regione derivanti da norme contrattuali, la Regione ritiene comunque di confermare le opportunità già contenute nelle precedenti intese di incrementare la dotazione dei fondi aziendali di risorse aggiuntive favorevoli politiche del personale che consentano un più efficace utilizzo degli strumenti forniti dalle leggi - d.lgs.



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a circular stamp in the middle, and initials 'LB' and 'Polo 1' on the right.

n. 502/92 e s.m.e.i. e d. lgs. 165/2001 e s.m.e.i. e dai nuovi contratti di lavoro in correlazione al raggiungimento degli obiettivi contenuti nelle linee regionali di programmazione come calati nei Piani attuativi aziendali.

Premesso un tanto la presente intesa conterrà indicazioni rispetto alla quantificazione complessiva delle risorse per l'anno 2010 e provvederà alla definizione generale dei principi e dei criteri sui quali informare la loro definizione. Conterrà, inoltre, indicazioni circa la puntuale quantificazione delle quote spettanti a ciascuna azienda sanitaria ed istituto della regione nonché l'individuazione in dettaglio degli obiettivi prioritari cui correlare le risorse assegnate.

In particolare, il finanziamento complessivamente messo a disposizione dalla Regione per il 2010, sarà principalmente finalizzato e vincolato al perseguimento dei seguenti principi:

- promuovere politiche del personale in aree/settori appresso individuati e ritenuti particolarmente critici per i quali la programmazione regionale richiede la finalizzazione di risorse e interventi mirati da parte delle aziende ed enti del SSR;
- perseguimento della riduzione graduale delle differenze tra le risorse presenti nei fondi contrattuali delle aziende con l'obiettivo di tendere all'armonizzazione dei trattamenti economici del personale;
- inquadramento, all'interno degli accordi regionali, del progetto incentivante il personale coinvolto nel servizio di elisoccorso attualmente ricompreso nelle finalità delle spese sovraziendali, giusta DGR n. 2787 del 15.12.2009;

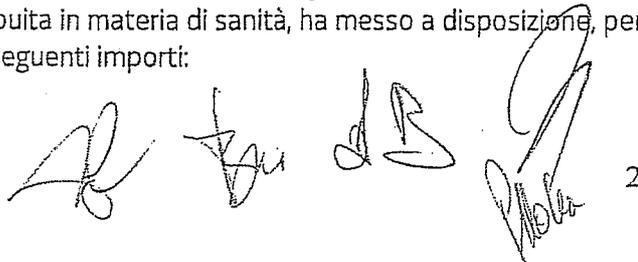
ARMONIZZAZIONE TRATTAMENTO ECONOMICO

La presente intesa dà esecuzione alla disposizione contenuta nell'articolo 9, comma 9, della legge regionale n. 17/2008, che aveva demandato alla Direzione centrale salute e protezione sociale il compito di predisporre uno studio di fattibilità concernente i tempi, modi, criteri e le risorse necessarie per conseguire la graduale perequazione del trattamento economico del personale degli enti del SSR, al fine di superare le eventuali differenze retributive riscontrate tra i differenti enti.

In proposito le parti valutano l'importanza di fornire strumenti quantitativamente uniformi su tutta la regione condividendo la necessità di perseguire l'armonizzazione dei fondi di retribuzione di produttività spettanti al personale dipendente, ricercando momenti di parificazione regionale delle quantità dei fondi rispetto al personale in servizio nelle singole Aziende.

Vi è la consapevolezza che detto percorso di avvicinamento/omologazione non è sicuramente esaustivo di una fase di armonizzazione delle retribuzioni dei dipendenti del SSR ove si consideri che la retribuzione corrisposta è solo uno degli elementi che incidono su questo percorso, dovendosi necessariamente e correttamente far riferimento anche alla produttività per addetto, alla qualità della prestazione fornita; conseguentemente, si avrà un processo di armonizzazione effettiva solo riportando correttamente tutte le voci delle retribuzioni accessorie tra i fattori produttivi aziendali e creando di conseguenza, un effettivo equilibrio tra costi e produttività.

Al fine di intervenire per rimuovere parte degli ostacoli che hanno generato differenze retributive derivanti sia dalla metodologia di composizione dei fondi contrattuali originari di ciascuna azienda, sia dalla peculiarità dei percorsi seguiti nell'applicazione delle norme contrattuali le cui scelte si sono inevitabilmente riversate nelle modalità di costruzione dei fondi stessi, la regione FVG, nell'ambito della piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuita in materia di sanità, ha messo a disposizione, per effetto dell'articolo 9, comma 9, L.R. n. 17/2008 i seguenti importi:



2

	risorse disponibili ex articolo 9, comma 9, L.R. n. 17/2008	oneri (33,80%)	Totale
esercizio 2009	1.121.076,24	378.923,77	1.500.000,00
esercizio 2010	1.121.076,24	378.923,77	1.500.000,00
totale sul 2010	2.242.152,47	757.847,53	3.000.000,00

Si intende utilizzare la cifra a disposizione pari ad € 2.242.152,47, al netto degli oneri riflessi, interamente nell'esercizio 2010.

Al fine di stabilire la quantità di risorse da attribuire alla singola area contrattuale è stato calcolato il peso percentuale del valore delle risorse regionali aggiuntive assegnate per area negoziale rispetto alla totale delle rar storicamente attribuite dalla Regione. Le risorse regionali aggiuntive assegnate all'area del comparto rappresentano il 65,62% del totale con la conseguenza che risulta distribuibile nell'esercizio 2010 per il predetto personale e per le finalità di armonizzazione sopra descritte l'importo complessivo di € **1.417.326,26** al netto di qualsiasi onere.

Tale cifra viene attribuita ad incremento del fondo di produttività delle aziende del SSR individuate dal presente accordo e sarà utilizzata secondo le regole stabilite dalla contrattazione integrativa aziendale che dovrà prevedere obiettivi destinatari e quote cui collegare le erogazioni.

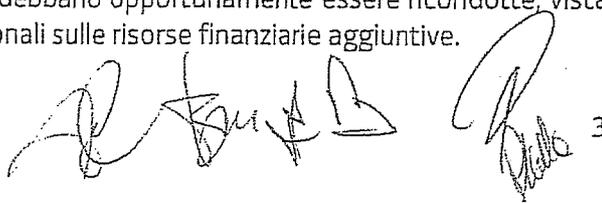
L'individuazione delle Aziende cui destinare parte delle risorse disponibili è stata effettuata sulla base delle seguenti regole condivise dalle parti:

- è stata fatta la ricognizione dei fondi contrattuali di risultato-produttività, condizioni di lavoro, posizione-classificazione delle aziende del SSR consolidati (c.d. storici) alla data del 31.12.2007;
- è stata considerata la somma del valore del fondo di produttività/risultato e posizione/classificazione alla data del 31.12.2007, di ciascuna azienda;
- numero medio dei dipendenti alla data del 31.12.2007 e del 31.12.2008 di ogni azienda;
- calcolo della quota media aziendale e raffronto della stessa con la quota media regionale;
- calcolo della distanza della quota media aziendale con quella regionale;
- peso% della singola distanza rispetto alla distanza complessiva;
- attribuzione delle risorse con un criterio misto che tiene conto sia del grado di sofferenza che del numero di dipendenti; il criterio misto è risultato preferibile in sede tecnica per i risultati che produce rispetto agli altri criteri che sono stati ugualmente sviluppati e che prendevano in considerazione o il solo fabbisogno o il solo numero di dipendenti;
- per rendere più significativo l'intervento è stato scelto di applicare il criterio misto solo su alcune delle aziende le cui quote medie denotano maggior distanza dalla quota media regionale.

La distribuzione per il 2010 dell'importo assegnato per le finalità qui previste è quantificata come da tabella allegata (Allegato 1)

ELISOCORSO

Le parti prendono atto del contenuto della deliberazione n. 72 del 12.05.2009 dell'Agenzia Regionale della Sanità recante "Progetto utilizzo quota regionale con destinazione elisoccorso – incremento incentivo 2008" e ravvisano la necessità che le quote incentivanti destinate al personale medico e infermieristico direttamente dedicato all'elisoccorso debbano opportunamente essere ricondotte, vista la natura dei compensi, nell'ambito degli accordi regionali sulle risorse finanziarie aggiuntive.



Viene precisato, in proposito, che il servizio regionale di elisoccorso è ricompreso nelle finalità delle spese sovraziendali, giusta DGR n. 2787 del 15.12.2009 e che una cifra pari ad € 381.000, rispetto all'importo complessivamente stanziato di € 2.825.000,00, corrisponde al budget storicamente destinato al personale coinvolto secondo quanto già previsto dal provvedimento regionale n. 2308/1997 e dalla successiva delibera ARS n. 79/1997.

Ciò posto, l'importo di € 381.000,00 rappresenta il budget massimo disponibile "vincolato" per il progetto di elisoccorso per il 2010; tale importo è da considerarsi aggiuntivo rispetto alle risorse regionali stanziata per il 2010 come quantificate all'allegato n. 2.

Per quanto riguarda il valore dell'incentivo riconosciuto al personale coinvolto, vengono confermati per il 2010, gli importi stabiliti dalla deliberazione n. 72 del 12.05.2009 dell'Agenzia Regionale della Sanità, come rendicontati nell'esercizio 2008 e 2009.

Le modalità di attribuzione dell'incentivo seguiranno le stesse regole di erogazione già in vigore nel corso del 2009.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Si richiamano, di seguito, i riferimenti normativi già indicati nelle precedenti intese, quali fonti legislative che – nell'ambito della piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuita in materia di sanità alla Regione Friuli Venezia Giulia – rappresentano il fondamento giuridico per la generalità delle integrazioni finanziarie da parte della Regione alle Aziende sanitarie:

- art. 13, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.e.i.;
- art. 3, comma 12, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 e s.m.e.i.;
- art. 10, comma 3, lettera c) della Legge Regionale 19 dicembre 1996, n. 49 e successive modificazioni;
- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto sanità.

RISORSE DISPONIBILI

La presente intesa si riferisce all'esercizio 2010 e comprende quote e vincoli già stabiliti con il protocollo di intesa del 16 febbraio 2010 (il cui contenuto viene integralmente richiamato) relativamente al riconoscimento a decorrere dal 1 gennaio 2010 dell'incentivazione del disagio legato al lavoro notturno e festivo, ai turni, personale ota/oss nonché per consentire l'omogeneità di trattamento economico complessivamente assegnato al personale distaccato – diplomati universitari. In relazione al personale distaccato le parti ricordano la necessità che dette risorse debbano essere correlate a specifiche progettualità da individuarsi a livello aziendale prevedendosi indicatori e parametri idonei ad accertare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Ciò premesso, la Regione, per l'esercizio 2010 mette a disposizione le seguenti somme complessive al netto di qualsiasi onere da destinare all'Area del personale del Comparto per essere utilizzate nell'ambito del fondo per la retribuzione di produttività:

- l'importo di **€ 15.727.529,07** già messo a disposizione **dalla Regione per il 2009;**
- ulteriore importo di **€ 1.417.326,26** quale finanziamento "una tantum" vincolato al fine di conseguire la graduale armonizzazione del trattamento economico del personale del servizio sanitario regionale; si precisa che detta cifra rappresenta un finanziamento del fondo a carattere



straordinario per il solo esercizio finanziario cui si riferisce ed in quanto tale non può quindi storicizzarsi all'interno del fondo di produttività collettiva.

IMPIEGO RISORSE

ESERCIZIO 2010

Punto 1: conferma di scelte derivanti da accordi precedenti

Per effetto di quanto concordato dalle parti nel Protocollo di Intesa siglato il 16 febbraio 2010 sono confermati per il presente biennio a decorrere dal 1 gennaio 2010 gli incentivi già previsti nei punti 1, 2, 3 e 4 dell'intesa del 10 febbraio 2006 (prima fase) approvata con D.G.R. n. 1510 del 30 giugno 2006 e rinnovati nell'intesa del 6 aprile 2007 approvata con D.G.R. n. 2042 del 31 agosto 2007.

Conseguentemente una parte dell'importo totale di risorse regionali aggiuntive 2010 risulta vincolato con le regole e gli importi come descritti nel Protocollo del 16 febbraio 2010 per finalità di seguito riepilogate:

- 1 INCENTIVO PER IL LAVORO NOTTURNO E FESTIVO;
- 2 INCENTIVO TURNO;
- 3 INCENTIVI PERSONALE OTA/OSS;
- 4 PERSONALE DISTACCATO CORSI DI LAUREA AREA SANITARIA.

Gli importi assegnati per tali obiettivi alle varie aziende sono quantificati sulla base della spesa rendicontata nell'esercizio 2008.

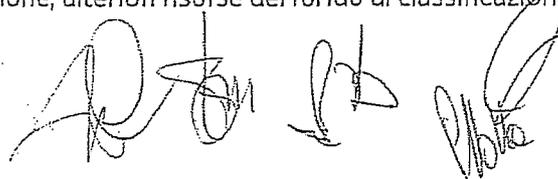
Ne deriva che:

- a) una quota pari ad € **8.362.465,49** viene ripartita tra le Aziende per far fronte al riconoscimento al personale interessato:
 - dell'incentivo stabilito per il lavoro notturno e festivo (punto 1 Protocollo di intesa del 16 febbraio 2010);
 - dell'incentivo stabilito per il turno (punto 2 Protocollo di intesa del 16 febbraio 2010);
 - dell'incentivo stabilito per il personale OTA/OSS (punto 3 Protocollo di intesa del 16 febbraio 2010).

A titolo di interpretazione autentica le parti stabiliscono che la frase "Gli importi assegnati anticipano eventuali incrementi dell'indennità per turni notti e feste o comunque collegate ai punti 1, 2, 3 di cui sopra che saranno previste dal rinnovo del CCNL. Le risorse che si renderanno disponibili saranno utilizzate per ulteriori finalità" (di cui all'intesa regionale del 10.02.2006 – prima fase) deve essere intesa nel senso che tali disponibilità sono riferite a livello di negoziazione regionale.

- b) un'ulteriore quota pari ad € **365.685,41** viene ripartita tra le Aziende per il riconoscimento dei benefici economici al personale distaccato ai corsi di laurea area sanitaria (punto 4).

Infine, si ricorda che per effetto delle scelte effettuate con l'intesa del 10.11.2004 e per le motivazioni ivi contenute, una quota pari ad € 21.260,87 è destinata ad integrare il fondo di produttività delle aziende sanitarie nella misura in cui al fine consentire i passaggi Bs-C di tutti i profili NON AD ESAURIMENTO sono state utilizzate, oltre a quelle messe a disposizione, ulteriori risorse del fondo di classificazione.



Premesso un tanto, le parti danno atto che restano ancora disponibili per essere assegnate in questa fase risorse regionali aggiuntive pari ad € 7.343.802,71. Le parti concordano che detto importo sarà ripartito tra le Aziende sanitarie regionali (Aziende per i Servizi Sanitari, Aziende ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), proporzionalmente alla consistenza numerica del personale del comparto del SSR alla data del 31.12.2009 (dati di sistema forniti da INSIEL rilevati dalla DCSISPS, esclusi i supplenti).

Si precisa che le quote corrispondenti al personale in utilizzo della DCSISPS dipendenti dalle aziende ed del SSR sono attribuite all'azienda di rispettiva appartenenza. Tali quote verranno attribuite al personale interessato previa comunicazione da parte della DCSISPS che ne definirà obiettivi, importo e destinatari.

PUNTO 2 – OBIETTIVI PRIORITARI CUI CORRELARE LE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE

Esercizio 2010

Rispetto allo stanziamento complessivo di risorse regionali aggiuntive per l'esercizio 2010 (€ 15.727.529,07), l'importo disponibile pari ad € 7.343.802,71 è demandato alla contrattazione integrativa aziendale che dovrà vincolarle a finanziare progetti aziendali modulati rispetto alle indicazioni di seguito specificate.

La distribuzione per il 2010 è quindi quantificata come da tabella allegata (Allegato 2).

