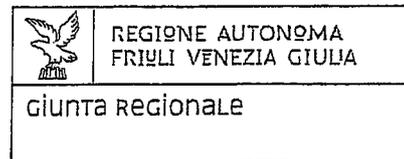


ALLEGATO 1

**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.

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

IL SEGRETARIO GENERALE



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 SISR.

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:

- o visita generale cardiologica (cod. 89.7)

- o ecografia addome superiore (cod. 88.74.1 e cod. 88.7411)
- o ecografia addome inferiore (cod. 88.75.1 e cod. 88.7511)
- o 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

- o visita generale cardiologica (cod. 89.7);
- o ecografia addome superiore (cod. 88.74.1 e cod. 88.7411)
- o ecografia addome inferiore (cod. 88.75.1 e cod. 88.7511)
- o 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.

ALLEGATO 2

(Il presente allegato illustra gli obiettivi relativi ai Tempi di attesa assegnati a ciascuna Azienda estratti dall'allegato 8 della DGR 597/2011 - CONSOLIDATO PREVENTIVO 2011)

ESTRATTO DA ALLEGATO 8 - DELIBERA N. 597 DD. 8 APRILE 2011

Servizio Sanitario Regionale
CONSOLIDATO PREVENTIVO 2011 – ALLEGATO 8

PATTO ANNUALE
TRA REGIONE E SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
E MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI 2011

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 2011”.**

Valutazione del Direttore generale

Criteri e obiettivi per l'anno 2011

- OMISSIS -

Clausola Generale

Il Direttore generale, ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico annuo, sarà valutato in base al livello di raggiungimento degli obiettivi contenuti nel presente Patto. Il mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio non darà luogo alla corresponsione della quota integrativa. Quest'ultima sarà corrisposta in quota proporzionata al livello di raggiungimento dei risultati attesi.

Criteri di valutazione dell'obiettivo economico

Il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio costituisce preconditione ad ogni ulteriore valutazione sui risultati raggiunti da ciascuna Azienda. Il calcolo verrà effettuato sulla gestione complessiva, ovvero sulla sommatoria dei risultati della gestione caratteristica, di quella straordinaria e di quella finanziaria, al lordo del valore delle imposte.

In sede di valutazione, la Direzione Centrale potrà escludere dal calcolo eventuali componenti negative, purché per ciascuna di esse venga accertata la contemporanea ed inequivocabile presenza delle seguenti condizioni:

- ammontare superiore allo 0,10% del totale dei costi della produzione, con un minimo di € 250.000
- eccezionalità della circostanza che ha determinato il costo nel contesto della gestione del S.S.R.;
- non diretta imputabilità della circostanza stessa a decisioni della direzione aziendale;

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.

PUNTEGGI ATTRIBUITI

Gli obiettivi assegnati con il presente Patto afferiscono ai seguenti ambiti di intervento, individuati di particolare rilevanza nell'ambito delle finalità assunte dal SSR per l'anno 2011:

- 1) Tempi di attesa
- 2) Obiettivi derivanti dalle Linee progettuali regionali
- 3) Investimenti
- 4) Miglioramento dei livelli di efficienza delle funzioni amministrative
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende

La somma dei punteggi complessivamente attribuiti a ciascuna Azienda è pari a 100, così come di seguito ripartiti tra i predetti ambiti di intervento, in relazione al diverso peso assegnato:

1) Tempi di attesa: punti 25

- 2) Obiettivi delle Linee progettuali: punti 20
- 3) Investimenti: punti 15
- 4) Miglioramento dei livelli di efficienza delle funzioni amministrative 20
- 5) Adempimenti conseguenti al nuovo meccanismo di finanziamento delle Aziende: punti 20

Gli obiettivi segnalati con asterisco (*) sono comuni a tutte le Aziende che compongono l'Area Vasta. Le Aziende pertanto ne rispondono in modo solidale e la relativa valutazione comporterà per ciascuna di esse il medesimo risultato.

MODALITÀ DI VALUTAZIONE

Criteri generali

In specifica scheda vengono indicati, per ciascun obiettivo assegnato, i risultati attesi, le relative modalità di valutazione ed il punteggio complessivamente attribuito. Ciascun obiettivo viene valutato come “raggiunto” ovvero come “non raggiunto” mediante accertamento dell’effettiva realizzazione dei risultati attesi ad esso correlati. Un obiettivo è considerato raggiunto se sono state pienamente rispettate tutte le condizioni previste dalla declaratoria dei risultati attesi. Il mancato rispetto anche di una sola condizione, porta alla valutazione di “non raggiunto”.

Presenza di più risultati attesi per un obiettivo

In presenza di un obiettivo a cui sono collegati più risultati attesi, la valutazione, in base ai criteri sopra descritti, viene effettuata singolarmente per ciascun risultato atteso.

Qualora siano stati raggiunti solo alcuni dei risultati attesi, l’obiettivo viene definito “parzialmente raggiunto”.

In tal caso, per ciascun risultato atteso realizzato, viene assegnato all’obiettivo un valore pari ad una frazione in parti uguali fra i risultati attesi previsti.

Se tutti i risultati attesi sono stati raggiunti la valutazione farà riferimento all’obiettivo nel suo complesso, che verrà valutato come “raggiunto”.

Revisione degli obiettivi di Patto

Nel caso si verificano eventi oggettivamente comprovati non dipendenti dalla volontà della dirigenza dell’Azienda, che compromettano la realizzazione di un obiettivo, l’Azienda potrà proporre la revisione dell’obiettivo di Patto entro e non oltre il secondo rendiconto infrannuale. Oltre questo termine gli obiettivi verranno considerati in ogni caso validi ai fini della valutazione di raggiungimento del risultato atteso.

Obiettivi con risultato atteso espresso in termini temporali di durata o scadenza

Nel caso il risultato atteso preveda un tempo preciso di attuazione, in assenza di diverse regole previamente definite, anche un giorno di ritardo comporta una valutazione di “non raggiunto”.

La Direzione salute si riserva, in fase di valutazione, di chiedere alle Aziende, documentazione attestante il raggiungimento degli obiettivi e di procedere ad indagini a campione.

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 "TRIESTINA"

1) Tempi di attesa

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	MODALITA' DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
(*) Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 288 dd. 16/2/2007 sono rispettati I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 1 luglio, 1 ottobre e 31 dicembre.	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono evitati sfondamenti per ogni prestazione definita dalla DGR 288/2007 per l'ambito di competenza dell'Area Vasta, secondo le modalità previste dalla linea 3.4.1.1 della DGR 2384 dd. 25/11/2010, ed ulteriormente specificate con nota prot.22865 dd. 29/12/2010 ("I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prescrizioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base"). L'eventuale sfondamento comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - tolleranza del 2% su tutte le osservazioni - entro il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 50%; - oltre il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 100%;	15
(*) Implementazione di agende di prenotazione condivise in Area Vasta	Presenza di 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")	L'obiettivo si intende raggiunto se è possibile la prenotazione da un qualsiasi punto di prenotazione verso le agende di tutte le strutture erogatrici pubbliche appartenenti alla medesima Area Vasta, delle seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • 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. Verifica campionaria	4

<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta a garanzia del riconoscimento dei diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Entro il 15 aprile 2011, le Aziende definiscono ed applicano, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.</p>	<p>Acquisizione di documentazione attestante l'implementazione delle modalità e dei percorsi comuni adottati dall'Area Vasta. L'obiettivo si intende raggiunto se la documentazione acquisita risulta conforme ai dettami dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 ed a quanto previsto dalla linea 3.4.1.5 della DGR 2384 dd. 25 novembre 2010.</p>	<p>3</p>
<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'art.13 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Le Aziende definiscono ed applicano idonee modalità, omogenee in Area Vasta, destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto dal riscontro della presenza di adeguate modalità di informazione sui limiti di tempo massimo previsti per l'erogazione delle prestazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nelle sale d'attesa di ognuna delle sedi di erogazione definite dal Piano di contenimento dei tempi d'attesa; • nelle sedi dei Medici di Medicina Generale; • nel sito aziendale; • presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP); • nella carta dei servizi; • in campagne informative dedicate <p>Verifica campionaria.</p>	<p>3</p>

OMISSIS

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 2 "ISONTINA

1) Tempi di attesa

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	MODALITA' DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
(*) Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 288 dd. 16/2/2007 sono rispettati I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 1 luglio, 1 ottobre e 31 dicembre.	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono evitati sfondamenti per ogni prestazione definita dalla DGR 288/2007 per l'ambito di competenza dell'Area Vasta, secondo le modalità previste dalla linea 3.4.1.1 della DGR 2384 dd. 25/11/2010, ed ulteriormente specificate con nota prot.22865 dd. 29/12/2010 ("I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prescrizioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base"). L'eventuale sfondamento comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - tolleranza del 2% su tutte le osservazioni - entro il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 50%; - oltre il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 100%;	15
(*) Implementazione di agende di prenotazione condivise in Area Vasta	Presenza di 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")	L'obiettivo si intende raggiunto se è possibile la prenotazione da un qualsiasi punto di prenotazione verso le agende di tutte le strutture erogatrici pubbliche appartenenti alla medesima Area Vasta, delle seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • 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. Verifica campionaria	4
(*) Definizione ed implementazione di	Entro il 15 aprile 2011, le Aziende	Acquisizione di documentazione attestante l'	3

<p>modalità e percorsi comuni in Area vasta a garanzia del riconoscimento dei diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>definiscono ed applicano, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.</p>	<p>implementazione delle modalità e dei percorsi comuni adottati dall'Area Vasta. L'obiettivo si intende raggiunto se la documentazione acquisita risulta conforme ai dettami dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 ed a quanto previsto dalla linea 3.4.1.5 della DGR 2384 dd. 25 novembre 2010.</p>	
<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'art.13 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Le Aziende definiscono ed applicano idonee modalità, omogenee in Area Vasta, destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto dal riscontro della presenza di adeguate modalità di informazione sui limiti di tempo massimo previsti per l'erogazione delle prestazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nelle sale d'attesa di ognuna delle sedi di erogazione definite dal Piano di contenimento dei tempi d'attesa; • nelle sedi dei Medici di Medicina Generale; • nel sito aziendale; • presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP); • nella carta dei servizi; • in campagne informative dedicate <p>Verifica campionaria.</p>	<p>3</p>

OMISSIS

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

1) Tempi di attesa

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	MODALITA' DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
(*) Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 288 dd. 16/2/2007 sono rispettati I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 1 luglio, 1 ottobre e 31 dicembre.	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono evitati sfondamenti per ogni prestazione definita dalla DGR 288/2007 per l'ambito di competenza dell'Area Vasta, secondo le modalità previste dalla linea 3.4.1.1 della DGR 2384 dd. 25/11/2010, ed ulteriormente specificate con nota prot.22865 dd. 29/12/2010 ("I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prescrizioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base"). L'eventuale sfondamento comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - tolleranza del 2% su tutte le osservazioni - entro il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 50%; - oltre il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 100%;	15
(*) Implementazione di agende di prenotazione condivise in Area Vasta	Presenza di 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")	L'obiettivo si intende raggiunto se è possibile la prenotazione da un qualsiasi punto di prenotazione verso le agende di tutte le strutture erogatrici pubbliche appartenenti alla medesima Area Vasta, delle seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • 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. Verifica campionaria	4
(*) Definizione ed implementazione di	Entro il 15 aprile 2011, le Aziende	Acquisizione di documentazione attestante l'	3

<p>modalità e percorsi comuni in Area vasta a garanzia del riconoscimento dei diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>definiscono ed applicano, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.</p>	<p>implementazione delle modalità e dei percorsi comuni adottati dall'Area Vasta. L'obiettivo si intende raggiunto se la documentazione acquisita risulta conforme ai dettami dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 ed a quanto previsto dalla linea 3.4.1.5 della DGR 2384 dd. 25 novembre 2010.</p>	
<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'art.13 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Le Aziende definiscono ed applicano idonee modalità, omogenee in Area Vasta, destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto dal riscontro della presenza di adeguate modalità di informazione sui limiti di tempo massimo previsti per l'erogazione delle prestazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nelle sale d'attesa di ognuna delle sedi di erogazione definite dal Piano di contenimento dei tempi d'attesa; • nelle sedi dei Medici di Medicina Generale; • nel sito aziendale; • presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP); • nella carta dei servizi; • in campagne informative dedicate <p>Verifica campionaria.</p>	<p>3</p>

