

Deliberazione della Giunta Regionale 16 maggio 2016, n. 30-3307

Art. 3 bis, commi 5 e ss. d.lgs n. 502/1992 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016. Approvazione criteri e modalita' di valutazione.

A relazione dell'Assessore Saitta:

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 in ogni caso 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), nonché l'ulteriore ipotesi di decadenza automatica introdotta dall'art. 1, comma 567 della legge n. 190/2014 (Legge di stabilità 2015), la quale ha disposto l'inserimento, nell'art. 3 bis del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i., del comma 7 bis, 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".

Da ultimo, l'art. 1, commi 521 e ss. della legge n. 208/2015 (Legge di stabilità 2016), nel dettare disposizioni in materia di piani di rientro da adottarsi da parte degli enti del Servizio sanitario regionale ha disposto, al comma 534, l'integrazione dei contratti dei direttori generali (attuata a mezzo della DD n. 16 del 15.01.2016), mediante l'inserimento di un'ulteriore fattispecie di decadenza automatica del direttore stesso per il caso di mancata trasmissione del piano di rientro, ovvero in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro.

Con DGR n. 12-2021 del 05.08.2015 sono stati a suo tempo assegnati ai direttori generali delle ASR gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015.

Quanto sopra premesso, si rende ora necessario assegnare ai direttori generali/commissari delle ASR 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 per l'anno 2016, 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, titolato "Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016".

E' necessario sottolineare come l'attribuzione della quota integrativa non sia prevista qualora il direttore generale/commissario sia dichiarato decaduto per cause riconducibili, con riferimento all'annualità oggetto di valutazione, alle fattispecie di cui all'art. 3 bis, comma 7, del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 52, comma 4 lett. d della legge n. 289/2002, all'art. 1, comma 534 della legge n. 208/2015 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.

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.

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 la decadenza automatica dello stesso: per le finalità legate all'applicazione della disposizione in esame, si dispone 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 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/commissari 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 n. 289/2002, recante: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (Legge Finanziaria 2003);
- la legge n. 190/2014 (Legge di stabilità 2015);
- la legge n. 208/2015 (Legge di stabilità 2016);
- la D.G.R. n. 12-2021 del 05.08.2015;

delibera

-di assegnare ai direttori generali/commissari delle ASR, ai sensi dell’art. 3 bis, commi 5 e ss. 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 per l’annualità 2016;

-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/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l’anno 2016”, inerente altresì l’approvazione dei criteri e delle modalità di valutazione.

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 2016.

Sommario

Premessa.....	3
Criteria e Modalità di valutazione	4
OBIETTIVO 1.1 - Implementazione del piano di riduzione delle SC ospedaliere e non ospedaliere in coerenza con gli Atti Aziendali.....	8
OBIETTIVO 1.2 - Centralizzazione delle chiamate di C.A.....	9
OBIETTIVO 2.1 - Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	12
OBIETTIVO 2.2 - SOLO AO -Tempi di attesa ricoveri	16
OBIETTIVO 3 - Attuazione piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio.....	17
OBIETTIVO 4 - Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali	19
OBIETTIVO 5.1 - Rete Laboratori Analisi (HUB e Spoke).....	21
OBIETTIVO 5.2 - Rete Laboratori Analisi – Gare Centralizzate	22
OBIETTIVO 6 - PAT	23
OBIETTIVO 7.1 - Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65.....	25
OBIETTIVO 7.2 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario	26
OBIETTIVO 7.3 - Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di ima stemi.....	27
OBIETTIVO 8 - Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: Appropriata prescrizione e riduzione della variabilità	28
OBIETTIVO 9.1 - Dipartimento funzionale interregionale ed interaziendale di rete oncologica	32
OBIETTIVO 9.2 - Screening Oncologici – Prevenzione Serena	33
OBIETTIVO 10 - Incremento donazioni d'organo.....	35
OBIETTIVO 11 - Rispetto della normativa Antincendio e Antisismica	39

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/commissari delle aziende sanitarie regionali, il presente documento definisce gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, a valere per l'anno 2016, 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).

Gli obiettivi assegnati, in alcuni casi ripartiti in alcuni sub-obiettivi, sono suddivisi in 11 tipologie articolate come segue:

Obiettivo	Tipo	Articolazione
1	RETE H-T	1.1 Piano di riduzione SC ospedaliera e non ospedaliera 1.2 Centralizzazione delle chiamate di C.A.
2	Tempi di Attesa	2.1 Tempi di Attesa prestazioni ambulatoriali 2.2 Tempi di attesa ricoveri - solo AO
3	Fondo di Riequilibrio	3. Attuazione Piano di efficientamento da Fondo di Riequilibrio
4	Umanizzazione	4. Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR
5	Rete Laboratori Analisi	5.1 Rete Laboratorio Analisi – Hub & Spoke 5.2 Rete Laboratorio Analisi – Gare Centralizzate
6 – SOLO ASL	PAT	6. Piano di Assistenza Territoriale (PAT)
7	Esiti	7.1 Tempestività interventi di frattura femore >65 7.2 Proporzioni parti con taglio cesareo primario 7.3 Tempestività nell'effettuazione di PTCA
8	Assistenza Farmaceutica	8. Assistenza Farmaceutica territoriale e ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità
9	Rete Oncologica	9.1 Dipartimento funzionale interregionale interaziendale di rete oncologica 9.2 Screening Oncologici – Prevenzione serena
10	Rete Trapianti	10. Incremento donazioni d'organo
11	GdP Antincendio e Antisismica	11. Rispetto della normativa antincendio e antisismica

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/commissario 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 con il direttore generale.

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.

Criteri 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 comma 2 sexies 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 previsione di raggiungibilità degli stessi ed eventuali cause ostacolanti.

Tali incontri sono previsti nei mesi di:

- Giugno 2016
- Settembre 2016
- Dicembre 2016.

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 15 febbraio 2017, 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: obiettividgres@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 potrà richiedere alle aziende integrazioni, chiarimenti e/o supporti documentali ulteriori rispetto a quelli già inviati.

Copia della relazione di cui sopra sarà inviata dalle ASR interessate alle Conferenze dei Sindaci/Presidenti di circoscrizione di riferimento per l'espressione dei pareri di competenza, da rendersi entro il 30 aprile 2017.

Sarà altresì cura delle aziende sanitarie trasmettere copia dei pareri medesimi al Settore regionale incaricato del raccordo del procedimento.

Le valutazioni in ordine alle relazioni fatte pervenire dalle aziende sanitarie saranno rese, per le parti di rispettiva competenza, dalle strutture assessorili interessate entro il 30 giugno 2017.

Acquisite le valutazioni di cui sopra, si darà avvio al procedimento per il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico, che dovrà concludersi - mediante predisposizione della proposta del provvedimento finale - entro 90 giorni dall'avvenuta integrale acquisizione delle valutazioni stesse.

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

Sarà cura delle direzioni medesime comunicare ai singoli direttori/commissari interessati, anche cessati dall'incarico, le quote percentuali riconosciute.

Ai direttori generali/commissari 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 sopravvenute 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 o rimodulati, in corso d'anno, su proposta della competente Direzione Sanità, 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/commissari in misura proporzionale alla durata dell'incarico.

Di seguito sono riportati il quadro sinottico con la distribuzione dei 100 punti per singolo obiettivo e le schede di dettaglio per ogni singolo obiettivo/sub-obiettivo.

COD. ASR	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	904	905	906	907	908	909
ASR	ASL TO1	ASL TO2	ASL TO3	ASL TO4	ASL TO5	ASL VC	ASL BI	ASL NO	ASL VCO	ASL CN1	ASL CN2	ASL AT	ASL AL	AOU S. Luigi	AOU NO	AO CN	AO AL	AO Mauriziano	AOU CdSS
OBJ 1.1 riduzione SC in attuazione A.A.	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
OBJ 1.2 attuazione accordi C.A.	3	0	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	0	1	0	1	0	1
OBJ 2.1 miglioramento tempi di attesa amb	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
OBJ 2.2 miglioramento tempi di attesa ricoveri														9	9	9	9	9	9
OBJ 3 rientro fondo di riequilibrio	12	14	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
OBJ 4 Umanizzazione	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
OBJ 5.1 rete laboratori concentrazione esami specialistica	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6
OBJ 5.2 rete laboratori gare elevata automazione	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6
OBJ 6 PAT	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10						
OBJ 7.1 Femori	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	8	5	5	5	5	5
OBG 7.2 Cesarei	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2		5	5	5	6	5
OBJ 7.3 IMA	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	8	5	6	5	5	5
OBJ 8 Farmaceutica	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	4	4	4	4	4	4
OBJ 9.1 rete oncologica	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
OBJ 9.2 screening	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
OBJ 10 Trapianti	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
OBJ 11 antincendio/antisismico	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
TOT	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

OBIETTIVO 1.1 - Implementazione del piano di riduzione delle SC ospedaliere e non ospedaliere in coerenza con gli Atti Aziendali

SETTORI REFERENTI	Assistenza specialistica e ospedaliera Assistenza Sanitaria e socio-sanitaria territoriale Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR
<p>In ragione del Piano di riduzione delle SC consegnato e valutato coerente alla programmazione dai Settori referenti (obiettivo 1.2 della DGR 12-2021/2015), le ASR dovranno procedere al completo adeguamento delle strutture aziendali ospedaliere e non ospedaliere in linea con le DGR 1-600/2014 s.m.i e DGR 26-1653/2015 s.m.i e con gli Atti Aziendali approvati dalla Giunta Regionale. Oltre al lavoro specifico sulle SC, si rappresenta la necessità di procedere alla piena implementazione dell'Atto Aziendale nel suo complesso, ovvero del Piano di Organizzazione, anche con riferimento alle strutture semplici e semplici dipartimentali che sarà monitorata anche attraverso la congruenza tra il Database ARPE e il nuovo database ARPO.</p>	
INDICATORE	N° SC disattivate/N° SC da disattivare
VALORE DELL'OBIETTIVO	Completa disattivazione del <u>100% SC</u> (ospedaliere e non ospedaliere) in linea con la pianificazione consegnata al <u>31.12.2015</u>
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> a. Atti deliberativi aziendali b. Autocertificazione del Direttore Generale c. Tabella 1G Conto Annuale d. Congruenza tra le SC presenti in ARPO e quelle presenti su ARPE
SCALA	SI/NO (0/1)
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completa disattivazione del <u>50% delle SC</u> (ospedaliere e non ospedaliere) entro il <u>1.05.2016</u> in linea con la pianificazione consegnata al 31.12.2015 ▪ 31.12.2016
PUNTEGGIO	10/100
NOTE	Si fa presente alle ASR che ai fini della realizzazione della riorganizzazione, nell'ambito della concentrazione dei volumi di attività, è opportuno prevedere l'esercizio dell'attività operatoria e di ricovero in un singolo stabilimento salvo l'attività svolta per altri stabilimenti.

OBIETTIVO 1.2 - Centralizzazione delle chiamate di C.A.	
SETTORE REFERENTE	Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale
<p>Attivazione del Numero Unico 116117 legato non soltanto alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale, ma anche all'implementazione dei servizi h24 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 s.m.i. e DGR 26-1653 del 29.6.2015 e s.m.i. con particolare riferimento alle funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.</p> <p>Nello specifico, anche in prosecuzione delle iniziative fissate nel 2015, il presente sub-obiettivo si articola nelle seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ gestione dei punti di risposta presso le quattro centrali operative; ▪ individuazione delle figure professionali atte a garantire le attività previste nel sub-obiettivo favorendo meccanismi di mobilità interna tra aziende nonché l'aderenza rispetto alle ultime normative in vigore (Legge 28 dicembre 2015, n.208); ▪ monitoraggio dell'attività ed invio dati. 	
INDICATORI	<ol style="list-style-type: none"> 1. disponibilità dei locali, arredi, e tecnologie (sarà possibile effettuare <i>on site visit</i> di controllo) coerentemente alle indicazioni dell'ufficio competente dell'Assessorato e nel rispetto dei vincoli economico-finanziari del bilancio aziendale. 2. Esistenza di una procedura finalizzata al reclutamento del personale dedicato 3. Disattivazione dei punti di risposta territoriale di CA sul territorio di riferimento 4. Produzione tabulati di monitoraggio da centralino 5. Esistenza dati di attività prodotta (ad es. risposte telefoniche, visite domiciliari, visite ambulatoriali, trasferite verso 118 e ricevute da 118) 6. Revisione postazioni di CA
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piena operatività delle infrastrutture tecnologiche e di supporto relative alle centrali operative 116117 collocate presso: AOU Città della Salute e della Scienza (TO); AOU Maggiore della Carità (NO); AO SSS. Antonio e Biagio Cesare Arrigo (AL); ASL CN 1. 2. Individuazione delle figure professionali da utilizzare coerentemente alle indicazioni che saranno predisposte dagli uffici competenti dell'Assessorato, favorendo meccanismi di <u>mobilità sia intra-aziendali che inter-aziendali</u>. ASR responsabili: ASL TO1; ASL NO; ASL AL; ASL CN1. 3. Corretta affluenza di tutte le chiamate provenienti dal quadrante di riferimento. ASR responsabili: ASL TO1; ASL NO; ASL AL; ASL CN1. 4. Monitoraggio dei tempi di risposta: relativi alle chiamate ricevute dalle centrali di riferimento. ASR responsabili: ASL TO1; ASL NO; ASL AL; ASL CN1. 5. Popolazione delle banche dati relative ai servizi effettuati che dovranno essere erogati dalle stesse, all'interno delle centrali operative 116117. ASR responsabili: <u>TUTTE le ASR.</u> 6. Entro il 31 dicembre 2016 tutte le aziende interessate dovranno provvedere alla revisione delle postazioni territoriali di CA

FONTE DATI	<p>Di seguito si elenca <u>per ciascun indicatore</u> la documentazione da produrre per la valutazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relazione documentale; 2. Relazione relativa alla procedura finalizzata al reclutamento del personale dedicato; 3. Evidenza dei contratti con i gestori telefonici per lo <i>switch</i> dei numeri dedicati; 4. tabulati di monitoraggio da centralino; 5. Report; 6. Atto formale dell'azienda relativo all'avvenuta revisione delle postazioni.
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI/NO (0-1) 2. SI/NO (0-1) 3. SI/NO (0-1) 4. SI/NO (0-1) 5. SI/NO (0-1) 6. SI/NO (0-1) <p>In relazione al punteggio massimo previsto per ogni ASR (cfr. tabella allegata) ogni indicatore di competenza pesa in termini percentuali.</p>
TRAKING	Cfr. Tabella allegata.
PUNTEGGIO	Cfr. Tabella allegata.
NOTE	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.

Segue tabella.

Obiettivo Continuità Assistenziale – Tabella di sintesi

Quadranti di riferimento	cod. ASR	ASR	CO 116 117	Ind. 1	Ind. 2	Ind. 3	Ind. 4	Ind. 5	Ind. 6	Punteggio
				Piena operatività infrastrutture	individuazione figure professionali	formazione e affluenza chiamate	monitoraggio tempi di risposta CO	popolazione banche dati con servizi erogati	revisione postazioni di CA	
Torinese	201	TO1	SI		01/06	30/09	31/12	31/12	31/12	3
Torinese	202	TO2								0
Torinese	203	TO3						31/12	31/12	2
Torinese	204	TO4						31/12	31/12	2
Torinese	205	TO5						31/12	31/12	2
Torinese	908	AO Mauriziano								0
Torinese	909	AOU CdSS		01/10						1
Torinese	904	AOU S. Luigi								0
Piem.NE	206	Vercelli						31/12	31/12	2
Piem. NE	207	Biella						31/12	31/12	2
Piem. NE	208	NO	SI		01/06	30/09	31/12	31/12	31/12	3
Piem. NE	209	VCO						31/12	31/12	2
Piem. NE	905	AOU NO		01/10						1
Piem. SO	210	CN1	SI	01/10	01/06	30/09	31/12	31/12	31/12	3
Piem. SO	211	CN2						31/12	31/12	2
Piem. SO	906	AO CN								0
Piem. SE	212	AT						31/12	31/12	2
Piem. SE	213	AL	SI		01/06	30/09	31/12	31/12	31/12	3
Piem. SE	907	AO AL		01/10						1

OBIETTIVO 2.1 - Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	
SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica e ospedaliera
<p>L'obiettivo si prefigge di misurare, attraverso indicatori trasparenti ed efficaci, la capacità di risposta tempestiva del SSR nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino.</p> <p>Pertanto si richiede di lavorare sul miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso l'ottimizzazione della capacità produttiva aziendale e la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale, del tempo medio di erogazione delle prestazioni.</p> <p>L'obiettivo si compone di due sub-obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico/privato convenzionato). 2. Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (solo produzione componente pubblica) nel rispetto del vincolo di una produzione minima (15° percentile della produzione 2015). <p>Ai fini del sub-obiettivo sono prese in considerazione, in via prioritaria per l'anno 2016, le 43 prestazioni previste dal PNLGA (visite specialistiche e diagnostica strumentale) eccetto le visite oncologiche. Sono valutate ai fini del monitoraggio tutte le prestazioni erogate (primo accesso e non) e tutte le modalità di prescrizione.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indice di performance di erogazione delle prestazioni: è calcolato, partendo dalla produzione per le 42 prestazioni oggetto di monitoraggio, come totale delle giornate intercorse tra la data di prenotazione e la data di erogazione, per ogni singolo caso, sul totale delle prestazioni erogate. <p>Si esplicita, al fine di garantire il diritto di accesso alle prestazioni, il divieto di sospensione delle prenotazioni delle prestazioni (chiusura delle agende).</p> <p>Il miglioramento previsto dall'obiettivo si intende ad invarianza delle risorse economiche assegnate con DGR 35-3152 del 11 aprile 2016.</p> <p>La Direzione Sanità si riserva la possibilità di attivare, oltre al monitoraggio da flusso, ulteriori verifiche a campione effettuate telefonicamente e/o attraverso visite on site e/o attraverso il CUP laddove presente.</p>	
INDICATORE	N° di agende di prenotazione (pubbliche/private) caricate su CUP 1. $\frac{\text{N° di agende di prenotazione (pubbliche/private) caricate su CUP}}{\text{N° di agende di prenotazione (pubbliche/private) presenti in Azienda}} \times 100$
	(data prenotazione – data erogazione) 2. $\frac{\sum (\text{data prenotazione} - \text{data erogazione})}{\text{N° prestazioni}}$
VALORE DELL'OBIETTIVO	1. 100%
	2. Cfr. Tabella seguente.

SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI/NO 2. Per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio si accede alla relativa valutazione unicamente se viene rispettato il vincolo di produzione minima (cfr. tabella seguente). La valutazione positiva presuppone, per ogni singola prestazione, che l'indice di performance aziendale rispetti lo standard regionale. In caso contrario viene altresì valutato positivamente un aumento di volumi, rispetto al 2015, del 30%. Ognuna delle 42 prestazioni oggetto di monitoraggio pesa 1/42 del relativo punteggio.
FONTE DATI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documentazione aziendale 2. Flusso C 2016 e/o rilevazioni a campione
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	<p>15/100 punti così ripartiti per sub-obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5 punti 2. 10 punti
NOTE	<p>Si evidenzia che la colonscopia presenta nella medesima lista d'attesa anche gli screening di secondo livello.</p>

Tab. Obiettivo 2.1 – tempi medi standard per tipologia di prestazione e visite

Nome prestazione	Codice	Branca	Standard regionale indice di performance in giornate	Volume minimo prestazioni anno (15° percentile prod 2015)
Visita cardiologia	89.7	08	30	3.108
Visita chirurgia vascolare	89.7	14	30	526
Visita endocrinologica	89.7	19	30	695
Visita neurologica	89.13	32	30	2.600
Visita oculistica	95.02	34	30	5.110
Visita ortopedica	89.7	36	30	3.767
Visita ginecologica	89.26	37	30	2.799
Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38	30	4.013
Visita urologica	89.7	43	30	2.466
Visita dermatologica	89.7	52	30	4.709
Visita fisiatrica	89.7	56	30	1.575
Visita gastroenterologica	89.7	58	30	873
Visita pneumologica	89.7	68	30	1.224
Mammografia	87.37.1; 87.37.2		40	669
TC senza e con contrasto Torace	87.41; 87.41.1		30	1.575
TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2; 88.01.1		30	41
TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4; 88.01.3		30	6
TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6; 88.01.5		30	1.755
TC senza e con contrasto Capo	87.03; 87.03.1		30	844
TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2; 88.38.1		30	136
TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5		30	37
RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1; 88.91.2		30	712
RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4; 88.95.5		30	56
RMN Muscoloscheletrica	88.94.1; 88.94.2; 88.94.A; 88.94.B		30	591
RMN Colonna vertebrale	88.93; 88.93.1		30	657
Ecografia Capo e collo	88.71.4		40	1.573
Ecocolordoppler cardiaca	88.72.6		40	2.525
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5		40	1.779
Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2		30	950
Ecografia Addome	88.74.1; 88.75.1; 88.76.1		30	5.635
Ecografia Mammella	88.73.1; 88.73.2		30	760
Ecografia Ostetrica-Ginecologica	88.78; 88.78.2		11	2.338
Colonscopia	45.23; 45.25; 45.42		30	2.002
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24		30	84
Esofagogastroduodenoscopia	45.13; 45.16		30	1.498
Elettrocardiogramma	89.52		30	10.051

Nome prestazione	Codice	Branca	Standard regionale indice di performance in giornate	Volume minimo prestazioni anno (15° percentile prod 2015)
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50		40	893
Elettrocardiogramma da sforzo	89.41; 89.43		40	795
Audiometria	95.41.1		30	1.377
Spirometria	89.37.1; 89.37.2		40	1.586
Fondo oculare	95.09.1		60	801
Elettromiografia	93.08.1		30	102

OBIETTIVO 2.2 - SOLO AO / AOU -Tempi di attesa ricoveri

SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica e ospedaliera;
<p>In continuità con gli obiettivi previsti per l'anno 2015, al fine di migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codice di priorità A (max 30gg) e B (max 60gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per gli interventi previsti dal PNLGA, si definisce l'obiettivo di rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice.</p> <p>Di seguito si elencano gli interventi oggetto di monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Per tipologia di intervento con codice di priorità A: N° interventi effettuati entro 30 gg/N° totale interventi effettuati nel secondo semestre 2016 2. Per tipo di intervento con codice di priorità B: N° interventi effettuati entro 60 gg/N° totale interventi effettuati nel secondo semestre 2016
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità A 2. ≥ 90% per singola tipologia di intervento con codice di priorità B
FONTE DATI	Registro SDO Piemonte 2016
SCALA	<p>Ogni singola tipologia d'intervento deve raggiungere il valore obiettivo (≥ 90%) per ognuna delle due classi di priorità.</p> <p>Ogni singola tipologia d'intervento che ha raggiunto il valore obiettivo comporta l'assegnazione di 1/16 del punteggio complessivo dell'obiettivo.</p> <p>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.</p>
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi ▪ 31.12.2016
PUNTEGGIO	9/100 solo AO / AOU
NOTE	Per le strutture che non svolgono tutte le tipologie di interventi il punteggio viene assegnato in proporzione

OBIETTIVO 3 - Attuazione piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio

SETTORI REFERENTI	Controllo di gestione e monitoraggio costi per i Livelli di Assistenza delle ASR; Programmazione Economico Finanziaria
<p>Rispetto dei vincoli aziendali di <u>sostanziale pareggio di bilancio</u> (in attuazione anche dei principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 e nella Legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all'art. 9) <u>come previsto dalla DGR 35-3152 del 11 aprile 2016</u> di assegnazione delle risorse provvisorie relative all'FSR ed alle entrate da <i>payback</i> (secondo la metodologia di riparto riportata nell'Allegato Tecnico A) e dai successivi provvedimenti di modifica/integrazione.</p> <p>In proposito, si ricorda che l'obiettivo di efficientamento della spesa (costi e/o ricavi) ai fini dell'equilibrio economico-finanziario di ciascun Ente del SSR è pari alle seguenti percentuali, calcolate rispetto alla quota di riequilibrio programmata 2014 integrata dal risultato economico del Bilancio di esercizio 2014 e rideterminata per il differenziale di riparto rilevato nel 2015 per la spesa farmaceutica territoriale a seguito dell'applicazione dei pesi OSMED, già indicate nella DGR 12-2021 del 5 agosto 2015 obiettivo 3.2:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 20% per l'esercizio 2016;▪ 5% per l'esercizio 2015. <p>A riguardo, gli Enti del SSR dovranno aggiornare, previo confronto tecnico con le strutture regionali responsabili del procedimento, il bilancio preventivo economico 2016 sottoposto alla Regione in attuazione alla DGR n. 12-2021 del 5 agosto 2015 sub-obiettivo n. 3.2 "Rientro fondo riequilibrio" in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e nel rispetto dei vincoli aziendali di sostanziale pareggio di bilancio richiamati dalla <u>DGR 35-3152 del 11 aprile 2016</u>.</p> <p>Si ricorda altresì che il bilancio preventivo economico 2016 delle ASR rientranti nella fattispecie prevista dalla Legge n.208 del 28.12.2015, Legge di Stabilità 2016, inerente ai "Piani di rientro e riqualificazione degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale e monitoraggio budget ospedalieri" al fine di recepire gli obiettivi programmatici triennali, potrà essere integrato e/o modificato in seguito all'emanazione del provvedimento nazionale di individuazione dei criteri di applicazione.</p>	
INDICATORE	Coerenza degli importi di disavanzo/avanzo economico concordato
VALORE DELL'OBIETTIVO	Vedi tabella allegata, colonna G1
FONTE DATI	CE consuntivo 2016
SCALA	SI/NO (0-1)
TRAKING	<ul style="list-style-type: none">▪ Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	12/100. Per ASL TO2 14/100
NOTE	

Tab obiettivo 3

	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	479.222.578	22.667.690	-46.500.000	11.152.000	0	466.530.642	93.354.207	23.338.552	15.559.034	240.393
									0	
AO 904 - S.Luigi	5.853.067	0		10.147.373		16.000.440	3.200.088	800.022	533.348	0
AO 905 - NO	573.384	0		12.852.881		13.426.265	2.685.253	671.313	671.313	0
AO 906 - CN	10.616.496	1.128.655		-5.618.677		17.363.827	3.472.765	868.191	578.794	0
AO 907 - AL	15.842.087	0		-5.736.529		21.578.616	4.315.723	1.078.931	719.287	0
AO 908 - Mauriziano	15.104.408	0		-8.431.519		23.535.927	4.707.185	1.176.796	784.531	0
AO 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 AO	215.151.023	1.128.655		73.431.000		289.715.054	57.943.011	14.485.753	9.657.168	0
									0	
TOTALE ASR	694.373.601	23.796.344	-46.500.000	84.583.000		756.245.696	151.297.218	37.824.304	25.216.203	240.393

OBIETTIVO 4 - Valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie Regionali

SETTORE REFERENTE	Direzione Sanità
------------------------------	-------------------------

La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di *empowerment* ed in coerenza con il PSSR 2012-2015 - ha contribuito al programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da Agenas e dall'Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva (progetti ricerca corrente 2010-2012).

In continuità con dette progettualità la DGR n. 12-2021 del 5.08.2015 ha richiesto alle ASR, con riguardo ai presidi ospedalieri già sottoposti a valutazione secondo i metodi definiti a livello nazionale, di provvedere nel corso del 2015, attraverso le equipe territoriali individuate in sede di valutazione, alla predisposizione del "Piano di miglioramento" in conformità ai criteri definiti a livello regionale. Attraverso il Piano di miglioramento si richiedeva alle ASR, in particolare, di individuare le azioni correttive rispetto alle criticità rilevate classificandole secondo i seguenti criteri:

- costo: azioni a costo "0" ovvero che non comportano l'impiego di risorse ulteriori rispetto a quelle già presenti; azioni che comportano costi per l'ASR (rientranti nel budget o che richiedono specifici investimenti a medio-lungo termine);
- rilevanza: azioni a rilevanza regionale o aziendale e, fra queste ultime, azioni a bassa ed alta rilevanza;
- tempo: azioni a breve termine (tempo di realizzazione minore/uguale a sei mesi); azioni a medio termine (che richiedono un tempo di realizzazione superiore a sei mesi); azioni a lungo termine (che richiedono un tempo superiore a dodici mesi).

L'obiettivo di cui sopra ha riguardato le seguenti ASR/Presidi: ASL TO2 (Presidi: ospedale San Giovanni Bosco, ospedale Maria Vittoria e ospedale Amedeo di Savoia), AO Mauriziano (presidio Umberto I); ASL TO3 (ospedale civile "E. Agnelli"), ASL BI (ospedale degli Infermi di Biella), AOU Città della Salute e della Scienza di Torino (Osp. Molinette, Centro Traumatologico Ortopedico, Osp. Ostetr. Ginecolog. Sant'Anna, osp. Infant. Regina Margherita), Azienda osped. Novara e Galliate (ospedale Maggiore della carità), Az. ospedal. S. Croce e Carle (ospedale Santa Croce), Az. SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo (osp. civile SS. Antonio e Biagio, osp. Infantile C. Arrigo).

Nel corso del 2015 è stato altresì completato 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): ASL TO1 (ospedale Martini), ASL TO3 (ospedale degli Infermi di Rivoli), ASL TO4 (ospedale civico di Chivasso, presidi ospedalieri riuniti sede di Ciriè, ospedale civile di Ivrea), ASL TO5 (ospedale Maggiore di Chieri, ospedale SS. Croce di Moncalieri), ASL VC (ospedale Sant'Andrea), ASL NO (Istituto S.S. Trinità Borgomanero), ASL VCO (ospedale unico plurisede), ASL CN1 (ospedale di Mondovì, osp. Maggiore S.S. Annunziata di Savigliano), ASL CN2 (ospedale San Lazzaro – Alba), ASL AT (presidio osp. Cardinal G. Massaia), ASL AL (ospedale Santo Spirito Casale, ospedale SS. Antonio e Margherita Tortona, ospedale San Giacomo Novi Ligure), AOU S. Luigi.

Con riferimento all'annualità 2016 si definiscono i seguenti obiettivi:

- con riguardo ai presidi che, nel corso dell'anno 2015, hanno predisposto il "Piano di miglioramento" si provvederà ad una verifica del livello di implementazione delle azioni correttive rilevate nel Piano;
- con riferimento alle ASR che, nel corso dell'annualità 2015, hanno completato la valutazione si richiede la predisposizione, attraverso le equipe territoriali miste rappresentanti cittadini – operatori

sanitari, del “Piano di miglioramento” che, in conformità ai criteri definiti a livello regionale, individua, per ciascuno degli item critici (di valore inferiore a 6) sui quali vi sia comune accordo rispetto alla necessità/possibilità di realizzare azioni di miglioramento, le relative azioni correttive a breve, medio e lungo termine. I “Piani di miglioramento” dovranno esser predisposti dalle ASR in conformità ai criteri definiti a livello regionale.

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.

INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ per le ASR che hanno predisposto il “Piano di miglioramento” nel corso dell’annualità 2015: <div style="text-align: center;"> azioni correttive a “breve” e “medio” implementate <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> azioni correttive a “breve” e “medio” termine individuate nel Piano; </div> ▪ per le ASR che hanno completato la valutazione nel corso dell’anno 2015, predisposizione del Piano di miglioramento con individuazione delle azioni correttive sugli item critici (di valore inferiore a 6) sui quali vi sia comune accordo nell’ambito delle equipe miste. 								
VALORE DELL’OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ per le ASR che hanno predisposto il “Piano di miglioramento” nel corso dell’annualità 2015, produzione documentazione attestante l’implementazione delle azioni correttive a breve e medio termine individuate dal Piano di miglioramento e lo stato dell’arte con riguardo alle azioni migliorative a lungo termine di rilevanza aziendale, verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale; ▪ per le ASR che hanno completato la valutazione nel corso dell’anno 2015, produzione della delibera del Direttore Generale di adozione del Piano di miglioramento con evidenza dell’avvenuta discussione e condivisione di parte del Collegio di Direzione. 								
FONTE DATI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ documentazione inviata dalle ASR 								
SCALA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ per le ASR che hanno predisposto il “Piano di miglioramento” <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>azioni implementate 100%</td> <td style="text-align: right;">5 PUNTI</td> </tr> <tr> <td>azioni implementate > = 50% < 100%</td> <td style="text-align: right;">2,5 PUNTI</td> </tr> <tr> <td>azioni implementate < 50%</td> <td style="text-align: right;">0 PUNTI</td> </tr> </table> ▪ per le ASR che hanno completato la valutazione nel corso dell’anno 2015 Piano di miglioramento <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">SI/NO (0-1)</td> </tr> </table> 	azioni implementate 100%	5 PUNTI	azioni implementate > = 50% < 100%	2,5 PUNTI	azioni implementate < 50%	0 PUNTI		SI/NO (0-1)
azioni implementate 100%	5 PUNTI								
azioni implementate > = 50% < 100%	2,5 PUNTI								
azioni implementate < 50%	0 PUNTI								
	SI/NO (0-1)								
TRAKING	Valutazione finale al 31.01.2017 sulla base della documentazione trasmessa e delle verifiche effettuate								
PUNTEGGIO	5 /100								
NOTE									

OBIETTIVO 5.1 - Rete Laboratori Analisi (HUB e Spoke)	
SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica e ospedaliera
<p>Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei Laboratori Analisi. Attuazione della DD n° 178 del 23 marzo 2015 e DGR n° 50-2484 del 23.11.2015 relativamente alla concentrazione della diagnostica specialistica nei laboratori di riferimento, esclusi gli esami a valenza regionale.</p> <p>L'obiettivo si applica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ai Direttori Generali delle ASR sede di spoke in misura pari alla percentuale di esami specialistici inviati al laboratorio di riferimento; - ai Direttori Generali sede di laboratorio di riferimento (HUB) in misura pari alla media delle percentuali di analisi specialistiche inviate da ciascuna ASL definita dalla DGR n. 50-2484 del 23.11.2015, tolta la percentuale dell'ASL che invia percentualmente meno analisi specialistiche. 	
INDICATORE	$\frac{\text{Esami specialistici concentrati nei laboratori di riferimento (HUB)}}{\text{Esami specialistici da concentrare nei laboratori di riferimento}}$
VALORE DELL'OBIETTIVO	100 % esami specialistici concentrati nel HUB di riferimento
FONTE DATI	Tracciati C
SCALA	In percentuale al risultato prodotto nell'ultimo mese dell'anno
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 - 31 dicembre 2016
PUNTEGGIO	5/100 per ASL 6/100 per AO / AOU
NOTE	-

OBIETTIVO 5.2 - Rete Laboratori Analisi – Gare Centralizzate	
SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica e ospedaliera
	<p>Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori di analisi. Attuazione della DGR n° 50-2484 del 23.11.2015 relativa al consolidamento delle analisi ad elevata automazione.</p> <p>Adozione provvedimento deliberativo del Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria sede di laboratorio HUB, in accordo con le altre Aziende sede di laboratori Spoke, contenente l’indizione di gara per almeno un’area diagnostica di grande automazione (ematologia, coagulazione, proteine, area siero).</p> <p>La gara è da intendersi riferita ad almeno una delle forniture in scadenza o in proroga.</p>
INDICATORE	<p>Delibera di indizione gara da parte del Direttore Generale dell’ASR</p> <hr/> <p>Gare da indire di area diagnostica di grande automazione (forniture in scadenza o in proroga)</p>
VALORE DELL’OBIETTIVO	Pubblicazione delibera di indizione gara da parte del Direttore Generale dell’ASR entro il 30/09/2016
FONTE DATI	Trasmissione atto deliberativo
SCALA	0 – 1 (SI/NO)
TRAKING	30 settembre 2016
PUNTEGGIO	5/100 per ASL 6/100 per AO / AOU
NOTE	L’obiettivo viene raggiunto dai Direttori Generali di ASR sede di Laboratorio HUB con l’adozione di specifico atto deliberativo, dai Direttori Generali delle ASR sede di laboratorio Spoke, con la sottoscrizione del capitolato di gara da parte dei propri professionisti delegati a far parte del nucleo tecnico.

OBIETTIVO 6 - PAT	
SETTORE REFERENTE	Assistenza Sanitaria e socio-sanitaria territoriale
<p>Come previsto dalla DGR 12-2021/2015, allegato A, le ASL hanno prodotto nel 2015 il Programma delle attività territoriali-distrettuali (di seguito PAT).</p> <p>Tale Programma, sviluppato in coerenza con gli strumenti di programmazione socio-sanitaria locale previsti dalla L.R. n. 18/2007, deve essere 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.</p> <p>A seguito dell'invio dei PAT da parte delle Aziende è stato avviato un tavolo di lavoro con le Direzioni Sanitarie Aziendali per una ricognizione e standardizzazione dei modelli prodotti che ha permesso di sviluppare uno schema omogeneo di sintesi sulle attività di maggiore impatto previste per l'anno 2016. Tale modello di sintesi è stato redatto per poter consentire il confronto tra realtà territoriali eterogenee e stabilire la loro coerenza con la distribuzione delle risorse assegnate in sede di verifica di bilancio preventivo.</p> <p>Per l'anno 2016 sono state individuati quattro indicatori prioritari rispetto agli indirizzi programmatici Regionali nonché in riferimento alle criticità maggiori rilevate in sede di monitoraggio griglia LEA.</p> <p>Di seguito si elencano gli obiettivi individuati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. progetto rete regionale cure primarie secondo cronoprogramma definito dal coordinamento regionale dei Direttori Sanitari. 2. codice LA 20801 + LA 20806: Assistenza programmata a domicilio (ADI) 3. codice LA 10500a: Copertura vaccinale nei bambini – ciclo base 4. codice LA 10500b: Copertura vaccinale nei bambini – MPR 5. azioni specifiche da Piano Regionale della Prevenzione, che saranno individuate con successivo provvedimento della Direzione Sanità. 	
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione positiva da parte del settore competente dell'Assessorato 2. (anziani >= 65 anni trattati in ADI programmata professionale/ popolazione >=65 anni)*100 3. Bambini vaccinati/coorte nati due anni prima monitorati per 2 anni 4. Bambini vaccinati/coorte nati due anni prima monitorati per 2 anni 5. Azioni implementate/azioni da implementare
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Progetto realizzato e valutato positivamente da parte del settore competente dell'Assessorato 2. ≥ 4 % (valore griglia LEA) 3. Tutte >=95% 4. >=95% 5. 100%
FONTE DATI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documentazione inviata dalle ASR 2. SIAD 3. PIA

	<p>4. PIA</p> <p>5. Documentazione Aziendale</p>
SCALA	<p>1. 0 – 1 (SI/NO)</p> <p>2./3./4. Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2016 tra valore di partenza (anno 2014) e 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. Se il valore di partenza è superiore al valore obiettivo, l'obiettivo è da intendersi in termini di mantenimento.</p> <p>5. 0 – 1 (SI/NO)</p>
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio ▪ 31.12.2016
PUNTEGGIO	10/100 solo ASL
NOTE	<p>Con riferimento all'ADI si riportano le indicazioni presenti nella griglia LEA:</p> <p>Si considerano gli assistiti con prese in carico già aperte al 1 gennaio 2016 o aperte nel corso dello stesso anno, per le quali sia stato inviato almeno un accesso. Sono, inoltre, escluse dal calcolo le prese in carico con CIA 0.</p>

OBIETTIVO 7.1 - Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

SETTORE REFERENTE	Assistenza Specialistica e Ospedaliera
<p>Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.</p> <p>Il fenomeno in oggetto è monitorato nella Griglia LEA, in valutazione da parte del Ministero della Salute. Inoltre il DM 70/2015 ha inserito tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti delle strutture complesse ponendo la soglia del tasso minimo aggiustato di rischio al 60% e un volume minimo di interventi pari a 75/anno.</p> <p>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).</p> <p>L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL.</p>	
INDICATORE	<p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero \leq 2 giorni)</p> <hr/> <p>Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore.</p> <p>L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente.</p> <p>L'indicatore è relativo al protocollo 42 del PNE 2015.</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	▪ Tasso aggiustato \geq 70%
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2016 tra valore di partenza (dato anno 2015) e target regionale (valore obiettivo).</p> <p>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;</p> <p>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>
TRAKING	<ul style="list-style-type: none">▪ Incontri di monitoraggio▪ 31.12.2016
PUNTEGGIO	3/100 per ASL 5/100 per AO / AOU Maggiore della Carità, Città della Salute e della Scienza 8/100 per AOU S.Luigi

NOTE	
-------------	--

OBIETTIVO 7.2 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario

SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica ospedaliera
<p>Numero di tagli cesarei primari per 100 parti.</p> <p>L'indicatore in oggetto è presente nella Griglia LEA, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute. Inoltre il DM 70/2015 ha inserito, in linea con quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni del 16.12.2010, tale indicatore tra quelli in evidenza per il monitoraggio del rapporto tra volumi/esiti dei Punti Nascita (PN) ponendo la soglia del tasso minimo aggiustato di rischio distinto tra Punti Nascita di 1° e di 2° livello. Per l'anno 2016 la Regione effettuerà il monitoraggio ponendo un obiettivo unico per i due livelli di PN nelle more di avviare un monitoraggio più puntuale.</p> <p>L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL.</p>	
INDICATORE	$\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$ <p>L'indicatore è relativo al protocollo 37 del PNE 2015.</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasso aggiustato ≤ 20%
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2016 tra valore di partenza (dato anno 2015) e target regionale (valore obiettivo).</p> <p>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;</p> <p>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>
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio ▪ 31.12.2016
PUNTEGGIO	<p>3/100 per ASL</p> <p>2/100 per ASL TO1, ASL CN1, ASL AL</p> <p>5/100 per AO / AOU</p> <p>6/100 per AO Mauriziano</p>
NOTE	È escluso dalla valutazione dell'indicatore l'AO S. Luigi di Orbassano.

OBIETTIVO 7.3 - Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di ima stemi

SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica ospedaliera
<p>Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni.</p> <p>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).</p> <p>La tempestività dell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di IMA STEMI è cruciale per la sopravvivenza del paziente, deve pertanto essere fatta oggetto di monitoraggio insieme alle altre indicazioni sul percorso del paziente come definito per le reti di patologie tempo dipendenti quali la rete IMA STEMI (DM 70/2015).</p> <p>L'indicatore è espresso in termini di produzione per le AO e di tutela per le ASL.</p>	
INDICATORE	<p>Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni</p> $\frac{\text{Numero di episodi di STEMI con PTCA entro 2 giorni}}{\text{Numero di episodi di STEMI}}$ <p>L'indicatore è relativo al protocollo 95 del PNE 2015.</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasso grezzo > 85%
FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e registro SAE
SCALA	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2016 tra valore di partenza (dato anno 2015) e target regionale (valore obiettivo).</p> <p>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;</p> <p>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>
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoraggio semestrale ▪ 31.12.2016
PUNTEGGIO	<p>3/100 per ASL</p> <p>2/100 per ASL NO</p> <p>5/100 per AO/ AOU Città della Salute e della Scienza e Maggiore della Carità</p> <p>6/100 per AO S. Croce e Carle</p> <p>8/100 per AOU S.Luigi</p>
NOTE	<p>* si evidenzia che per l'anno 2016 non è possibile considerare l'informazione aggiuntiva che verrà avviata già nelle SDO 2016 relativa all'indicazione sull'ora di effettuazione dell'intervento.</p>

OBIETTIVO 8 - Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: Appropriately prescrivibile e riduzione della variabilità

SETTORE REFERENTE	Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica
<p>Dalle analisi condotte dalla Direzione Sanità si rileva un'elevata variabilità dell'incidenza prescrivibile sia a livello di singola azienda che fra i singoli prescrittori. Pertanto l'obiettivo è rivolto al perseguimento di una maggiore appropriatezza prescrivibile nonché al contenimento della variabilità prescrivibile delle categorie sotto descritte e si sostanzia in linea generale in un progressivo avvicinamento al valore espresso dall'Azienda best performer a livello regionale per singola ATC.</p> <p>Gli scostamenti presi in esame riguardano le seguenti categorie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ATC=A02BC (Inibitori della pompa acida) 2. ATC J01(Antibatterici per uso sistemico) 3. ATC=C09C e ATC=C09D (Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina II) 4. ATC=C10AA (Inibitori della HMG CoA reduttasi) 5. ATC=N06A (Antidepressivi) 6. ATC=R03 (Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie). 7. ATC =A10AE04 (Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta) 8. ATC=L03AA (Fattori di stimolazione delle colonie) 9. ATC=B03XA01 (Altri preparati antianemici – Eritropoietina) 10. ATC=L04AB02 (Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa – TNF Alfa -) 11. ATC=H01AC (Somatropina e agonisti della Somatropina) <p>Le ASL sono interessate al raggiungimento dell'obiettivo per tutte le 11 ATC sopra elencate. Le AO sono interessate al raggiungimento dell'obiettivo per le ATC indicate ai numeri 8, 9 e 10. Particolare attenzione sarà osservata rispetto all'attivazione ed al funzionamento dei registri Aifa così come previsto all'art.15, comma 10, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135. Per tutte le specialità medicinali i prezzi di riferimento sono quelli vigenti alla data di estrapolazione dei dati oggetto di informativa da parte della Direzione Sanità regionale alle singole aziende.</p>	
INDICATORE e SCALA	<p>1. Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC)</p> <p>La spesa in regime convenzionale nel 2016 per i farmaci Inibitori di Pompa Acida (ATC A02BC) ha quale riferimento la spesa pro-capite registrata dall'ASR best performer¹. Ogni singola azienda deve ridurre di almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa pro-capite e quella di riferimento ottenendo l'obiettivo di spesa, in valori assoluti, indicato in tabella.</p> <p>2. Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01)</p> <p>La spesa in regime convenzionale nel 2016 per i farmaci Antibatterici per uso sistemico (ATC=J01) ha quale riferimento la spesa per 100 assistibili fatto registrare presso l'ASR best performer². Ogni singola azienda deve ridurre di</p>

¹ Nota Direzione Sanità 17 dicembre 2015 protocollo n. 23.557/A14.000

² Nota Direzione Sanità 29 gennaio 2016 protocollo n. 2.106/A14.000

	<p>almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa per 100 assistibili rispetto a quella di riferimento.</p> <p>3. Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D)</p> <p>La spesa in regime convenzionale nel 2016 per le sostanze ad azione sul sistema Renina-angiotensina II associati e non (ATC=C09C e ATC=C09D) ha quale riferimento il costo medio per confezione registrato presso l'ASR best performer³. Ogni singola azienda deve ridurre di almeno il 70% lo scostamento tra il proprio costo medio per confezione e quello di riferimento.</p> <p>4. Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA)</p> <p>La spesa in regime convenzionale nel 2016 per gli Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC=C10AA) ha quale riferimento il costo medio per confezione fatto registrare presso l'ASR best performer⁴. Ogni singola azienda deve ridurre di almeno il 70% lo scostamento tra il proprio costo medio per confezione e quello di riferimento.</p> <p>5. Antidepressivi (ATC=N06A)</p> <p>La spesa in regime convenzionale nel 2016 per i farmaci Antidepressivi (ATC=N06A) ha quale riferimento la spesa per 100 assistibili fatto registrare presso l'ASR best performer⁵. Ogni singola azienda deve ridurre almeno il 50% lo scostamento tra la propria spesa per 100 assistibili rispetto a quella di riferimento.</p> <p>6. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03A)</p> <p>La spesa in regime convenzionale nel 2016 per le specialità medicinali appartenenti al gruppo dei Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC=R03) ha quale riferimento la spesa per assistibile fatto registrare presso l'ASR best performer⁶. Ogni singola azienda deve ridurre almeno il 70% lo scostamento tra la propria spesa per assistibile e quella di riferimento.</p> <p>7. Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta (ATC =A10AE04)</p> <p>Per ciascuna ASR il raggiungimento dell'obiettivo prevede un consumo dei farmaci aggiudicati con gara 66/2015, rispetto al consumo totale della molecola, uguale o superiore alla media regionale per l'anno 2016. Si intende conseguito l'obiettivo anche nel caso di uno scostamento negativo rispetto alla media entro e non oltre il 10%.</p> <p>8. Fattori di stimolazione delle colonie (ATC=L03AA)⁷</p> <p>Nell'anno 2016 l'incidenza dei consumi, in termini di confezioni erogate, del gruppo L03AA02 sul totale del gruppo L03AA a livello regionale e in ogni ASR deve essere superiore al 95%.</p>
--	--

3 Nota Direzione Sanità 29 dicembre 2015 protocollo n. 24.189/A14.000.

4 Nota Direzione Sanità 2 dicembre 2015 protocollo n. 22.698/A14.000.

5 Nota Direzione Sanità 29 marzo 2016 protocollo n. 7.212/A14.000.

6 Nota Direzione Sanità 29 marzo 2016 protocollo n. 7.211/A14.000.

7 Nota Direzione Sanità 04 aprile 2016 protocollo n. 7.744/A14.000 valevole anche per i seguenti gruppi terapeutici: Altri preparati antianemici (eritropoietina ATC=B03XA); Inibitori del Fattore di necrosi tumorale Alfa-TNF Alfa- (ATC=L04AB); Somatropina e agonisti della Somatropina (ATC=H01AC01).

	<p>9. Altri preparati antianemici (Eritropoietina ATC=B03XA)⁷</p> <p>Nell'anno 2016 l'incidenza dei consumi, in termini di DDD erogate, del gruppo B03XA01 sul totale del gruppo B03XA a livello regionale e in ogni ASR deve essere superiore al 90%.</p> <p>10. Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa – TNF Alfa – (ATC=L04AB)⁷</p> <p>Nell'anno 2016 l'incidenza delle giornate di terapia erogate del gruppo L04AB02 sul totale del gruppo L04AB a livello regionale e in ogni ASR deve essere superiore al 65 %.</p> <p>11. Somatropina e agonisti della Somatropina (ATC=H01AC01)⁷</p> <p>Per ciascuna ASR il raggiungimento dell'obiettivo prevede un consumo dei farmaci aggiudicati con gara 66/2015, rispetto al consumo totale della molecola, uguale o superiore alla media regionale per l'anno 2016. Si intende conseguito l'obiettivo anche nel caso di uno scostamento negativo rispetto alla media entro e non oltre il 10%.</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATC da 1 a 6: Cfr. Tabella allegata ▪ ATC 7 e 11: entro meno 10% media regionale 2016 utilizzo molecola aggiudicata con gara 66/2015 ▪ ATC 8: 95% ▪ ATC 9: 90% ▪ ATC 10: 65%
FONTE DATI	Portale della Tessera Sanitaria
SCALA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATC da 1 a 6: Per ogni singola ATC, il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto nel 2016 tra valore di partenza (spesa pro-capite/costo medio per confezione/spesa per 100 assistibili/spesa per assistibile) e valore obiettivo. <p>Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto;</p> <p>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> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ATC da 7 a 11: 0-1 (SI/NO) <p>Per le ASL ogni sub-obiettivo pesa 1/11; per le AO 1/3</p>
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	<p>10/100 per ASL</p> <p>4/100 per AO / AOU</p>
NOTE	

Segue tabella con valori obiettivo.

Obiettivo 8 – valori obiettivo per ATC da 1 a 6

ATC di riferimento		ATC A02BC	ATC J01	ATC C09C/ATC C09D	ATC C10AA	ATC N06A	ATC R03
Categoria obiettivo		Valore di Spesa	Spesa per 100 assistibili	Costo medio per confezione	Costo medio per confezione	Spesa per 100 assistibili	Spesa per Assistibile
201	TO1	€ 6.934.686	€ 814,16	€ 11,27	€ 11,01	€ 804,78	€ 8,65
202	TO2	€ 5.413.031	€ 819,58	€ 11,23	€ 10,73	€ 735,03	€ 8,85
203	TO3	€ 7.696.971	€ 810,10	€ 11,17	€ 10,84	€ 761,58	€ 8,42
204	TO4	€ 7.449.321	€ 855,82	€ 11,37	€ 10,86	€ 750,12	€ 8,58
205	TO5	€ 3.862.238	€ 780,26	€ 11,17	€ 10,48	€ 826,92	€ 8,14
206	VC	€ 2.286.059	€ 828,27	€ 11,38	€ 10,66	€ 756,98	€ 7,86
207	BI	€ 2.301.318	€ 766,80	€ 11,31	€ 10,78	€ 751,13	€ 8,14
208	NO	€ 4.027.145	€ 760,49	€ 11,27	€ 11,26	€ 704,95	€ 7,87
209	VCO	€ 2.077.986	€ 747,49	€ 11,36	€ 10,55	€ 749,15	€ 8,00
210	CN1	€ 4.341.606	€ 732,57	€ 10,98	€ 10,25	€ 825,32	€ 8,17
211	CN2	€ 1.932.154	€ 821,27	€ 11,09	€ 10,34	€ 865,94	€ 8,01
212	AT	€ 2.559.931	€ 885,03	€ 11,06	€ 10,63	€ 744,41	€ 8,19
213	AL	€ 6.053.583	€ 909,34	€ 11,40	€ 10,86	€ 795,99	€ 8,23

OBIETTIVO 9.1 - Dipartimento funzionale interregionale ed interaziendale di rete oncologica	
SETTORE REFERENTE	Assistenza Specialistica e Ospedaliera
<p>Completa realizzazione di quanto disposto dalla normativa regionale vigente in materia di organizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali nell'ambito del Dipartimento di Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. L'obiettivo si compone di due aree d'intervento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Organizzazione e funzionamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS)</u>. L'organizzazione ed il funzionamento del CAS sono disciplinati dalla D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003 e s.m.i. di approvazione delle linee guida metodologico-organizzative del CAS e del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC). <u>Elaborazione ed approvazione</u> con deliberazione del direttore generale dei PDTA per le singole patologie tumorali 	
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> Organizzazione e funzionamento del CAS Numero di pazienti presi in carico dal CAS/numero di pazienti con accesso all'Azienda Sanitaria con patologia oncologica. PDTA per le singole patologie tumorali N° di PDTA deliberati dall'ASR, firmati da tutti i componenti del GIC, per patologia tumorale/ N° totale di PDTA da deliberare dall'ASR
FONTE DATI	<ol style="list-style-type: none"> SDO e visite CAS codificate come da nomenclatore Deliberazioni dei DG delle ASR inviate al Dipartimento. <p>Per la valutazione dell'obiettivo il settore si avvarrà del supporto del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> Organizzazione e funzionamento del CAS 80% (tale valore è considerato appropriato a fronte del primo anno di inserimento dell'obiettivo in oggetto) PDTA deliberati e inviati al Dipartimento (Nei PDTA devono essere evidenziati sia gli HUB di riferimento per la patologia tumorale del caso, sia il percorso di invio allo stesso.) 100% (riferito a tutte le patologie tumorali per le quali l'ASR risulta essere di riferimento)
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> Organizzazione e funzionamento del CAS L'obiettivo si considera raggiunto al 50% se almeno il 60% dei pazienti con patologia oncologica con accesso all'ASR sono stati presi in carico dal CAS; È raggiunto al 100% se almeno l'80% dei pazienti con patologia oncologica con accesso all'AS sono stati presi in carico dal CAS. PDTA deliberati e inviati al Dipartimento SI/NO (0-1)
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio ▪ 31.12.2016
PUNTEGGIO	4/100
NOTE	

OBIETTIVO 9.2 - Screening Oncologici – Prevenzione Serena

SETTORE REFERENTE	Assistenza specialistica e ospedaliera Prevenzione
<p>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. L'indicatore viene pertanto calcolato come numero di inviti diviso la popolazione target annuale. Analogamente, la copertura da esami viene calcolata come numero di esami di screening eseguiti diviso la popolazione target annuale.</p> <p>Essendo in corso l'implementazione dello screening cervico-vaginale tramite test per l'HPV, per tale screening vengono inclusi tra gli inviti e gli esami sia il pap test che l'HPV.</p> <p>La popolazione target e gli intervalli di screening sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 screening citologico e 5 anni 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). 	
INDICATORE	<p>COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.</p> <p>COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.</p>
FONTE DATI	Banca Dati CSI –CPO-Piemonte
VALORE DELL'OBIETTIVO	Cfr. Tabella, valori attesi.
SCALA	0-1 (SI/NO) per ognuno dei 6 sub-obiettivi. Ogni sub-obiettivo partecipa per 1/6 del punteggio complessivo.
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontro di monitoraggio obiettivi nel mese di settembre 2016 ▪ 31.12.2016
PUNTEGGIO	5/100
NOTE	<p>Gli obiettivi vengono valutati a livello dei sei Programmi di Prevenzione Secondaria dei Tumori cui partecipano tutte le Aziende; i sei programmi si attuano nelle sei aree omogenee di programmazione così come definite dalla DGR 1-600/2014. Se l'obiettivo è stato raggiunto, la valorizzazione riguarda tutti i Direttori Generali delle Aziende che fanno parte del programma, incluse le Aziende Ospedaliere (l'obiettivo non si applica al solo presidio CTO). Infatti, tutte le Aziende di ciascun programma concorrono al raggiungimento degli obiettivi.</p> <p>Gli indicatori descritti sono tra quelli previsti entro il Piano Regionale della Prevenzione.</p>

Obiettivo 9.2- Valori attesi per tipologia di screening e popolazione target

	Atteso
SCREENING MAMMOGRAFICO Età 50-69 anni Copertura Inviti: Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	85%
SCREENING MAMMOGRAFICO Età 50-69 anni Copertura esami: Numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	51%
SCREENING CERVICO-VAGINALE Età 25-64 anni Copertura inviti: Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale (sono conteggiati tra gli inviti sia quelli relativi al pap test che al test per l'HPV primari)	80%
SCREENING CERVICO-VAGINALE Età 25-64 anni Numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale (sono conteggiati tra i test di screening sia i pap test che il test per l'HPV primari)	47%
SCREENING COLO-RETTALE Età 58 anni Copertura inviti: Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	85%
SCREENING COLO-RETTALE Età 58 anni Copertura esami: Numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	40%

OBIETTIVO 10 - Incremento donazioni d'organo	
SETTORE REFERENTE	Assistenza Specialistica e Ospedaliera
<p>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 2016 il numero di donatori di organi e cornee rispetto al 2015.</p> <p>In considerazione della tipologia di attività, si prevede per il 2016 il raggiungimento aziendale dei seguenti obiettivi di governo regionale:</p> <p>1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)</p> <p>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).</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Almeno il 40 % per gli ospedali con neurochirurgia; b. Tra il 20 e il 40 % per gli ospedali senza neurochirurgia; <p>la valutazione del BDI sarà effettuata sugli ultimi tre anni per le rianimazioni con meno di tre diagnosi di ingresso compatibile nell'anno 2016.</p> <p>2. Donatori di Cornee</p> <p>Il numero atteso per il 2016 è il risultato delle seguenti elaborazioni sull'attività svolta nel 2015: numero decessi ospedalieri fra i 5 e i 75 anni valore percentuale ottenuto dal rapporto donatori cornee/ decessi fra i 5 e i 75 anni mediana della percentuale del <i>procurement</i> regionale di cornee (pari all'8%)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Per gli ospedali con una percentuale di donatori cornee 2015 sopra la mediana: numero di donatori di cornee pari a quello ottenuto nel 2015 b. Per gli ospedali con una percentuale di donatori cornee 2015 sotto la mediana: incremento dell'1% della percentuale ottenuta nel 2015 	
INDICATORE	<p>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</p> <p>2. n° esecuzioni prelievo di cornea effettuate nel 2016/ totale decessi ospedalieri del 2015</p>
VALORE DELL'OBIETTIVO	Vedi tabelle seguenti

SCALA	<p>1. Il raggiungimento dell' sub-obiettivo sarà riconosciuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Per gli ospedali con neurochirurgia: SI/NO (0-1) 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; se il valore raggiunto supera il 40 %, l' obiettivo è considerato pienamente raggiunto. <p>2. SI/NO (0-1)</p> <p>Ogni azione pesa, rispetto al punteggio dell' obiettivo, rispettivamente il:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 65%. 2. 35%
FONTE DATI	report CRT annuale
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio obiettivi
PUNTEGGIO	5/100
NOTE	

Obiettivo 10 – Valori obiettivo ASL

ASL - OBIETTIVO INCREMENTO DONAZIONE ORGANI E CORNEE			
		1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)	2. Donatori di Cornee
ASL	Denominazione presidio	2016- atteso	2016 - atteso
TO1	OSPEDALE MARTINI	20 - 40 %	n.16 donatori
TO2	OSPEDALE MARIA VITTORIA	20 - 40 %	n. 11 donatori
TO2	TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	> 40 %	n. 31 donatori
TO3	OSPEDALE CIVILE "E. AGNELLI"	20 - 40 %	n. 7 donatori
TO3	OSPEDALE DEGLI INFERMI	20 - 40 %	n. 9 donatori
TO4	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	20 - 40 %	n. 12 donatori
TO4	OSPEDALE CIVICO DI CHIVASSO	20 - 40 %	n. 9 donatori
TO4	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	20 - 40 %	n. 7 donatori
TO5	OSPEDALE MAGGIORE	20 - 40 %	n. 7 donatori
TO5	OSPEDALE SANTA CROCE	20 - 40 %	n. 2 donatori
VC	OSPEDALE SANT'ANDREA	20 - 40 %	n. 21 donatori
BI	OSP. DEGLI INFERMI DI BIELLA	20 - 40 %	n. 16 donatori
NO	ISTITUTO S.S. TRINITA'-BORGOMANERO	20 - 40 %	n. 4 donatori
VCO	OSPEDALE SAN BIAGIO	20 - 40 %	n. 3 donatori
VCO	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	20 - 40 %	n. 3 donatori
CN1	OSPEDALE DI MONDOVI'	20 - 40 %	n. 8 donatori
CN1	OSP. MAGGIORE S.S. ANNUNZIATA SAVIGLIANO	20 - 40 %	n. 11 donatori
CN2	OSPEDALE SAN LAZZARO- ALBA	20 - 40 %	n. 14 donatori
AT	PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	20 - 40 %	n. 10 donatori
AL	OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE	20 - 40 %	n. 15 donatori
AL	OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	20 - 40 %	n. 7 donatori
AL	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	20 - 40 %	n. 6 donatori
AL	OSP. MONS. GIOVANNI GALLIANO ACQUI T.ME	20 - 40 %	n. 6 donatori

Obiettivo 10 – Valori obiettivo AO / AOU

AO / AOU - OBIETTIVO INCREMENTO DONAZIONE ORGANI E CORNEE			
		1. Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)	2. Donatori di Cornee
AO / AOU	Denominazione presidio	2016 - atteso	2016- atteso
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	> 40 %	n. 10 donatori
	OSP. INFANTILE REGINA MARGHERITA	> 40 %	n. 1 donatore
	OSPEDALE S. ANNA	20 - 40 %	n. 1 donatore
	OSP. S. GIOV. BATTISTA MOLINETTE	> 40 %	n. 83 donatori
AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	OSP. CIVILE SS. ANTONIO E BIAGIO	> 40 %	n. 35 donatori
AO ORDINE MAURIZIANO	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I-TORINO	20 - 40 %	n. 18 donatori
AO S. CROCE E CARLE	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	> 40 %	n. 11 donatori
AOU S. LUIGI GONZAGA	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITA' S. LUIGI	20 - 40 %	n. 25 donatori
AOU MAGGIORE DELLA CARITA' NOVARA	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	> 40 %	n. 25 donatori

OBIETTIVO 11 - Rispetto della normativa Antincendio e Antisismica	
SETTORE REFERENTE	Logistica Edilizia Sanitaria
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avvio dell'analisi di vulnerabilità sismica per i padiglioni/blocchi dei PP.OO. Aziendali considerati "assolutamente necessari" a garantire le prestazioni sanitarie in caso di sisma (blocchi operatori, DEA, chirurgia d'urgenza, attività diagnostiche). 2. Rispetto del D.M. 19 marzo 2015 (G.U. 70 del 25 marzo 2015) per tutte le strutture sanitarie esistenti.
INDICATORI	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Antisismica</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presenza di planimetrie e relazione tecnica con la definizione delle tipologie architettoniche e l'analisi dimensionale delle strutture per i padiglioni/blocchi dei PP.OO. Aziendali considerati assolutamente necessari a garantire le prestazioni sanitarie in caso di sisma (blocchi operatori, DEA, chirurgia d'urgenza, attività diagnostiche). 2. <u>Antincendio</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nomina del Responsabile tecnico della sicurezza antincendio (RTSA), ▪ Adozione di un Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA). ▪ Predisposizione degli atti tecnici previsti dal D.M. 19 marzo 2015.
FONTE DATI	Documentazione inviata al settore competente della Direzione Regionale Sanità
VALORE DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Antisismica</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% 2. <u>Antincendio</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100%
SCALA	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Antisismica</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0-1 (SI/NO) 2. <u>Antincendio</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0-1 (SI/NO)
TRAKING	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incontri di monitoraggio ▪ 31.12.2016
PUNTEGGIO	3/100
NOTE	Per questo obiettivo sia il settore referente che le ASR potranno avvalersi del supporto del Coordinamento antincendio e antisismico regionale in capo all'ASLTO5.