



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Linee di indirizzo regionali in applicazione dell'art. 9 del CCNL 3/11/2005 area dirigenza medico-veterinaria del SSN

Nel rispetto dell'autonomia contrattuale delle Aziende USL e Ospedaliere di seguito denominate Aziende, così come previsto dall'articolo 40 del D.Lgs. 165/2001, a seguito dell'atteso confronto con le OO.SS. della dirigenza medica e veterinaria firmatarie del CCNL 3/11/2005 e rappresentative in campo nazionale, la Regione Sardegna emana le seguenti linee guida di indirizzo in ottemperanza al contenuto dell'articolo 9 del CCNL medesimo.

A) Utilizzo delle risorse regionali di cui all'articolo 57

L'ammontare economico pari allo 0,32% del monte salari relativo all'anno 2001 risulta pari a € 834,300,00.

Ne deriva che ogni singola Azienda Sanitaria incrementa il valore economico del fondo per particolari condizioni di lavoro di cui all'articolo 55 del CCNL a far data dal 01/01/2003 per € 16,44 x 12 mesi e per ogni dirigente in servizio alla data del 31/12/2001, frazionandoli con le disposizioni di seguito indicate:

- a) 4,54 euro mensili x 12 mesi x ciascun dirigente in servizio al 31/12/2001 si costituiscono come ammontare economico da utilizzare per l'incremento delle indennità per turni notturni e festivi (articolo 51);
- b) 4,42 euro mensili x 12 mesi x ciascun dirigente in servizio al 31/12/2001 si costituiscono come ammontare economico da utilizzare per l'istituzione dell'indennità ufficiale di polizia giudiziaria (art. 52);
- c) 7,48 euro mensili x 12 mesi x ciascun dirigente in servizio al 31/12/2001 si costituiscono come ammontare economico da utilizzare per l'incremento del valore orario dello straordinario.

Ove nelle aziende ed enti non vi siano dirigenti medici e veterinari con la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria, l'incremento della lettera b) è destinato alla quota parte del fondo per il compenso del lavoro straordinario. Inoltre, ove la corresponsione dell'indennità di cui all'art. 52 non utilizzi completamente la risorsa derivata dalla lettera b) del presente punto, la parte rimanente è comunque destinata al fondo per le particolari condizioni di lavoro di cui all'art. 55 ed utilizzata, in via prioritaria, per la remunerazione delle ore di straordinario non liquidate negli anni precedenti per insufficienza del fondo, eventualmente non compensate da corrispondente riposo, nonché per la remunerazione del rimborso a tariffa ACI nell'ipotesi di utilizzo del mezzo proprio per ragioni di servizio.

I fondi di cui all'art. 55 comma 3 punto c) sono indisponibili per compensazioni interne fino alla

entrata in vigore del CCNL relativo al 2° biennio economico 2004/2005, quando la Regione e le OO.SS. mediche e veterinarie torneranno a incontrarsi per adeguare gli accordi alla nuova normativa.

Trattandosi di emolumenti di competenza degli anni 2003 – 2004 – 2005, le somme eventualmente non spese per il pagamento degli istituti previsti (art. 51 – art. 52 – straordinario) si costituiscono come ammontare residuo la cui finalizzazione nel fondo di risultato per l'anno successivo sarà regolata dal Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (CCIA).

B) Realizzazione della formazione manageriale e formazione continua, comprendente l'aggiornamento professionale e la formazione permanente

La Regione e le OO.SS. dell'area medica e veterinaria definiscono annualmente le risorse e le linee di indirizzo generali sui programmi di formazione per i dirigenti medici e veterinari che saranno organizzate dalle Aziende Sanitarie.

Ai fini della realizzazione del comma 3 dell'art. 23 del CCNL 3/11/2005 ed in particolare per consentire il numero di crediti minimo previsto dall'attuale legislazione per l'aggiornamento professionale dei dirigenti, le Aziende Sanitarie predispongono un piano per l'aggiornamento professionale dei dirigenti, prevedendo un impegno di risorse pari ad almeno l'1% del monte salari 2001 relativo all'area della dirigenza medico-veterinaria.

Tale fondo è utilizzato esclusivamente ed interamente per l'aggiornamento dei dirigenti appartenenti all'area medica e veterinaria ed eventuali avanzi confluiscono nel fondo per l'anno successivo ovvero utilizzati per pagare le spese di viaggio e soggiorno relative a corsi autorizzati extra regione.

Qualora i progetti comprendano figure professionali di aree differenti, questi saranno finanziati dai vari fondi di riferimento tenuto conto del numero dei partecipanti ovvero dei posti riservati alle singole categorie.

Nella programmazione delle attività formative le Aziende Sanitarie privilegiano le attività di formazione collettiva obbligatoria residenziale, favoriscono in particolare la formazione a carattere multidisciplinare e multiprofessionale coinvolgendo, sui contenuti tecnico-professionali e organizzativi specifici, le strutture organizzative aziendali nelle loro diverse componenti.

La contabilizzazione dei costi della formazione dovrà ricomprendere tutti gli oneri legati alla diretta attività di organizzazione e realizzazione della formazione dei dirigenti medici e veterinari.

Nella formulazione dei programmi di formazione dovrà tenersi conto delle proposte formative formulate dalle UU.OO. aziendali a supporto di processi di miglioramento organizzativo o prestazionale.

La direzione aziendale contratta con le OO.SS. ai sensi dell'art. 4 comma 2 lett. c) le ..." linee generali di indirizzo dei programmi annuali e pluriennali dell'attività di formazione manageriale e formazione continua comprendente l'aggiornamento e la formazione dei dirigenti, anche in relazione all'applicazione dell'art. 16 bis e segg. del d. lgs. 502 del 1992."

Le attività di supporto, monitoraggio e rendicontazione delle previsioni del programma annuale

per la formazione sono affidate all'ufficio di formazione aziendale. L'ufficio provvede altresì alla tenuta dell'anagrafe formativa individuale del personale.

Le direzioni delle Aziende Sanitarie promuovono annualmente il monitoraggio dei programmi di formazione in modalità paritetiche con le OO.SS anche al fine di trasmettere i risultati alla conferenza permanente di cui all'art. 6 comma 3 del CCNL 3/11/2005.

C) Metodologie di utilizzo da parte delle aziende ed enti di una quota dei minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica del personale

La Regione autorizza la definizione in un apposito fondo aziendale degli emolumenti derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica di personale.

Per riduzione stabile si intende la diminuzione del numero dei dirigenti derivante dalla riconversione o cancellazione di attività per effetto della revisione o ristrutturazione dei servizi a livello aziendale.

La determinazione della riduzione stabile della dotazione organica di personale deve essere definita dall'Azienda Sanitaria attraverso la consultazione delle OO.SS. facenti parte della delegazione trattante aziendale.

Per minori oneri devono intendersi esclusivamente quelli derivanti dall'assenza di spesa dello stipendio tabellare (anni 2002 e 2003) precedente al conglobamento previsto dal CCNL 3/11/2005, stante il ripristino nei fondi di provenienza delle quote destinate al conglobamento medesimo.

I minori oneri sono finalizzati:

- a) al finanziamento della retribuzione di posizione aggiuntiva aziendale;
- b) al finanziamento dell'aggiornamento professionale dei dirigenti come quota aggiuntiva rispetto al fondo aziendale previsto dal paragrafo B) delle linee guida presenti.

D) Modalità di incremento dei fondi in caso di aumento della dotazione organica del personale o dei servizi anche ad invarianza del numero complessivo di essa ai sensi dell'art. 53 del CCNL 8 giugno 2000

I fondi contrattuali a carattere economico sono quelli previsti dagli articoli 54, 55, 56 del CCNL 3/11/2005

La loro quantificazione economica ed il loro utilizzo è definito dal CCIA, in ottemperanza all'istituto delle relazioni sindacali previsto dai CC.CC.NN.LL..

Stante l'attuale valenza del contenuto dell'articolo 53 del CCNL 8/6/2000 che prevede l'implementazione del valore economico dei fondi citati in occasione dell'incremento della dotazione organica e della conseguente attribuzione dei relativi incarichi, la Regione consente alle Aziende di procedere all'incremento dell'ammontare economico dei relativi fondi in occasione di implementazione della dotazione organica e/o incremento delle strutture e conseguenti incarichi dirigenziali previsto dall'atto aziendale.

Tale incremento è determinato da almeno due fattori:

- a) l'aumento numerico dei dirigenti rispetto a quello preso a riferimento per la determinazione

- dei fondi contrattuali in applicazione del CCNL del 1996;
- b) l'aumento di strutture alle quali deve essere corrisposto un incarico secondo le modalità previste dal CCIA.

L'incremento economico di cui alla lettera a) ha riflesso su tutti e tre i fondi in questione, in modo proporzionale alla quota media assegnabile a ciascun dirigente.

L'incremento di cui alla lettera b) si desume dall'entità della struttura identificata e dal peso degli incarichi attribuiti. Esso opera esclusivamente all'interno del fondo di posizione e corrisponde alla differenza esistente tra l'importo economico eventualmente attribuito come minimo residuo e quello da attribuire.

E) Criteri generali dei sistemi e meccanismi di valutazione dei dirigenti medici e veterinari che devono essere adottati preventivamente dalle aziende, ai sensi dell'art. 25 comma 5

Ai fini di procedere alla valutazione dei dirigenti, sia dal punto di vista gestionale che professionale, la Regione individua nel sistema previsto dal CCNL 3/11/2005 articoli 25, 26, 27, 28 il riferimento normativo.

Dai contenuti degli articoli citati discendono i seguenti riferimenti per la valutazione; questi sono oggetto di trattativa decentrata e debbono essere improntati sulla trasparenza e sulla garanzia del coinvolgimento del dirigente valutato.

- a) L'Azienda si dota di regolamenti interni concertati con le OO.SS. che normano il sistema di valutazione dei dirigenti in ottemperanza agli articoli contrattuali, assicurando un adeguato equilibrio tra aspetti professionali e obiettivi assegnati;
- b) la valutazione di "prima istanza" si costituisce come momento di avvio del sistema di valutazione; dell'esito della stessa è informato il dirigente, il quale ha trenta giorni di tempo per esporre le proprie considerazioni al soggetto valutatore di prima istanza. Quest'ultimo procede alla valutazione finale e la inoltra al collegio tecnico;
- c) la valutazione avviene secondo quanto previsto dagli artt. 25 e 26 e dall'allegato n. 5 del CCNL 03/11/2005;
- d) solo nel caso di valutazione negativa il dirigente (con l'eventuale presenza di un esperto di parte) ha il diritto di procedere al contraddittorio con il soggetto valutatore secondo quanto stabilito dalla normativa contrattuale. Il regolamento interno all'Azienda Sanitaria garantisce tale diritto con modalità certa e trasparente;
- e) solo al termine del processo di valutazione il risultato comporta l'assunzione dei relativi provvedimenti previsti dal CCNL;
- f) in caso di valutazione positiva al dirigente viene applicato quanto previsto dall'art. 28 punto 2 lett. a), b), c) e punto 3);
- g) la composizione del collegio tecnico (di norma composto da tre persone di cui due esterne all'Azienda) deve prevedere, per la valutazione dei dirigenti del presente paragrafo, solo la partecipazione di dirigenti medici e veterinari dipendenti del SSN, assicurando il rispetto del principio di incompatibilità;
- h) nella valutazione il sistema deve rappresentare uno strumento coerente condiviso finalizzato alla valorizzazione e motivazione dei professionisti.

F) Criteri generali per sviluppare a livello aziendale un sistema di standard finalizzati all'individuazione dei volumi prestazionali riferiti all'impegno, anche temporale, richiesto nonché di monitoraggio delle prestazioni concordate e correlate al raggiungimento degli obiettivi, nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs 196 del 2003 in materia di protezione dei dati personali

L'utilizzo del dirigente medico deve avvenire nel rispetto dei contenuti degli articoli del CCNL 3/11/2005 in materia di orario di lavoro (artt. 14, 15, 16, 17, 18).

Nell'ambito dell'orario di lavoro istituzionalmente dovuto pari a 38 ore settimanali la Regione definisce nelle seguenti tipologie le modalità di utilizzo lavorativo del dirigente:

- a) attività istituzionali: sono quelle effettuabili all'interno dell'orario istituzionalmente dovuto, quali:
 - orario assistenziale (34 ore/settimana): è l'orario destinato a garantire le attività indicate all'art. 14 comma 1, concordate annualmente con le procedure di budget;
 - orario per attività non assistenziali (3,5-4 ore/settimana): è l'orario destinato all'aggiornamento professionale, all'ECM, alla ricerca finalizzata, alla didattica;
 - orario di cui all'art. 14, comma 5 (30 minuti decurtati dalle 4 ore per attività non assistenziali), destinato a richiesta dell'Azienda con le procedure di budget, all'abbattimento delle lista d'attesa o al perseguimento di altri obiettivi assistenziali e di prevenzione;
- b) attività straordinarie: sono quelle effettuabili esclusivamente in regime di PD lavorata o per eventi eccezionali nei quali si riconduce lo straordinario, il quale non deve essere utilizzato per la programmazione della normale attività (art. 16 del CCNL 3/11/2005);
- c) attività aggiuntive: sono quelle effettuabili secondo gli istituti contrattuali previsti dagli articoli 55, c. 2 del CCNL 8/6/2000, 18 del CCNL 3/11/2005, 14, c. 6 del CCNL 3/11/2005, ma anche quelle necessarie a fronteggiare emergenze sanitarie e riconosciute come tali dalla RAS.

A tale scopo la Regione individua il debito orario assistenziale di ciascun dirigente, così come risulta dalla tabella seguente:

Tabella calcolo del debito orario annuale assistenziale

Descrizione tipologia	ore	ore dedotte	Totale debito orario assistenziale
Orario contrattuale (38 ore X 52 settimane)	1976		1976
Ferie + festività soppresse (36 gg. X 6,33)		228	1748
4 ore settimanali per attività non assistenziali		208	1540

Ai fini della programmazione aziendale si terrà conto che dal debito orario sopra descritto vanno scomputate le giornate di congedo eventualmente spettanti e usufruite, relative a:

1. max 8 giorni di assenze retribuite pari a 50 ore annuali (congedo straordinario da utilizzare ove si presentino le condizioni);
2. 15 giorni di congedo radiologico pari a 94 ore annuali;
3. 8 giorni di congedo anestesilogico pari a 50 ore annuali.

Tale monte ore è utilizzabile come unità di misura:

- per la programmazione delle attività istituzionali;
- per il conseguente calcolo della dotazione organica necessaria per la loro effettuazione;

- per la definizione del piano di lavoro annuo della singola unità operativa;

e si costituisce come parte integrante della metodologia per la definizione del budget per l'anno di riferimento.

I direttori di struttura complessa, in applicazione dell'articolo 15 del CCNL 03/11/2005 e del comma 3 dell'articolo 8 CCNL Integrativo 10/02/2004, visto il loro ruolo organizzativo ed assistenziale integrativo, non devono essere inseriti nella programmazione delle attività assistenziali istituzionali e straordinarie.

Tale metodologia deve consentire di evidenziare l'attività del dirigente medico e veterinario espletata oltre l'orario contrattuale sopra identificato, al fine di innescare quei meccanismi di trattativa per l'inclusione dei dirigenti medesimi in attività libero professionali aziendali opportunamente finanziate da risorse extracontrattuali, la cui corresponsione economica verrà stabilita all'interno del CCIA o con accordi a valenza regionale.

Resta comunque definito nel numero di 48 ore settimanali il tetto massimo di utilizzo del dirigente per attività istituzionali, in sostanza definite dalla sommatoria delle attività di cui alle lettere a) + b) del presente articolo (D.Lgs. 66/2003 – art. 4, comma 2).

L' utilizzo dello straordinario per la copertura dei turni di guardia notturna o festivi è oggetto di specifica regolamentazione (vedi punto successivo relativo alla continuità assistenziale).

La necessità di utilizzare il dirigente al di sopra di tale monte orario innesca i meccanismi di trattativa per l'inclusione dei dirigenti medesimi in attività libero professionali aziendali opportunamente finanziata da risorse extracontrattuali, la cui corresponsione economica è stabilita all'interno del CCIA o con accordi a valenza regionale.

La Regione Sardegna interpreta il valore di € 60,00 previsto dal comma 6 dell'articolo 14 del CCNL 3/11/2005 come omogeneo su tutto il territorio regionale.

Spetterà alla direzione aziendale, di concerto con i direttori di unità operativa, il monitoraggio e la certificazione dei volumi prestazionali assicurati con le modalità previste dalle lettere a), b), c) del presente articolo.

A livello regionale viene ipotizzata l'istituzione di una commissione paritetica composta da rappresentanti delle Aziende, delle OO.SS. e dell'Assessorato per lo sviluppo di standard finalizzati alla individuazione dei volumi prestazionali in riferimento al monte orario disponibile. Nell'allegato 1 viene riportata una proposta di lavoro da presentare alla commissione sopra indicata.

G) Criteri generali per la razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale ed urgenza/emergenza al fine di favorire la loro valorizzazione economica secondo la disciplina del presente contratto, tenuto anche conto dell'art. 55, comma 2 del CCNL 8 giugno 2000 relativo alle tipologie di attività professionali ed ai suoi presupposti e condizioni

La Regione Sardegna considera la "continuità assistenziale" come valore e modello organizzativo per la garanzia di salute del cittadino.

Per "continuità assistenziale" si intende la capacità da parte dell'Azienda di assicurare cure primarie tempestive e di qualità per la durata dell'intero arco giornaliero.

Attraverso la metodologia prevista dall'articolo 14, comma 7 del CCNL 3/11/2005, le Aziende

individuano le tipologie di attività che debbono essere assicurate continuativamente per le 24 ore, tenendo conto di quanto previsto dall'articolo 16 e dall'allegato 2 del CCNL 3/11/2005 e dei criteri regionali di seguito previsti.

A tale proposito, la Regione Sardegna:

- a) individua nelle unità operative definite dall'allegato 2 del CCNL 3.11.2005 la necessità di procedere, laddove non ancora assicurato, alla continuità assistenziale per unità operativa, alla cui copertura partecipano, con equa turnazione, tutti i componenti della unità operativa, ad esclusione dei direttori di struttura complessa;
- b) individua nelle aree funzionali omogenee quelle:
 - insistenti nella stessa sede lavorativa;
 - raggruppabili per tipologia di specialità (ad esempio: area medica generale; area medica specialistica; area chirurgica generale; area chirurgica specialistica).In tali aree funzionali omogenee è indicata l'istituzione della continuità assistenziale attraverso la cosiddetta guardia interdivisionale o di dipartimento, alla cui copertura partecipano, con equa turnazione, tutti i componenti delle équipes afferenti, ad esclusione dei direttori di struttura complessa;
- c) i dirigenti medici di cui alla lettera a) non possono essere utilizzati per la copertura della continuità assistenziale di cui alla lettera b), e viceversa.

Il servizio di guardia per aree funzionali in ogni caso deve garantire la sicurezza del paziente e quindi la competenza del medico a risolvere le emergenze/urgenze più frequenti, tenendo conto di quanto disposto nell'allegato 2 del CCNL 3/11/2005.

L'articolazione dell'orario e dei piani per assicurare le emergenze è oggetto di concertazione con le OO.SS..

Si precisa che la tariffa pari a € 480,00 riportata nell'art. 18 del CCNL 3/11/2005 è applicata a turni di guardia notturna di 12 ore ciascuno.

A tutela della qualità dell'assistenza, la Regione si impegna a individuare ogni azione utile per favorire il superamento della pronta disponibilità sostitutiva della guardia.

1H) Applicazione dell'art. 17 del CCNL 10 febbraio 2004, diretto a regolare la mobilità in caso di eccedenza dei dirigenti nei processi di ristrutturazione aziendale attuati ai sensi del comma 4

La Regione, in ottemperanza ai contenuti contrattuali che regolano la mobilità interaziendale regionale, stabilisce che la dichiarazione di eccedenza dei dirigenti medici e veterinari avvenga da parte delle Aziende solo dopo aver espletato ogni utile e possibile tentativo di assegnazione dei dirigenti in posti disponibili all'interno delle aree della stessa dirigenza medica e veterinaria.

Presso l'ufficio regionale delle relazioni sindacali dovranno pervenire le dichiarazioni di eccedenza emesse dalle Aziende, con relativo elenco dei dirigenti interessati e la loro disciplina di appartenenza.

In accordo con le OO.SS. rappresentative e firmatarie dei CC.CC.NN.LL., la Regione avvierà i necessari procedimenti tesi alla identificazione dei posti regionali ricopribili dai dirigenti dichiarati in esubero, tenendo presente i predetti criteri:

- a) la disciplina di appartenenza;
- b) l'eventuale presenza di discipline equipollenti o affini.

L'eventuale individuazione di un posto ricopribile consente di procedere alla formale richiesta di disponibilità del dirigente interessato, il quale entro 30 giorni indica le relative preferenze e ne chiede le conseguenti assegnazioni.

I) Criteri generali per l'inserimento, nei regolamenti aziendali sulla libera professione di cui all'art. 4, comma 2 lett. g), di norme idonee a garantire che l'esercizio della libera professione sia modulato in modo coerente all'andamento delle liste di attesa

La Regione Sardegna individua nell'applicazione dell'istituto della libera professione (LP) previsto dagli artt. 54, 55, 56, 57, 58 e 59 del CCNL 8/6/2000 uno dei meccanismi per la riduzione delle liste di attesa.

L'analisi delle complesse cause che sottendono il fenomeno delle liste d'attesa e la loro conseguente regolamentazione è demandata ad un preciso tavolo di concertazione tra la Regione e le OO.SS. firmatarie del CCNL 3/11/2005.

La Regione emanerà linee guida sulla LP come previsto dalla normativa vigente in materia.

ALLEGATO 1:

Proposta di lavoro per la definizione degli standard prestazionali

Il problema degli standard prestazionali, in particolare della loro definizione quantitativa in riferimento a specifici elementi organizzativi, è ricorrente nei confronti tra Azienda e OO.SS. e di difficile soluzione. L'attuale fase di difficoltà finanziaria delle Aziende Sanitarie, la contrazione delle dotazioni organiche per il blocco del turn-over, il prolungamento dei tempi d'attesa impongono oramai una risposta chiara e condivisa sulla problematica dei cosiddetti "carichi di lavoro", per dare garanzie agli utenti, all'alta dirigenza aziendale ed anche ai dirigenti medici, sottoposti ad un rischio professionale crescente per una domanda di prestazioni in eccesso rispetto alle risorse a disposizione.

La parola standard indica quali e quante prestazioni l'U.O. deve garantire in rapporto alla complessità delle patologie trattate, alle tecniche medico-chirurgiche e alle tecnologie diagnostiche e terapeutiche utilizzate, alle risorse umane messe a disposizione e quindi ai tempi di lavoro.

E' uno degli argomenti principali nella trattativa del budget e rientra pertanto nell'autonomia aziendale. In sede regionale vanno comunque stabiliti una metodologia generale, degli indicatori ed un sistema di monitoraggio anche per permettere una corretta valutazione del problema delle liste di attesa, che non dipendono solo dalla capacità di erogazione delle prestazioni, ma anche dal costante aumento della domanda, peraltro non sempre appropriata come dimostrano molti studi scientifici.

Già in passato a livello regionale si cercò di determinare i "carichi di lavoro", ma non si riuscì a raggiungere risultati utili, verosimilmente per errori metodologici.

Nella determinazione dei "carichi di lavoro" appare opportuno rimanere aderenti alle realtà operative, sviluppando strumenti conoscitivi e di monitoraggio delle attività. Pertanto si propone il seguente metodo di lavoro:

1. Stabilire come indicatore per l'immediato la media del numero delle prestazioni, divise per tipologia, delle singole UU.OO. degli ultimi due anni (2004/2005);
2. monitorare trimestralmente le prestazioni effettuate dalle singole UU.OO. prendendo in considerazione anche la situazione del personale e delle attrezzature, compresi eventuali fermi delle attività per rottura e manutenzione delle stesse;
3. al termine del primo anno assumere come standard le prestazioni effettuate nell'anno precedente e cominciare ad elaborare degli indicatori, valutando in particolare le peculiarità delle strutture con numero di prestazioni molto difforni rispetto ad altre realtà regionali;
4. al termine del secondo anno si dovrebbe essere in grado di trovare un accordo al tavolo regionale per individuare degli standard basati non sul dato storico, ma sul lavoro effettivo che è un processo dinamico, che si modifica costantemente in base alle innovazioni tecniche e tecnologiche, per cui il monitoraggio dovrà continuare ed il tavolo non cesserà il suo lavoro;
5. per le radiologie riteniamo invece indispensabile l'applicazione in via sperimentale degli standard SAGO-SIRM da confrontare comunque con la media dell'ultimo biennio per giungere ad un giudizio ponderato sui volumi prestazionali da garantire in orario di servizio.