Le parti convengono che l'utilizzo delle risorse regionali aggiuntive debba essere destinato prioritariamente e necessariamente a favorire alcune aree/settori particolarmente critici, in linea con le tematiche portate avanti dalla programmazione regionale.

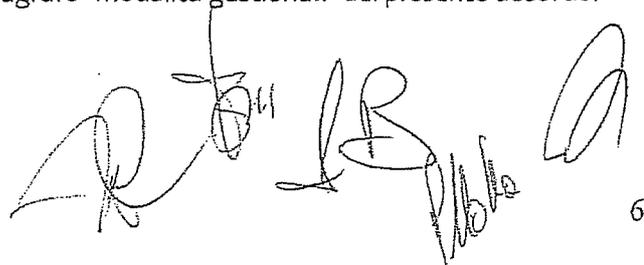
A tale scopo, viene valutata l'esigenza di finalizzare le risorse in modo mirato, fronteggiando preliminarmente alcune priorità generali di indirizzo che sono descritte negli obiettivi regionali di seguito elencati.

In particolare, le parti individuano sei tematiche cui destinare in via principale le risorse finanziarie assegnate con la precisazione che gli importi non assegnati per le predette problematiche dovranno essere correlati al raggiungimento di obiettivi di efficienza e di sviluppo ricavandone miglioramenti quantitativi e qualitativi nelle prestazioni conformemente ai contenuti dei provvedimenti di programmazione regionale.

1) Reparti di degenza dell'area della medicina generale

A fronte dei carichi di lavoro e del maggior impegno assistenziale richiesto per la tipologia di attività prestata in relazione ai degenti, si intende incentivare il personale addetto all'area di degenza nelle unità operative di medicina generale (personale infermieristico delle cat. C, D, Ds, personale di supporto all'assistenza delle categorie Bs, B, A.).

La contrattazione integrativa aziendale provvederà a definire i progetti-obiettivo cui correlare le risorse assegnate, sulla base delle regole riportate nel paragrafo "modalità gestionali" del presente accordo.



6

2) contenimento dei tempi di attesa

La contrattazione integrativa aziendale provvederà a definire le prestazioni oggetto della finalizzazione delle risorse. In particolare saranno remunerate le prestazioni afferenti a liste di attesa per attività ambulatoriale, interventistica e diagnostica.

In particolare le aziende dovranno finalizzare queste risorse su settori e criticità sensibili per l'abbattimento di liste d'attesa individuando attraverso la contrattazione integrativa aziendale i destinatari e le modalità di remunerazione.

Coerentemente con le linee della programmazione regionale in materia di contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie l'obiettivo assegnato deve avere quale risultato correlato all'incentivazione l'aumento del fatturato delle prestazioni critiche definite dalla Giunta Regionale in attuazione della L.R. n. 7 del 2009.

Il riconoscimento dell'incentivo è commisurato all'incremento del valore della produzione nel 2010 rispetto all'anno 2009, valorizzato secondo le tariffe vigenti e viene riconosciuto al personale del comparto in base all'apporto prestato al raggiungimento dell'obiettivo incrementale di cui sopra.

Resta inteso che il valore delle risorse complessivamente assegnate per l'obiettivo vincolato di cui al presente punto non può in alcun modo superare il delta tra il fatturato 2010 e il fatturato 2009.

Le attività correlate al presente obiettivo "vincolato" sono prestate dal personale coinvolto nel rispetto di quanto stabilito dal CCNL comparto.

3) Screening mammografico e colon retto

Prosegue anche per il 2010 il riconoscimento dell'incentivo al personale del comparto coinvolto nell'attività dello screening del colon retto. Parimenti, è confermato l'incentivo al personale del comparto coinvolto nel progetto di screening mammografico, secondo le modalità in essere.

4) Assistenza domiciliare

Al fine di garantire la continuità assistenziale nel territorio 7 giorni su 7, 365 giorni l'anno, si ritiene di incentivare il personale dedicato all'assistenza domiciliare.

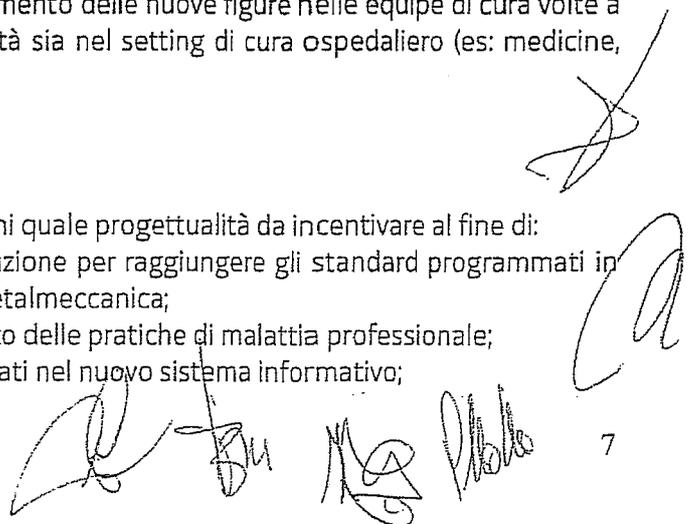
5) Personale di assistenza (ota, oss, oss con formazione complementare, inf. gen., puericultrici)

Si conferma per il 2010 il completamento del percorso di sperimentazione riguardante l'incentivazione di progettualità finalizzate ad individuare modalità organizzative (anche a livello di turno), per il miglior utilizzo del personale di supporto con l'obiettivo di conseguire la più efficiente ed appropriata azione da parte del personale deputato all'assistenza e l'inserimento delle nuove figure nelle équipe di cura volte a garantire anche l'assistenza agli anziani con cronicità sia nel setting di cura ospedaliero (es: medicine, chirurgia) che in quello territoriale (es: RSA, SID).

6) Prevenzione – infortuni sul lavoro

Si conferma per l'esercizio 2010 il tema degli infortuni quale progettualità da incentivare al fine di:

- incrementare le attività di vigilanza e formazione per raggiungere gli standard programmati in particolare nel settore dell'edilizia e della metalmeccanica;
- ridurre i tempi di attesa per il completamento delle pratiche di malattia professionale;
- adottare le nuove modalità di inserimento dati nel nuovo sistema informativo;



7

- completare la valutazione dei casi arretrati in attesa di iscrizione nel registro degli ex esposti all'amianto.

MODALITA' GESTIONALI

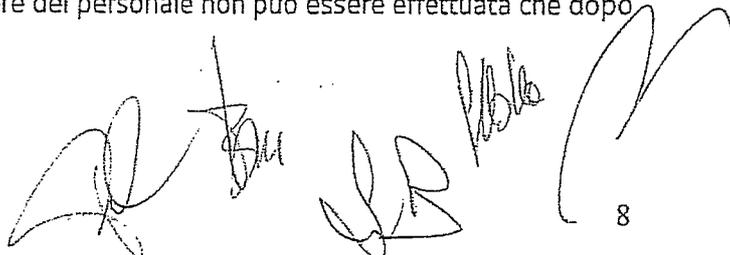
1. Le risorse regionali aggiuntive complessivamente stanziare e distribuite per il 2010 devono essere prioritariamente utilizzate per gli obiettivi individuati nel Protocollo di Intesa siglato il 16 febbraio 2010;
2. le altre risorse disponibili pari ad € **7.343.802,71** vengono demandate alla contrattazione integrativa aziendale e il loro impiego è così stabilito:
 - a) prioritariamente dovranno essere finalizzate a finanziare le problematiche nell'ambito degli obiettivi individuati a livello regionale e descritte nel paragrafo precedente nei punti dall'1 al 6.
 - b) secondariamente, dovranno essere correlate al raggiungimento di obiettivi strategici, di efficienza e di sviluppo ricavandone miglioramenti quantitativi e qualitativi nelle prestazioni, in collegamento con gli obiettivi contenuti nelle linee programmatiche regionali e trasfusi nei piani attuativi aziendali.

Al fine dell'impiego delle risorse di cui al presente punto 2, lettere a) e b) la C.I.A. dovrà individuare in modo coerente i destinatari e stabilire adeguatamente gli importi da assegnare nel rispetto del c.c.n.l. oltre che una loro utilizzazione basata su modalità che non possano acquisire carattere di irreversibilità e/o di distribuzione indistinta.

3. Qualora gli importi assunti a base di calcolo per l'incentivazione degli obiettivi di cui al punto 1 (importi spesi e rendicontati nell'esercizio 2008) ed in quella misura attribuiti ad ogni singola Azienda si rivelassero insufficienti rispetto al fabbisogno emergente nel 2010, le Aziende utilizzeranno la parte delle risorse regionali aggiuntive disponibili, al fine di riconoscere i diritti spettanti al personale interessato.
4. Le parti concordano che l'utilizzo delle quote di cui al punto 2 sarà oggetto di specifica rendicontazione. A tale scopo la DCSISPS, sentite le OO.SS. del comparto, predisporrà il modello di rendicontazione che sarà trasmesso ad ogni Azienda ed Istituto del SSR ai fini di un'analisi delle modalità di utilizzo.
5. Eventuali residui delle risorse regionali aggiuntive assegnate per l'esercizio 2010 dovranno essere riportati dalla singola Azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.
6. Gli importi residui del 2009 sia di rar vincolate che di rar non vincolate nella misura rendicontata dall'Azienda in sede di chiusura del 2009 e che sono stati riportati nell'esercizio successivo (2010) incrementano la quota di risorse regionali assegnate nel presente esercizio 2010 e saranno utilizzati secondo le regole stabilite dal presente accordo al punto 2.

Le risorse aggiuntive devono essere utilizzate dalle Aziende con le modalità previste per la retribuzione di produttività nel pieno ed integrale rispetto delle disposizioni contrattuali sulle relazioni sindacali.

La liquidazione a saldo dei relativi compensi a favore del personale non può essere effettuata che dopo la verifica del raggiungimento degli obiettivi.



Così come previsto dai CCNNLL, le eventuali anticipazioni o stati di avanzamento potranno essere erogati con le modalità dei Contratti Integrativi aziendali, ferma restando la corresponsione a partire dal 1 gennaio 2010, degli incentivi di cui al punto 1.

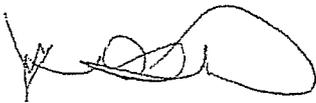
Il controllo e le valutazioni sulla congruenza dei progetti e le verifiche formali sul corretto utilizzo dei fondi fanno carico agli organismi aziendali deputati: Nucleo di Valutazione/Servizio Controllo Interno o organismi e equivalenti diversamente denominati, e Collegio dei Sindaci.

Le risultanze definitive saranno approvate e rendicontate da ciascuna Azienda unitamente al Bilancio di esercizio.

Le aziende dovranno trasmettere alla DCSIPS gli accordi sulle risorse regionali aggiuntive 2010 sottoscritti in sede di contrattazione integrativa aziendale.

L'Assessore

Le OO.SS



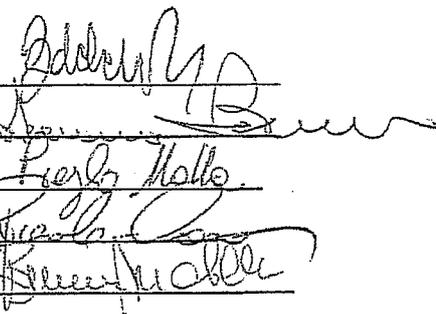
FP CGIL

UIL FPL

CISL FP

F.S.I.

FIALS



PERSONALE DEL COMPARTO
 ATTRIBUZIONE ALLE AZIENDE INDIVIDUATE
 DELLE RAR FINALIZZATE ALL'ARMONIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO

DISTRIBUZIONE DELLA QUOTA DI RISORSE FINANZIARIE AGGIUNTIVE ALLE 4 AZIENDE PIU' DISTANTI DALLA QUOTA REGIONALE						
Azienda	medie fondi prod. + classif	differenza su quota regionale (3.473,77)	peso della distanza singola da distanza complessiva	PESO DISTANZA * NUMERO ADDETTI	COEFFICIENTE UNITARIO*PESO DISTANZA (soldi distribuibili)	
A.S.S. n. 1	3.411,88	61,90		-	-	
A.S.S. n. 2	4.223,36			-	-	
A.S.S. n. 3	3.385,19	88,58		-	-	
A.S.S. n. 4	3.217,44	256,33	21,39	39.399,62	349.842,09	
A.S.S. n. 5	3.826,53			-	-	
A.S.S. n. 6	3.639,92			-	-	
A.O.U. TS	3.534,75			-	-	
A.O.U UD	3.133,53	340,24	28,39	89.390,27	793.725,32	
A.O. FN	3.276,13	197,64	16,49	26.338,08	233.864,38	
BURLO	3.549,35		0,00	-	-	
C.R.O.	3.220,07	253,70	21,17	10.574,50	93.894,47	
TOTALE	3.473,77	1.198,40		165.702,48	1.471.326,26	

COEFFICIENTE UNITARIO 8,879325641

TABELLA ALLEGATA ALL'INTESA RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE COMPARTO

ALLEGATO 2

ATTRIBUZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE
PERSONALE DEL COMPARTO
esercizio 2010

Azienda	risorse regionali aggiuntive 2010 distribuite pro-capite con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali	ris.agg.ve per passaggi Bs-C prof. NON esaurimento	stima ris.agg.ve 2010 per incentivi lavoro notturno e festivo, turno, personale otafloss, tutor e coordinatori	totale risorse regionali aggiuntive esercizio 2010
A.S.S. n. 1	477.610,60	-	327.922,11	805.532,71
A.S.S. n. 2	743.621,56	-	695.312,91	1.438.934,47
A.S.S. n. 3	432.267,82	20.834,21	574.992,74	1.028.094,77
A.S.S. n. 4	826.102,23	-	929.599,05	1.755.701,28
A.S.S. n. 5	523.385,21	-	628.738,96	1.152.124,17
A.S.S. n. 6	668.913,94	-	637.500,00	1.306.413,94
A.O.U. Trieste	1.092.113,20	-	1.595.000,00	2.687.113,20
A.O.U. Udine	1.397.853,07	-	1.683.296,63	3.081.149,70
A.O. Pordenone	703.460,81	-	842.647,74	1.546.108,55
CRO Aviano	215.917,99	-	145.350,00	361.267,99
Burlo Trieste	262.556,28	426,66	302.105,35	565.088,29
TOTALE	7.343.802,71	21.260,87	8.362.465,49	15.727.529,07

Handwritten signatures and initials are present in the bottom right corner of the page, including a large signature that appears to be 'B' and several smaller initials and marks.

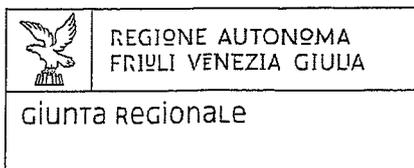
TABELLA ALLEGATA ALL'INTESA RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE COMPARTO

ATTRIBUZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE
PERSONALE DEL COMPARTO
esercizio 2010

Azienda	risorse regionali aggiuntive 2010 distribuite pro-capite con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali	ris.reg.agg.ve per passaggi Bs-C prof.NON esaurimento	stima ris.agg.ve 2010 per incentivi lavoro notturno e festivo, turno, personale otafoss, tutor e coordinatori	risorse 2010 VINCOLATE al processo di armonizzazione	totale risorse regionali aggiuntive esercizio 2010
A.S.S. n. 1	477.670,22	-	327.922,11	-	805.592,33
A.S.S. n. 2	743.866,15	-	695.312,91	-	1.439.169,06
A.S.S. n. 3	431.583,01	20.834,21	574.992,74	-	1.027.409,96
A.S.S. n. 4	825.693,24	-	929.599,05	349.842,09	2.105.134,38
A.S.S. n. 5	522.895,98	-	628.738,96	-	1.151.634,94
A.S.S. n. 6	668.049,15	-	637.500,00	-	1.305.549,15
A.O.U. Trieste	1.091.017,73	-	1.595.000,00	-	2.686.017,73
A.O.U Udine	1.396.830,04	-	1.683.296,63	793.725,32	3.873.851,99
A.O. Pordenone	703.799,04	-	842.647,74	233.864,38	1.780.311,16
CRO Aviano	218.375,83	-	145.350,00	93.894,47	457.620,30
Burlo Trieste	264.032,32	426,66	302.105,35	-	566.564,33
TOTALE	7.343.802,71	21.260,87	8.362.465,49	1.471.326,26	17.198.855,33

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE

**Delibera n° 1491**

Estratto del processo verbale della seduta del
28 luglio 2010

oggetto:

APPROVAZIONE DEGLI SCHEMI DI ACCORDO SULLE RISORSE FINANZIARIE AGGIUNTIVE E SULL'APPLICAZIONE DELL'ART 9, COMMA 9, LR 17/2008 PER IL PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA - ESERCIZIO 2010.

