

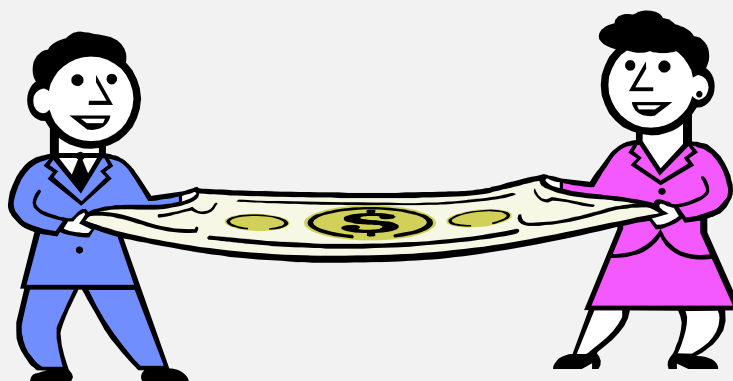
Siglato il 23.11.2017

Area Dirigenza MEDICA

**ACCORDO SINDACALE
per la definizione della**

**RETRIBUZIONE
di RISULTATO**

- ANNO 2017



In data 23.11.2017, alle ore 15:30, presso la sede dell'Azienda ha avuto luogo l'incontro tra:

la Direzione Aziendale nelle persone di: **VEDI RELAZIONE TECNICO ILLUSTRATIVA**

e, per i Rappresentanti Sindacali: **VEDI RELAZIONE TECNICO ILLUSTRATIVA**

Organizzazioni Sindacali: **VEDI RELAZIONE TECNICO ILLUSTRATIVA**

Al termine è stato sottoscritto il seguente accordo nel testo che si allega

PERSONALE DELL'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICA

ACCORDO DECENTRATO PER LA DEFINIZIONE DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO

ART. 1

Campo di applicazione e finalità

Le norme contenute nel presente accordo si applicano a tutto il personale dipendente dell'Azienda USL di Ferrara, nella posizione di Dirigente dell'Area della Dirigenza Medica, e ha validità per il periodo dal 1/01/2017 al 31/12/2017.

ART. 2

Quadro normativo e negoziale di riferimento

1) Riferimenti contrattuali:

- Art. 63 (C.C.N.L. 5/12/1996) "il finanziamento della retribuzione di risultato";
- Art. 65 (C.C.N.L. 5/12/1996) "la produttività per i Dirigenti Medici e Veterinari di I e II livello del SSN";
- Art. 66 (C.C.N.L. 5/12/1996) "Premio per la prestazione della qualità individuale";
- Art. 52 (C.C.N.L. 8/06/2000); Art. 56 (C.C.N.L. 3/11/2005); Art. 12 (C.C.N.L. 5/07/2006); Art. 26 (C.C.N.L. 17/10/2008); Art. 11 (C.C.N.L. 6/05/2010) "Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale";

2) Riferimenti di legge e disposizioni interpretative:

- Decreto Legislativo n. 75 del 25/05/2017 art. 23 comma 2, che di seguito si riporta: "*Nelle more di quanto previsto dal comma 1, al fine di assicurare la semplificazione amministrativa, la valorizzazione del merito, la qualità dei servizi e garantire adeguati livelli di efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, assicurando al contempo l'invarianza della spesa, a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016. A decorrere dalla predetta data l'articolo 1, comma 236, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 è abrogato*";
- L.R. del 23.12.2004, n. 29 e s.m.i. ad oggetto "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" e CC.CC.NN.LL. vigenti nei comparti della sanità., che riconoscono alla Regione un ruolo di indirizzo e coordinamento nei confronti delle Aziende Sanitarie in una serie di materie, ivi compresa l'interpretazione e applicazione di istituti normativi e contrattuali relativamente al personale sanitario;

3) Riferimenti contrattazione integrativa aziendale:

Accordo Decentrato per l'Area della Dirigenza Medica, siglato il 22/11/2016 per la definizione della Retribuzione di Risultato e per la qualità della prestazione individuale - ANNO 2016;

4) Provvedimenti deliberativi aziendali:

Provvedimento deliberativo n. 79 del 05/05/2017 ad oggetto: "Determinazione dei Fondi di finanziamento dei trattamenti economici accessori per l'anno 2016 per tutte le Aree Contrattuali";

ART. 3 Fondo di finanziamento

Le parti prendono atto che:

- in applicazione della normativa contrattuale nazionale e regionale in materia, i Fondi contrattuali del trattamento economico accessorio dell'anno 2017 non possono superare il limite del corrispondente importo determinato per l'anno 2016;

- che l'Azienda ha determinato con propria atto deliberativo n. 79 del 05/05/2017 i Fondi del trattamento economico accessorio di tutte le Aree Contrattuali dell'anno 2016 che rappresentano, nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 23, comma 2 del D.Lgs. 75/2017, il limite massimo del finanziamento della retribuzione relativa alla Retribuzione di Risultato anno 2017, con le sole variazioni determinate dal trasferimento di fondi correlato al trasferimento da e verso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, di rami di azienda, (come specificatamente indicato nei relativi provvedimenti deliberativi n. 65/2016 e n. 162/2016), quale annualizzazione delle quote economiche già trasferite nell'anno 2016, come di seguito indicato:

ANNO 2016: al 31/12/2016

	Consolidato al 31.12.2009	€ 2.144.081,16
INCREMENTO:	Trasferimento in entrata Diabetologia (delibera 65/2016) quota parte anno 2016	€ 13.280,00
RIDUZIONE:	Trasferimento in uscita Laboratorio Analisi (delibera 162/2016) quota parte anno 2016	€ -3.228,00
DECURTAZIONI:		
Accordo sindacale aziendale 03.12.10	Trasferimento permanente al Fondo per il finanziamento di: indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparaz., specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa anno 2010 concordato in contratt. dec.	- € 120.000,00
	Art. 9, comma 2 bis D.L. 78/10 convertito con Legge 122/10 (applicazione circolare 20/2015 MEF per percentuale di riduzione del personale tra 2010 e 2014 pari a -10,11%)	€ -204.634,61
	Decurtazione per soppressione incarico U.O. Delibera 78/2015 quota parte anno 2015	€ -3.675,65
	Decurtazione per soppressione incarico U.O. Delibera 78/2015 annualizzazione 2016	€ -677,09
	Totale anno 2016 delibera n. 79 del 05/05/2017	€ 1.825.145,81
INCREMENTO:	Trasferimento in entrata Diabetologia (delibera 65/2016) quota parte anno 2017	€ 6.640,00
RIDUZIONE:	Trasferimento in uscita Laboratorio Analisi (delibera 162/2016) quota parte anno 2017	€ -9.684,00
	Totale anno 2017	€ 1.822.101,81

Il Fondo per la Retribuzione di Risultato è determinato per l'anno 2017, in **€ 1.822.101,81**.

ART. 4

Fondo di finanziamento spendibile nel 2016

Tenuto conto che, a consuntivo dell'anno 2016, non sono previsti **residui** relativi alla gestione delle risorse dell'anno **2016** e le parti concordano sin d'ora (ex ante), che le quote che risulteranno a consuntivo non spese nel corso del corrente anno sui Fondi Risultato, Condizioni di Lavoro e Posizione sono destinate ad integrare la disponibilità del Fondo della Risultato anno 2017 e, per la parte eventualmente non spesa, a favore del Fondo del Risultato anno 2018.

Quanto sopra è in applicazione della Circolare n. 16 del 2/05/2013 e della Circolare n. 15 del 30/04/2014 della Ragioneria dello Stato che consentono, con specifiche clausole degli accordi integrativi formalmente concordate dai rappresentati dell'Azienda con i rappresentati delle OO.SS., di destinare a programmi e progetti dell'anno successivo quanto definitivamente non utilizzato dei Fondi Posizione, Condizioni di Lavoro e Risultato dell'anno precedente.

Il Fondo spendibile per l'Anno 2017 ammonta € 1.822.145,81

Nell'ipotesi in cui venga rinnovato il Contratto Collettivo Nazionale si procederà alla rideterminazione del Fondo per l'anno 2016 e, qualora ne ricorreranno i presupposti, si provvederà altresì ad applicare le disposizioni previste dall'art. 9 quinquies del D.L. 78/2015 convertito con Legge n. 125/2015.

ART. 5

Obiettivi per l'anno 2017

LIVELLO REGIONALE E AZIENDALE DI DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI PER L'ANNO 2017

Le finalità del sistema premiante sono perseguite con le risorse economiche destinate alla Produttività Collettiva valorizzata con quote di retribuzione di risultato erogate per stati di avanzamento e quote di retribuzione di risultato a saldo (individuate nel successivo art. 7 del presente accordo), risorse la cui entità generale è preliminarmente collegata alla percentuale di raggiungimento delle finalità definite nel Piano Annuale degli Obiettivi ed aperta a tutti i dirigenti.

Il Piano Annuale degli Obiettivi è definito in stretta aderenza alle linee di programmazione sanitaria e trova la sua naturale collocazione nelle Linee di Budget per l'anno 2017 che sono state redatte tenendo presente della "Linea Guida Regionale al Regolamento di Budget" recepito dall'Azienda con Delibera N. 310 del 27/11/2014 ad oggetto: "Individuazione procedure amministrative contabili in applicazione del percorso attuativo della certificabilità ai sensi del d.m. 1 marzo 2013. Regolamento di budget."

Il citato documento è stato sottoposto anche all'attenzione del Responsabile della Trasparenza e dell'integrità e della Prevenzione della corruzione per la verifica del rispetto dei criteri di integrità e trasparenza, anche per l'anno 2017 continua l'attività di forte coordinamento tra i dirigenti dell'Azienda e il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed Integrità dell'Azienda USL di Ferrara (RPC/RTI).

Per ogni obiettivo è indicato il collegamento con le Dimensioni e Aree della Performance presenti nel piano della Performance 2016/2018 e pubblicato nel sito aziendale al seguente link:

<http://intranet.ausl.fe.it/azienda/organizzazione/amministrazione-trasparente/performance/piano-della-performance-1/piano-della-performance>

Al fine di meglio comprendere le azioni strategiche 2016-2018 si illustrano in sintesi i provvedimenti più significativi che definiscono il contesto sanitario nazionale, regionale ed aziendale.

LIVELLO NAZIONALE

Principale riferimento normativo per la programmazione 2016 delle Aziende Sanitarie è la **Legge di Stabilità 208/2015 le cui principali disposizioni** che la Regione e Aziende sono chiamate ad ottemperare sono previste all'articolo 1, commi da 521 a 547:

- il comma 522 in tema di trasparenza dei dati di bilancio degli enti del SSN e di monitoraggio delle attività assistenziali: entro 60 gg dalla data di approvazione, gli enti del SSN devono pubblicare integralmente sui loro siti internet il bilancio d'esercizio ed entro il 30 giugno di ciascun anno gli esiti di uno specifico sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità; il sistema di monitoraggio è già stato predisposto in maniera omogenea a livello regionale – denominato "Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale" SIVER, i cui riferimenti ed indicazioni sono stati trasmessi alle Direzioni aziendali con nota PG/2016/0353901 del 16/05/2016 della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare;

- il comma 524 e segg. relativi all'obbligo per le Regioni di individuare, entro il 30 giugno di ciascun anno, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS che presentano pre-definiti scostamenti tra costi e ricavi o registrano il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, tali da rendere obbligatorio l'avvio di uno specifico Piano di rientro aziendale; il Decreto Ministeriale di fissazione della metodologia è in corso di pubblicazione; dal 2017 l'obbligo di adozione dei Piani di rientro verrà esteso anche ai Presidi ospedalieri di pertinenza delle aziende USL;

- i commi 538-540 in tema di rischio sanitario;

- il comma 541 che prevede in capo alle regioni l'obbligo di adottare il provvedimento generale di programmazione per la riduzione dei posti letto ospedalieri accreditati, in attuazione del DM 70/2015 e di predisporre un Piano per il fabbisogno di personale per garantire il rispetto delle disposizioni europee in tema di orario di lavoro del personale dipendente;

Ulteriori disposizioni da richiamare, sempre con riferimento all'articolo 1 della legge 208/2015 sono:

- i commi 548-550 in materia di acquisizione di beni e servizi, che disciplinano l'obbligo, in capo alle aziende;

sanitarie, di approvvigionarsi esclusivamente attraverso le centrali regionali di committenza o Consip per le categorie merceologiche individuate da apposito DPCM; l'allegato B alla delibera di Programmazione annuale fornisce le indicazioni specifiche alle Aziende sanitarie regionali;

- il comma 551 che prevede che le Regioni adottino provvedimenti per garantire che le aziende sanitarie non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale;

- il comma 574 di disciplina dell'obbligo di mantenere, a decorrere dal 2014, un volume di spesa per acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera da soggetti privati accreditati pari ad una riduzione del 2% rispetto a quella consuntivata nel 2011, ricomprendendo nel vincolo la spesa sostenuta a favore di cittadini residenti al di fuori del territorio regionale.

In tema di gestione delle risorse umane si segnalano:

- il comma 224 in tema di limitazioni alle assunzioni di personale, con riferimento alla dirigenza SPTA delle Aziende sanitarie;

- il comma 397 che prevede la ricollocazione, tramite trasferimento presso le Aziende e gli Enti del SSN, del personale appartenente alla Croce Rossa Italiana, inquadrato a tempo indeterminato nei ruoli di autista soccorritore e autista soccorritore senior, limitatamente a coloro che abbiano prestato servizio in attività convenzionate con gli enti medesimi per un periodo non inferiore a cinque anni;

- i commi 469 e 470 sui rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato che stabiliscono che per le amministrazioni diverse dall'amministrazione statale gli oneri per i rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018 sono posti a carico dei rispettivi bilanci.

L'assistenza ospedaliera recepisce nelle sue azioni le indicazioni del **D.M. 70/02.04.2015**, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera recepita ed integrata dalla **DGR 2040/2015** ad oggetto "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015" per l'avvio del percorso di competenza delle Aziende.

In tema di Appropriata specialistica, il riferimento per la pianificazione è anche il **Decreto 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"** nel quale vengono indicate le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi o alla coerenza con le indicazioni di enti regolatori nazionali o internazionali, in assenza delle quali la prestazione, comunque erogabile nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale, risulta ad alto rischio di in appropriatezza.

Nel **Decreto Legge N. 210/2015 “Proroga di termini previsti da disposizioni legislative”**, sono previste disposizioni urgenti in materia di proroga termini.

In particolare l'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il comma 16, è sostituito dal seguente:

“Le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ambulatoriale di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica di cui alla articolo 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, costituiscono riferimento fino alla data del 30 settembre 2016, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica. Le tariffe massime delle strutture che erogano assistenza ospedaliera di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, costituiscono riferimento, fino alla data del 31 dicembre 2016, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica”.

LIVELLO REGIONALE

Negli ultimi anni l'economia emiliano-romagnola ha realizzato performance macroeconomiche sistematicamente migliori di quelle nazionali. Ad esempio, dal 2011 il tasso di variazione del PIL è risultato ogni anno superiore, di qualche frazione di punto, a quello nazionale. Questa tendenza sembra confermarsi anche per il prossimo futuro.

Le prime indicazioni Regionali ricevute come riferimento per la programmazione 2016, si basano sulla **DGRN. 1632 del 29 ottobre 2015** “Documento di Economia e Finanza Regionale DEFR 2016 con riferimento alla Programmazione 2016 - 2018” che recepisce il “Documento di Economia e Finanza Regionale - DEFR 2016”, adottato sulla base dell'Allegato 4/1 del D.Lgs. 118/2011.

Definito come il primo documento di programmazione, il DEFR delinea il quadro degli obiettivi politici, collegati alle missioni e ai programmi di bilancio. I contenuti programmatici costituiscono base di riferimento per l'intera azione amministrativa e orientano le successive deliberazioni della Giunta e dell'Assemblea Legislativa.

Il DEFR 2016 si compone di tre parti.

La prima delinea gli Scenari economici di riferimento - internazionale, nazionale, europeo e regionale - il Quadro istituzionale con informazioni e dati sull'articolazione organizzativa della Regione, sul personale, sul sistema delle partecipate, sul patto di stabilità, sui vincoli alla finanza regionale e infine il Territorio con i principali indicatori socio-economici e demografici e con approfondimenti in ordine al sistema di governo locale e al quadro della finanza territoriale.

La seconda parte comprende 98 obiettivi strategici organizzati per aree - istituzionale, economica, sociosanitaria, culturale e territoriale - e per missioni e programmi in armonia con la struttura del Bilancio. Per ciascun obiettivo vengono descritte finalità, contenuti, destinatari, responsabilità politiche, impatti sul Sistema delle Autonomie e impatti in termini di azioni per le pari opportunità e la non discriminazione. E soprattutto per ciascun obiettivo vengono esplicitati in modo chiaro i risultati attesi sia per l'anno di riferimento, sia per l'arco temporale del bilancio, che per l'intera legislatura.

La terza parte, infine, riporta gli indirizzi strategici assegnati alle società controllate o partecipate e agli enti strumentali della Regione.

La Regione ha inoltre recepito gli indicatori contenuti nel D.M. 70/02.04.2015 con la **DGR 2040/2015** ad oggetto “Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015” per l'avvio del percorso di competenza delle Aziende.

Sono stati altresì inviati alle Aziende valori degli indicatori di attività ospedaliera come base per la programmazione aziendale da utilizzare nell'ambito delle attività di governo clinico-aziendale.

Oltre alle indicazioni Regionali già citate, l'Azienda Usl ha come riferimento la **DGR 168/2015** relativa agli obiettivi di mandato dei Direttori Generali che comprende Obiettivi di salute e di promozione della qualità assistenziale e Obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi (allegata al presente documento) e la **DGR N.1056/2015** “Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie”.

Come già detto, in tema di Appropriatezza specialistica, il riferimento per la pianificazione è anche il DECRETO 9 dicembre 2015 (Circolare regionale del 1 marzo 2016 PG 2016/137844).

Promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio degli adempimenti previsti dalle **DGR n.704/2013**, sui criteri per l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di diagnostica per immagini e **n. 1035 /2009** “Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR n. 1532/2006” Interventi individuati per contenere le liste di attesa degli esami mammografici.

L'Azienda recepisce la DGR N. 1003/2016 “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016”.

LIVELLO AZIENDALE – PROVINCIALE. ANALISI DELLO SCENARIO GENERALE

L'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara perseguono un modello di governance locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale, attraverso l'integrazione orientata al rapporto con il territorio, per le problematiche locali, e alla programmazione di un sistema sanitario Hub & Spoke, nella continua ricerca della qualità, dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane. Questo modello è fondato sull'integrazione con l'Università, sull'utilizzo di strumenti di esercizio associato di funzioni e servizi, sulla costruzione di Direzioni uniche provinciali e prevede la concentrazione delle funzioni valorizzando la prossimità agli utenti.

Le finalità connesse a tale modello organizzativo sono:

- migliorare la qualità dei servizi alla persona;
- massimizzare l'efficienza del sistema di produzione e favorirne la sostenibilità economica e finanziaria, attraverso la razionalizzazione delle procedure, la realizzazione di economie di scala e di scopo, l'uso congiunto e razionale di risorse umane, tecniche e informatiche, di tecnologie sanitarie;
- fornire nuove opportunità per l'Università e per il Servizio Sanitario Regionale della Provincia di Ferrara per consolidare e sviluppare le competenze nella formazione, nella ricerca clinica e nello sviluppo organizzativo, ridisegnando la rete formativa oltrepassando i confini architettonici dell'azienda di riferimento;
- realizzare la governance dei servizi del territorio assicurando i rapporti istituzionali al fine di soddisfare la domanda dei cittadini e delle comunità, nel rispetto delle specifiche mission delle istituzioni coinvolte;
- costruire un'organizzazione agile e flessibile, semplificare i livelli decisionali e gli atti conseguenti, aumentare il grado di responsività;
- recuperare la fiducia dei cittadini, fidelizzare i professionisti, anche per evitare "fughe" di pazienti oltre confine;

Cambiano i bisogni della popolazione, si modificano i setting assistenziali e si è reso indispensabile un nuovo sistema di governance.

Nel provincia ferrarese è presente un patrimonio di luoghi dove i cittadini ricevono le cure più appropriate e dove la ricchezza è "fare girare i saperi".

Il quadro delle azioni per il 2016-2018 quindi, trova il suo principale riferimento:

- negli obiettivi di mandato della Giunta per la X legislatura Regionale approvato il 26 Gennaio 2015 che costituiscono per le Direzioni aziendali indicazioni di carattere strategico, valevoli per l'intero arco temporale dell'incarico, di cui occorre fissarne, tramite la programmazione regionale annuale, i contenuti di dettaglio e le modalità di concreta attuazione. Gli obiettivi annuali di programmazione sono pertanto strettamente correlati agli obiettivi di mandato, di cui ne costituiscono una specificazione e maggior puntualizzazione;
- il DEFR 2016 che ulteriormente specifica gli obiettivi che la Giunta e gli Assessori assumono come prioritari per l'anno in corso, in coerenza con il Programma di mandato;
- nella delibera di Giunta Regionale n. 901/2015 ad oggetto "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per il 2015" e la DGR N. 1003/2016 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016";
- nel mantenimento della riduzione dei tempi d'attesa (DGR 1056/2015) ottenuta durante il 2015 e allargamento a tutte le prestazioni ambulatoriali e alle prestazioni di ricovero;
- nel recepimento delle indicazioni contenute nel D.M. 70/02.04.2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- nelle azioni per le integrazioni strutturali delle due aziende sanitarie della provincia di Ferrara, con particolare riferimento alla Delibera N.1/2016 "Approvazione dell'Accordo quadro per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali";
- nel Progetto di integrazione tra le due Aziende Sanitarie presentato durante la CTSS del 27/7/2015 ed approvato il 27/01/2016.

Quadro economico di riferimento per il 2016 -2018 –

Il finanziamento del Fondo sanitario nazionale per il 2016 definito a livello nazionale nella Legge di Stabilità 208/2015 è di 111 miliardi, di cui 800 vincolati per i nuovi Lea, che si traduce per la Regione Emilia-Romagna, in una sostanziale stabilità del finanziamento rispetto al 2015 e la ripartizione della quota capitaria tra le Aziende, avverrà sulla base della popolazione al 31/12/2013, come illustrato più dettagliatamente nella Relazione Economica al Bilancio Preventivo.

Il quadro economico 2016 è caratterizzato da quanto contenuto nella Legge di stabilità 2016 e viene inoltre contraddistinto dall'impegno che il sistema sanitario regionale e aziendale sta sostenendo relativamente all'acquisto dei farmaci innovativi (epatite c e innovativi oncologici).

Gli obiettivi prioritari

Considerando il contesto territoriale e demografico nel quale l'Azienda Usl opera, la riorganizzazione attualmente in corso dell'intero sistema sanitario provinciale ferrarese prevede la creazione di una governance finalizzata a garantire percorsi di presa in carico appropriati ed equi, in una visione sinergica ospedale-territorio, dove l'area ospedale è in integrazione strutturale con l'Azienda ospedaliero-universitaria.

Delineato il contesto di riferimento, si illustrano gli obiettivi prioritari per il triennio 2016-2018.

Nel percorso triennale, assumono particolare rilevanza: progetti di unificazione di alcune funzioni sanitarie amministrative e tecniche ed integrazioni provinciali nelle funzioni clinico-assistenziali; nuove responsabilità sulla assistenza territoriale; progetti di miglioramento, sviluppo e innovazione; di area Vasta Emilia centro; appropriatezza dei consumi farmaceutici e governo della spesa farmaceutica, consolidamento dei tempi d'attesa delle branche specialistiche monitorate coinvolgendo anche il Privato Accreditato, includendo anche visite e prestazioni sinora non oggetto di rilevazione.

Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa sarà ulteriormente sviluppato con il perseguimento della strategia regionale per il miglioramento dei TdA per ricovero e impegno alla riduzione dei tempi d'attesa degli interventi ospedalieri.

Sviluppo della presa in carico integrata socio sanitaria delle fragilità sia con risorse sanitarie, del FRNA e del FNA, allineamento al costo pro-capite medio regionale e prosecuzione nelle azioni di razionalizzazione del patrimonio edilizio-tecnologico oltre che dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, supporto e logistici nelle Aziende. Sempre nel rispetto dei criteri di integrità e trasparenza dell'azione amministrativa, promuovendo la pratica del Codice di Comportamento aziendale.

In questa logica di sviluppo vengono profondamente coinvolte le Amministrazioni locali, rendendole protagoniste del "modello ferrarese" basato su una forte integrazione provinciale.

Per il 2016-2018 i temi della riorganizzazione, affrontati con i Direttori dei Dipartimenti e dei Distretti ed in relazione ai nuovi modelli organizzativi, supporteranno l'elaborazione di strategie condivise.

Il quadro delle azioni aziendali, collegate ai rispettivi obiettivi di mandato assegnati all'Azienda Usl di Ferrara con DGR N. 168/2015, sono riconducibili a tre grandi temi prioritari:

1. Il governo delle liste di attesa e dell'accesso
2. Il riordino ospedaliero e territoriale.
3. L'Integrazione e sviluppo dei sistemi/aspetti organizzativi innovativi.

Ogni Macrotema interessa varie articolazioni/aree aziendali: sanità pubblica, territorio (socio-sanitario, salute mentale, specialistica, ecc..), ospedale, area amministrativa e di staff, area tecnica.

Al fine di allineare e collegare il percorso di Budget con le indicazioni dell'OIV Regionale e con il Sistema di Valutazione della Performance, le azioni di programmazione previste sono state organizzate in modo da rendere coerente il processo di programmazione, articolato sulle tre Macroaree, con il Sistema di Valutazione stesso. Questo garantisce anche una più facile lettura delle linee di programmazione.

Sulla base di tali obiettivi principali, vengono declinate le azioni e gli obiettivi delle macrogestioni aziendali, sempre mantenendo alta l'attenzione al modello di "sistema" integrato della governance ferrarese, con una particolare attenzione a quello locale.

1. Governo delle liste di attesa

Gli ottimi risultati già raggiunti nel 2015, dovranno essere mantenuti prevedendo:

- L'ampliamento delle branche specialistiche monitorate, includendo anche visite e prestazioni sinora non oggetto di rilevazione. Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa sarà ulteriormente sviluppato: la rilevazione quotidiana produrrà dati aziendali che saranno consultabili nel sito web regionale dedicato ai tempi di attesa.
- Perseguimento della strategia regionale per il miglioramento dei TdA per ricovero e impegno alla riduzione dei tempi d'attesa degli interventi ospedalieri.

Nel 2016 è stato inoltre adottato il provvedimento che prevede il pagamento del ticket per le mancate disdette e assumerà carattere prioritario il monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative.

Dovrà pertanto essere approfondita l'analisi sull'organizzazione delle strutture eroganti prestazioni ambulatoriali, anche nel setting ospedaliero, al fine di razionalizzare le risorse, migliorare l'efficienza produttiva e semplificare il governo delle liste d'attesa.

Bisognerà lavorare su contratti di committenza con il Privato accreditato, i professionisti SUMAI e l'Azienda ospedaliera universitaria provinciale.

Il miglioramento dell'accesso alle prestazioni specialistiche andrà realizzato anche sul versante dei sistemi di prenotazione riducendo i passaggi e le conseguenti attese che l'utenza deve effettuare per richiedere prestazioni.

Tale obiettivo andrà perseguito coniugando le esigenze determinate dalla necessità di garantire la sostenibilità economica del sistema e le opportunità offerte dalle nuove tecnologie. Dovrà essere sviluppata l'infrastruttura informatica per eseguire ON-LINE direttamente dagli utenti tutte le operazioni; sarà mantenuta la Capillare diffusione dei punti FARMACUP presso le farmacie convenzionate, congiuntamente alla possibilità di prenotare le prestazioni presso le Medicine di Gruppo o presso lo specialista direttamente dopo la visita ambulatoriale.

Questi nuovi canali di accesso insieme al sistema di prenotazione telefonica (Call Center) riducono sempre più la necessità per il cittadino di ricorrere a uno sportello CUP aziendale per eseguire le operazioni di prenotazione, cancellazione, pagamento, ritiro referti e scelta/cambio del medico.

2. Riordino ospedaliero e territoriale

Le suddette azioni risultano strettamente connesse anche alla seconda area strategica di mandato, relativa alla riorganizzazione delle strutture ospedaliere e alle nuove forme di setting assistenziali.

Alcuni passi fondamentali erano già stati compiuti anche in attesa della Delibera regionale di recepimento del DM 70/2015, disposta nel Dicembre 2015 con N. 2040.

In primo luogo l'Azienda ha già definito l'Accordo quadro con l'Azienda ospedaliero-universitaria ferrarese, che regola le funzioni provinciali unificate sanitarie, tecniche ed amministrative.

Inoltre, a seguito di specifiche convenzioni ad esso conseguenti, sono in essere dal 1/4/2015 i Servizi Comuni Amministrativi e Tecnici.

Nell'ambito del "Progetto di integrazione strutturale delle due Aziende" elaborato congiuntamente dalle due Aziende Sanitarie della provincia, presentato durante la CTSS del 27/7/2015 ed approvato il 27/01/2016, viene ribadito il concetto di una Programmazione della Sanità nella Provincia di Ferrara orientata ai bisogni del cittadino, che si attua attraverso il pieno sviluppo del processo di integrazione interaziendale delle funzioni amministrative e delle reti cliniche assistenziali attraverso dipartimenti, servizi, programmi e strutture comuni. Nell'ambito del percorso di introduzione, a livello regionale delle nuove modalità organizzative, le Aziende Ferraresi hanno rivestito un ruolo di anticipatrici delle politiche regionali che hanno mostrato grande attenzione a questi percorsi.

Le azioni legate all'organizzazione ospedaliera sono riferite al proseguimento nello sviluppo del modello HUB e Spoke e dall'attivazione delle reti cliniche provinciali, in sinergia con l'AOSP.

Gli ospedali Spoke consolideranno il modello di assistenza per intensità di cura.

Per le funzioni sanitarie sarà fondamentale il ruolo della nuova governance locale nell'integrazione da una parte con gli Enti Locali (EELL) e il socio-sanitario, dall'altra con la rete ospedaliera, applicando e monitorando l'appropriatezza dei nuovi settings assistenziali. Si dovrà procedere con garantire la presa in carico dei pazienti, esaustiva ed equa. Ciò potrà essere perseguito coinvolgendo professionisti nelle azioni di governo clinico, quali, ad esempio, la definizione di PDTA, in un modello hub & spoke, con logiche EBM, adottando un approccio multidisciplinare ed interprofessionale. Professionisti che vanno dai medici di famiglia, alla continuità assistenziale agli specialisti ospedalieri e territoriali.

Chiaramente riveste inoltre importanza fondamentale, lo sviluppo ed il completamento delle Case della Salute, nelle quali deve essere forte anche la componente territoriale, con un importante ruolo, del sistema di governance locale che dovrà inoltre farsi portatore delle esigenze legate agli ambiti territoriali.

Un tema da sviluppare sarà quello dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica in carico agli ambulatori delle Case della Salute, rafforzando l'integrazione multi professionale.

Le Case della Salute dovranno sviluppare l'approccio alla collettività ed alla risposta integrata ai bisogni non solo sanitari.

Nel triennio 2016-2018, oltre alla riorganizzazione dell'Area ospedaliera sarà necessario procedere ad una riorganizzazione dei Dipartimenti territoriali sanitari: Dipartimento cure primarie, Dipartimento salute mentale dipendenze patologiche, Dipartimento sanità pubblica, secondo i seguenti principi:

- Integrazione multi professionale interdipartimentale,
- Adeguamento agli standard organizzativi ed erogativi nazionali e regionali,
- Equità territoriale e trasversalità dei servizi,
- Sostenibilità dei modelli organizzativi ed erogativi.

3. Integrazione e sviluppo dei sistemi/aspetti organizzativi innovativi.

Le azioni collegate a questo tema fanno riferimento al rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e ad azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa, sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende, razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e governo degli investimenti, sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi, governo delle risorse umane e valorizzazione del capitale umano.

Anche nel percorso di Budget dell'anno 2017, al fine di facilitare e rendere più lineare il percorso, gli obiettivi sono stati declinati con indicazione dei tre macrotemi sopraindicati.

I Servizi della DG Sanità, Amministrazione del SSR e Sistema Informativo Sanità e politiche Sociali, con il contributo di alcune Aziende Sanitarie della Regione, hanno individuato un insieme di circa 80 indicatori di risultato per le diverse Dimensioni/Aree della Performance, comuni per tutte le Aziende, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

Tali indicatori sono stati resi disponibili nell'ambito di una piattaforma denominata SIVER (Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale) e ogni Azienda può integrare l'elenco di indicatori previsti, con alcuni specifici e rappresentativi della realtà aziendale.

Di seguito, per ogni Dimensione e Area della performance, vengono rappresentate le azioni previste dalla programmazione triennale collegate agli obiettivi di mandato delle Direzioni Generali AUSL. Gli indicatori che vengono declinati per ogni Dimensione e Area in collegamento alle azioni si intendono riferiti alla Programmazione 2016 e in particolare fanno riferimento alla DGR N. 1003/2016 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016".

Per gli anni 2017 e 2018 verranno adeguati sulla base delle Linee di indirizzo regionali che saranno Deliberate.

Il trend atteso per il 2016-2018 sulla base dei valori 2014 e 2015 e del riferimento regionale per ciascun indicatore di risultato estratto dalla piattaforma SIVER (Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale), è riportato nel capitolo sugli Indicatori di risultato.

Il seguente quadro sinottico consente la lettura integrata e semplificata del collegamento tra i Macrotemi previsti nella programmazione 2017, gli impegni strategici dell'Azienda e le Dimensioni e Aree della Performance previste dalla Delibera N. 1/2014 dell'OIV regionale, riconducibili al Ciclo della Performance.

La lettura degli impegni strategici può essere effettuata secondo i suddetti macrotemi:

MACROTEMI	IMPEGNI STRATEGICI
RISPETTO DEI TEMPI D'ATTESA	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero
RIORDINO OSPEDALIERO E TERRITORIALE	<ul style="list-style-type: none"> • Riordino dell'assistenza ospedaliera • Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico • Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico • Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio • Integrazione sociosanitaria • Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale • Attività di prevenzione e promozione della salute
INTEGRAZIONE CON L'UNIVERSITÀ E LE DUE AZIENDE SANITARIE	<ul style="list-style-type: none"> • Attività di prevenzione e promozione della salute
SVILUPPO DEI SISTEMI/ASPETTI ORGANIZZATIVI INNOVATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa • Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende • Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti • Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi • Adempimenti nei flussi informativi • Governo delle risorse umane • Valorizzazione del capitale umano • Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico

Accanto a questi, sono stati declinati gli obiettivi aziendali per i Direttori di Macrostruttura che si sostanziano in:

- comunicazione ed informazione obiettivi regionali, aziendali e dipartimentali;
- aderenza alla programmazione obiettivi regionali;
- aderenza alla programmazione aziendale;

Tutti gli obiettivi vengono riassegnati anche al personale dell'Area del Comparto dei singoli settori di attività attraverso la diffusione degli stessi da parte delle Direzioni Infermieristiche – Tecniche, nonché da parte delle Direzioni Dipartimento e Unità Operativa.

Per una individuazione analitica degli obiettivi assegnati alle Macrostrutture Aziendali si rinvia all'apposito spazio dedicato al link aziendale raggiungibile al seguente indirizzo:

<http://intranet.ausl.fe.it/azienda/staff-direzionali/servizi-di-staff/programmazione-controllo-di-gestione-comunicazione/budget/budget-2017-contrattazione>.

ART. 6 Assegnazione degli obiettivi e valutazione

Tutti gli obiettivi sono costruiti con la finalità di perseguire strategie aziendali il più possibile condivise col personale Dirigente nel suo complesso e in tale ottica l'attribuzione delle quote economiche a titolo di retribuzione di risultato risponde alla suddivisione delle rispettive competenze interne e a criteri che garantiscono la coerenza tra la destinazione delle risorse disponibili e gli obiettivi da raggiungere.

Il Dirigente Responsabile del Dipartimento/Unità Operativa si fa carico di portare a conoscenza di tutti i componenti (anche delle altre Aree Negoziali) l'obiettivo posto e le azioni da realizzare per il suo conseguimento secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Generale, allo scopo di realizzare l'obiettivo della massima condivisione possibile.

L'informazione e la diffusione degli obiettivi all'interno delle proprie strutture costituisce specifico obiettivo per il Dirigente Responsabile del Dipartimento/Unità Operativa e quindi elemento per la valutazione dello stesso sui risultati conseguiti.

I Dirigenti con incarico di Direttore di Macrostruttura rispondono della realizzazione di tutti gli Obiettivi assegnati alla struttura di competenza.

Gli obiettivi di cui sopra si possono integrare con ulteriori obiettivi specifici predisposti dal Direttore di Dipartimento o, in sua assenza, dai Direttori di Unità Operativa che partecipano direttamente alla negoziazione di Budget.

Considerato che il percorso di Budget è stato orientato in maniera più aderente alla programmazione regionale e aziendale e considerata anche la maggiore consistenza strategica dei percorsi progettuali a Budget, il sistema prevede l'individuazione di pochi obiettivi, misurabili e condivisi.

Nell'ambito delle linee strategiche di programmazione di cui sopra, definite dall'Azienda e partecipate dalla Direzione a tutte gli operatori attraverso l'informazione a livello di Dipartimento, Struttura Complessa e Semplice, il sistema con cui attribuire la retribuzione di risultato dell'Azienda USL di Ferrara deve:

- 1) orientare i comportamenti dei Dirigenti verso il perseguimento degli obiettivi aziendali in stretta connessione ai risultati previsti in sede di Budget 2015;
- 2) premiare ogni Dirigente in funzione sia del suo apporto per il raggiungimento degli obiettivi assegnati all'unità operativa di appartenenza, sia del suo intervento per supplire eventuali carenze dei colleghi, affermando con ciò una concreta solidarietà tra tutti gli operatori di uno stesso gruppo di lavoro.

Il sistema in particolare:

- garantisce la partecipazione di tutti i dirigenti al potenziale raggiungimento degli obiettivi;
- penalizza chi non raggiunge l'obiettivo individuale in proporzione alla % di mancato raggiungimento;
- il grado di conseguimento degli obiettivi di struttura, valutato in forma percentuale, determinerà l'importo della quota di retribuzione di risultato.

Terminata la fase di sperimentazione, condotta nel 2013, ai sensi dell'art. 26, comma 3 ed art. 27, comma 1, del CCNL del 3 novembre 2005, gli obiettivi di valutazione individuale annuale (con riguardo ad aspetti di tipo gestionale, propositivo, tecnico, relazionale ecc... secondo specifici items proposta dall'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) sono entrati a regime nel 2014 (per i Direttori di Struttura Complessa e Modulo, mentre resta sperimentale per i Dirigenti con incarico di natura Professionale) ma e si affiancano, in un'unica scheda, agli obiettivi assegnati al dirigente.

La procedura prevede la redazione di una specifica scheda adottata all'interno di articolazioni organizzative aziendali, nella quale sono riportati gli obiettivi e la relativa pesatura affidati al dirigente dal proprio responsabile. La valutazione negativa in ordine alla realizzazione degli obiettivi di risultato assegnati ai dirigenti, determina per l'anno in corso conseguenze economiche, influenzando sulla corresponsione del saldo della retribuzione di risultato. Non produce effetti diretti sulla retribuzione di risultato la valutazione degli aspetti di tipo gestionale contenuti nella medesima scheda, come indicato dalla delibera 5 del 2017 dell'OIV della R.E.R.

Il fattore determinante la quota individuale di retribuzione di risultato è il seguente:

lo stato di realizzazione degli obiettivi è verificato periodicamente dall'OAS, secondo le procedure regolamentari in vigore, e nel caso di parziale mancato raggiungimento dell'obiettivo assegnato, la quota economica viene ridotta ed attribuita secondo le seguenti percentuali:

- in presenza di valutazione pari o superiore al 87% il risultato si intende integralmente conseguito;
- per valutazioni comprese tra il 70% e l'86% si riconosce una valutazione pari al 75%;
- per valutazioni comprese tra il 35% e l'69% si riconosce una valutazione pari al 50%;
- per valutazioni inferiori al 35% nulla viene riconosciuto.

La valutazione degli obiettivi deve tenere conto di eventuali situazioni imprevedibili (quali ad esempio il verificarsi di effetti naturali o di eccezionali interventi normativi di riordino della spesa) che ne abbiano condizionato il raggiungimento.

ART. 7

Quote individuali di retribuzione di risultato e dinamiche di attribuzione

L'ammontare della **quota individuale** da erogare al personale dirigente a tempo indeterminato **dell'Area della Dirigenza Medica**, è stabilito nell'importo annuo lordo:

- direttore di struttura complessa	€. 4.464,00
- dirigente di struttura semplice	€. 4.344,00
- dirigente di natura professionale	€. 4.224,00

Si stabilisce l'erogazione di **un acconto mensile in relazione allo stato di avanzamento dell'attività correlata all'obiettivo** a favore di tale personale dirigente nella misura del 50% dell'intera quota individuale spettante ovvero:

- direttore di struttura complessa	€. 186 lordi/mese;
- dirigente di struttura semplice	€. 181 lordi mese;
- dirigente di natura professionale	€. 176 lordi/mese;

L'erogazione del **saldo** relativo alla quota individuale percepita in acconto dal personale dirigente per l'anno 2017:

- è commisurato alle effettive risorse finanziarie disponibili;
- avviene a conclusione della verifica operata dall'OAS sul positivo raggiungimento, da parte del personale dirigente, degli obiettivi di risultato stabiliti rispettivamente per l'anno 2017, anche tenuto conto dell'esito della valutazione individuale del Dirigente risultante dalla scheda specifica.

Ai **nuovi dirigenti assunti a tempo indeterminato**, la quota individuale spettante è erogata dopo il superamento del periodo di prova;

Partecipazione agli obiettivi:

- in caso di **assenza per malattia e infortunio sul lavoro**, dopo il 60° giorno di assenza nell'anno, è applicata la trattenuta stipendiale per il periodo di assenza corrispondente, fatto salvo che il dirigente assente in un intero semestre non ha diritto ad alcuna quota incentivante per tale periodo;
- in caso di **assenza per gravidanza e puerperio**, è corrisposta la quota individuale mensile corrispondente al periodo di astensione obbligatoria di complessivi 5 mesi e al primo mese di congedo parentale trattato con retribuzione intera;

E' prevista l'eventuale **revisione** dei contenuti economici del presente Accordo, in conseguenza:

- dell'esito della eventuale decurtazione del Fondo di cui al precedente art. 3) secondo quanto stabilito dall'applicazione della sopra citata normativa in materia;
- di eventuali disposizioni legislative nazionali o regionali che modifichino o integrino il quadro normativo di cui in premessa. Le parti in tal caso procederanno a ulteriore confronto per rivedere i contenuti del presente accordo, fermo restando il rispetto della disponibilità del fondo di riferimento.

ART. 8

Progetti Finalizzati – produttività individuale

L'Azienda Usl di Ferrara riconosce nell'istituto dell'incentivazione della produttività un importante strumento di valorizzazione della risorsa umana e ne identifica una rilevanza strategica nell'ambito di una visione che colloca il miglioramento dell'efficienza e il rilancio della competitività tra i fattori di crescita dell'intero complesso organizzativo.

Accanto al sistema della Produttività Collettiva risorsa la cui entità generale è preliminarmente collegata alla percentuale di raggiungimento delle finalità definite nel Piano Annuale degli Obiettivi ed aperta a tutti i dirigenti, le finalità del sistema premiante sono perseguite, in via complementare, anche con il sistema della Produttività Individuale, quale risorsa destinata al finanziamento di "**Progetti finalizzati**".

Si tratta di progetti che hanno il carattere di innovazione, realizzano nuovi servizi ed attività o consolidano la funzionalità di quelli preesistenti in situazioni di profonda riorganizzazione, migliorano le modalità di erogazione di servizi preesistenti o, in casi eccezionali, sono finalizzati al recupero di situazioni di arretrato.

Per tali progetti la partecipazione è riservata ai dirigenti sono individuati dal Responsabile della struttura proponente ciascun progetto che riconosce l'apporto individuale e valorizza la quota incentivante.

La progettualità correlata agli incentivi individuali è il presupposto per rendere esplicito il valore associato all'apporto offerto da ciascun collaboratore ai risultati ottenuti ed al miglioramento dei servizi, apprezzandone il rendimento e le caratteristiche professionali.

Tale concezione pone una forte attenzione non solo alla progettazione del sistema affinché esso possa risultare funzionale rispetto alle specificità degli obiettivi prefissati, ma anche agli elementi strumentali e di processo che ne garantiscono la corretta applicazione, secondo un approccio trasparente che assicuri criteri omogenei e definisca con chiarezza regole, responsabilità e ruoli.

Richiamati i sotto riportati articoli del CCNL Area della Dirigenza Medica e Veterinaria del 08/06/2000 che consentono di utilizzare temporaneamente sul Fondo della Retribuzioni di Risultato dell'anno corrente gli eventuali risparmi dei Fondi del trattamento economico accessorio (Posizione, Disagio) che annualmente risultassero ancora disponibili a consuntivo:

- art. 52, comma 4, lett. c);
- art. 50, comma 4;
- art. 51, comma 2.

Le parti concordano che il budget destinato al finanziamento dei progetti finalizzati dell'anno 2017 è finanziato dalle disponibilità del Fondo della Retribuzione di Risultato dell'anno 2017 integrato dalle risorse provenienti e confluite in tale Fondo, a consuntivo, dal Fondo per la remunerazione delle particolari condizioni di lavoro e dal Fondo per la retribuzione della posizione come concordato al precedente art. 4 del presente accordo.

In relazione all'andamento di spesa dei tre Fondi in rapporto alle disponibilità degli stessi, sulla scorta dei dati prodotti dal Servizio Comune Gestione del Personale, le parti concordano di destinare ai Progetti Finalizzati dell'anno 2017 un budget di spesa di €. 180.000 subordinato alla verifica della reale disponibilità dello stesso, a consuntivo, previa liquidazione del saldo della Retribuzione di Risultato riferito alla produttività collettiva, come risulta dalla sotto riportata situazione riassuntiva:

DIRIGENTI MEDICI ANNO 2017	FONDO ANNO 2017	SPESA PREVISTA	DIFFERENZA TRA FONDO E SPESA COMPLESSIVA
POSIZIONE	8.253.863,12	7.729.746,27	524.116,85
DISAGIO	1.879.115,44	1.523.895,00	355.220,44
RISULTATO	1.822.101,81	1.640.017	182.084,49
Totali colonna	11.955.080	10.893.658,59	1.061.421,78

L'entità complessiva di tali risparmi (differenza fra importo del fondo e importo della spesa sul medesimo fondo), attualmente stimata in € 1.061.421,78 dovrà essere accertata a consuntivo e potrà risultare differente in relazione alla spesa effettiva (sia per la produttività collettiva/retribuzione di risultato, sia delle voci afferenti il Fondo della Posizione e del Disagio) che sarà determinata a consuntivo.

La finalizzazione delle risorse economiche destinate al riconoscimento della produttività individuale è articolata secondo la seguente progettualità:

- **Progetti Finalizzati di interesse strategico aziendale**

Per quanto riguarda i criteri per la formulazione dei progetti finalizzati, il percorso di attivazione e accesso alla produttività speciale e all'attribuzione delle quote incentivanti si ritengono significative le seguenti caratteristiche:

- sviluppo dei processi di informatizzazione in ogni ambito di attività;
- sviluppo di progetti regionali di particolare complessità e impegno;
- sistema della rete emergenza-urgenza provinciale;
- interventi orientati ai nuovi bisogni e alle nuove indicazioni nazionali e regionali in campo preventivo e di sanità pubblica;
- straordinarietà delle situazioni organizzative che richiedono una attività di recupero arretrati;
- sviluppo di nuove metodologie di intervento in area assistenziale, riabilitativa e di integrazione.

Il progetto deve contenere la proposta di attribuzione delle quote ai singoli partecipanti.

Il budget destinato al finanziamento dei progetti finalizzati di interesse strategico aziendale dell'anno 2017 è di €. 70.000 finanziato dalle risorse spendibili sul Fondo della Retribuzione di Risultato come sopra esposto.

L'erogazione della quota incentivante, riservata al solo personale a tempo indeterminato, avviene al termine delle attività previste dal progetto, in rapporto alla percentuale di raggiungimento dell'obiettivo, valutata dall'Organismo Aziendale di Supporto al Nucleo di Valutazione.

- **Progetti finalizzati di particolare supporto alle linee di programmazione sanitaria:**

a) **Proseguimento del processo di integrazione e unificazione dei servizi e definizione di percorsi clinico assistenziali, reti cliniche, continuità ospedale – territorio:**

L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale ad una centrale della continuità o altra struttura equivalente, posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero. La Centrale di Dimissione - Continuità Assistenziale, si propone quale strumento per il superamento delle divisioni formali tra i luoghi di cura, in risposta ad un bisogno assistenziale complesso con un progetto formativo specifico che prevederà anche la valutazione d'impatto.

L'Azienda promuoverà il miglioramento della **continuità assistenziale e dimissioni protette**, con azioni tese al miglioramento della capacità di presa in carico dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità all'atto della dimissione ospedaliera. Andrà implementato un modello organizzativo che attraverso protocolli condivisi ospedale-territorio e l'individuazione del case manager del percorso di dimissione protetta, individua tempestivamente all'ammissione in ospedale, dei pazienti dei pazienti che necessiteranno di attivare percorso di dimissioni protette.

E' necessaria l'evidenza di una analisi delle strutture identificabili come ospedali di comunità. Si prevede l'Attivazione della Centrale di Dimissioni Continuità (CDCA) ospedale territorio che assume il ruolo di gestore del flusso dei pazienti dal momento della dimissione protetta/difficile dagli ospedali della Provincia garantendo, in particolare, l'allocazione del paziente nel setting assistenziale più appropriato in relazione alle condizioni cliniche e alle necessità socio assistenziali. In particolare si prevede di individuare per ogni distretto una CDCA collocata all'interno dei Presidi Ospedalieri di Cento, di Cona e di Lagosanto, le cui funzioni afferiscono alla Direzione del Distretto, quale garante della continuità dell'assistenza prima e dopo il ricovero.

Durante il 2017 si prevede di nominare il coordinatore e il gruppo di progetto tecnico interaziendale con la responsabilità di coordinare le differenti fasi previste e di attuare il monitoraggio della sperimentazione per conto delle Direzioni Generali.

L'Azienda promuoverà anche il **progetto di presa in carico della fragilità\complessità e con riferimento al progettorregionale "Profili di rischio di Fragilità (Risk-ER)"**, l'Azienda tenderà al miglioramento della **continuità assistenziale e dimissioni protette**, con azioni tese al miglioramento della capacità di presa in carico dei pazienti fragili o con patologie croniche in situazione di instabilità all'atto della dimissione ospedaliera.

Andrà implementato un modello organizzativo che attraverso protocolli condivisi ospedale-territorio e l'individuazione del case manager del percorso di dimissione protetta, individua tempestivamente all'ammissione in ospedale, dei pazienti dei pazienti che necessiteranno di attivare percorso di dimissioni protette.

Inoltre l'Azienda ed in particolare il **DAISMDP** continuerà a promuovere la sua attività di continua azione di revisione degli inserimenti nelle residenze sia a gestione diretta sia gestite dal privato sociale promuovendo processi di **deistituzionalizzazione** dalle citate strutture e reinserendo i pazienti nel proprio contesto di origine tramite lo strumento degli appartamenti supportati.

Stesso impegno sarà profuso nel limitare il più possibile il **ricorso alla residenzialità pubblica e privata e a programmi disabilitanti e segreganti**, compresi anche quelli condotti nelle semi residenze, individuando criteri rigorosi per il trattamento nelle residenze h. 24 e nel ridefinire radicalmente la missione delle strutture residenziali come setting di trattamento psicosociale e non come albergo o «deposito di casi senza speranza».

Rispetto alla presa in carico delle fragilità, si prevede l'avvio del progetto con riferimento al progetto regionale "Profili di rischio di Fragilità\Rischio di Ospedalizzazione" in almeno una Casa della Salute con il supporto del Servizio assistenza territoriale, garantendo gli indicatori concordati nel PRP 2015-2018. Altre azioni sono orientate alla promozione e realizzazione di interventi proattivi di prevenzione su gruppi di popolazione omogenei per fattori di rischio legati all'età, organizzate nelle sedi territoriali delle Case della Salute.

b) Proseguimento del processo di integrazione e unificazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale:

In continuità con il piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese anche nel corso dell'anno 2017, per l'Azienda USL di Ferrara, prosegue il processo di raggiungimento della sostenibilità economica, già iniziato a partire dal 2012 con il raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio economico finanziario, proseguito con la definizione del Piano Strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della Sanità Ferrara per il periodo dal 2013-2016, adottato con delibera n. 180 del 05/08/2013.

Nell'intento di perseguire il pressante vincolo di progressivo miglioramento economico del sistema provinciale il suddetto piano strategico ha declinato gli interventi programmatici e le azioni di razionalizzazione che hanno complessivamente coinvolto le reti cliniche assistenziali e interaziendali, l'assistenza territoriale e progetti di unificazione di area metropolitana e di area vasta Emilia Centro per alcune funzioni sanitarie.

Con provvedimento deliberativo di Giunta regionale n. 830/2017 in stretta correlazione con il documento “Finanziamento del Servizio Sanitario regionale e delle Aziende per l’anno 2017” la Regione Emilia Romagna ha adottato “Il quadro degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale 2017”, che delinea il quadro degli obiettivi cui sono impegnate le Direzioni aziendali nell’anno 2017, rispetto ai quali saranno operate le valutazioni e assunti i conseguenti provvedimenti a livello regionale.

Il complesso delle azioni richieste dalla Regione implica un coinvolgimento continuo e diffuso su tutte le organizzazioni aziendali dell’area sanitaria.

AREA OSPEDALIERA

- La rivisitazione strutturale della rete ospedaliera che ha visto il superamento dei sei ospedali a tre strutture ospedaliere per acuti;
- Le reti cliniche assistenziali e di diagnostica:
 - Rete per l’assistenza all’ictus cerebrale acuto;
 - Rete integrata per l’assistenza al trauma grave e neuro trauma;
 - Rete assistenziale per l’emergenza cardiologica e l’elezione cardiologica;
 - Rete dell’emergenza;
 - Rete oncologica;
 - Rete pediatrica e percorso nascita
 - Reti chirurgiche;
 - Rete nefrologia
 - Rete TAO
 - Rete di diagnostica radiologica
 - Rete di diagnostica di laboratorio;
 - Rete della riabilitazione;
 - Rete della salute mentale;
 - Rete integrata per il paziente diabetico;
 - Rete
 - Organizzazione ospedali per intensità di cure

AREA ASSISTENZA TERRITORIALE

- Concertazione sedi poli ambulatori specialistici, progettualità socio sanitarie case della salute, sviluppo OsCo, riorganizzazione area disabili e anziani in integrazione con l’area socio sanitaria, implementazione ambulatorio di nucleo;

c) Contenimento dei tempi di attesa delle cure specialistiche ambulatoriali

Nell’ambito delle azioni contenute nel Piano Strategico di riorganizzazione, riqualificazione e sostenibilità della Sanità Ferrarese si sono realizzate nel corso dell’anno 2017 sia interventi di razionalizzazione e di riorganizzazione con l’obiettivo di migliorare la qualità dell’offerta per recuperare efficienza e ottimizzare l’utilizzo delle risorse di personale, sia azioni di esternalizzazione di servizi.

Nell’ambito degli investimenti nel campo delle risorse umane per una progressiva razionalizzazione della risposta sanitaria, in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR n. 1735/2014 (“*Misure per l’attuazione della delibera di Giunta regionale 24 febbraio 2014 n. 2017 concernente linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2014*”) e della circolare regionale n. 21/2014 recante le prime indicazioni operative alle Aziende sanitarie nell’ambito delle Politiche di miglioramento dell’accessibilità delle cure specialistiche, l’Azienda, ha avviato il “Programma di intervento straordinario” per il contenimento dei tempi di attesa delle cure specialistiche ambulatoriali.

Tale “Piano Straordinario” che incrementa le prestazioni di alcune branche specialistiche, come già previsto nel patto di fornitura 2014 stipulato fra le due Aziende, per allinearsi in maniera progressiva ai tempi di attesa medio regionali e ad un ampliamento dell’accesso anche nei giorni di sabato e domenica. Rilevato che la Regione, con il provvedimento deliberativo n. 1735 sopracitato ha stabilito che, con l’obiettivo di migliorare l’accessibilità alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l’Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS di riferimento, deve elaborare un Programma aziendale di intervento straordinario per il contenimento dei tempi di attesa, dettagliando sinteticamente le azioni programmate con riferimento ai punti di seguito elencati:

1. incremento della capacità produttiva attraverso l'ampliamento delle fasce orarie e dei giorni di attività (prefestivi e festivi diurni) e l'implementazione dei percorsi di garanzia con soggetti privati accreditati;
2. ridefinizione degli ambiti territoriali di garanzia al fine di assicurare la massima prossimità possibile nell'erogazione delle prestazioni all'utenza;
3. miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, con particolare riferimento:
 - allo sviluppo ed al consolidamento dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica nelle Case della Salute e sviluppo del Day Service Ambulatoriale con potenziamento prenotazione dei controlli per soggetti in follow-up;
 - alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva per diagnostica pesante, RM e TAC osteoarticolari (per esempio, ricerca semantica ex post dei quesiti diagnostici);
4. manutenzione delle agende di appuntamento:
 - attività di recall e di "pulizia" delle agende con applicazione della normativa relativa al pagamento del ticket in caso di mancata disdetta;
 - campagne informative per la popolazione sulla disdetta;
 - Piano di comunicazione su diritti e doveri dei cittadini.

d) Rispetto della Legge 161/2014

Un ulteriore impegno riorganizzativo è inoltre stato avviato con l'entrata in vigore del disposto dell'art. 14 della Legge n. 161/2014 il cui articolo 14, c.1 abroga due precedenti norme italiane, derogatorie dalla direttiva comunitaria in tema di orari e riposi del personale sanitario dipendente, medici e non medici. In dettaglio, si trattava dell'art.41,c.13 (dirigenza sanitaria) della legge 133/2008 e dell'art.17, c.6-bis (tutto il ruolo sanitario, comparto incluso) del d.lgs.66/2003. Dal 25/11/2015 si applicano a pieno titolo anche ai sanitari tutte le disposizioni di cui al d.lgs. 66/03 e, in particolare, la previsione dell'art.7,c.1, del decreto, secondo la quale "il lavoratore ha diritto a 11 ore di riposo continuativo, ogni 24 ore". Per altro, l'art.14, c.3, della legge 161/2014 dispone che le norme contrattuali (es. art. 17, CCNL 2008, Area IV) che avevano dato attuazione alle norme ora abrogate cessino di aver applicazione alla stessa data del 25/11/15.

La legge 161/2014 fornisce precise indicazioni su come si possa assicurare ai lavoratori il pieno rispetto dei diritti in questione, precisando che " le Regioni devono garantire i servizi attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili sulla base della legislazione vigente" e prevedendo "appositi processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi dei propri enti sanitari.

e) Promozione della campagna vaccinale

Le vaccinazioni sono tra gli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive, sono uno strumento essenziale per la salute della popolazione e soprattutto dell'infanzia. Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo per garantire alla popolazione la scomparsa o il controllo di alcune importanti malattie.

In Emilia-Romagna l'attenzione e l'impegno rivolti all'attività vaccinale sono sempre stati molto alti, come testimoniato dai risultati raggiunti nelle coperture, fra le più elevate in Italia.

La riduzione delle infezioni, e dei conseguenti decessi e sequele invalidanti, è andata di pari passo con l'aumento delle coperture vaccinali.

Pertanto il numero delle persone che hanno sofferto di queste malattie, o che hanno conosciuto direttamente persone da esse colpite, è andato diminuendo negli anni. Così, negli ultimi tempi, l'attenzione della popolazione, o per lo meno di una parte di essa, si è andata concentrando sui possibili effetti collaterali delle vaccinazioni: se un lattante sano viene vaccinato e ha dei problemi causati dalla vaccinazione, il confronto con i danni provocati dalla malattia non può più essere fatto (almeno per alcune di esse, attualmente in Italia) e quindi è possibile osservare il fenomeno della riduzione dell'accettazione delle vaccinazioni.

E' dimostrato che la conseguenza di una riduzione della copertura vaccinale si traduce prima o poi in un aumento di quelle infezioni che sembravano scomparse e dei relativi decessi che esse provocano.

Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, approvato con l'Intesa sancita in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 22 febbraio 2012, evidenzia la necessità di aggiornare le strategie per il perseguimento degli obiettivi di salute stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed indicati nel succitato Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 per quanto riguarda le malattie prevenibili con vaccinazioni, nonché di armonizzarle su tutto il territorio nazionale al fine di garantire equità nella prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione e assicurare parità di accesso alle prestazioni vaccinali da parte di tutti i cittadini.

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019, approvato con l'Intesa sancita in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 19 gennaio 2017, con repertorio n. 10/CSR, evidenzia come obiettivo primario l'armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente dal luogo di residenza, reddito e livello socio-culturale, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che di prevenzione collettiva.

La complessità dei programmi vaccinali è aumentata nel tempo.

E' noto infatti che la ricerca scientifica ha immesso sul mercato nuovi vaccini che da un lato rappresentano delle ottime opportunità ma dall'altro richiedono:

- la valutazione accurata della loro efficacia e sicurezza, nonché lo studio dell'epidemiologia della malattia contro la quale sono diretti;

- la crescente disponibilità di nuove tecnologie vaccinali pone la necessità di operare delle scelte al fine di razionalizzare l'impiego delle risorse disponibili e massimizzare i risultati in termini di salute, garantendo alla collettività un'adeguata protezione per le malattie prevenibili tramite vaccinazione;

I programmi vaccinali devono essere in grado di garantire equità e uniformità nell'offerta e di raggiungere efficacemente le popolazioni svantaggiate, abbattendo le eventuali barriere culturali e linguistiche. Inoltre devono comprendere validi sistemi di sorveglianza epidemiologica e di laboratorio delle relative malattie infettive.

Negli ultimi anni si è assistito ad un calo significativo delle coperture vaccinali che riguarda tutte le vaccinazioni, sia quelle pediatriche (obbligatorie e raccomandate) che quelle per gli adulti/anziani (ad es. l'antinfluenzale).

La Regione Emilia Romagna ha adottato con delibera n. 427 del 05/04/2017 Il Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale per l'anno 2017 relativamente al quale i vaccini previsti nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 sono stati ricompresi nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) recentemente approvati e rappresentano quindi un diritto esigibile da parte del cittadino per le tipologie di vaccino e le fasce di età previste dal Piano stesso.

L'attuazione del nuovo Calendario Nazionale richiede opportuni interventi di tipo logistico organizzativo per garantire un'offerta efficace ed efficiente su tutto il territorio che l'Azienda USL intende sostenere con molteplici azioni, assegnando ai propri dirigenti medici e l'obiettivo della promozione della copertura vaccinale e valorizzando al contempo l'impegno profuso.

Il budget destinato al finanziamento dei progetti finalizzati di particolare supporto alle linee di programmazione sanitaria di interesse strategico aziendale dell'anno 2017 è di €. 180.000 finanziato dalle disponibilità del Fondo della Retribuzione di Risultato come sopra esposto.

L'erogazione della quota incentivante/retribuzione di risultato, riservata al solo personale a tempo indeterminato, avviene al termine delle attività prevista dal progetto, in rapporto alla percentuale di raggiungimento dell'obiettivo, valutata dall'Organismo Aziendale di Supporto al Nucleo di Valutazione.

I progetti e le conseguenti azioni sono stati individuate nei contenuti e nei tempi da parte dei Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa, a cui spetta il compito finale di rendere esplicito il valore associato all'apporto offerto da ciascun dirigente ai risultati richiesti ed ottenuti, apprezzandone il rendimento e l'apporto professionale, tenuto conto del sistema di valutazione delle performances adottato in Azienda. Il Direttore di Dipartimento/U.O. individua i fattori di partecipazione che corrispondono a quote individuali attribuite una tantum che premiano il particolare impegno lavorativo secondo una graduazione economica articolata su sei livelli di coinvolgimento, di seguito indicati, tenuto conto dell'apporto individuale alla realizzazione dell'obiettivo.

Fattore	Quota 2017
1	€. 200
2	€. 400
3	€. 600
4	€. 800
5	€. 1.000
6	€. 1.200

Il finanziamento a disposizione, per le attività dell'anno 2017, è attribuito per Dipartimento/Unità Operativa in conformità alla strategia e al tempogramma delle azioni da porre in essere per la realizzazione dei progetti secondo i seguenti importi:

Dipartimento Chirurgico	€. 23.300
Direzione Presidio Ospedaliero	€. 2.177
Dipartimento Emergenza	€. 30.033
Laboratorio Unico Provinciale	€. 3.482
Dipartimento Materno Infantile	€. 11.318
Dipartimento Medicina	€. 36.998
Dipartimento Radiodiagnostica	€. 17.410
Dipartimento Cure Primarie	€. 18.716
Dipartimento Salute Mentale	€. 23.504
Dipartimento Sanità Pubblica	€. 8.270
U.O. Medicina Legale	€. 2.177
Direzione Distretti e Staff	€. 2.615

Tali progetti saranno sottoposti alla valutazione dell'Organismo Aziendale di Supporto al Nucleo di Valutazione.

Le quote individuali sono attribuite, al solo personale a tempo indeterminato, in relazione alla realizzazione del progetto secondo l'impostazione data dai Direttori, alla incisività dell'apporto offerto e saranno liquidate secondo la temporizzazione del piano di attività impostato:

- entro l'anno 2018 per le attività svolte nel 2017 previa valutazione da parte dell'OAS e verifica della disponibilità del finanziamento.

- Progetto finalizzato continuità assistenziale – quote aggiuntive paramtrate

Le parti ritengono opportuno, in continuità con l'anno precedente, valorizzare l'impegno e la gravosità dell'attività prestata dal personale della dirigenza medica nel garantire la continuità assistenziale – assicurata attraverso un accesso sinergico al servizio di guardia diurna, notturna e festiva sia divisionale che interdivisionale, alla pronta disponibilità sia sostitutiva che integrativa – in rapporto alla attività garantita per sostenere le strategie aziendali definite in sede di programmazione e attribuite alle singole equipe in esito alla contrattazione di Budget con l'assegnazione degli obiettivi annuali.

Il budget destinato al finanziamento dei progetti finalizzati di particolare supporto alle linee di programmazione sanitaria di interesse strategico aziendale dell'anno 2017 è di €. 600.000 finanziato dalle disponibilità del Fondo della Retribuzione di Risultato come sopra esposto.

La gravosità del servizio di guardia viene graduata per tutte le articolazioni organizzative, su cinque livelli, in relazione a parametri che consentono di esprimere anche il riconoscimento economico aggiuntivo della quota di retribuzione di risultato.

Tali quote aggiuntive paramtrate sono comunque espressione della complessiva attività svolta dalla equipe per la realizzazione degli obiettivi assegnati in sede di Budget e pertanto devono essere considerate all'interno della valutazione annuale complessiva della retribuzione di risultato.

La quota viene definita con riferimento alla gravosità relativa alle seguenti tipologie di attività con un parametro applicato ai componenti dell'equipe secondo l'attività normalmente svolta:

TIPOLOGIA ATTIVITA' PRESTATATA	PARAMETRO	QUOTA MENSILE
UO con sola attività diurna	1	100
UO con attività diurna e copertura delle emergenze con Pronta Disponibilità	1,10	110
UO con attività sulle 24h, garantita dal servizio di guardia	1,30	130
UO con attività sulle 24h, garantita dal servizio di guardia e servizio di Pronta Disponibilità	1,50	150
UO con attività sulle 24h, garantita dal servizio di guardia con numerosità di pazienti assistiti superiore a 50 posti letto	1,70	170

Il budget complessivo di spesa per il Progetto in argomento è limitato a complessivi € 600.000; resta fermo quanto stabilito in relazione agli obiettivi di budget e della relativa percentuale di valutazione nonché quanto previsto dall'articolo 7 con riferimento alle assenze dal servizio.

La quota parametrata non viene corrisposta ai dirigenti medici a tempo determinato.

Le quote vengono corrisposte in un'unica soluzione successivamente alla erogazione dei saldi della retribuzione di risultato collegati alla produttività collettiva, in relazione all'esito della valutazione annuale, sulla base dei risultati ottenuti e della realizzazione degli obiettivi definiti in sede di negoziazione di budget della singola équipe nonché in relazione all'esito della valutazione individuale.

Le parti concordano sin d'ora che le quote mensili aggiuntive parametrata potranno essere adeguate e proporzionalmente ridotte per contenere la somma complessiva all'interno del budget assegnato di 600.000.

Le parti concordano (ex ante), sin d'ora che le quote che risulteranno a consuntivo non spese nel corso del corrente anno sui Fondi di Risultato, Posizione e Condizioni di Lavoro sono destinate ad integrare la disponibilità del Fondo di Risultato anno 2017 e, per la parte eventualmente non spesa, a favore del Fondo di Risultato anno 2018.

Quanto sopra è in applicazione della Circolare n. 16 del 2/05/2013 e della Circolare n. 15 del 30/04/2014 della Ragioneria dello Stato che consentono, con specifiche clausole degli accordi integrativi formalmente concordate dai rappresentanti dell'Azienda con i rappresentanti delle OO.SS., di destinare a programmi e progetti dell'anno successivo quanto definitivamente non utilizzato dei Fondi Posizione, Condizioni di Lavoro e Risultato dell'anno precedente.

Art. 9

FONDO PER IL TRATTAMENTO ACCESSORIO LEGATO ALLE CONDIZIONI DI LAVORO

In applicazione della normativa contrattuale nazionale e regionale in materia, i Fondi contrattuali del trattamento economico accessorio dell'anno 2017 non possono superare il limite del corrispondente importo determinato per l'anno 2016;

L'Azienda ha determinato con propria atto deliberativo n. 79 del 05/05/2017 i Fondi del trattamento economico accessorio di tutte le Aree Contrattuali dell'anno 2016 che rappresentano, nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 23, comma 2 del D.Lgs. 75/2017, il limite massimo del finanziamento Fondo anno 2017 per il finanziamento per i compensi del lavoro straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di disagio, con le sole variazioni determinate dal trasferimento di fondi correlato al trasferimento da e verso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, di rami di azienda, (come specificatamente indicato nei relativi provvedimenti deliberativi n. 65/2016 e n. 162/2016), quale annualizzazione delle quote economiche già trasferite nell'anno 2016, come di seguito indicato:

Il fondo di cui all'art. 10 CCNL 06/05/2000 – Il biennio 2008/2009 – per i compensi di Lavoro Straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di Disagio, Pericolo, Danno, è quantificato al 1.1.2017 in **€ 1.879.115,44** come da delibera n. 79 del 05/05/2017 integrata dalle delibere n. 65/2016 e n. 162/2016 come di seguito specificato:

FONDO CONSOLIDATO al 31.12.2009	€ 2.138.765,50
INCREMENTO: Trasferimento in entrata Diabetologia (delibera 65/2016) quota parte anno 2016	€ 0,00
RIDUZIONE: Trasferimento in uscita Laboratorio Analisi (delibera 162/2016) quota parte anno 2016	€ -9.705,54
DECURTAZIONI:	
Art. 9, comma 2 bis D.L. 78/10 convertito con Legge 122/10 (applicazione circolare 20/2015 MEF per percentuale di riduzione del personale tra 2010 e 2014 pari a -10,11%)	€ -216.229,19
Decurtazione per soppressione incarico U.O. Delibera 78/2015 quota parte anno 2015	€ -3.883,91
Decurtazione per soppressione incarico U.O. Delibera 78/2015 annualizzazione 2015	€ -715,46
Totale anno 2016 delibera 79/2017	€ 1.908.231,40
INCREMENTO: Trasferimento in entrata Diabetologia (delibera 65/2016) quota parte anno 2017	€ 0,00
RIDUZIONE: Trasferimento in uscita Laboratorio Analisi (delibera 162/2016) quota parte anno 2017	€ -29.115,96
Totale anno 2017	€ 1.879.115,44

Nell'ipotesi in cui venga rinnovato il Contratto Collettivo Nazionale si procederà alla rideterminazione del Fondo per l'anno 2016 e, qualora ne ricorreranno i presupposti, si provvederà altresì ad applicare le disposizioni previste dall'art. 9 quinquies del D.L. 78/2015 convertito con Legge n. 125/2015.

Le parti confermano le modalità di utilizzo concordate con i precedenti accordi sindacali sulle materie afferenti al Fondo in oggetto, fatto salvo quanto sotto riportato per l'indennità dei turni di pronta disponibilità.

Le parti concordano (ex ante), sin d'ora che le quote che risulteranno a consuntivo non spese nel corso del corrente anno sui Fondi di Risultato, Posizione e Condizioni di Lavoro sono destinate ad integrare la disponibilità del Fondo di Risultato anno 2017 e, per la parte eventualmente non spesa, a favore del Fondo di Risultato anno 2018.

Quanto sopra è in applicazione della Circolare n. 16 del 2/05/2013 e della Circolare n. 15 del 30/04/2014 della Ragioneria dello Stato che consentono, con specifiche clausole degli accordi integrativi formalmente concordate dai rappresentanti dell'Azienda con i rappresentanti delle OO.SS., di destinare a programmi e progetti dell'anno successivo quanto definitivamente non utilizzato dei Fondi Posizione, Condizioni di Lavoro e Risultato dell'anno precedente.

ART. 12 Norma finale Resti dei tre Fondi

Le parti concordano inoltre (ex ante), sin d'ora che le quote che risulteranno a consuntivo non spese nel corso del corrente anno sui Fondi per la Retribuzione di Risultato, Fondo per le remunerazione delle particolari condizioni di lavoro e il Fondo del Retribuzione di Posizione sono state destinate ad integrare la disponibilità del Fondo di Retribuzione di Risultato anno 2017 e, per la parte eventualmente non spesa, saranno utilizzate per il finanziamento del Fondo di Risultato anno 2018.

Quanto sopra è in applicazione della Circolare n. 16 del 2/05/2013 e della Circolare n. 15 del 30/04/2014 della Ragioneria dello Stato che consentono, con specifiche clausole degli accordi integrativi formalmente concordate dai rappresentanti dell'Azienda con i rappresentanti delle OO.SS., di destinare a programmi e progetti dell'anno successivo quanto definitivamente non utilizzato dei Fondi Posizione, Condizioni di Lavoro e Risultato dell'anno precedente.

Siglato il 23.11.2014

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO:

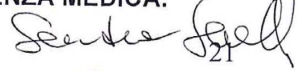



LA DIREZIONE:

D. S. 
D. A. 

AARO1 - EHAC



LE OO.SS. AREA DIRIGENZA MEDICA:

FP-CGLL 
CINO 
ATAAD 
FASID-SWE 

CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA

Parere sull'ipotesi di contrattazione integrativa

In data 19/12/2017 alle ore 9.30, si è riunito, previa convocazione a mezzo posta elettronica in data 28/11/2017 del 28/11/2017 presso la sede del Azienda USL di Ferrara, via Cassoli, 30 - 44121 FERRARA, il Collegio sindacale, per esprimere il parere sull'ipotesi di contrattazione integrativa.

La contrattazione integrativa, prevista dall'articolo 3 (06/05/2010) del C.C.N.L. è stata regolarmente attivata.

Le risorse finanziarie sono state determinate sulla base dei parametri stabiliti dal:

Contratto Collettivo Nazionale - Area della Dirigenza Medica e Veterinaria del 6/05/2010, artt. 25 e 26

Contratto Collettivo Nazionale - Area della Dirigenza Medica e Veterinaria del 17/10/2008, artt. 10 e 11

Pertanto, il Collegio sindacale:

- considerato che l'individuazione delle risorse disponibili è stata effettuata correttamente;
- tenuto conto che il contratto integrativo è stato predisposto in conformità alle vigenti disposizioni;
- l'onere scaturente dalla contrattazione risulta integralmente coperto dalle disponibilità;
- esaminato il prospetto di calcolo del fondo e del relativo piano di riparto? Si
- vista la relazione tecnico-finanziaria del Direttore Amministrativo n. 0064957 del 28/11/2017 ? Si
- vista la relazione illustrativa al contratto integrativo n. 0064957 del 28/11/2017 ?

ESPRIME

parere favorevole in ordine alla certificazione di compatibilità economico-finanziaria, di cui all'art. 40-bis del

Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165

Eventuali ulteriori osservazioni:

L'Azienda ha sottoposto al Collegio con nota n-0064957 del 28 novembre u.s. l'ipotesi di accordo in esame nonchè la Relazione Tecnico-Finanziaria che definisce puntualmente la costituzione del Fondo in esame per l'anno 2017. Il Collegio sulla base di quanto rappresentato nella citata Relazione, ritiene di certificare positivamente il Fondo "Retribuzione di Risultato" Anno.2017 - Area della Dirigenza Medica tenuto conto che è stato rispettato il limite 2016 previsto dall'articolo 23, comma 2 del Decreto legislativo n. 75/2017 che stabilisce ".....a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016."