OMISSIS

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

1) Tempi di attesa

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	MODALITA' DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
(*) Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 288 dd. 16/2/2007 sono rispettati I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 1 luglio, 1 ottobre e 31 dicembre.	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono evitati sfondamenti per ogni prestazione definita dalla DGR 288/2007 per l'ambito di competenza dell'Area Vasta, secondo le modalità previste dalla linea 3.4.1.1 della DGR 2384 dd. 25/11/2010, ed ulteriormente specificate con nota prot.22865 dd. 29/12/2010 ("I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prescrizioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base"). L'eventuale sfondamento comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - tolleranza del 2% su tutte le osservazioni - entro il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 50%; - oltre il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 100%;	15
(*) Implementazione di agende di prenotazione condivise in Area Vasta	Presenza di 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")	L'obiettivo si intende raggiunto se è possibile la prenotazione da un qualsiasi punto di prenotazione verso le agende di tutte le strutture erogatrici pubbliche appartenenti alla medesima Area Vasta, delle seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • 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. Verifica campionaria	4
(*) Definizione ed implementazione di	Entro il 15 aprile 2011, le Aziende	Acquisizione di documentazione attestante l'	3

<p>modalità e percorsi comuni in Area vasta a garanzia del riconoscimento dei diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>definiscono ed applicano, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.</p>	<p>implementazione delle modalità e dei percorsi comuni adottati dall'Area Vasta. L'obiettivo si intende raggiunto se la documentazione acquisita risulta conforme ai dettami dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 ed a quanto previsto dalla linea 3.4.1.5 della DGR 2384 dd. 25 novembre 2010.</p>	
<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'art.13 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Le Aziende definiscono ed applicano idonee modalità, omogenee in Area Vasta, destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto dal riscontro della presenza di adeguate modalità di informazione sui limiti di tempo massimo previsti per l'erogazione delle prestazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nelle sale d'attesa di ognuna delle sedi di erogazione definite dal Piano di contenimento dei tempi d'attesa; • nelle sedi dei Medici di Medicina Generale; • nel sito aziendale; • presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP); • nella carta dei servizi; • in campagne informative dedicate <p>Verifica campionaria.</p>	<p>3</p>

OMISSIS

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

1) Tempi di attesa

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	MODALITA' DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
(*) Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 288 dd. 16/2/2007 sono rispettati I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 1 luglio, 1 ottobre e 31 dicembre.	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono evitati sfondamenti per ogni prestazione definita dalla DGR 288/2007 per l'ambito di competenza dell'Area Vasta, secondo le modalità previste dalla linea 3.4.1.1 della DGR 2384 dd. 25/11/2010, ed ulteriormente specificate con nota prot.22865 dd. 29/12/2010 ("I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prescrizioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base"). L'eventuale sfondamento comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - tolleranza del 2% su tutte le osservazioni - entro il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 50%; - oltre il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 100%;	15
(*) Implementazione di agende di prenotazione condivise in Area Vasta	Presenza di 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")	L'obiettivo si intende raggiunto se è possibile la prenotazione da un qualsiasi punto di prenotazione verso le agende di tutte le strutture erogatrici pubbliche appartenenti alla medesima Area Vasta, delle seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • 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. Verifica campionaria	4
(*) Definizione ed implementazione di	Entro il 15 aprile 2011, le Aziende	Acquisizione di documentazione attestante l'	3

<p>modalità e percorsi comuni in Area vasta a garanzia del riconoscimento dei diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>definiscono ed applicano, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.</p>	<p>implementazione delle modalità e dei percorsi comuni adottati dall'Area Vasta. L'obiettivo si intende raggiunto se la documentazione acquisita risulta conforme ai dettami dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 ed a quanto previsto dalla linea 3.4.1.5 della DGR 2384 dd. 25 novembre 2010.</p>	
<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'art.13 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Le Aziende definiscono ed applicano idonee modalità, omogenee in Area Vasta, destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto dal riscontro della presenza di adeguate modalità di informazione sui limiti di tempo massimo previsti per l'erogazione delle prestazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nelle sale d'attesa di ognuna delle sedi di erogazione definite dal Piano di contenimento dei tempi d'attesa; • nelle sedi dei Medici di Medicina Generale; • nel sito aziendale; • presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP); • nella carta dei servizi; • in campagne informative dedicate <p>Verifica campionaria.</p>	<p>3</p>

OMISSIS

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

1) Tempi di attesa

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	MODALITA' DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
(*) Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 288 dd. 16/2/2007 sono rispettati I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 1 luglio, 1 ottobre e 31 dicembre.	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono evitati sfondamenti per ogni prestazione definita dalla DGR 288/2007 per l'ambito di competenza dell'Area Vasta, secondo le modalità previste dalla linea 3.4.1.1 della DGR 2384 dd. 25/11/2010, ed ulteriormente specificate con nota prot.22865 dd. 29/12/2010 ("I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prescrizioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base"). L'eventuale sfondamento comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - tolleranza del 2% su tutte le osservazioni - entro il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 50%; - oltre il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 100%;	15
(*) Implementazione di agende di prenotazione condivise in Area Vasta	Presenza di 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")	L'obiettivo si intende raggiunto se è possibile la prenotazione da un qualsiasi punto di prenotazione verso le agende di tutte le strutture erogatrici pubbliche appartenenti alla medesima Area Vasta, delle seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • 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. Verifica campionaria	4
(*) Definizione ed implementazione di	Entro il 15 aprile 2011, le Aziende	Acquisizione di documentazione attestante l'	3

<p>modalità e percorsi comuni in Area vasta a garanzia del riconoscimento dei diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>definiscono ed applicano, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.</p>	<p>implementazione delle modalità e dei percorsi comuni adottati dall'Area Vasta. L'obiettivo si intende raggiunto se la documentazione acquisita risulta conforme ai dettami dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 ed a quanto previsto dalla linea 3.4.1.5 della DGR 2384 dd. 25 novembre 2010.</p>	
<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'art.13 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Le Aziende definiscono ed applicano idonee modalità, omogenee in Area Vasta, destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto dal riscontro della presenza di adeguate modalità di informazione sui limiti di tempo massimo previsti per l'erogazione delle prestazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nelle sale d'attesa di ognuna delle sedi di erogazione definite dal Piano di contenimento dei tempi d'attesa; • nelle sedi dei Medici di Medicina Generale; • nel sito aziendale; • presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP); • nella carta dei servizi; • in campagne informative dedicate <p>Verifica campionaria.</p>	<p>3</p>

OMISSIS

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "OSPEDALI RIUNITI" di TRIESTE

1) Tempi di attesa

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	MODALITA' DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
(*) Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 288 dd. 16/2/2007 sono rispettati I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 1 luglio, 1 ottobre e 31 dicembre.	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono evitati sfondamenti per ogni prestazione definita dalla DGR 288/2007 per l'ambito di competenza dell'Area Vasta, secondo le modalità previste dalla linea 3.4.1.1 della DGR 2384 dd. 25/11/2010, ed ulteriormente specificate con nota prot.22865 dd. 29/12/2010 ("I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prescrizioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base"). L'eventuale sfondamento comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - tolleranza del 2% su tutte le osservazioni - entro il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 50%; - oltre il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 100%;	15
(*) Implementazione di agende di prenotazione condivise in Area Vasta	Presenza di 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")	L'obiettivo si intende raggiunto se è possibile la prenotazione da un qualsiasi punto di prenotazione verso le agende di tutte le strutture erogatrici pubbliche appartenenti alla medesima Area Vasta, delle seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • 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. Verifica campionaria	4
(*) Definizione ed implementazione di	Entro il 15 aprile 2011, le Aziende	Acquisizione di documentazione attestante l'	3

<p>modalità e percorsi comuni in Area vasta a garanzia del riconoscimento dei diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>definiscono ed applicano, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.</p>	<p>implementazione delle modalità e dei percorsi comuni adottati dall'Area Vasta. L'obiettivo si intende raggiunto se la documentazione acquisita risulta conforme ai dettami dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 ed a quanto previsto dalla linea 3.4.1.5 della DGR 2384 dd. 25 novembre 2010.</p>	
<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'art.13 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Le Aziende definiscono ed applicano idonee modalità, omogenee in Area Vasta, destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto dal riscontro della presenza di adeguate modalità di informazione sui limiti di tempo massimo previsti per l'erogazione delle prestazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nelle sale d'attesa di ognuna delle sedi di erogazione definite dal Piano di contenimento dei tempi d'attesa; • nelle sedi dei Medici di Medicina Generale; • nel sito aziendale; • presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP); • nella carta dei servizi; • in campagne informative dedicate <p>Verifica campionaria.</p>	<p>3</p>

OMISSIS

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA" di UDINE

1) Tempi di attesa

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	MODALITA' DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
(*) Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 288 dd. 16/2/2007 sono rispettati I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 1 luglio, 1 ottobre e 31 dicembre.	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono evitati sfondamenti per ogni prestazione definita dalla DGR 288/2007 per l'ambito di competenza dell'Area Vasta, secondo le modalità previste dalla linea 3.4.1.1 della DGR 2384 dd. 25/11/2010, ed ulteriormente specificate con nota prot.22865 dd. 29/12/2010 ("I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prescrizioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base"). L'eventuale sfondamento comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - tolleranza del 2% su tutte le osservazioni - entro il 10% di errore su tutte le osservazioni - abbattimento del 50%; - oltre il 10% di errore su tutte le osservazioni - abbattimento del 100%;	15
(*) Implementazione di agende di prenotazione condivise in Area Vasta	Presenza di 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")	L'obiettivo si intende raggiunto se è possibile la prenotazione da un qualsiasi punto di prenotazione verso le agende di tutte le strutture erogatrici pubbliche appartenenti alla medesima Area Vasta, delle seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • 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. Verifica campionaria	4

<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta a garanzia del riconoscimento dei diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Entro il 15 aprile 2011, le Aziende definiscono ed applicano, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.</p>	<p>Acquisizione di documentazione attestante l'implementazione delle modalità e dei percorsi comuni adottati dall'Area Vasta. L'obiettivo si intende raggiunto se la documentazione acquisita risulta conforme ai dettami dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 ed a quanto previsto dalla linea 3.4.1.5 della DGR 2384 dd. 25 novembre 2010.</p>	<p>3</p>
<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'art.13 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Le Aziende definiscono ed applicano idonee modalità, omogenee in Area Vasta, destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto dal riscontro della presenza di adeguate modalità di informazione sui limiti di tempo massimo previsti per l'erogazione delle prestazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nelle sale d'attesa di ognuna delle sedi di erogazione definite dal Piano di contenimento dei tempi d'attesa; • nelle sedi dei Medici di Medicina Generale; • nel sito aziendale; • presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP); • nella carta dei servizi; • in campagne informative dedicate <p>Verifica campionaria.</p>	<p>3</p>

OMISSIS

AZIENDA OSPEDALIERA "SANTA MARIA DEGLI ANGELI" di PORDENONE

1) Tempi di attesa

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	MODALITA' DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
<p>(*) Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa</p>	<p>Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 288 dd. 16/2/2007 sono rispettati I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 1 luglio, 1 ottobre e 31 dicembre.</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto se vengono evitati sfondamenti per ogni prestazione definita dalla DGR 288/2007 per l'ambito di competenza dell'Area Vasta, secondo le modalità previste dalla linea 3.4.1.1 della DGR 2384 dd. 25/11/2010, ed ulteriormente specificate con nota prot.22865 dd. 29/12/2010 ("I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prescrizioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base"). L'eventuale sfondamento comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - tolleranza del 2% su tutte le osservazioni - entro il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 50%; - oltre il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 100%;</p>	<p align="center">15</p>
<p>(*) Implementazione di agende di prenotazione condivise in Area Vasta</p>	<p>Presenza di 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")</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto se è possibile la prenotazione da un qualsiasi punto di prenotazione verso le agende di tutte le strutture erogatrici pubbliche appartenenti alla medesima Area Vasta, delle seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • 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. Verifica campionaria </p>	<p align="center">4</p>

<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta a garanzia del riconoscimento dei diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Entro il 15 aprile 2011, le Aziende definiscono ed applicano, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.</p>	<p>Acquisizione di documentazione attestante l'implementazione delle modalità e dei percorsi comuni adottati dall'Area Vasta. L'obiettivo si intende raggiunto se la documentazione acquisita risulta conforme ai dettami dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 ed a quanto previsto dalla linea 3.4.1.5 della DGR 2384 dd. 25 novembre 2010.</p>	<p>3</p>
<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'art.13 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Le Aziende definiscono ed applicano idonee modalità, omogenee in Area Vasta, destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto dal riscontro della presenza di adeguate modalità di informazione sui limiti di tempo massimo previsti per l'erogazione delle prestazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nelle sale d'attesa di ognuna delle sedi di erogazione definite dal Piano di contenimento dei tempi d'attesa; • nelle sedi dei Medici di Medicina Generale; • nel sito aziendale; • presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP); • nella carta dei servizi; • in campagne informative dedicate <p>Verifica campionaria.</p>	<p>3</p>