Renzo TONDO	Presidente	assente
Luca CIRIANI	Vice Presidente	presente
Angela BRANDI	Assessore	presente
Elio DE ANNA	Assessore	presente
Andrea GARLATTI	Assessore	presente
Vladimir KOSIC	Assessore	presente
Roberto MOLINARO	Assessore	assente
Riccardo RICCARDI	Assessore	presente
Sandra SAVINO	Assessore	presente
Federica SEGANTI	Assessore	presente
Claudio VIOLINO	Assessore	presente

Daniele BERTUZZI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Premesso che con la deliberazione giunta n. 2435, del 20.11.2008, è stata approvata e resa esecutiva l'intesa regionale, sottoscritta in data 1.10.2008 dall'Assessore alla salute e protezione sociale e dalle OO.SS. dell'area della dirigenza medica e veterinaria (comprensiva della successiva correzione degli errori materiali cui le stesse parti hanno dato corso il 7.10.2008), con la quale le parti hanno quantificato le risorse complessivamente disponibili per il biennio 2008-2009, definito la loro ripartizione tra gli enti del servizio sanitario regionale, nonché individuato i principi ed i criteri generali cui correlare la destinazione delle risorse medesime;

Rilevato che l'anzidetta intesa dell'1.10.2008 prevedeva fra l'altro:

- di rinnovare, anche per il biennio 2008-2009, il progetto di screening mammografico, di cui all'accordo del 10.1.2006;

- di rinnovare, anche per l'anno 2009, il progetto di screening del tumore del colon retto, ai sensi dell'art. 7 dell'accordo del 5.11.2007;

- di mettere a disposizione complessivamente, per tutto il personale dirigenziale, per l'anno 2008, risorse aggiuntive regionali pari ad euro 7.715.736,27, al netto di oneri riflessi; tale importo è comprensivo sia della quota di euro 384.000,00 vincolata alla realizzazione del progetto di screening mammografico anche per il 2008, sia della quota di euro 501.000,00 vincolata per il progetto di screening del tumore del colon retto, nonché dell'ulteriore quota di euro 500.000,00 a titolo di maggiorazione per l'esercizio 2008;

- di mettere a disposizione complessivamente, per tutto il personale dirigenziale, per l'anno 2009, risorse aggiuntive regionali pari ad euro 8.239.736,27, al netto di oneri riflessi; tale importo è comprensivo sia della quota di euro 408.000,00 vincolata alla realizzazione del progetto di screening mammografico, sia della quota di euro 501.000,00, vincolata per il progetto di screening del tumore del colon retto, nonché dell'ulteriore quota di euro 500.000,00 a titolo di maggiorazione per l'esercizio 2009;

Rilevato, quindi, che:

- in relazione, in particolare, all'anno 2009 risultava disponibile per tutta la dirigenza del servizio sanitario regionale la somma di euro 7.330.736,27, oneri riflessi esclusi, derivante dallo scorporo dal su citato importo complessivo di euro 8.239.736,27 delle quote già destinate agli screening mammografico e per il tumore del colon retto;

- la suddetta somma complessivamente disponibile per l'anno 2009 è stata ripartita tra gli enti del servizio sanitario regionale proporzionalmente alla consistenza numerica del personale dirigenziale rilevata alla data del 31.12.2007;

- pertanto, in base al predetto criterio di riparto, le risorse disponibili destinate alla dirigenza medica e veterinaria ammontavano, per l'anno 2009, ed euro 6.183.354,19 oneri riflessi esclusi;

Dato atto che in data 31.12.2009 è scaduta la citata intesa regionale, sottoscritta in data 1 ottobre 2008 e resa esecutiva con D.G.R. n. 2435/2008, sulle risorse finanziarie aggiuntive concernente il biennio 2008-2009, per il personale della dirigenza medica e veterinaria;

Atteso che:

- anche per l'esercizio 2010 la contrattazione regionale viene svolta separatamente per l'area della dirigenza medica e veterinaria e per l'area della dirigenza SPTA;

- in data 13.07.2010 l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria hanno sottoscritto i seguenti atti:

- a) lo schema di accordo concernente le risorse finanziarie aggiuntive da destinare per l'anno 2010, con cui le parti hanno quantificato le risorse complessivamente disponibili per l'esercizio considerato, definito la loro ripartizione tra gli enti del servizio sanitario regionale, nonché individuato i principi ed i criteri generali cui correlare la destinazione delle risorse medesime;

- b) lo schema di accordo sull'applicazione dell'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17 del 2008 che aveva demandato alla Direzione centrale salute e protezione sociale il compito di predisporre uno studio di fattibilità concernente i tempi, modi e criteri e le risorse necessarie per poter conseguire la graduale perequazione del trattamento economico del personale degli enti del SSR, al fine di superare le eventuali differenze retributive riscontrate tra i differenti enti;

- è riservata alla Giunta Regionale la valutazione della coerenza degli schemi di accordo sopraccitati rispetto alla facoltà della Regione di disporre in merito all'erogazione di tali risorse aggiuntive ed alle finalità cui correlarle;

- l'approvazione da parte del medesimo organo giuntale degli schemi di accordo in parola costituisce condizione necessaria per addivenire alla stipula dei rispettivi accordi definitivi tra l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria;

Rilevato che, dal testo dei predetti schemi di accordo, entrambi sottoscritti il 13.07.2010, risulta, in particolare, che:

1. si è data esecuzione alla disposizione di cui all'art. 9, comma 9, della legge regionale n. 17 del 2008 avente ad oggetto lo studio di fattibilità, demandato alla Direzione centrale salute e protezione sociale, finalizzato ad individuare le risorse necessarie per poter conseguire la graduale perequazione del trattamento economico del personale degli enti del SSR, al fine di superare le eventuali differenze retributive riscontrate tra i differenti enti. Le parti hanno, quindi, convenuto che, in via prioritaria, sia necessario provvedere all'armonizzazione dei fondi di retribuzione di risultato spettanti al personale dipendente delle aziende del SSR individuate nello schema di accordo in parola (allegato 1 allo schema di accordo sull'applicazione dell'art. 9, comma 9, della L.R. 17/2008) sulla base di precise regole ivi definite;
2. al fine di provvedere alla predetta armonizzazione dei fondi di retribuzione di risultato spettanti al personale dipendente, la Regione Friuli Venezia Giulia, nella piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuita in materia di Sanità ha messo a disposizione, per effetto dell'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008, i seguenti importi:
 - esercizio 2009: complessivi euro 1.500.000,00 (euro 1.121.076,24 cui vanno aggiunti euro 378.923,77 per oneri riflessi),
 - esercizio 2010: complessivi euro 1.500.000,00 (euro 1.121.076,24 cui vanno aggiunti euro 378.923,77 per oneri riflessi), per un totale sul 2010 di complessivi euro 3.000.000,00 (euro 2.242.152,47 cui vanno aggiunti euro 757.847,53 per oneri riflessi);
3. per l'Area della dirigenza risulta attribuibile, al fine del perseguimento dell'armonizzazione in parola l'importo complessivo di euro 770.826,22, oneri riflessi esclusi;
4. l'importo complessivo di euro 770.826,22, tenuto conto della consistenza numerica dei dirigenti medici e veterinari rispetto ai dirigenti SPTA, risulta distribuibile, per l'esercizio 2010, come segue:
 - a) per l'area della dirigenza medica e veterinaria: complessivi euro 650.179,10, oneri riflessi esclusi;
 - b) per l'area della dirigenza SPTA: complessivi euro 120.647,12 oneri riflessi esclusi;
5. le parti hanno convenuto di rinnovare nei medesimi contenuti, anche per l'anno 2010, il progetto di screening del tumore del colon retto, ai sensi dell'art. 7 dell'accordo del 5.11.2007 nonché di rinnovare, anche per il biennio 2008-2009, il progetto di screening mammografico, di cui all'accordo del 10.1.2006 con gli aggiornamenti tariffari applicati per l'esercizio 2009;
6. le risorse aggiuntive regionali complessive messe a disposizione, per tutto il personale dirigenziale, dalla Regione per l'anno 2010 ammontano, così come per il 2009, a euro 8.239.736,27 oneri riflessi esclusi, il cui importo è comprensivo sia della quota di euro 408.000,00 vincolata alla realizzazione del progetto di screening mammografico anche per il 2010, sia della quota di euro 501.000,00 vincolata per il progetto di screening del tumore del colon retto anche per il 2010, a seguito dell'accordo del 5 novembre 2007;
7. alle risorse complessive di cui al punto 6 va aggiunto l'ulteriore importo di euro 770.826,22 (punti 3 e 4) come finanziamento "una tantum" vincolato al fine di conseguire la graduale armonizzazione del trattamento economico del personale della dirigenza del servizio sanitario regionale con la precisazione che, essendo un finanziamento a carattere eccezionale, non potrà essere storicizzato nel fondo di risultato;

Dato atto, pertanto, che:

- per l'esercizio 2010 risulta disponibile per la dirigenza del servizio sanitario regionale la somma di euro 7.330.736,27 oneri riflessi esclusi, derivante dallo scorporo dal succitato importo complessivo di euro 909.000,00 corrispondente alle quote già destinate agli screening mammografico e del tumore del colon retto ;
- la suddetta somma disponibile deve ripartirsi tra gli enti del servizio sanitario regionale proporzionalmente alla consistenza numerica del personale dirigenziale rilevata alla data del 31.12.2009;
- pertanto, sulla base del predetto criterio di riparto, le risorse disponibili destinate alla dirigenza medica e veterinaria ammontano, per l'esercizio 2010, ad euro 6.155.467,93 oneri riflessi esclusi;
- i predetti stanziamenti relativi all'esercizio 2010 sono distribuiti proporzionalmente tra gli enti del servizio sanitario regionale come risulta dalla tabella allegata allo schema di accordo (allegato 1 schema di accordo sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali esercizio 2010);

- in base alla rendicontazione delle risorse aggiuntive vincolate e non vincolate, relative all'esercizio 2009, eventuali residui accertati delle risorse assegnate, rendicontati dalle Aziende in sede di chiusura del 2009, saranno riportati nell'esercizio successivo (2010) incrementando così la quota di risorse regionali assegnate nell'esercizio 2010;

Atteso che con il su citato schema di accordo del 13.07.2010, le parti, relativamente all'utilizzo delle risorse aggiuntive per l'esercizio 2010, hanno concordato, in particolare, di vincolare lo stanziamento complessivo assegnato (euro 6.155.467,93), demandato alla contrattazione integrativa aziendale, prioritariamente e necessariamente al finanziamento dei progetti aziendali collegati alle particolari tematiche individuate nello schema di accordo in parola (pagg. 4 e 5 schema cit.) e secondariamente al raggiungimento di obiettivi strategici coerenti con quelli individuati nelle linee programmatiche regionali ed inseriti nei piani attuativi aziendali;

Atteso, altresì, che le parti, con riferimento alle modalità d'impiego delle risorse finanziarie disponibili per l'esercizio 2010 hanno stabilito, in particolare, che:

- le risorse aggiuntive in parola sono comprensive ed assorbono le previsioni delle norme dei futuri CCNL sull'integrazione, da parte delle regioni, dei fondi aziendali destinati alla retribuzione accessoria del personale dipendente e/o ad altri istituti; conseguentemente i finanziamenti aggiuntivi, determinati tramite lo schema di accordo sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali per l'esercizio 2010, saranno ridotti degli importi che i futuri contratti collettivi nazionali, delle aree dirigenziali, porranno a carico delle regioni;

- le risorse siano utilizzate secondo le regole ed i criteri stabiliti per la retribuzione di risultato dalla contrattazione collettiva nonché secondo le regole indicate negli schemi di accordo in parola; di conseguenza la liquidazione, a saldo, dei compensi potrà essere effettuata solo dopo la verifica del raggiungimento degli obiettivi ai quali il beneficio economico in questione è finalizzato;

- l'utilizzo delle quote di risorse relative all'esercizio 2010 è oggetto di specifica rendicontazione progettuale ed economica secondo apposito modello da predisporre da parte della DCSISPS;

- le risultanze definitive dell'impiego delle risorse finanziarie aggiuntive saranno approvate e rendicontate da ciascun ente del servizio sanitario regionale unitamente al bilancio d'esercizio;

- in conformità a quanto già previsto nelle precedenti intese regionali in materia di risorse finanziarie aggiuntive ed alle disposizioni contenute nelle fonti contrattuali, il controllo e la valutazione della congruenza dei progetti, nonché le verifiche formali sul corretto utilizzo dei fondi competono agli organismi aziendali ad essi deputati quali il nucleo di valutazione, il servizio di controllo interno o struttura equivalente, diversamente denominata, ed il collegio dei sindaci;

Ribadito che:

- gli enti del Servizio sanitario regionale non sono legittimati a corrispondere anticipazioni sulla retribuzione anzidetta fino a quando non sarà sottoscritto, a livello aziendale, l'accordo sulle risorse finanziarie aggiuntive;

- gli accordi integrativi aziendali, una volta sottoscritti, verranno trasmessi alla DCSISPS;

Precisato che l'assegnazione delle risorse aggiuntive regionali, tenendo debito conto della piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuite, in materia sanitaria, alla Regione Friuli Venezia Giulia, trova fondamento, con specifico riguardo alle risorse inerenti al personale dirigenziale, nelle seguenti fonti:

- art 13, comma 1, del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni;

- art. 10, comma 3, lettera c) della legge regionale 19.12.1996, n. 49 e successive modificazioni;

- art. 3, comma 12, lettera a) del decreto legislativo 29.4.1998, n. 124 e successive modificazioni;

- CCNNLL per il personale della dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale;

Precisato, altresì, che le risorse disponibili per la graduale perequazione del trattamento economico del personale degli enti del servizio sanitario regionale trovano fondamento nell'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008;

Considerato, quindi, che:

- il contenuto degli schemi di accordo stipulati entrambi il 13.07.2010 relativi, rispettivamente alle risorse aggiuntive regionali destinate al personale dirigenziale appartenente all'area della dirigenza medica e veterinaria, da utilizzare per incrementare i fondi aziendali per la retribuzione di risultato, nonché alle risorse connesse all'applicazione dell'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008, appaiono condivisibili in quanto volti ad incentivare le progettualità legate ad obiettivi ritenuti prioritari nell'ambito della programmazione regionale;

- gli anzidetti schemi di accordo si pongono in stretta correlazione con la logica sviluppata tramite le intese regionali sin qui intervenute nell'ottica di un miglioramento del servizio sanitario;

Ritenuto, quindi, di approvare gli schemi di accordo, allegati al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante, sottoscritti il 13.07.2010, dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria, sulle risorse finanziarie aggiuntive, esercizio 2010, per la retribuzione di risultato della dirigenza medica e veterinaria e sulle risorse vincolate al processo di armonizzazione di cui all'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008;

Dato atto che all'onere di spesa conseguente ai succitati schemi di accordo del 13.07.2010, ammontante, per l'anno 2010:

a) ad euro 8.236.016,09 (euro 6.155.467,93 cui vanno aggiunti euro 2.080.548,16 per oneri riflessi pari al 33,80%);

b) ad ulteriori euro 869.939,64 (euro 650.179,10 cui vanno aggiunti euro 219.760,54 per oneri riflessi pari al 33,80%);

si provvede con le risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario regionale già stanziato ed assegnate nell'anno 2010 per quanto attiene all'importo di cui alla lettera a) nonché relativamente all'importo di cui alla lettera b) con i futuri stanziamenti alle aziende destinatarie individuate all'allegato n. 1 dello schema di accordo sull'applicazione dell'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008;

