

Deliberazione della Giunta Regionale 5 agosto 2015, n. 12-2021

**Art. 3 bis, commi 5 ss. d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015.**

A relazione del Presidente Chiamparino:

Il D.lgs. n. 502/1992 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, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

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 annualmente 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.

Gli stessi contratti fanno salve le previsioni, in materia di decadenza automatica del direttore generale, di cui all'art. 52, comma 4 lett. d) della legge n. 289/2002 e s.m.i., per il caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda (da accertare in conformità alle disposizioni di cui all'art. 6, comma 2, dell'Intesa 23 marzo 2005).

Inoltre, nel più recente schema tipo di contratto di prestazione d'opera intellettuale dei direttori generali delle ASR, approvato con D.G.R. n. 11-1321 del 20.04.2015 è stato inserito, quale ulteriore ipotesi di decadenza automatica del direttore generale, il richiamo alle prescrizioni di cui al comma 7 bis dell'art. 3 bis del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. (comma aggiunto, a decorrere dal 1 gennaio 2015, dall'art. 1, comma 567 della legge n. 190/2014), a mente del quale "l'accertamento da parte della Regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta decadenza automatica dello stesso".

A fronte della scadenza dei mandati triennali a suo tempo conferiti, la Giunta regionale ha provveduto, con decorrenza dai mesi di maggio/giugno 2015, alla nomina di 16 nuovi direttori generali delle ASR (su un totale di 19 aziende sanitarie).

Non sono state interessate dal rinnovo dei vertici aziendali, in quanto i relativi incarichi direttoriali sono tuttora in corso, le direzioni generali dell'ASL CN2, dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e dell'AOU Maggiore della Carità di Novara.

Contestualmente alla nomina ai nuovi direttori generali sono stati assegnati, per le finalità di cui al comma 6 dell'art. 3 bis del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., gli obiettivi c.d. di mandato, dettagliati in ciascun provvedimento giuntale nonché in allegato ai rispettivi contratti di prestazione d'opera intellettuale.

Quanto sopra premesso, si rende ora necessario assegnare ai direttori generali delle ASR (compresi i direttori generali dell'ASL CN2, dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e dell'AOU Maggiore della Carità di Novara, i cui incarichi sono tuttora in corso), gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati, ai sensi delle disposizioni richiamate, all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico, nei limiti percentuali di cui al suddetto art. 1, comma 5, DPCM n. 502/1995 e s.m.i..

Gli obiettivi in parola sono dettagliati nell'Allegato A al presente provvedimento, a farne parte integrante e sostanziale, intitolato "Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015".

Analogamente a quanto stabilito per le annualità precedenti, è necessario sottolineare come l'attribuzione della quota integrativa non sia prevista qualora il direttore generale sia dichiarato decaduto 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.

Ai sensi del richiamato art. 3 bis, comma 7 bis, del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., inoltre, il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta decadenza automatica dello stesso.

Ai fini della valutazione, da parte della Regione, in ordine all'avvenuto conseguimento dei medesimi obiettivi, i singoli obiettivi individuati concorreranno al riconoscimento della quota economica integrativa nei diversi pesi specificati nel predetto allegato A, per un punteggio complessivamente pari a 100 punti, equivalente al riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico nella sua misura massima (20 per cento, ai sensi dell'art. 1, comma 5, del DPCM 502/1995 e s.m.i.) – fatta naturalmente salva l'eventuale sussistenza di alcuna delle condizioni ostative sopra richiamate.

Il punteggio complessivamente conseguito sarà dato dalla somma dei punteggi ottenuti in relazione al raggiungimento di ciascun obiettivo.

È necessario infine disporre che la positiva valutazione, da parte della Regione, in ordine all'avvenuto conseguimento degli obiettivi ne presupponga il complessivo raggiungimento nel rispetto della soglia minima del 60%.

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 adottate dalla Giunta regionale, comunque condizionando l'attribuzione, pro quota, del trattamento integrativo al conseguimento di una percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi considerati non inferiore al 60 per cento.

Il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico - nell'osservanza dei criteri e delle condizioni richiamate - sarà, come di consueto, dovuto ai direttori generali in misura proporzionale alla durata dell'incarico.

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 legge 27 dicembre 2002 n. 289, recante: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (Finanziaria 2003);
- la D.G.R. n. 11-1321 del 20.04.2015;

*delibera*

di assegnare ai direttori generali delle ASR, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 5, del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., e per le ragioni in premessa illustrate, che qui si intendono integralmente richiamate, gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati, nei limiti percentuali di cui all' art. 1, comma 5, DPCM n. 502/1995 e s.m.i., all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico;

di approvare pertanto l'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, titolato: “Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015”.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice civile.

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



## **ALLEGATO A**

**Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015.**

# Premessa

Ai fini del riconoscimento, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 5, del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., del trattamento economico integrativo ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali, il presente documento definisce gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, a valere per l'anno 2015, corredati dei necessari criteri di valutazione (in termini di punteggio per singolo obiettivo, dei relativi indicatori, del valore obiettivo, di definizione della scala di valutazione, del tracking e dell'eventuale fonte dati).

Il sistema obiettivi 2015, si colloca all'interno di una cornice istituzionale che vede la Regione Piemonte impegnata nella realizzazione degli impegni previsti per l'ultimo anno di vigenza del Programma Operativo 2013-2015 (di seguito P.O.) sviluppato per la prosecuzione del Piano di Rientro. Tale contesto ha portato la Regione a deliberare nell'ultimo anno una serie di atti programmatici, come previsto dal P.O. e in coerenza con il Patto per la Salute 2014-2016, che rivedono la programmazione di alcune delle principali componenti del Sistema Sanitario Regionale per realizzare una sempre maggiore qualità del servizio a fronte di un più efficace e più efficiente utilizzo delle risorse.

Gli obiettivi assegnati, in alcuni casi ripartiti in alcuni sub-obiettivi, sono suddivisi in 7 tipologie articolate come segue:

Obiettivo	Tipo	Articolazione	Peso
1	Adeguamento rete Ospedaliera/ Riqualificazione rete territoriale	1.1 Redazione Atto aziendale	5
		1.2 Riduzione di almeno 1/3 delle SC come previsto da DGR 1-600 e 1-924 e dagli atti aziendali	15
		1.3 Adeguamento n° pl SPDC alla normativa	10
		1.4 Centralizzazione chiamate di Continuità Assistenziale	5
2	Rete prestazioni ambulatoriali	Miglioramento tempi di attesa	15
3	Equilibrio Economico - Finanziario	3.1 Ricognizione contenzioso	5
		3.2 Rientro fondo riequilibrio	15
4	Empowerment	Progetto umanizzazione	5
5	Trapianti	Implementazioni indicazioni regionali per incremento donazioni	5
6 – SOLO ASL	Programma attività distrettuali	Redazione del Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) 2016-2017 in coerenza con i nuovi distretti previsti dall'atto aziendale	15
6 – SOLO ASO	Ricoveri per acuti	Miglioramento tempi di attesa	15
7	Programma Regionale Prevenzione	Implementazione dei tre programmi di screening oncologico	5
<b>Totale</b>			<b>100</b>

Al fine di garantire una programmazione uniforme sul territorio regionale è necessario che le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi siano condivise e coordinate in maniera continuativa tra tutte le Aziende afferenti alle singole aree omogenee di programmazione.

Analogamente a quanto stabilito per le annualità precedenti, l'attribuzione della quota integrativa non è prevista qualora il direttore generale sia dichiarato decaduto 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.

Si precisa inoltre che, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis, del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce, per il direttore generale, grave inadempimento contrattuale e comporta decadenza automatica dello stesso.

## **Criteria e Modalità di valutazione**

Al riconoscimento della quota economica integrativa i singoli obiettivi individuati concorrono nei diversi pesi specificati nel presente allegato, per un punteggio complessivamente pari a 100 punti, equivalente al riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico nella sua misura massima (20 per cento, ai sensi dell'art. 1, comma 5, del DPCM 502/1995 e s.m.i.) – fatta naturalmente salva l'eventuale sussistenza di alcuna delle condizioni ostative sopra richiamate.

Il punteggio complessivamente conseguito sarà così dato dalla somma dei punteggi ottenuti in relazione al raggiungimento di ciascun singolo obiettivo/sub-obiettivo e darà luogo ad un riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico in misura proporzionale a tale punteggio.

La positiva valutazione, da parte della Regione, in ordine all'avvenuto conseguimento degli obiettivi ne presuppone il complessivo raggiungimento entro la soglia minima del 60% (da ottenersi quale somma aritmetica dei punteggi ottenuti per ogni singolo obiettivo/sub-obiettivo).

Attesa l'ordinaria attività di vigilanza svolta dalla Regione sulle Aziende Sanitarie e l'attivazione di meccanismi di valutazione delle stesse (art.2 c.2 sexties lettera e, D.lgs 502/92 e smi) Il monitoraggio in ordine al raggiungimento degli obiettivi sarà periodico.

L'attività di monitoraggio si realizzerà attraverso una serie di incontri, per area omogenea, tra le Direzioni strategiche e gli uffici competenti dell'Assessorato alla Sanità con il supporto di Agenas, che utilizzerà anche le competenze di IRES e dell'advisor, con periodicità trimestrale. In tale sede le Direzioni presenteranno le azioni intraprese per raggiungere gli obiettivi assegnati, forniranno i dati intermedi di raggiungimento esplicitando la propria valutazione di raggiungibilità degli stessi ed eventuali cause ostacolanti.

Tali incontri sono previsti nei mesi di:

- Settembre 2015
- Dicembre 2015.

Gli specifici adempimenti e le correlate tempistiche di svolgimento del procedimento di valutazione degli obiettivi saranno fatti oggetto di successive indicazioni operative.

Successivamente, entro il 31 gennaio 2016, i direttori generali dovranno trasmettere un file contenente tutta la documentazione atta a comprovare il raggiungimento dei singoli obiettivi/sub-obiettivi, accompagnato da una sintetica relazione riepilogativa; tale documentazione dovrà essere trasmessa unicamente su supporto informatico al seguente indirizzo di posta elettronica: [assettoistituzionale.sanita@regione.piemonte.it](mailto:assettoistituzionale.sanita@regione.piemonte.it)

Il raccordo del procedimento di valutazione è assicurato dal Settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR della Direzione Regionale Sanità che sia in sede di monitoraggio, sia in sede di valutazione finale potrà chiedere integrazioni, chiarimenti e/o supporti documentali ulteriori rispetto a quelli eventualmente già inviati. Il Settore predetto disporrà l'avvio della valutazione 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.

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 aprile 2016. 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 Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR alle strutture assessorili competenti in ordine alle valutazioni, che dovranno essere rese entro il 30 giugno 2016.

Acquisite le valutazioni di cui sopra, il Settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane 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 giuntale 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 le quali avranno tempo 10 gg. per richiedere l'eventuale contraddittorio e per inoltrare la documentazione atta a dimostrare l'eventuale raggiungimento degli obiettivi assegnati; l'amministrazione Assessoriale dovrà dare risposta a tale richiesta entro i successivi 30 gg.

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 legge n. 241/1990 e s.m.i. e 25 della legge regionale n. 14/2014 sarà limitato ai soli dati relativi agli istanti.

Qualora il raggiungimento di alcuno degli obiettivi dovesse essere impedito, o per contro reso possibile, da cause od evenienze non direttamente imputabili alla responsabilità dei Direttori Generali, a seguito della necessaria certificazione documentale e della diretta verifica di tali circostanze, gli stessi obiettivi potranno essere ridefiniti, in corso d'anno, dalla competente Direzione Sanità, ovvero successivamente rimodulati o esclusi, in sede di valutazione/misurazione, con conseguente riparametrazione dei punteggi attribuiti agli altri obiettivi.

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 adottate dalla Giunta regionale, comunque condizionando l'attribuzione, pro quota, del trattamento integrativo al conseguimento di una percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi considerati non inferiore al 60 per cento.

Il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico - nell'osservanza dei criteri e delle condizioni di cui sopra - sarà, come di consueto, dovuto ai direttori generali in misura proporzionale alla durata dell'incarico.

Di seguito sono riportate le schede di dettaglio per ogni singolo obiettivo/sub-obiettivo.



## OBIETTIVO n. 1.1: Redazione Atto Aziendale

**Referente obiettivo: RESP. SETTORE SISTEMI ORGANIZZATIVI E RISORSE UMANE DEL SSR**

Per dare piena attuazione a quanto previsto dagli atti di programmazione regionale (DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015; 26-1353/2015) è necessario che le aziende procedano nel 2015 alla definizione del proprio assetto organizzativo attraverso l'adozione del nuovo Atto Aziendale.

**In particolare la DGR. 1-924/2015 esplicita, al punto 2 del cronoprogramma, che la Regione entro il 31.10.2015 dovrà procedere alla completa determinazione di Unità operative, Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali per ciascuna area omogenea, stabilimento e specialità.**

Pertanto l'obiettivo prevede l'inoltro alla Regione, nel rispetto della DGR 42-1921/2015 relativa alle Linee Guida per gli Atti Aziendali, di un'adeguata proposta di Atto Aziendale in linea con le indicazioni programmatiche delle succitate DD.GG.RR. 1-600/2014; 1-924/2015; 26-1353/2015.

<b>INDICATORE</b>	1. <b>Consegna della proposta di Atto Aziendale in linea con le previsioni di programmazione (DD.GG.RR. 1-600/2014; 1-924/2015; 26-1353/2015) entro il 21/09/2015</b>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	1. Atto Aziendale consegnato e valutato coerente con la programmazione entro le tempistiche previste.
<b>SCALA</b>	1. <b>SI/NO (0-1)</b>
<b>TRACKING</b>	1. 21/09/2015 consegna proposta Atto Aziendale 2. 16/10/2015 recepimento delle osservazioni poste dal procedimento istruttorio e invio definitivo in Assessorato. 3. 26/10/2015 Approvazione in Giunta dell'Atto Aziendale
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>5/100</b>
<b>NOTE</b>	

**OBIETTIVO n. 1.2: Riduzione delle SC come previsto dalle DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015**

**Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA/ RESP. SETTORE ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE**

Per dare piena attuazione a quanto previsto dagli atti di programmazione regionale (DD.GG.RR. 1-600/2014 e 1-924/2015; 26-1353/2015) è necessario che le aziende procedano nel 2015 alla definizione del proprio assetto organizzativo attraverso il progressivo avvicinamento agli obiettivi di riduzione delle Strutture operative complesse (di seguito SOC) per almeno un terzo di quanto previsto dalle succitate DD.GG.RR.

L'obiettivo in oggetto si configura dunque in due sub-obiettivi:

1. **Consegna del piano di riduzione delle SOC** (ospedaliere e non ospedaliere – amministrative e territoriali-) e dei relativi posti letto (Dgr. 1-600/2014 e s.m.i) in linea con l'Atto Aziendale. Il Piano, contenente la mappatura dell'esistente; le azioni; gli indicatori di monitoraggio; obiettivi target e cronoprogramma, deve prevedere la chiusura di almeno 50% delle SOC previste (ospedaliere e non ospedaliere – amministrative e territoriali-) entro il 1° maggio 2016 (per le ospedaliere occorre dare la precedenza a quelle di area chirurgica). L'adeguamento complessivo dell'ASR all'Atto Aziendale deve essere conseguito entro il 31 dicembre 2016.
2. **Piena disattivazione di almeno 1/3 delle SOC ospedaliere previste, attive al 31.12.2014** (come da dati caricati dalle Aziende nell'anagrafe strutture regionale ARPE, vedi tabella pagina seguente) dando precedenza a quelle di area chirurgica, con la relativa assegnazione/riassegnazione degli spazi, del relativo personale e indicazione del responsabile.

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Piano di riduzione consegnato e approvato dalla Direzione Sanità</b></li> <li>2. <b>Piena disattivazione di almeno 1/3 delle SOC ospedaliere rilevabile attraverso: (allegare tabella valore per Azienda)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Atti deliberativi aziendali – riassegnazione del personale; riorganizzazione degli spazi; indicazione della nuova destinazione del responsabile SC disattivata</li> <li>b. autocertificazione del Direttore Generale, redatta ai sensi di legge, e trasmessa per le opportune verifiche al il Collegio Sindacale.</li> </ol> </li> </ol> <p>Tali dichiarazioni saranno verificate nei mesi di gennaio e febbraio 2016 attraverso un piano di <i>on site visit</i> predisposto dall'Assessorato alla Sanità.</p>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100%</li> <li>2. 100%</li> </ol>
<b>SCALA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>SI/NO (0-1)</b></li> <li>2. <b>SI/NO (0-1)</b></li> </ol> <p>Il punteggio complessivo dell'obiettivo (15 punti) si compone di 5 punti per il primo indicatore e 10 per il secondo.</p>
<b>TRACKING</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 31/12/2015</li> <li>2. 31/12/2015</li> </ol>
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>15/100</b>
<b>NOTE</b>	

Tab ob. 1.2

<b>AZIENDA</b>	<b>Riduzione SC come da DGR 1-924</b>	<b>Riduzione prevista nel 2015 (1/3)</b>
ASL 201 - TO1	-6	-2
ASL 202 - TO2	-18	-6
ASL 203 - TO3	-16	-5
ASL 204 - TO4	-13	-4
ASL 205 - TO5	-9	-3
ASL 206 - VC	-10	-3
ASL 207 - BI	-7	-2
ASL 208 - NO	-5	-2
ASL 209 - VCO	-7	-2
ASL 210 - CN1	-21	-7
ASL 211 - CN2	-8	-3
ASL 212 - AT	-10	-3
ASL 213 - AL	-38	-13
Aso 904 - S.Luigi	-14	-5
Aso 905 - NO	-10	-3
Aso 906 - CN	-5	-2
Aso 907 - AL	-1	0
Aso 908 - Mauriziano	-2	-1
Aso 909 - Città della Salute	-56	-19

**OBIETTIVO n. 1.3: Potenziamento dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura****Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE**

A fronte della riorganizzazione in atto nell'area psichiatrica l'obiettivo prevede il potenziamento dell'offerta assistenziale per trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in condizioni di ricovero attraverso il raggiungimento dello standard di posti letto come previsto dal Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000" pari a 16 posti letto per le SPDC ospedaliere e territoriali presenti nei presidi ospedalieri sede di DEA.

Tale adeguamento deve essere effettuato entro il 31.12.2016.

A tal fine l'obiettivo in oggetto è articolato in due sub-obiettivi:

1. Per ciascuna Azienda (per Presidio) sede di DEA (cfr. tabella seguente come da dgr 1-600/ e s.m.i.), invio del Piano di Adeguamento presso l'Area referente dell'Assessorato alla Salute. Il Piano in oggetto deve prevedere al massimo 5 pagine contenenti: situazione di partenza; azioni; cronoprogramma di realizzazione, indicatori di monitoraggio e target di raggiungimento.
2. Realizzazione delle prime azioni, come da cronoprogramma, entro il 31.12.2015

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Redazione piano di adeguamento pl entro lo standard inviato in Assessorato entro il 30 settembre 2015</b></li><li>2. <b>Azioni implementate al 31/12/2015 come da cronoprogramma/azioni da implementare al 31/12/2015 come da cronoprogramma</b></li></ol>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Piano di adeguamento inviato e valutato positivamente dalla Regione</li><li>2. 100% delle azioni (previste entro il 31/12/2015) implementate.</li></ol>
<b>SCALA</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>SI/NO (0-1)</b></li><li>2. <b>SI/NO (0-1)</b></li></ol> <p>Il punteggio complessivo dell'obiettivo (15 punti) si compone di 5 punti per il primo indicatore e 10 per il secondo.</p>
<b>TRACKING</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 30/09/2015 - Consegna piano</li><li>2. 31/12/2015 – Completamento azioni 2015</li></ol>
<b>FONTE DATI</b>	<b>Documentazione prodotta dalle Aziende e HSP12</b>
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>10/100</b>
<b>NOTE</b>	

Tab ob. 1.3 – PL esistenti di codice 40 per ASR e Presidio

Area Omogenea	ASL	Presidio	Ruolo nella rete E/U	PL rilevazione regionale (cod. 40)	
<b>Torino - N</b>	TO2	San Giovanni Bosco	DEA II	14	
	TO2	Maria Vittoria	DEA I	13	
	TO4	Civile di Ivrea	DEA I	12	
	TO4	Civico - Chivasso	DEA I	4	
	TO4	Ciriè	DEA I	13	
<b>Torino S- O</b>		Mauriziano	DEA II	15	
		S. Luigi	DEA I	7	
	To3	Infermi- Rivoli	DEA I	10	
	To3	Agnelli – Pinerolo	DEA I	10	
	To1	Martini	DEA I	10	
		AOU Città della salute e della Scienza (Molinette)*	DEA II	14	
			DEA II	14	
			DEA II	6	
		To5	Ospedale Maggiore - Chieri	DEA I	0
		To5	Santa Croce - Moncalieri	DEA I	10
<b>Piemonte S-O</b>		AO Santa Croce – CN	DEA II	15	
	CN1	Mondovì	DEA I	12	
	CN1	Savigliano	DEA I	15	
	CN2	Alba	DEA I	9	
<b>Piemonte N-E</b>		AOU Maggiore della Carità - Novara	DEA II	14	
	NO	SS Trinità - Borgomanero	DEA I	12	
	BI	Ospedale degli Infermi	DEA I	13	
	VC	Ospedale S. Andrea	DEA I	11	
	VCO	Verbania/Domodossola	1 DEA I	12	
<b>Piemonte S-E</b>		AO S. Antonio, Biagio e Arrigo - AL	DEA II	10	
	AT	Cardinal Massaia	DEA I	14	
	AL	Casale	DEA I	9	
	AL	Novi S. Giacomo	DEA I	12	

\*Una delle tre strutture deve essere disattivata come da DGR 1-924/2015.

Da definirsi in sede di Atto Aziendale.

**SUB-OBIETTIVO n.1.4: Centralizzazione chiamate di C.A.****Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE**

Realizzazione delle attività propedeutiche all'attivazione del Numero Unico 116117 legato non soltanto alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale, ma anche all'implementazione dei servizi h 24 secondo i contenuti dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 e del Patto per la salute 2014-2016, DGR 1-600 del 19.11.2014 e DGR 26-1653 del 29.6.2015 con particolare riferimento alle funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.

Nello specifico il sub-obiettivo si articola nelle seguenti azioni:

- censimento delle risorse dedicate alla guardia medica (postazioni, punti di risposta con relativi numeri telefonici e dotazioni tecnologiche, numeri di medici dipendenti e convenzionati e personale infermieristico, tecnico e amministrativo dedicato) entro il 15.09.2015;
- completamento dell'iter amministrativo tecnologico ed organizzativo per la centralizzazione delle chiamate di Guardia Medica entro il 31.12.2015 e individuazione dei servizi disponibili H24 suscettibili di coordinamento telefonico-informatico da parte delle centrali di continuità assistenziale 116117 (obiettivo fortemente correlato alla attivazione della riorganizzazione distrettuale in AFT e UCCP);

<b>INDICATORE</b>	<b>1. Consegna entro il 21/09/2015 del censimento e valutazione positiva da parte della Regione del documento; 2. Accordo formale tra ASL/AO, sottoscritto da tutti i Direttori Generali del bacino, e validazione da parte della Regione entro il 31/12/2015.</b>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	1. documento valutato positivamente dalla Regione 2. accordo stipulato e validato dalla Regione
<b>SCALA</b>	<b>1. SI/NO (0-1) 2. SI/NO (0-1)</b> Il livello di raggiungimento dell'obiettivo (5 punti) è riconosciuto solo se tutte le due azioni sono state valutate positivamente.
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre</li><li>• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di dicembre</li></ul>
<b>FONTE DATI</b>	<b>Documentazione prodotta alle Aziende</b>
<b>PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO</b>	<b>5/100</b>
<b>NOTE</b>	<b>tutte le iniziative intraprese per la realizzazione di tali obiettivi devono rispondere a criteri di omogeneità e coerenza con il coordinamento dell'Assessorato alla Sanità.</b>

## OBIETTIVO n.2.1: Miglioramento dei tempi d'attesa

### Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA

Miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali di diagnostica strumentale, garantendo i tempi massimi d'attesa secondo i codici di priorità indicati sulla prescrizione medica.

Come richiamato nei programmi Operativi di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 (Azione 14.3.5) l'Atto di Intesa Stato-Regioni sul Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa per i triennio 2010-2012 stabilisce che per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa individuato (D.G.R. n. 2-2481 del 29 luglio 2011) dovrà essere garantito presso le strutture erogatrici al 90 % degli utenti per i quali i medici prescrittori hanno redatto specifica prescrizione ed indicato la relativa classe di priorità.

L'analisi della tempistica (biennio 2013-2014) con la quale le Aziende hanno garantito l'erogazione delle suddette prestazioni in rapporto alle singole classi di priorità ha evidenziato uno scostamento significativo in negativo rispetto all'obiettivo del 90 %.

Peraltro anche il monitoraggio regionale sull'attuazione della D.G.R. n. 15-7486 del 23/04/2014 relativa all'assistenza specialistica ambulatoriale, che ha come obiettivo un generale riordino organizzativo-gestionale per una maggiore efficienza nel rispetto della garanzia di LEA appropriati, ha confermato complessivamente le suddette criticità.

Ciò premesso si rende necessario che le ASR intervengano ulteriormente sulla propria organizzazione aziendale al fine di assicurare le prestazioni individuate entro gli standard stabiliti a livello regionale.

A tal fine si ritiene necessario individuare un obiettivo prioritario per le prestazioni che presentano particolari criticità rilevate utilizzando i seguenti criteri:

- tempi di attesa oltre standard regionale,
- prestazioni di largo consumo
- prestazioni per le quali sono stati definiti a livello regionale i criteri di priorità clinica per l'accesso (appropriatezza prescrittiva).

Le prestazioni individuate sono:

- **visite:**
  - cardiologia, gastroenterologia, urologia, oculistica, ortopedia, oncologia
- **diagnostica strumentale:**
  - ecografia addome (sup., infer., completo), colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, Eco TSA, Ecocardiografia, Elettromiografia, RMN, TAC.

Il livello di raggiungimento dell'obiettivo sarà misurato attraverso la metodologia del *mystery client*.

Nei mesi di novembre/dicembre 2015 l'Assessorato procederà a una serie di chiamate a campione ai CUP aziendali per provare a prenotare le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Per ogni Azienda saranno effettuati 20 tentativi di prenotazione. Il livello minimo atteso è di almeno 15 prenotazioni con disponibilità entro il tempo massimo di attesa individuato. Al di sotto di tale soglia l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.

Indicatore	<b>n° di prenotazioni con disponibilità entro il tempo massimo di attesa individuato/n° totale di tentativi di prenotazione.</b>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<b>≥ 90 %</b>

<b>SCALA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sotto il livello minimo atteso (15 prenotazioni con disponibilità entro tempo massimo) non sarà aggiudicato nessun punteggio.</li> <li>▪ 15/17 prenotazioni con disponibilità entro tempo massimo = 5 punti</li> <li>▪ <math>\geq 18</math> prenotazioni con disponibilità entro tempo massimo = 15 punti</li> </ul>
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre</li> <li>• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di dicembre</li> </ul>
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>15/100</b>
<b>FONTE</b>	Esito rilevazione a campione
<b>NOTE</b>	



## SUB-OBIETTIVO n.3.1: Ricognizione del contenzioso per la gestione del fondo rischi e oneri

**Referente obiettivo: RESP. SETTORE PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA**

La Regione Piemonte ha avviato la procedura amministrativo-contabile relativa all'avvio del processo di "Ricognizione del contenzioso per la gestione dei fondi rischi e oneri" in applicazione anche degli adempimenti previsti dal D.Lgs.118/2011. La procedura ha l'obiettivo di rilevare le informazioni fondamentali per verificare l'adeguatezza del valore del fondo rischi e oneri iscritto nello Stato Patrimoniale rispetto alle passività potenziali derivanti dai contenziosi. Infatti, come per le restanti voci che compongono il fondo rischi e oneri, tale fattispecie è caratterizzata da una componente di aleatorietà che le Aziende Sanitarie devono valutare per la contabilizzazione dei valori in Bilancio. Pertanto, l'obiettivo principale del presente documento è quello di fornire le indicazioni procedurali per pervenire alla rilevazione contabile dell'accantonamento, di competenza annuale, del rischio sui contenziosi e garantire la congruità del fondo rischi rispetto alle passività potenziali alle quali sono esposte le Aziende Sanitarie.

A tal fine si richiede:

- di monitorare la ricognizione come da procedura;
- di sviluppare, sulla base delle rilevanze della ricognizione, un piano di governo del contenzioso finalizzato a gestire proattivamente il contenzioso in essere, nonché promuovere azioni volte a prevenire e rimuovere le cause potenziali di nuovi contenziosi.

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Consegna entro il 21/09/2015 della ricognizione e valutazione positiva del documento da parte della Regione;</b></li> <li>2. <b>Consegna del piano di miglioramento entro il 01/12/2015 e valutazione positiva del documento da parte della Regione;</b></li> </ol>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Ricognizione consegnata nei termini e valutata positivamente dalla Regione</li> <li>4. Piano consegnato nei termini e valutato positivamente dalla Regione</li> </ol>
<b>SCALA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>SI/NO (0-1)</b></li> <li>2. <b>SI/NO (0-1)</b></li> </ol> <p>Ogni azione pesa metà del punteggio complessivo dell'obiettivo.</p>
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre</li> <li>• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di dicembre</li> </ul>
<b>FONTE DATI</b>	Documentazione prodotta alle Aziende
<b>PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO</b>	<b>5/100</b>
<b>NOTE</b>	<b>Tutte le iniziative intraprese per la realizzazione di tali obiettivi devono rispondere a criteri di omogeneità e coerenza con il coordinamento dell'Assessorato alla Sanità.</b>

## SUB-OBIETTIVO n.3.2: Rientro fondo di riequilibrio

### Referente obiettivo: RESP. SETTORE PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

In coerenza con l'obiettivo di mandato 4.b, la riduzione progressiva nel triennio della quota di FSR assegnata a titolo di riequilibrio programmato (inclusivo dalla quota premiale del 2014 e in applicazione dei criteri del riparto 2015), come previsto dalla DGR 38-812/2014 e aggiornato dalla DGR 16-1310/2015 integrato dal risultato economico del esercizio 2014, per l'anno 2015 è stabilita nella misura del 5%. Gli obiettivi di razionalizzazione, nei termini di efficienza, appropriatezza ed equità, dovranno essere preventivamente concordati con la Regione in sede di definizione degli accordi ai sensi del art. 8 quinquies, comma 2, del D.lgs. n.502/1992 e in sede di bilancio preventivo economico da predisporre ai sensi dell'art. 25 D. lgs. 118/2011. Le risorse che verranno liberate saranno finalizzate prevalentemente per investimenti e progetti di rilevanza strategica regionale e/o per area omogenea.

La quota, coerentemente con la programmazione sanitaria regionale, è ripartita per ciascun Azienda del SSR sulla base dell'obiettivo di equilibrio economico-finanziario che si ritiene necessario perseguire entro il 2016: almeno il 20 % della quota di riequilibrio programmata 2014 di cui, come sopra evidenziato, il 5% dovrà essere perseguito entro l'esercizio 2015. Per le Aziende in equilibrio economico finanziario, invece, si prevede di assegnare un contributo per programmi di sviluppo di rilevanza strategica regionale e/o per area omogenea pari alla riduzione di contributo applicata nell'esercizio 2014.

Nello specifico l'obiettivo si compone di:

1. Razionalizzazione della spesa SSR (costi/ricavi) per l'esercizio 2015 pari all'obiettivo di efficientamento come da tabella allegata nel rispetto degli obiettivi di risparmio stabiliti con l'Intesa del 2 luglio 2015 e s.m.i
2. Predisposizione, in linea con la DGR del riparto 2015, di un piano di efficientamento sanitario al fine di definire le azioni necessarie per perseguire la razionalizzazione della spesa 2016 coerentemente agli obiettivi di programmazione sanitaria.

Detto piano dovrà essere concordato preventivamente con la Regione entro il 20 novembre 2015.

Il piano dovrà essere dotato di cronoprogramma attuativo, con identificazione dei responsabili aziendali di attuazione e l'obiettivo prevede il perseguimento entro il 2016 degli obiettivi di razionalizzazione previsti.

<b>INDICATORE</b>	<b>1. Coerenza degli importi di disavanzo/avanzo economico concordato</b> <b>2. Predisposizione piano (secondo schema tipo regionale?) di efficientamento e approvato dalla Regione</b>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	1. Vedi tabella allegata, colonne H e I 2. Piano predisposto entro il 20 novembre 2015
<b>SCALA</b>	<b>1. SI/NO (0-1)</b> <b>2. SI/NO (0-1)</b> Il primo indicatore pesa 9 punti e il secondo 6 punti
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre</li><li>• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di dicembre</li></ul>
<b>FONTE DATI</b>	<b>1. CE consuntivo 2015</b>
<b>PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO</b>	<b>15/100</b>
<b>NOTE</b>	

Di seguito si riporta la tabella degli obiettivi di efficientamento 2015 e dei programmi di sviluppo per le Aziende che hanno presentato nell'esercizio 2014 un avanzo di gestione ante la riduzione del contributo applicata ai sensi dell'art. 30 D.Lgs 118/2011.

Tab ob. 3.2

	Quota FSR indistinta ripartita per riequilibrio programmato	Quote premiali 2014	Rimodulazione Quota FSR indistinta per applicazione art. 30 del D.Lgs 118/2011	Risultato Economico 2014	Rideterminazione per applicazione pesi OSMED per riparto farmaceutica territoriale	Disavanzo/Avanzo economico/finanziario 2014	Obiettivo di Efficiamento SSR 2016	Obiettivo di Efficiamento SSR 2015	Obiettivo di Efficiamento per DG 2015 (8/12 per i nuovi DG)	Quota FSR indistinta per programmi di sviluppo 2015
	A	B	C	D	E	F=A+B+C-D-E	G1=F*20%	G2=F*5%	H	I
ASL 201 - TO1	64.048.969	6.809.135	-8.000.000	1.137	4.349.117	58.507.850	11.701.570	2.925.393	1.950.262	0
ASL 202 - TO2	123.752.541	0	0	-5.663.218	-2.487.168	131.902.927	26.380.585	6.595.146	4.396.764	0
ASL 203 - TO3	29.299.076	3.114.826	0	0	-2.243.454	34.657.356	6.931.471	1.732.868	1.155.245	0
ASL 204 - TO4	60.719.169	6.455.140	-11.000.000	350.261	-2.182.937	58.006.984	11.601.397	2.900.349	1.933.566	0
ASL 205 - TO5	17.994.104	0	-12.000.000	0	-3.079.282	9.073.386	1.814.677	453.669	302.446	0
ASL 206 - VC	29.084.903	1.359.014	-500.000	0	1.971.490	27.972.427	5.594.485	1.398.621	932.414	0
ASL 207 - BI	21.176.599	0	0	-1.970.509	2.343.465	20.803.643	4.160.729	1.040.182	693.455	0
ASL 208 - NO	4.026.599	0	-7.500.000	0	-3.418.111	-55.290	Mantenimento spesa			55.290
ASL 209 - VCO	33.359.846	0	-3.000.000	0	1.046.981	29.312.866	5.862.573	1.465.643	977.096	0
ASL 210 - CN1	13.087.250	41.650	-1.700.000	0	-2.477.675	13.906.575	2.781.315	695.329	463.553	0
ASL 211 - CN2	0	0	-1.300.000	43.170	-1.158.067	-185.103	Mantenimento spesa			185.103
ASL 212 - AT	24.619.939	1.371.031	-1.500.000	268	958.253	23.532.450	4.706.490	1.176.622	784.415	0
ASL 213 - AL	58.053.583	3.516.893	0	-3.901.483	6.377.389	59.094.570	11.818.914	2.954.729	1.969.819	0
									0	
TOTALE ASL	<b>479.222.578</b>	<b>22.667.690</b>	<b>-46.500.000</b>	<b>11.152.000</b>	<b>0</b>	<b>466.530.642</b>	<b>93.354.207</b>	<b>23.338.552</b>	<b>15.559.034</b>	<b>240.393</b>
									0	
Aso 904 - S.Luigi	5.853.067	0		10.147.373		16.000.440	3.200.088	800.022	533.348	0
Aso 905 - NO	573.384	0		12.852.881		13.426.265	2.685.253	671.313	671.313	0
Aso 906 - CN	10.616.496	1.128.655		-5.618.677		17.363.827	3.472.765	868.191	578.794	0
Aso 907 - AL	15.842.087	0		-5.736.529		21.578.616	4.315.723	1.078.931	719.287	0
Aso 908 - Mauriziano	15.104.408	0		-8.431.519		23.535.927	4.707.185	1.176.796	784.531	0
ASO 909 - Città della Salute	167.161.580	0		30.648.398		197.809.978	39.561.996	9.890.499	9.890.499	0
									-	
TOTALE ASO	<b>215.151.023</b>	<b>1.128.655</b>		<b>73.431.000</b>		<b>289.715.054</b>	<b>57.943.011</b>	<b>14.485.753</b>	<b>9.657.168</b>	<b>0</b>
									0	
TOTALE ASR	<b>694.373.601</b>	<b>23.796.344</b>	<b>-46.500.000</b>	<b>84.583.000</b>		<b>756.245.696</b>	<b>151.297.218</b>	<b>37.824.304</b>	<b>25.216.203</b>	<b>240.393</b>

## OBIETTIVO n.4: Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali

### Referente obiettivo: DIREZIONE SANITÀ

Il PSSR 2012-2015, approvato con DCR n. 167-14087 del 3 aprile 2012, prevede l'adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di *empowerment*, attraverso il rafforzamento delle sue tre componenti fondamentali: il "controllo", riferito alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria esistenza; la "consapevolezza critica", consistente nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate; la "partecipazione", attinente all'operare insieme agli altri per ottenere risultati desiderati e condivisi.

In coerenza con il PSSR 2012-2015 - negli ultimi anni, la Regione Piemonte ha contribuito al programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da AGENAS - attraverso la partecipazione a due progetti di ricerca finanziati dal Ministero della Salute nell'ambito dei Programmi di Ricerca Corrente 2010 (RC 2010 Progetto Sperimentazione e trasferimento di modelli di *empowerment* organizzativo per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari) e 2012 (RC 2012 Progetto La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino).

Scopo di detti progetti è la valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino attraverso la realizzazione di un'indagine sulla qualità dell'assistenza ospedaliera secondo i principi dell'*empowerment* e dell'umanizzazione. Nell'ambito dei presidi individuati, *équipes* miste formate da rappresentanti dei cittadini e operatori aziendali, formati nell'ambito del progetto e coordinati da referenti delle Aziende Sanitarie, hanno partecipato ad attività di valutazione della qualità dei servizi sanitari, utilizzando strumenti (questionario) e metodi predisposti da AGENAS e dall' Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva.

Al progetto di ricerca corrente 2010 - in occasione del quale è stata definita e sperimentata la metodologia di valutazione partecipata in 16 Regioni e Province Autonome su 54 strutture di ricovero e cura - la Regione Piemonte ha partecipato con le 2 strutture di seguito indicate:

- Presidio Molinette dell'AOU S. Giovanni Battista di Torino (ora AOU Città della Salute e della Scienza);
- Presidio San Giovanni Bosco della ASL TO 2.

Al progetto di ricerca corrente 2012 - nell'ambito del quale sono stati implementati i metodi e strumenti precedentemente sperimentati per realizzare la prima rilevazione nazionale sul grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere in tutte le Regioni e PA su 287 stabilimenti di cura - la Regione ha partecipato con 13 strutture appartenenti a 8 ASR e ad un presidio ex art. 43 L. 833/78 (cfr. tabella 1).

Tabella 1. Strutture in cui è stata realizzata la valutazione partecipata della qualità (2013-2014).

DENOMINAZIONE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA INTERNA
ASL TO2	OSPEDALE MARIA VITTORIA
ASLTO2	OSPEDALE AMEDEO DI SAVOIA
AO MAURIZIANO	PRESIDIO UMBERTO I
ASL TO3	OSPEDALE CIVILE "E. AGNELLI"
ASL BI	OSPEDALE DEGLI INFERMI DI BIELLA
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA	OSP. OSTETR. GINECOLOG. SANT'ANNA
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA	OSP. INFANT. REGINA MARGHERITA
AZIENDA OSPED. NOVARA E GALLIATE	OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'
AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	OSPEDALE SANTA CROCE
AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO	OSP.CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO
AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO	OSP. INFANTILE C. ARRIGO
PRESIDIO EX ART 43	GRADENIGO

Per l'anno 2015 si prevede di completare il processo di valutazione partecipata del grado di umanizzazione nell'ambito di tutte le rimanenti strutture ospedaliere delle ASR con un numero di p.l. superiore a 120 – 19 presidi ospedalieri all'interno di 11 ASR (cfr. tabella 2).

Si prevede altresì, per i presidi già sottoposti a valutazione nelle annualità precedenti, che le ASR dovranno provvedere alla predisposizione, attraverso le equipe territoriali già individuate in sede di attuazione del progetto di valutazione, delle azioni correttive - azioni sistematiche per prevenire il ripetersi delle non conformità - a breve, medio e lungo termine - tenuto conto del grado di urgenza e delle risorse necessarie ad eliminare le non conformità dandovi altresì attuazione nei tempi previsti.

Le attività di coordinamento a livello regionale delle equipe territoriali nonché la valutazione ed il monitoraggio delle azioni di miglioramento saranno realizzate dalla Cabina di regia regionale costituita con D.D. n. 206/DB2000 del 21.03.2014.

Tabella 2. Strutture in cui è prevista la valutazione partecipata della qualità (2015).

DENOMINAZIONE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA INTERNA
ASL TO1	OSPEDALE MARTINI
ASL TO3	OSPEDALE DEGLI INFERMI
ASL TO4	OSPEDALE CIVICO DI CHIVASSO
ASL TO4	PRESIDI OSPEDALIERI RIUNITI SEDE DI CIRIE'
ASL TO4	OSPEDALE CIVILE DI IVREA
ASL TO4	OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'
ASL TO5	OSPEDALE MAGGIORE
ASL TO5	OSPEDALE SANTA CROCE
ASL VC	OSPEDALE SANT'ANDREA
ASL NO	ISTITUTO S.S. TRINITA - BORGOMANER
ASL VCO	OSPEDALE SAN BIAGIO
ASL CN1	OSPEDALE DI MONDOVI'
ASL CN1	OSP. MAGGIORE SS. ANNUNZIATA SAVIGLIANO
ASL CN2	OSPEDALE SAN LAZZARO - ALBA
ASL AT	PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA
ASL AL	OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE
ASL AL	OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA
ASL AL	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI	S. LUIGI

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Realizzazione della valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero dell'Azienda con un numero di p.l. superiore a 120, utilizzando la metodologia del progetto Agenas "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino"</b></li> <li><b>Realizzazione del Piano di miglioramento rispetto alle criticità rilevate nelle strutture che hanno già realizzato la valutazione partecipata nel corso della RC 2010 e RC 2012.</b></li> </ol>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<p>L'obiettivo è raggiunto se, per l'anno 2015, viene certificato che le ASR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>per i presidi non ancora sottoposti a valutazione, hanno realizzato, attraverso le equipe miste operatori sanitari- volontari appositamente formati sul progetto, le attività di valutazione della qualità dei servizi sanitari, utilizzando strumenti (questionario) e metodi predisposti da AGENAS e dall' Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>per i presidi già sottoposti a valutazione nelle annualità precedenti</u> hanno prodotto la delibera del Direttore Generale di adozione del piano con evidenza dell'avvenuta discussione e condivisione da parte del Collegio di Direzione</li> </ul>
<b>SCALA</b>	<b>SI/NO (0-1)</b>
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre</li> </ul>
<b>FONTE DATI</b>	<b>Documentazione prodotta alle Aziende</b>
<b>PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO</b>	<b>5/100</b>
<b>NOTE</b>	

## OBIETTIVO n.5: Incremento donazioni d'organo

**Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA**

Piena attuazione, attraverso il Coordinamento Ospedaliero, dei parametri fissati dal Coordinamento Regionale delle donazioni e dei Prelievi di organi e tessuti finalizzati ad incrementare nel secondo semestre 2015 il numero di donatori di organi e tessuti rispetto al primo semestre.

In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2015 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:

1. valutazione della incidenza della morte encefalica nei reparti di rianimazione dei Coordinamenti Ospedalieri rispetto al numero dei decessi dei soggetti ricoverati con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la stessa (BDI =Brain Death Index).
  - a. Almeno il 40 % per gli ospedali con neurochirurgia;
  - b. Tra il 20 e il 40 % per gli ospedali senza neurochirurgia;la valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per le rianimazioni con meno di tre diagnosi di ingresso compatibile all'anno;
2. esecuzione del prelievo di cornee in almeno il 2% (maggiore o uguale) del totale dei decessi ospedalieri;

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. n° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione/n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica</li><li>2. n° esecuzioni prelievo di cornea effettuate nel 2015/ totale decessi ospedalieri del 2014</li></ol>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Vedi tabelle pagine seguenti</li></ol>
<b>SCALA</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Il raggiungimento dell'sub-obiettivo sarà riconosciuto:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Per gli ospedali con neurochirurgia: <b>SI/NO (0-1)</b></li><li>b. Per gli ospedali senza neurochirurgia: proporzionalmente al valore prodotto nel II sem.2015 tra valore di partenza (20) e valore obiettivo (40). 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.</li></ol></li><li>2. <b>SI/NO (0-1)</b></li></ol> <p>Ogni azione pesa, rispetto ai 5 punti dell'obiettivo, rispettivamente il:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 65%.</li><li>2. 35%</li></ol>
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre</li></ul>
<b>FONTE DATI</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. report CRT annuale</li></ol>
<b>PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO</b>	<b>5/100</b>
<b>NOTE</b>	

Tab ob. 5

		1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI %)		Decessi 2014	2. Donatori Cornee (2% dei decessi ospedalieri registrati nel 2014)	
		1° Semestre 2015	2° Semestre 2015		1° Semestre 2015	2° Semestre 2015
ASL	Denominazione presidio	Osservato	Atteso		Osservato	Atteso
TO 1	OSPEDALE MARTINI	43	20-40	681	8	6
TO 2	OSPEDALE MARIA VITTORIA	0	20-40	599	2	10
TO 2	TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	60	> 40	824	16	0
TO 3	OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"	50	20-40	492	3	7
TO 3	OSPEDALE DEGLI INFERMI	75	20-40	664	2	11
TO 4	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	50	20-40	741	5	10
TO 4	OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	0	20-40	604	3	9
TO 4	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	0	20-40	491	2	8
TO 5	OSPEDALE MAGGIORE	0	20-40	428	3	6
TO 5	OSPEDALE SANTA CROCE	0	20-40	386	0	8
VC	OSPEDALE SANT'ANDREA	25	20-40	754	14	1
BI	OSP.DEGLI INFERMI DI BIELLA	0	20-40	683	5	9
NO	ISTITUTO S.S. TRINITA - BORGOMANERO	33	20-40	370	1	6
VCO	OSPEDALE SAN BIAGIO	14	20-40	196	0	4
VCO	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	40	20-40	182	0	4
CN1	OSPEDALE DI MONDOVI' CN1	100	20-40	244	5	0
CN1	OSP. MAGGIORE SS. ANNUNZIATA SAVIGLIANO CN1	100	20-40	289	4	2
CN2	OSPEDALE SAN LAZZARO - ALBA	100	20-40	326	7	0
AT	PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	67	20-40	1111	4	18
AL	OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	50	20-40	616	5	7
AL	OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	43	20-40	367	2	5
AL	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	100	20-40	425	1	8
AL	OSPEDALE CIVILE ACQUI	50	20-40	310	4	2

BDI: morti encefaliche segnalate /decessi con diagnosi di ingresso compatibili con la morte encefalica



		1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI %)			2. Donatori Cornee (2% dei decessi ospedalieri registrati nel 2014)	
		1° Semestre 2015	2° Semestre 2015	Decessi 2014	1° Semestre 2015	2° Semestre 2015
ASO	Denominazione presidio	Osservato	Atteso		Osservato	Atteso
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	75	> 40	161	4	0
	OSP. INFANT. REGINA MARGHERITA	100	> 40	41	0	1
	OSP.S. GIOV.BATTISTA MOLINETTE	61	> 40	1330	43	0
	OSPEDALE S.ANNA	0	20-40	21	0	0
AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	OSP.CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO	100	> 40	821	20	0
A.O. ORDINE MAURIZIANO	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	0	20-40	697	9	5
AO S. CROCE E CARLE	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	29	> 40	513	2	8
AOU S. LUIGI GONZAGA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI	0	20-40	1245	5	20
AOU MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA	OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	36	> 40	896	13	5

BDI: morti encefaliche segnalate /decessi con diagnosi di ingresso compatibili con la morte encefalica

**OBIETTIVO n.6 – solo ASL: Programma attività territoriali****Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE**

Come indicato dalla DGR 26-1653, paragrafo 1.9, il Distretto deve definire il Programma delle attività territoriali-distrettuali ( di seguito PAT).

Il PAT, definito sulla base di uno schema-tipo regionale, individua gli obiettivi da perseguire, in coerenza con la programmazione regionale e in attuazione delle strategie aziendali, come definite nei relativi atti di programmazione e sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, definendo le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate.

Tale Programma, adottato in coerenza con gli strumenti di programmazione socio-sanitaria locale previsti dalla L.R. n. 18/2007, ha durata coincidente con quella del P.S.S.R. e comunque non inferiore ad un triennio; è aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio ed è redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i.

A livello Aziendale i PAT predisposti dai singoli Distretti dovranno essere integrati in un unico documento che, convenzionalmente, sarà definito PAT Aziendale.

In fase di prima attuazione del presente provvedimento il PAT Aziendale dovrà essere adottato entro il 31.12.2015 e dovrà definire gli obiettivi e le relative attività dell'anno 2016. Contestualmente all'adozione del bilancio aziendale, il PAT verrà aggiornato ed integrato con la programmazione triennale.

<b>INDICATORE</b>	<b>1. Adozione del piano valutato positivamente dalla Regione, con delibera del Direttore Generale, entro il 31/12/2015</b>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	1. Piano adottato, con delibera del Direttore Generale, entro il 31/12/2015
<b>SCALA</b>	<b>SI/NO (0-1)</b>
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 15/09/2015 consegna alle Aziende dello schema tipo regionale</li><li>• 15/11/2015 consegna in Regione del PAT Aziendale</li><li>• 15/12/2015 validazione PAT da parte della Regione</li><li>• 31/12/2015 adozione del PAT</li></ul>
<b>FONTE DATI</b>	<b>Documentazione prodotta alle Aziende</b>
<b>PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO</b>	<b>15/100</b>
<b>NOTE</b>	

## OBIETTIVO n.6 – solo ASO: Tempi di attesa - ricoveri

### Referente obiettivo: RESP. SETTORE ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA

Per le Aziende ospedaliere al fine di migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codici di priorità A (max 30gg) e B (max 60gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNGLA, si definisce l'obiettivo di rispetto per almeno il 90 % dei casi del tempo massimo previsto dal codice.

Di seguito si elencano gli interventi oggetto di monitoraggio:

- Angioplastica coronarica
- Endoarteriectomia carotidea
- Interventi chirurgici tumore colon retto
- Interventi chirurgici tumore mammella
- Interventi chirurgici tumore prostata
- Interventi ginecologici per tumore utero
- Interventi protesi dell'anca
- Interventi chirurgici polmone

<b>INDICATORE</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A: N° interventi effettuati entro 30 gg / N° totale interventi effettuati nel ultimo trimestre 2015</li><li>2. Per tipo di intervento con codice di priorità B: N° interventi effettuati entro 60 gg / N° totale interventi effettuati nel ultimo trimestre 2015</li></ol>
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità A</li><li>2. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità B</li></ol>
<b>SCALA</b>	Ogni singola tipologia d'intervento deve raggiungere il valore obiettivo (≥ 90%) per ognuna delle due classi di priorità. Ogni singola tipologia d'intervento che ha raggiunto il valore obiettivo comporta l'assegnazione di 1/16 del punteggio complessivo dell'obiettivo. Il non raggiungimento del valore obiettivo per più di 4 tipologie per ciascuna classe di priorità (8 tipologie per classe A; 8 tipologie per classe B) comporta la non assegnazione del punteggio.
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre</li></ul>
<b>FONTE DATI</b>	Registro SDO Piemonte 2015 (secondo semestre)
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<b>15/100</b>
<b>NOTE</b>	Per le strutture che non svolgono tutte le tipologie di interventi il punteggio viene assegnato in proporzione

## OBIETTIVO n. 7: Prevenzione

**Referente obiettivo: RESP. SETTORE PREVENZIONE E VETERINARIA**

Il primo obiettivo per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto) riguarda la copertura da inviti, e il secondo la copertura da esami. Per copertura da inviti si intende la capacità di invitare tutte le persone facenti parte della popolazione target con la cadenza stabilita: se, per esempio, la cadenza degli inviti è biennale, la popolazione target annuale è data dalla popolazione target diviso due.

Essendo in corso l'implementazione dello screening cervico-vaginale tramite test per l'HPV, per tale indicatore vengono inclusi sia gli inviti ad eseguire il pap test sia quelli ad eseguire l'HPV.

La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti:

- Donne di età 50-69 anni per lo screening mammografico (due anni).
- Donne di età 25-64 anni (30-64 per HPV) per lo screening cervico-vaginale (tre anni per lo screening citologico e 5 anni per HPV).
- Uomini e donne di età 58-69 anni per lo screening coloretale (due anni per il FIT e solo una volta a 58 anni per la sigmoidoscopia).

Gli indicatori descritti sono i medesimi previsti entro il Piano Regionale della Prevenzione.

<b>INDICATORE</b>	<p><b>1. COPERTURA INVITI: n° persone invitate + adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale</b></p> <p><b>2. ADESIONE: n° persone sottoposte al test di screening/popolazione bersaglio annuale.</b></p> <p>Si ricorda ancora che per l'adesione allo screening cervico-vaginale sono conteggiati sia gli inviti al pap test sia al test HPV</p>		
<b>VALORE DELL'OBIETTIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COPERTURA SCREENING MAMMOGRAFICO</li> <li>• ADESIONE SCREENING MAMMOGRAFICO</li> <li>• COPERTURA SCREENING CERVICO-VAGINALE</li> <li>• ADESIONE SCREENING CERVICO-VAGINALE</li> <li>• COPERTURA SCREENING COLO-RETTALE</li> <li>• ADESIONE SCREENING COLO-RETTALE</li> </ul>	<p><b>Atteso</b></p> <p>75%</p> <p>47%</p> <p>75%</p> <p>51%</p> <p>82%</p> <p>32%</p>	<p><b>Minimo</b></p> <p>67.5%</p> <p>42.3%</p> <p>67.5%</p> <p>45.9%</p> <p>73.8%</p> <p>28.8%</p>
<b>SCALA</b>	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al risultato relativo prodotto nel 2015 tra valore di partenza minimo (pari al 90% del valore atteso) e valore atteso. 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.</p>		
<b>TRACKING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre</li> </ul>		
<b>FONTE DATI</b>	<p><b>Banca Dati CSI –CPO-Piemonte</b></p>		
<b>PUNTEGGIO DELL'INDICATORE</b>	<p><b>5/100</b></p>		
<b>NOTE</b>	<p>Gli obiettivi vengono valutati a livello dei nove cluster di Aziende indicati nella tabella nella pagina seguente. Se l'obiettivo è stato raggiunto, la valorizzazione riguarda tutti i Direttori Generali delle Aziende che fanno parte del cluster, incluse le Aziende Ospedaliere (l'obiettivo non si applica al solo presidio CTO). Infatti, tutte le Aziende di ciascun cluster concorrono al raggiungimento di ciascuno degli obiettivi.</p>		

**Tab ob. 7**

<b>Cluster 1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ASL To1</li><li>▪ ASL To2</li><li>▪ AOU Città della Salute e della Scienza</li></ul>
<b>Cluster 2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ASL To5</li></ul>
<b>Cluster 3</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Asl TO3</li><li>▪ ASO S. LUIGI GONZAGA</li></ul>
<b>Cluster 4</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ASL To4</li></ul>
<b>Cluster 5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ASL VC</li><li>▪ ASL BI</li></ul>
<b>Cluster 6</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ASL NO</li><li>▪ ASL VCO</li><li>▪ AOU MAGGIORE CARITA'</li></ul>
<b>Cluster 7</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ASL CN1</li><li>▪ ASL CN2</li><li>▪ ASO S. CROCE di Cuneo</li></ul>
<b>Cluster 8</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ASL AT</li></ul>
<b>Cluster 9</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ASL AL</li><li>▪ ASO SS. ANTONIO e BIAGIO e C. ARRIGO di Alessandria</li></ul>