

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata di Trieste



ASUITS - T-GEN-III-3-L

SCGP

0012570 - A

22/10/2018

TRA

IL DIRETTORE GENERALE
(NOMINATO CON DGR N. 1637 DD. 01.09.2017)

E

LA DELEGAZIONE DI PARTE SINDACALE
COSTITUITA AI SENSI DELL'ART. 10, COMMA 2, CCNL 08.06.2000 DEL PERSONALE DELLA
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA

VIENE STIPULATO IL SEGUENTE

CONTRATTO COLLETTIVO INTEGRATIVO
AI SENSI DELL'ART. 4, COMMA 2, CCNL 03.11.2005

ACCORDO PER LA FINALIZZAZIONE COMPLESSIVA DELLE RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI.
ESERCIZIO 2018

Premesso che

l'art. 4 del CCNL dd. 03.11.2005, prevede la contrattazione collettiva integrativa in ordine alla distribuzione delle risorse contrattuali tra i fondi degli artt. 54, 55 e 56 del CCNL 03.11.2005 e delle risorse regionali eventualmente assegnate ove previsto dal contratto nazionale;

che inoltre è altresì prevista, in sede decentrata, la determinazione dei criteri generali per la definizione della percentuale di risorse di cui al fondo dell'art. 56 da destinare alla realizzazione degli obiettivi aziendali generali affidati alle articolazioni interne...*omissis*... Detta retribuzione è strettamente correlata alla realizzazione degli obiettivi assegnati e viene quindi corrisposta a consuntivo dei risultati totali o parziali raggiunti per stati di avanzamento, in ogni caso dopo la necessaria verifica almeno trimestrale, secondo le modalità previste dall'art. 65 del CCNL 05.12.1996...*omissis*...;

rilevato che, in data 24.05.2016, l'Assessore regionale alla salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria hanno sottoscritto l'accordo sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali, reso esecutivo con DGR N. 990 dd. 01.06.2016;

dato atto che, la citata DGR 990/2016 precisa che *"in coerenza con la gradualità del processo di trasformazione organizzativa in atto e, nell'ottica di accompagnare la riforma consolidandone scelte e azioni, l'accordo sottoscritto il 24.05.2016 assume validità triennale per la parte normativa ed economica, con la precisazione che le risorse economiche per l'attuazione della prima annualità sono contenute nell'accordo citato e le stesse saranno soggette a conferma con le modalità della programmazione regionale e rese operative previo accordo con le OO.SS. che in tale sede potranno rivedere altri aspetti di contenuto progettuale"*;

accertato che, in data 7.3.2018, è stata sottoscritta l'Intesa regionale sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali per l'esercizio 2018, resa esecutiva con DGR N. 558 dd. 15.3.2018;

rilevato

che, con il predetto documento, la Regione ha messo a disposizione delle Aziende Sanitarie Regionali l'importo complessivo di € **6.171.409,16**, al netto di qualsiasi onere, da destinare all'Area della dirigenza medica e veterinaria, per essere utilizzate nell'ambito del fondo per la retribuzione di risultato;

che la quota di risorse aggiuntive regionali assegnata all'ASUI TS per l'esercizio 2018 ammonta complessivamente a € **1.184.546,51**;

preso atto

che l'Accordo regionale stabilisce che il finanziamento complessivo stanziato e distribuito per il 2018 deve essere prioritariamente utilizzato per favorire progetti e programmi ritenuti prioritari per il sistema sanitario regionale in linea con le tematiche portate avanti dalla programmazione regionale e coerentemente con le progettualità previste per le altre aree contrattuali;

che, in coerenza con le disposizioni di cui al citato accordo regionale, gli importi non assegnati per le predette progettualità dovranno essere correlati al raggiungimento di obiettivi qualitativi e/o quantitativi di efficienza e di sviluppo nelle prestazioni conformemente ai contenuti di programmazione regionale e coerentemente con le progettualità previste per le altre aree contrattuali;

verificato

che, in particolare, l'Accordo regionale prevede che il finanziamento complessivamente messo a disposizione dalla Regione per il 2018 debba essere finalizzato e vincolato al perseguimento dei seguenti principi:

- premiare progettualità ulteriori e coerenti con la programmazione regionale diversificate rispetto agli obiettivi annuali correlati al normale fondo di risultato;
- confermare la valorizzazione delle professionalità impegnate nella gestione del momento assistenziale nelle strutture sanitarie al fine di fronteggiare le condizioni di complessità lavorativa legate all'assistenza e ai processi di riorganizzazione;

- garantire l'efficace attuazione dei processi di riorganizzazione conseguenti alla definizione dei nuovi assetti organizzativi mantenendo la qualità e quantità dei servizi resi;
- dare impulso allo sviluppo dei progetti di riorganizzazione delle funzioni;
- sostenere l'attuazione degli atti aziendali;
- promuovere politiche del personale in aree/settori individuati e ritenuti particolarmente critici per i quali la programmazione regionale richiede la finalizzazione di risorse e interventi mirati da parte delle nuove aziende ed enti del SSR;
- individuare politiche e strategie volte a valorizzare il personale coinvolto nelle riorganizzazioni, i rispettivi ruoli e competenze anche in relazione ai processi di assegnazione di referenze di specialisti nell'assistenza avanzata, alla ricollocazione e mobilità volti a garantire la funzionalità organizzativa di ciascuna amministrazione;
- 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, ribadendo che le risorse aggiuntive regionali, in quanto utilizzate nel fondo di risultato, ne seguono i principi, come codificati nel CCNL, vale a dire:
 - o gli obiettivi devono essere definiti con la metodologia aziendale adottata per l'individuazione degli obiettivi di budget;
 - o 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;
 - o poiché l'erogazione dei compensi attiene al raggiungimento di obiettivi di miglioramento dei servizi e di produttività, ulteriori rispetto all'attività istituzionale, la relativa valutazione tiene conto dell'effettivo apporto partecipativo e qualitativo dei dipendenti coinvolti nei progetti regionali e programmi di produttività;

accertato quindi

che vi sono tutti gli elementi per procedere alla negoziazione in ordine alla finalizzazione complessiva delle risorse aggiuntive regionali dell'A.S.U.I.TS, per l'esercizio 2018;

dato atto

che, a tal fine, con nota Prot. N. 8755/GEN.III.3.L1 dd. 20.07.2018, si è provveduto a convocare la Delegazione di Parte Sindacale della Dirigenza Medica e Veterinaria per attivare la relativa negoziazione in data 7.8.2018;

che nella seduta di data 07.08.2018 le Delegazioni Trattanti hanno sottoscritto la relativa ipotesi di contratto collettivo integrativo;

che, in applicazione del CCNL 17.10.2008, come adeguato dall'art. 40, c. 3-*sexies* del D.Lgs. 165/2001 e s.m. e i., detta ipotesi di contratto è stata trasmessa con nota prot. SCGP n. 9626 dd. 13.08.2018 al Collegio Sindacale dell'ASUI TS per le verifiche di competenza;

che il Collegio, nella seduta del 12.10.2018 (verbale n. 11), sulla base della relazione illustrativa e della relazione tecnico finanziaria, ha verbalizzato di esprimere parere favorevole in merito all'ipotesi di accordo in argomento;

che, pertanto, al fine di provvedere alla sottoscrizione del relativo contratto collettivo integrativo, la Delegazione Trattante di Parte Sindacale è stata convocata, con nota prot. SCGP n. 12143 dd. 12.10.2018, per il giorno 16.10.2018.

Tutto ciò premesso,

LE PARTI COME INTESATE IN EPIGRAFE CONCORDANO QUANTO SEGUE

1. UTILIZZO DELLE RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2018

1. REGOLE GENERALI E COMUNI

1. Le parti prendono atto di quanto disposto dagli Accordi Regionali dd. 24.05.2016 e 7.3.2018 rispetto alle risorse aggiuntive regionali che devono essere finalizzate, in prima istanza, a remunerare gli obiettivi strategici regionali prioritari individuati con gli Accordi predetti.
2. In ottemperanza ai principi ispiratori della retribuzione di risultato della dirigenza medico veterinaria stabiliti dall'art. 65, c. 4 e seguenti del CCNL '96, la Direzione Generale individua gli obiettivi aziendali correlati alle indicazioni regionali.
3. Le attività progettuali sono descritte nell'**allegato 1** al presente Accordo, in cui sono indicati, per ciascun progetto, l'obiettivo strategico regionale, l'obiettivo aziendale, gli indicatori e le modalità di valutazione, i dati sul personale coinvolto, l'orario aggiuntivo previsto ed il budget di progetto. Si precisa che tra il personale coinvolto è ricompreso, in via generale, anche il personale a tempo determinato ed il personale in posizione di comando presso l'ASUITS, in quanto partecipa di specifici progetti.
4. I dirigenti coinvolti negli obiettivi sono i dirigenti medici (con rapporto di lavoro esclusivo) che partecipano all'attività progettuale su base volontaria. Ciascun progetto prevede un budget di ore complessive necessarie per la realizzazione dell'obiettivo.
5. Il perseguimento degli obiettivi in argomento prevede uno specifico impegno temporale, aggiuntivo rispetto a quello ordinario ("eccedenza oraria"), che dovrà pertanto essere garantito nel periodo di vigenza dell'obiettivo. Le ore così lavorate non saranno oggetto, in ogni caso, né di recupero né di altra forma di pagamento – comprese le relative indennità di turno e/o presenza, essendo compensate dal valore dell'incentivo erogato corrispondente a **60€/h** (a fronte del raggiungimento dell'obiettivo). Il dirigente può optare per il perseguimento dell'obiettivo anche con ore che intende recuperare.
6. Ai fini della corretta gestione delle eccedenze orarie predette, e della erogazione dei compensi, le attività svolte come RAR debbono apparire sul sistema self service del dipendente (SSD), attraverso la timbratura codificata (cod. 60) o attraverso il giustificativo di presenza (RAR010).
7. Il SSD va alimentato entro il mese successivo alla effettuazione delle eccedenze orarie.
8. Identico comportamento va tenuto per le eventuali attività di guardia notturna o festiva, che rientrino all'interno dei progetti RAR. Anche dette ore di guardia vanno giustificate in SSD con i medesimi codici del punto 6.
9. Nel caso di cui al precedente punto 8, non si procede alla liquidazione delle indennità di cui all'art. 8, c. 2 del CCNL 2006 – servizio di guardia.
10. Al fine di evitare sperequazioni, per individuare le attività di guardia che entrano nel novero delle ore RAR si procederà nel rispetto di un criterio di proporzione tra turni festivi e turni notturni effettuati in corso d'anno da ciascun dirigente.
11. Le quote di incentivazione saranno riconosciute a saldo, previa verifica degli esiti da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, in relazione
 - al grado di raggiungimento dell'obiettivo e
 - dell'apporto orario specifico dei singoli partecipanti risultante da SSD,nel rispetto del budget orario di ogni singolo progetto.
12. L'erogazione dell'incentivo sarà in ogni caso consentita previa verifica della sussistenza delle ore di RAR presenti in SSD. Ciò, comunque, in presenza di un saldo orario complessivo positivo al 31.12.2018.
13. Di regola, non è prevedibile l'effettuazione di ore aggiuntive per i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa (SC).




14. Nel caso, può essere considerato al fine dell'eventuale incentivazione solo l'orario eccedente un minimo di 38 ore settimanali di presenza in servizio, come media considerata nell'intero periodo di valenza progettuale.

2. NORME FINALI

1. Per quanto non espressamente disciplinato con il presente accordo, si rinvia agli accordi regionali dd. 24.05.2016 (DGR 990 dd. 01.06.2016) e 7.3.2018 (DGR 558 dd. 15.3.2018), nonché alle disposizioni di cui al contratto collettivo integrativo aziendale dd. 22.12.2017, recante: "Definizione dei Criteri generali di ripartizione delle risorse del fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale", in quanto compatibili.
2. In applicazione del paragrafo "Modalità gestionali" dell'accordo regionale dd. 24.05.2016, copia del presente accordo verrà trasmessa alla Direzione Centrale Salute Integrazione socio-sanitaria e politiche sociali.

Trieste, 16 Ottobre 2018


FIL DIRETTORE GENERALE
IL SOSTITUTO DEL
DIRETTORE GENERALE
dott. Fulvio FRANZA




LA DELEGAZIONE DI PARTE SINDACALE




FVM




ANMOM SNAC



CISE MEDICI



CGIL MEDICI



UIL FPC

Allegato 2

STRUTTURA	STRUTTURA COINVOLTE	Obiettivo Strategico regionale	Contesto / motivazione	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	Target /Modalità di valutazione	Num. personale	Proposta orario aggiuntivo	BUDGET obiettivo
						Dirigenti SPTA	Dirigenti SPTA	
Area Territoriale								
SO Distretto 1	Distretto 1 - S.S. Anziani e Residenze – dr.ssa Luisa Besanzini	Contenimento dei tempi di attesa	Mantenimento della presa in carico delle persone con disturbi cognitivi (assicurare le prestazioni relative ai codici 89.01.00, 89.07.01, 93.89.02, 93.89.03, 94.01.01, 94.01.02, 94.02.01, 94.02.02, 94.03.00, 94.08.01, 94.08.02, 94.09.00)	Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2016 (450) Responsabile attività: Direttore SC Adulti Anzani Valutatore di prima istanza Direttore SO Distretto 1	Volume di prestazioni erogate dallo psicologo ricavato da Sistema Informativo SIASA 2017 >= al 2016	1	30	1800
SO Distretto 1	Distretto 1 - SSD Servizio Infermieristico Distrettuale – dr.ssa Barbara Ianderca	i) Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali;	Continuità assistenziale e dimissioni protette	Revisione e ottimizzazione dei percorsi a seguito della riunificazione aziendale ospedale/territorio come da LR 17/2014 o Analisi dei fattori in ingresso e in uscita alla luce della nuova organizzazione o Lettura critica di tutti i documenti relativi ai percorsi di continuità assistenziale e dimissioni protette di tutti i setting (ospedale, territorio, sistema emergenza, case di cura convenzionate, ospedale Burlo Garofolo area ginecologica) o Unificazione in un'unica procedura di tutti i percorsi; revisione dei documenti o Incontri finalizzati con i responsabili infermieristici distrettuali e ospedalieri o Audit con la direzione Responsabile attività: Direttore SIA dr.ssa Maila Mislej Valutatore in prima istanza: Dott Cesarino Zago	Procedura completa in bozza entro il 31.8 Procedura validata e condivisa coi soggetti interessati entro il 31.12 Audit con la direzione: n.2	1	35	2100
SO Distretto 1	Distretto 1 - S.S. Consultorio Familiare – dr.ssa Kinou Wolf	QUALITA' DELLE CURE (allegato alla delibera 991/2016).	In coerenza con il PAL 2017, Linea 3.2.1 (Tutela della salute della donna) e le "Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale - Anno 2016" sul Percorso nascita, si è istituito a partire dal 2016 un tavolo interistituzionale del Percorso Nascita (diviso in: gravidanza a rischio psicosociale e gravidanza fisiologica), che coinvolge ASUITS (con i Consultori Familiari dei Distretti, il DSM e il DDD) e IRCSS Burlo Garofolo, al fine di promuovere il miglioramento e la qualità della presa in carico nell'ambito del Percorso Nascita, nell'ottica del miglioramento dell'integrazione e delle attività di continuità di cura ospedale-territorio – ospedale, nelle gravidanze e nel post partum, con particolare attenzioni alle situazioni di fragilità psicosociale.	Nell'ambito della prosecuzione della partecipazione al tavolo interistituzionale, costruzione di percorsi di cura nei setting appropriati attraverso un piano d'azione condiviso, coerentemente con il Tavolo Regionale del Percorso nascita. Sperimentazione e monitoraggio presso il D1 della bozza del "Protocollo d'intesa tra ASUITS e IRCSS Burlo Garofolo per garantire la continuità delle cure nelle situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il post-partum e per i bambini dopo la nascita", anche attraverso l'utilizzo della check list per la rilevazione del rischio psico-sociale in gravidanza, facente parte integrante del protocollo stesso. Responsabile attività: Responsabile SS Valutatore di prima istanza Direttore SC BADOFF	Partecipazione ai tavoli interistituzionali Percorso Nascita (gravidanza a rischio psicosociale e gravidanza fisiologica) che coinvolgono ASUITS (con i Consultori Familiari dei Distretti, il DSM e il DDD) e IRCSS Burlo Garofolo. Sperimentazione e monitoraggio della bozza del protocollo d'intesa presso il D1 attraverso l'utilizzo della check list per la rilevazione del rischio psico-sociale in gravidanza per tutte (100%) le donne in gravidanza che afferiscono al Percorso Nascita, e l'attivazione dell'IRCSS Burlo per tutte le donne con check list positiva per cui è stata valutata la necessità di attivazione in equipé multidisciplinare, come da bozza di protocollo condiviso (previo consenso informato della donna). Fonte: registro distrettuale	1	35	2100
SO Distretto 1	S.S.T.S.B.A. dr.ssa Aiosa, dr.ssa Norcio (tempo determinato), dr.ssa Ponticciello (tempo determinato), dr.ssa Terpini (tempo determinato)	CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA (allegato alla delibera 991/2016).	L'incremento costante delle richieste di intervento alla SSTSBA rendono particolarmente critiche e lunghe le liste d'attesa, e gli psicologi, impegnati nel trattamento dei soggetti in età infantile ed adolescenziale, devono frequentemente far fronte a interventi prioritari e urgenti allungando ulteriormente i tempi di attesa per le valutazioni dei nuovi casi. Un incremento delle attività in eccedenza oraria per far fronte alle richieste permetterebbe di ridurre la lista di attesa.	Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2016 per quanto riguarda le valutazioni dei nuovi casi (colloquio psicologico clinico cod. 94:09) Responsabile attività: dr.ssa Aiosa Valutatore di prima istanza Direttore SC BADOFF	N° Minori in lista di attesa per valutazione al 31/12/17 < N° dei bambini in lista di attesa per valutazione al 31/12/16 Minori in lista di attesa per valutazione al 31/12/2016= n. 43 N° colloqui psicologici clinici 2017 > o = a no colloqui psicologici 2016 Colloqui psicologici clinici 2016 = n. 51 Modalità di valutazione: Evidenza della riduzione della lista d'attesa da registri distrettuali. Modalità di valutazione: rilevazione dal sistema informativo della specialistica ambulatoriale (G3).	4	120	7200

STRUTTURA	STRUTTURA COINVOLTE	Obiettivo Strategico regionale	Contesto / motivazione	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	Target /Modalità di valutazione	Num. personale	Proposta orario aggiuntivo	BUDGET obiettivo
						Dirigenti SPTA	Dirigenti SPTA	
SO Distretto 2	SSD Riabilitazione Corrado Crusiz Distretto 2		Maggiore disponibilità oraria per effettuare prestazioni ambulatoriali tariffate con i seguenti codici: 94.09, 94.42, 94.3, 94.02.1, 94.08.2 94.01.1, 94.01.2, 94.08.1, 94.08.3, 93.89.2, 89.01, 94.44, 89.07)	Contenimento lista d'attesa N° prestazioni erogate nel corso del 2017 > o = a quelle erogate nel 2016 (N° prestazioni erogate nell'anno 2016= 401) Responsabile attività: dott.ssa Ellero Elena Valutatore in prima istanza: Direttore di Distretto	Modalità di valutazione: ricavato da GWEB, dati prestazioni registrate in G3 estrapolate dalle statistiche sito aziendale (Attività specialistica ambulatoriale, Prestazioni effettuate; Andamento prestazioni SSN) dal 1/01/2017 al 31/12/2017	1	30	1800
SO Distretto 2	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale D2 Dirigente Infermieristico (in collaborazione con i Dirigenti Infermieristici di Distretto e Direttore del SIA)	i) Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali;	Continuità assistenziale e dimissioni protette	Revisione e ottimizzazione dei percorsi a seguito della riunificazione aziendale ospedale/territorio come da LR 17/2014 o Analisi dei fattori in ingresso e in uscita alla luce della nuova organizzazione o Lettura critica di tutti i documenti relativi ai percorsi di continuità assistenziale e dimissioni protette di tutti i setting (ospedale, territorio, sistema emergenza, case di cura convenzionate, ospedale Burlo Garofolo area ginecologica) o Unificazione in un'unica procedura di tutti i percorsi; revisione dei documenti o Incontri finalizzati con i responsabili infermieristici distrettuali e ospedalieri o Audit con la direzione Responsabile attività: Direttore SIA Maila Mislej Valutatore in prima istanza:	Procedura completa in bozza entro il 31.8 Procedura validata e condivisa coi soggetti interessati entro il 31.12 Audit con la direzione: n.2	1	35	2100
SO Distretto 2	SS Anziani e Residenze Distretto 2- Dott.ssa Filomena Vella	Contenimento lista d'attesa	Maggiore disponibilità oraria per effettuare prestazioni ambulatoriali tariffate con i seguenti codici: 89.01.00, 89.07.01, 93.89.02, 93.89.03, 94.01.01, 94.01.02, 94.02.01, 94.02.02, 94.03.00, 94.08.01, 94.08.02, 94.09.00	Contenimento lista d'attesa N° prestazioni erogate nel corso del 2017 > o = a quelle erogate nel 2016 Responsabile attività: Dott.ssa Filomena Vella Valutatore in prima istanza: Direttore di Distretto	Volume di prestazioni erogate dallo psicologo ricavato da Sistema Informativo SIASA 2017 >o= 2016	1	30	1800
SO Distretto 2	DISTRETTO 2 - S.C. T.S.BADOF- S.S.T.S.B.A. dr.ssa Maria Antonietta Rausa, dr.ssa Sabrina Ruberti, dr.ssa Barbara Fazi, dr.ssa Genoveffa Corvino, dr.ssa Laura Zancola (per un equivalente di metà delle ore) , S.S.T.S.B.A. Di lingua slovena dr.ssa Antonella Celea;	Contenimento dei tempi di attesa	L'incremento costante delle richieste di intervento alla SSTSBA rendono particolarmente critiche e lunghe le liste d'attesa, e gli psicologi, impegnati su più fronti nel trattamento dei soggetti in età infantile ed adolescenziale, devono frequentemente far fronte a interventi prioritari, complessi ed urgenti. Un incremento delle attività in eccedenza oraria per far fronte alle richieste permetterebbe di ridurre la lista di attesa. dr.ssa Maria Antonietta Rausa, dr.ssa Sabrina Ruberti, dr.ssa Barbara Fazi, dr.ssa Genoveffa Corvino, dr.ssa Laura Zancola (per un equivalente di metà delle ore) , dr.ssa Antonella Celea;	Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2016 per quanto riguarda le prime visite di valutazioni dei nuovi casi (colloquio psicologico clinico cod. 94:09) Responsabile attività Responsabile SC BADOF Valutatore in prima istanza: Direttore di Distretto	N° colloqui psicologici clinici (cod.94:09) 2017 > o = a numero colloqui psicologici 2016 Modalità di valutazione: rilevazione dal sistema informativo della specialistica ambulatoriale (G3) delle prime visite (colloqui psicologici clinici)	5,5	165	9900
SO Distretto 2	DISTRETTO 2 - SS Consultorio Familiare: dr.ssa Francesca Ravalico; dr.ssa Laura Zancola (per un equivalente di metà delle ore)		L'incremento costante delle richieste di intervento alla SSTSBA rendono particolarmente critiche e lunghe le liste d'attesa, e gli psicologi, impegnati su più fronti nel trattamento dei soggetti in età infantile ed adolescenziale, devono frequentemente far fronte a interventi prioritari, complessi ed urgenti. Un incremento delle attività in eccedenza oraria per far fronte alle richieste permetterebbe di ridurre la lista di attesa. dr.ssa Maria Antonietta Rausa, dr.ssa Sabrina Ruberti, dr.ssa Barbara Fazi, dr.ssa Genoveffa Corvino, dr.ssa Laura Zancola (per un equivalente di metà delle ore) , dr.ssa Antonella Celea;	Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2016 per quanto riguarda le prime visite di valutazioni dei nuovi casi Responsabile attività Responsabile SC BADOF Valutatore in prima istanza: Direttore di Distretto	Volume di prestazioni erogate dagli psicologi ricavato da Sistema Informativo C.C.F.F. N° prestazioni erogate nel corso del 2017 > o = a quelle erogate nel 2016 Modalità di valutazione: dati da Sistema informativo Gestione Consultori Familiari –codici 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 5.2, 5.1, 6.1.	1,5	45	2700

STRUTTURA	STRUTTURA COINVOLTE	Obiettivo Strategico regionale	Contesto / motivazione	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	Target /Modalità di valutazione	Num. personale	Proposta orario aggiuntivo	BUDGET obiettivo
						Dirigenti SPTA	Dirigenti SPTA	
SO Distretto 3	Distretto 3 - SSD Servizio Infermieristico Distrettuale – dr.ssa Altomare	i) Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali;	Continuità assistenziale e dimissioni protette	Revisione e ottimizzazione dei percorsi a seguito della riunificazione aziendale ospedale/territorio come da LR 17/2014 o Analisi dei fattori in ingresso e in uscita alla luce della nuova organizzazione o Lettura critica di tutti i documenti relativi ai percorsi di continuità assistenziale e dimissioni protette di tutti i setting (ospedale, territorio, sistema emergenza, case di cura convenzionate, ospedale Burlo Garofolo area ginecologica) o Unificazione in un'unica procedura di tutti i percorsi; revisione dei documenti o Incontri finalizzati con i responsabili infermieristici distrettuali e ospedalieri o Audit con la direzione Responsabile attività: Direttore SIA dr.ssa Maila Mislej Valutatore in prima istanza: Direttore DAT	Procedura validata e condivisa coi soggetti interessati entro il 31.12 Audit con la direzione: almeno 2	1	35	2100
SO Distretto 3	SC BADF	Obt. D sociosanitario Obt. G contenimento dei tempi d'attesa	Si rileva un aumento della fragilità dei nuclei familiari e un incremento della complessità dei bisogni di cui sono portatori, situazioni che richiedono una presa in carico sociosanitaria integrata con i Servizi Sociali dei Comuni, come previsto dalle "Procedure comuni per i rapporti tra Servizio Sociale e le SC TSBADOF della provincia di Trieste per l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i"	Garantire ai nuclei familiari presi in carico in modo integrato con i Servizi Sociali dei Comuni la realizzazione degli interventi previsti dal progetto personalizzato concordato all'interno dell'equipe multidisciplinare integrata. Responsabile: Direttore della SC Valutatore di prima istanza Direttore Distretto	Almeno 60 interventi (colloqui, mediazione familiare, psicoterapia individuale, di coppia, familiare) Fonte Sistema Informativo Regionale Consultori Cartelle cliniche Report	3	60	3600
SO Distretto 3	SC BADF	Obt. G Contenimento dei tempi di attesa	Si rileva un incremento della domanda relativo alla valutazione psicologica tempestiva e alla presa in carico precoce di minori nell'area delle difficoltà scolastiche e dei disturbi dello spettro autistico e del disagio adolescenziale.	Maggiore disponibilità oraria per effettuare prestazioni con i seguenti codici 94.09.00, 89.01.00, 94.42.00, 94.3.00, 94.44.00, 94.01.01, 94.01.02, 94.02.02, 94.08.01, 94.08.02, 94.08.03, 93.89.2, 93.89.3, 94.02.1, 94.08.5, 94.08.6 - Responsabile: Direttore della SC Valutatore di prima istanza Direttore Distretto	N. prestazioni erogate dagli aderenti al progetto nel corso del 2017 ≥ 2016 Modalità di valutazione: rilevazione dal sistema informativo della specialistica ambulatoriale (G3)	3	75	4500
SO Distretto 4	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale D4 Dirigente Infermieristico (in collabor. con i Dirigenti Infermieristici di Distretto e Direttore del SIA)	i) Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali;	Continuità assistenziale e dimissioni protette	Revisione e ottimizzazione dei percorsi a seguito della riunificazione aziendale ospedale/territorio come da LR 17/2014 o Analisi dei fattori in ingresso e in uscita alla luce della nuova organizzazione o Lettura critica di tutti i documenti relativi ai percorsi di continuità assistenziale e dimissioni protette di tutti i setting (ospedale, territorio, sistema emergenza, case di cura convenzionate, ospedale Burlo Garofolo area ginecologica) o Unificazione in un'unica procedura di tutti i percorsi; revisione dei documenti o Incontri finalizzati con i responsabili infermieristici distrettuali e ospedalieri o Audit con la direzione Responsabile attività: Dir. Infermieristico Valutatore in prima istanza: Direttore SIA Maila Mislej	Procedura completa in bozza entro il 31.8 Procedura validata e condivisa coi soggetti interessati entro il 31.12 Audit con la direzione: almeno 2	1	35	2100

STRUTTURA	STRUTTURA COINVOLTE	Obiettivo Strategico regionale	Contesto / motivazione	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	Target /Modalità di valutazione	Num. personale	Proposta orario aggiuntivo	BUDGET obiettivo
						Dirigenti SPTA	Dirigenti SPTA	
SO Distretto 4	SSD RIABILITAZIONE DISTRETTO 4 / dott. Cristiano Stea	d) Interventi socio-sanitari	Mantenimento e progettazione di nuove iniziative nell'ambito del progetto sperimentale destinato alla popolazione disabile della Provincia di Trieste: "Scritture Mal-Educate". Progetto volto a dar voce alle persone con disabilità e a sensibilizzare la cittadinanza rispetto alle difficoltà quotidiane che dette persone si trovano ad affrontare, sia di tipo architettonico che culturale e umano.	L'obiettivo è la riduzione dall' isolamento delle persone coinvolte e l'aumento di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza tramite diverse iniziative. Obiettivo 1: organizzazione di un evento cittadino denominato : "Fuori Percorso" Obiettivo 2: organizzazione spettacolo all'interno della Casa Circondariale di Trieste (incontro tra realtà diverse) Obiettivo 3: mantenimento degli incontri del Gruppo presso il Distretto 4. (numero incontri) Obiettivo 4: supporto e coordinamento del progetto attraverso incontri con il personale della Cooperativa Reset e lo Scrittore Pino Roveredo. (n° Incontri) Responsabile dell'attività dott. Cristiano Stea Valutazione I Istanza: Direttore di Distretto	Obiettivo 1: Evento organizzato SI/NO (in quale giornata) Obiettivo 2: Evento organizzato SI/NO (in quale giornata) Obiettivo 3: Numero incontri organizzati (numero incontri previsti 30) Numero incontri effettivi = ? Numero di incontri previsti raggiunto: SI/NO Possibilità su richiesta di indicare anche le date effettive degli incontri. Obiettivo 4: Numero incontri per il coordinamento e supporto alla progettazione (previsto numero minimo di 6 incontri) Incontri fatti: SI/NO con data di esecuzione.	1	35	2100
SO Distretto 4	S.S. Consultorio Familiare Distretto 4 – dr.ssa M. Alessandra Carraro	QUALITA' DELLE CURE/INTERVENTI SOCIOSANITARI. Migliorare le attività di intercettazione e presa in carico di situazioni di abuso e maltrattamento intra ed extra-familiare di minori	In coerenza con il Pal - Anno 2015 linea 3.3.3. Programmazione degli interventi socio-sanitari che prevedeva di rivedere insieme ai servizi territoriali il PDTA sull'abuso e maltrattamento grave, al fine di renderlo più consoni ai bisogni attuali di presa in carico e all'assetto organizzativo aziendale si è istituito un tavolo interdistrettuale sul Maltrattamento e Abuso che coinvolge le SCBADOF dei Distretti, che ha elaborato un pdta su intercettazione e presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento su minori	Nell'ambito della prosecuzione dei lavori di riorganizzazione dei percorsi relativi al tema in oggetto, in un'ottica di monitoraggio del percorso stesso e di sviluppo e raccordo con aspetti più ampi del tema, quali la violenza assistita e l'abuso sessuale on-line, si prevede di: continuare l'attività del tavolo di monitoraggio del PDTA; partecipazione a tavoli e incontri interistituzionali sul tema (tavolo CISMAI e Comune di Trieste su abusi sessuali online). Si prevede inoltre la prosecuzione della sperimentazione e monitoraggio presso il D4 del PDTA sul maltrattamento e abuso. Responsabile: Direttore della SC Valutatore di I istanza: Responsabile SCBADOF	Partecipazione e referenza del tavolo interdistrettuale sul maltrattamento e l'abuso, che coinvolgono le 4 SCBADOF e a tavoli interistituzionali sul tema. Sperimentazione e monitoraggio del PDTA in tutte le sue fasi: intercettazione, valutazione e presa in carico all'interno del D4 Fonte: registro distrettuale.	1	35	2100
SO Distretto 4	S.S. T.S.B.A. – dr.ssa Sara Frisari dr.ssa Stefania Zoia	R-C	Mantenimento della presa in carico dei bambini/adolescenti (assicurare le prestazioni relative ai codici 89.01.00, 94.42, 94.44, 94.3, 94.01.1, 94.01.2, 94.02.2, 94.08.1, 94.08.02, 94.08.03)	Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2016 Responsabile: Direttore della SC Valutatore di prima istanza Direttore Sanitario	N° prestazioni individuali erogate nel corso del 2017 > o = a quelle erogate nel 2016 Modalità di valutazione: Dati ricavati da G3 e da registrazione personale.	2	64	3840
SO Distretto 4	S.S. Consultorio Familiare Distretto4 – dr. Clara Minisini (T.D.)	R-C	Si rileva un aumento della fragilità degli adulti, delle coppie con minori e degli adolescenti a fronteggiare i cambiamenti relativi al ciclo di vita (maternità e paternità responsabili, conflittualità familiare, separazione e divorzio, nuovi assetti famigliari, cura dei figli ed altri eventi di vita stressanti) che richiedono interventi psicologici, spesso in integrazione con i servizi sociali e/ o su invio dell'Autorità Giudiziaria.	Maggiore disponibilità oraria per effettuare prestazioni: Colloqui, counseling,, psicoterapia individuale, psicoterapia di coppia familiare, valutazione psico-sociale, mediazione familiare, somministrazione e valutazione test. Responsabile: Responsabile SS Consultorio Familiare Valutatore di prima istanza Direttore SC	Indicatori: N° prestazioni erogate nel corso del 2017 > o = a quelle erogate nel 2016 Modalità di valutazione: Dati ricavati da Sistema Informativo per i consultori	1	30	1800
SO Dipartimento di Salute Mentale Dirigenti psicologi: Mastroberti Clementina Dionis Oscar Pecar Jana Rippa Arturo	DSM	e) Qualità delle cure	I bisogni delle persone che sono stati ricoverati con le modalità del TSO nel 2016 sono monitorati nei luoghi di vita per il miglioramento della qualità delle cure, della presa in carico e dell'evitamento del ripetersi del ricovero in TSO. Obiettivo in comune con l'area medica	Promuovere la continuità nell'assistenza domiciliare per la riduzione del ricovero in TSO. Responsabile Attività Roberto Mezzina Valutatore di prima istanza Direttore DAT	Migliorare o mntenere la performance 2016 rispetto a : N. persone ricoverate in TSO Vsite domiciliari per persone ricoverate in TSO nel 2016	4	140	8400
SO Dipartimento di Salute Mentale Dirigenti psicologi: Berna Giovanni Calligaris Diego	DSM	e) Qualità delle cure	Sperimentazione dell'approccio Dialogo Aperto (OD) nelle persone 18 25 al primo contatto con i CSM Obiettivo in comune con l'area medica	Sperimentare l'intervento OD con le persone under 25 che entrano in contatto per la prima volta con i servizi di salute mentale territoriali. Responsabile Attività Roberto Mezzina Valutatore di prima istanza Direttore DAT	Almeno 10 persone prese in carico.	2	70	4200
SO Dipartimento di Salute Mentale Dirigenti psicologhe: Cannata Gemma Monticolo Sara	DSM	e) Qualità delle cure	I bisogni delle persone che hanno la necessità di programmi integrati con i servizi distrettuali sono garantiti. Obiettivo in comune con l'area medica	Incentivare l'approccio multi professionale nella presa in carico delle persone con DCA. Responsabile Attività Roberto Mezzina Valutatore di prima istanza Direttore DAT	Visite nelle sedi distrettuali (SC BaDOF, Consultorio, UOBA) con mantenimento dei volumi di attività 2016 2016 = 44 visite nelle sedi distrettuali	2	80	4800

STRUTTURA	STRUTTURA COINVOLTE	Obiettivo Strategico regionale	Contesto / motivazione	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	Target /Modalità di valutazione	Num. personale	Proposta orario aggiuntivo	BUDGET obiettivo
						Dirigenti SPTA	Dirigenti SPTA	
SO Dipartimento delle Dipendenze Cristina Stanic	DDD - Tutte le articolazioni	Obiettivo aziendale	Consolidamento delle attività per la gestione dei percorsi accertativi di tipo medico-legale presso le due SC del Dipartimento (SCDSI e SCDSL) Obiettivo in comune con l'area medica	Garantire le attività accertative di tipo medico-legale attribuite ex lege al DDD Responsabili: Roberta Balestra e Rosanna Ciarfeo Purich Valutatore di prima istanza Direttore DAT	Indicatori: assicurare assicurare il coordinamento organizzativo delle attività ed i rapporti con la CMLP unitamente a 104 turni di presenza di personale medico dalle ore 15.00 alle ore 17.00 presso il polo SCDSL (1 unità) e 104 turni di presenza di personale medico presso il polo SCDSI (1 unità) in fascia oraria secondo programmazione. Modalità di valutazione: sistema informatico di presenza/assenza WINRAP periodo: 01/01/2017-31/12/2017	1	40	2400
SO Dipartimento delle Dipendenze	DDD - SCDSI	Obiettivo regionale c) "qualità delle cure"	Circa il 30% della popolazione detenuta ha problematiche correlate al consumo a rischio e/o alla dipendenza da sostanze psicotrope. Una parte significativa dell'utenza del DDD ha problemi penali correlati alla dipendenza. La normativa DPR 309/90 prevede misure alternative alla detenzione (MA) per soggetti che hanno in corso un programma di cura o intendono iniziarlo.	Assicurare la continuità assistenziale sviluppando ulteriormente la collaborazione con l'équipe della sanità penitenziaria e con la rete esterna dei servizi territoriali e dei servizi del Ministero di Giustizia. Favorire l'accesso ai benefici di legge attraverso la formulazione di progetti di cura individualizzati. Responsabile: Roberta Balestra Valutatore di prima istanza Direttore DAT	Tutti gli utenti detenuti e/o in MA hanno un progetto di cura personalizzato e vengono presi in carico con l'équipe della sanità penitenziaria e con i servizi del Ministero di Giustizia. Modalità di valutazione: piattaforma informatica MFP5 periodo: 01/06/2017-31/12/2017	8	168	10080
SO Dipartimento delle Dipendenze	DDD - SCDSL	Obiettivo regionale c) "qualità delle cure"	La SC gestisce con l'associazione di volontariato ASTRA due gruppi appartamento per utenti (maschi e femmine) dimessi dalla residenza specialistica alcolica e in fase di reinserimento.	Assicurare a tutti i soggetti inseriti nei due appartamenti un progetto riabilitativo (PAI) personalizzato co-progettato con i partners e con i servizi sociali del territorio Responsabile: Rosanna Ciarfeo Purich Valutatore di prima istanza Direttore DDD Roberta Balestra	Il 100% dei soggetti inseriti nei due appartamenti hanno il progetto terapeutico-riabilitativo concordato formalizzato nel programma gestionale MFP5. Modalità di valutazione: piattaforma informatica MFP5 periodo: 01/06/2017-31/12/2017	3	56	3360
Area Ospedaliera								
SC Medicina Trasfusionale	SC Medicina Trasfusionale	Qualità delle cure	Negli ultimi due anni, si è osservata un'incidenza particolarmente elevata di emofilia acquisita, una rara patologia della coagulazione. E' opportuno raccogliere e analizzare i dati per una migliore gestione di questi pazienti. Il laboratorio di Tipizzazione HLA collabora con i reumatologi dell'ospedale effettuando studi di associazione HLA e determinate patologie reumatologiche. Nuove conoscenze scientifiche indicherebbero che la tipizzazione HLA possa contribuire ad un migliore inquadramento della patologia.	Effettuare un'analisi dei dati inerente i pazienti affetti da emofilia acquisita, una rara patologia della coagulazione con un'incidenza particolarmente elevata nelle province di Trieste e Gorizia. Analisi dei dati di tipizzazione HLA relativi a pazienti con sospetta spondiloartrite sieronegativa sulla base di nuove conoscenze scientifiche. Responsabile attività: dirigente biologo responsabile del Laboratorio di Patologia dell'Emostasi, dirigente biologo responsabile del Laboratorio di Tipizzazione HLA. Valutatore di I istanza: Direttore del DIMT	Produzione di una relazione scientifica con i dati inerenti i casi di emofilia acquisita. Produzione di una relazione scientifica con i dati inerenti i la tipizzazione HLA nei pazienti con sospetta spondiloartrite sieronegativa.	2	100	6000

STRUTTURA	STRUTTURA COINVOLTE	Obiettivo Strategico regionale	Contesto / motivazione	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	Target /Modalità di valutazione	Num. personale	Proposta orario aggiuntivo	BUDGET obiettivo
						Dirigenti SPTA	Dirigenti SPTA	
SC Microbiologia	SC Microbiologia	Processi di riorganizzazione: in aggiunta all'obiettivo come declinato nell'accordo del 10.05.2016, le parti intendono finalizzare le risorse regionali aggiuntive anche al fine di armonizzare gli istituti contrattuali nonché di perseguire il miglioramento dei servizi a fronte di elevato turnover	Mantenimento delle attività correnti della SC Microbiologia con orario su 6 giorni e reperibilità nei giorni festivi, mantenendo la qualità dei referti e la sicurezza per il paziente. Contesto: riduzione del personale Dirigente dal 1 febbraio a fronte di un'attività aumentata per l'acquisizione della diagnostica microbiologica del Burlo Garofolo (+12%), l'acquisizione di nuove metodiche di diagnostica molecolare, l'incremento delle richieste di esami nel settore tubercolare (esame microscopico e colturale per Micobatteri gennaio - maggio 2017: +17% rispetto allo stesso periodo del 2016; ricerca indiretta con test IGRA "Quantiferon": +38%). Maggior impegno del personale Dirigente esperto per la formazione del personale Dirigente neoassunto (dal 5 giugno). Il tutto in un periodo di riorganizzazione per il rinnovamento delle tecnologie (con attivazione di nuove gare) e l'ampliamento dell'attività per l'area vasta giuliano-isontina previsto entro il 2017	Obiettivo: mantenimento del livello quantitativo e qualitativo dell'attività della SC Microbiologia in un contesto di carenza di personale Dirigente esperto e formazione del personale Dirigente neo-assunto Responsabile: Direttore SC Microbiologia Valutatore di prima istanza: Direzione Sanitaria	Indicatori: • Copertura dell'attività diagnostica corrente, documentata dal numero di referti prodotti. • Formazione del personale di nuova introduzione, documentato da relazione finale a cura del Direttore di SC Modalità di valutazione: Relazione del Responsabile con evidenza delle informazioni di cui agli indicatori	2	250	15000
SC Patologia Clinica	SC Patologia Clinica	Obiettivo g) "Percorsi hub & spoke"	L'avvio del sistema hub&spoke sulla piattaforma di laboratorio a risposta rapida Cattinara-Burlo, ha evidenziato il bisogno urgente di avviare un processo di integrazione organizzativa del personale e di allineamento dei processi e delle procedure.	Obiettivo: elaborazione di protocolli operativi comuni per la progressiva integrazione del personale tecnico, delle risorse e dei processi organizzativi, con ampliamento dell'offerta della diagnostica a risposta rapida e il consolidamento della matrice organizzativa comune tra i laboratori hub/spoke di Cattinara e del Burlo. Responsabile: M. Ruscio,	Indicatori: garanzia di continuità operativa sulle due sedi e razionalizzazione dei costi correlati alla gestione. Modalità di valutazione: evidenza dei protocolli operativi comuni e della piena condivisione ed integrazione dei processi e delle risorse disponibili.	5	500	30000
SC Igiene e Sanità Pubblica	SC (UCO) Igiene e Sanità Pubblica	Percorsi hub & spoke:	Con la dismissione dell'UCO di Igiene e Medicina Preventiva presso l'IRCCS Burlo Garofolo e l'attivazione della SC (UCO) Igiene e Sanità Pubblica presso ASUITS è necessario riconfigurare le prestazioni di sierologia e di virologia nel DNLab di ASUITS .	Obiettivo: - Ricognizione e aggiornamento delle prestazioni di sierologia e di virologia erogabili e dei contenitori. - configurazione del DNLab di ASUITS Responsabile: Direttore SC Igiene e Sanità Pubblica Valutatore di prima istanza: Direzione Sanitaria	Indicatori: • Elenco aggiornato delle prestazioni di sierologia e virologia e dei contenitori • Completamento della configurazione delle prestazioni di sierologia e virologia nel DNLab di ASUITS Modalità di valutazione: Relazione del Responsabile con evidenza delle informazioni di cui agli indicatori La valutazione degli obiettivi raggiunti verrà effettuata in 2 fasi (valutazione intermedia ottobre 2017, valutazione finale al termine del progetto).	1	20	1200
SC Fisica Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	Qualità delle cure	Per ridurre al minimo l'irradiazione dei tessuti sani nell'intorno del target tumorale, si pone sempre più attenzione ad individuare l'area interessata dal trattamento mediante tecniche di imaging (Image Guide Radiotherapy - IGRT). Cone Beam TC e TC di simulazione costituiscono un surplus di dose del quale, in alcuni casi, va tenuto conto per garantire la qualità della cura.	Descrizione : Valutazione della dose di radiazione aggiuntiva dovuta a procedure di imaging nei pazienti sottoposti a radioterapia. Responsabile attività: Direttore SC Fisica Sanitaria Valutatore di I istanza: Direttore Dipartimento	Relazione con evidenza di: Numero assoluto indicativo della dose di radiazione aggiuntiva dovuta all'imaging per i seguenti distretti anatomici trattati in radioterapia: - Testa-collo - Prostata - Pelvi - Torace	6	240	14400
DIREZIONE GENERALE								
SC Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	SC Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	Processi di riorganizzazione a)	A seguito dell'adozione dell'Atto Aziendale dell'ASUI-TS, formalizzata con decreto n. 476 dd. 19.07.2017 ed in prospettiva della graduale attivazione del nuovo assetto istituzionale ivi definito, si rende necessario procedere all'aggiornamento del vademecum illustrativo delle modalità di esercizio della potestà disciplinare.	Aggiornamento del vademecum aziendale per l'esercizio della potestà disciplinare. Obiettivo correlato a quello di comparto SCAGeASD – sezione giuridico legale. Responsabile: dott.ssa Daniela Zaro Valutatore di I istanza: Direttore	Vademecum aggiornato entro il 31.12.2017 Modalità di valutazione: inoltro alla Direzione strategica del vademecum aggiornato entro il 31.12.2017	1	45	2700
SC Controllo di Gestione	SC Controllo di Gestione SC Programmazione e Controllo	Processo di riorganizzazione: Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014 mediante adozione di procedure uniformi per la comunicazione dei dati di attività ai CDA e CDR	Analisi delle procedure esistenti per la predisposizione e l'invio dei report di attività e ipotesi di utilizzo di procedure alternative alle esistenti Responsabili progettuali: dott. Centonze e dott.ssa Rozzini Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	Relazione conclusiva dei Responsabili del progetto sull'attività svolta attestante: 1) evidenza delle procedure pre-esistenti alla costituzione di ASUITS 2) evidenza delle soluzioni adottate per uniformare le procedure, per quanto di competenza da sottoporre alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017	1	25	1500

STRUTTURA	STRUTTURA COINVOLTE	Obiettivo Strategico regionale	Contesto / motivazione	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I stanza)	Target /Modalità di valutazione	Num. personale	Proposta orario aggiuntivo	BUDGET obiettivo
						Dirigenti SPTA	Dirigenti SPTA	
DIREZIONE SANITARIA								
Direzione infermieristica	Direzione infermieristica	R-C	In rapporto alle necessità dell'avvio dei cantieri di Cattinara (n, 8) e a sostegno dell'attuazione LR 17/2014 e delle progettualità aziendali (PAL 2017) la Direzione Infermieristica attua interventi specifici per: - rimodula la dotazione di personale di assistenza in rapporto agli accorpamenti e ai traslochi ed effettua trasferimenti; - coordina puntualmente i trasporti intraospedalieri della ditta appaltatrice nelle situazioni straordinarie che esulano dalla programmazione corrente.	1) Rimodulare la dotazione di personale di assistenza in rapporto ai traslochi e agli accorpamenti attraverso i seguenti interventi: a) realizzare la mobilità interna (volontaria o su proposta) del personale di assistenza; b) sostenere la programmazione degli accorpamenti delle strutture e dei servizi attraverso un'analisi della complessità assistenziale e la redistribuzione del personale di assistenza, fornendo dati e proposte. c) governare l'acquisizione del personale in relazione al sensibile esodo degli infermieri e OSS per mobilità extraregionale e riassegnare gli operatori tenendo conto delle expertise curriculari, delle attitudini e del percorso di formazione del neoinserito; d) avviare e sostenere la selezione di circa 400 infermieri a tempo determinato per assicurare la copertura del turnover e la sostenibilità delle progettualità aziendali; e) proporre l'avvio di una selezione di OSS per l'assunzione a tempo determinato e assicurare la copertura del turnover. f) accoglienza e formazione dei neoassunti 2) Coordinare la Ditta in appalto per la gestione dei trasporti intraospedalieri in relazione ai traslochi, agli accorpamenti ed eventi straordinari. Responsabile: Direttore Infermieristico Valutatore di I stanza: Direttore Sanitario	Relazione con evidenza de: 1) numero di trasferimenti di personale realizzati 2) numero di infermieri selezionati con colloquio (avviso pubblico) 3) riunioni di coordinamento per l'avvio dei traslochi e accorpamenti e report 4) numero di colloqui di assunzione e di assegnazione ai servizi 5) formazione dei neoassunti sulla filosofia del nursing aziendale : 4 ore di formazione e raccolta delle esperienze dei neoinseriti con intervista o questionario 6) numero di eventi che hanno richiesto disposizioni scritte (via mail o note cartacee del DEC)	2	145	8700
SC Farmacia	SC Assistenza Farmaceutica Responsabile	Punti a-e Processi di riorganizzazione ai fini dell' integrazione ospedale/territorio per gli aspetti di assistenza farmaceutica dando corso agli obiettivi della legge regionale 17/2013, art. 2, che non prevede soluzione di continuità tra i diversi luoghi (ospedale-territorio) per l' offerta di interventi terapeutici scientificamente consolidati	Nel corso della fase propedeutica all'attuazione del riordino del SSR, a norma della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17, con decreto n. 21/2016 è stata istituita ed attribuita la funzione interaziendale Farmacia, in cui convergono le funzioni della S.C. "Assistenza Farmaceutica" dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" e le funzioni attribuite alla S.C. "Farmacia" dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti di Trieste, successivamente denominata funzione di coordinamento con decreto n. 242/2016, a seguito dell'avvio con decorrenza dal 1 maggio 2016 dell'A.S.U.I. di Trieste, ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della predetta L.R. nelle more della attuazione del nuovo atto Aziendale.	Obiettivo: garantire le funzioni previste nel nuovo Atto Aziendale per la SC Assistenza Farmaceutica che riassume a seguito di accorpamento, quelle della S.C. "Assistenza Farmaceutica" dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" e dalla S.C. "Farmacia" dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti di Trieste, concentrandone la responsabilità in unica figura apicale. Proseguire il percorso già avviato per uniformare le procedure esistenti in funzione aggregata, sorvegliando la messa a regime della riorganizzazione degli incarichi formulata nella proposta già elaborata in base alle attuali risorse professionali Valutatore di I stanza : Direttore Sanitario	Processi e procedure uniformati, nuovi modelli organizzativi implementati e partecipazione alla fase di avvio del magazzino unico Relazione sull'attività svolta inviata alla Direzione Sanitaria	1	100	6000
SC Farmacia	Personale in comando Regione Direzione Centrale	e- contenimento spesa farmaceutica.	Accordo DPC i cui alla DGR 1466/2014. Person	Analisi dell'assistenza farmaceutica erogata ai sensi dell'accordo DPC i cui alla DGR 1466/2014 e formulazione di una proposta di miglioramento	Monitoraggio dell'applicazione, in ambito di assistenza farmaceutica della DGR 1466/2014, analisi di confronto con la situazione nazionale, simulazioni e proposte di miglioramento. Inoltre al Direttore del Servizio Farmaceutico Regionale di	1	35	
SC Farmacia	SC Assistenza Farmaceutica Area Territoriale	e- contenimento spesa farmaceutica.	Evitare il ricorso alla distribuzione in convenzione e garantire l'erogazione diretta con minor impatto economico per il SSR. Favorire l'utilizzo di molecole dall'ottimale rapporto costo/efficacia	Assicurare la distribuzione diretta e l'allestimento personalizzato a favore dei pazienti in ADI o accolti presso le strutture residenziali e semiresidenziali, garantendone l'appropriatezza d'uso Responsabile :Diretto SC Assistenza Farmaceutica PAolo Schincariol Valutatore di I stanza : Direttore Sanitario	1. Nel 2017 il n° di principi attivi o il n° di pazienti o il n° delle confezioni/DDD erogate a favore dei pazienti in ADI e accolti presso le strutture residenziali e semiresidenziali, sono uguali o maggiori a quanto rilevato nel 2016. 2. Predisposizione ed invio ai MMG e alle strutture dipendenti ed accreditate di almeno 3 circolari inerenti l'appropriatezza d'uso dei medicinali. Modalità di valutazione: Fonte dati BO, ASCOT e Protocollo	4	180	10800

STRUTTURA	STRUTTURA COINVOLTE	Obiettivo Strategico regionale	Contesto / motivazione	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	Target /Modalità di valutazione	Num. personale	Proposta orario aggiuntivo	BUDGET obiettivo
						Dirigenti SPTA	Dirigenti SPTA	
SC Farmacia	SC Assistenza Farmaceutica Area Ospedaliera	e- contenimento spesa farmaceutica.	I farmaci reperibili in commercio risultano di 40 volte più costosi rispetto analogo prodotto che può essere allestito in farmacie ospedaliere che dimostrano know how a riguardo e rispetto assoluto delle condizioni di preparazione a cominciare dalla garanzia di assoluta sterilità Determina del 23 giugno 2014 (G.U. n147 del 27/6/2014). La nostra Regione con nota DCS 0017386 del 6/10/2014, integrata con nota 18586 del 3/12/2014 ribadiva alle Aziende l'importanza di monitorare l'appropriatezza prescrittiva ritenendo congruo indirizzare l'utilizzo verso la preparazione magistrale di bevacizumab intravitale in luogo dei farmaci alternativi reperibili in commercio, parimenti efficaci, ma molto più costosi.	Monitoraggio delle terapie intravitreali per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva secondo le indicazioni regionali che indicano il Bevacizumab come farmaco di prima scelta per il trattamento degli edemi da degenerazione maculare senile e secondo le regole nazionali che prevedono ad opera del farmacista l'inserimento nei registri dei dati richiesti - Approfondire con i clinici richiedenti le richieste poste in deroga all'utilizzo di Bevacizumab come prima scelta terapeutica - Allestimento di una formulazione di farmaco per la somministrazione intravitale che consenta un risparmio rispetto l'acquisto dei prodotti in commercio Responsabile :Diretto SC Assistenza Farmaceutica Paolo Schincariol Valutatore di I stanza : Direttore Sanitario	Il 100% delle immissioni a registro è completato Evidenza dell'attività di monitoraggio prescrittivo del farmacista Quantificazione del risparmio garantito al S.S.R., come differenziale tra i costi sostenuti per l'allestimento delle preparazioni magistrali ad opera dei farmacisti, inclusi quelli attribuibili al finanziamento del progetto, rispetto il costo dei prodotti rinvenibili sul mercato: Almeno il 7,5% rispetto al 2016 .	7	315	18900
SC Prevenzione e Protezione Aziendale	SC Prevenzione e Protezione Aziendale	Integrazione ospedale/territorio	L'unificazione dei servizi di prevenzione ex-AAS1 ed ex AOUPS confluiti in una Struttura unica della nuova azienda ASUITS ha comportato un'attività supplementare da parte di tutti gli addetti e una serie di interventi volti ad individuare ed applicare una strategia unitaria e condivisa nel campo della sicurezza dei luoghi di lavoro. L'obiettivo per l'anno 2017 è di completare gli interventi intrapresi nel corso dell'anno 2016. Linea A: le procedure operative di sicurezza sono un elemento fondamentale nella prevenzione. Devono essere uniche per tutte le attività omogenee. Linea B: il numero e la distribuzione delle sedi aziendali territoriali rende necessaria un'attività supplementare di sopralluoghi delle sedi di lavoro. Linea C: presso le sedi ospedaliere è attivo un sistema di audit di secondo livello nei luoghi di lavoro (facility tour), necessaria l'estensione di tale attività anche alle sedi territoriali. Linea D: messa in atto delle misure conseguenti all'approvazione del regolamento aziendale sul divieto di fumo. Linea E: aggiornamento dell'elenco degli agenti chimici utilizzati in ASUITS.	Linea A: aggiornamento/armonizzazione/integrazione procedure operative di sicurezza (POS) Linea B: sopralluoghi gruppi sedi territoriali Linea C: sperimentazione dei facility tour sedi territoriali sulla base dello schema impostato nel 2016 Linea D: redazione circolare esplicativa; predisposizione corso di formazione per i soggetti accertatori; verifica della situazione in essere e aggiornamento degli elenchi dei soggetti accertatori; verifica e aggiornamento della segnaletica specifica; predisposizione dei punti blu. Linea E: creazione di un elenco aggiornato dei reagenti chimici utilizzati in ASUITS in conformità con il regolamento CLP Responsabile attività: Direttore SC SPPA Valutatore di prima istanza: Direzione Sanitaria	Linea A: 6 procedure aggiornate Linea B: 6 sopralluoghi Linea C: facility sedi distretti 1,2,3,4 e relativi sopralluoghi di survey Linea D: redazione della circolare; realizzazione di almeno una edizione del corso per i soggetti accertatori; realizzazione di un elenco aggiornato dei soggetti accertatori; aggiornamento delle planimetrie e della segnaletica di legge in almeno il 50% delle aree aziendali; realizzazione dei punti blu delle sedi di Cattinara, Maggiore e Farneto. Linea E: tabelle aggiornate dei reagenti utilizzati in 15 reparti di Cattinara, 7 reparti dell'ospedale Maggiore, 4 laboratori e 5 sedi territoriali riportanti le frasi di rischio secondo il regolamento CLP Modalità di valutazione: Relazione conclusiva sulle attività svolte (vedi indicatori di valutazione)	2	85	5100
DIREZIONE SOCIO SANITARIA								
DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI	DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI/ SPPA Aizza	c) Interventi sociosanitari	Orientamento di carattere generale , rivolto alle frequenze istituzionali che a vario titolo accedono presso le strutture aziendali, in tema di organizzazione e tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro	3. Gestione della fase operativa: Orientamento di carattere generale: - sui rischi per la salute e sicurezza sul lavoro connessi alla attività lavorativa; - sulle procedure che riguardano il primo soccorso, la lotta antincendio, l'evacuazione dei luoghi di lavoro; - sui nominativi dei lavoratori incaricati di applicare le misure di primo soccorso e prevenzione incendi - sui nominativi del responsabile e degli addetti del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente; - sui rischi specifici cui è esposto in relazione all'attività svolta, le normative di sicurezza e le disposizioni aziendali in materia; - sui pericoli connessi all'uso delle sostanze e dei preparati pericolosi; - sulle misure e le attività di protezione e prevenzione adottate. Responsabile attività Fabio Aizza Calutatore di I istanza: Flavio Paoletti	Una edizione mese di orientamento di carattere generale , rivolto alle frequenze istituzionali che a vario titolo accedono presso le strutture aziendali, in tema di organizzazione e tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro - 100% dei richiedenti/ partecipanti	1	12	720

STRUTTURA	STRUTTURA COINVOLTE	Obiettivo Strategico regionale	Contesto / motivazione	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	Target /Modalità di valutazione	Num. personale	Proposta orario aggiuntivo	BUDGET obiettivo
						Dirigenti SPTA	Dirigenti SPTA	
DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI	Direzione dei Servizi Socio sanitaria	c) Interventi socio sanitari	Il contesto è quello relativo ai progetti terapeutico riabilitativi personalizzati nelle aree ad elevata integrazione sanitaria afferenti alle SO aziendali (Distretti, DSM, DDD) . Il progetto ha per oggetto le procedure di verifica e controllo degli interventi indiretti di tipo contrattuale erogati con partner esterni.	Descrizione: Definire criteri omogenei per l'individuazione delle procedure di verifica e controllo degli interventi indiretti di tipo contrattuale erogati con partner esterni Responsabile attività: dott.ssa Maria Antonietta Vanto Valutatore di I istanza: dott. Flavio Paoletti	Documento con criteri omogenei e procedure individuate consegnato al Direttore dei servizi socio sanitari entro il 31.12.2017	1	30	1800
DIREZIONE AMMINISTRATIVA								
SC Affari Generali e Legali	Scagl	H) integrazione ospedale/territorio	Il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha messo a disposizione delle Aziende Sanitarie, attraverso il portale denominato " Sistema TS" , l' elenco di cittadini che hanno usufruito indebitamente dell'esenzione per motivi di reddito e che dovranno pagare le prestazioni fruito in esenzione. Si tratta di migliaia di posizioni, a partire dal 2011 La trasmissione delle note di richiesta all'utenza con l'allegato estratto conto delle prestazioni fruito, implicherà una massiccia ricaduta sull'ufficio in termini di richieste di informazioni, verifiche . In considerazione della mole del recupero, viene coinvolto a vario titolo e con varie attività, tutto il personale della Scagl . Visto inoltre l'avvio sperimentale di tale procedura, si effettuerà la verifica su 1500 posizioni riguardanti il 2011, 2012, 2013 e 2014	In considerazione dell' istituzione dell' Asuti e della prossima unificazione degli uffici che trattano il recupero crediti dell' ex Aou e ex Ass 1, si è voluto sperimentare un percorso con procedure unificate per questa particolare e nuova tipologia di recupero. Questa attività è stata prevista dal decreto del MEF (Decreto 11 dicembre 2009 – verifica esenzioni in base al reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria tramite supporto del Sistema tessera sanitaria) a non era ancora operativa nella nuova azienda Responsabile del progetto : Direttore Scagl Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	Apertura n. 1.500 posizioni dal portale Sistema TS Evidenza dell' apertura delle posizioni e predisposizione di un report	1	45	2700
SC Affari Generali	SC Affari Generali	R-A	Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014 con riferimento all'incorporazione dell'AOUS nell'AAS 1 Triestina. L. n. 191/2009 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge finanziaria 2010). Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2, c. 222, periodi 11°, 12°, 14° e 15°: le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, c. 2, del D.Lgs. n. 165/2000, effettuano - entro il 31 dicembre di ogni anno - un censimento degli immobili di loro proprietà, degli immobili strumentali e di quelli in godimento a terzi. Valorizzazione dell'apporto del Terzo Settore a supporto delle attività istituzionali dell'A.S.U.I.Ts. Omogeneizzazione dei rapporti convenzionali con il mondo dell'Associazionismo no profit nell'ambito della normativa di riferimento, anche alla luce del nuovo Codice del Terzo Settore (D.Lgs. n.117/2017).	In attuazione delle disposizioni di cui alla L. n. 191/2009 e s.m.e.i., entro il 31 ottobre 2017 (salvo proroghe), verranno inseriti sul Portale Tesoro https://portalesoro.mef.gov.it tutti i dati relativi ai beni immobili di proprietà dell'A.S.U.I.Ts, con indicazione di quelli strumentali e di quelli in godimento a terzi con riferimento all'anno 2016, a seguito della preventiva ricerca della documentazione agli atti della S.C. Affari Generali ovvero agli atti di altre Strutture dell'ex A.O.U.Ts, contenenti i dati medesimi. approfondimento dello studio della normativa d'interesse e predisposizione dello schema tipo convenzionale per i rapporti con il mondo dell'Associazionismo no profit (Associazioni di volontariato e di promozione sociale, Associazioni civili, ecc.) con evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini della stipula. Responsabile: Direttore della SC Affari Generali Valutatore di prima istanza Direttore Amministrativo	Completato l'inserimento dei dati l'Amministrazione deve darne comunicazione al MEF per mezzo di una nuova piattaforma informatica ministeriale. schema tipo convenzionale per i rapporti con il mondo dell'Associazionismo no profit (Associazioni di volontariato e di promozione sociale, Associazioni civili, ecc.) con evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini della stipula. MODALITA' DI VALUTAZIONE: notifica di avvenuto inserimento/comunicazione (le modalità di notifica verranno rese note al termine dell'inserimento dei dati immobiliari) e/o relazione sull'attività svolta.	1	25	1500
SC Affari Generali	SC Affari Generali	R-A	Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014 con riferimento all'incorporazione dell'AOUS nell'AAS 1 Triestina. Valorizzazione dell'apporto del Terzo Settore a supporto delle attività istituzionali dell'A.S.U.I.Ts. Omogeneizzazione dei rapporti convenzionali con il mondo dell'Associazionismo no profit nell'ambito della normativa di riferimento, anche alla luce del nuovo Codice del Terzo Settore (D.Lgs. n.117/2017).	Obiettivo: approfondimento dello studio della normativa d'interesse e predisposizione dello schema tipo convenzionale per i rapporti con il mondo dell'Associazionismo no profit (Associazioni di volontariato e di promozione sociale, Associazioni civili, ecc.) con evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini della stipula. Responsabile: Direttore della SC Affari Generali Valutatore di prima istanza Direttore Amministrativo	Indicatori: schema tipo convenzionale per i rapporti con il mondo dell'Associazionismo no profit (Associazioni di volontariato e di promozione sociale, Associazioni civili, ecc.) con evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini della stipula. Modalità di valutazione: cfr. indicatori	1	20	1200

STRUTTURA	STRUTTURA COINVOLTE	Obiettivo Strategico regionale	Contesto / motivazione	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	Target /Modalità di valutazione	Num. personale	Proposta orario aggiuntivo	BUDGET obiettivo
						Dirigenti SPTA	Dirigenti SPTA	
SC Gestione del Personale	S.C. Gestione e valorizzazione del personale FARINA		<p>Com'è noto, a seguito del complesso percorso di riforma del Servizio sanitario regionale, avviato con LR 17/2014 e proseguito con la sottoscrizione del protocollo d'intesa Regione/Università e la costituzione dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste, con i decreti 242/2016 e 263/2016 sono state adottate, nelle more dell'adozione ed attuazione del nuovo atto aziendale, le prime determinazioni relative all'assetto istituzionale ed organizzativo.</p> <p>Con l'ulteriore decreto 724/2016, sempre nelle more della riorganizzazione di cui sopra, le funzioni inerenti la gestione amministrativa del personale di cui alla medicina convenzionata, unitamente al personale dedicato a questa funzione, sono transitate dalla SS Gestione convenzioni di medicina generale e specialistica alla SC Gestione e valorizzazione del personale.</p> <p>La complessità della materia e la necessità di gestire il personale a questa afferente hanno reso necessario individuare un dirigente referente per l'intero settore trasferito, individuato nel dott. Giovanni Maria Farina.</p> <p>All'esito dell'incorporazione della materia è stato rilevato che i percorsi procedurali seguiti dal personale afferente la materia della medicina convenzionata sono risultati non definiti in maniera uniforme, in particolare con riferimento alle assegnazioni degli incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione.</p>	<p>Obiettivo: uniformare i procedimenti inerenti la materia della medicina convenzionata in conformità all'organizzazione della SC gestione e valorizzazione del personale.</p> <p>Responsabile: dott. Cristina Turco Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo</p>	<p>Indicatori: presidporre entro il 31.12.2017, la bozza del regolamento aziendale per l'assegnazione degli incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione inerenti la medicina convenzionata</p> <p>Modalità di valutazione: verifica della predisposizione della bozza di regolamento entro il termine indicato</p>	1	30	1800
SC Gestione del Personale	SC GEVAP - SS Relazioni Sindacali	Processi di riorganizzazione	Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014, con riferimento alla incorporazione della AOU TS nell'AAS n.1. Supporto alla definizione delle politiche di gestione dei fondi contrattuali del personale dipendente:	<p>Obiettivo: definizione dell'impianto di finalizzazione delle risorse del fondo di produttività dell'ASUI TS 2017.</p> <p>Responsabile: Fabiana Bearzi Valutatore di I istanza: Direttore SC</p>	<p>Analisi degli impieghi annuali delle risorse del fondo produttività delle due ex Aziende e conseguente elaborazione degli impieghi da definire nell'ambito delle risorse dell'ASUI TS. Elaborazione di una proposta di ipotesi di accordo.</p> <p>Modalità di valutazione: 1.Presentazione di una bozza di contratto collettivo integrativo da inoltrare con not@ alla Direzione Amministrativa. entro il 31 maggio 2017. 2.Avvio della negoziazione e presentazione alla Direzione Amministrativa della bozza di contratto adeguata sulla base dell'esito del negoziato entro il 31/12/2017</p>	1	25	1500
SC Gestione del Personale	S.C. Gestione e Valorizzazione del Personale- SS Acquisizione del Personale		Confronto organigramma ex AAS1 e ex AOUTS con nuovo organigramma ASUI	<p>Obiettivo: Realizzazione di un nuovo assetto degli incarichi, in base all'organigramma di cui alla proposta di Atto Aziendale dell'A.S.U.I.</p> <p>Responsabile: Serena Sincovich Valutatore di I istanza: Cristina Turco, referente della funzione del personale</p>	Indicatori: Trasmissione del nuovo assetto alla responsabile della Funzione di coordinamento "Gestione del personale" entro il 31/12/17	1	40	2400
SC Gestione del Personale	Ufficio del Personale Gestione del Trattamento Giuridico	Progressioni Economiche Orizzontali 2017	applicazione degli accordi 2016 relativi alle progressioni economiche orizzontali per il 2017 per ex AAS1 ed ex AOUTs	<p>Obiettivo: applicazione degli accordi relativi alle progressioni economiche orizzontali per il 2017 per ex AAS1 ed ex AOUTs;</p> <p>Costituzione del gruppo di lavoro; elaborazione delle schede dei punteggi delle carriere per gli aventi diritto; elaborazione del file valutazioni; formulazione della graduatoria provvisoria e definitiva; produzione dei due decreti finali.</p> <p>responsabile: per ex AOUTS: dott.ssa Alessandra CARNESECCHI; per ex AAS1: dott. Fulvio FRANZA</p> <p>Valutatore di I istanza: Cristina Turco, referente della funzione del personale</p>	<p>Elaborazione e pubblicazione delle graduatorie definitive ex AAS1 ed ex AOUTs volte al pagamento delle fasce 2017 negli stipendi di novembre.</p> <p>Modalità di valutazione: pubblicazione dei 2 decreti e inserimento nella procedura stipendiale di novembre degli aventi diritto.</p>	2	80	4800

STRUTTURA	STRUTTURA COINVOLTE	Obiettivo Strategico regionale	Contesto / motivazione	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	Target /Modalità di valutazione	Num. personale	Proposta orario aggiuntivo	BUDGET obiettivo
						Dirigenti SPTA	Dirigenti SPTA	
SC Contabilità e Bilancio	Contabilità Economico Patrimoniale e Finanza e Controllo	Processo di riorganizzazione: Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014 nell'ambito della Ragioneria mediante attuazione delle soluzioni individuate per l'omogeneizzazione delle procedure	Attuazione delle procedure uniformi, trasferimento delle unità di personale per le funzioni trasferite ad altre Strutture, redistribuzione e ripartizione dei carichi di lavoro Responsabili progettuali: dott.ssa Contento e dott.ssa Rozzini Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	Relazione conclusiva dei Responsabili del progetto sull'attività svolta entro il 31/12/2017 attestante: 1) la formalizzazione delle procedure oggetto di omogeneizzazione 2) l'evidenza del personale trasferito ad altre Strutture 3) evidenza della ripartizione delle attività tra il personale afferente alla Struttura in relazione alla redistribuzione dei lavori	3	135	8100
SC Gestione Stabilimenti	SC Manutenzione e sviluppo del patrimonio	Processi di riorganizzazione Opere di ristrutturazione edilizia	1) In primo luogo risulta necessario assicurare la funzione di coordinamento già affidata fino alla piena attuazione dell'atto aziendale. 2) L'avvio dei lavori di Cattinara impegna parte del personale che necessariamente richiede la riorganizzazione dell'attività di programmazione ed attuazione degli investimenti in tutte le loro fasi. È necessario descrivere gli strumenti e i processi, con identificazione dei tempi, dell'autonomia e delle responsabilità di ciascuno nella gestione degli investimenti	Obiettivo 1) Garantire la funzione di coordinamento già affidata (Responsabile SC) Obiettivo 2) Redazione di modelli e strumenti informativi semplici e di immediata lettura anche da parte delle altre SC aziendali che consentano di valutare il rispetto della programmazione, gli eventuali scostamenti e la condivisione dei possibili correttivi. L'orario aggiuntivo richiesto è così suddiviso: 100 ore per il responsabile e 180 per gli altri dirigenti Responsabile attività: ing. Elena Clio Pavan Valutatore di prima istanza: Direttore amministrativo	Relazione e documenti da trasmettere al Direttore amministrativo entro il 31.12.2017	5	280	16800
SC Logistica e Servizi Economici	SC Logistica e Servizi Economici	Processi di riorganizzazione	1) In primo luogo risulta necessario assicurare la funzione di coordinamento già affidata fino alla piena attuazione dell'atto aziendale. 2) La L.R. 17/2014 prevede un percorso di integrazione tra Servizio sanitario Regionale e Università. Nel corso del 2017 prosegue il percorso di integrazione all'interno della nuova ASUITS, costituita dal 1/5/2016 con l'incorporazione di AOITS in AAS1. Per quanto riguarda la funzione Logistica e Servizi Economici, dal mese di febbraio 2016 è stata costituita la Funzione Interaziendale, che ha accompagnato la fase di incorporazione. Relativamente alle specifiche attività della SCLSE, sono pertanto previste nel corso del 2017 alcune distinte linee progettuali, che coinvolgono trasversalmente in misura diversificata il personale della SCLSE individuato, e comportano attività straordinarie emergenti nell'anno stesso. Tali linee progettuali, che si integrano fra di loro per alcuni aspetti, sono finalizzate ad obiettivi coerenti con quelli strategici a livello regionale, con la programmazione aziendale e con adeguamenti procedurali resi necessari dall'evoluzione normativa. Si fa riferimento all'obiettivo strategico regionale prioritario "A) PROCESSI DI RIORGANIZZAZIONE", come definito con accordo dd. 4/4/2016 e integrato con accordo dd. 25/5/2017; in tale nel cui ambito si inquadrano a pieno titolo tutte le attività specifiche oggetto della presente progettualità, conseguenti all'accorpamento nella nuova ASUITS, sotto descritte. Le medesime attività contestualmente riguardano, in parte, l'ambito della revisione dei processi e semplificazione amministrativa (obiettivo regionale g) per area SPTA).	Obiettivo 1) Garantire la funzione di coordinamento già affidata (Responsabile SC) Obiettivo 2) - Logistica di Magazzino: attuazione di attività logistiche e operative propedeutiche complementari alla futura unificazione dei magazzini (da coordinare con l'inserimento dell'Area Triestina nel Magazzino Centralizzato EGAS) - nuovi assetti logistici e ricollocazioni nei presidi aziendali: la pianificazione 2017 prevede l'avvio del cantiere presso l'Ospedale di Cattinara e pertanto comporta elevatissime criticità operative cui si deve far fronte con attività straordinarie di trasferimento e ricollocazione di attività aziendali nei vari presidi aziendali, con coinvolgimento delle funzioni economiche e di magazzino - Ulteriore adeguamento di funzioni e processi nella Funzione Logistica e Servizi Economici in relazione alla costituzione della ASUI - Definizione comune di standard e procedure operative per l'intera Struttura - Aggiornamento parco macchine in uso alla ASUITS: nell'ambito delle risorse assegnate nel piano investimenti aziendale risulta necessario svolgere attività di ricognizione dei mezzi presenti e di programmazione degli acquisti da attivare. Al momento dell'attivazione dell'acquisto, risulta altresì necessario formulare una proposta di assegnazione Tale proposta operativa va sottoposta alla Direzione Strategica ai fini della sua validazione. L'orario aggiuntivo richiesto è così suddiviso: 100 ore per il responsabile e 90 per gli altri dirigenti Responsabile progetto	- Attuazione di procedura unificata ASUITS per la logistica beni di largo consumo: emissione ordini, controlli giacenze e riordini. - Avvio, per alcuni subcentri di area territoriale, di richieste informatizzate per i beni stoccati nel magazzino di via Travnik; unificazione delle anagrafiche, conseguente adeguamento della calendarizzazione delle consegne e riorganizzazione e ottimizzazione logistica - coordinamento operativo e attuazione dei trasferimenti previsti nei presidi aziendali (Cattinara, Maggiore, Farneto, Nordio, Sai, etc...), con attività conseguenti (pulizia locali, traslochi dei reparti, etc.) - coordinamento operativo con le ditte appaltatrici dei servizi economici in vista della fase di cantieramento - Attivazione di procedura condivisa per la terapia a pressione negativa. Revisione delle procedure, degli standard, dei protocolli e delle modalità di attivazione, gestione e rendicontazione della terapia a pressione negativa presso le due ex aziende e conseguente predisposizione di nuovi documenti e standard condivisi fra il personale sanitario, amministrativo e le ditte fornitrici al fine di garantire la gestione continuativa del trattamento clinico dall'attivazione in ospedale al trattamento a domicilio. Verranno quindi rivisti e uniformati anche la gestione del contratto, l'emissione degli ordinativi, i relativi carichi nonché la rendicontazione e la fatturazione che al momento avvengono con modalità diverse presso le due ex aziende. - Sviluppo, implementazione e gestione della piattaforma	3	190	11400

STRUTTURA	STRUTTURA COINVOLTE	Obiettivo Strategico regionale	Contesto / motivazione	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	Target /Modalità di valutazione	Num. personale	Proposta orario aggiuntivo	BUDGET obiettivo
						Dirigenti SPTA	Dirigenti SPTA	
SC Informatica e Telecomunicazioni	SC Informatica e Telecomunicazioni	Processi di riorganizzazione	<p>1) In primo luogo risulta necessario assicurare la funzione di coordinamento già affidata fino alla piena attuazione dell'atto aziendale.</p> <p>2) Servizi di manutenzione e gestione di diversi ambiti IT e interventi su cablaggio strutturato erano contrattualizzati in scadenza. Nel 2017 è stata attivata la convenzione Consip Servizi di Gestione e Manutenzione Sistemi IP e Postazioni di Lavoro (SGMSIIPDL). Risulta quindi necessario avviare un nuovo contratto unico per le due ex aziende e per i diversi ambiti.</p>	<p>Obiettivo 1) Garantire la funzione di coordinamento già affidata (Responsabile SC)</p> <p>Obiettivo 2)</p> <p>Tutte le richieste di manutenzione sono raccolte ed erogate in modo uniforme da qualunque utente provengano.</p> <p>Tutte le richieste di manutenzione sono raccolte ed erogate in modo uniforme da qualunque utente provengano.</p> <p>Coordinamento e supervisione attività:</p> <p>Studio documentazione tecnica convenzione e confronto con i bisogni ASUITS. Analisi dell'assessment e tuning. Confronto con gli aggiudicatari, percorso di definizione tecnico-amministrativa previsto fino al contratto. Avvio nuova infrastruttura comune, help desk interno, ridefinizione code e flussi di distribuzione, redazione protocolli operativi e knowledge base.</p> <p>Pianificazione della realizzazione di richieste pregresse di cablaggio strutturato.</p> <p>L'orario aggiuntivo richiesto è così suddiviso: 100 ore per il responsabile e 90 per gli altri dirigenti</p> <p>Responsabile attività: Direttore SC IT</p> <p>Valutatore di prima istanza: Direttore SC IT</p>	<p>Entro il 31.12.17 è a regime il nuovo assetto uniforme di manutenzione e gestione degli ambiti PdL, sistemi telefonici ed infrastruttura fisica di rete.</p> <p>Modalità di valutazione: relazione Direttore SC IT</p>	3	170	10200
SC Ingegneria Clinica	SC Ingegneria Clinica	Processi di riorganizzazione	<p>Nell'ambito della gestione delle apparecchiature biomediche è aumentata in ASUITS in modo estremamente significativo il ricorso dell'acquisizione di tecnologie sotto forma di service, noleggio e comodato d'uso.</p> <p>Ciò è stato determinato sia dall'aumento delle attrezzature che utilizzano materiali di consumo esclusivi (come ad esempio nel laboratorio d'analisi, centro immunotrasfusionale, anatomia patologica e clinica oculistica) sia dalla necessità di far fronte a rapide sostituzioni di apparecchiature irrimediabili in attesa di finanziamenti regionali per la loro sostituzione definitiva.</p> <p>Si rende necessario, pertanto, disporre di un sistema atto a monitorizzare la dislocazione, il corretto utilizzo di tali attrezzature, le tempistiche di inizio e fine contratto, la corretta esecuzione delle manutenzioni e delle verifiche previste.</p>	<p>Partendo dalle gare effettuate da ASUITS e da EGAS è necessario ottenere l'inventario di tutte le attrezzature presenti in Azienda sotto forma di noleggio, comodato d'uso o service.</p> <p>Sulla base dello stesso verrà creato un database contenente le informazioni relative alla durata dei contratti, ai termini di inizio e fine attività, costi...</p> <p>Verrà, inoltre, definita una procedura per il recupero da parte dei reparti interessati dei dati relativi alle manutenzioni e verifiche effettuate dalle ditte fornitrici</p> <p>Responsabile : ing. Mauro Tommasini</p> <p>Valutatore I istanza : Direttore Amministrativo</p>	<p>Inserimento nel software GSBO delle attrezzature fornite in noleggio, comodato d'uso o service con relativa codifica (secondo ACMAGEST); etichettatura delle stesse.</p> <p>Stesura di una procedura per il rilievo delle attività di manutenzione effettuate sulle apparecchiature dalle ditte fornitrici.</p> <p>Modalità di valutazione: Produzione da parte del responsabile di un report con la sintesi dell'attività effettuata</p>	3	135	8100
						46	4705	282300

9626/SEZ



DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
S.C. GESTIONE DEL PERSONALE

13 AGO. 2018

Servizio SS Relazioni Sindacali

Responsabile del procedimento:

Dr. ssa Fabiana Bearzi tel. 040/399-5139

(nome e cognome, numero di telefono)

E mail: relazioni.sindacali@asuits.sanita.fvg.it

Al Presidente del Collegio Sindacale

SEDE

Rif. Nota _____ di data _____

Oggetto: Trasmissione di 2 ipotesi di contratto collettivo integrativo del personale della Dirigenza Medica e Veterinaria recanti "Accordo per la Finalizzazione complessiva delle risorse aggiuntive regionali. Esercizio 2018" e "Accordo sui criteri generali per la definizione del regolamento per la disciplina e l'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria nonché per l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti".

In data 7 agosto 2018 sono state sottoscritte, con la Delegazione di Parte Sindacale della Dirigenza Medica e Veterinaria, le 2 ipotesi di accordo in oggetto.

In applicazione del CCNL dd. 17.10.2008, come adeguato dall'art. 40, comma 3-sexies del D. Lgs 165/2001 s.m. e i., ed altresì di quanto previsto dal D. Lgs. 33/2013, si trasmettono le due ipotesi di contratto collettivo integrativo in parola, corredate della relazione illustrativa e della relazione tecnico finanziaria, questa ultima redatta secondo gli schemi di cui alla circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 25 dd. 19.07.2012, come integrati dalla successiva documentazione di cui alla nota Prot. N° 5813 dd. 15.03.2013 della Ragioneria Territoriale dello Stato.

Un tanto, onde consentire a Codesto Collegio di provvedere agli adempimenti di competenza.

Distinti saluti.

IL RESPONSABILE DELLA
SS RELAZIONI SINDACALI
Dott.ssa Fabiana BEARZI

Estensore della pratica: Dr.ssa Elena Floramo
tel. 040/399-5038

SCGP 9402
DD 08.08.2018

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata di Trieste



TRA

LA DELEGAZIONE DI PARTE PUBBLICA
COSTITUITA AI SENSI DEL DECRETO N.102 DD. 7.02.2018

E

LA DELEGAZIONE DI PARTE SINDACALE
COSTITUITA AI SENSI DELL'ART. 10, COMMA 2, CCNL DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICA E
VETERINARIA DD. 8.06.2000

VIENE STIPULATA LA SEGUENTE

IPOTESI DI

CONTRATTO COLLETTIVO INTEGRATIVO
AI SENSI DELL'ART. 4 DEL CCNL 03.11.2005

ACCORDO PER LA FINALIZZAZIONE COMPLESSIVA DELLE RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI.
ESERCIZIO 2018

Alghisi
[Handwritten signatures]

Premesso che

l'art. 4 del CCNL dd. 03.11.2005, prevede la contrattazione collettiva integrativa in ordine alla distribuzione delle risorse contrattuali tra i fondi degli artt. 54, 55 e 56 del CCNL 03.11.2005 e delle risorse regionali eventualmente assegnate ove previsto dal contratto nazionale;

che inoltre è altresì prevista, in sede decentrata, la determinazione dei criteri generali per la definizione della percentuale di risorse di cui al fondo dell'art. 56 da destinare alla realizzazione degli obiettivi aziendali generali affidati alle articolazioni interne... *omissis*... Detta retribuzione è strettamente correlata alla realizzazione degli obiettivi assegnati e viene quindi corrisposta a consuntivo dei risultati totali o parziali raggiunti per stati di avanzamento, in ogni caso dopo la necessaria verifica almeno trimestrale, secondo le modalità previste dall'art. 65 del CCNL 05.12.1996... *omissis*...;

rilevato che, in data 24.05.2016, l'Assessore regionale alla salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria hanno sottoscritto l'accordo sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali, reso esecutivo con DGR N. 990 dd. 01.06.2016;

dato atto che, la citata DGR 990/2016 precisa che *"in coerenza con la gradualità del processo di trasformazione organizzativa in atto e, nell'ottica di accompagnare la riforma consolidandone scelte e azioni, l'accordo sottoscritto il 24.05.2016 assume validità triennale per la parte normativa ed economica, con la precisazione che le risorse economiche per l'attuazione della prima annualità sono contenute nell'accordo citato e le stesse saranno soggette a conferma con le modalità della programmazione regionale e rese operative previo accordo con le OO.SS. che in tale sede potranno rivedere altri aspetti di contenuto progettuale"*;

accertato che, in data 7.3.2018, è stata sottoscritta l'Intesa regionale sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali per l'esercizio 2018, resa esecutiva con DGR N. 558 dd. 15.3.2018;

rilevato

che, con il predetto documento, la Regione ha messo a disposizione delle Aziende Sanitarie Regionali l'importo complessivo di € 6.171.409,16, al netto di qualsiasi onere, da destinare all'Area della dirigenza medica e veterinaria, per essere utilizzate nell'ambito del fondo per la retribuzione di risultato;

che la quota di risorse aggiuntive regionali assegnata all'ASUI TS per l'esercizio 2018 ammonta complessivamente a € 1.184.546,51;

preso atto

che l'Accordo regionale stabilisce che il finanziamento complessivo stanziato e distribuito per il 2018 deve essere prioritariamente utilizzato per favorire progetti e programmi ritenuti prioritari per il sistema sanitario regionale in linea con le tematiche portate avanti dalla programmazione regionale e coerentemente con le progettualità previste per le altre aree contrattuali;

che, in coerenza con le disposizioni di cui al citato accordo regionale, gli importi non assegnati per le predette progettualità dovranno essere correlati al raggiungimento di obiettivi qualitativi e/o quantitativi di efficienza e di sviluppo nelle prestazioni conformemente ai contenuti di programmazione regionale e coerentemente con le progettualità previste per le altre aree contrattuali;

verificato

che, in particolare, l'Accordo regionale prevede che il finanziamento complessivamente messo a disposizione dalla Regione per il 2018 debba essere finalizzato e vincolato al perseguimento dei seguenti principi:

- premiare progettualità ulteriori e coerenti con la programmazione regionale diversificate rispetto agli obiettivi annuali correlati al normale fondo di risultato;
- confermare la valorizzazione delle professionalità impegnate nella gestione del momento assistenziale nelle strutture sanitarie al fine di fronteggiare le condizioni di complessità lavorativa legate all'assistenza e ai processi di riorganizzazione;

- garantire l'efficace attuazione dei processi di riorganizzazione conseguenti alla definizione dei nuovi assetti organizzativi mantenendo la qualità e quantità dei servizi resi;
- dare impulso allo sviluppo dei progetti di riorganizzazione delle funzioni;
- sostenere l'attuazione degli atti aziendali;
- promuovere politiche del personale in aree/settori individuati e ritenuti particolarmente critici per i quali la programmazione regionale richiede la finalizzazione di risorse e interventi mirati da parte delle nuove aziende ed enti del SSR;
- individuare politiche e strategie volte a valorizzare il personale coinvolto nelle riorganizzazioni, i rispettivi ruoli e competenze anche in relazione ai processi di assegnazione di referenze di specialisti nell'assistenza avanzata, alla ricollocazione e mobilità volti a garantire la funzionalità organizzativa di ciascuna amministrazione;
- 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, ribadendo che le risorse aggiuntive regionali, in quanto utilizzate nel fondo di risultato, ne seguono i principi, come codificati nel CCNL, vale a dire:
 - o gli obiettivi devono essere definiti con la metodologia aziendale adottata per l'individuazione degli obiettivi di budget;
 - o 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;
 - o poiché l'erogazione dei compensi attiene al raggiungimento di obiettivi di miglioramento dei servizi e di produttività, ulteriori rispetto all'attività istituzionale, la relativa valutazione tiene conto dell'effettivo apporto partecipativo e qualitativo dei dipendenti coinvolti nei progetti regionali e programmi di produttività;

accertato quindi

che vi sono tutti gli elementi per procedere alla negoziazione in ordine alla finalizzazione complessiva delle risorse aggiuntive regionali dell'A.S.U.I.TS, per l'esercizio 2018;

dato atto

che, a tal fine, con nota Prot. N. 8755/GEN.III.3.L1 dd. 20.07.2018, si è provveduto a convocare la Delegazione di Parte Sindacale della Dirigenza Medica e Veterinaria per attivare la relativa negoziazione in data 7.8.2018;

Tutto ciò premesso,

LE PARTI COME INTESTATE IN EPIGRAFE CONCORDANO QUANTO SEGUE

1. UTILIZZO DELLE RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2018

1. REGOLE GENERALI E COMUNI

1. Le parti prendono atto di quanto disposto dagli Accordi Regionali dd. 24.05.2016 e 7.3.2018 rispetto alle risorse aggiuntive regionali che devono essere finalizzate, in prima istanza, a remunerare gli obiettivi strategici regionali prioritari individuati con gli Accordi predetti.

2. In ottemperanza ai principi ispiratori della retribuzione di risultato della dirigenza medico veterinaria stabiliti dall'art. 65, c. 4 e seguenti del CCNL '96, la Direzione Generale individua gli obiettivi aziendali correlati alle indicazioni regionali.

3. Le attività progettuali sono descritte nell'**allegato 1** al presente Accordo, in cui sono indicati, per ciascun progetto, l'obiettivo strategico regionale, l'obiettivo aziendale, gli indicatori e le

modalità di valutazione, i dati sul personale coinvolto, l'orario aggiuntivo previsto ed il budget di progetto. Si precisa che tra il personale coinvolto è ricompreso, in via generale, anche il personale a tempo determinato ed il personale in posizione di comando presso l'ASUITS, in quanto partecipe di specifici progetti.

4. I dirigenti coinvolti negli obiettivi sono i dirigenti medici (con rapporto di lavoro esclusivo) che partecipano all'attività progettuale su base volontaria. Ciascun progetto prevede un budget di ore complessive necessarie per la realizzazione dell'obiettivo.

5. Il perseguimento degli obiettivi in argomento prevede uno specifico impegno temporale, aggiuntivo rispetto a quello ordinario ("eccedenza oraria"), che dovrà pertanto essere garantito nel periodo di vigenza dell'obiettivo. Le ore così lavorate non saranno oggetto, in ogni caso, né di recupero né di altra forma di pagamento – comprese le relative indennità di turno e/o presenza, essendo compensate dal valore dell'incentivo erogato corrispondente a 60€/h (a fronte del raggiungimento dell'obiettivo). Il dirigente può optare per il perseguimento dell'obiettivo anche con ore che intende recuperare.

6. Ai fini della corretta gestione delle eccedenze orarie predette, e della erogazione dei compensi, le attività svolte come RAR debbono apparire sul sistema self service del dipendente (SSD), attraverso la timbratura codificata (cod. 60) o attraverso il giustificativo di presenza (RAR010).

7. Il SSD va alimentato entro il mese successivo alla effettuazione delle eccedenze orarie.

8. Identico comportamento va tenuto per le eventuali attività di guardia notturna o festiva, che rientrano all'interno dei progetti RAR. Anche dette ore di guardia vanno giustificate in SSD con i medesimi codici del punto 6.

9. Nel caso di cui al precedente punto 8, non si procede alla liquidazione delle indennità di cui all'art. 8, c. 2 del CCNL 2006 – servizio di guardia.

10. Al fine di evitare sperequazioni, per individuare le attività di guardia che entrano nel novero delle ore RAR si procederà nel rispetto di un criterio di proporzione tra turni festivi e turni notturni effettuati in corso d'anno da ciascun dirigente.

11. Le quote di incentivazione saranno riconosciute a saldo, previa verifica degli esiti da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, in relazione

- al grado di raggiungimento dell'obiettivo e
- dell'apporto orario specifico dei singoli partecipanti risultante da SSD,

nel rispetto del budget orario di ogni singolo progetto.

12. L'erogazione dell'incentivo sarà in ogni caso consentita previa verifica della sussistenza delle ore di RAR presenti in SSD. Ciò, comunque, in presenza di un saldo orario complessivo positivo al 31.12.2018.

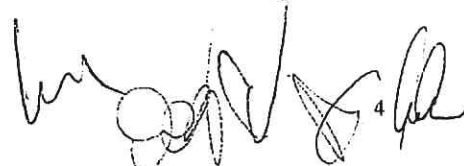
13. Di regola, non è prevedibile l'effettuazione di ore aggiuntive per i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa (SC).

14. Nel caso, può essere considerato al fine dell'eventuale incentivazione solo l'orario eccedente un minimo di 38 ore settimanali di presenza in servizio, come media considerata nell'intero periodo di valenza progettuale.

2. NORME FINALI

1. Per quanto non espressamente disciplinato con il presente accordo, si rinvia agli accordi regionali dd. 24.05.2016 (DGR 990 dd. 01.06.2016) e 7.3.2018 (DGR 558 dd. 15.3.2018), nonché alle disposizioni di cui al contratto collettivo integrativo aziendale dd. 22.12.2017, recante: "Definizione dei Criteri generali di ripartizione delle risorse del fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale", in quanto compatibili.

2. In applicazione del paragrafo "Modalità gestionali" dell'accordo regionale dd. 24.05.2016, copia del presente accordo verrà trasmessa alla Direzione Centrale Salute Integrazione socio-sanitaria e politiche sociali.

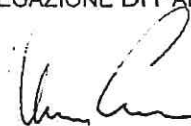
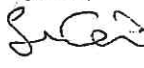




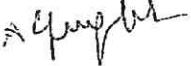


Trieste, 7 Agosto 2018

LA DELEGAZIONE DI PARTE PUBBLICA



LA DELEGAZIONE DI PARTE SINDACALE

	FUM
	ANASSO
	CGIL
	Su/R
	ANMOT ENI
	VM - FPL
	ANPO

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBBIETTIVO/ ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	PERSONE	ORE	BUDGET OBIETTIVO
Direzione Sanitaria							
M1	S.C. Igiene Sanità Pubblica	Qualità delle Cure .	3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)	Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione.	4	240	14.400
Dipartimento Assistenza Ospedaliera							
M2	SC Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione Delle Urgenze Territoriali	Processi di riorganizzazione	Rispondere ai grandi eventi e alle grandi emergenze Presenza del medico durante gli eventi per le ore necessarie al loro svolgimento Responsabile: Direttore SS Valutatore di prima istanza Direttore Dipartimento	Partecipazione ad un numero di grandi eventi/emergenze maggiore uguale a 3 ciascuno	6	200	12.000
M3	SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare	Hub & Spoke	Consolidamento del ruolo di ospedale HUB settore cardiovascolare Attività anestesiológica in sala di elettrofisiologia ed emodinamica per garantire procedure di TAVI trans femorale, Mitraclip, chiusura di PFO, ablazioni atriali e ventricolari	Numero di sedute garantite, ore di prestazione, procedure eseguite	4	550	33.000
M4	SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare SC Cardiocirurgia	Qualità delle Cure .	Consolidamento del ruolo di ospedale HUB nel settore cardiovascolare PDTA nel paziente con grave insufficienza d'organo (filiera cuore regione FVG) Donazione d'organo (Categorie DCD Maastrich II e IV) Supporto specialistico di competenza anestesiológica/rianimatoria nel iter clinico del paziente con ECMO VV e VA garantendo la presenza dello specialista fuori dal normale orario di servizio	Numero di ore di prestazione, procedure eseguite		300	18.000
M5	ARTA	Tempi d'attesa	incremento attività operatoria Cattinara	Almeno 150 sedute operatorie in aumento rispetto la normale programmazione		1150	69.000
M6	SC Cardiologia	Tempi di attesa	Tempi d'attesa per interventi programmati di Angioplastica coronarica Coronarografia Protesi valvolare Rispetto dei tempi di attesa per Coronarografia, Angioplastica e interventi percutanei per il trattamento dei difetti strutturali (TAVI, CLIP PFO, ablazioni transcatetere delle aritmie)	Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi secondo i codici di priorità A 30 gg (per almeno il 95% della casistica), B-60 gg, C-180 gg e D-12 m (per almeno il 90% della casistica). Rispetto dei tempi previsti a livello regionale per l'erogazione in base ai criteri di priorità clinica	26	1750	105.000
M7	SC Cardiocirurgia	Tempi di attesa	Rispetto tempi di attesa Interventi programmati secondo la priorità definita dal prescrittore (bypass coronarico, protesi valvolari). Mantenimento dell'attività operatoria e dell'assistenza alle procedure di cardiologia interventistica durante il periodo estivo, considerata l'assenza di 2 dirigenti medici per pensionamento e la necessità della fruizione delle ferie	Mantenimento tempi di attesa secondo la clausola di garanzia indicata dall'obiettivo regionale		300	18.000
M8	SC (UCO) Chirurgia Vascolare	Qualità delle Cure .	qualità dell'attività di chirurgia vascolare	Garanzia della presenza di una equipe specializzata nelle urgenze di chirurgia vascolare		125	7.500
M9	SC (UCO) Chirurgia Vascolare	Qualità delle Cure .	Pleno rispetto delle disposizioni aziendali in tema di pianificazione dell'attività e orario di lavoro e degli obbiettivi assegnati alla Struttura complessa nell'ambito delle negoziazioni di budget-anno 2018 Assicurare il fabbisogno di prestazioni specialistiche nelle sedi distrettuali finalizzate alle esigenze già individuate nei precedenti testi convenzionali	Mantenimento dell'offerta e copertura dei turni di attività ambulatoriale nelle sedi distrettuali, secondo modalità già condivise negli accordi e nei protocolli operativi Modalità di valutazione: Report su agende interne, resoconto attività ambulatoriale registro g2, relazione finale sulle ore svolte.		180	10.800
M10	SC Cardiovascolare e Medicina dello sport	Tempi d'attesa	Contenimento tempi di attesa richieste di visite/controlli cardiologici della medicina generale Preparazione dei nuovi Piani Terapeutici e dei rinnovi annuali degli anticoagulanti diretti dei pazienti in carico al CCV (circa 800-1000) tramite questionario ed esami predisposto dalla Medicina Generale o dall'Ambulatorio infermieristico senza gravare sulle agende visita D.	Dal momento dell'accettazione della proposta al 31 dicembre 2018 garantire turni aggiuntivi per un massimo di 30 ore/medico (il turno aggiuntivo RAR dovrà essere da: minimo 30' a massimo 3 ore). Modalità di valutazione Cartellino mensile e Codice di riferimento per timbratura RAR. Attività CUP + Piani Terapeutici registrati in cardionet 2018 ≥ 2017	9	270	16.200

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO// ATTIVITA'	INDICATORE // RISULTATO ATTESO	PERSONE	ORE	BUDGET OBIETTIVO
M11	SSD Formazione e Ricerca in Ultrasonografia Vascolare (già CIEU)	Tempi d'attesa	Mantenimento dei tempi d'attesa nei limiti prescritti dalla Regione FVG per l'erogazione delle indagini ECD, con particolare ma non esclusivo riferimento al distretto TSA, in caso di picco di domanda nella tempistica: B - D - P, a fronte del mantenimento dell'offerta di prestazioni ordinaria come da mandato di budget. Offerta di una quota di prestazioni aggiuntive proporzionale alla quota ordinaria offerta dal CIEU, calcolata quale frazione dell'offerta erogata da tutti gli ambulatori convenzionati di ASUI TS. La quota aggiuntiva dovrà essere richiesta dalla Direzione Sanitaria alla Direzione del CIEU, laddove si configuri il superamento del valore limite dei tempi d'attesa regionali. Responsabile attività: Direzione SSD CIEU Valutatore di I Istanza: Direzione CUP	Erogazione della quota di ore richieste dal CUP: si/no Riduzione del tempo di attesa per la specifica prestazione: si/no Quota massima di ore aggiuntive settimanali che possono essere offerte: 6. Ogni ora aggiuntiva prevede l'erogazione di due prestazioni.	2	200	12.000
M12	SC Medicina Clinica	Tempi d'attesa	Rispetto delle liste di attesa. Contenimento del numero dei pazienti da seguire in degenza e dei turni di presenza in reparto, per i Dirigenti coinvolti con le attività ambulatoriali	Mantenimento del numero di visite Brevi e differite eseguite nel 2017, nelle strutture di Endocrinologia e Reumatologia secondo le priorità indicate dal DAT	11	3250	195.000
M13	SC. III Medica	Qualità delle cure	Rete cure sicure in FVG A) Implementazione attività dell'Ambulatorio delle Malattie Tromboemboliche B) Presa in carico dei pazienti con TEV, follow-up dei pazienti	A) Aumento dell'attività ambulatoriale del 15% B) Istituzione di un percorso pre e post dimissione per pazienti con TEV in terapia con anticoagulanti orali allo scopo di ridurre il rischio clinico associato a tale terapia	3	210	12.600
M14	DAO	Qualità delle cure	Espletamento dei turni di guardia medica notturna e festiva all'OM	Continuità nella presenza medica h 24 presso il Presidio dell'Ospedale Maggiore		1068	64.080
M15	Nefrologia e Dialisi	Qualità delle cure.	3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti; rene. Organizzazione ed avvio di un Ambulatorio dedicato ai pazienti con Rene Policistico Autosomico Dominante per la iniziale selezione dei pazienti candidati alla terapia con Tolvaptan, la terapia ed il relativo monitoraggio come da protocollo AIFA. Esso potrà anche costituire un primo nucleo di ambulatorio dedicato alle <u>malattie renali genetiche/ereditarie</u> .	Attivazione della distribuzione centralizzata dell'unico farmaco disponibile capace di rallentare l'evoluzione di questa malattia ai pazienti di Trieste. Registrazione di tutti i dati previsti nel protocollo AIFA.	10	200	12.000
M16	SC Nefrologia e Dialisi	Qualità delle cure.	3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti; rene. Mantenimento dei volumi di attività Chirurgica Nefrologica necessari ai pazienti incidenti e prevalenti; questa costituisce uno degli assi portanti del modello di sviluppo della Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi per la facilitazione dei <u>percorsi del paziente</u> .	Esecuzione in proprio di > 90% degli accessi vascolari e peritoneali necessari	10	400	24.000
M17	SC Ematologia SC Oncologia	Qualità delle cure	Garantire la sicurezza nella prescrizione e somministrazione dei farmaci antiblastici, con estensione della procedura informatizzata anche per i pazienti degenti. Garantire il corretto e tempestivo inserimento nelle previste piattaforme Informatiche di speciali categorie di pazienti: leucemie croniche mieloidi e linfoidi, mielodisplasie (registri Triveneti) e procedure trapiantologiche (registro nazionale ed europeo GITMO /EBMT)	% di chemioterapie preparate in UFA e somministrate secondo piattaforma Bmind. % dei pazienti affetti dalle malattie ematologiche segnalate nell'obiettivo, inseriti nei rispettivi registri, con prosecuzione delle informazioni richieste durante follow-up	16	500	30.000
M18	SC Radioterapia SC Radiologia HM	Qualità delle cure	Ottimizzazione dei piani di cura mediante fusione di immagini fra RM e TAC di centramento	Esecuzione di 80 RM dedicate alla fusione di immagini	8	180	10.800
M19	SC Dermatologia	Tempi d'attesa	Riduzione dei tempi d'attesa	Riduzione dei tempi d'attesa		250	15.000
M20	SC Malattie Infettive	Sviluppo di percorsi assistenziali	Rischio clinico - Antibiotic Stewardship Implementare le consulenze infettivologiche nelle strutture sanitarie aziendali a MMG e nelle strutture protette per favorire l'uso prudente degli antibiotici	Incremento di almeno il 10% del numero delle consulenze infettivologiche (registro G2) rispetto al 2017	6	180	10.800

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

CODICE PROGETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OGGETTO//ATTIVITA'	INDICATORE /RISULTATO ATTESO	PERSONE	ORE	BUDGET OGGETTIVO
M21	SC Gastroenterologia	Tempi d'attesa	- garantire l'erogazione delle prestazioni previste secondo i tempi previsti dal programma di screening regionale e nazionale; - mantenere invariata l'offerta assistenziale della struttura per le prestazioni non di screening - contribuire alla riduzione liste di attesa per visite gastro e colonscopie	Garantire l'esecuzione della colonscopia di screening per tutti i pazienti in attesa di chiamata al fine di garantire i tempi di attesa previsti dall'indicatore di qualità. Almeno 125 visite di gastroenterologia e 60 colonscopie in più rispetto al 2017.	5	250	15.000
M22	ORL	Tempi d'attesa	Contribuire alla riduzione delle liste di attesa per tutte le classi di prestazione	300 visite specialistiche	8	100	6.000
M23	ORL	Tempi d'attesa	Diagnosi e terapia tumori testa e collo I tumori maligni testa e collo sono in aumento e il fvg e' la regione a maggiore incidenza, obiettivo rar e' di investire ore/uomo per la diagnosi e la terapia chirurgica di questi tumori	Esame della sopravvivenza della qualità di vita delle recidive, percorsi facilitanti per ridurre i tempi di attesa tra diagnosi istologica e inizio trattamento. Follow up nei pazienti portatori di fattori di rischio, diagnosi precoce	8	100	6.000
M24	SC ORL SC Radioterapia SC Oncologia	Sviluppo di percorsi assistenziali	Head and neck cancer unit: approccio multiequipe al paziente oncologico (oncologia, radioterapia, chirurgia) Uniformita' alle linee guida e al pdta nazionali e internazionali	Valutazione in multiequipe globale con presenza congiunta e simultanea di paziente, oncologi, radioterapista e chirurgo (tre ore/settimana presso uo orl)	24	480	28.800
M25	SC di Clinica maxillo facciale ed odontostomatologica	Sviluppo di percorsi assistenziali	Fornitura protesi totali e parziali rimovibili a pazienti selezionati seguiti dal Dipartimento delle Dipendenze	Fornitura di almeno 10 manufatti protesici	2	60	3.600
M26	SC Neurochirurgia	Tempi d'attesa	Creazione di 1 ambulatorio /settimana per visite brevi (Priorità B) per rispetto dei tempi di attesa per visite brevi previste in sede Regionale	90% delle visite eseguite nei tempi previsti (10 gg).	8	380	22.800
M27	SC Neurochirurgia	Tempi d'attesa	In considerazione di un numero di Medici inferiore all'organico effettivo e della soppressione di 1 ambulatorio/settimana, per mantenimento del quantitativo visite ambulatoriali del 2017, riattivazione di 1 ambulatorio divisionale per visite specialistiche (prime visite e controlli)	Mantenimento quota visite specialistiche (prime visite e controllo) pari al numero visite eseguite nel 2017	8	400	24.000
M28	SC Neurochirurgia	Tempi d'attesa	In considerazione di un numero di Medici inferiore all'organico effettivo e della soppressione degli ambulatori Specialistici di neuroncologia, Patologia Spinale Complessa e Patologia del Sistema nervosi periferico, per mantenimento dell'attività ambulatoriale specialistica pari a quella del 2017, riattivazione di 1 ambulatorio specialistico mensile (1 per attività specialistica).	Mantenimento quote di visite per i vari ambulatori pari al numero visite effettuate nel 2017	8	300	18.000
M29	SC UCO di Neurologia	Tempi d'attesa	Riduzione dei tempi d'attesa	Numero prime visite erogate nel 2018 pari almeno al numero di visite erogate nel 2017	14	400	24.000
M30	DAI Medicina dei Servizi SC Laboratorio Microbiologia, Igiene	Percorsi hub & spoke	Mantenimento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche, in progressivo aumento a partire dal 7/2/2018, in condizione di risorse assegnate insufficienti. Il personale coinvolto provvederà ad adattare la turnistica, anche con orari d'ingresso differenziati e prolungamenti dell'orario giornaliero.	Indicatore: report dei tempi medi di risposta che evidenziano il mantenimento degli stessi (target 90%) entro il 31/12/2018. Risultato atteso: aumento quantitativo delle prestazioni e mantenimento dei tempi di risposta previsti.	7	140	8.400
M31	DAI Medicina dei Servizi SC Laboratorio	Percorsi hub & spoke.	Valorizzazione specifici ruoli e competenze Creare la completa uniformità e sintonia bidirezionale tra i LIS e HIS di ASUI TS e dell'AAS2. Il personale coinvolto, selezionato per competenza specifica, in collaborazione con le SS.CC. di Informatica delle due aziende e INSIEL, interverrà sui sistemi in modo da renderli efficienti, efficaci e sicuri.	Indicatore: report delle non conformità informatiche segnalate e imputabili a difetti di allineamento dei sistemi, prossimo allo zero (31/12/2018). Risultato atteso: piena operatività e disponibilità dei sistemi gestionali a supporto della diagnostica, per tutte le SS.CC. di AAS2 utenti dei servizi diagnostici di ASUI TS.	4	120	7.200
M32	DAI Medicina dei Servizi SC Laboratorio	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo di percorsi assistenziali	Attivare in alcune case di riposo dell'area triestina, postazioni analitiche decentrate PoCT a disposizione dei clinici territoriali. L'attivazione avverrà mediante intervento del personale coinvolto che accompagnerà l'introduzione dei dispositivi attuando e applicando le linee guida previste dalle norme di sicurezza e dagli standard UNI EN ISO 15189 e 22870.	Evidenza dell'attivazione delle postazioni PoCT e relazione sull'attività svolta per la messa a norme. Miglioramento del percorso assistenziale e clinico dell'utenza oggetto dell'intervento, attraverso un approccio diagnostico veloce, semplificato ed efficace.	1	20	1.200

AQ

Jeb

codice obiettivo	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OGGETTIVO / ATTIVITA	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	PERSONE	ORE	BUDGET OBIETTIVO
M33	DAI Medicina dei Servizi SC Laboratorio	Percorsi hub & spoke Integrazione ospedale/territorio e sviluppo di percorsi assistenziali	Attivazione del Laboratorio Unico dell'area g-l con allestimento nel Laboratorio di Monfalcone di una stazione di preanalitica, definizione, collaudo, manutenzione del piano trasporti e allineamento e standardizzazione di tutto il processo preanalitico. Affiancamento e formazione degli operatori CUP AAS2 all'uso degli schedoni di ASUITs e il personale infermieristico dei punti prelievo a seguito sulle modifiche nelle modalità di prelievo e gestione eccezioni e modalità di stampa dei referti	Relazione del Direttore del DAI con evidenza della fornazione attuata, il piano trasporti attivato e sulla postazione preanalitica. Piena operatività dei processi e completa aderenza alle procedure.	1	30	1.800
M34	DAI Medicina dei Servizi SC Laboratorio, SC Microbiologia	Percorsi hub & spoke. Sviluppo di percorsi assistenziali	Avvio della nuova organizzazione per la gestione delle urgenze del Laboratorio Hub di Cattinara per la per allargare la continuità diagnostica delle attività di microbiologia nelle 24h. Il personale coinvolto dovrà ampliare le proprie competenze mediante formazione di base per le attività analitiche di microbiologia.	Avvio della nuova organizzazione entro il 31/12/2018. Si ritiene che il miglioramento nella diagnostica delle infezioni favorito dall'attuazione del progetto, anche mediante una diagnosi precoce, possa portare a migliori performance diagnostiche, ottimizzando le terapie e riducendo le giornate di degenza.	2	40	2.400
M35	SC Anatomia e Istologia Patologica	Aziendale	Medicina necroscopica. La legge di Polizia Mortuaria impone al medico necroscopo la necessità di eseguire la visita tra le 15 e le 30 ore dal decesso. Ciò comporta la necessità di prevedere accessi anche nei giorni prefestivi e festivi. Nei Presidi ospedalieri di Asuits si contano mediamente dai 1800 ai 2000 decessi l'anno, cioè tra i 4 e i 6 decessi al giorno.	Certificazione necroscopica nei 365 gg /anno	6	500	30.000
M36	SC Anatomia e Istologia Patologica	Sviluppo di percorsi assistenziali	Attività agoaspirativa in collaborazione con le Radiologie La presenza del patologo alle sedute agoaspirative costituisce elemento qualificante nell'iter diagnostico delle lesioni nodulari ecograficamente sospette. Per far fronte alle necessità di prima diagnosi si necessita la programmazione di un turno aggiuntivo di 4 ore per settimana per ciascuna delle due radiologie	Mantenimento casi inadeguati inferiore al 10% ecasi indeterminati inferiore al 20%	5	400	24.000
M37	SC Anatomia e Istologia Patologica	Aziendale	Meeting multidisciplinari Partecipazione dei Patologi agli incontri per la discussione di casi clinici e il loro management	Presenza del Patologo ai diversi meeting con gestione integrata e condivisa dei casi di interesse oncologico	5	150	9.000
M38	SC Anatomia e Istologia Patologica	Tempi di risposta	Le terapie oncologiche post intervento chirurgico, richiedono di erogare una risposta completa per quanto riguarda il linfonodo sentinella entro 40 giorni (inizio della terapia adiuvante). Nei casi di positività inoltre si potrebbe rendere necessario procedere alla dissezione ascellare, che deve essere effettuata in un tempo sufficientemente breve per poi procedere alla chemioterapia. Per raggiungere/mantenere questo obiettivo la nostra struttura, partecipando a una gara EGAS, si è dotata di una nuova tipologia di Test validato denominata OSNA, che quantifica la presenza di citocheratina 19 nel linfonodo, e quindi la metastasi, valutando il relativo RNA messaggero presente nel linfonodo stesso. Tale tecnologia, pur richiedendo una accurata formazione e preparazione da parte del personale tecnico e medico dedicato, a regime accorcerà i tempi classici di preparazione e conseguente refertazione del linfonodo sentinella	Almeno 100 linfonodi sentinella con metodica OSNA. Riduzione dei tempi di risposta da 25/29 gg attuali a 7 gg lavorativi	4	60	3.600
M39	SC Radiologia HM Obiettivo Comune Con: SC Radiologia Diagnostica e Interventistica HC	Sviluppo percorsi assistenziali	Un progetto di Radiologia Domiciliare da condurre presso Strutture Protette e RSA è stato proposto alla Direzione di questa Azienda negli scorsi anni. E' in fase di acquisizione l'apparecchiatura necessaria. E' in fase di elaborazione il progetto operativo. Si confida l'attività possa iniziare nel secondo semestre del 2018	Effettuazione degli esami richiesti in regime dalle Strutture Protette e dalle RSA e loro rendicontazione	21	80	4.800
M40	S.C. Radiologia Ospedale Maggiore Obiettivo comune con: - SC Oncologia - SC Gastroenterologia - SC Pneumologia - UCO Anatomia Patologica - 4 Distretti di ASUITs	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali.	Creazione di un percorso facilitato per il paziente con elevato sospetto clinico di neoplasia (lesioni epatiche sospette per secondarismi all'ecografia/lesione polmonare sospetta alla radiografia). Tale progetto, noto con l'acronimo DRIN, è stato attuato negli ultimi 3 mesi del 2017, limitato al Distretto 3. Viene ora proposto esteso a tutti i Distretti di ASUITs.	Esecuzione degli esami necessari (TC/biopsie) presso S.C. Radiologia OM dopo prenotazione diretta da parte del personale dei Distretti in agende dedicate. Rendicontazione dell'attività con verifica del tempo intercorso fra prenotazione ed erogazione < 10 giorni almeno nel 90% dei pazienti.	13	234	14.040

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	PERSONE	ORE	BUDGET OBIETTIVO
M41	S.C. Radiologia Ospedale Maggiore	Sviluppo percorsi assistenziali	La Direzione Sanitaria ha richiesto alla S.C. Radiologia OM di farsi carico dell'erogazione di esami radiologici (rx, ecografia, TC, RM) a favore della Casa Circondariale non più eseguibili presso strutture convenzionate. L'attività verrà svolta in tutto il 2018.	Effettuazione degli esami richiesti dalla Casa Circondariale e loro rendicontazione.	13	91	5.460
M42	S.C. Radiologia Ospedale Maggiore Obiettivo comune con: - Day Surgery Ospedale Maggiore - S.C. Anestesia e Rianimazione Ospedale Maggiore	Progetti clinico assistenziali	Un numero crescente di pazienti fa riferimento alla S.C. Radiologia OM per sottoporsi a Risonanza Magnetica eseguendo l'esame in sedazione non essendo in grado di effettuarlo in condizioni di vigilanza per ansia/claustrofobia. Il numero di questi pazienti è aumentato da quando è stata attivata la nuova sede della S.C. Radiologia nel Polo Tecnologico, variando tra 15 e 25 procedure/anno. L'incremento trova diverse motivazioni (disponibilità di RM ad alto campo in grado di far fronte alla totalità delle indicazioni cliniche, particolare ampiezza del tunnel del magnete che consente controllo ottimale del paziente, scarsa disponibilità della componente anestesiológica in ambiente convenzionato esterno, ottima integrazione tra le diverse strutture coinvolte nella procedura presso l'OM). Tale attività necessita ora di essere meglio strutturata e ulteriormente potenziata.	Produzione di un protocollo condiviso tra le 3 strutture coinvolte che identifichi l'intero percorso operativo nel paziente candidato a Risonanza Magnetica in sedazione. Applicazione del protocollo con esecuzione di un numero di esami \geq a quello del 2017 (n = 16).	8	32	1.920
M43	S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica HC	Tempi di attesa	incremento livelli di attività e/o riduzione dei tempi di attesa	Incremento di almeno 1500 risonanze magnetiche 3 Tesla	21	1290	77.400
M44	DAO (Dipartimento Assistenza ospedaliera)	Progetti clinico assistenziali	3.3.6 Diabete Diabete in Ospedale (DGR 1572/2017) Attivazione effettiva del team diabetologico ospedaliero ed avvio delle sue attività.	A) Effettivo avvio del team diabetologico ospedaliero; Elaborazione/aggiornamento di n. 2 percorsi diabetologici; Effettuazione di almeno N. 150 valutazioni diabetologiche perioperatorie.	2	200	12.000
M45	SC Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza	Continuità assistenziale	Al fine di migliorare i percorsi di diagnosi e cura dei pazienti e di avviare rapporti collaborativi fra l'Ospedale ed il territorio, è disponibile un telefono cellulare attivo h 24, che permette un dialogo diretto fra i medici del Pronto Soccorso e i Medici di Medicina Generale, quelli delle varie Strutture Residenziali e il personale sanitario delle residenze e del territorio	Disponibilità h24 alla consulenza con i sanitari operanti sul territorio e nella residenzialità		367	22.020
Dipartimento di Assistenza Territoriale							
M46	DAT	Qualità delle Cure .	Revisione, aggiornamento e diffusione fra tutti gli operatori compresi privati accreditati e farmacie di tutte le procedure di prenotazione e incasso per gli sportellisti CUP e della manutenzione dell'anagrafe sanitaria unica	Predisposizione, aggiornamento e diffusione delle procedure entro 31.12.2018	4	120	7.200
M47	DAT diabetologia	Qualità delle Cure .	DGR n 303 dd 24/2/2017 (Linee di indirizzo regionali sulle modalità di prescrizione e gestione del monitoraggio in continuo della glicemia in pazienti diabetici). Applicazione delle Linee di Indirizzo per "La terapia insulinica con microinfusori ed il monitoraggio della glicemia nella Regione FVG" e delle "Linee di indirizzo regionali sulle modalità di prescrizione e gestione del monitoraggio continuo della glicemia nei pazienti diabetici ." Migliorare la presa in carico delle persone con diabete in terapia insulinica attraverso l'utilizzo appropriato delle nuove tecnologie , garantendo: 1. Percorso educativo strutturato per pazienti con microinfusore attraverso incontri educativi di gruppo 2. Prescrizione dei sistemi di monitoraggio continuo della glicemia secondo le linee di Indirizzo regionali (DRG n.303 dd 24/02/2017) con adeguata istruzione dei pazienti all'uso e all'interpretazione dei dati del monitoraggio continuo della glicemia e programmazione di controlli secondo linee di Indirizzo regionali	1a. Effettuazione di almeno 1 corso educativo di gruppo rivolto a persone prossime all'applicazione del microinfusore. 1b. Effettuazione di almeno 1 corso educativo di gruppo rivolto a persone già utilizzatrici di microinfusore 2a. Prescrizione dei sistemi di monitoraggio continuo della glicemia secondo Linee di indirizzo regionali effettuata con compilazione di Piano Terapeutico redatto su modulo regionale e registrato in cartella informatizzata Myster. 2b. monitoraggio a 3-6 e 12 mesi dei pazienti posti in trattamento con CGM o flash monitoring con raccolta dati relativi al controllo glicemico, loro analisi e redazione di report finale.	4	160	9.600

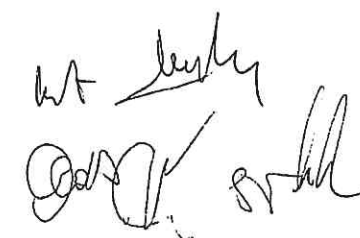
(cod) (c) OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO // ATTIVITA'	INDICATORE // RISULTATO ATTESO	PERSONE	ORE	BUDGET OBIETTIVO
M48	S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari Distretto 1	Qualità delle Cure.	Concorrere alla copertura vaccinale prevista dal PAL : indicatori 1.a, 1.b, 1.c e 2 e all'offerta delle nuove vaccinazioni obbligatorie da L.28.07.2017 Vicariare il personale del DIP e lo specialista igienista ambulatoriale (carente) per la copertura medica delle sedute vaccinali fascia 0-6 anni nelle sedi del Distretto n.1	Mantenimento delle sedute vaccinali fascia 0-6 anni in calendario nel Distretto n.1	1	60	3.600
M49	S.C. Adulti e Anziani Distretto 1	Qualità delle Cure.	Garantire la presa in carico. Mantenimento/Incremento dell'attività ambulatoriale erogata per visite e controlli per valutazioni geriatriche.	N. visite ambulatoriali eseguite nel 2018 maggiore o uguale al 2017. Modalità di valutazione: G-WEB. Visite e controlli geriatrici registrati in S.S. Anziani e Residenze D1	1	30	1.800
M50	SS Anziani e Residenze Distretto 2. SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Distretto 2.	Qualità delle Cure.	1. Verifica degli ambulatori degli MMG per i requisiti previsti dall'A.I.R. 2016-2018, utilizzando una check list condivisa, al fine di attivare ed autorizzare le nuove forme associative (MGI) afferenti al Distretto 2 e autorizzate dalla Direzione Centrale Salute della Regione FVG. 2. Verifica degli ambulatori degli MMG delle MGI già autorizzate afferenti al Distretto 2, secondo le modalità individuate in Coordinamento Distretti, al fine del rilascio da parte del Direttore di Distretto della dichiarazione dell'avvenuta effettuazione delle funzioni assegnate.	Verifica dei requisiti previsti dall'A.I.R. 2016-2018 di tutti gli ambulatori di MMG utilizzando la check list condivisa. 2. Verifica degli ambulatori di MMG, secondo le modalità individuate in Coordinamento Distretti, per tutte le MGI autorizzate.	1	35	2.100
M51	Distretto 2 UCCP	Qualità delle Cure.	Riorganizzazione servizio cure palliative	Mantenimento attività	1	60	3.600
M52	Distretto 2 RSA San Giusto.	Qualità delle cure.	assicurare i turni di presenza in RSA San Giusto durante i periodi di assenza e ferie dei medici della struttura. Maggior disponibilità oraria per assicurare la presenza medica presso la RSA San Giusto nei periodi di assenza e ferie dei medici della struttura	Assicurare i turni di presenza in RSA San Giusto durante i periodi di assenza e ferie dei medici della struttura. Assicurare la presenza di un Medico presso la RSA San Giusto per l'accogliimento dei nuovi arrivi e le dimissioni con turni di 4h presso la RSA San Giusto dal 01/01/2018 al 31/12/2018. Modalità di valutazione: SSD (timbratura con codice specifico)	3	210	12.600
M53	Distretto 3 SS Centro Diabetologico	Tempi di attesa	Maggior disponibilità oraria per effettuazione di prime visite e controlli	Qualità delle cure. Garantire la presa in carico. Mantenimento/incremento qualitativo dell'attività erogata per visite e controlli dei Centri Diabetologici.	1	32	1.920
M54	SC BADOF Distretto 3	Qualità delle Cure.	Garantire le azioni inerenti l'offerta vaccinale obbligatoria nella fascia di età fino a 6 anni in relazione al mutamento della normativa (locale, regionale e nazionale). L'applicazione della normativa nazionale sull'obbligo vaccinale ha determinato un aumento cospicuo delle attività dell'ambulatorio vaccinale della SCBADOF distretto 3 rispetto al 2017. Per mantenere la risposta all'utenza distrettuale in relazione agli adempimenti di legge (aumento del n. di sedute vaccinali, verifica dello stato vaccinale, recupero del non in regola con la normativa) sono necessarie modifiche organizzative dell'ambulatorio vaccinale.	Garantire l'organizzazione per il mantenimento delle attività vaccinali d3 rivolte all'utenza fascia 0- 5 anni rispetto al 2017; mantenimento del coordinamento tra ambulatori vaccinali distrettuali e DIP per garantire modalità omogenee di erogazione. Report finale 31/12/2018	1	40	2.400
M55	SC Tutela Salute Adulti e Anziani Distretto 3	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Pronta risposta per problematiche chirurgiche dei pazienti complessi seguiti presso il Centro Sanitario Distretto 3 che necessitano di approfondimento e rapida risoluzione. Evitare ricoveri inappropriati e rivalutazione chirurgica ospedaliera.	Valutazione medica in almeno il 90% dei casi chirurgici complessi identificati dall'ambulatorio infermieristico Distretto 3. Relazione attività	1	32	1.920
M56	SS Anziani e Residenze SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Distretto 4.	Qualità delle Cure.	1. Verifica degli ambulatori degli MMG per i requisiti previsti dall'A.I.R. 2016-2018, utilizzando una check list condivisa, al fine di attivare ed autorizzare le nuove forme associative (MGI) afferenti al Distretto 4 e autorizzate dalla Direzione Centrale Salute della Regione FVG. 2. Verifica degli ambulatori degli MMG delle MGI già autorizzate afferenti al Distretto 4, secondo le modalità individuate in Coordinamento Distretti, al fine del rilascio da parte del Direttore di Distretto della dichiarazione dell'avvenuta effettuazione delle funzioni assegnate.	1. Verifica dei requisiti previsti dall'A.I.R. 2016-2018 di tutti gli ambulatori di MMG utilizzando la check list condivisa. 2. Verifica degli ambulatori di MMG, secondo le modalità individuate in Coordinamento Distretti, per tutte le MGI autorizzate.	2	70	4.200

afm


CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO/ ATTIVITA'	INDICATORE // RISULTATO ATTESO	PERSONE	ORE	BUDGET OBIETTIVO
M57	SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Distretto 4	Qualità delle cure.	Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (garantire alla popolazione afferente al centro diabetologico del distretto 4 una prima valutazione in caso di urgenze diabetologiche, in assenza dello specialista, e la collaborazione con la S.S. Anziani e Residenze per le visite geriatriche domiciliari)	Valutazione, nel periodo di assenza dello specialista, degli assistiti afferenti al Centro Diabetologico del 4° Distretto con urgenze diabetologiche e rivalutazione, ove indicato. Effettuazione di visite geriatriche domiciliari o residenziali richieste dall'Ufficio Invalidi Civili dell'ASUI TS o dai Medici di Medicina Generale, su indicazione del responsabile della S.S. Anziani e Residenze del Distretto 4. Dal 1/1/2018 al 31.12.2018 effettuate 45 valutazioni Documentazione conservata presso la S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari 4° Distretto ASUI TS.	1	30	1.800
M58	SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari SC Adulti Anziani Distretto 3	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Effettuazione di prime visite e controlli (codici 89.07.00 e 89.01.00) presso il Servizio Diabetologico operante all'interno del Distretto 3. Contribuire al mantenimento dei tempi di attesa per visite e controlli presso Servizio Diabetologico D3.	Almeno 80 visite diabetologiche. Referto clinico su cartella informatizzata MyStar	1	40	2.400
M59	SO Dipartimento di Salute Mentale	Qualità delle cure	Miglioramento della qualità dell'intervento nelle situazioni critiche di accoglienza nel SPDC e/o nel CSM 24 ore.	n. persone prese in carico dall'equipe di crisi. Almeno 2 contatti con le persone così individuate da parte del personale coinvolto.	2	80	4.800
M60	SO Dipartimento di Salute Mentale	Processi di riorganizzazione Qualità delle cure	a) Attività ambulatoriale distrettuale per persone con disturbo mentale inviate da distretti e MMG. b) Attività di visita e valutazione di persone dell'area della disabilità con problematiche comportamentali e/o disturbi dello spettro autistico in età adulta.	n. visite ambulatoriali presso sede distrettuale. Risposta al 100% delle richieste pervenute tramite CUP e/o contatto col CSM via mail da Distretto	9	420	25.200
M61	SO Dipartimento di Salute Mentale	Processi di riorganizzazione	Incremento dell'attività di consulenza e presa in carico di persone con disturbo mentale severo da parte dei CSM presso la casa circondariale adeguato all'aumento della domanda segnalata dalla Casa Circondariale.	n. visite presso Casa Circondariale. Risposta al 100% delle richieste pervenute al DSM	6	150	9.000
M62	SO Dipartimento delle Dipendenze	Aziendale	Garantire le prestazioni mediche previste nei percorsi accertativi di tipo medico-legale presso le due SC del Dipartimento (SCDSI e SCDSL). Responsabili: Roberta Balestra e Rosanna Ciarfeo Purich	Copertura del 100% dei turni medici nei due Poli Dipartimentali (SCDCL: martedì e giovedì in orario 15.00-17.00, SCDSI: lunedì e giovedì in orario 16.00-19.00 Periodo 01/01/2018-31/12/2018	12	300	18.000
M63	Centro malattie a trasmissione sessuale (CMST) SO Dipartimento delle Dipendenze	interventi socio-sanitari	Garantire gli interventi di sanità pubblica previsti dalle linee di indirizzo regionali in tema di migranti, stilate in sinergia con la Prefettura e gli organismi del privato sociale incaricati. Attività svolte in collaborazione con i medici del Dipartimento di Prevenzione, con i MMG e con i servizi deputati all'accoglienza dei migranti (ICS e Caritas) Responsabile: Colli	Assicurare la valutazione dermatologica in caso di sospetto di scabbia al 100% dei migranti inviati al CMST da parte del DIP, dei MMG e dei servizi deputati all'accoglienza dei migranti (ICS e Caritas) Modalità di valutazione: registrazione delle visite presso il centro di malattie a trasmissione sessuale periodo: 01/01/2017-31/12/2017	1	40	2.400
Direzione Generale							
M64	Sc Ricerca, Innovazione Clinico Assistenziale, Ricerca Qualità' Accredитamento E Rischio Clinico	Aziendale	Individuare e concordare con la Segreteria Tecnico-Scientifica del CEUR, con sede presso il CRO di Aviano ed EGAS di Udine, l'intero percorso e le procedure aziendali relative alle fasi pre-autorizzative degli studi. In Comando	Publicazione su sito Intranet del documento "POLITICA: AMMISSIONE E PARTECIPAZIONE AI PROGRAMMI DI RICERCA CLINICA ed EPIDEMIOLOGICA" e relative procedure previste per l'accesso all'istruttoria pre-autorizzativa per parere CEUR	1	40	2.400

codice: obiettivo	STRUTTURA	linea Strategica Regionale	OBBIETTIVO // ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO / ATTESO	PERSONE	ORE	BUDGET OBIETTIVO
M65	COMANDATI REGIONE FVG				1	35	1.900
TOTALE IMPIEGO FONDO RAR DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA 2018					391	19.711	1.182.460
FONDO RAR DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA 2018							1.184.547
Residuo Fondo RAR DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA 2018							2.087



19/11




RELAZIONE ILLUSTRATIVA

all'ipotesi di Contratto Collettivo Integrativo del personale della Dirigenza Medica e Veterinaria recante: "Accordo per la finalizzazione complessiva delle risorse aggiuntive regionali: Esercizio 2018".

Modulo 1

Scheda 1.1

Illustrazione degli aspetti procedurali, sintesi del contratto e dichiarazioni relative agli adempimenti di legge

Data di sottoscrizione	7 agosto 2018
Periodo temporale di vigenza	Dal 1 gennaio 2018 al 31 dicembre 2018
Composizione della delegazione trattante	<p>Parte Pubblica (ruoli/qualifiche ricoperti) – Decreto 467/2018: Presidente: DG o delegato Componenti: Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Direttore dei Servizi sociosanitari Direttore della SC Gestione del Personale.</p> <p>Organizzazioni sindacali ammesse alla contrattazione (elenco sigle): AAROI EMAC ANAAO ASSOMED ANPO ASCOTI FIALS MEDICI CIMO FASSID (SNR) FEDERAZIONE CISL MEDICI FP CGIL FVM UIL FPL FESMED</p> <p>Organizzazioni sindacali firmatarie (elenco sigle): FVM FP CGIL ANAAO ASSOMED ANPO ASCOTI FIALS MEDICI UIL FPL AAROI EMAC FASSID (SNR)</p>
Soggetti destinatari	Personale della Dirigenza Medica e Veterinaria dell'"A.S.U.I." di Trieste

Materie trattate dal contratto integrativo (descrizione sintetica)		Finalizzazione delle risorse aggiuntive regionali dell'ASUI TS per l'esercizio 2018 nell'ambito del fondo contrattuale per la retribuzione di risultato 2018
Rispetto dell'iter adempimenti procedurale e degli atti propedeutici e successivi alla contrattazione	Intervento dell'Organo di controllo interno. Allegazione della Certificazione dell'Organo di controllo interno alla Relazione illustrativa.	La presente relazione è redatta al fine di ottenere la certificazione dell'Organo di controllo interno
	Attestazione del rispetto degli obblighi di legge che in caso di inadempimento comportano la sanzione del divieto di erogazione della retribuzione accessoria	È stato adottato il Piano della performance previsto dall'art. 10 del d.lgs. 150/2009: Con decreto n. 253 del 29/3/2018 è stato adottato il Piano Attuativo Locale (P.A.L.) 2018. Il Piano è stato pubblicato nella sezione del sito web aziendale <i>Amministrazione Trasparente / Performance / Piano della Performance</i>
		È stato adottato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità previsto dall'art. 11, comma 2 del d.lgs. 150/2009: Con decreto n. 75 del 31.01.2018 è stato adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020, ai sensi della L. 6 novembre 2012, n. 190. Il Piano successivamente modificato e integrato con decreto n. 506 del 27.06.2018, è stato pubblicato sul sito web aziendale nella sezione <i>Amministrazione Trasparente / Disposizioni generali / Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.</i>
		È stato assolto l'obbligo di pubblicazione di cui ai commi 6 e 8 dell'art. 11 del d.lgs. 150/2009 Art. abrogato dal Dlgs 33/2013, art 53, c. 1, lett. i)
		La Relazione della Performance è stata validata dall'OIV ai sensi dell'articolo 14, comma 6. del d.lgs. n. 150/2009? La Relazione sulla Performance per l'anno 2018 potrà essere redatta soltanto a consuntivo e pertanto dopo la chiusura dell'esercizio in corso
Eventuali osservazioni		

Modulo 2**Illustrazione dell'articolato del contratto**

Come noto l'art. 4 del CCNL dd. 03.11.2005 del personale della Dirigenza Medica e Veterinaria, tutt'ora in vigore, demanda alla contrattazione collettiva integrativa aziendale la definizione dei criteri generali per la distribuzione delle risorse contrattuali tra i fondi e delle risorse regionali eventualmente assegnate, la finalizzazione delle risorse tra i vari istituti, nonché la determinazione della percentuale di risorse del fondo per la retribuzione di risultato da destinare alla realizzazione degli obiettivi aziendali generali affidati alle articolazioni interne. *omissis*...Detta retribuzione è

strettamente correlata alla realizzazione degli obiettivi assegnati e viene quindi corrisposta a consuntivo dei risultati totali o parziali raggiunti per stati di avanzamento, in ogni caso dopo la necessaria verifica almeno trimestrale, secondo le modalità previste dall'art. 65/2 del CCNL 05.12.1996...*omissis*...

In data 24.05.2016, l'Assessore regionale alla salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS. dell'area della Dirigenza Medica e Veterinaria hanno sottoscritto l'accordo sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali, reso esecutivo con DGR N. 990 dd. 01.06.2016. Detto accordo ha validità triennale per la parte normativa ed economica *"con la precisazione che le risorse economiche per l'attuazione della prima annualità sono contenute nell'accordo citato e le stesse saranno soggette a conferma con le modalità della programmazione regionale e rese operative previo accordo con le OO.SS. che in tale sede potranno rivedere altri aspetti di contenuto progettuale."*

In data 7.3.2018, è stata sottoscritta l'Intesa regionale sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali per l'esercizio 2018, resa esecutiva con DGR N. 558 dd. 15.3.2018.

E' emersa pertanto la necessità di addivenire all'accordo annuale sulla finalizzazione complessiva delle risorse aggiuntive regionali dell'A.S.U.I.TS destinate alla retribuzione di risultato dei dirigenti medici e veterinari per l'esercizio 2018.

Tutto ciò premesso, le Delegazioni Trattanti, in data 7 agosto 2018, hanno sottoscritto l'ipotesi di accordo in argomento.

Per quanto concerne il rispetto del quadro normativo di riferimento in materia di relazioni sindacali, si rappresenta quanto segue.

Il succitato art. 4 del CCNL dd. 03.11.2005 del personale della Dirigenza Medica e Veterinaria individua le materie che devono essere regolate in sede di contrattazione collettiva integrativa aziendale, come sopra precisato.

Per effetto del combinato disposto di cui all'art. 65, c. 5 del D. Lgs. 150/2009 e della circolare del Dipartimento di Funzione Pubblica n. 7/2010, le disposizioni relative alla contrattazione collettiva nazionale di cui al D. Lgs. 150/2009 e s. m. e i., si applicano dalla tornata successiva a quella in corso.

Peraltro, l'art. 2 del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella L. 7 agosto 2012, n. 135, tutt'ora in vigore, ha innovato ulteriormente il sistema delle relazioni sindacali.

Ne deriva che l'art. 4 del CCNL dd. 03.11.2005, inerente la contrattazione collettiva integrativa aziendale, risulta essere tutt'ora in vigore, per le parti compatibili con il vigente assetto normativo.

Si conferma pertanto, in questa sede, che le materie trattate nell'ipotesi di contratto collettivo integrativo di cui all'oggetto rientrano in quelle che sono specificamente demandate alla trattazione decentrata e pertanto in coerenza con le direttive del D. Lgs 150/2009, ed altresì con le disposizioni introdotte in merito dal recente D. Lgs. 75/2017.

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 21 del D.Lgs. 33/2013 in ordine alla necessità di evidenziare, in sede di relazione illustrativa, gli effetti attesi in esito alla sottoscrizione del contratto integrativo in materia di produttività ed efficienza dei servizi erogati, anche in relazione alla richiesta dei cittadini, si rappresenta quanto segue.

La finalizzazione delle risorse finanziarie stabilite e descritte nel testo negoziale rispondono all'esigenza di adeguare le funzionalità delle risorse alle esigenze aziendali e di valorizzare l'impegno del personale, anche ulteriore rispetto al lavoro ordinariamente svolto, con conseguente efficacia sia diretta che indiretta sul servizio erogato all'utenza.

Vengono infatti perseguiti gli interessi dell'utenza attraverso la remunerazione di obiettivi specifici attribuiti al personale e definiti in coerenza con le linee di gestione regionali, nell'ambito dei documenti di programmazione aziendale.

La parte dispositiva del documento tratta la finalizzazione delle risorse aggiuntive regionali disponibili per l'esercizio 2018, ed è articolata in 2 paragrafi, di cui il primo disciplina l'utilizzo delle predette risorse, mentre il secondo è dedicato alle norme finali.

Con riferimento agli elementi di cui al Modulo II, lett. d), e) e f) degli schemi della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 25 dd. 19.7.2012, si riportano le seguenti riflessioni.

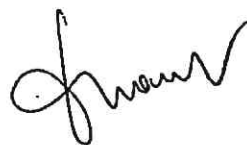
Tutte le risorse del fondo per la retribuzione di risultato 2018 vengono destinate alla valorizzazione di obiettivi specifici, sulla base dei principi fondamentali stabiliti dal D. Lgs 150/2009, e pertanto, mediante la definizione:

- di obiettivi specifici;
- dei valori attesi di risultato;
- dei rispettivi indicatori.

L' accordo in esame consente pertanto, anche alla luce della nuova normativa, il collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse nell'ambito del fondo contrattuale a ciò deputato, nonché l'attivazione di un sistema incentivante aderente ai principi di cui all'art. 18, comma 2 del D.Lgs 150/2009 (divieto di distribuire incentivi e premi in maniera indifferenziata o sulla base di automatismi).

Infine, con riferimento a quanto richiesto dalla Parte II – Modulo 2, pag. 6, lett e) della circolare MEF n. 25 dd. 19.07.2012 ed inerente l'illustrazione e specifica attestazione della coerenza con il principio di selettività delle progressioni economiche, finanziate dal fondo di competenza, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 150/2009, si evidenzia che la materia non è specificamente inerente i contenuti dell'accordo in esame. Tuttavia, al fine di adempiere a quanto richiesto dalla citata circolare, si precisa che, rispetto all'argomento, è stato sottoscritto in data 26 giugno 2018 l'accordo elaborato in aderenza ai principi succitati, recante: " *Criteria per la progressione economico orizzontale al 1.1.2018 art.35 del CCNL dd.7 aprile 1999*".

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dott. Fulvio FRANZA



RELAZIONE TECNICO - FINANZIARIA

all'ipotesi di Contratto Collettivo Integrativo del personale della Dirigenza Medica e Veterinaria recante: "Accordo per la finalizzazione complessiva delle risorse aggiuntive regionali. Esercizio 2018".

FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E LA QUALITA' DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUALE - ESERCIZIO 2018 - DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA (DECRETO 253/2018, ADEGUATO CON ACCORDO REGIONALE RAR 2018 DD. 7.3.2018)		
MODULO I - LA COSTITUZIONE DEL FONDO PER LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA		
MODULO 1.1 - Sezione I		
- Risorse fisse aventi carattere di certezza e stabilità		
Voci	Dati parziali	Totali
Risorse storiche consolidate		
Fondo storico consolidato al 31/12/2007	1.566.722,28	
Incrementi esplicitamente quantificati in sede di CCNL	0,00	
Altri incrementi con carattere di certezza e stabilità	0,00	
Atto d'intesa con IRCCS Burlo per trasferimento medicina di laboratorio (1 dirigente medico dal 1/4/2017)	1.967,42	
Totale risorse aventi carattere di certezza e stabilità		1.568.689,7
MODULO 1.2 - Sezione II		
- Risorse variabili		
Risorse aggiuntive regionali 2018 (Accordo dd.7.3.2018)	1.184.546,51	
Quota derivante da attività libero professionale (fondo perequativo esercizi precedenti - Accordo dd. 04/02/2016)	0,00	
Quota 0,00% monte salari 1997 (art. 52, comma 5, lett. B, CCNL dd. 08.06.2000, come confermato dall'art. 51, comma 2, primo alinea CCNL dd. 03.11.2005). Indicazioni metodologiche DCS 2017	0,00	
Totale risorse variabili		1.184.546,51
MODULO 1.3 - Sezione III		
- (eventuali) decurtazioni del fondo		
Riduzione fondo ex art. 9, c. 2-bis, del D.L. 78/2010 conv. in L. 122/2010 (agg.ta L. 190/2014), stabile dal 2015	-14.397,98	
Riconduzione fondo 2016 al limite soglia 2015 (applicazione art. 1, c. 236, L. 208/2015)	0,00	
Riduzione fondo per riduzione forza 2016, rispetto al 31/12/2015 (applicazione art. 1, c. 236 L.208/2015)	0,00	
Riconduzione fondo 2018 al limite soglia 2016 (applicazione art.23, c.2, D.Lgs.75/2017)	0,00	
Totale decurtazioni		-14.397,98
Quota definitiva fondo 2017 trasferita all'EGAS (DGR 2036/2016 Nota DCS 18417/2016 - Nota ASUI TS Prot. N° 1537/2017)		-403,75
Quota fondo trasferita all'EGAS come da Linee regionali (DGR 2667 dd. 28/12/2017)		-2.250,00
Totale trasferimenti		-2.653,75
MODULO 1.4 - Sezione IV		
- Sintesi della costituzione del fondo sottoposto a certificazione		

a) totale risorse aventi carattere di certezza e stabilità sottoposto a certificazione		1.568.689,7
b) totale risorse variabili sottoposto a certificazione		1.184.546,51
c) totale fondo sottoposto a certificazione (al netto delle decurtazioni e dei trasferimenti di cui al Modulo 1.3) (Nota 1)		2.736.184,48
MODULO 1.5 - Sezione V		
- Risorse temporaneamente allocate all'esterno del fondo		Non pertinente
Nota 1) Il valore verrà adeguato a seguito dell'applicazione dell'art. 23, c. 2, D. Lgs. 75/2017 che abroga l'art. 1, c. 236, L.208/2015.		

FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E LA QUALITA' DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUALE - ESERCIZIO 2018 -DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA (DECRETO 253/2018, ADEGUATO CON ACCORDO REGIONALE RAR 2018 DD. 7.3.2018)		
MODULO II - DEFINIZIONE DELLE POSTE DI DESTINAZIONE DEL FONDO PER LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA		
MODULO 2.1 - Sezione I		
- Destinazioni non disponibili alla contrattazione integrativa o non regolate specificamente dal contratto integrativo sottoposto a certificazione		
quota 0,00% monte salari su consuntivo 2001 (indicazioni metodologiche 2018)		0,00
Totale destinazioni non disponibili alla contrattazione integrativa o non regolate specificamente dal contratto Integrativo sottoposto a certificazione		0,00
MODULO 2.2 - Sezione II		
- Destinazioni specificamente regolate dal contratto integrativo		
risorse aggiuntive regionali 2018 (accordo dd. 7.3.2018)		1.184.546,51
Totale destinazioni specificamente regolate dal contratto integrativo		1.184.546,51
MODULO 2.3 - Sezione III		
- Destinazioni ancora da regolare		
disponibilità per retribuzione di risultato e altri impieghi (art. 63, c. 2 e art. 65 CCNL 05/12/1996 e s.m. e i.)		1.551.637,97
Totale destinazioni ancora da regolare		1.551.637,97
MODULO 2.4 - Sezione IV		
- Sintesi della costituzione del fondo sottoposto a certificazione		
a) totale destinazioni non disponibili alla contrattazione integrativa o comunque non regolate esplicitamente dal contratto integrativo		0,00
b) totale destinazioni specificamente regolate dal contratto integrativo		1.184.546,51
c) totale destinazioni ancora da regolare		1.551.637,97
d) totale poste di destinazione del fondo sottoposto a certificazione (vedi nota 1)		2.736.184,48
MODULO 2.5 - Sezione V		
- Risorse temporaneamente allocate all'esterno del fondo		Non pertinente
MODULO 2.6 - Sezione VI		
- Attestazione motivata, dal punto di vista tecnico-finanziario, del rispetto dei vincoli di carattere generale:		
Il riconoscimento della retribuzione di risultato, nelle varie forme previste nell'accordo aziendale, avviene esclusivamente a fronte di specifici obiettivi ed a seguito della valutazione, da parte dell'Organismo Indipendente di valutazione della prestazione, in ordine al raggiungimento degli stessi. Tutti gli obiettivi sono quindi attuati sulla base di principi fondamentali stabiliti dal CCNL 1996 e dal D. Lgs. 150/2009 e pertanto mediante:		

- la definizione degli stessi;
- dei valori attesi di risultato;
- dei rispettivi indicatori.

Si attesta pertanto che l'attuale sistema applicato in Azienda è in linea con le previsioni in materia di meritocrazia e di premialità delineate dal CCNL 1996 e dal titolo III del D.Lgs. 150/2009 e s.m. e i.

Nota 1) Il valore verrà adeguato a seguito dell'applicazione dell'art. 23, c. 2, D.Lgs. 75/2017 che abroga l'art. 1, c. 236, L.208/2015.

FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E LA QUALITA' DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUALE - ESERCIZIO 2018 -DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA (DECRETO 253/2018, ADEGUATO CON ACCORDO REGIONALE RAR 2018 DD. 7.3.2018)		
MODULO III – SCHEMA GENERALE RIASSUNTIVO DEL FONDO PER LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA E CONFRONTO CON IL CORRISPONDENTE FONDO CERTIFICATO DELL'ANNO PRECEDENTE (FONDO 2017 CERTIFICATO CON DECRETO 376-2018)		
	anno 2018	anno 2017
Fondo consolidato al 31/12/2007	1.566.722,28	1.566.722,28
Incrementi esplicitamente quantificati in sede di CCNL	0,00	0,00
Altri incrementi con carattere di certezza e stabilità: Atto d'intesa con IRCCS Burlo per trasferimento medicina di laboratorio (1 dirigente medico dal 1/4/2017)	1.967,42	1.475,57
Totale risorse fondo aventi carattere di certezza e stabilità	1.568.689,7	1.568.197,85
Risorse aggiuntive regionali (compresi residui, ove noti)	1.184.546,51	1.196.403,46
Residui risorse aggiuntive regionali	0,00	46.772,00
Quota fino a 1% monte salari 1997 (art. 52, comma 5, lett. B, CCNL dd. 08.06.2000, come confermato dall'art. 51, comma 2, primo alinea CCNL dd. 03.11.2005)	0,00	0,00
Totale risorse variabili	1.184.546,51	1.243.175,46
Riduzione fondo ex art. 9, c. 2-bis, del D.L. 78/2010 conv. in L. 122/2010 (agg.ta L. 190/2014), stabile dal 2015	-14.397,98	-14.397,98
Riconduzione fondo al limite soglia 2015 (applicazione art. 1, c. 236, L. 208/2015) (Vedi Nota 1)	0,00	0,00
Riduzione fondo per riduzione forza 2017, rispetto al 31/12/2015 (applicazione art. 1, c. 236 L.208/2015) (Vedi Nota 1)	0,00	0,00
Quota definitiva fondo 2017 trasferita all'EGAS (DGR 2036/2016 Nota DCS 18417/2016 - Nota ASUI TS Prot. N° 1537/2017)	-403,75	-403,75
Quota fondo trasferita all'EGAS come da Linee regionali (DGR 2667 dd. 28/12/2017)	-2.250,00	0,00
Totale fondo dopo le decurtazioni e i trasferimenti	2.736.184,48	2.796.571,58
Quota derivante da attività libero professionale (fondo perequativo esercizi precedenti – Accordo dd. 04/02/2016), con riparto specifico	0,00	313.650,00

MODULO IV – COMPATIBILITÀ ECONOMICO – FINANZIARIA E MODALITÀ DI COPERTURA DEGLI ONERI DEL FONDO CON RIFERIMENTO AGLI STRUMENTI ANNUALI E PLURIENNALI DI BILANCIO

Punto 4.1 Sezione I – Esposizione finalizzata alla verifica che gli strumenti della contabilità economico – finanziaria dell'Amministrazione presidiano correttamente i limiti di spesa del fondo nella fase programmatica della gestione

Il sistema informatico per la gestione del personale (Ascot Web Personale) adottato dall'Azienda non consente un'automatica alimentazione del sistema contabile (Ascot Web Contabilità generale). Le registrazioni in quest'ultimo vengono effettuate manualmente sulla base di stampe prodotte dal sistema Ascot Web Personale ed il saldo dei conti di bilancio viene verificato, periodicamente ed annualmente, mediante confronto con le consistenze dei fondi deliberati in sede di bilancio

preventivo, ed eventualmente adeguati in corso d'anno per effetto di accordi aziendali, e sottoposto a controllo da parte del Collegio Sindacale.

Punto 4.2 Sezione II – Esposizione finalizzata alla verifica a consuntivo che il limite di spesa del fondo dell'anno precedente risulta rispettato

Annualmente, l'Azienda provvede ad effettuare le scritture contabili di integrazione per l'esercizio di chiusura, sulla base di prospetti inviati dalla Struttura Complessa che si occupa della gestione del personale. La somma dei debiti nei confronti del personale che, sino alla chiusura del bilancio 2014 venivano contabilizzati quali "accantonamenti" ai conti 445.100, 445.200, 445.300 e, al loro interno suddivisi per area contrattuale, mentre a partire dall'esercizio 2015, in applicazione delle disposizioni in materia di armonizzazione contabile introdotte con il D. Lgs 118/2011 devono essere appostati al conto 240.550.200.200 "Debiti da CCNL da liquidare"- unitamente alla somma delle liquidazioni effettuate in corso d'anno e registrate ai competenti conti di costo afferenti ai ruoli del personale 320 (ruolo sanitario), 325 (ruolo professionale), 330 (ruolo tecnico) e 335 (ruolo amministrativo), costituiscono il totale dei fondi contrattuali che, in sede di redazione del bilancio consuntivo annuale vengono decurtati degli importi portati ad economia in applicazione delle specifiche normative, e successivamente certificati dalla Struttura Complessa che si occupa della gestione del personale.

Le liquidazioni fatte in corso d'anno e relative ad anni precedenti, vengono direttamente imputate agli accantonamenti già costituiti ai conti 230.200.010 e 230.200.030, ed ora riportati nello specifico conto 240.550.200.200 "Debiti da CCNL da liquidare", che in sede di chiusura di bilancio viene riscontrato con le evidenze del residuo dei fondi contrattuali comunicati dalla Struttura Complessa che si occupa della gestione del personale.

Punto 4.3 Sezione III – Verifica delle disponibilità finanziarie dell'Amministrazione ai fini della copertura delle diverse voci di destinazione del fondo.

In sede di elaborazione del bilancio preventivo dell'esercizio 2018/P.A.L. 2018, adottato con decreto del Direttore Generale n. 253 dd. 29/3/2018, la competente Struttura Complessa che si occupa della gestione del personale ha provveduto, tra l'altro, alla quantificazione provvisoria dei fondi contrattuali del personale dirigente dell' "A.S.U.I." di Trieste (Fondo per la retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa, Fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro, Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale), per il medesimo esercizio 2018.

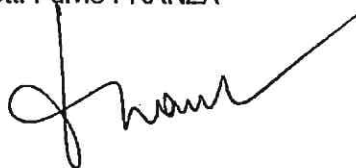
Mensilmente, a seguito della liquidazione degli stipendi, vengono alimentati i conti relativi e la Struttura Complessa che si occupa della gestione del personale effettua il monitoraggio dello stato di avanzamento della liquidazione dei fondi. Quadrimestralmente viene effettuata la rilevazione ufficiale dell'andamento del Conto Economico che comprende anche il monitoraggio della situazione dei costi del personale al quadrimestre e la proiezione a fine anno, come comunicati dalla competente Struttura Complessa che si occupa della gestione del personale che, per quanto riguarda l'ammontare dei fondi, non deve discostarsi dal bilancio preventivo, fatte salve le eventuali voci di variazione dei fondi derivanti dall'applicazione di norme e/o contratti, debitamente finanziati (es. risorse aggiuntive regionali per ciascun anno di riferimento).

Con riferimento agli importi relativi alla quota negoziata, agli oneri riflessi e all'IRAP derivanti dalla costituzione dei fondi, si segnala che gli stessi, come quantificati dalla competente Struttura Complessa che si occupa della gestione del personale in sede di redazione del bilancio preventivo 2018, risultano inseriti negli specifici conti riservati a tali voci dei ruoli sopra indicati (320, 325, 330, 335) e 400.100 (IRAP personale dipendente) del bilancio aziendale di previsione.

Infine, con riferimento alle indicazioni di cui alla nota Prof. N° 5813 dd. 15.03.2013 della Ragioneria Territoriale dello Stato, si rende noto che il numero dei destinatari dell'ipotesi di accordo in esame corrisponde al totale della forza del personale della Dirigenza Medica e Veterinaria in essere nel periodo di vigenza dell'accordo (esercizio 2018), pari attualmente a 624 unità.

Per quanto concerne i benefici medi pro capite attesi, si ritiene di indicare la quota media attesa al dipendente, ricavata dal rapporto tra il totale delle risorse oggetto della presente negoziazione (€ 1.184.546,51) e la forza attualmente nota per il medesimo esercizio, e pertanto pari indicativamente a € 1.898,31.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dott. Fulvio FRANZA



VISTO:
IL DIRETTORE
SC ECONOMICO FINANZIARIA
dott. a Cinzia CONTENTO