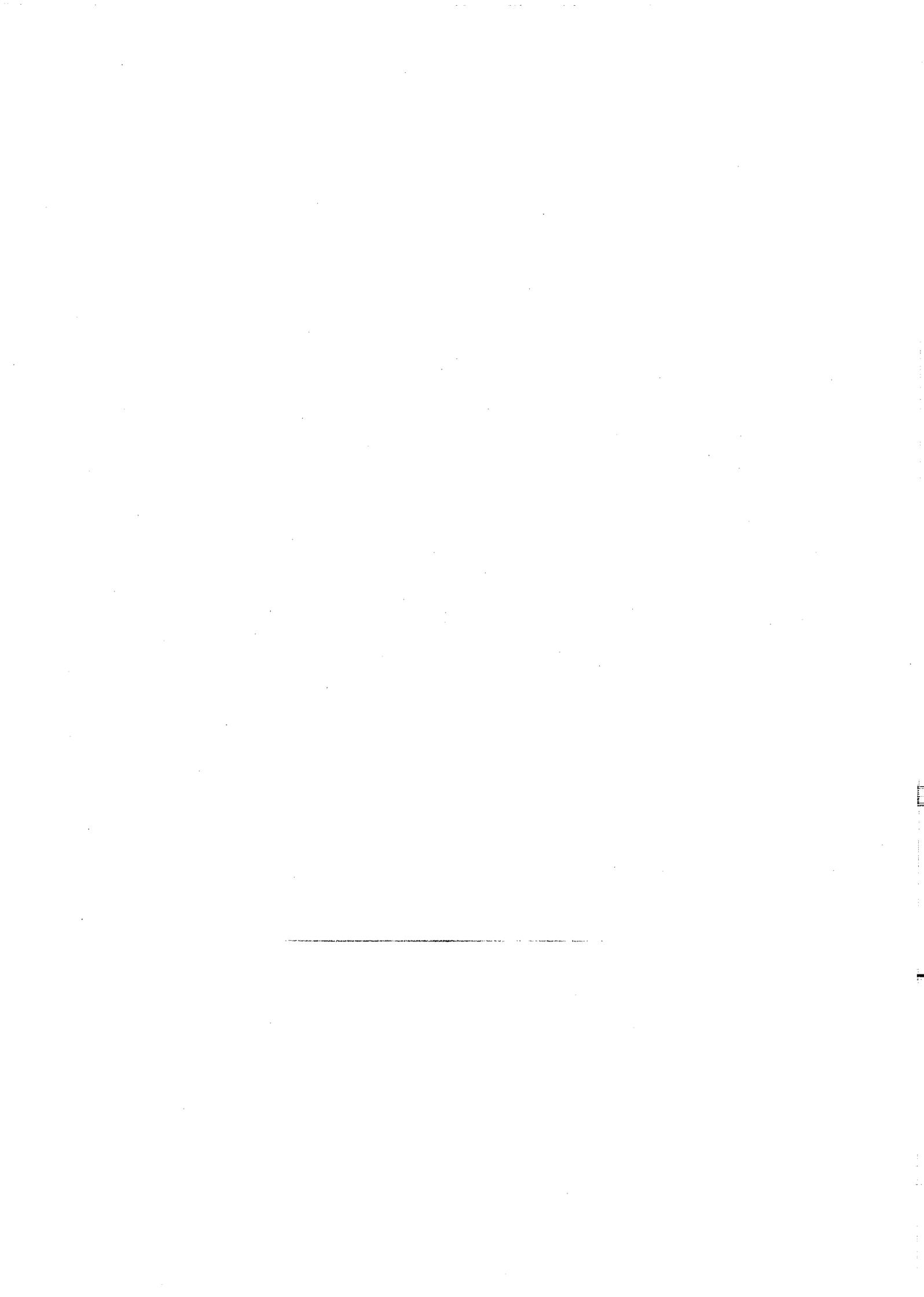
Tutto ciò premesso, su proposta dall'Assessore regionale alla salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali, la Giunta regionale, all'unanimità:

Delibera

1. Di approvare, per le motivazioni esposte in premessa, gli schemi di accordo entrambi sottoscritti il 13.07.2010, dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria, sulle risorse finanziarie aggiuntive destinate alla retribuzione di risultato del personale dirigenziale dell'area della dirigenza medica e veterinaria per l'esercizio 2010 e sulle risorse vincolate al processo di armonizzazione di cui all'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008, allegati al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante.
2. Di autorizzare l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali alla stipula degli accordi definitivi con le OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria.
3. Di dare atto che all'onere di spesa conseguente ai succitati schemi di accordo del 13.07.2010, ammontante, per l'anno 2010:
 - a) ad euro 8.236.016,09 (euro 6.155.467,93 cui vanno aggiunti euro 2.080.548,16 per oneri riflessi pari al 33,80%);
 - b) ad ulteriori euro 869.939,64 (euro 650.179,10 cui vanno aggiunti euro 219.760,54 per oneri riflessi pari al 33,80%);si provvede con le risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario regionale già stanziato ed assegnate nell'anno 2010 per quanto attiene all'importo di cui alla lettera a) nonché relativamente all'importo di cui alla lettera b) con i futuri stanziamenti alle aziende destinatarie individuate all'allegato n. 1 dello schema di accordo sull'applicazione dell'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008.
4. Di precisare che le suddette risorse finanziarie aggiuntive regionali, relative all'esercizio 2010, sono ripartite tra gli enti del Servizio sanitario regionale come risulta dalle tabelle relative all'esercizio 2010, allegato agli schemi di accordo di cui costituiscono parte integrante.
5. Di precisare, altresì, che gli enti del Servizio sanitario regionale, nell'utilizzare e rendicontare le risorse aggiuntive in parola si atterranno alle modalità gestionali individuate nei succitati schemi di accordo entrambi del 13.07.2010.
6. Di dare atto che, in conformità a quanto già previsto nelle precedenti intese regionali ed alle disposizioni contenute nelle fonti contrattuali, il controllo e la valutazione della congruenza dei progetti, nonché le verifiche formali sul corretto utilizzo dei fondi competono agli organismi aziendali ad essi deputati quali il nucleo di valutazione, il servizio di controllo interno o struttura equivalente, diversamente denominata, ed il collegio dei sindaci.
7. Di disporre che gli enti del Servizio sanitario regionale provvederanno alla rendicontazione sull'utilizzo delle suddette risorse aggiuntive unitamente agli atti relativi al controllo annuale, di cui all'art. 29, della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49, per il corrente anno di competenza.

IL VICEPRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE



REGIONE FRIULI – VENEZIA GIULIA
SCHEMA DI ACCORDO
TRA
L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E POLITICHE SOCIALI
E
LE OO.SS DELLE AREE DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA
SULL'ATTRIBUZIONE DELLE
RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI
ESERCIZIO 2010

Udine, 13 luglio 2010

PREMESSE

In data 31 dicembre 2009 è scaduta l'intesa regionale sulle risorse finanziarie aggiuntive del personale della dirigenza medica e veterinaria sottoscritta il 1 ottobre 2008 e recepita con D.G.R. n. 2435 del 20 novembre 2008.

Con il predetto documento le parti hanno provveduto all'individuazione della quantità di risorse spettanti al personale dell'area della dirigenza medica e veterinaria rispetto a quelle complessivamente disponibili per la dirigenza del SSR, alla puntuale quantificazione delle quote spettanti a ciascuna azienda sanitaria ed Istituto della Regione nonché alla disciplina degli obiettivi regionali cui correlare le risorse assegnate per la parte "vincolata".

Anche per il presente esercizio la trattativa con le OO.SS della dirigenza medica e veterinaria viene svolta separatamente dalle OO.SS della dirigenza SPTA.

In relazione al progetto di screening mammografico, le parti - visto l'articolo 7 dell'accordo regionale dello screening mammografico sottoscritto il 10 gennaio 2006 e s.m.e.i. - concordano di rinnovare il progetto anche per l'anno 2010.

Si conferma in proposito il valore della tariffa aggiornata nel 2009 (€ 3.40 per referto).

Conseguentemente anche per il 2010 viene destinato un budget massimo di € 408.000,00 per la remunerazione dei medici radiologi coinvolti. Sono, peraltro, fatte salve le prestazioni eseguite dai destinatari del progetto di screening mammografico dal 1° gennaio 2010 e fino alla sottoscrizione del presente accordo.

In relazione al progetto di screening del tumore del colon retto, le parti ai sensi dell'articolo 7 dell'accordo sottoscritto in data 5 novembre 2007, concordano di rinnovare lo stesso anche per l'anno 2010.

Dato atto che non esistono obblighi specifici di erogazioni aggiuntive da parte della Regione derivanti da norme contrattuali, la Regione ritiene comunque di confermare l'incremento dei fondi aziendali di

risultato, di risorse aggiuntive favorevoli politiche del personale che consentano e favoriscano un più efficace utilizzo degli strumenti forniti dal d.lgs. n. 502/92 e s.m.e.i. e dal d. lgs. n. 165/2001 e s.m.e.i., nonché dai nuovi contratti di lavoro in collegamento con il raggiungimento degli obiettivi contenuti nelle linee regionali di programmazione, come recepiti nei Piani attuativi aziendali.

La Regione ne stabilisce, quindi, la suddivisione nonché la specifica destinazione, derivandone che le risorse aggiuntive in questione sono comprensive ed assorbono le previsioni delle norme dei prossimi CCNL sull'integrazione, da parte delle regioni, dei fondi aziendali destinati alla retribuzione accessoria del personale dipendente e/o ad altri istituti. Conseguentemente i finanziamenti aggiuntivi, determinati tramite l'intesa regionale qui considerata, saranno, quindi, ridotti degli importi che i prossimi contratti collettivi nazionali, delle aree dirigenziali, porranno a carico delle regioni.

Premesso un tanto, la presente intesa conterrà indicazioni rispetto alla quantificazione complessiva delle risorse per l'anno 2010 alla puntuale determinazione delle quote spettanti a ciascuna azienda sanitaria ed istituto della regione nonché alla definizione generale dei principi e dei criteri sui quali informare la destinazione delle risorse assegnate.

In particolare, il finanziamento complessivamente messo a disposizione dalla Regione per il 2010, sarà prioritariamente finalizzato e vincolato al perseguimento dei seguenti principi:

- promuovere politiche del personale in aree/settori appresso individuati e ritenuti particolarmente critici per i quali la programmazione regionale richiede la finalizzazione di risorse e interventi mirati da parte delle aziende ed enti del SSR;
- inquadramento, all'interno degli accordi regionali, del progetto incentivante il personale coinvolto nel servizio di elisoccorso attualmente ricompreso nelle finalità delle spese sovraziendali, giusta DGR n. 2787 del 15.12.2009. In relazione al progetto di elisoccorso le parti si impegnano al riesame degli attuali accordi regionali al fine di valutare – ferma restando l'autonomia della regione per ciò che attiene ai modelli organizzativi più consoni alle rispettive realtà territoriali – possibili modifiche alle modalità di svolgimento del servizio attualmente in essere anche alla luce dell'evoluzione della normativa nazionale e contrattuale sul tema.

ELISOCORSO

Le parti prendono atto del contenuto della deliberazione n. 72 del 12.05.2009 dell'Agenzia Regionale della Sanità recante "Progetto utilizzo quota regionale con destinazione elisoccorso – incremento incentivo 2008" e ravvisano la necessità che le quote incentivanti destinate al personale medico e infermieristico direttamente dedicato all'elisoccorso debbano opportunamente essere ricondotte, vista la natura dei compensi, nell'ambito degli accordi regionali sulle risorse finanziarie aggiuntive.

Viene precisato, in proposito, che il servizio regionale di elisoccorso è ricompreso nelle finalità delle spese sovraziendali, giusta DGR n. 2787 del 15.12.2009 e che una cifra pari ad € 381.000, rispetto all'importo complessivamente stanziato di € 2.825.000,00, corrisponde al budget storicamente destinato al personale coinvolto secondo quanto già previsto dal provvedimento regionale n. 2308/1997 e dalla successiva delibera ARS n. 79/1997.

Ciò posto, l'importo di € 381.000,00 rappresenta il budget massimo disponibile "vincolato" per il progetto di elisoccorso per il 2010.

Per quanto riguarda il valore dell'incentivo riconosciuto al personale coinvolto, vengono confermati per il 2010, gli importi stabiliti dalla deliberazione n. 72 del 12.05.2009 dell'Agenzia Regionale della Sanità, come rendicontati nell'esercizio 2008 e 2009.

AD

K

R

2

BF

Quar

V. M.

Mei

Oppl

Tall

Le modalità di attribuzione dell'incentivo seguiranno le stesse regole di erogazione già in vigore nel corso del 2009.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Si richiamano, di seguito, i riferimenti normativi già indicati quali fonti legislative che – nell'ambito della piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuita in materia di sanità alla Regione Friuli Venezia Giulia – rappresentano il fondamento giuridico per la generalità delle integrazioni finanziarie da parte della Regione alle Aziende sanitarie:

- articolo 13, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.e.i.;
- articolo 10 Legge Regionale 19 dicembre 1996, n. 49 e successive modificazioni;
- decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 e s.m.e.i.;
- Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro Dirigenza Medica e Veterinaria.

RISORSE DISPONIBILI

Al fine di perseguire i principi sopra descritti, la Regione mette a disposizione per l'esercizio 2010 le seguenti somme complessive al netto di qualsiasi onere da destinare all'area della dirigenza:

- a) l'importo di **€ 8.239.736,27** già messo a disposizione dalla Regione per il 2009. Tale importo è comprensivo:
- dell'importo di **€ 408.000,00**, vincolato per il progetto di screening mammografico anche per il 2010;
 - dell'importo di **€ 501.000,00** vincolato anche per il 2010 al progetto di screening del colon retto a seguito dell'accordo del 5 novembre 2007;

Alla luce di quanto sopra, resta disponibile, per essere assegnato in questa fase, per la dirigenza del SSR l'importo complessivo di **€ 7.330.736,27**. Le parti concordano che detto importo sarà ripartito tra le Aziende Sanitarie regionali (Aziende per i Servizi Sanitari, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS) proporzionalmente alla consistenza numerica del personale dirigente del SSR al 31.12.2009 (dati di sistema forniti da INSIEL rilevati dalla DCSISPS, esclusi i supplenti).

Conseguentemente, preso atto che alla predetta data risultano n. 3493 dirigenti di cui n. 2933 unità di dirigenti MEDICI E VETERINARI, è disponibile per la predetta dirigenza nel 2010 l'importo di risorse regionali aggiuntive pari ad **€ 6.155.467,93**.

Si precisa che le quote corrispondenti al personale in utilizzo della DCSISPS dipendenti dalle aziende ed enti del SSR sono attribuite all'azienda di rispettiva appartenenza. Tali quote verranno attribuite al personale interessato previa comunicazione da parte della DCSISPS che ne definirà obiettivi, importo e destinatari.

IMPIEGO RISORSE e MODALITA' GESTIONALI

Punto 1

Lo stanziamento complessivo di risorse regionali aggiuntive per l'esercizio 2010 per l'area della dirigenza medica e veterinaria, pari a € 6.155.467,93, è demandato alla contrattazione integrativa aziendale che dovrà vincolarlo e finanziare i progetti aziendali modulati rispetto alle indicazioni di seguito specificate.

La distribuzione per il 2010 è quindi quantificata come da tabella allegata (allegato 1).

Le parti convengono che l'utilizzo delle risorse regionali aggiuntive debba essere destinato prioritariamente e necessariamente a favorire alcune aree/settori particolarmente critici della dirigenza medica e veterinaria, in linea con le tematiche portate avanti dalla programmazione regionale.

A tale scopo, viene valutata l'esigenza di finalizzare le risorse in modo mirato, fronteggiando preliminarmente alcune priorità generali di indirizzo che sono descritte negli obiettivi regionali di seguito elencati.