OMISSIS

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

1) Tempi di attesa

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	MODALITA' DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
(*) Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 288 dd. 16/2/2007 sono rispettati I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 1 luglio, 1 ottobre e 31 dicembre.	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono evitati sfondamenti per ogni prestazione definita dalla DGR 288/2007 per l'ambito di competenza dell'Area Vasta, secondo le modalità previste dalla linea 3.4.1.1 della DGR 2384 dd. 25/11/2010, ed ulteriormente specificate con nota prot.22865 dd. 29/12/2010 ("I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prescrizioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base"). L'eventuale sfondamento comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - tolleranza del 2% su tutte le osservazioni - entro il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 50%; - oltre il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 100%;	15
(*) Implementazione di agende di prenotazione condivise in Area Vasta	Presenza di 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")	L'obiettivo si intende raggiunto se è possibile la prenotazione da un qualsiasi punto di prenotazione verso le agende di tutte le strutture erogatrici pubbliche appartenenti alla medesima Area Vasta, delle seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • 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. Verifica campionaria	4

<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta a garanzia del riconoscimento dei diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Entro il 15 aprile 2011, le Aziende definiscono ed applicano, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.</p>	<p>Acquisizione di documentazione attestante l'implementazione delle modalità e dei percorsi comuni adottati dall'Area Vasta. L'obiettivo si intende raggiunto se la documentazione acquisita risulta conforme ai dettami dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 ed a quanto previsto dalla linea 3.4.1.5 della DGR 2384 dd. 25 novembre 2010.</p>	<p>3</p>
<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'art.13 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Le Aziende definiscono ed applicano idonee modalità, omogenee in Area Vasta, destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto dal riscontro della presenza di adeguate modalità di informazione sui limiti di tempo massimo previsti per l'erogazione delle prestazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nelle sale d'attesa di ognuna delle sedi di erogazione definite dal Piano di contenimento dei tempi d'attesa; • nelle sedi dei Medici di Medicina Generale; • nel sito aziendale; • presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP); • nella carta dei servizi; • in campagne informative dedicate <p>Verifica campionaria.</p>	<p>3</p>

OMISSIS

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

1) Tempi di attesa

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	MODALITA' DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
(*) Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	Tutti i tempi d'attesa previsti dalla DGR 288 dd. 16/2/2007 sono rispettati I monitoraggi validi ai fini del riconoscimento del punteggio sono: 1 luglio, 1 ottobre e 31 dicembre.	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono evitati sfondamenti per ogni prestazione definita dalla DGR 288/2007 per l'ambito di competenza dell'Area Vasta, secondo le modalità previste dalla linea 3.4.1.1 della DGR 2384 dd. 25/11/2010, ed ulteriormente specificate con nota prot.22865 dd. 29/12/2010 ("I tempi massimi previsti dovranno essere rispettati in almeno una sede di area vasta per le prescrizioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base"). L'eventuale sfondamento comporta la penalizzazione per tutte le Aziende appartenenti all'Area Vasta con il seguente meccanismo: - tolleranza del 2% su tutte le osservazioni - entro il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 50%; - oltre il 10% di errore su tutte le osservazioni abbattimento del 100%;	15
(*) Implementazione di agende di prenotazione condivise in Area Vasta	Presenza di 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")	L'obiettivo si intende raggiunto se è possibile la prenotazione da un qualsiasi punto di prenotazione verso le agende di tutte le strutture erogatrici pubbliche appartenenti alla medesima Area Vasta, delle seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • 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. Verifica campionaria	4

<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta a garanzia del riconoscimento dei diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni, nel rispetto dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Entro il 15 aprile 2011, le Aziende definiscono ed applicano, modalità e percorsi comuni di Area Vasta.</p>	<p>Acquisizione di documentazione attestante l'implementazione delle modalità e dei percorsi comuni adottati dall'Area Vasta. L'obiettivo si intende raggiunto se la documentazione acquisita risulta conforme ai dettami dei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 ed a quanto previsto dalla linea 3.4.1.5 della DGR 2384 dd. 25 novembre 2010.</p>	<p>3</p>
<p>(*) Definizione ed implementazione di modalità e percorsi comuni in Area vasta destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni nel rispetto dell'art.13 della LR 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Le Aziende definiscono ed applicano idonee modalità, omogenee in Area Vasta, destinate ad assolvere l'obbligo di informazione ai cittadini dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</p>	<p>L'obiettivo si intende raggiunto dal riscontro della presenza di adeguate modalità di informazione sui limiti di tempo massimo previsti per l'erogazione delle prestazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nelle sale d'attesa di ognuna delle sedi di erogazione definite dal Piano di contenimento dei tempi d'attesa; • nelle sedi dei Medici di Medicina Generale; • nel sito aziendale; • presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP); • nella carta dei servizi; • in campagne informative dedicate <p>Verifica campionaria.</p>	<p>3</p>

OMISSIS

ALLEGATO 3

Esito obiettivi “Contenimento tempi di attesa” anno 2009 - Patto Regione – direttori generali.

Azienda	Punteggio assegnato	Punteggio raggiunto	% raggiungimento
ASS 1	25	20	80%
ASS 2	25	N.C. (*) 24	96%
ASS 3	25	24	96%
ASS 4	25	25	100%
ASS 5	25	24,5	98%
ASS 6	25	1	4%
AOU di Trieste	25	12,62	50,48%
AOU di Udine	25	19,06	76,24%
AO di Pordenone	25	N.C. (*) 0,5	2%
Burlo Garofolo	25	24,5	98%
CRO Aviano	25	6,12	24,48%
Agenzia regionale della sanità	10	5	50%

(*) Non compete incentivo per mancato raggiungimento equilibrio di bilancio conseguentemente i punteggi raggiunti, qui riportati, non essendo utili a tale scopo, non figurano nel documento (*allegato B*) “Patto Regione – Direttori generali del SSR anno 2009” approvato con DGR n.175/2012.

ALLEGATO 4

Delibera n° 370

Estratto del processo verbale della seduta del

11 marzo 2011

oggetto:

APPROVAZIONE PRE-INTESA SULLE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE 2011 PERSONALE DEL COMPARTO.

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

Daniele BERTUZZI Segretario generale

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

PREMESSO CHE:

- con deliberazione giuntales n. 1492 del 28 luglio 2010 è stato approvato lo schema di accordo sottoscritto il 13 luglio 2010 dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS del comparto sull'attribuzione delle 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;
- con il medesimo provvedimento la Giunta Regionale ha autorizzato l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali alla stipula dell'accordo definitivo con le OO.SS del comparto;
- per l'effetto, l'accordo definitivo è stato sottoscritto tra le parti il giorno 16 settembre 2010;

ATTESO CHE con l'anzidetto accordo la Regione aveva messo a disposizione per l'esercizio 2010 le seguenti cifre, al netto degli oneri riflessi, da attribuire al personale dell'area del comparto delle Aziende ed Enti del SSR:

- a) l'importo di € 15.727.529,07 già messo a disposizione dalla Regione per il 2009;
- b) ulteriore importo di € 1.471.326,26 quale finanziamento "una tantum" a carattere straordinario per il solo esercizio 2010 vincolato al fine di conseguire la graduale armonizzazione del trattamento economico del personale del servizio sanitario regionale, in esecuzione della disposizione contenuta nell'articolo 9, comma 9, della legge regionale n. 17/2008.

CHE, inoltre, relativamente all'utilizzo dell'importo disponibile di cui alla lettera a) le parti, con il citato accordo concordavano:

- la conferma di vincoli e quote già stabiliti dalle parti nel Protocollo di intesa del 16 febbraio 2010 approvato con D.G.R. n. 598/2010, assegnando a tal fine la somma di € 8.005.780, 08, al netto degli oneri riflessi, a favore del personale interessato all'incentivo per il lavoro notturno e festivo, all'incentivo per turno, all'incentivo per il personale ota/oss ed, altresì, la somma di € 356.685, 41, al netto degli oneri riflessi, finalizzata all'incentivazione del personale distaccato corsi di laurea area sanitaria;
- la conferma del riconoscimento, per effetto delle scelte effettuate con l'intesa del 10.11.2004 e per le motivazioni ivi contenute, di una quota pari ad € 21.260,87 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;
- la ripartizione della quota residua pari ad € 7.343.802,71, al netto degli oneri riflessi, tra le aziende ed enti del SSR proporzionalmente alla consistenza numerica del personale del comparto del SSR alla data del 31.12.2009 e la loro prioritaria finalizzazione al finanziamento degli obiettivi individuati a livello regionale e descritti nel Punto 2 dell'intesa numeri da 1 a 6;

DATO ATTO che, in data 31.12.2010 è scaduta l'intesa regionale del 16 settembre 2010, sopra richiamata;

CHE, peraltro, pur non sussistendo obblighi specifici di erogazioni aggiuntive da parte della Regione derivanti da norme contrattuali, la Regione ritiene comunque di confermare anche nel 2011 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. 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;

ATTESO CHE l'assegnazione delle risorse finanziarie aggiuntive da parte della Regione trova specifico riferimento e fondamento giuridico nelle seguenti fonti normative:

- 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;

CHE, per l'effetto, la Regione mette a disposizione per l'esercizio 2011 l'importo complessivo di € **15.727.529,07** già messo a disposizione per il 2009 e per il 2010 (cui vanno aggiunti € 5.315.904,83 per oneri riflessi pari al 33,80%) da destinare all'Area del personale del Comparto per essere utilizzate nell'ambito del fondo per la retribuzione di produttività;

PRESO ATTO che, in data 7 marzo 2011 l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS del Comparto hanno sottoscritto lo schema di accordo, regolante l'attribuzione dell'importo sopra quantificato di risorse finanziarie aggiuntive per l'esercizio 2011 da destinare al personale dell'area del comparto ad integrazione dei fondi di produttività;

ATTESO CHE, con il predetto schema di accordo le parti, rispetto all'impiego delle risorse disponibili, hanno concordato, fra l'altro, le seguenti finalizzazioni:

a) conferma delle scelte già operate nelle intese precedenti rispetto alla valorizzazione del "particolare" disagio legato al lavoro notturno e festivo con conseguente destinazione di una quota pari ad € 8.287.177,33, al netto degli oneri riflessi, per il riconoscimento al personale interessato degli incentivi correlati al lavoro notturno e festivo, al turno, ai profili OTA/OSS e di una quota pari a € 350.742,95, al netto degli oneri riflessi, per il riconoscimento dei benefici economici al personale distaccato ai corsi di laurea area sanitaria;

CHE, in proposito, al fine di garantire la continuità nell'erogazione a fronte delle prestazioni effettuate nelle more della sottoscrizione del predetto schema di accordo, gli importi di cui alla lettera sub a) sono corrisposti a decorrere dal 1 gennaio 2011 nei valori già stabiliti nel Protocollo di Intesa del 16 febbraio 2010 approvato con DGR n. 598/2010 e di seguito vengono riportati:

- l'incentivo per il lavoro notturno e festivo viene riconfermato, per l'esercizio 2011 a decorrere dal 1° gennaio 2011 nel valore già stabilito con la precedente intesa del 9.02.2004 (decurtato nella misura pari all'aumento dell'indennità del lavoro notturno e festivo che è stato previsto dal CCNL 19.04.2004) che pertanto ammonta a € 9,71 per ciascun turno notturno di effettivo servizio ed € 5,42 per ciascun turno festivo di effettivo servizio;

- viene riconfermato, altresì, per l'esercizio 2011 a decorrere dal 1° gennaio 2011, l'incremento dell'indennità giornaliera del personale che svolge l'attività in servizi articolati su due e tre turni nei medesimi valori e cioè € 1,00 per ciascuna giornata di effettivo servizio su due turni ed € 4,49 per ciascuna giornata di effettivo servizio su tre turni, rimanendo comunque ferme le opportunità disposte con gli accordi aziendali di miglior favore, già sottoscritti nel 2003 per quanto concerne l'incentivo al personale che opera su due turni, nonché laddove non esistenti, potrà anche essere corrisposto un incentivo superiore che non superi, tuttavia, l'importo di € 2,07, compatibilmente alle risorse assegnate a ciascuna azienda/ente;

- l'incentivo stabilito per il personale OTA/OSS viene riconfermato per l'esercizio 2011 a decorrere dal 1° gennaio 2011, nei confronti dei predetti aventi diritto che prestano servizio nelle terapie intensive, sub - intensive, sale operatorie, servizi di nefrologia - dialisi e nei servizi di malattie infettive, nei valori rispettivamente € 1,50 per ciascuna giornata di effettivo servizio per il personale OTA ed € 2,58 per ciascuna giornata di effettivo servizio per gli OSS;

- gli importi assegnati anticipano eventuali incrementi delle indennità per turni notti e feste o comunque collegate ai tre punti di cui sopra che saranno previste dal prossimo rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro. Le risorse che si renderanno disponibili saranno utilizzate per ulteriori finalità stabilite dal tavolo regionale;

- gli incentivi ai tutor e coordinatori impegnati nei corsi di laurea delle professioni sanitarie vengono, altresì, confermati dal 1.01.2011, nella misura relativa ai tetti annui di retribuzione accessoria previsti, rispettivamente nell'importo di € 8.000,00 per i coordinatori e nell'importo di € 7.000,00 per i tutors di 1° livello e per tali risorse le parti hanno condiviso la necessità che le stesse debbano essere correlate a specifiche progettualità da individuarsi a livello aziendale sentita l'Università prevedendosi indicatori e parametri idonei ad accertare l'effettivo raggiungimento degli

obiettivi assegnati;

b) destinazione delle altre risorse disponibili pari ad € 7.068.347,92, al netto degli oneri riflessi, alla contrattazione integrativa aziendale che dovrà stabilirne l'impiego con le seguenti modalità:

- prioritaria, ma non esclusiva, finalizzazione a fronte degli obiettivi individuati a livello regionale e descritti nel punto 2 dello schema di accordo nelle lettere da a) a f);
- secondariamente, finalizzazione delle risorse 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.

RILEVATO che, gli stanziamenti per il 2011 degli importi indicati nelle lettere a) e b) di cui sopra sono distribuiti tra gli enti del servizio sanitario regionale come risulta dalla tabella allegata allo schema di accordo (allegato 1);

PRESO ATTO che è riservata alla Giunta Regionale la valutazione della coerenza del citato schema di accordo del 7 marzo 2011 sull'attribuzione delle risorse regionali aggiuntive 2011 al personale del comparto del SSR rispetto alla facoltà della Regione di disporre in merito all'erogazione di tali risorse e alle finalità cui correlarle;

CHE, inoltre, l'approvazione da parte della Giunta Regionale del citato schema di accordo 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;

VISTO in proposito il contenuto dello schema di accordo stipulato il 7 marzo 2011 relativo alle risorse aggiuntive regionali 2011 destinate al personale appartenente all'area del Comparto da utilizzare per incrementare i fondi aziendali per la produttività, e valutato che i contenuti concordati dalle parti, con particolare riferimento all'individuazione degli obiettivi prioritari regionali cui correlare le risorse, risultano condivisibili e coerenti con gli atti di programmazione regionale oltre che con la logica sviluppata tramite le intese regionali sin qui intervenute nell'ottica di un miglioramento del servizio sanitario;

RITENUTO, pertanto, di approvare lo schema di accordo sottoscritto il 7 marzo 2011 dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS. del Comparto sull'attribuzione delle risorse finanziarie aggiuntive al personale del comparto del SSR per l'esercizio 2011 comprensivo della tabella di ripartizione, che, allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

RIBADITO, che gli enti del Servizio sanitario regionale non sono legittimati a corrispondere anticipazioni sulla retribuzione di produttività fino a quando non sarà sottoscritto, a livello aziendale, l'accordo sulle risorse finanziarie aggiuntive relative all'esercizio 2011, fatta salva, la corresponsione a decorrere dal 1 gennaio 2011 nelle modalità indicate, degli incentivi correlati al disagio legato al lavoro notturno e festivo e a consentire l'omogeneità di trattamento economico complessivamente assegnato al personale distaccato ai corsi di laurea delle professioni sanitarie, tenuto conto dell'opportunità di consentire in ambito regionale il mantenimento dei consolidati strumenti di incentivazione del personale infermieristico e di supporto all'assistenza alle condizioni e per le finalità già stabilite nelle intese regionali precedentemente approvate;

DATO ATTO che all'onere di spesa conseguente all'allegato schema di accordo sottoscritto il 7 marzo 2011 ammontante, per l'anno 2011, a complessivi € 21.043.433,90 (€ 15.727.529,07 cui vanno aggiunti € 5.315.904,83 per oneri riflessi pari al 33,80%) si provvede con le risorse già assegnate al finanziamento del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2011;

TUTTO ciò premesso, su proposta dall'Assessore regionale alla salute e 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 7 marzo 2011 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 2011 comprensivo della tabella di ripartizione delle risorse alle aziende ed enti del SSR, allegati al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante e sostanziale;
2. di autorizzare, conseguentemente, 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 derivante dal citato schema di accordo del 7 marzo 2011 ammontante, per l'anno 2011 a complessivi € 21.043.433,90 (€ 15. 727.529,07 cui vanno aggiunti € 5.315.904,83 per oneri riflessi pari al 33,80%) si provvede con le risorse già assegnate al finanziamento del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2011;
4. di precisare che gli enti del Servizio sanitario regionale non sono legittimati a corrispondere anticipazioni sulla retribuzione di produttività fino a quando non sarà sottoscritto, a livello aziendale, l'accordo sulle risorse finanziarie aggiuntive relative all'esercizio 2011, fatta salva, la corresponsione a decorrere dal 1 gennaio 2011 nelle modalità indicate, degli incentivi correlati al disagio legato al lavoro notturno e festivo e a consentire l'omogeneità di trattamento economico complessivamente assegnato al personale distaccato ai corsi di laurea delle professioni sanitarie, tenuto conto dell'opportunità di consentire in ambito regionale il mantenimento dei consolidati strumenti di incentivazione del personale infermieristico e di supporto all'assistenza alle condizioni e per le finalità già stabilite nelle intese regionali precedentemente approvate;
5. di precisare, altresì, che gli enti del Servizio sanitario regionale, nell'utilizzare e rendicontare le risorse aggiuntive complessivamente assegnate per il 2011, si atterranno alle modalità gestionali individuate nel su citato schema di accordo dd. 7 marzo 2011;
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, in conformità alle indicazioni, a tal fine, impartite dalla Direzione Centrale salute, integrazione socio sanitaria e politiche del personale.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA
PRE-INTESA
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 2011

Udine, 7 marzo 2011

PREMESSE

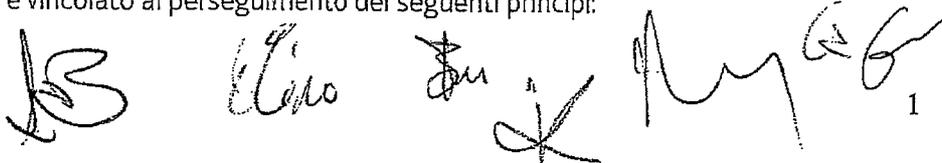
In data 31.12.2010 è scaduta l'intesa regionale sulle risorse finanziarie aggiuntive del personale del Comparto del SSR, sottoscritta il 16 settembre 2010 previa approvazione da parte della Giunta Regionale (DGR n. 1492 del 28 luglio 2010) dello schema di accordo sottoscritto il 13 luglio 2010 tra l'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS del comparto. Tale intesa, regolante l'attribuzione delle risorse finanziarie aggiuntive per l'esercizio 2010 da destinare al personale dell'area del comparto, oltre a confermare quote e vincoli stabiliti dalle parti nel Protocollo di intesa del 16 febbraio 2010 approvato con D.G.R. n. 598/2010 ha previsto l'attribuzione alle Aziende ed Enti del SSR dei seguenti importi, per l'esercizio 2010:

- l'importo di **€ 15.727.529,07** già messo a disposizione **dalla Regione per il 2009;**
- ulteriore importo di **€ 1.471.326,26** quale finanziamento "una tantum" a carattere straordinario per il solo esercizio 2010 vincolato al fine di conseguire la graduale armonizzazione del trattamento economico del personale del servizio sanitario regionale, in esecuzione della disposizione contenuta nell'articolo 9, comma 9, della legge regionale n. 17/2008.

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. n. 502/92 e s.m.e.i. e d. lgs. 165/2001 e s.m.e.i. e dai 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 2011 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 2011, sarà principalmente finalizzato e vincolato al perseguimento dei seguenti principi:



1

- confermare la valorizzazione delle professionalità impegnate nella gestione del momento assistenziale nelle strutture sanitarie sulla scorta delle scelte operate negli accordi precedenti;
- promuovere politiche del personale in aree/settori di seguito 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;
- dare impulso ai processi di programmazione dell'Area Vasta che costituisce, in linea con le indicazioni del Piano socio sanitario regionale, lo strumento fondamentale per l'attuazione della pianificazione regionale;
- rafforzare, in coerenza con le disposizioni nazionali che definiscono flussi procedurali legati alla performance, il processo di associazione delle risorse economiche a risultati misurabili e valutabili; si ribadisce, infatti, che le risorse regionali aggiuntive in quanto utilizzate nell'ambito del fondo della produttività ne seguono i principi, come anche codificati nei CCNL, vale a dire:
 - gli obiettivi devono essere preventivamente concordati con la metodologia budgetaria;
 - i criteri di valutazione ai fini della corresponsione delle risorse ai dipendenti sono realizzati in modo da garantire la selettività ed il loro effettivo carattere incentivante;
 - poiché l'erogazione dei compensi attiene al raggiungimento di obiettivi di miglioramento dei servizi e di produttività ulteriori rispetto alla attività istituzionale, la relativa valutazione tiene conto dell'effettivo apporto partecipativo e qualitativo dei dipendenti coinvolti nei progetti regionali e programmi di produttività.

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 2011. Per il predetto esercizio, la Regione mette a disposizione l'importo complessivo di € **15.727.529,07** (già messo a disposizione per il 2009 e per il 2010) 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.

The bottom of the page features several handwritten signatures and initials. From left to right, there is a large 'DR' signature, a signature that appears to be 'Alino', a signature that looks like 'Z' or 'M', and a signature that looks like 'G' or 'C'.

IMPIEGO RISORSE

ESERCIZIO 2011

Punto 1: conferma di scelte derivanti da accordi precedenti

Si ribadiscono le scelte già operate nelle intese precedenti rispetto alla valorizzazione del "particolare" disagio legato al lavoro notturno e festivo.

A tale fine, sono pertanto confermati per il presente esercizio a decorrere dal 1 gennaio 2011 gli incentivi previsti nel Protocollo di Intesa del 16 febbraio 2010 approvato con D.G.R. n. 598/2010, il cui contenuto è stato integralmente richiamato nell'intesa sulle risorse finanziarie aggiuntive del comparto del 16 settembre 2010 (ipotesi approvata con DGR n 1492 del 28 luglio 2010).

Conseguentemente una parte dell'importo totale di risorse regionali aggiuntive 2011 risulta vincolato con regole, importi e finalità di seguito riepilogati:

1. INCENTIVO PER IL LAVORO NOTTURNO E FESTIVO

Viene riconfermato, per l'esercizio 2011 a decorrere dal 1° gennaio 2011, l'importo dell'incentivo regionale secondo il valore stabilito con l'intesa del 9.02.2004 (decurtato nella misura pari all'aumento dell'indennità del lavoro notturno e festivo che è stato previsto dal CCNL 19.04.2004) e pertanto:

- € 9,71 per ciascun turno notturno di effettivo servizio;
- € 5,42 per ciascun turno festivo di effettivo servizio

2. INCENTIVO TURNO

Viene riconfermato, altresì, per l'esercizio 2011 a decorrere dal 1° gennaio 2011, l'incremento dell'indennità giornaliera del personale che svolge l'attività in servizi articolati su due e tre turni nei medesimi valori e cioè:

- € 1,00 per ciascuna giornata di effettivo servizio su due turni;
- € 4,49 per ciascuna giornata di effettivo servizio su tre turni;

Per quanto concerne l'incentivo per il personale che svolge l'attività sui due turni si mantengono gli accordi di miglior favore già sottoscritti nel 2003 e si possono prevedere nelle altre aziende, laddove non esistenti, anche incentivi superiori, e comunque complessivamente non maggiori a € 2,07, compatibilmente alle risorse assegnate a ciascuna azienda.

3. INCENTIVI PERSONALE OTA/OSS

Si riconferma anche per l'esercizio 2011 a decorrere dal 1° gennaio 2011, nei confronti del personale OTA e OSS che presta servizio nelle terapie intensive, sub - intensive, sale operatorie, servizi di nefrologia - dialisi e servizi di malattie infettive viene riconosciuto il seguente incentivo:

- € 1,50 per ciascuna giornata di effettivo servizio per il personale OTA;
- € 2,58 per ciascuna giornata di effettivo servizio per il personale OSS.

JB
Rico
G
G

Le parti condividono che 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 prossimo rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro. Le risorse che si renderanno disponibili saranno utilizzate per ulteriori finalità stabilite dal tavolo regionale.

4. PERSONALE DISTACCATO CORSI DI LAUREA AREA SANITARIA

I benefici economici (tetti annui di retribuzione accessoria), previsti per i coordinatori (€ 8.000,00) e i tutor di 1° livello (€ 7.000,00) vengono confermati.

Le parti confermano la necessità che dette risorse, legate alla funzione, debbano essere correlate a specifiche progettualità, da individuarsi a livello aziendale sentita l'Università, prevedendosi indicatori e parametri idonei ad accertare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Gli importi assegnati per tali obiettivi alle varie aziende sono quantificati sulla base della spesa rendicontata nell'esercizio 2009. Peraltro, al fine di ripartire le relative risorse per l'esercizio 2011 rispettivamente all'ASS 6 e all'AO di Pordenone, si deve tenere conto del trasferimento a far data dal 1 gennaio 2011 delle funzioni ospedaliere degli ospedali ex articolo 21 della provincia di Pordenone, dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli occidentale" all'Azienda Ospedaliero S. Maria degli Angeli di Pordenone. Conseguentemente, le quote di spettanza delle citate aziende vengono definite in coerenza al dato del personale transitato dall'ASS 6 all'AO PN che sia destinatario degli incentivi in argomento.

L'importo complessivo per il riconoscimento nel 2011 degli incentivi correlati ai vincoli descritti nei punti da 1 a 4 di cui sopra risulta pari a **€ 8.637.920,28**.

Ne deriva che:

- a) una quota pari ad **€ 8.287.177,33** 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 **€ 350.742,95** viene ripartita tra le Aziende per il riconoscimento dei benefici economici al personale distaccato ai corsi di laurea area sanitaria (punto 4).

Si ricorda, poi, 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.

[Handwritten signatures and initials]

Vengono, inoltre, confermati i principi introdotti e condivisi dalle parti nell'intesa del 2010 relativamente al servizio regionale di elisoccorso.

Si confermano in particolare, le seguenti modalità:

- il servizio regionale di elisoccorso è ricompreso nelle finalità delle spese sovraziendali, giusta DGR n. 2619 del 16.12.2010 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 dell'Agenzia Regionale della Sanità n. 79/1997;
- l'importo di € 381.000,00 rappresenta il budget massimo disponibile "vincolato" per il progetto di elisoccorso per il 2011; tale importo è da considerarsi aggiuntivo rispetto alle risorse regionali stanziate per il 2011 come quantificate da tabella allegata.
- in relazione al valore dell'incentivo riconosciuto al personale coinvolto, vengono confermati per il 2011, gli importi stabiliti dalla deliberazione n. 72 del 12.05.2009 dell'Agenzia Regionale della Sanità) come rendicontati nel 2008 e nel 2009;
- Le modalità di attribuzione dell'incentivo seguiranno le stesse regole di erogazione già in vigore nel corso del 2010.

Premesso un tanto, le parti danno atto che restano ancora disponibili per essere assegnate in questa fase risorse regionali aggiuntive pari ad € **7.068.347,92**, al netto degli oneri riflessi. Le parti concordano che detto importo sarà ripartito tra le Aziende sanitarie regionali (Aziende per i Servizi Sanitari, Aziende ospedaliere, Aziende Ospedaliero Universitarie, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), proporzionalmente alla consistenza numerica del personale del comparto del SSR alla data del 31.01.2011 (dati di sistema forniti da INSIEL, esclusi gli straordinari).

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 2011

Rispetto allo stanziamento complessivo di risorse regionali aggiuntive per l'esercizio 2011 (€ **15.727.529,07**), l'importo disponibile pari ad € **7.068.347,92** è demandato alla contrattazione integrativa aziendale che dovrà vincolarle a finanziare progetti aziendali modulati rispetto alle indicazioni di seguito specificate.

La distribuzione per il 2011 è quindi quantificata come da tabella allegata.

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 proposito, al fine di dare continuità a progetti e programmi ritenuti prioritari per il sistema sanitario regionale, le parti intendono proseguire in gran parte delle scelte già individuate per il 2010.

Conseguentemente definiscono le seguenti tematiche cui destinare in via principale le risorse finanziarie assegnate con la precisazione che gli importi non assegnati per le predette progettualità 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.

a) 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.

b) 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:

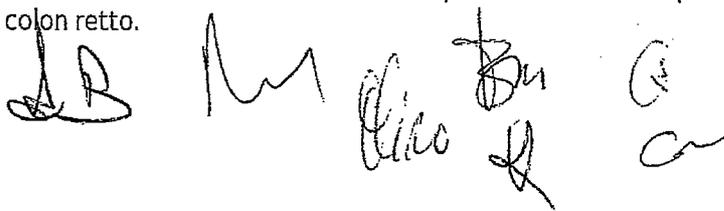
- a) al mantenimento dell'incremento del valore della produzione del 2010 anche nel 2011 relativamente alla aree/settori già interessati dagli obiettivi incentivati con la precedente intesa;
- b) in alternativa, all'incremento del valore della produzione nel 2011 rispetto all'anno 2010, per quei settori/aree non interessati nel 2010; detto incremento viene 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 2011 e il fatturato 2010.

Le attività correlate al presente obiettivo "vincolato" sono prestate dal personale coinvolto nel rispetto di quanto stabilito dal CCNL comparto.

c) Screening mammografico e colon retto

Prosegue anche per il 2011 il riconoscimento dell'incentivo al personale del comparto coinvolto nell'attività dello screening del colon retto.



E' confermato, altresì, l'incentivo al personale del comparto coinvolto nel progetto di screening mammografico, secondo le modalità in essere (nota ARS n. 5751 del 13.12.2006).

d) 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.

e) riorientamento dell'attività infermieristica e del personale di assistenza verso modelli organizzativi innovativi

Si intendono incentivare progettualità finalizzate ad individuare modalità organizzative, nel rispetto delle specificità dei singoli enti del servizio sanitario regionale, per l'introduzione di nuovi modelli assistenziali che promuovino anche l'impiego del personale addetto all'assistenza (ota, oss, oss con formazione complementare, inf. gen., puericultrici) al fine di realizzare interventi che coinvolgano i singoli profili professionali in un ottica di coordinamento delle risorse e di governo dei processi assistenziali.

f) Prevenzione - infortuni sul lavoro

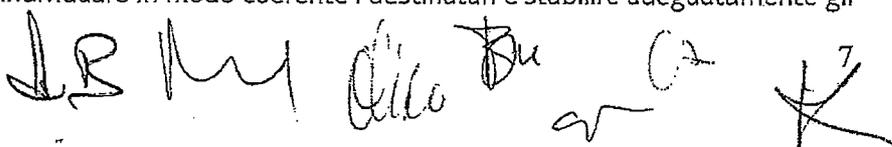
Si conferma per l'esercizio 2011 il tema degli infortuni quale progettualità da incentivare al fine di:

- 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;
- 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 2011 devono essere prioritariamente utilizzate per l'incentivazione degli obiettivi correlati al 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 (punti 1-4 del presente accordo);
2. le altre risorse disponibili pari ad € **7.068.347,92** vengono demandate alla contrattazione integrativa aziendale e il loro impiego è così stabilito:
 - a) prioritariamente, ma non esclusivamente, dovranno essere finalizzate a finanziare le problematiche nell'ambito degli obiettivi individuati a livello regionale e descritte nel paragrafo precedente nelle lettere da a) a g);
 - 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 contrattazione integrativa aziendale 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 2009) ed in quella misura attribuiti ad ogni singola Azienda si rivelassero insufficienti rispetto al fabbisogno emergente nel 2011, 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 2011 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 2010 nella misura che sarà rendicontata dall'Azienda in sede di chiusura del 2010 saranno riportati nell'esercizio 2011 con competenza relativa all'anno di assegnazione e saranno utilizzati secondo le regole stabilite al punto 2 di questo paragrafo.

Le risorse aggiuntive devono essere utilizzate dalle Aziende con le modalità previste per la retribuzione di produttività nel pieno ed integrale rispetto delle disposizioni normative e 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 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 2011, degli incentivi di cui al Punto 1 del presente accordo.

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 DCSISPS gli accordi sulle risorse regionali aggiuntive 2011 sottoscritti in sede di contrattazione integrativa aziendale.

L'Assessore



Le OO.SS

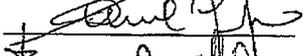
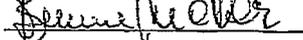
FP CGIL 
UIL FPL 
CISL FP 
F.S.I. 
FIALS 

TABELLA ALLEGATA ALL'INTESA RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE COMPARTO

ATTRIBUZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE
PERSONALE DEL COMPARTO
esercizio 2011

Azienda	risorse regionali aggiuntive 2011 distribuite pro-capite con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali	ris.reg.agg.ve per passaggi Bs-C prof.NON esaurimento	stima ris.agg.ve 2011 per incentivi lavoro notturno e festivo, turno, personale ota/oss, tutor e coordinatori	totale risorse regionali aggiuntive esercizio 2011
A.S.S. n. 1	454.146,38	-	348.000,00	802.146,38
A.S.S. n. 2	713.292,05	-	776.992,14	1.490.284,19
A.S.S. n. 3	422.929,16	20.834,21	574.992,74	1.018.756,11
A.S.S. n. 4	787.700,22	-	991.982,60	1.779.682,82
A.S.S. n. 5	501.186,02	-	668.579,37	1.169.765,39
A.S.S. n. 6	358.784,19	-	319.497,17	678.281,36
A.O.U. Trieste	1.048.984,06	-	1.620.359,00	2.669.343,06
A.O.U Udine	1.344.906,18	-	1.683.296,62	3.028.202,80
A.O. Pordenone	972.010,09	-	1.206.765,29	2.178.775,38
CRO Aviano	210.395,50	-	145.350,00	355.745,50
Burlo Trieste	254.014,08	426,66	302.105,35	556.546,09
TOTALE	7.068.347,92	21.260,87	8.637.920,28	15.727.529,07

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE

ALLEGATO 5

Delibera n° 395

Estratto del processo verbale della seduta del
11 marzo 2011

oggetto:

APPROVAZIONE PRE-INTESA REGIONALE SULLE RISORSE FINANZIARIE AGGIUNTIVE DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA PER L'ANNO 2011.

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

Daniele BERTUZZI Segretario generale

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

PREMESSO CHE:

- con deliberazione giuntales n. 1491 del 28 luglio 2010 sono stati approvati gli schemi di accordi sottoscritti il 13 luglio 2010 dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS della dirigenza medica e veterinaria, concernenti rispettivamente l'attribuzione delle risorse regionali aggiuntive destinate alla retribuzione di risultato del personale dirigenziale dell'area della dirigenza medica e veterinaria per l'esercizio 2010 e l'attribuzione delle risorse vincolate al processo di armonizzazione in esecuzione dell'articolo 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008;
- con il medesimo provvedimento la Giunta Regionale ha autorizzato 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;
- per l'effetto, gli accordi definitivi sono stati sottoscritti tra le parti il giorno 16 settembre 2010;

ATTESO CHE con l'anzidetto accordo sull'attribuzione delle risorse regionali aggiuntive, la Regione aveva messo a disposizione la seguente cifra da attribuire, nel 2010, al personale del SSR appartenente all'area della dirigenza complessivamente intesa

- a) l'importo di € 8.239.736,27 già messo a disposizione dalla Regione per il 2009 (comprensivo dell'importo di € 408.000,00, vincolato per il progetto di screening mammografico anche per il 2010 e dell'importo di € 501.000,00 vincolato anche per il 2010 al progetto di screening del colon retto);

CHE, pertanto, risultava disponibile, per essere assegnato nel 2010, per la dirigenza del SSR l'importo complessivo di € 7.330.736,27, da ripartire tra le Aziende ed enti del SSR proporzionalmente alla consistenza numerica del personale dirigente al 31.12.2009;

CHE, inoltre, in base al numero delle sole unità di dirigenti medici e veterinari, risultava utilizzabile per la predetta dirigenza a titolo di risorse regionali aggiuntive l'importo pari ad € 6.155.467,93, al netto degli oneri riflessi da ripartire tra gli enti del servizio sanitario regionale;

RILEVATO CHE, relativamente all'utilizzo dell'importo disponibile pari ad € 6.155.467,93, le parti con l'accordo del 16 settembre 2010 concordavano di demandare l'intero importo alla contrattazione integrativa aziendale, con finalizzazione prioritaria al finanziamento di progetti aziendali collegati alle tematiche regionali individuate nell'accordo medesimo e secondariamente al raggiungimento di obiettivi strategici coerenti con quelli individuati nelle linee programmatiche regionali ed inseriti nei piani attuativi aziendali;

DATO ATTO CHE, in data 31.12.2010 è scaduta l'intesa regionale del 16 settembre sopra richiamata;

CHE, peraltro, pur non sussistendo obblighi specifici di erogazioni aggiuntive da parte della Regione derivanti da norme contrattuali, la Regione ritiene comunque di confermare anche nel 2011 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. 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;

ATTESO CHE l'assegnazione delle risorse finanziarie aggiuntive da parte della Regione trova specifico riferimento e fondamento giuridico nelle seguenti fonti normative:

- 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 della dirigenza.

CHE, per l'effetto, la Regione mette a disposizione per l'esercizio 2011 l'importo complessivo di € 8.239.736,27, al

netto degli oneri riflessi, già disposizione dalla Regione per il 2010 da destinare a tutta l'area della dirigenza del SSR per essere utilizzate nell'ambito del fondo per la retribuzione di produttività;

PRESO ATTO CHE, l'importo di cui sopra è comprensivo dell'importo di € 408.000,00, vincolato per il progetto di screening mammografico rispetto al quale sono fatte salve le prestazioni eseguite dai medici radiologi dal 1 gennaio 2011, ed altresì dell'importo di € 501.000,00 vincolato per il progetto di screening del colon retto (sottoscritto il 5 novembre 2007), che vengono entrambi prorogati anche per il 2011;

CHE, conseguentemente, resta disponibile, per essere assegnato nel 2011 per l'intera dirigenza del SSR, l'importo complessivo di € 7.330.736,27 al netto degli oneri riflessi;

DATO ATTO che la suddetta somma disponibile deve ripartirsi tra gli enti del servizio sanitario regionale proporzionalmente alla consistenza numerica del personale rispettivamente appartenente alla dirigenza medica e veterinaria e alla dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa;

CHE pertanto, sulla base del predetto criterio di riparto, le risorse disponibili destinate alla dirigenza medica e veterinaria ammontano, per l'esercizio 2011, ad € 6.190.967,63, (cui vanno aggiunti € 2.092.547,06 per oneri riflessi pari al 33,80%);

PRESO ATTO CHE, in data 10 marzo 2011 l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria hanno sottoscritto lo schema di accordo, regolante l'attribuzione dell'importo sopra quantificato per l'esercizio 2011 da destinare al personale dell'area della dirigenza medica e veterinaria ad integrazione dei fondi di risultato;

CHE, in particolare, con il predetto schema di accordo le parti hanno concordato, di demandare l'importo disponibile per la dirigenza medica e veterinaria pari ad € 6.190.967, 63 al netto degli oneri riflessi alla contrattazione integrativa aziendale per essere impiegato con le con le seguenti modalità:

- prioritaria finalizzazione a fronte degli obiettivi individuati a livello regionale nel punto 2 dello schema di accordo nei numeri da 1) a 3);
- secondariamente, finalizzazione delle risorse 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.

CHE, inoltre, in relazione al progetto del colon retto, con il citato accordo del 10 marzo, le parti hanno condiviso di apportare, a decorrere dal 1 gennaio 2011, la seguente modifica all'articolo 5 dell'accordo del 5 novembre 2007: l'ultimo comma dell'articolo 5 *"L'Agenzia Regionale della Sanità fornirà i relativi elementi valutativi agli organi di valutazione aziendali"* viene così sostituito: *Ciascuna azienda provvede a conteggiare e verificare il numero di prestazioni effettuate dal singolo dirigente interessato ai fini del riconoscimento dell'incentivo e relazionano la Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali dei relativi risultati "*.

RILEVATO che, lo stanziamento per il 2011 dell'importo disponibile pari ad € 6.190.967, 63 (cui vanno aggiunti € 2.092.547,06 per oneri riflessi pari al 33,80%) per le finalità di cui sopra è distribuito tra gli enti del servizio sanitario regionale, come risulta dalla tabella allegata allo schema di accordo (allegato 1);

PRESO ATTO che è riservata alla Giunta Regionale la valutazione della coerenza del citato schema di accordo del 10 marzo 2011 sull'attribuzione delle risorse regionali aggiuntive 2011 al personale della dirigenza medica e veterinaria del SSR rispetto alla facoltà della Regione di disporre in merito all'erogazione di tali risorse e alle finalità cui correlarle;

CHE, inoltre, l'approvazione da parte della Giunta Regionale del citato schema di accordo 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 medica e veterinaria;

VISTO in proposito il contenuto dello schema di accordo stipulato il 10 marzo 2011 relativo alle risorse aggiuntive regionali 2011 destinate al personale dell'area della dirigenza medica e veterinaria da utilizzare per incrementare i fondi aziendali di risultato, e valutato che i contenuti concordati dalle parti, con particolare riferimento all'individuazione degli obiettivi prioritari regionali cui correlare le risorse, risultano condivisibili e coerenti con gli atti di programmazione regionale oltre che con la logica sviluppata tramite le intese regionali sin qui intervenute nell'ottica di un miglioramento del servizio sanitario;

RITENUTO, pertanto, di approvare lo schema di accordo sottoscritto il 10 marzo 2011 dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS. della dirigenza Medica e veterinaria sull'attribuzione delle risorse finanziarie aggiuntive ai dirigenti medici e veterinari del SSR per l'esercizio 2011 comprensivo della tabella di ripartizione, che, allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

RIBADITO, che gli enti del Servizio sanitario regionale non sono legittimati a corrispondere anticipazioni sulla retribuzione di risultato fino a quando non sarà sottoscritto, a livello aziendale, l'accordo sulle risorse finanziarie aggiuntive relative all'esercizio 2011, fatta salva, la corresponsione a decorrere dal 1 gennaio 2011 secondo le modalità in essere, degli incentivi correlati alle prestazioni di screening mammografico effettuate dai medici radiologi;

DATO ATTO che all'onere di spesa conseguente all'allegato schema di accordo sottoscritto il 10 marzo 2011 ammontante, per l'anno 2011, a complessivi € 8.283.514,69 (€ 6.190.967,63 cui vanno aggiunti € 2.092.547,06 per oneri riflessi pari al 33,80%) si provvede con le risorse già assegnate al finanziamento del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2011;

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 10 marzo 2011 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 2011;
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 al predetto schema di accordo del 10 marzo 2011, ammontante, a complessivi euro € 8.283.514,69 (€ 6.190.967,63 cui vanno aggiunti € 2.092.547,06 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 2011;
4. di precisare che gli enti del Servizio sanitario regionale non sono legittimati a corrispondere anticipazioni sulla retribuzione di risultato fino a quando non sarà sottoscritto, a livello aziendale, l'accordo sulle risorse finanziarie aggiuntive relative all'esercizio 2011, fatta salva, la corresponsione a decorrere dal 1 gennaio 2011 secondo le modalità in essere, degli incentivi correlati alle prestazioni di screening mammografico effettuate dai medici radiologi;
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 citato schema di accordo del 10 marzo 2011;

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 PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE

REGIONE FRIULI – VENEZIA GIULIA

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 2011

Trieste, 10 marzo 2011

PREMESSE

In data 31 dicembre 2010 è scaduta l'intesa regionale sulle risorse finanziarie aggiuntive del personale della dirigenza medica e veterinaria sottoscritta il 16 settembre 2010 previa approvazione da parte della Giunta Regionale (DGR n. 1491 del 28 luglio 2010), fra gli altri, dello schema di accordo sottoscritto il 13 luglio 2010 dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS della dirigenza medica e veterinaria.

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 prioritariamente le risorse assegnate. Con il medesimo accordo era stata condivisa, inoltre, 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 dall'intesa.

In relazione a quest'ultima tematica, le parti avevano valutato la necessità che le aziende ed enti del SSR dovevano procedere ad una verifica del percorso di costituzione dei fondi contrattuali dell'area della dirigenza medica al fine di verificare che la consistenza degli stessi fosse 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. Si stabiliva, quindi, che le risultanze dovevano essere certificate dalle singole aziende ed enti del SSR.

A tale fine è stata data apposita indicazione alle aziende ed enti del SSR nel documento "Linee per la gestione del servizio sanitario 2011" approvate definitivamente con DGR n. 2384 del 25.11.2010. Le relative conclusioni saranno, quindi, riportate nel documento di approvazione del processo di programmazione annuale 2011 del servizio sanitario regionale di prossima adozione.

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 2011.

Si conferma in proposito il valore della tariffa aggiornata nel 2009 (€ 3.40 per referto).

A tal fine anche per il 2011 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 2011 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 2011.

Le parti condividono, altresì, di apportare, a decorrere dal 1 gennaio 2011, la seguente modifica all'articolo 5 del citato accordo del 2007: l'ultimo comma dell'articolo 5 "L'Agenzia Regionale della Sanità fornirà i relativi elementi valutativi agli organi di valutazione aziendali" viene così sostituito:

"Ciascuna azienda provvede a conteggiare e verificare il numero di prestazioni effettuate dal singolo dirigente interessato ai fini del riconoscimento dell'incentivo e relazionano la Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali dei relativi risultati".

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 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 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 2011, 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 2011, sarà prioritariamente finalizzato e vincolato al perseguimento dei seguenti principi:

- promuovere politiche del personale in aree/settori di seguito 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;

Handwritten signatures and initials are present at the bottom of the page, including a large signature on the left, several smaller initials in the center, and a signature on the right next to the page number '2'.

- dare impulso ai processi di programmazione dell'Area Vasta che costituisce, in linea con le indicazioni del Piano socio sanitario regionale, lo strumento fondamentale per l'attuazione della pianificazione regionale;
- rafforzare, in coerenza con le disposizioni nazionali che definiscono flussi procedurali legati alla performance, il processo di associazione delle risorse economiche a risultati misurabili e valutabili; si ribadisce, infatti, che le risorse regionali aggiuntive in quanto utilizzate nell'ambito del fondo di risultato ne seguono i principi, come anche codificati nei CCNL, vale a dire:
 - gli obiettivi devono essere preventivamente concordati con la metodologia budgetaria;
 - i criteri di valutazione ai fini della corresponsione delle risorse ai dipendenti sono realizzati in modo da garantire la selettività ed il loro effettivo carattere incentivante;
 - poiché l'erogazione dei compensi attiene al raggiungimento di obiettivi di miglioramento dei servizi e di produttività ulteriori rispetto alla attività istituzionale, la relativa valutazione tiene conto dell'effettivo apporto partecipativo e qualitativo dei dirigenti coinvolti nei progetti regionali e programmi di produttività.

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 2011 le seguenti somme complessive al netto di qualsiasi onere da destinare all'area della dirigenza:

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 2011;
- dell'importo di € 501.000,00 vincolato anche per il 2011 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. Peraltro, al fine di ripartire le relative risorse per l'esercizio

2011 rispettivamente all'ASS 6 e all'AO di Pordenone, si deve tenere conto del trasferimento a far data dal 1 gennaio 2011 delle funzioni ospedaliere degli ospedali ex articolo 21 della provincia di Pordenone, dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli occidentale" all'Azienda Ospedaliero S. Maria degli Angeli di Pordenone.

Conseguentemente, l'importo complessivamente disponibile 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 31.01.2011 (dati di sistema forniti da INSIEL esclusi gli straordinari).

Preso atto, quindi, che alla predetta data risultano n. 3441 dirigenti di cui n. 2906 unità di dirigenti MEDICI E VETERINARI, risulta disponibile per la predetta dirigenza nel 2011 l'importo di risorse regionali aggiuntive pari ad € **6.190.967,63**.

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: conferma di scelte derivanti da accordi precedenti

Vengono confermati i principi introdotti e condivisi dalle parti nell'intesa del 2010 relativamente al servizio regionale di elisoccorso.

Si confermano in particolare, le seguenti modalità:

- il servizio regionale di elisoccorso è ricompreso nelle finalità delle spese sovraziendali, giusta DGR n. 2619 del 16.12.2010 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 dell'Agenzia Regionale della Sanità n. 79/1997;
- l'importo di € 381.000,00 rappresenta il budget massimo disponibile "vincolato" per il progetto di elisoccorso per il 2011; tale importo è da considerarsi aggiuntivo rispetto alle risorse regionali stanziate per il 2011 come quantificate da tabella allegata.
- in relazione al valore dell'incentivo riconosciuto al personale coinvolto, vengono confermati per il 2011; gli importi stabiliti dalla deliberazione n. 72 del 12.05.2009 dell'Agenzia Regionale della Sanità) come rendicontati nel 2008 e nel 2009;

Le modalità di attribuzione dell'incentivo seguiranno le stesse regole di erogazione già in vigore nel corso del 2010.

Punto 2: obiettivi prioritari

Lo stanziamento complessivo di risorse regionali aggiuntive per l'esercizio 2011 per l'area della dirigenza medica e veterinaria, pari a € **6.190.967,63**, 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 2011 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, al fine di dare continuità a progetti e programmi ritenuti prioritari per il sistema sanitario regionale, le parti intendono proseguire in alcune scelte già individuate per il 2010.

Conseguentemente definiscono le seguenti tematiche cui destinare in via principale le risorse finanziarie assegnate con la precisazione che gli importi non assegnati per le predette progettualità 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 organizzativo e di gestione richiesto, si conferma l'intendimento di 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:

- a) al mantenimento dell'incremento del valore della produzione del 2010, al netto delle prestazioni aggiuntive remunerate nel 2010, anche nel 2011 relativamente alla aree/settori già interessati dagli obiettivi incentivati con la precedente intesa;
- b) in alternativa, all'incremento del valore della produzione nel 2011 rispetto all'anno 2010, al netto delle prestazioni aggiuntive già remunerate per il 2010, per quei settori/aree non interessati nel 2010; detto incremento viene 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 2011 e il fatturato 2010.

5

3) aree oggetto di riordino in attuazione del PSS

Nell'ambito del processo di programmazione del SSR delineato dal PSS e dalle Linee di gestione per il 2011, si ritiene di incentivare il personale coinvolto nelle funzioni oggetto di revisione e per le quali si sono previste azioni di riordino. Rientrano nella previsione di incentivazione i seguenti settori di attività:

- revisione dell'assetto dell'offerta delle funzioni coordinate;
- riordino aree materno-infantili;
- riordino ospedali ex art. 21 L.R. 27.02.1995 n. 13.

Punto 3

1. Le risorse attribuite alle singole aziende 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 numeri 1), 2) e 3).
- 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 sopra indicate alle 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.

2. Le parti concordano che l'utilizzo delle quote di cui sopra lettere a) e b) sarà oggetto di specifica rendicontazione. A tale scopo la DCS/SPS, 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.

3. Eventuali residui delle risorse regionali aggiuntive assegnate per l'esercizio 2011 dovranno essere riportati dalla singola Azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

4. Gli importi residui di risorse regionali aggiuntive 2010 nella misura rendicontata dall'Azienda in sede di chiusura del 2010 saranno riportati nell'esercizio 2011 con competenza riferita all'anno di assegnazione e saranno utilizzati secondo le regole stabilite nel punto 1 del presente paragrafo.

L'individuazione dei dirigenti destinatari, dei risultati attesi in riferimento agli indicatori, nonché dei compensi per singolo dirigente saranno definiti a livello integrativo aziendale.

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.

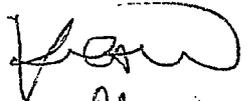
Così come previsto dai CCNLL, le eventuali anticipazioni o stati di avanzamento potranno essere erogati con le modalità dei Contratti Integrativi aziendali, ferma restando la corresponsione a partire dal

1 gennaio 2011, secondo le modalità in essere, degli incentivi correlati alle prestazioni di screening mammografico finora eseguite.

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 2011 sottoscritti in sede di contrattazione integrativa aziendale.

L'Assessore 

Le OO.SS Dirigenza Medica e Veterinaria

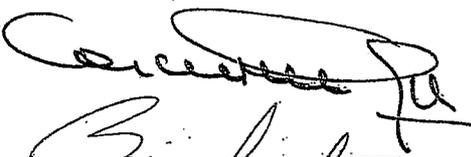
Relato Coll. FVA-SMI

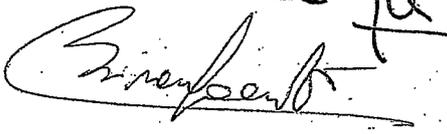
CGIL FP MEDICI
PPV. 

Asst. FVA SIVEA
D. V. 11 CIMA 

ANAO ASSOCIA Lombarda

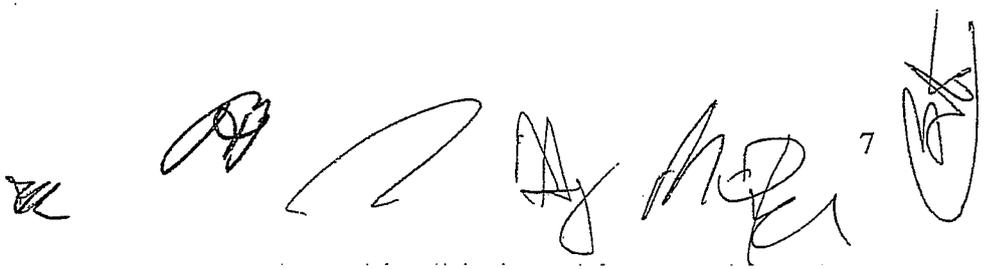
Sp. P. C. I. K. M. E. N. C. I.

 FESMED

 SNR (FASSID)

Faldo K. ANPO

UIL FPL medici 



**ATTRIBUZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE
PERSONALE DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA
esercizio 2011**

ESERCIZIO 2011	totale ASSEGNAZIONE 2011 con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali
ASS 1 - Trieste	268.431,49
ASS 2 - Isonina	615.688,11
ASS 3 - Alto Friuli	364.299,88
ASS 4 - Medio Friuli	600.775,25
ASS 5 - Bassa Friuliana	487.863,59
ASS 6 - Friuli Occidentale	221.562,50
A.O.U - Trieste	899.032,46
A.O.U - Udine	1.299.549,30
A.O. - Pordenone	939.510,23
CRO - Aviano	232.214,55
Burlo - Trieste	262.040,27
TOTALE ASSEGNAZIONE	6.190.967,63

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE

Handwritten signatures of the President and the General Secretary, located below the table.

ALLEGATO 6

Delibera n° 396

Estratto del processo verbale della seduta del
11 marzo 2011

oggetto:

APPROVAZIONE PRE-INTESA REGIONALE SULLE RISORSE FINANZIARIE AGGIUNTIVE DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA, PROFESSIONALE, TECNICA E AMMINISTRATIVA PER L'ANNO 2011.

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

Daniele BERTUZZI Segretario generale

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

PREMESSO CHE:

- con deliberazione giunta n. 1490 del 28 luglio 2010 sono stati approvati gli schemi di accordi sottoscritti il 13 luglio 2010 dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa (SPTA), concernenti rispettivamente l'attribuzione delle risorse regionali aggiuntive destinate alla retribuzione di risultato del personale dell'area della dirigenza SPTA per l'esercizio 2010 e l'attribuzione delle risorse vincolate al processo di armonizzazione in esecuzione dell'articolo 9, comma 9, della L.R. n. 17/2008;
- con il medesimo provvedimento la Giunta Regionale ha autorizzato l'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali alla stipula degli accordi definitivi con le OO.SS della dirigenza SPTA;
- per l'effetto, gli accordi definitivi sono stati sottoscritti tra le parti il giorno 16 settembre 2010;

ATTESO CHE con l'anzidetto accordo sull'attribuzione delle risorse regionali aggiuntive, la Regione aveva messo a disposizione la seguente cifra da attribuire, nel 2010, al personale del SSR appartenente all'area della dirigenza complessivamente intesa

- a) l'importo di € 8.239.736,27 già messo a disposizione dalla Regione per il 2009 (comprensivo dell'importo di € 408.000,00, vincolato per il progetto di screening mammografico anche per il 2010 e dell'importo di € 501.000,00 vincolato anche per il 2010 al progetto di screening del colon retto);

CHE, pertanto, risultava disponibile, per essere assegnato nel 2010, per la dirigenza del SSR l'importo complessivo di € 7.330.736,27, da ripartire tra le Aziende ed enti del SSR proporzionalmente alla consistenza numerica del personale dirigente al 31.12.2009;

CHE, inoltre, in base al numero delle sole unità di dirigenti dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, risultava utilizzabile per la predetta dirigenza a titolo di risorse regionali aggiuntive l'importo pari ad € 1.175.268,34, al netto degli oneri riflessi da ripartire tra gli enti del servizio sanitario regionale;

RILEVATO CHE, relativamente all'utilizzo dell'importo disponibile pari ad € 1.175.268,34, le parti con l'accordo del 16 settembre 2010 concordavano di demandare l'intero importo alla contrattazione integrativa aziendale, con finalizzazione prioritaria al finanziamento di progetti aziendali collegati alle tematiche regionali individuate nell'accordo medesimo e secondariamente al raggiungimento di obiettivi strategici coerenti con quelli individuati nelle linee programmatiche regionali ed inseriti nei piani attuativi aziendali;

DATO ATTO CHE, in data 31.12.2010 è scaduta l'intesa regionale del 16 settembre sopra richiamata;

CHE, peraltro, pur non sussistendo obblighi specifici di erogazioni aggiuntive da parte della Regione derivanti da norme contrattuali, la Regione ritiene comunque di confermare anche nel 2011 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. 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;

ATTESO CHE l'assegnazione delle risorse finanziarie aggiuntive da parte della Regione trova specifico riferimento e fondamento giuridico nelle seguenti fonti normative:

- 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 della dirigenza.

CHE, per l'effetto, la Regione mette a disposizione per l'esercizio 2011 l'importo complessivo di € 8.239.736,27, al

netto degli oneri riflessi, già messo a disposizione dalla Regione per il 2010 da destinare a tutta l'area della dirigenza del SSR per essere utilizzate nell'ambito del fondo per la retribuzione di produttività;

PRESO ATTO CHE, l'importo di cui sopra è comprensivo dell'importo di € 408.000,00, vincolato per il progetto di screening mammografico rispetto al quale sono fatte salve le prestazioni eseguite dai medici radiologi dal 1 gennaio 2011, ed altresì dell'importo di € 501.000,00 vincolato per il progetto di screening del colon retto (sottoscritto il 5 novembre 2007), che vengono entrambi prorogati anche per il 2011;

CHE, conseguentemente, resta disponibile, per essere assegnato nel 2011 per l'intera dirigenza del SSR, l'importo complessivo di € 7.330.736,27 al netto degli oneri riflessi;

DATO ATTO che la suddetta somma disponibile deve ripartirsi tra gli enti del servizio sanitario regionale proporzionalmente alla consistenza numerica del personale rispettivamente appartenente alla dirigenza medica e veterinaria e alla dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa;

CHE pertanto, sulla base del predetto criterio di riparto, le risorse disponibili destinate alla dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo ammontano, per l'esercizio 2011, ad € 1.139.768,64 (cui vanno aggiunti € 385.241,80 per oneri riflessi pari al 33,80%);

PRESO ATTO CHE, in data 10 marzo 2011 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, regolante l'attribuzione dell'importo sovra quantificato per l'esercizio 2011 da destinare al personale dell'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa;

CHE, in particolare, con il predetto schema di accordo le parti hanno concordato, di demandare l'importo disponibile per la dirigenza SPTA pari ad € 1.139.768,64 al netto degli oneri riflessi alla contrattazione integrativa aziendale per essere impiegato con le seguenti modalità:

- prioritaria finalizzazione a fronte degli obiettivi individuati a livello regionale nel punto 1 dello schema di accordo nei numeri da 1) a 3);
- secondariamente, finalizzazione delle risorse 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.

CHE, inoltre, in relazione al progetto del colon retto, con il citato accordo del 10 marzo, le parti hanno condiviso di apportare, a decorrere dal 1 gennaio 2011, la seguente modifica all'articolo 5 dell'accordo del 5 novembre 2007: l'ultimo comma dell'articolo 5 "*L'Agenzia Regionale della Sanità fornirà i relativi elementi valutativi agli organi di valutazione aziendali*" viene così sostituito: *Ciascuna azienda provvede a conteggiare e verificare il numero di prestazioni effettuate dal singolo dirigente interessato ai fini del riconoscimento dell'incentivo e relazionano la Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali dei relativi risultati*".

RILEVATO che, lo stanziamento per il 2011 dell'importo disponibile pari ad € 1.139.768,64 (cui vanno aggiunti € 385.241,80 per oneri riflessi pari al 33,80%) per le finalità di cui sopra è distribuito tra gli enti del servizio sanitario regionale, come risulta dalla tabella allegata allo schema di accordo (allegato 1);

PRESO ATTO che è riservata alla Giunta Regionale la valutazione della coerenza del citato schema di accordo del 10 marzo 2011 sull'attribuzione delle risorse regionali aggiuntive 2011 al personale della dirigenza SPTA del SSR rispetto alla facoltà della Regione di disporre in merito all'erogazione di tali risorse e alle finalità cui correlarle;

CHE, inoltre, l'approvazione da parte della Giunta Regionale del citato schema di accordo 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;

VISTO in proposito il contenuto dello schema di accordo stipulato il 10 marzo 2011 relativo alle risorse aggiuntive regionali 2011 destinate al personale dell'area della dirigenza SPTA da utilizzare per incrementare i fondi aziendali di risultato, e valutato che i contenuti concordati dalle parti, con particolare riferimento all'individuazione degli obiettivi prioritari regionali cui correlare le risorse, risultano condivisibili e coerenti con gli atti di programmazione regionale oltre che con la logica sviluppata tramite le intese regionali sin qui intervenute nell'ottica di un miglioramento del servizio sanitario;

RITENUTO, pertanto, di approvare lo schema di accordo sottoscritto il 10 marzo 2011 dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS. della dirigenza SPTA sull'attribuzione delle risorse finanziarie aggiuntive ai dirigenti dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, per l'esercizio 2011 comprensivo della tabella di ripartizione, che, allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

RIBADITO, che gli enti del Servizio sanitario regionale non sono legittimati a corrispondere anticipazioni sulla retribuzione di risultato fino a quando non sarà sottoscritto, a livello aziendale, l'accordo sulle risorse finanziarie aggiuntive relative all'esercizio 2011;

DATO ATTO che all'onere di spesa conseguente all'allegato schema di accordo sottoscritto il 10 marzo 2011 ammontante, per l'anno 2011, a complessivi € 1.525.010,44 (€ 1.139.768,64 cui vanno aggiunti € 385.241,80 per oneri riflessi pari al 33,80%) si provvede con le risorse già assegnate al finanziamento del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2011;

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 10 marzo 2011 dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS. della dirigenza SPTA, sulle risorse finanziarie aggiuntive destinate alla retribuzione di risultato dei dirigenti dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo per l'esercizio 2011;
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 SPTA;
3. di dare atto che all'onere di spesa conseguente al predetto schema di accordo del 10 marzo 2011, ammontante, a complessivi euro € 1.525.010,44 (€ 1.139.768,64 cui vanno aggiunti € 385.241,80 per oneri riflessi pari al 33,80%) si provvede con le risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario regionale già stanziare ed assegnate nell'anno 2011;
4. di precisare che gli enti del Servizio sanitario regionale non sono legittimati a corrispondere anticipazioni sulla retribuzione di risultato fino a quando non sarà sottoscritto, a livello aziendale, l'accordo sulle risorse finanziarie aggiuntive relative all'esercizio 2011;
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 citato schema di accordo del 10 marzo 2011;
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 SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE

REGIONE FRIULI – VENEZIA GIULIA
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 2011

Trieste, 10 marzo 2011

PREMESSE

In data 31 dicembre 2010 è scaduta l'intesa regionale sulle risorse finanziarie aggiuntive del personale della dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa sottoscritta il 16 settembre 2010 previa approvazione da parte della Giunta Regionale (DGR n. 1490 del 28 luglio 2010), fra gli altri, dello schema di accordo sottoscritto il 13 luglio 2010 dall'Assessore regionale alla salute e integrazione socio sanitaria e politiche sociali e dalle OO.SS della dirigenza SPTA.

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 prioritariamente le risorse assegnate. Con il medesimo accordo è stato, altresì, attribuito l'importo complessivo di € 120.647,12 al netto di qualsiasi onere, quale finanziamento "una tantum" a carattere straordinario per il solo esercizio 2010 vincolato al fine di conseguire la graduale armonizzazione del trattamento economico del personale del servizio sanitario regionale, in esecuzione della disposizione contenuta nell'articolo 9, comma 9, della legge regionale n. 17/2008.

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 2011.

Le parti condividono, altresì, di apportare, a decorrere dal 1 gennaio 2011, la seguente modifica all'articolo 5 del citato accordo del 2007: l'ultimo comma dell'articolo 5 "L'Agenzia Regionale della Sanità fornirà i relativi elementi valutativi agli organi di valutazione aziendali" viene così sostituito:



"Ciascuna azienda provvede a conteggiare e verificare il numero di prestazioni effettuate dal singolo dirigente interessato ai fini del riconoscimento dell'incentivo e relazionano la Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali dei relativi risultati".

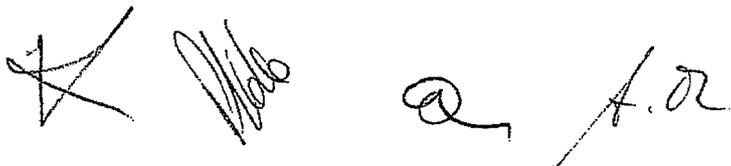
Dato atto che non esistono obblighi specifici di erogazioni aggiuntive da parte della Regione derivanti da norme contrattuali, la Regione ritiene comunque di confermare l'incremento dei fondi aziendali di risultato, di risorse aggiuntive favorevoli politiche del personale che consentano e favoriscano 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 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 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 2011, 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 2011, sarà prioritariamente finalizzato e vincolato al perseguimento dei seguenti principi:

- promuovere politiche del personale in aree/settori di seguito 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;
- dare impulso ai processi di programmazione dell'Area Vasta che costituisce, in linea con le indicazioni del Piano socio sanitario regionale, lo strumento fondamentale per l'attuazione della pianificazione regionale;
- rafforzare, in coerenza con le disposizioni nazionali che definiscono flussi procedurali legati alla performance, il processo di associazione delle risorse economiche a risultati misurabili e valutabili; si ribadisce, infatti, che le risorse regionali aggiuntive in quanto utilizzate nell'ambito del fondo di risultato ne seguono i principi, come anche codificati nei CCNL, vale a dire:
 - gli obiettivi devono essere preventivamente concordati con la metodologia budgetaria;
 - i criteri di valutazione ai fini della corresponsione delle risorse ai dipendenti sono realizzati in modo da garantire la selettività ed il loro effettivo carattere incentivante;
 - poiché l'erogazione dei compensi attiene al raggiungimento di obiettivi di miglioramento dei servizi e di produttività ulteriori rispetto alla attività istituzionale, la relativa valutazione tiene conto dell'effettivo apporto partecipativo e qualitativo dei dirigenti coinvolti nei progetti regionali e programmi di produttività.



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 Sanitaria Professionale Tecnica e Amministrativa.

RISORSE DISPONIBILI

Al fine di perseguire i principi sopra descritti, la Regione mette a disposizione per l'esercizio 2011 le seguenti somme complessive al netto di qualsiasi onere da destinare all'area della dirigenza complessivamente intesa:

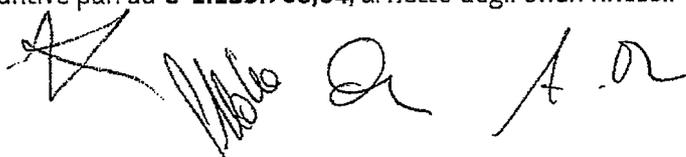
l'importo di € 8.239.736,27 già messo a disposizione dalla Regione per il 2009. Tale importo è comprensivo:

- 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. Peraltro, al fine di ripartire le relative risorse per l'esercizio 2011 rispettivamente all'ASS 6 e all'AO di Pordenone, si deve tenere conto del trasferimento a far data dal 1 gennaio 2011 delle funzioni ospedaliere degli ospedali ex articolo 21 della provincia di Pordenone, dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli occidentale" all'Azienda Ospedaliero S. Maria degli Angeli di Pordenone.

Conseguentemente, l'importo complessivamente disponibile 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 31.01.2011 (dati di sistema forniti da INSIEL esclusi gli straordinari).

Preso atto, quindi, che alla predetta data risultano n. 3441 dirigenti di cui n. 535 unità di dirigenti dei ruoli sanitario professionale tecnico e amministrativo, è disponibile per la predetta dirigenza nel 2011 l'importo di risorse regionali aggiuntive pari ad € 1.139.768,64, al netto degli oneri riflessi.



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: obiettivi prioritari

Lo stanziamento complessivo di risorse regionali aggiuntive per l'esercizio 2011 per l'area della dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa, pari a € **1.139.768,64**, è demandato alla contrattazione integrativa aziendale che dovrà vincolarlo a finanziare i progetti aziendali modulati rispetto alle indicazioni di seguito specificate.

La distribuzione per il 2011 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 SPTA, 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.

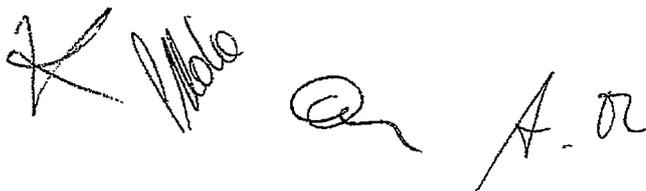
In particolare, al fine di dare continuità a progetti e programmi ritenuti prioritari per il sistema sanitario regionale, le parti intendono proseguire in alcune scelte già individuate per il 2010. Conseguentemente definiscono le seguenti tematiche cui destinare in via principale le risorse finanziarie assegnate con la precisazione che gli importi non assegnati per le predette progettualità 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) 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 2011.

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.

The image shows four handwritten signatures or initials in black ink. From left to right: a stylized signature that appears to be 'K. Molo', a signature that looks like 'Q', and a signature that looks like 'A. R.'. There is also a small mark to the right of the 'Q' signature.

Il riconoscimento dell'incentivo è commisurato:

- a) al mantenimento dell'incremento del valore della produzione del 2010, al netto delle prestazioni aggiuntive remunerate nel 2010, anche nel 2011 relativamente alle aree/settori già interessati dagli obiettivi incentivati con la precedente intesa;
- b) in alternativa, all'incremento del valore della produzione nel 2011 rispetto all'anno 2010, al netto delle prestazioni aggiuntive già remunerate per il 2010, per quei settori/aree non interessati nel 2010; detto incremento viene 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 2011 e il fatturato 2010.

2) contenimento spesa farmaceutica

La contrattazione integrativa aziendale provvederà a definire progetti-obiettivo per incentivare il personale dirigente farmacista in relazione a:

- distribuzione diretta dei farmaci alle strutture residenziali e semi-residenziali;
- distribuzione primo ciclo terapeutico post ricovero o visita specialistica ambulatoriale.

3) aree oggetto di riordino in attuazione del PSS

Nell'ambito del processo di programmazione del SSR delineato dal PSS e dalle Linee di gestione per il 2011, si ritiene di incentivare il personale coinvolto nelle funzioni oggetto di revisione e per le quali si sono previste azioni di riordino. Rientrano nella previsione di incentivazione i seguenti settori di attività:

- revisione dell'assetto dell'offerta delle funzioni coordinate;
- riordino aree materno-infantili;
- riordino ospedali ex art. 21 L.R. 27.02.1995 n. 13.

Punto 2

1. Le risorse disponibili attribuite alle singole aziende 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), 2) e 3).
- 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.

2. Le parti concordano che l'utilizzo delle quote di cui di cui sopra lettere a) e b) sarà oggetto specifica rendicontazione. A tale scopo la DCSISPS, sentite le OO.SS. dell'area SPTA, predisporrà il modello di



rendicontazione che sarà trasmesso ad ogni Azienda ed Istituto del SSR ai fini di un'analisi delle modalità di utilizzo.

3. Eventuali residui delle risorse regionali aggiuntive assegnate per l'esercizio 2011 dovranno essere riportati dalla singola Azienda nell'esercizio successivo a quello di attribuzione con competenza riferita all'anno di assegnazione.

4. Gli importi residui di risorse regionali aggiuntive 2010 nella misura rendicontata dall'Azienda in sede di chiusura del 2010 saranno riportati nell'esercizio 2011 con competenza riferita all'anno di assegnazione e saranno utilizzati secondo le regole stabilite nel punto 1 del presente paragrafo.

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.

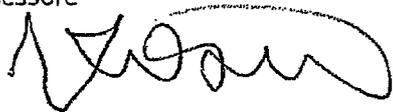
Così come previsto dai CCNLL, le eventuali anticipazioni o stati di avanzamento potranno essere erogati con le modalità dei Contratti Integrativi aziendali.

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 2011 sottoscritti in sede di contrattazione integrativa aziendale.

L'Assessore

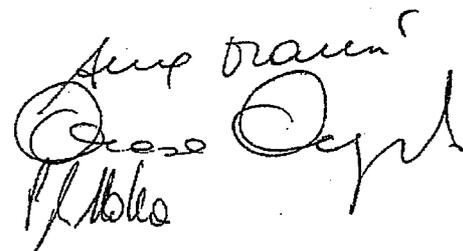


Le OO.SS Dirigenza Sanitaria
Professionale Tecnica e Amministrativa

SINAFI

AUPI

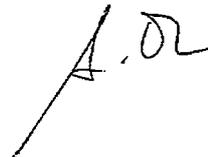
CIPLFP



**ATTRIBUZIONE RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE
PERSONALE DIRIGENZA SANITARIA PROFESSIONALE TECNICA E AMMINISTRATIVA
esercizio 2011**

ESERCIZIO 2011	totale ASSEGNAZIONE 2011 con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali
ASS 1 - Trieste	161.911,06
ASS 2 - Isonzia	93.737,98
ASS 3 - Alto Friuli	68.173,08
ASS 4 - Medio Friuli	140.606,97
ASS 5 - Bassa Friuliana	70.303,49
ASS 6 - Friuli Occidentale	108.650,84
A.O.U - Trieste	97.998,80
A.O.U - Udine	157.650,24
A.O. - Pordenone	89.477,16
CRO - Aviano	102.259,62
Burio - Trieste	48.999,40
TOTALE ASSEGNAZIONE	1.139.768,64






IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE