

Deliberazione della Giunta Regionale 14 ottobre 2013, n. 34-6516

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. - Individuazione ed assegnazione degli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori generali delle aziende sanitarie regionali, ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2013.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Il D. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. prevede che le Regioni definiscano gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati.

In conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 5, del D.P.C.M. n. 502/1995, come modificato dal D.P.C.M. n. 319/2001, il trattamento economico attribuito al Direttore generale può essere integrato da una quota, fino al venti per cento dello stesso, previa valutazione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati ed aggiornati periodicamente dalla Regione. I contratti stipulati con i Direttori generali delle aziende sanitarie prevedono anch'essi che annualmente possano stabilirsi degli obiettivi aziendali di interesse regionale, il cui raggiungimento, accertato dalla Regione anche mediante appositi indicatori, determini la corresponsione, a titolo integrativo, di un compenso aggiuntivo, nella misura massima del venti per cento del trattamento economico annuo del Direttore generale (fatte naturalmente salve le previsioni di cui all'art. 3 bis, comma 7, del D. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e 52 comma 4 lett. d della legge n. 289/2002, rispettivamente in materia di grave disavanzo della gestione e di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico, quale causa di decadenza del direttore generale e di conseguente risoluzione del contratto).

La Giunta Regionale, a seguito dell'accordo sottoscritto il 29 luglio 2010 con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge finanziaria 2005) e dell'art. 2, comma 97, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge finanziaria 2010), con D.G.R. 02 agosto 2010 n. 1-415 ha approvato il Piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico (Piano di rientro).

Successivamente, il 30 settembre 2010, come previsto dall'art. 5, comma 1) lett. b del citato accordo, è stato presentato il conseguente programma attuativo. La Giunta Regionale ha ritenuto, con la D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011, di adottare un Addendum, coerente con il Piano di Rientro e con il predetto programma attuativo, che prevede nuovi obiettivi e nuove azioni ad essi collegate, allo scopo di sviluppare interventi sistematici e strutturali che generino effetti anche successivi al 2012.

La predetta azione di controllo della spesa sanitaria è stata, indi, proseguita e rafforzata con i Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, i quali si articolano in una serie di interventi necessari per il raggiungimento degli obiettivi di governo regionale, scaturiti dall'analisi, in sede di tavolo ministeriale, dei risultati raggiunti e di quelli ancora da perseguire in relazione al sopracitato Piano di Rientro, continuando naturalmente a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza. Nella definizione degli obiettivi occorre pertanto tenere conto del percorso di cui sopra e le aree su cui focalizzare le azioni di miglioramento della qualità delle prestazioni devono necessariamente raccordarsi con il quadro più generale di rispetto degli adempimenti legati al Piano stesso.

Pertanto, alla luce delle prescrizioni di cui al citato D. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. si ritiene di individuare, ai fini del riconoscimento della quota integrativa in oggetto, gli obiettivi dettagliati nell'Allegato A) al presente provvedimento, a farne parte integrante e sostanziale, e

titolato: “Obiettivi 2013 dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo”.

Nell’Allegato B), parimenti accluso al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, e titolato: “Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.. Obiettivi 2013 dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo. Condizioni e criteri generali di valutazione”, vengono invece riportate le condizioni necessarie per l’accesso all’erogazione del trattamento economico integrativo, nonché i criteri da utilizzare in via generale per le valutazioni correlate.

Nel predetto Allegato B) si sottolinea poi come, allo scopo di garantire sostanziali miglioramenti gestionali, l’attribuzione della quota integrativa sia condizionata al conseguimento di una percentuale non inferiore a 60 punti su 100 della scala di valutazione adottata. Viene, tra l’altro, stabilito che la quota integrativa non sia attribuita ai Direttori generali dichiarati decaduti per cause riconducibili, con riferimento all’annualità oggetto di valutazione, alle fattispecie di cui ai citati artt. 3 bis comma 7 del D. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e 52 comma 4 lett. d della legge n. 289/2002, nonché qualora, sempre in relazione al periodo considerato, emerga comunque una valutazione negativa che, per una delle cause previste nel relativo contratto di prestazione d’opera intellettuale, determini la cessazione dell’incarico.

Ed ancora, in relazione all’esigenza di un contributo sinergico al conseguimento degli obiettivi da parte dei vertici direzionali, è stabilito che l’assegnazione degli obiettivi ai Direttori sanitari ed amministrativi, nonché l’individuazione dei criteri di valutazione e di corresponsione della quota integrativa, debba, anche per essi, armonizzarsi con il presente provvedimento e con le risultanze delle valutazioni che saranno deliberate dalla Giunta regionale, comunque condizionando l’erogazione al conseguimento di una percentuale non inferiore a 60 punti su 100 della scala di valutazione adottata.

Infine, per quanto in particolare concerne l’ASL CN2, attesa la D.G.R. n. 24-5759 del 06 maggio 2013 di nomina dell’attuale Direttore generale ed il rimando, in ordine all’assegnazione degli obiettivi utili al riconoscimento della quota integrativa, a successivo provvedimento, è d’uopo specificare che il riconoscimento della quota integrativa per l’annualità in oggetto dovrà avvenire in misura proporzionale all’effettiva durata dell’incarico, non potendosi considerare valutabile, per le finalità di cui al presente provvedimento, il subentro nelle funzioni direttoriali vacanti da parte del medesimo soggetto per il periodo antecedente la nomina, ai sensi dell’art. 12, comma 5, della legge regionale n. 10/1995, in quanto non comportante una maggiorazione retributiva.

Tutto ciò premesso, il relatore propone alla Giunta regionale:

- di individuare e, conseguentemente, assegnare ai Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali, per l’anno 2013, gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati al riconoscimento della quota integrativa del trattamento economico, determinata nella misura massima del 20% del compenso stabilito;
- di approvare l’allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, titolato: “Obiettivi 2013 dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo”;
- di approvare altresì l’allegato B), parimenti parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e titolato: “Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.. Obiettivi 2013 dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo. Condizioni e criteri generali di valutazione”;
- di disporre che, allo scopo di garantire sostanziali miglioramenti gestionali, l’attribuzione della quota integrativa sia condizionata al conseguimento di una percentuale non inferiore a 60 punti su 100 della scala di valutazione adottata;
- di disporre che la quota integrativa non venga riconosciuta ai Direttori generali dichiarati decaduti dalla Giunta regionale per cause riconducibili, con riferimento all’annualità oggetto di valutazione, alle fattispecie di cui agli artt. 3 bis comma 7 del D. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e 52

comma 4 lett. d della legge n. 289/2002, nonché qualora, sempre in relazione al periodo considerato, emerga una valutazione negativa che, per una delle cause previste nel relativo contratto di prestazione d'opera intellettuale, determini la cessazione del rapporto;

– di disporre che, per quanto in particolare concerne l'ASL CN2, attesa la D.G.R. n. 24-5759 del 06 maggio 2013 di nomina dell'attuale Direttore generale ed il rimando, in ordine all'assegnazione degli obiettivi utili al riconoscimento della quota integrativa, a successivo provvedimento, il riconoscimento della quota medesima per l'annualità in oggetto dovrà avvenire in misura proporzionale all'effettiva durata dell'incarico, non potendosi considerare valutabile, per le finalità di cui al presente provvedimento, il subentro nelle funzioni direttoriali vacanti da parte del medesimo soggetto per il periodo antecedente la nomina, ai sensi dell'art. 12, comma 5, della legge regionale n. 10/1995, in quanto non comportante una maggiorazione retributiva;

– di stabilire infine che l'assegnazione degli obiettivi ai Direttori sanitari ed amministrativi, nonché l'individuazione dei criteri di valutazione e di corresponsione della quota integrativa in favore degli stessi, debba armonizzarsi con il presente provvedimento e con le risultanze delle valutazioni che saranno deliberate dalla Giunta regionale, comunque condizionando l'attribuzione ad una percentuale non inferiore al 60 % della scala di valutazione adottata.

Quanto sopra premesso, illustrato e motivato, la Giunta regionale, condividendo le argomentazioni del relatore, all'unanimità, visti:

– il D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i. recante: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;

– il D.P.C.M. 19 luglio 1995, n. 502 e s.m.i. recante: “Norme sul contratto del Direttore generale, del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere”;

– la L. 27 dicembre 2002 n. 289, recante: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (Finanziaria 2003);

– la L.R. 18 gennaio 1995, n. 8 e s.m.i. recante: “Finanziamento, gestione patrimoniale ed economico finanziaria delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere”;

– la L.R. 24 gennaio 1995, n. 10 e s.m.i. recante: “Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali”;

– la L.R. 11 aprile 2001, n. 7 e s.m.i. recante: “Ordinamento contabile della Regione Piemonte”;

– la L.R. 06 agosto 2007 n. 18 e s.m.i. recante: “Norme per la programmazione socio – sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale”;

– la D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010 recante: “Approvazione dell'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311”;

– la D.G.R. n. 14-1440 del 28 gennaio 2011 recante: “Attuazione piano di rientro. Disposizioni alle Aziende Sanitarie Regionali in merito ai costi delle consistenze organiche;

– la D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011 recante: “Adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97, della legge 23 dicembre 2009, 191”;

– la D.G.R. n. 48-1984 del 29 aprile 2011 recante: Attuazione Piano di rientro. Armonizzazione D.G.R. n. 14-1440 del 28 gennaio 2011 con Addendum adottato con D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011”;

– la D.G.R. n. 49-1985 del 29 aprile 2011 recante: “Rettifica D.G.R. 44-1615 del 28 febbraio 2011 relativa all'adozione dell'Addendum”;

– la D.G.R. n. 42-3552 del 19 marzo 2012 e s.m.i. recante: “Determinazione dei contenuti normativi ed economici dei contratti dei Direttori generali, Direttori sanitari ed amministrativi delle

Aziende sanitarie regionali; approvazione schemi tipo di contratto. Revoca D.G.R. n. 46-5332 del 19.02.2007.”;

– i Programmi Operativi per il triennio 2013 – 2015;

delibera

– di individuare e, conseguentemente, assegnare ai Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali, per l’anno 2013, gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati al riconoscimento della quota integrativa del trattamento economico, determinata nella misura massima del 20% del compenso stabilito;

– di approvare l’allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, titolato: “Obiettivi 2013 dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo”;

– di approvare altresì l’allegato B), parimenti parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e titolato: “Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.. Obiettivi 2013 dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo. Condizioni e criteri generali di valutazione”;

– di disporre che, allo scopo di garantire sostanziali miglioramenti gestionali, l’attribuzione della quota integrativa sia condizionata al conseguimento di una percentuale non inferiore a 60 punti su 100 della scala di valutazione adottata;

– di disporre che la quota integrativa non venga riconosciuta ai Direttori generali dichiarati decaduti dalla Giunta regionale per cause riconducibili, con riferimento all’annualità oggetto di valutazione, alle fattispecie di cui agli artt. 3 bis comma 7 del D. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e 52 comma 4 lett. d della legge n. 289/2002, nonché qualora, sempre in relazione al periodo considerato, emerga una valutazione negativa che, per una delle cause previste nel relativo contratto di prestazione d’opera intellettuale, determini la cessazione del rapporto;

– di disporre che, per quanto in particolare concerne l’ASL CN2, attesa la D.G.R. n. 24-5759 del 06 maggio 2013 di nomina dell’attuale Direttore generale ed il rimando, in ordine all’assegnazione degli obiettivi utili al riconoscimento della quota integrativa, a successivo provvedimento, il riconoscimento della quota medesima per l’annualità in oggetto dovrà avvenire in misura proporzionale all’effettiva durata dell’incarico, non potendosi considerare valutabile, per le finalità di cui al presente provvedimento, il subentro nelle funzioni direttoriali vacanti da parte del medesimo soggetto per il periodo antecedente la nomina, ai sensi dell’art. 12, comma 5, della legge regionale n. 10/1995, in quanto non comportante una maggiorazione retributiva;

– di stabilire infine che l’assegnazione degli obiettivi ai Direttori sanitari ed amministrativi, nonché l’individuazione dei criteri di valutazione e di corresponsione della quota integrativa in favore degli stessi, debba armonizzarsi con il presente provvedimento e con le risultanze delle valutazioni che saranno deliberate dalla Giunta regionale, comunque condizionando l’attribuzione ad una percentuale non inferiore al 60 % della scala di valutazione adottata.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale della Regione Piemonte entro il termine di 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 giorni ovvero ancora l’azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice civile. In tutti i casi il termine decorre dalla data di piena conoscenza del provvedimento da parte degli interessati.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

ALL. A

**OBIETTIVI 2013
DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE
SANITARIE REGIONALI
PER IL RICONOSCIMENTO DEL
TRATTAMENTO ECONOMICO INTEGRATIVO**



Sommario

<u>STRUTTURA DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE 2013.....</u>	2
<u>OBIETTIVO 1: PROGRAMMA OPERATIVO.....</u>	2
<i>SUB-OBIETTIVO 1.1: PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ (PAC).....</i>	<i>2</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 1.2: REALIZZAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DAL PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ (PAC)</i>	<i>2</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 1.3: REALIZZAZIONE CONTABILITÀ ANALITICA (CO.AN.).....</i>	<i>2</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 1.4: CONTENIMENTO DEI COSTI DELLE RISORSE UMANE.....</i>	<i>2</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 1.5. RIORDINO RETE PUNTI NASCITA</i>	<i>2</i>
<u>OBIETTIVO 2: ESITI.....</u>	2
<i>SUB-OBIETTIVO 2.1: TEMPESTIVITÀ INTERVENTI A SEGUITO DI FRATTURA FEMORE SU PAZIENTI > 65</i>	<i>2</i>
<i>ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.1</i>	<i>2</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 2.2: RIDUZIONE INCIDENZA PARTI CESAREI.....</i>	<i>2</i>
<i>ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.2</i>	<i>2</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 2.3: TEMPESTIVITÀ NELL'EFFETTUAZIONE P.T.C.A. NEI CASI DI I.M.A. STEMI</i>	<i>2</i>
<i>ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.3</i>	<i>2</i>
<u>OBIETTIVO 3: GESTIONALI.....</u>	2
<i>SUB-OBIETTIVO 3.1: RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE.....</i>	<i>2</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 3.2: RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA.....</i>	<i>2</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 3.3: MESSA A REGIME DEI FLUSSI DELL'AREA FARMACEUTICA.....</i>	<i>2</i>
<i>SUB-OBIETTIVO 3.4 RIDUZIONE DEGLI ACQUISTI IN ECONOMIA.....</i>	<i>2</i>



STRUTTURA DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE 2013

La Regione Piemonte continua a gestire la propria attività di contenimento dei costi e riqualificazione del SSR con i Programmi operativi 2013-2015, così come previsto dall'art. 15, comma 20, del D.L. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012.

Oltre agli obiettivi strategici correlati al sistema di incentivazione e contenuti nel presente documento, si evidenzia che nel contratto del Direttore Generale sono presenti obiettivi di mandato.

In merito agli obiettivi strategici, oggetto del sistema di incentivazione, sono rilevati per il 2013 i seguenti tre macro-obiettivi:

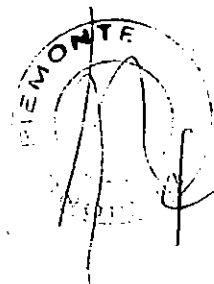
1. Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 (peso complessivo 40/100)
2. Esiti (peso complessivo 24/100)
3. Obiettivi gestionali (peso complessivo 36/100)

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi strategici è fissata complessivamente, per l'accesso, pro quota, al trattamento economico integrativo, a 60 punti su 100.

Fatto salvo il limite minimo di cui sopra, si evidenzia inoltre che, per l'anno 2013, il riconoscimento economico sarà proporzionale alla quota di raggiungimento degli obiettivi (es. un raggiungimento degli obiettivi per 60 punti su 100 comporterà un riconoscimento pari al 60% del trattamento economico integrativo).

Qualora il raggiungimento di alcuni degli obiettivi dovesse essere impedito da cause la cui eliminazione non fosse nelle responsabilità dirette dei Direttori Generali, a fronte della presentazione della documentazione atta a documentare tale evenienza e in seguito alle opportune verifiche, l'obiettivo potrà essere rivisto dall'Assessorato e, se ritenuto consono, rimodulato.

Il presente documento contiene una descrizione degli obiettivi e dei sub-obiettivi che li compongono. Inoltre sono esplicitate per ciascun obiettivo, e sub-obiettivo, le modalità di valutazione e misurazione (criteri e indicatori), il valore atteso e il relativo punteggio.



OBIETTIVO 1: Programma Operativo

DESCRIZIONE	<p>Così come previsto dall'articolo 15, comma 20, del DL 95/2012, convertito, con modificazioni dalla legge 135/2012, la prosecuzione dell'azione di controllo della spesa sanitaria, intrapresa con il Piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico (Piano di rientro) 2010-2012, sottoscritto il 29/07/2010 (D.G.R. n. 1-415 del 02/08/2010) e integrato da un successivo Addendum (D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011 e n. 49-1985 del 29/04/2011), nasce dalla necessità di non compromettere l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione del Piano di rientro stesso.</p> <p>Il Piano di rientro 2010-2012 ed il suo Addendum, sulla base della ricognizione delle cause che hanno determinato strutturalmente eccessivi oneri di gestione, ha individuato e affrontato selettivamente le diverse problematiche emerse, incidendo sui diversi fattori di spesa e specificando gli obiettivi di contenimento, le singole azioni concretamente realizzabili per il raggiungimento degli obiettivi medesimi e l'impatto finanziario correlato.</p> <p>Il Programma Operativo 2013-2015 intende proseguire e rafforzare tale azione di controllo della spesa sanitaria, continuando a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso tre "categorie" di interventi, tra loro fortemente correlati:</p> <ul style="list-style-type: none">■ dotare il SSR di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo, semplificando la "catena di comando";■ implementare le azioni "strutturali" nei confronti del SSR, in grado di assicurare nel tempo la sua sostenibilità;■ proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di contenere i costi attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse.
PESO	40/100
NOTA	<p>Il Programma Operativo deve essere uno strumento di pianificazione in grado di rispondere in maniera efficace alle priorità e necessità strategiche e/o normative che possono intervenire nel corso dell'anno.</p> <p>Sono considerate azioni in via prioritaria per il 2013:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Piano Attuativo della Certificabilità (PAC)2. Contabilità Analitica (Co.An.)3. Contenimento dei costi delle risorse umane secondo le indicazioni di cui alle DDGR n. 7-5838 del 31.05.2013 e 10-6035 del 02.07.20134. Riordino Punti Nascita: tutti gli interventi che consentiranno di procedere al completamento della rete dei Punti Nascita su due livelli e le relative chiusure previste entro il 31 dicembre 2013 come da D.G.R. n. 6-5519 del 14.03.2013 e successivi provvedimenti attuativi.



SUB-OBIETTIVI E INDICATORI

SUB-OBIETTIVO 1.1: Piano Attuativo della Certificabilità (PAC)

Referente obiettivo: Settore Risorse Finanziarie (dott. Valter Baratta)

DESCRIZIONE	Predisposizione del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e condivisione con l'Assessorato, adozione del provvedimento formale di nomina del responsabile aziendale dell'attuazione del Piano Attuativo della Certificabilità, recepimento del Piano Attuativo Della Certificabilità regionale, definizione delle azioni necessarie per il conseguimento degli obiettivi previsti, coerentemente con le azioni e le tempistiche definite dalla Regione Piemonte.
INDICATORE	Esistenza del PAC al 31/12/2013
VALORE OBIETTIVO	Piano Attuativo della Certificabilità realizzato
SCALA	SI/NO (0-1)
TRACKING	Valutazione finale al 31/12/2013 – esistenza Piano Attuativo della Certificabilità
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	5



SUB-OBIETTIVO 1.2: Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo della Certificabilità (PAC)

Referente obiettivo: Settore Risorse Finanziarie (dott. Valter Baratta)

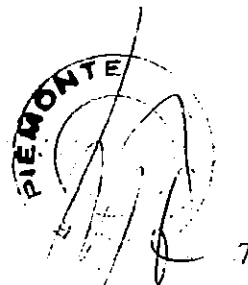
DESCRIZIONE	<p>Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) per l'anno 2013. Relazione aziendale e verifica del rispetto della tempistica adottata dalla Regione Piemonte con specifica DGR n. 26-6009 del 25-06-2013. Verranno valutati i sotto-obiettivi di maggior impatto sull'intera azienda sanitaria da realizzare entro il 31/12/2013.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Aggiornamento ed applicazione di un piano dei conti unico secondo le indicazioni regionali coerente alla normativa vigente: 31/10/2013.2. Predisposizione ed applicazione di una procedura formalizzata per la realizzazione del piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato. Avvenuta discussione e definizione della procedura all'interno del processo di programmazione investimenti avendo coinvolto i comitati tecnici per la valutazioni di necessità, opportunità e convenienza: 31/10/20133. Predisposizione ed applicazione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti: 31/10/20134. Predisposizione ed applicazione di una procedura che consenta di identificare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquisiti con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni: 30/09/20135. Aggiornamento di procedure e meccanismi di riconciliazione tra il Bilancio di esercizio, modelli CE e SP, contabilità generale (Bilancio di verifica) e contabilità sezionali: 31/12/2013.6. Predisposizione ed applicazione di una procedura di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti da parte della Regione e del Collegio Sindacale: 31/12/13.
INDICATORE	Completezza delle sei principali azioni del PAC al 31/12/2013
VALORE OBIETTIVO	Principali Azioni del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) del 2013 realizzati
SCALA	SI/NO (0-1)
TRACKING	30/11/2013 – esistenza Azioni 1, 2, 3 e 4 31/12/2013 – esistenza Azioni 5 e 6 31/12/2013 – esistenza relazione annuale sulle azioni implementate
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	10 (1,5 per ogni azione e 1 per la relazione annuale)



SUB-OBIETTIVO 1.3: Realizzazione Contabilità Analitica (CO.AN.)

Referente obiettivo: Settore Risorse Finanziarie (dott. Valter Baratta)

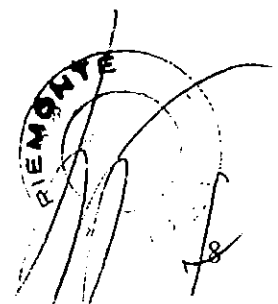
DESCRIZIONE	<p>Il Programma Operativo della Regione Piemonte prevede per la contabilità analitica la realizzazione dei seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none">■ coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa;■ coerenza del piano dei fattori produttivi con il piano dei conti;■ gradi di utilizzo della contabilità analitica; <p>Il Direttore Generale deve inviare entro il 30/11/2013 una relazione aziendale sulla completezza della contabilità analitica. Attraverso il questionario regionale, strutturato per soddisfare il debito informativo previsto dal questionario regionale - certificazione al Tavolo tecnico degli adempimenti, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, a cui è affidata la responsabilità del Comitato LEA. 2012 (N.1 Tabella "Verifica e monitoraggio stato d'implementazione Co.An.") - ed inviato via e-mail alle aziende in data 17.04.2013, verrà verificata la completezza e il contenuto dei documenti e il rispetto della tempistica prevista dalla Regione Piemonte.</p>
INDICATORE	Relazione annuale e completezza della Contabilità Analitica al 30/11/2013; valutazione finale al 31.12.2013
VALORE OBIETTIVO	Implementazione della Contabilità Analitica (Il livello di raggiungimento del sub-obiettivo è riconosciuto se lo stesso è raggiunto al 90%)
SCALA	SI/NO (0-1) per relazione annuale 100% per implementazione Co.An.
TRACKING	30/11/2013 - esistenza relazione annuale 31/12/2013 - stato d'implementazione Co.An.
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	10 (2 per relazione annuale e 8 per completezza implementazione Co.An.)



SUB-OBIETTIVO 1.4: Contenimento dei costi delle risorse umane

Referente obiettivo: Settore Personale dipendente del SSR e Affari generali (dr. Claudio Baccon) e Settore Risorse Finanziarie (dott. Valter Baratta)

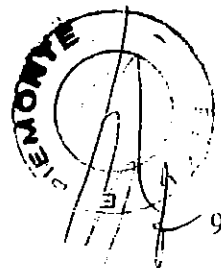
DESCRIZIONE	Rispetto delle disposizioni regionali sul contenimento dei costi delle risorse umane nell'anno 2013 secondo le indicazioni di cui alle DDGR nn. 7-5838 del 31.05.2013 e 10-6035 del 02.07.2013
INDICATORE	Raffronto dei dati esposti nel modello CE relativi alla spesa del personale con i tetti di spesa di cui alla DGR n. 10-6035 del 02.07.2013
VALORE OBIETTIVO	0% delta di maggior costo del personale su CE del terzo trimestre 2013 e consuntivo 2013 relativo al tetto di spesa di cui alla DGR n. 10-6035 del 02.07.2013
SCALA	SI/NO
TRACKING	Valutazione finale al 31-12-2013
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	10



A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains the word "RIEMONTE" in capital letters. To the right of the signature, there is a small handwritten number "18".

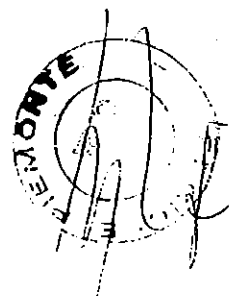
SUB-OBIETTIVO 1.5 Riordino rete punti nascita**Referente obiettivo: Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali (dott.ssa Daniela Nizza)**

DESCRIZIONE	<p>Il Programma Operativo della Regione Piemonte prevede il riordino della rete delle Neonatologie con TIN e dei Punti Nascita. Con la D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 è stata rivista la rete delle neonatologie e dei punti nascita: attualmente esistono in Piemonte 32 punti nascita e 7 Neonatologie con Terapia Intensiva Neonatale in ospedali con punto nascita di III livello. Si riscontrano principalmente due tipi di criticità:</p> <ul style="list-style-type: none">■ posti di TIN insufficienti soprattutto per l'aumento negli ultimi dieci anni dei neonati estremamente critici a causa di aumento dell'età materna, fecondazione assistita, immigrazione, miglioramento delle cure ostetriche e neonatologiche con conseguente aumento della sopravvivenza di tali neonati;■ difficoltà ad assicurare un'adeguata assistenza neonatale per la parcellizzazione dei centri nascita di piccole dimensioni tali da non consentire in ciascuno un adeguato numero di Neonatologi per coprire le 24 ore. <p>A regime i punti nascita saranno 24, 7 dei quali Hub. L'obiettivo fondamentale è quello di garantire a ogni neonato, in qualsiasi centro nascita, ai vari livelli assistenziali, un'assistenza appropriata e sicura, uniforme su tutto il territorio regionale.</p>
INDICATORE	Completamento della rete a due livelli e relativa chiusura dei punti nascita previsti entro il 31/12/2013
VALORE OBIETTIVO	Il livello di raggiungimento del sub-obiettivo è riconosciuto solo se lo stesso è raggiunto al 100%.
SCALA	100%
TRACKING	30/11/2013 – esistenza rete a due livelli 31/12/2013 – chiusura punti nascita previsti nel 2013 e valutazione finale al 31/12/2013
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	5



OBIETTIVO 2: ESITI

DESCRIZIONE	<p>La Regione Piemonte è una delle regioni italiane ad introdurre dal 2013 la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione di obiettivi operativi misurabili tramite tre indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE).</p> <p>2.1 Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore <i>over</i> 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;</p> <p>2.2 Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;</p> <p>2.3 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di Angioplastica Percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;</p> <p>Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.</p>
PESO	24/100



SUB-OBIETTIVI E INDICATORI

SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

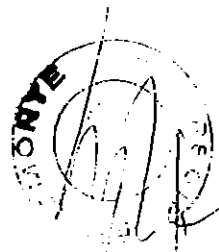
Referente obiettivo: Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali (dott.ssa Daniela Nizza)

Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica.

Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale.

Poiché le SDO, ad oggi, non riportano l'ora del ricovero, quale parametro proxy si adotta il numero di interventi chirurgici eseguiti entro il giorno successivo a quello del ricovero, facendo riferimento alla data del ricovero e alla data dell'intervento (quindi entro un intervallo ricovero/intervento di 0-2 giorni).

INDICATORE	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 residenti della provincia (compresi quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico). L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	≥ 80% (DGR n. 4-2495 del 03.08.2011)
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2013 tra valore di partenza (anno 2012) e target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio al 30 novembre 2013 e valutazione finale al 31.12.2013
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	8



ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.1

INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE NELL'ANZIANO EFFETTUATO ENTRO UN INTERVALLO DI 0-2 GIORNI

- Definizione

Per struttura di ricovero o area di residenza: *proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro un intervallo temporale di 0-2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.*

- Fonti informative

La fonti dei dati sono le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- Intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2013 – 31 dicembre 2013;
- Intervallo di tempo libero da intervento ("t"), definito a partire dalla data di primo accesso in ospedale del paziente, corrispondente alla data di ricovero per frattura del collo del femore. Il limite massimo dell'intervallo è fissato a 30 giorni.
- Intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di primo accesso.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri per acuti, in regime ordinario, con diagnosi di frattura del collo del femore (codici ICD 9-CM 820.0-820.9) in qualsiasi posizione, avvenuti in strutture della regione Sicilia, con dimissione tra il 1 gennaio 2013 ed il 31 dicembre 2013.

Criteri di esclusione

- ricoveri preceduti da un ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore nei 2 anni precedenti;
- ricoveri di pazienti di età inferiore a 65 anni e superiore a 100;
- ricoveri di pazienti non residenti in Sicilia;
- ricoveri per trasferimento da altra struttura;
- ricoveri di politraumatizzati: DRG 484-487;
- ricoveri di pazienti ammessi direttamente in reparto di rianimazione o terapia intensiva;
- ricoveri di pazienti deceduti entro le 48 ore senza intervento (differenza tra data di morte e data di ingresso in ospedale uguale a 0-1 giorno)*
- ricoveri con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno (codici ICD-9-CM 140.0-208.9, V10) nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti.

* si assume che la compromissione clinico-funzionale di questi pazienti sia tale da rendere incompatibile un eventuale intervento chirurgico

Interventi in studio

Sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55).

Definizione di esito

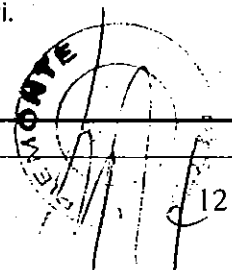
L'esito in studio è l'intervento chirurgico entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero \leq 2 giorni) a seguito di frattura del collo del femore. L'esito viene attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero indice.

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti "croniche"

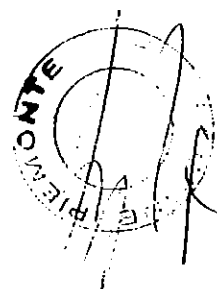
I fattori utilizzati nella procedura di *risk adjustment* comprendono: il genere, l'età ed una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nel ricovero in esame (ricovero indice) e in tutti i precedenti ricoveri.

Fattore di rischio

Codice ICD-9-CM



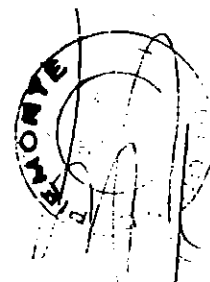
	Nel ricovero per parto	Nei precedenti ricoveri
Diabete		250.1-250.9
Deficienze nutrizionali	260-263, 783.2, 799.4	260-263, 783.2, 799.4
Obesità	278.0	278.0
Malattie ematologiche	280-285, 288, 289	280-285, 288, 289
Demenza compreso Alzheimer	290.0-290.4, 294.1, 331.0	290.0-290.4, 294.1, 331.0
Parkinson	332	332
Emiplegia e altre paralisi	342, 344	342, 344
Ipertensione arteriosa		401-405
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412
Altre forme di cardiopatia ischemica		411, 413, 414
Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)		428
Forme e complicazioni mai definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Malattie vascolari	440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444), 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1-577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Artrite reumatoide	714	714



SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei

Referente obiettivo: Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali (dott.ssa Daniela Nizza)

INDICATORE	<p>Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / totale parti di donne (con nessun progresso cesareo) residenti della provincia.</p> <p>L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni della paziente.</p> <p>(SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO).</p>
VALORE OBIETTIVO	≤ 25%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2013 tra valore di partenza (anno 2012) e target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio al 30 novembre 2013 e valutazione finale al 31.12.2013
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	8



ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.2

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

- Definizione

Per struttura di ricovero: numero di tagli cesarei primari per 100 parti.

- Numeratore

Numero di parti cesarei primari.

- Denominatore

Numero totale di parti con nessun pregresso cesareo.

L'indicatore è costruito sui parti cesarei primari, definiti come cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo; la proporzione di parti con taglio cesareo primario è calcolata con la seguente formula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ parti cesarei primari}}{N^{\circ} \text{ parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$$

- Fonti informative

Le fonti dei dati sono il Sistema Informativo Ospedaliero (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2013 e il 31 dicembre 2013;
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutte le dimissioni delle donne che hanno partorito in un ospedale della regione tra il 1 gennaio 2013 e il 31 dicembre 2013 (DRG 370-375, o codici ICD-9-CM di diagnosi (principale o secondaria) V27.xx o 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, o codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99).

Criteri di esclusione

- tutte le dimissioni di donne con pregresso parto cesareo. L'informazione sul pregresso cesareo viene desunta dalla SDO [codice ICD-9-CM di diagnosi 654.2 nel ricovero per parto, codici di diagnosi 654.2 e di procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 nei ricoveri effettuati nei due anni precedenti];
- tutte le dimissioni di donne non residenti nella regione;
- tutte le donne di età inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni;
- tutte le dimissioni con diagnosi di nato morto. L'informazione sui nati morti viene desunta dalla SDO [codici ICD-9CM di diagnosi: 656.4 (morte intrauterina), V27.1 (parto semplice: nato morto), V27.4 (parto gemellare: entrambi nati morti), V27.7 (altro parto multiplo: tutti nati morti)].

Definizione dell'esito

L'esito è il parto cesareo, definito utilizzando l'informazione da SDO [DRG 370-371 o codici ICD-9-CM di diagnosi 669.7, o codici di procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99].

Identificazione di potenziali fattori di rischio per il cesareo

Tra i potenziali fattori di rischio per il cesareo, utilizzabili ai fini del *risk adjustment*, diverse variabili relative alla madre e, in alcuni casi, al feto, possono essere estratte dalla SDO materna.

Tra i potenziali fattori di rischio sono presi in considerazione:



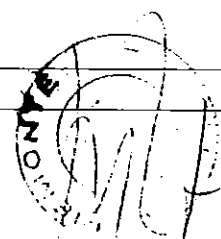
- caratteristiche sociodemografiche: età materna [classi di età: ≤17, 18-24, 25-28, 29-33 (riferimento), 34-38, ≥39], cittadinanza della madre [variabile da SDO].

Comorbidità della madre*/fattori relativi al feto derivabili dalla SDO materna

Vengono recuperate le informazioni delle diagnosi nel ricovero per parto e in tutti i precedenti ricoveri effettuati nei due anni precedenti.

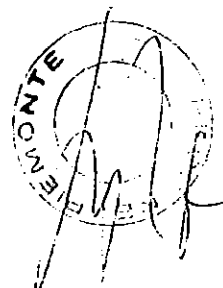
I codici ICD-9CM sono ricercati in diagnosi principale e in qualsiasi campo di diagnosi secondaria.

Fattore di rischio	Codice ICD-9-CM	
	Nel ricovero per parto	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0-208.9, V10	140.0-208.9, V10
Anemie	280-284, 285 (escluso 285.1), 648.2	280-284, 285 (escluso 285.1)
Difetti della coagulazione	286	286
Malattie cardiache	390-398, 410-429	390-398, 410-429
Malattie cardiovascolari in gravidanza	648.5, 648.6	
Anomalie congenite del cuore e del sistema circolatorio	745-747	745-747
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438
Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi	580-589	580-589
Malattia renale non specificata in gravidanza, senza menzione di ipertensione	646.2	
Malattie del collagene	710	710
HIV	042, 079.53, V08	042, 079.53, V08
Malattie della tiroide	240-246, 648.1	240-246
Diabete	250.0-250.9, 648.0	250.0-250.9
Iperensione arteriosa	401-405, 642.0-642.3, 642.9	401-405
Eclampsia/pre-eclampsia	642.4-642.7	
BPCO		491-492, 494, 496
Asma	493	493
Fibrosi cistica	277.0	277.0
Miscellanea malattie polmonari acute	480-487, 510-514	
Miscellanea pneumopatie croniche	500-508, 515-517	500-508, 515-517
Tubercolosi	010-018, 647.3	010-018
Herpes genitale	054.1	
Altre malattie veneree	077.98, 078.88, 079.88, 079.98, 090-099, 647.0-647.2	
Perdita ematica antepartum /abruptio placentae/placenta previa	641	
Disordini del fegato in gravidanza	646.7	
Patologia liquido amniotico/infezione cavità amniotica	657, 658.0, 658.4	
Rottura prematura delle membrane	658.1	
Prolasso del cordone ombelicale	663.0	
Posizione e presentazione anomale del feto	652	
Sproporzione /eccessivo sviluppo del	653, 656.60, 656.61, 656.63	



feto	
Anomalie fetali	655
Ritardo di crescita intrauterina	656.5, 764
Distress fetale	656.3, 768
Gravidanza multipla	651, V27.2 -V27.9, V31-V37, 761.5
Isoimmunizzazione Rh	656.1
Malattie della madre con ripercussioni sul feto o neonato	760.0, 760.1, 760.3
Abuso di sostanze	303-305; 648.3 (escluso 648.32 e 648.34)
Gravidanza a rischio	640, 644.0, V23.0, V23.2, V23.4, V23.5, V23.7, V23.8
Fecondazione assistita	V26

* Tra i fattori di rischio per il cesareo non viene presa in considerazione la distocia a causa della scarsa riproducibilità della definizione di questo fattore e perché questa diagnosi può riflettere giustificazioni successive dell'uso del cesareo.



SUB-OBIETTIVO 2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI

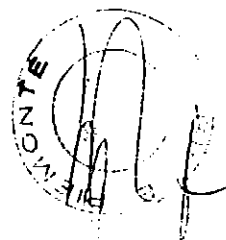
Referente obiettivo: Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali (dott.ssa Daniela Nizza)

La tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente stesso e pertanto deve essere fatta oggetto di monitoraggio.

Quale indicatore è stato individuato, in coerenza con i programmi nazionali di monitoraggio, la percentuale di P.T.C.A. effettuate nel giorno successivo (data) a quello del ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI (quindi entro un intervallo massimo ricovero/intervento di 0-1 giorno).

INDICATORE	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno* dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati su pazienti residenti della provincia. L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente. (SI ALLEGA, A SEGUIRE IL PRESENTE OBIETTIVO, IL PROTOCOLLO OPERATIVO DI RIFERIMENTO)
VALORE OBIETTIVO	≥ 75%
SCALA	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2013 tra valore di partenza (anno 2012) e target nazionale (valore obiettivo). Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitoraggio al 30 novembre 2013 e valutazione finale al 31.12.2013
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	8

*Si evidenzia che le linee guida internazionali, cui deve uniformarsi la pratica clinica corrente da parte degli operatori, prevedono l'esecuzione della procedura PTCA sui casi di IMA-STEMI entro 90 minuti. Per l'anno 2013 tuttavia si fa ricorso all'indicatore proxy *intervallo 0-1 giorno* in quanto il flusso informativo SDO non contiene informazione sul tempo espresso in minuti. A riguardo si farà riferimento al flusso RAD-ESITO, che viene individuato come sub- obiettivo nell'ambito dell'area flussi informativi, per i periodi successivi all'anno 2013, qualora lo stesso garantirà sufficienti caratteristiche di copertura e qualità.



ALLEGATO AL SUB-OBIETTIVO 2.3

PROPORZIONE DI STEMI (INFARTO MIOCARDICO SOPRASLIVELLAMENTO DEL TRATTO ST) TRATTATI CON ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA) ENTRO UN INTERVALLO TEMPORALE DI 0-1 GIORNO

- Definizione

Per struttura di ricovero o ASP di residenza: proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro un intervallo temporale di 0-1 giorno.

Si definisce episodio di STEMI un episodio di infarto miocardico acuto (IMA) in cui in nessun ricovero dell'episodio sia presente una diagnosi 410.7x (infarto subendocardico) o 410.9x (infarto a sede non specificata).

L'episodio di STEMI è costituito da tutti i ricoveri ospedalieri avvenuti entro 4 settimane dalla data di primo ricovero per STEMI (ricovero indice).

- Numeratore

Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA e in cui la differenza tra data della procedura e data di primo accesso risulta compresa tra 0 e 1 giorno.

- Denominatore

Numero di episodi di STEMI.

- Fonti informative

Le fonti dei dati sono le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Intervalli di osservazione

Possono essere distinti in:

- intervallo di reclutamento: 1 gennaio 2013 – 31 dicembre 2013;
- intervallo di ricostruzione della storia clinica: 2 anni precedenti a partire dalla data di primo accesso.

Selezione della coorte

Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri, in regime ordinario, avvenuti in strutture della regione Sicilia, con dimissione tra il 1 gennaio 2013 ed il 31 dicembre 2013, e con diagnosi principale di IMA (ICD-9-CM 410.xx) o con diagnosi principale di una condizione compatibile con la diagnosi di infarto ed IMA in secondaria.

Le diagnosi principali compatibili con la diagnosi di infarto, comprese complicanze legate a procedura, sono elencate nella tabella seguente:

Codice ICD-9-CM

411
413
414
423.0
426

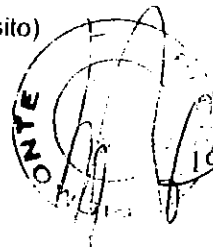
427, escluso 427.5

428
429.5
429.6
429.71
429.79
429.81
518.4

Condizione

Altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica
Angina pectoris
Altre forme di cardiopatia ischemica cronica
Emopericardio
Disturbi della conduzione

Aritmie cardiache
Insufficienza cardiaca (Scompenso cardiaco)
Rottura di corda tendinea
Rottura di muscolo papillare
Difetto settale acquisito
Altri postumi di IMA non classificati altrove (Trombo murale acquisito)
Altre alterazioni del muscolo papillare
Edema polmonare acuto, non specificato



518.81	Insufficienza respiratoria acuta
780.01	Coma
780.2	Sincope e collasso
785.51	Shock cardiogeno
799.1	Collasso respiratorio
997.02	Infarto o emorragia cerebrovascolare iatrogena (stroke postoperatorio)
998.2	Perforazione accidentale da catetere

Criteria consecutivi di esclusione

- 1) ricoveri di pazienti non residenti in Sicilia;
- 2) ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni;
- 3) ricoveri con degenza inferiore alle 48 ore e dimissione a domicilio o contro il parere del medico;
- 4) ricoveri preceduti, nelle 4 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi di IMA;
- 5) ricoveri per trasferimento da altra struttura
- 6) episodi di IMA in cui compaia una diagnosi 410.7x o 410.9x in almeno un ricovero dell'episodio.

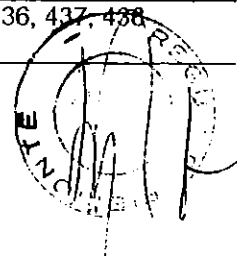
Definizione ed attribuzione dell'esito

L'esito è l'esecuzione della PTCA entro 48 ore dalla data di ammissione del ricovero indice (codici ICD-9-CM in qualsiasi campo di procedura: 00.66, 36.01, 36.02, 36.05, 36.06, 36.07). L'esito viene attribuito alla prima struttura a cui ha avuto accesso il paziente con IMA (struttura in cui è avvenuto il ricovero indice).

Identificazione e definizione delle patologie concomitanti "croniche" e di condizioni di rischio aggluntivo/fattori protettivi

I fattori utilizzati nella procedura di risk adjustment comprendono: il genere (utilizzato anche per l'analisi stratificata), l'età ed una serie di comorbidità (vedi elenco) ricercate nell'episodio di STEMI – e in tutti i precedenti ricoveri.

Condizione	Codice ICD-9-CM	
	Nell'episodio di IMA	Nei precedenti ricoveri
Tumori maligni	140.0-208.9, V10	140.0-208.9, V10
Diabete		250.0-250.9
Disturbi metabolismo lipidico		272
Obesità	278.0	278.0
Malattie ematologiche	280-285, 288, 289	280-285, 288, 289
Iperensione arteriosa		401-405
Infarto miocardico pregresso	412	410, 412
Altre forme di cardiopatia ischemica		411, 413, 414
Insufficienza cardiaca (Scopenso cardiaco)		428
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie		429
Cardiopatia reumatica	393-398	391, 393-398
Cardiomiopatie	425	425
Endocardite e miocardite acuta		421, 422
Altre condizioni cardiache	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0	745, V15.1, V42.2, V43.2, V43.3, V45.0
Disturbi della conduzione e aritmie		426, 427
Malattie cerebrovascolari	433, 437, 438	430-432, 433, 434, 436, 437, 438



Malattie vascolari	440-448 (escluso 441.1, 441.3, 441.5, 441.6, 444), 557.1	440-448, 557
Malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO)		491-492, 494, 496
Nefropatie croniche	582-583, 585-588	582-583, 585-588
Malattie croniche (fegato, pancreas, intestino)	571-572, 577.1-577.9, 555, 556	571-572, 577.1-577.9, 555, 556
Pregresso bypass aortocoronarico	V45.81	V45.81, 36.1
Pregressa angioplastica coronarica	V45.82	V45.82, 00.66, 36.0
Rivascolarizzazione cerebrovascolare		00.61, 00.62, 38.01, 38.02, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32
Altro intervento sul cuore		35, 37.0, 37.1, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6, 37.9
Altro intervento sui vasi		38-39.5, esclusi: 38.01, 38.02, 38.5, 38.11, 38.12, 38.31, 38.32, 38.93
Altro cateterismo venoso		
	38.93	

OBIETTIVO 3: GESTIONALI

DESCRIZIONE	Per l'anno 2013 gli obiettivi gestionali sono 4. Tali obiettivi fanno riferimento sostanzialmente ad azioni che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico per portare a regime nuove soluzioni su alcune aree prioritarie. Gli obiettivi sono: 3.1 - Riduzione della spesa farmaceutica territoriale 3.2 - Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera 3.3 - Messa a regime del flusso della spesa farmaceutica 3.4 - Riduzione degli acquisti in economia
PESO	36



SUB-OBIETTIVO 3.1: Riduzione della spesa farmaceutica territoriale

Referente obiettivo: Settore Farmaceutica ospedaliera e territoriale (dott.ssa Cristiana Pellegrini)

Il D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 07 agosto 2012, n. 135, ha fissato al 13,1% del FSN l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica territoriale; ha stabilito, altresì, che il suddetto onere per l'anno 2013 non può superare l'11,35% della spesa sanitaria complessiva.

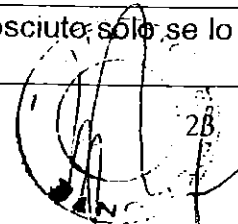
In Piemonte, in valore assoluto, la classe di farmaci "alto spendenti" che potrebbe far risparmiare maggiormente, risulta essere la Classe C10AA (Farmaci Inibitori della HMG CoA Reduttasi) con circa 16 mln di euro. Si tratta, sostanzialmente delle statine, utilizzate per il trattamento delle dislipidemie e delle iperlipemie. L'indicatore evidenzia come, l'uso appropriato del farmaco, unito ad un maggior utilizzo del farmaco generico, sia possibile realizzare tale economia.

Il recente "Monitoraggio dell'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera nelle Regioni in piano di rientro", elaborato dal Ministero della Salute, evidenzia come, in Piemonte, in valore assoluto, le classi di farmaci "alto spendenti", il cui utilizzo appropriato, unito alla maggiore prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto, potrebbe far risparmiare maggiormente, risultano essere:

- la Classe C10AA (Farmaci Inibitori della HMG CoA Reduttasi) con un gap, rispetto al valore atteso, di circa 16 mln di euro/anno;
- la Classe NO6AB (Farmaci inibitori selettivi della Serotonina – Ricaptazione) con un gap, rispetto al valore atteso, di circa 6 mln di euro/anno;
- la Classe NO6AX (Farmaci altri antidepressivi) con un gap, rispetto al valore atteso, di circa 4,5 mln di euro/anno.

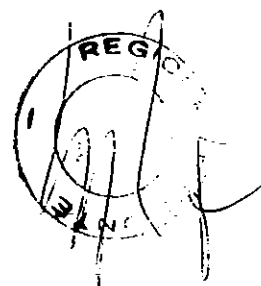
L'obiettivo è quello di ridurre la spesa, per tali Classi di farmaci, attraverso la corretta applicazione delle rispettive note AIFA che definiscono l'utilizzo del farmaco secondo linee di appropriatezza, con il miglior rapporto costo/terapia mensile.

INDICATORE	Incremento % DDD a brevetto scaduto sul totale DDD prescritte per a) STATINE E ANTIDEPRESSIVI b) ACE INIBITORI E SARTANI
VALORE OBIETTIVO	Indicatore a1) : DDD STATINE C10AA a brev. scaduto >= 71,4% DDD STATINE C10AA totali prescritte. Indicatore a2) : DDD ANTIDEPRESSIVI N06AB a brev. scaduto >= 75% DDD ANTIDEPRESSIVI N06AB totali prescritte. Indicatore a3) : DDD ANTIDEPRESSIVI N06AX a brev. scaduto >= 50% DDD ANTIDEPRESSIVI N06AX totali prescritte. Indicatore b1) : DDD ACE INIBITORI C09AA a brev. scaduto >= 99,0% DDD ACE INIBITORI C09AA totali prescritte. Indicatore b2) : DDD ACE INIBITORI ASSOCIATI C09BA a brev. scaduto >= 86,0% DDD ACE INIBITORI ASSOCIATI C09BA totali prescritte. Indicatore b3) : DDD SARTANI C09CA a brev. scaduto >= 74,0% DDD SARTANI C09CA totali prescritte. Indicatore b4) : DDD SARTANI ASSOCIATI A DIURETICI C09DA a brev. scaduto >= 60,0% DDD SARTANI ASSOCIATI A DIURETICI C09DA totali prescritte.
SCALA	Il livello di raggiungimento del sub-obiettivo è riconosciuto solo se lo stesso è raggiunto al 100%.



2B

TRACKING	Monitoraggio al 30 novembre 2013 e valutazione finale al 31.12.2013
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	14 – solo per ASL (2 per singola categoria ATC)



SUB-OBIETTIVO 3.2: Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera

Referente obiettivo: Settore Farmaceutica ospedaliera e territoriale (dott.ssa Cristiana Pellegrini)

Dall'analisi della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2011, rispetto al tetto del 2,4% del fabbisogno regionale complessivo, la Regione Piemonte presenta uno scostamento pari a 235 €/mln. Spesa 427 €/mln, pari al 5,6%, tetto a 192 €/mln. Prendendo in considerazione i consumi ospedalieri di farmaci per l'anno 2011 e rapportandoli alle giornate di degenza/accessi delle strutture pubbliche per l'anno 2010, la Regione Piemonte presenta un valore medio di spesa farmaceutica per giornata di degenza/accesso pari a 65,7 euro, superiore al valore medio nazionale di 51,8 euro;

Si ritiene che un andamento stabile della spesa farmaceutica ospedaliera possa essere conseguito solo attraverso un monitoraggio, assiduo e capillare, dell'appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza alla terapia. Questo comporta un atteggiamento culturale diverso, rispetto al passato, nel confronto del consumo di farmaci, orientando il monitoraggio alla misurazione della performance, intesa come valutazione dello scostamento della pratica terapeutica da quanto previsto dai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e dalle linee guida validate dalla letteratura scientifica.

Tali progetti-obiettivo, finalizzati ad un uso appropriato dei farmaci e alla sostenibilità economica del sistema, si affidano, per il loro sviluppo e la loro realizzazione, ad un'azione multidisciplinare, fortemente responsabilizzante gli attori, sostenuta, sostanzialmente, dalla rete culturale ed operativa delle professioni mediche e chirurgiche insieme alle Farmacie Ospedaliere.

Per il 2013, le iniziative sono centrate su tre aspetti specifici:

- l'ottimizzazione dell'utilizzo, attraverso il loro monitoraggio semestrale sia in termini di consumo sia di costo, di particolari farmaci quali: stimolanti l'eritropoiesi in oncologia e in nefrologia, fattori stimolanti la crescita della serie granulocitaria in oncologia, farmaci antiretrovirali, nuovi anticoagulanti orali farmaci per il trattamento della Sclerosi multipla, eparine BPM, biologici in Reumatologia, in Gastroenterologia e in Dermatologia, Emoderivati;

- il monitoraggio semestrale dell'appropriatezza d'uso delle immunoglobuline endovena (IG): monitoraggi costanti su consumi e spesa e rispetto da parte dei centri ospedalieri delle specifiche modalità prescrittive a suo tempo stabilite (D.D. n. 131 del 18/2/2011);

- il monitoraggio semestrale dei rimborsi AIFA : attività ex D.D. n. 165 del 1/3/2011. Sono rimborsi richiesti dalle ASR ad AIFA per i farmaci oncologici e oncoematologici ad alto costo soggetti a monitoraggio AIFA (cosiddetti rimborsi condizionati Cost-sharing, Risk-sharing e Payment by results).

Attraverso tali iniziative la Regione, per il triennio 2013-2015, si pone l'obiettivo di diminuire la spesa farmaceutica per giornata di degenza/accesso e di mantenere la spesa farmaceutica ospedaliera invariata nel 2013 relativo al 2012.

INDICATORE	Spesa farmaceutica ospedaliera (CO)
VALORE OBIETTIVO	0 % delta per il terzo trimestre 2013 e consuntivo 2013 sullo stesso periodo 2012

REG.
25

SCALA	Il livello di raggiungimento del sub-obiettivo è riconosciuto solo se lo stesso è raggiunto al 99 %.
TRACKING	Monitoraggio al 30 novembre 2013 e valutazione finale sul consuntivo 2013
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	6 per ASL - 20 per ASO



SUB-OBIETTIVO 3.3: Messa a regime dei flussi dell'Area Farmaceutica

Referente obiettivo: Settore Farmaceutica ospedaliera e territoriale (dott.ssa Cristiana Pellegrini)

Produzione e certificazione del prospetto di coerenza tra le risultanze dei flussi informativi relativi ai consumi dell'area farmaco (DD e CO; File-F) con i corrispondenti valori indicati nel CE III trimestre 2013.

La valutazione è operata attraverso l'indicatore che permetteranno di valutare il raggiungimento dell'obiettivo su due dimensioni: piena coerenza tra flusso informativo e CE nel 2013 e miglioramento relativo rispetto ai valori 2012.

INDICATORE	(Valore flusso DD + valore flusso CO) (Voce BA0030 "B.1.A.1.) prodotti farmaceutici ed emoderivati" Modello CE + Rimanenze iniziali Prodotti farmaceutici ed emoderivati di magazzino centrale – Rimanenze finali Prodotti farmaceutici ed emoderivati di magazzino centrale)
VALORE OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none">- Il valore obiettivo del prospetto di coerenza 2013 tra flusso informativo trasmesso e valori corrispettivi inseriti nel CE è pari al 100%.- Il miglioramento relativo tra il valore espresso nel prospetto di coerenza 2012 e il valore di coerenza 2013, deve essere uguale o superare la soglia minima del 90%.
SCALA	Il livello di raggiungimento è misurato per entrambi gli indicatori come segue: <ul style="list-style-type: none">- 50% riferito al raggiungimento del valore obiettivo di coerenza per il prospetto 2013 (SI/NO);- 50% riferito al miglioramento relativo tra il valore espresso nel prospetto di coerenza 2012 e il valore di coerenza 2013. Il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.
TRACKING	Monitotaggio al 30/11/2013 e valutazione finale al 31.12.2013
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	10

SUB-OBIETTIVO 3.4 Riduzione degli Acquisti in Economia**Referente obiettivo: Coordinamento Acquisti (dott.ssa Rita Benedetta Venezia)**

Corretta programmazione e miglioramento dei processi di pianificazione degli approvvigionamenti delle ASR (standardizzazione dei prodotti, razionalizzazione d'uso, analisi dei fabbisogni, allineamento dei prezzi, miglioramento del potere contrattuale). In particolare l'adozione e applicazione da parte delle ASR del Regolamento che disciplina il ricorso al sistema delle acquisizioni in economia di beni, servizi e lavori, e monitoraggio della relativa spesa sia in termini quantitativi che qualitativi, di cui alla nota prot. 16921/DB2014 del 10/07/2013.

INDICATORE	Riduzione degli acquisti in economia 2013 sul 2012
VALORE OBIETTIVO	Acquisti in economia meno del 5% sul totale degli acquisti o diminuzione dei volumi dei beni e servizi acquistati in economia con una riduzione di almeno il 5% confrontando il III trimestre 2012 con il III trimestre 2013.
SCALA	SI/NO (0-1) Il livello di raggiungimento del sub-obiettivo è riconosciuto solo se lo stesso è raggiunto per valore assoluto sul totale degli acquisti o se la riduzione degli acquisti in economia è superiore al 5% nel periodo valutato
TRACKING	Monitoraggio al 30 novembre 2013 e valutazione finale al 31.12.2013
PUNTEGGIO DELL'INDICATORE	6

A circular stamp with the word "REGISTRO" at the top and "1" at the bottom. A handwritten signature is written across the stamp.

Allegato B) Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.. Obiettivi 2013 dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo. Condizioni e criteri generali di valutazione

1.1 Condizioni e criteri generali di valutazione.

Alla valutazione complessivamente finalizzata al riconoscimento della quota economica integrativa gli obiettivi individuati concorrono nei diversi pesi specificati nell'Allegato A (fatte naturalmente salve le previsioni di cui agli artt. 3 bis comma 7 del D. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e 52 comma 4 lett. d della legge n. 289/2002, rispettivamente in materia di grave disavanzo della gestione e di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico, quale causa di decadenza del direttore generale e di conseguente risoluzione del contratto).

Allo scopo di garantire sostanziali miglioramenti gestionali, l'attribuzione della quota integrativa è condizionata al conseguimento di una percentuale non inferiore al 60% della scala di valutazione adottata.

La quota integrativa non verrà riconosciuta ai Direttori generali dichiarati decaduti dall'incarico dalla Giunta regionale per cause riconducibili, con riferimento all'annualità oggetto di valutazione, alle fattispecie di cui agli artt. 3 bis comma 7 del D. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e 52 comma 4 lett. d della legge n. 289/2002, nonché qualora, sempre in relazione al periodo considerato, emerga una valutazione negativa che, per una delle cause previste nel relativo contratto di prestazione d'opera intellettuale, determini la cessazione del rapporto.

L'assegnazione degli obiettivi ai Direttori sanitari ed amministrativi, nonché l'individuazione dei criteri di valutazione e di corresponsione della quota integrativa in favore degli stessi, dovrà armonizzarsi con il presente provvedimento e con le risultanze delle valutazioni che saranno deliberate dalla Giunta regionale, comunque condizionando l'attribuzione ad una percentuale non inferiore a 60 punti su 100 della scala di valutazione adottata.

Per quanto in particolare concerne l'ASL CN2, attesa la D.G.R. n. 24-5759 del 06 maggio 2013 di nomina dell'attuale Direttore generale ed il rimando, in ordine all'assegnazione degli obiettivi utili al riconoscimento della quota integrativa, a successivo provvedimento, il riconoscimento della quota medesima dovrà avvenire in misura proporzionale all'effettiva durata dell'incarico, non potendosi considerare valutabile, per le finalità di cui al presente provvedimento, il subentro nelle funzioni direttoriali vacanti da parte del medesimo soggetto per il periodo antecedente la nomina, ai sensi dell'art. 12, comma 5, della legge regionale n. 10/1995, in quanto non comportante una maggiorazione retributiva.

1.2. Modalità operative. Procedimento di valutazione.

Il raccordo del procedimento di valutazione è assicurato dal Settore Pianificazione e Assetto istituzionale del SSR della Direzione regionale Sanità, che ne disporrà l'avvio una volta acquisiti i riscontri documentali da parte delle ASR, i pareri prescritti nonché le valutazioni di diretta competenza delle strutture della stessa Direzione Sanità, nei modi e secondo le tempistiche di seguito specificate.

Entro il 30 aprile 2014 i Direttori generali invieranno alla Direzione regionale Sanità una relazione sul raggiungimento degli obiettivi assegnati.

La relazione dovrà essere inviata anche su supporto informatico al seguente indirizzo di posta elettronica: assettoistituzionale.sanita@regione.piemonte.it

Copia della relazione sarà inviata alle Conferenze dei Sindaci/Presidenti di circoscrizione di riferimento per l'espressione dei pareri di competenza, da rendersi entro il 30 giugno 2014. Sarà cura dei competenti uffici aziendali trasmettere copia dei pareri medesimi al Settore regionale incaricato del procedimento.

Le relazioni fatte pervenire dalle Aziende verranno, non appena disponibili, inoltrate dal Settore Pianificazione e Assetto istituzionale del SSR alle strutture assessorili competenti in ordine alle valutazioni, che dovranno essere rese entro il 28 novembre 2014.

Acquisite le valutazioni di cui sopra, il Settore Pianificazione e Assetto istituzionale del SSR darà avvio al procedimento per il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico, mediante l'analisi, il raccordo e l'elaborazione delle valutazioni ricevute e la disamina dei pareri prescritti; la predisposizione del provvedimento finale (deliberazione giunta di riconoscimento della quota integrativa a ciascun direttore generale) dovrà avere luogo entro 90 giorni dall'avvenuta, integrale acquisizione delle correlate valutazioni da parte delle strutture assessorili competenti.

Al termine del procedimento di valutazione, la quota percentuale del trattamento economico integrativo riconosciuta dalla Giunta regionale verrà comunicata con nota raccomandata RR alle direzioni generali aziendali.

Ai Direttori generali è consentito l'accesso agli atti di valutazione; trattandosi di valutazioni non comparative, di tipo non competitivo o selettivo, a garanzia della riservatezza l'accesso agli atti del procedimento, ai sensi degli artt. 22 della L. 07/08/1990 n. 241 e s.m.i. e 28 della L. r. 04/07/2005, n. 7, sarà limitato ai soli dati relativi agli istanti.