In particolare, le parti individuano due tematiche cui destinare in via principale le risorse finanziarie assegnate con la precisazione che gli importi non assegnati per le predette problematiche dovranno essere correlati al raggiungimento di obiettivi strategici, di efficienza e di sviluppo ricavandone miglioramenti quantitativi e qualitativi nelle prestazioni conformemente ai contenuti dei provvedimenti di programmazione regionale.

1) Reparti di degenza dell'area della medicina generale

A fronte dei carichi di lavoro e del maggior impegno organizzativo e di gestione richiesto, si intende incentivare il personale della dirigenza medica operante nelle unità operative di medicina generale.

La contrattazione integrativa aziendale provvederà a definire i progetti-obiettivo cui correlare le risorse assegnate, sulla base delle regole riportate nel paragrafo "modalità gestionali" del presente accordo.

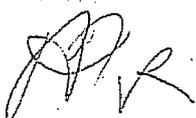
2) contenimento dei tempi di attesa

La contrattazione integrativa aziendale provvederà a definire le prestazioni oggetto della finalizzazione delle risorse. In particolare saranno remunerate le prestazioni afferenti a liste di attesa per attività ambulatoriale, interventistica e diagnostica.

Nello specifico le aziende dovranno finalizzare queste risorse su settori e criticità sensibili per l'abbattimento di liste d'attesa individuando attraverso la contrattazione integrativa aziendale i destinatari e le modalità di remunerazione.

Coerentemente con le linee della programmazione regionale in materia di contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie l'obiettivo assegnato deve avere quale risultato correlato all'incentivazione, l'aumento del fatturato di prestazioni per le aree critiche afferenti le liste di attesa, ove i relativi tempi d'attesa non siano rispettati.

Il riconoscimento dell'incentivo è commisurato all'incremento del valore della produzione nel 2010 rispetto all'anno 2009, al netto delle prestazioni aggiuntive già remunerate per il 2009, valorizzato secondo le tariffe vigenti e viene riconosciuto alla dirigenza medica in base all'apporto prestato al raggiungimento dell'obiettivo incrementale di cui sopra.



Resta inteso che il valore delle risorse complessivamente assegnate per l'obiettivo vincolato di cui al presente punto non può in alcun modo superare il delta tra il fatturato 2010 e il fatturato 2009, al netto delle prestazioni aggiuntive già remunerate per il 2009.

Punto 2

Le risorse disponibili di cui al punto 1 vengono demandate alla contrattazione integrativa aziendale e il loro impiego è così stabilito:

- a) prioritariamente dovranno essere finalizzate a finanziare le problematiche nell'ambito degli obiettivi individuati a livello regionale e descritte nel paragrafo precedente nei punti 1 e 2.
- b) secondariamente, dovranno essere correlate al raggiungimento di obiettivi strategici, di efficienza e di sviluppo ricavandone miglioramenti quantitativi e qualitativi nelle prestazioni, in collegamento con gli obiettivi contenuti nelle linee programmatiche regionali e trasfusi nei piani attuativi aziendali.

Al fine dell'impiego delle risorse di cui al presente punto 2, lettere a) e b) la C.I.A. dovrà individuare in modo coerente i destinatari e stabilire adeguatamente gli importi da assegnare nel rispetto del c.c.n.l. oltre che una loro utilizzazione basata su modalità che non possano acquisire carattere di irreversibilità e/o di distribuzione indistinta.

1. Le parti concordano che l'utilizzo delle quote di cui al punto 2 sarà oggetto di specifica rendicontazione. A tale scopo la DCSISPS, sentite le OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria, predisporrà il modello di rendicontazione che sarà trasmesso ad ogni Azienda ed Istituto del SSR ai fini di un'analisi delle modalità di utilizzo.
2. Eventuali residui delle risorse regionali aggiuntive assegnate per l'esercizio 2010 dovranno essere riportati dalla singola Azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.
3. Gli importi residui del 2009 sia di rar vincolate che di rar non vincolate nella misura rendicontata dall'Azienda in sede di chiusura del 2009 e che sono stati riportati nell'esercizio successivo (2010) incrementano la quota di risorse regionali assegnate nel presente esercizio 2010 e saranno utilizzati secondo le regole stabilite dal presente accordo al punto 2.

L'individuazione dei dirigenti destinatari, dei risultati attesi in riferimento agli indicatori, nonché dei compensi per singolo dirigente saranno definiti a livello integrativo aziendale.

Punto 3

Le risorse aggiuntive devono essere utilizzate dalle Aziende con le modalità previste per la retribuzione di risultato. Conseguentemente, la liquidazione a saldo dei relativi compensi a favore del personale non può essere effettuata che dopo la verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Così come previsto dai CCNLL, le eventuali anticipazioni o stati di avanzamento potranno essere erogati con le modalità dei Contratti Integrativi aziendali, ferma restando la corresponsione a partire dal 1 gennaio 2010, secondo le modalità in essere, degli incentivi correlati alle prestazioni di screening mammografico finora eseguite.



R



5
6

Il controllo e le valutazioni sulla congruenza dei progetti e le verifiche formali sul corretto utilizzo dei fondi fanno carico agli organismi aziendali deputati: Nucleo di Valutazione/Servizio Controllo Interno o organismi e equivalenti diversamente denominati, e Collegio dei Sindaci.

Le risultanze definitive saranno approvate e rendicontate da ciascuna Azienda unitamente al Bilancio di esercizio.

Le Aziende dovranno trasmettere alla DCSIPS gli accordi sulle risorse regionali aggiuntive 2010 sottoscritti in sede di contrattazione integrativa aziendale.

Punto 4

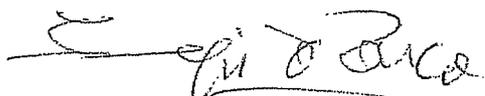
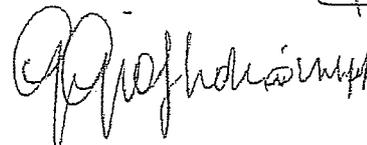
Le parti condividono l'opportunità di dare applicazione all'articolo 9, comma 9, della legge regionale n. 17/2008 in tema di armonizzazione del trattamento economico del personale degli enti del SSR in apposita sessione, separata dal presente accordo.

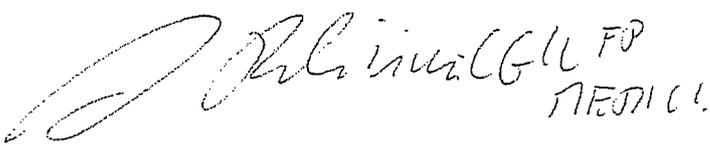
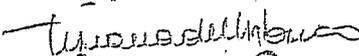
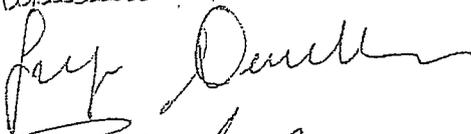
In relazione a tale tematica, le parti valutano la necessità che le aziende ed enti del SSR procedano ad una verifica del percorso di costituzione dei fondi contrattuali dell'area della dirigenza medica al fine di verificare che la consistenza degli stessi sia il risultato, nel tempo, di una corretta interpretazione delle norme contrattuali di riferimento anche in relazione alle metodologie di variazione dei fondi in caso di aumento della dotazione organica del personale o dei servizi (anche ad invarianza del numero complessivo di essa) ovvero nell'ipotesi di riduzione stabile della stessa.
Le risultanze saranno certificate dalle singole aziende ed enti del SSR.

L'Assessore



Le OO.SS Dirigenza Medica e Veterinaria


 FESMED


 GLL FP MEDICI
 ANPO


 FASSID (SNR) GINO

**ATTRIBUZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE
PERSONALE DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA
esercizio 2010**

ESERCIZIO 2010	totale ASSEGNAZIONE 2010
ASS 1 - Trieste	249.744,52
ASS 2 - Isontina	635.904,12
ASS 3 - Alto Friuli	356.777,89
ASS 4 - Medio Friuli	591.831,56
ASS 5 - Bassa Friuliana	488.995,58
ASS 6 - Friuli Occidentale	526.772,06
A.O.U. - Trieste	881.451,25
A.O.U. - Udine	1.276.005,63
A.O. - Pordenone	652.693,67
CRO - Aviano	230.856,28
Burlo - Trieste	264.435,38
TOTALE ASSEGNAZIONE	6.155.467,93





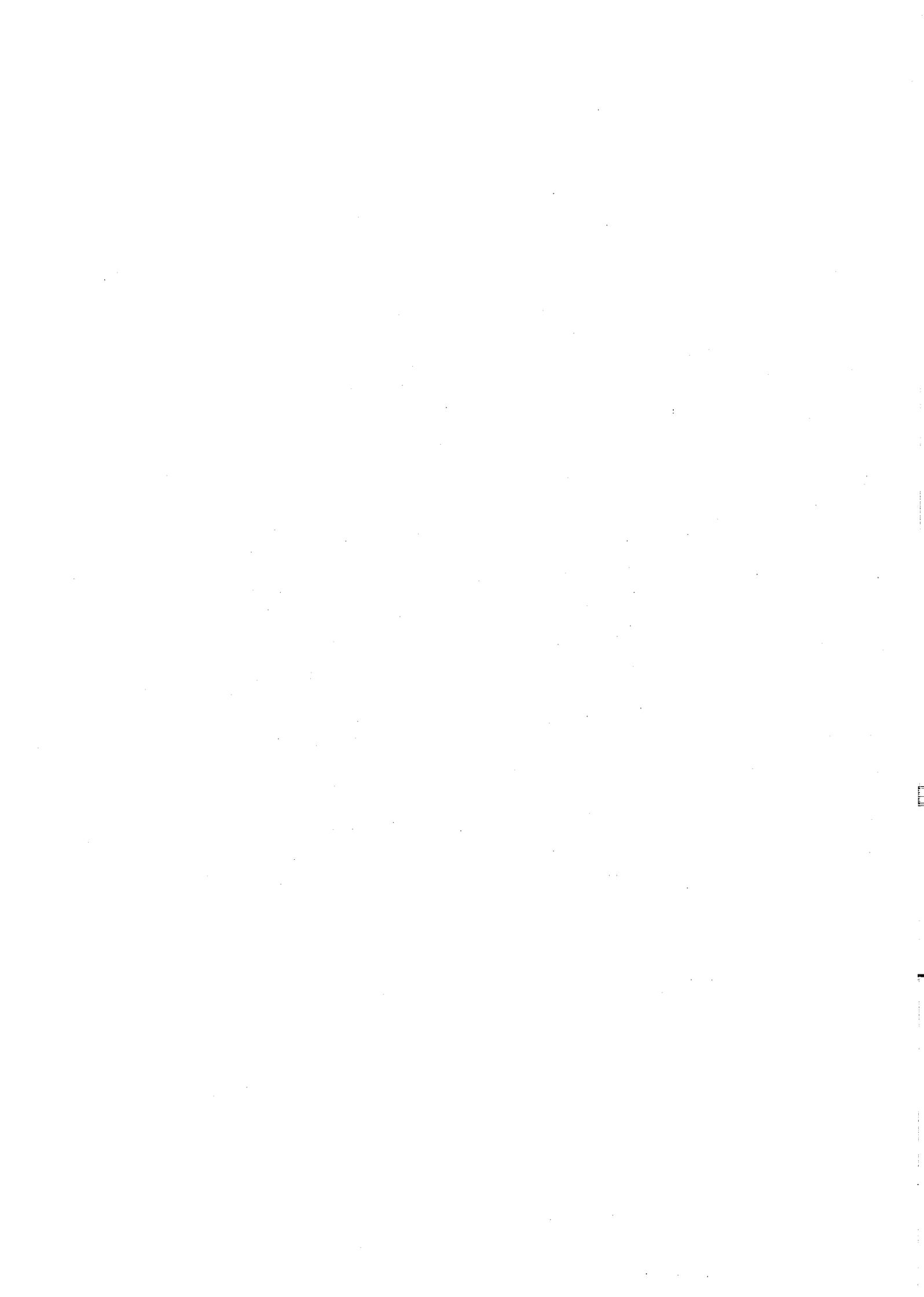







IL VICEPRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE



REGIONE FRIULI – VENEZIA GIULIA

SCHEMA DI ACCORDO

TRA

L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E POLITICHE SOCIALI

E

LE OO.SS DELLE AREE DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA

SULL'APPLICAZIONE DELL'ARTICOLO 9, COMMA 9, DELLA LEGGE REGIONALE N. 17/2008

ESERCIZIO 2010

Udine, 13 luglio 2010

La presente intesa dà esecuzione alla disposizione contenuta nell'articolo 9, comma 9, della legge regionale n. 17/2008, che aveva demandato alla Direzione centrale salute e protezione sociale il compito di predisporre uno studio di fattibilità concernente i tempi, modi, criteri e le risorse necessarie per conseguire la graduale perequazione del trattamento economico del personale degli enti del SSR, al fine di superare le eventuali differenze retributive riscontrate tra i differenti enti.

In proposito le parti valutano l'importanza di fornire strumenti quantitativamente uniformi su tutta la regione condividendo la necessità di perseguire l'armonizzazione dei fondi di retribuzione di risultato spettanti al personale dipendente, ricercando momenti di parificazione regionale delle quantità dei fondi rispetto al personale in servizio nelle singole Aziende.

Vi è la consapevolezza che detto percorso di avvicinamento/omologazione non è sicuramente esaustivo di una fase di armonizzazione delle retribuzioni dei dipendenti del SSR ove si consideri che la retribuzione corrisposta è solo uno degli elementi che incidono su questo percorso, dovendosi necessariamente e correttamente far riferimento anche alla produttività per addetto, alla qualità della prestazione fornita; conseguentemente, si avrà un processo di armonizzazione effettiva solo riportando correttamente tutte le voci delle retribuzioni accessorie tra i fattori produttivi aziendali e creando di conseguenza, un effettivo equilibrio tra costi e produttività.

Al fine di intervenire per rimuovere parte degli ostacoli che hanno generato differenze retributive derivanti sia dalla metodologia di composizione dei fondi contrattuali originari di ciascuna azienda, sia dalla peculiarità dei percorsi seguiti nell'applicazione delle norme contrattuali le cui scelte si sono inevitabilmente riversate nelle modalità di costruzione dei fondi stessi, la regione FVG, nell'ambito della piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuita in materia di sanità, ha messo a disposizione, per effetto dell'articolo 9, comma 9, L.R. n. 17/2008 i seguenti importi:

	risorse disponibili ex articolo 9, comma 9, L.R. n. 17/2008	oneri (33,80%)	totale
esercizio 2009	1.121.076,24	378.923,77	1.500.000,00
esercizio 2010	1.121.076,24	378.923,77	1.500.000,00
totale sul 2010	2.242.152,47	757.847,53	3.000.000,00

Assessorato (SMA)

Assessorato

Assessorato

Assessorato

Si intende utilizzare la cifra a disposizione pari ad € 2.242.152,47, al netto degli oneri riflessi, interamente nell'esercizio 2010.

Al fine di stabilire la quantità di risorse da attribuire alla singola area contrattuale è stato calcolato il peso percentuale del valore delle risorse regionali aggiuntive assegnate per area negoziale rispetto alla totale delle risorse storicamente attribuite dalla Regione. Le risorse regionali aggiuntive assegnate all'area della dirigenza complessivamente intesa rappresentano il 34,38% del totale con la conseguenza che risulta attribuibile nell'esercizio 2010 per la predetta area e per le finalità di armonizzazione sopra descritte l'importo complessivo di € 770.826,22 al netto di qualsiasi onere.

Tenuto conto della consistenza numerica dei dirigenti medici e veterinari rispetto ai dirigenti SPTA, risulta distribuibile nell'esercizio 2010:

- per l'area medica e veterinaria: l'importo complessivo di € 650.179,10 al netto di qualsiasi onere;
- per l'area della dirigenza SPTA: l'importo complessivo di € 120.647,12 al netto di qualsiasi onere.

Tale cifra viene attribuita ad incremento del fondo di risultato delle aziende del SSR individuate dal presente accordo e sarà utilizzata secondo le regole individuate dalla contrattazione integrativa aziendale che dovrà prevedere obiettivi, finalità, indicatori, destinatari e quote cui collegare le erogazioni.

Detto importo rappresenta un finanziamento "una tantum" a carattere straordinario vincolato al fine di conseguire la graduale armonizzazione del trattamento economico del personale della dirigenza del servizio sanitario regionale; esso è assegnato per il solo esercizio finanziario cui si riferisce ed in quanto tale non può quindi storicizzarsi all'interno del fondo di risultato.

L'individuazione delle Aziende cui destinare parte delle risorse disponibili è stata effettuata sulla base delle seguenti regole contenute nello studio di fattibilità:

- è stata fatta la ricognizione dei fondi contrattuali di risultato-produttività, condizioni di lavoro, posizione-classificazione delle aziende del SSR consolidati (c.d. storici) alla data del 31.12.2007;
- è stata considerata la somma del valore del fondo di produttività/risultato e posizione/classificazione alla data del 31.12.2007, di ciascuna azienda;
- numero medio dei dipendenti alla data del 31.12.2007 e del 31.12.2008 di ogni azienda;
- calcolo della quota media aziendale e raffronto della stessa con la quota media regionale;
- calcolo della distanza della quota media aziendale con quella regionale;
- peso% della singola distanza rispetto alla distanza complessiva;
- attribuzione delle risorse con un criterio misto che tiene conto sia del grado di sofferenza che del numero di dipendenti; il criterio misto è risultato preferibile in sede tecnica per i risultati che produce rispetto agli altri criteri che sono stati ugualmente sviluppati e che prendevano in considerazione o il solo fabbisogno o il solo numero di dipendenti;
- per rendere più significativo l'intervento è stato scelto di applicare il criterio misto solo su alcune delle aziende le cui quote medie denotano maggiore distanza dalla quota media regionale.

La distribuzione per il 2010 dell'importo assegnato per le finalità qui previste è quantificata come da tabella allegata (Allegato 1)

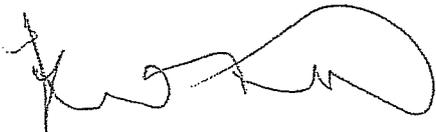
Le risorse aggiuntive attribuite con la presente intesa devono essere utilizzate dalle Aziende con le modalità previste per la retribuzione di risultato. Conseguentemente, la liquidazione a saldo dei relativi compensi a favore del personale non può essere effettuata che dopo la verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Handwritten notes and signatures:
- Vertical signature on the right: "Tullio" (likely Tullio C. Rossi)
- Vertical signature below it: "D. W. M."
- A large handwritten mark resembling a stylized "2" or "10" on the right side.
- Several other handwritten initials and marks at the bottom of the page.

Il controllo e le valutazioni sulla congruenza dei progetti e le verifiche formali sul corretto utilizzo dei fondi fanno carico agli organismi aziendali deputati: Nucleo di Valutazione/Servizio Controllo Interno o organismi e equivalenti diversamente denominati, e Collegio dei Sindaci.

Le risultanze definitive saranno approvate e rendicontate da ciascuna Azienda alla DCSISPS unitamente al Bilancio di esercizio.

L'Assessore



Le OO.SS Dirigenza Medica e Veterinaria


~~Consiglio~~ FESMED
Pignolo
Relatore CGIL F374706
Paolo De...
...
Sup. ...
FASID(SNR) 
... C/MD



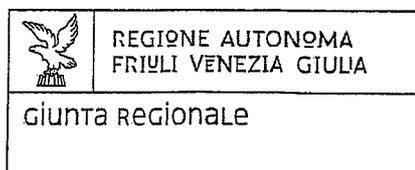
PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA
 ATTRIBUZIONE ALLE AZIENDE INDIVIDUATE
 DELLE RAR FINALIZZATE ALL'ARMONIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO

Azienda	quota media aziendale di posizione+risultato	differenza su quota regionale (17.314,90)	peso della distanza singola da distanza complessiva	PESO DISTANZA * NUMERO ADDETTI	COEFFICIENTE UNITARIO * PESO DISTANZA (solidi distribuibili)
A.S.S. n. 1	17.894,91		0,00	-	-
A.S.S. n. 2	18.645,34		0,00	-	-
A.S.S. n. 3	19.299,45		0,00	-	-
A.S.S. n. 4	16.597,50	717,39	23,81	6.879,44	126.817,17
A.S.S. n. 5	18.472,65		0,00	-	-
A.S.S. n. 6	17.269,10	45,80		-	-
A.O.U. TS*	16.528,53	786,37	26,10	12.607,30	239.364,72
A.O.U UD **	16.438,99			-	-
A.O. PN	15.851,79	1.463,11	48,57	14.958,08	283.997,21
BURLO	19.308,75		0,00	-	-
C.R.O.	19.481,83		0,00	-	-
TOTALE/MEDIA REGIONALE	17.314,90	3.012,66		34.244,82	650.179,10

COEFFICIENTE UNITARIO
 18,99

IL VICEPRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE



Delibera n° 1490

Estratto del processo verbale della seduta del
28 luglio 2010

oggetto:

APPROVAZIONE DELLO SCHEMA DI ACCORDO SULLE RISORSE FINANZIARIE AGGIUNTIVE DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA, PROFESSIONALE, TECNICA ED AMMINISTRATIVA E SULL'APPLICAZIONE DELL' ART 9 , COMMA 9 , LR 17/2008 - ESERCIZIO 2010.

Renzo TONDO	<i>Presidente</i>	<i>assente</i>
Luca CIRIANI	<i>Vice Presidente</i>	<i>presente</i>
Angela BRANDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Elio DE ANNA	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Andrea GARLATTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Vladimir KOSIC	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Roberto MOLINARO	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Riccardo RICCARDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Sandra SAVINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Federica SEGANTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Claudio VIOLINO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>

Daniele BERTUZZI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Premesso che con la deliberazione giuntales n. 903, del 20.4.2009, è stata approvata e resa esecutiva l'intesa regionale, sottoscritta il 9.10.2008 dall'Assessore alla salute e protezione sociale e dalle OO.SS. dell'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa (di seguito SPTA), con cui le parti hanno quantificato le risorse complessivamente disponibili per il biennio 2008/2009, definito la loro ripartizione tra gli enti del servizio sanitario regionale, nonché individuato i principi ed i criteri generali cui correlare la destinazione delle risorse medesime;

Rilevato che l'anzidetta intesa del 9.10.2008 prevedeva fra l'altro:

di rinnovare, anche per l'anno 2009, il progetto di screening del tumore del colon retto, ai sensi dell'art. 7 dell'accordo del 5.11.2007;

- di mettere a disposizione complessivamente, per tutto il personale dirigenziale, per l'anno 2008, risorse aggiuntive regionali pari ad euro 7.715.736,27, al netto di oneri riflessi; tale importo è comprensivo sia della quota di euro 384.000,00 vincolata alla realizzazione del progetto di screening mammografico anche per il 2008, sia della quota di euro 501.000,00 vincolata per il progetto di screening del tumore del colon retto, nonché dell'ulteriore quota di euro 500.000,00 a titolo di maggiorazione per l'esercizio 2008;

- di mettere a disposizione complessivamente, per tutto il personale dirigenziale, per l'anno 2009, risorse aggiuntive regionali pari ad euro 8.239.736,27, al netto di oneri riflessi; tale importo è comprensivo sia della quota di euro 408.000,00 vincolata alla realizzazione del progetto di screening mammografico, sia della quota di euro 501.000,00, vincolata per il progetto di screening del tumore del colon retto, nonché dell'ulteriore quota di euro 500.000,00 a titolo di maggiorazione per l'esercizio 2009;

Rilevato, quindi, che:

- in relazione, in particolare, all'anno 2009 risultava disponibile per tutta la dirigenza del servizio sanitario regionale la somma di euro 7.330.736,27, oneri riflessi esclusi, derivante dallo scorporo dal su citato importo complessivo di euro 8.239.736,27 delle quote già destinate agli screening mammografico e per il tumore del colon retto;

- la suddetta somma complessivamente disponibile per l'anno 2009 è stata ripartita tra gli enti del servizio sanitario regionale proporzionalmente alla consistenza numerica del personale dirigenziale rilevata alla data del 31.12.2007;

- pertanto, in base al predetto criterio di riparto, le risorse disponibili destinate alla dirigenza SPTA ammontavano, per l'anno 2009, ed euro 1.147.382,08 oneri riflessi esclusi;

Dato atto che in data 31.12.2009 è scaduta la citata intesa regionale, sottoscritta il 9 ottobre 2008 e resa esecutiva con D.G.R. n. 903/2009, sulle risorse finanziarie aggiuntive concernente il biennio 2008-2009, per il personale della dirigenza SPTA;

Atteso che:

- anche per l'esercizio 2010 la contrattazione regionale viene svolta separatamente per l'area della dirigenza medica e veterinaria e per l'area della dirigenza SPTA;

- in data 13.07.2010 l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS. della dirigenza SPTA hanno sottoscritto lo schema di accordo concernente le risorse finanziarie aggiuntive da destinare per l'anno 2010, con cui le parti hanno quantificato le risorse complessivamente disponibili per l'esercizio considerato, definito la loro ripartizione tra gli enti del servizio sanitario regionale, nonché individuato i principi ed i criteri generali cui correlare la destinazione delle risorse medesime;

- è riservata alla Giunta Regionale la valutazione della coerenza dello schema di accordo sopraccitato rispetto alla facoltà della Regione di disporre in merito all'erogazione di tali risorse aggiuntive ed alle finalità cui correlarle;

- l'approvazione da parte del medesimo organo giuntales dello schema di accordo in parola costituisce condizione necessaria per addivenire alla stipula dell'accordo definitivo tra l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS. della dirigenza SPTA;

Rilevato che, dal testo del predetto schema di accordo del 13.07.2010 risulta, in particolare, che:

1. le parti hanno convenuto di rinnovare nei, medesimi contenuti, anche per l'anno 2010 il progetto di screening del tumore del colon retto, ai sensi dell'art. 7 dell'accordo del 5.11.
2. si è data esecuzione alla disposizione di cui all'art. 9, comma 9, della legge regionale n. 17 del 2008 avente ad oggetto lo studio di fattibilità, demandato alla Direzione centrale salute e protezione sociale, finalizzato ad individuare le risorse necessarie per poter conseguire la graduale perequazione del trattamento economico del personale degli enti del SSR, al fine di superare le eventuali differenze retributive riscontrate tra i differenti enti.

Le parti hanno, quindi, convenuto che, in via prioritaria, sia necessario provvedere all'armonizzazione dei fondi di retribuzione di risultato spettanti al personale dipendente delle aziende del SSR individuate nello schema di accordo in parola (allegato 1 allo schema di accordo) sulla base di precise regole ivi definite;

3. al fine di provvedere alla predetta armonizzazione dei fondi di retribuzione di risultato spettanti al personale dipendente, la Regione Friuli Venezia Giulia, nella piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuita in materia di Sanità ha messo a disposizione, per effetto dell'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008, i seguenti importi:
 - esercizio 2009: complessivi euro 1.500.000,00 (euro 1.121.076,24 cui vanno aggiunti euro 378.923,77 per oneri riflessi),
 - esercizio 2010: complessivi euro 1.500.000,00 (euro 1.121.076,24 cui vanno aggiunti euro 378.923,77 per oneri riflessi),per un totale sul 2010 di complessivi euro 3.000.000,00 (euro 2.242.152,47 cui vanno aggiunti euro 757.847,53 per oneri riflessi);
4. per l'Area della dirigenza risulta attribuibile, al fine del perseguimento dell'armonizzazione in parola l'importo complessivo di euro 770.826,22 al netto degli oneri riflessi;
5. l'importo complessivo di euro 770.826,22, tenuto conto della consistenza numerica dei dirigenti medici veterinari rispetto ai dirigenti SPTA, risulta distribubile, per l'esercizio 2010, come segue:
 - a) per l'area della dirigenza medica e veterinaria : complessivi euro 650.179,10 al netto degli oneri riflessi;
 - b) per l'area della dirigenza SPTA : complessivi euro 120.647,12 al netto degli oneri riflessi;
6. le risorse aggiuntive regionali complessive messe a disposizione, per tutto il personale dirigenziale, dalla Regione per l'anno 2010 ammontano, così come per il 2009, a euro 8.239.736,27, al netto degli oneri riflessi, il cui importo è comprensivo sia della quota di euro 408.000,00 vincolata alla realizzazione del progetto di screening mammografico anche per il 2010, sia della quota di euro 501.000,00 vincolata per il progetto di screening del tumore del colon retto anche per il 2010, a seguito dell'accordo del 5 novembre 2007;
7. alle risorse complessive di cui al punto 6 va aggiunto l'ulteriore importo di euro 770.826,22 (punti 4 e 5) come finanziamento "una tantum" vincolato al fine di conseguire la graduale armonizzazione del trattamento economico del personale della dirigenza del servizio sanitario regionale con la precisazione che, essendo un finanziamento a carattere eccezionale, non potrà essere storicizzato nel fondo di risultato;

Dato atto, pertanto, che:

- per l'esercizio 2010 risulta disponibile per la dirigenza del servizio sanitario regionale la somma di euro 7.330.736,27 derivante dallo scorporo, dal succitato importo complessivo, di euro 909.000,00 corrispondente alle quote già destinate agli screening mammografico e del tumore del colon retto ;
- la suddetta somma disponibile deve ripartirsi tra gli enti del servizio sanitario regionale proporzionalmente alla consistenza numerica del personale dirigenziale rilevata alla data del 31.12.2009;
- pertanto, sulla base del predetto criterio di riparto, le risorse disponibili destinate alla dirigenza SPTA ammontano, per l'esercizio 2010, ad euro 1.175.268,34 oneri riflessi esclusi;
- i predetti stanziamenti relativi all'esercizio 2010 sono distribuiti proporzionalmente tra gli enti del servizio sanitario regionale come risulta dalla tabella allegata allo schema di accordo (allegato 2);
- in base alla rendicontazione delle risorse aggiuntive vincolate e non vincolate, relative all'esercizio 2009, eventuali residui accertati delle risorse assegnate, rendicontati dalle Aziende in sede di chiusura del 2009, saranno riportati nell'esercizio successivo (2010) incrementando così la quota di risorse regionali assegnate nell'esercizio 2010;

Atteso che con il su citato schema di accordo del 13.07.2010, le parti, relativamente all'utilizzo delle risorse aggiuntive per l'esercizio 2010, hanno concordato, in particolare, di vincolare lo stanziamento complessivo assegnato (euro 1.175.268,34), demandato alla contrattazione integrativa aziendale, prioritariamente e necessariamente al finanziamento dei progetti aziendali collegati alle particolari tematiche individuate nello schema di accordo in parola (pagg. 5 e 6 schema cit.) e secondariamente al raggiungimento di obiettivi strategici coerenti con quelli individuati nelle linee programmatiche regionali ed inseriti nei piani attuativi aziendali;

Atteso, altresì, che le parti, con riferimento alle modalità d'impiego delle risorse finanziarie disponibili per l'esercizio 2010 hanno stabilito, in particolare, che:

- le risorse aggiuntive in parola sono comprensive ed assorbono le previsioni delle norme dei futuri CCNL sull'integrazione, da parte delle regioni, dei fondi aziendali destinati alla retribuzione accessoria del personale dipendente e/o ad altri istituti; conseguentemente i finanziamenti aggiuntivi, determinati tramite lo schema di accordo qui considerato, saranno ridotti degli importi che i futuri contratti collettivi nazionali, delle aree dirigenziali, porranno a carico delle regioni;
- esse siano utilizzate secondo le regole ed i criteri stabiliti per la retribuzione di risultato dalla contrattazione collettiva nonché secondo le regole indicate nello schema di accordo in parola; di conseguenza la liquidazione, a saldo, dei compensi potrà essere effettuata solo dopo la verifica del raggiungimento degli obiettivi ai quali il beneficio economico in questione è finalizzato;
- l'utilizzo delle quote di risorse relative all'esercizio 2010 è oggetto di specifica rendicontazione progettuale ed economica secondo apposito modello da predisporre da parte della DCSISPS;
- le risultanze definitive dell'impiego delle risorse finanziarie aggiuntive saranno approvate e rendicontate da ciascun ente del servizio sanitario regionale unitamente al bilancio d'esercizio;
- in conformità a quanto già previsto nelle precedenti intese regionali in materia di risorse finanziarie aggiuntive ed alle disposizioni contenute nelle fonti contrattuali, il controllo e la valutazione della congruenza dei progetti, nonché le verifiche formali sul corretto utilizzo dei fondi competono agli organismi aziendali ad essi deputati quali il nucleo di valutazione, il servizio di controllo interno o struttura equivalente, diversamente denominata, ed il collegio dei sindaci;

Ribadito che:

- gli enti del Servizio sanitario regionale non sono legittimati a corrispondere anticipazioni sulla retribuzione anzidetta fino a quando non sarà sottoscritto, a livello aziendale, l'accordo sulle risorse finanziarie aggiuntive;
- gli accordi integrativi aziendali, una volta sottoscritti, verranno trasmessi alla DCSISPS;

Precisato che l'assegnazione delle risorse in parola, tenendo debito conto della piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuite, in materia sanitaria, alla Regione Friuli Venezia Giulia, trova fondamento, con specifico riguardo alle risorse inerenti al personale dirigenziale, nelle seguenti fonti:

- art 13, comma 1, del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni;
- art. 10, comma 3, lettera c) della legge regionale 19.12.1996, n. 49 e successive modificazioni;
- art. 3, comma 12, lettera a) del decreto legislativo 29.4.1998, n. 124 e successive modificazioni;

- CCNLL per il personale della dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale;

Precisato, altresì, che le risorse disponibili per la graduale perequazione del trattamento economico del personale degli enti del servizio sanitario regionale trovano fondamento nell'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008;

Considerato, quindi, che:

- il contenuto dello schema di accordo stipulato il 13.07.2010 relativo alle risorse aggiuntive regionali destinate al personale dirigenziale appartenente all'area della dirigenza SPTA, da utilizzare per incrementare i fondi aziendali per la retribuzione di risultato, appare condivisibile in quanto volto ad incentivare le progettualità legate ad obiettivi ritenuti prioritari nell'ambito della programmazione regionale;
- l'anzidetto schema di accordo si pone in stretta correlazione con la logica sviluppata tramite le intese regionali sin qui intervenute nell'ottica di un miglioramento del servizio sanitario;

Ritenuto, quindi, di approvare lo schema di accordo, allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante, sottoscritto il 13.07.2010, dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS. della dirigenza SPTA, sulle risorse finanziarie aggiuntive, esercizio 2010, per la retribuzione di risultato comprensivo delle tabelle di ripartizione anche per quanto attiene le risorse vincolate al processo di armonizzazione di cui all'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008;

Dato atto che all'onere di spesa conseguente al su citato schema di accordo del 13.07.2010, ammontante, per l'anno 2010:

- a) ad euro 1.572.509,04 (euro 1.175.268,34 cui vanno aggiunti euro 397.240,70 per oneri riflessi pari al 33,80%);
- b) ad ulteriori euro 161.425,85 (euro 120.647,12 cui vanno aggiunti euro 40.778,73 per oneri riflessi pari al 33,80%);

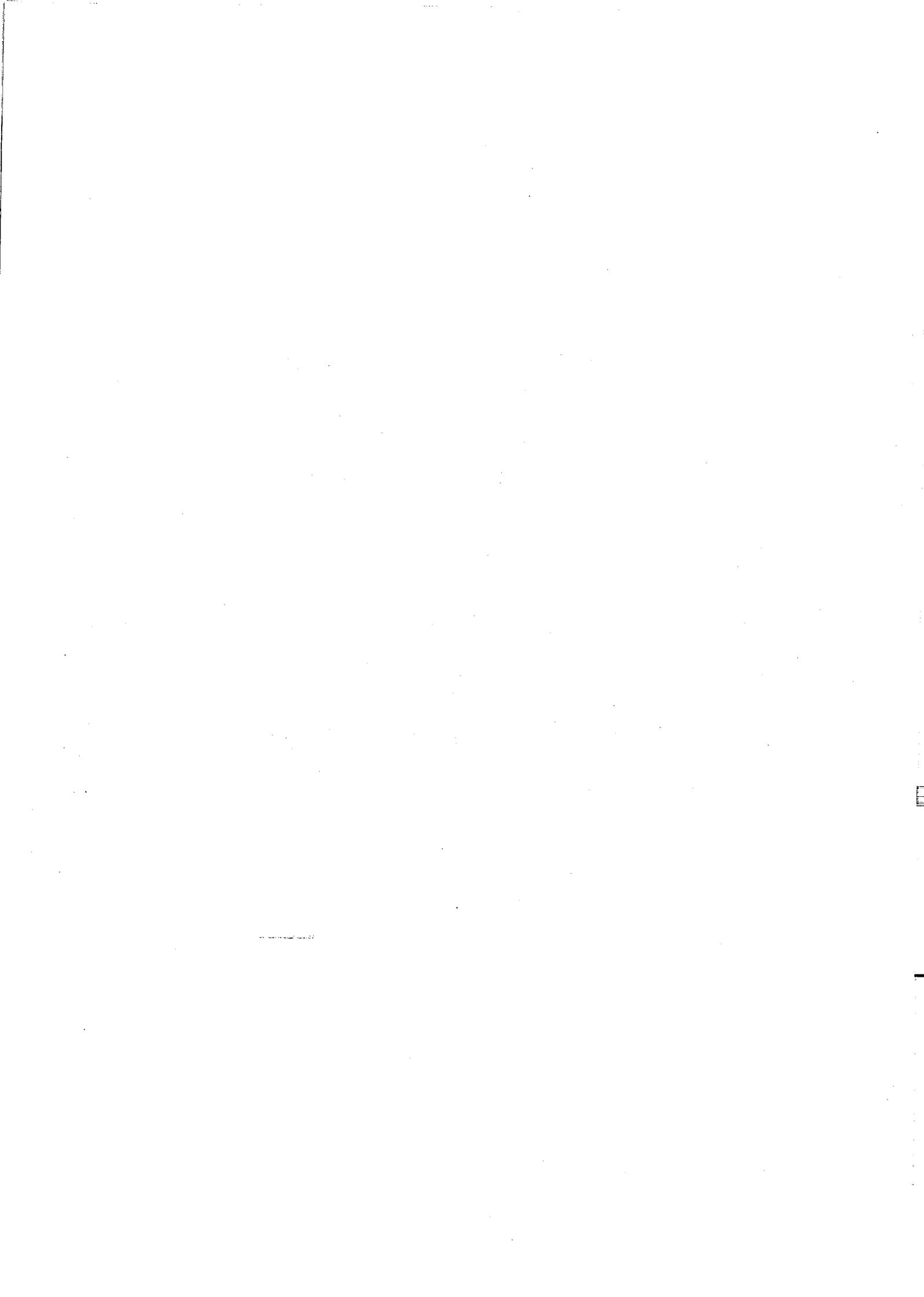
si provvede con le risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario regionale già stanziato ed assegnate nell'anno 2010 per quanto attiene all'importo di cui alla lettera a) nonché relativamente all'importo di cui alla lettera b) con i futuri stanziamenti alle aziende destinatarie individuate all'allegato n. 1 del presente schema di accordo; Tutto ciò premesso, su proposta dall'Assessore regionale alla salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali, la Giunta regionale, all'unanimità:

Delibera

1. Di approvare, per le motivazioni esposte in premessa, lo schema di accordo sottoscritto, il 13.07.2010, dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS. della dirigenza SPTA, sulle risorse finanziarie aggiuntive destinate al personale dirigenziale dell'area della dirigenza SPTA per l'esercizio 2010, comprensivo delle tabelle di ripartizione anche per quanto attiene le risorse vincolate al processo di armonizzazione di cui all'art. 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008, allegati al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante.
2. Di autorizzare l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali alla stipula dell'accordo definitivo con le OO.SS. della dirigenza SPTA.
3. Di dare atto che all'onere di spesa conseguente al su citato schema di accordo del 13.07.2010, ammontante, per l'anno 2010:
 - a) ad euro 1.572.509,04 (euro 1.175.268,34 cui vanno aggiunti euro 397.240,70 per oneri riflessi pari al 33,80%);
 - b) ad ulteriori euro 161.425,85 (euro 120.647,12 cui vanno aggiunti euro 40.778,73 per oneri riflessi pari al 33,80%);si provvede con le risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario regionale già stanziato ed assegnate nell'anno 2010 per quanto attiene all'importo di cui alla lettera a) nonché relativamente all'importo di cui alla lettera b) con i futuri stanziamenti alle aziende destinatarie individuate all'allegato n. 1 del presente schema di accordo.
4. Di precisare che le suddette risorse finanziarie aggiuntive regionali, relative all'esercizio 2010, sono ripartite tra gli enti del Servizio sanitario regionale come risulta dalle tabelle relative all'esercizio 2010, allegato allo schema di accordo di cui costituiscono parte integrante.
5. Di precisare, altresì, che gli enti del Servizio sanitario regionale, nell'utilizzare e rendicontare le risorse aggiuntive in parola si atterranno alle modalità gestionali individuate nel su citato schema di accordo del 13.07.2010.
6. Di dare atto che, in conformità a quanto già previsto nelle precedenti intese regionali ed alle disposizioni contenute nelle fonti contrattuali, il controllo e la valutazione della congruenza dei progetti, nonché le verifiche formali sul corretto utilizzo dei fondi competono agli organismi aziendali ad essi deputati quali il nucleo di valutazione, il servizio di controllo interno o struttura equivalente, diversamente denominata, ed il collegio dei sindaci.
7. Di disporre che gli enti del Servizio sanitario regionale provvederanno alla rendicontazione sull'utilizzo delle suddette risorse aggiuntive unitamente agli atti relativi al controllo annuale, di cui all'art. 29, della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49, per il corrente anno di competenza.

IL VICEPRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE



REGIONE FRIULI – VENEZIA GIULIA
SCHEMA DI ACCORDO
TRA
L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E POLITICHE SOCIALI
E
LE OO.SS DELLE AREE DELLA DIRIGENZA SANITARIA PROFESSIONALE
TECNICA ED AMMINISTRATIVA
SULL'ATTRIBUZIONE DELLE
RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI
ESERCIZIO 2010

Udine, 13 luglio 2010

PREMESSE

In data 31 dicembre 2009 è scaduta l'intesa regionale sulle risorse finanziarie aggiuntive del personale della dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa sottoscritta il 9 ottobre 2008 e recepita con D.G.R. n. 903 del 20 aprile 2009.

Con il predetto documento le parti hanno provveduto all'individuazione della quantità di risorse spettanti al personale dell'area della dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa rispetto a quelle complessivamente disponibili per la dirigenza del SSR, alla puntuale quantificazione delle quote spettanti a ciascuna azienda sanitaria ed Istituto della Regione nonché alla disciplina degli obiettivi regionali cui correlare le risorse assegnate per la parte "vincolata".

Anche per il presente esercizio la trattativa con le OO.SS della dirigenza SPTA viene svolta separatamente dalle OO.SS della dirigenza medica e veterinaria.

In relazione al progetto di screening del tumore del colon retto, le parti ai sensi dell'articolo 7 dell'accordo sottoscritto in data 5 novembre 2007, concordano di rinnovare lo stesso anche per l'anno 2010 nei medesimi contenuti.

Dato atto che non esistono obblighi specifici di erogazioni aggiuntive da parte della Regione derivanti da norme contrattuali, la Regione ritiene comunque di confermare l'incremento dei fondi aziendali di risultato, di risorse aggiuntive favorevoli politiche del personale che consentano e favoriscano un più efficace utilizzo degli strumenti forniti dal d.lgs. n. 502/92 e s.m.e.i. e dal d. lgs. n. 165/2001 e s.m.e.i., nonché dai nuovi contratti di lavoro in collegamento con il raggiungimento degli obiettivi contenuti nelle linee regionali di programmazione, come recepiti nei Piani attuativi aziendali.

La Regione ne stabilisce, quindi, la suddivisione nonché la specifica destinazione, derivandone che le risorse aggiuntive in questione sono comprensive ed assorbono le previsioni delle norme dei prossimi CCNL sull'integrazione, da parte delle regioni, dei fondi aziendali destinati alla retribuzione accessoria del personale dipendente e/o ad altri istituti. Conseguentemente i finanziamenti aggiuntivi, determinati

Carli

P. M. A. us 1

tramite l'intesa regionale qui considerata, saranno, quindi, ridotti degli importi che i prossimi contratti collettivi nazionali, delle aree dirigenziali, porranno a carico delle regioni.

Premesso un tanto, la presente intesa conterrà indicazioni rispetto alla quantificazione complessiva delle risorse per l'anno 2010, alla puntuale determinazione delle quote spettanti a ciascuna azienda sanitaria ed istituto della regione nonché alla definizione generale dei principi e dei criteri sui quali informare la destinazione delle risorse assegnate.

In particolare, il finanziamento complessivamente messo a disposizione dalla Regione per il 2010, sarà prioritariamente finalizzato e vincolato al perseguimento dei seguenti principi:

- promuovere politiche del personale in aree/settori appresso individuati e ritenuti particolarmente critici per i quali la programmazione regionale richiede la finalizzazione di risorse e interventi mirati da parte delle aziende ed enti del SSR;
- perseguimento della riduzione graduale delle differenze tra le risorse presenti nei fondi contrattuali delle aziende con l'obiettivo di tendere all'armonizzazione dei trattamenti economici del personale.

ARMONIZZAZIONE TRATTAMENTO ECONOMICO

La presente intesa dà esecuzione alla disposizione contenuta nell'articolo 9, comma 9, della legge regionale n. 17/2008, che aveva demandato alla Direzione centrale salute e protezione sociale il compito di predisporre uno studio di fattibilità concernente i tempi, modi, criteri e le risorse necessarie per conseguire la graduale perequazione del trattamento economico del personale degli enti del SSR, al fine di superare le eventuali differenze retributive riscontrate tra i differenti enti.

In proposito le parti valutano l'importanza di fornire strumenti quantitativamente uniformi su tutta la regione condividendo la necessità di perseguire l'armonizzazione dei fondi di retribuzione di risultato spettanti al personale dipendente, ricercando momenti di parificazione regionale delle quantità dei fondi rispetto al personale in servizio nelle singole Aziende.

Vi è la consapevolezza che detto percorso di avvicinamento/omologazione non è sicuramente esaustivo di una fase di armonizzazione delle retribuzioni dei dipendenti del SSR ove si consideri che la retribuzione corrisposta è solo uno degli elementi che incidono su questo percorso, dovendosi necessariamente e correttamente far riferimento anche alla produttività per addetto, alla qualità della prestazione fornita; conseguentemente, si avrà un processo di armonizzazione effettiva solo riportando correttamente tutte le voci delle retribuzioni accessorie tra i fattori produttivi aziendali e creando di conseguenza, una effettivo equilibrio tra costi e produttività.

Al fine di intervenire per rimuovere parte degli ostacoli che hanno generato differenze retributive derivanti sia dalla metodologia di composizione dei fondi contrattuali originari di ciascuna azienda, sia dalla peculiarità dei percorsi seguiti nell'applicazione delle norme contrattuali le cui scelte si sono inevitabilmente riversate nelle modalità di costruzione dei fondi stessi, la regione FVG, nell'ambito della piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuita in materia di sanità, ha messo a disposizione, per effetto dell'articolo 9, comma 9, L.R. n. 17/2009 i seguenti importi:

	risorse disponibili ex articolo 9, comma 9, L.R. n. 17/2008	oneri (33,80%)	totale
esercizio 2009	1.121.076,24	378.923,77	1.500.000,00
esercizio 2010	1.121.076,24	378.923,77	1.500.000,00

Qandy

P. Costa

T. No

totale sul 2010	2.242.152,47	757.847,53	3.000.000,00
-----------------	--------------	------------	--------------

Si intende utilizzare la cifra a disposizione pari ad € 2.242.152,47, al netto degli oneri riflessi, interamente nell'esercizio 2010.

Al fine di stabilire la quantità di risorse da attribuire alla singola area contrattuale è stato calcolato il peso percentuale del valore delle risorse regionali aggiuntive assegnate per area negoziale rispetto al totale delle risorse storicamente attribuite dalla Regione. Le risorse regionali aggiuntive assegnate all'area della dirigenza complessivamente intesa rappresentano il 34,38% del totale con la conseguenza che risulta attribuibile nell'esercizio 2010 per la predetta area e per le finalità di armonizzazione sopra descritte l'importo complessivo di € 770.826,22 al netto di qualsiasi onere.

Tenuto conto della consistenza numerica dei dirigenti medici e veterinari rispetto ai dirigenti SPTA, risulta distribuibile nell'esercizio 2010:

- per l'area medica e veterinaria: l'importo complessivo di € 650.179,10 al netto di qualsiasi onere;
- per l'area della dirigenza SPTA: l'importo complessivo di € 120.647,12 al netto di qualsiasi onere.

Tale cifra viene attribuita ad incremento del fondo di risultato delle aziende del SSR individuate dal presente accordo e sarà utilizzata secondo le regole individuate dalla contrattazione integrativa aziendale che dovrà prevedere obiettivi, finalità, indicatori, destinatari e quote cui collegare le erogazioni.

L'individuazione delle Aziende cui destinare parte delle risorse disponibili è stata effettuata sulla base delle seguenti regole contenute nello studio di fattibilità:

- è stata fatta la ricognizione dei fondi contrattuali di risultato-produttività, condizioni di lavoro, posizione-classificazione delle aziende del SSR consolidati (c.d. storici) alla data del 31.12.2007;
- è stata considerata la somma del valore del fondo di produttività/risultato e posizione/classificazione alla data del 31.12.2007, di ciascuna azienda;
- numero medio dei dipendenti alla data del 31.12.2007 e del 31.12.2008 di ogni azienda;
- calcolo della quota media aziendale e raffronto della stessa con la quota media regionale;
- calcolo della distanza della quota media aziendale con quella regionale;
- peso% della singola distanza rispetto alla distanza complessiva;
- attribuzione delle risorse con un criterio misto che tiene conto sia del grado di sofferenza che del numero di dipendenti; il criterio misto è risultato preferibile in sede tecnica per i risultati che produce rispetto agli altri criteri che sono stati ugualmente sviluppati e che prendevano in considerazione o il solo fabbisogno o il solo numero di dipendenti;
- è stato scelto di applicare il criterio misto su tutte le aziende le cui quote medie denotano maggiore distanza dalla quota media regionale.

La distribuzione per il 2010 dell'importo assegnato per le finalità qui previste è quantificata come da tabella allegata (Allegato 1)

RIFERIMENTI NORMATIVI

Si richiamano, di seguito, i riferimenti normativi già indicati quali fonti legislative che – nell'ambito della piena autonomia e responsabilità finanziaria attribuita in materia di sanità alla Regione Friuli Venezia Giulia – rappresentano il fondamento giuridico per la generalità delle integrazioni finanziarie da parte della Regione alle Aziende sanitarie:

Dei

Phallo
t. n. 3

- articolo 13, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.e.i.;
- articolo 10 Legge Regionale 19 dicembre 1996, n. 49 e successive modificazioni;
- decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 e s.m.e.i.;
- Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica e Amministrativa.

RISORSE DISPONIBILI

Al fine di perseguire i principi sopra descritti, la Regione mette a disposizione per l'esercizio 2010 le seguenti somme complessive al netto di qualsiasi onere da destinare all'area della dirigenza:

- a) l'importo di € 8.239.736,27 già messo a disposizione dalla Regione per il 2009. Tale importo è complessivo:
- dell'importo di € 408.000,00, vincolato per il progetto di screening mammografico anche per il 2010;
 - dell'importo di € 501.000,00 vincolato anche per il 2010 al progetto di screening del colon retto a seguito dell'accordo del 5 novembre 2007;
- b) l'ulteriore importo di € 770.826,22 quale finanziamento "una tantum" vincolato al fine di conseguire la graduale armonizzazione del trattamento economico del personale della dirigenza del servizio sanitario regionale; si precisa che detta cifra rappresenta un finanziamento del fondo a carattere straordinario per il solo esercizio finanziario cui si riferisce ed in quanto tale non può quindi storicizzarsi all'interno del fondo di risultato.

Alla luce di quanto sopra, resta disponibile, per essere assegnato in questa fase, per la dirigenza del SSR l'importo complessivo di € 7.330.736,27. Le parti concordano che detto importo sarà ripartito tra le Aziende Sanitarie regionali (Aziende per i Servizi Sanitari, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliero Universitarie, IRCCS) proporzionalmente alla consistenza numerica del personale dirigente del SSR al 31.12.2009 (dati di sistema forniti da INSIEL rilevati dalla DCSISPS, esclusi i supplenti).

Conseguentemente, preso atto che alla predetta data risultano n. 3493 dirigenti di cui n. 560 unità di dirigenti dei ruoli sanitario professionale tecnico e amministrativo, è disponibile per la predetta dirigenza nel 2010 l'importo di risorse regionali aggiuntive pari ad € 1.175.268,34.

Si precisa che le quote corrispondenti al personale in utilizzo della DCSISPS dipendenti dalle aziende ed ^{Emi} del SSR sono attribuite all'azienda di rispettiva appartenenza. Tali quote verranno attribuite al personale interessato previa comunicazione da parte della DCSISPS che ne definirà obiettivi, importo e destinatari.

Quel

P. Noce

[Signature]

A. No

IMPIEGO RISORSE e MODALITA' GESTIONALI

Punto 1

Lo stanziamento complessivo di risorse regionali aggiuntive per l'esercizio 2010 per l'area SPTA pari a €1.175.268,34, è demandato alla contrattazione integrativa aziendale che dovrà vincolarlo e finanziare i progetti aziendali modulati rispetto alle indicazioni di seguito specificate.

La distribuzione per il 2010 è quindi quantificata come da tabella allegata (allegato 2).

Le parti convengono che l'utilizzo delle risorse regionali aggiuntive debba essere destinato prioritariamente e necessariamente a favorire alcune aree/settori particolarmente critici, in linea con le tematiche portate avanti dalla programmazione regionale.

A tale scopo, viene valutata l'esigenza di finalizzare le risorse in modo mirato, fronteggiando preliminarmente alcune priorità generali di indirizzo che sono descritte negli obiettivi regionali di seguito elencati.

In particolare, le parti individuano due tematiche cui destinare in via principale le risorse finanziarie assegnate con la precisazione che gli importi non assegnati per le predette problematiche dovranno essere correlati al raggiungimento di obiettivi strategici, di efficienza e di sviluppo ricavandone miglioramenti quantitativi e qualitativi nelle prestazioni conformemente ai contenuti dei provvedimenti di programmazione regionale.

1) contenimento dei tempi di attesa

La contrattazione integrativa aziendale provvederà a definire le prestazioni oggetto della finalizzazione delle risorse. In particolare saranno remunerate le prestazioni afferenti a liste di attesa per attività ambulatoriale, interventistica e diagnostica, tenuto comunque conto delle variazioni delle dotazioni organiche intervenute nel corso del 2010.

Nello specifico le aziende dovranno finalizzare queste risorse su settori e criticità sensibili per l'abbattimento di liste d'attesa individuando attraverso la contrattazione integrativa aziendale i destinatari e le modalità di remunerazione.

Coerentemente con le linee della programmazione regionale in materia di contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie l'obiettivo assegnato deve avere quale risultato correlato all'incentivazione, l'aumento del fatturato di prestazioni per le aree critiche afferenti le liste di attesa. Con riferimento ai dirigenti psicologi il risultato atteso è correlato all'aumento del numero di prestazioni.

Il riconoscimento dell'incentivo è commisurato all'incremento del valore della produzione nel 2010 rispetto all'anno 2009, valorizzato secondo le tariffe vigenti e viene riconosciuto alla dirigenza sanitaria in base all'apporto prestato al raggiungimento dell'obiettivo incrementale di cui sopra.

Resta inteso che il valore delle risorse complessivamente assegnate per l'obiettivo vincolato di cui al presente punto non può in alcun modo superare il delta tra il fatturato 2010 e il fatturato 2009.

2) contenimento spesa farmaceutica

La contrattazione integrativa aziendale provvederà a definire progetti-obiettivo per incentivare il personale dirigente farmacista in relazione a:



P. B. G.
A. no 5

- distribuzione diretta dei farmaci alle strutture residenziali e semi-residenziali;
- distribuzione primo ciclo terapeutico post ricovero o visita specialistica ambulatoriale.

Punto 2

Le risorse disponibili di cui al punto 1 vengono demandate alla contrattazione integrativa aziendale e il loro impiego è così stabilito:

- a) prioritariamente dovranno essere finalizzate a finanziare le problematiche nell'ambito degli obiettivi individuati a livello regionale e descritte nel paragrafo precedente nei punti 1 e 2.
- b) secondariamente, dovranno essere correlate al raggiungimento di obiettivi strategici, di efficienza e di sviluppo ricavandone miglioramenti quantitativi e qualitativi nelle prestazioni, in collegamento con gli obiettivi contenuti nelle linee programmatiche regionali e trasfusi nei piani attuativi aziendali.

Al fine dell'impiego delle risorse di cui al presente punto 2, lettere a) e b) la C.I.A. dovrà individuare in modo coerente i destinatari e stabilire adeguatamente gli importi da assegnare nel rispetto del c.c.n.l. oltre che una loro utilizzazione basata su modalità che non possano acquisire carattere di irreversibilità e/o di distribuzione indistinta.

1. Le parti concordano che l'utilizzo delle quote di cui al punto 2 sarà oggetto di specifica rendicontazione. A tale scopo la DCSISPS, sentite le OO.SS. dell'azienda, predisporrà il modello di rendicontazione che sarà trasmesso ad ogni Azienda ed Istituto del SSR ai fini di un'analisi delle modalità di utilizzo.
2. Eventuali residui delle risorse regionali aggiuntive assegnate per l'esercizio 2010 dovranno essere riportati dalla singola Azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.
3. Gli importi residui del 2009 sia di rar vincolate che di rar non vincolate nella misura rendicontata dall'Azienda in sede di chiusura del 2009 e che sono stati riportati nell'esercizio successivo (2010) incrementano la quota di risorse regionali assegnate nel presente esercizio 2010 e saranno utilizzati secondo le regole stabilite dal presente accordo al punto 2.

L'individuazione dei dirigenti destinatari, dei risultati attesi in riferimento agli indicatori, nonché dei compensi per singolo dirigente saranno definiti a livello integrativo aziendale.

Punto 3

Le risorse aggiuntive devono essere utilizzate dalle Aziende con le modalità previste per la retribuzione di risultato. Conseguentemente, la liquidazione a saldo dei relativi compensi a favore del personale non può essere effettuata che dopo la verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Così come previsto dai CCNNLL, le eventuali anticipazioni o stati di avanzamento potranno essere erogati con le modalità dei Contratti Integrativi aziendali.

Il controllo e le valutazioni sulla congruenza dei progetti e le verifiche formali sul corretto utilizzo dei fondi fanno carico agli organismi aziendali deputati: Nucleo di Valutazione/Servizio Controllo Interno o organismi e equivalenti diversamente denominati, e Collegio dei Sindaci.

Quay

M. M.

A. M. 6

Le risultanze definitive saranno approvate e rendicontate da ciascuna Azienda unitamente al Bilancio di esercizio.

Le aziende dovranno trasmettere alla DCSIPS gli accordi sulle risorse regionali aggiuntive 2010 sottoscritti in sede di contrattazione integrativa aziendale.

L'Assessore



Le OO.SS Dirigenza Sanitaria
Professionale Tecnica e Amministrativa

SINAP *nan*
CISL FP FOC *P. S. Molle*
UIL FPL *francesca Bertolini*



Quo /

7
A. na

PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA PROFESSIONALE TECNICA AMMINISTRATIVA
 ATTRIBUZIONE ALLE AZIENDE INDIVIDUATE
 DELLE RAR FINALIZZATE ALL'ARMONIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO

DISTRIBUZIONE DELLA QUOTA DI RISORSE FINANZIARIE AGGIUNTIVE ALLE AZIENDE DISTANTI DALLA QUOTA MEDIA REGIONALE

Azienda	media fondi risultato+posizione	differenza su quota regionale (12.879,24)	peso della distanza singola da distanza complessiva	PESO DISTANZA * NUMERO ADDETTI	COEFFICIENTE UNITARIO * PESO DISTANZA (soldi distribuibili)
A.S.S. n. 1	11.386,49	1.492,76	10,02	666,50	18.140,89
A.S.S. n. 2	15.034,19		0,00	-	-
A.S.S. n. 3	10.013,69	2.865,65	19,24	692,67	19.140,51
A.S.S. n. 4	14.904,14		0,00	-	-
A.S.S. n. 5	11.402,33	1.476,92	9,92	357,00	9.864,77
A.S.S. n. 6	9.970,26	2.908,98	19,53	1.025,42	28.335,33
A.O.U. TS	15.521,46		0,00	-	-
A.O.U. UD	17.243,87		0,00	-	-
A.O. PN	10.349,00	2.530,24	16,99	679,56	18.778,02
BURLO	11.286,89	1.592,36	10,69	240,56	6.647,39
C.R.O.	10.852,66	2.026,58	13,61	714,38	19.740,21
TOTALE/ MEDIA REGIONALE	12.879,24	14.893,49		4.366,09	120.647,12
				COEFFICIENTE UNITARIO	27,63

ATTRIBUZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE
PERSONALE DIRIGENZA SANITARIA PROFESSIONALE TECNICA E AMMINISTRATIVA
esercizio 2010

ALLEGATO 2

ESERCIZIO 2010	Totale ASSEGNAZIONE 2010
----------------	--------------------------

ASS 1 - Trieste	167.895,48
ASS 2 - Isonline	88.145,13
ASS 3 - Alto Friuli	75.552,96
ASS 4 - Medio Friuli	140.612,46
ASS 5 - Bassa Friuliana	67.158,19
ASS 8 - Friuli Occidentale	130.118,99
A.O.U. - Trieste	98.638,59
A.O.U. - Udine	167.895,48
A.O. - Pordenone	81.849,05
CRO - Aviano	109.132,06
Burlo - Trieste	48.269,95
TOTALE ASSEGNAZIONE	1.175.280,34

P. Nobile

Andy

A. Nobile

**ATTRIBUZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE
PERSONALE DIRIGENZA SANITARIA PROFESSIONALE
TECNICA E AMMINISTRATIVA
esercizio 2010**

ALLEGATO 2

ESERCIZIO 2010	totale ASSEGNAZIONE 2010	risorse vincolate al processo di armonizzazione trattamento ecotonomico	totale ASSEGNAZIONE 2010
----------------	--------------------------	---	--------------------------

ASS 1 - Trieste	167.895,48	18.140,89	186.036,37
ASS 2 - Isontina	88.145,13	-	88.145,13
ASS 3 - Alto Friuli	75.552,96	19.140,51	94.693,47
ASS 4 - Medio Friuli	140.612,46	-	140.612,46
ASS 5 - Bassa Friuliana	67.158,19	9.864,77	77.022,96
ASS 6 - Friuli Occidentale	130.118,99	28.335,33	158.454,32
A.O.U. - Trieste	98.638,59	-	98.638,59
A.O.U. - Udine	167.895,48	-	167.895,48
A.O. - Pordenone	81.849,05	18.778,02	100.627,07
CRO - Aviano	109.132,06	19740,21	128.872,27
Burlo - Trieste	48.269,95	6.647,39	54.917,34
TOTALE ASSEGNAZIONE	1.178.268,34	120.647,12	1.298.915,46

P.606

Ag

Am



IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE