

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO
Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo
C.F. 00115590671

Direttore Generale: Avv. Roberto Fagnano

Deliberazione n **0909** 12 LUG. 2017

COORDINAMENTO ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

OGGETTO: Attivazione Nucleo Operativo di Controllo Assistenziale Territoriale (NOCAT) per la pianificazione, il monitoraggio ed il controllo delle attività di Assistenza Domiciliare.

Data 30.06.17 Firma *[Signature]*
Il Responsabile dell'istruttoria
Dott.ssa Sabina Pelusi

Data 30.06.17 Firma *[Signature]*
Il Responsabile del procedimento
Dott.ssa Sabina Pelusi

Il Direttore della U.O.C. proponente con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Data 30.06.17 Firma _____
VISTO: Il Direttore del Dipartimento
Coordinamento Assistenza Sanitaria Territoriale
Dott. Valerio Filippo Profeta

Data 30.06.17 Firma _____
Il Direttore UOC Coord. Amm.vo Strutt. Distrett. Area Assistenza
Dott. Francesco Baiocchi

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

favorevole

Data 12/7/17



~~non favorevole~~
(con motivazioni ~~allegata~~ al presente atto)

Firma *[Signature]*
Il Direttore Amministrativo: Dott. Maurizio Di Giosia

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

favorevole

Data 12/7/2017



~~non favorevole~~
(con motivazioni ~~allegata~~ al presente atto)

Firma *[Signature]*
Il Direttore Sanitario:
Il Direttore Sanitario: Dott.ssa Maria Mattucci

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO
Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo
C.F. 00115590671

Direttore Generale: Avv. Roberto Fagnano

IL DIRETTORE COORDINAMENTO ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

VISTA la Deliberazione n. 1395 del 30.11.2016, avente ad oggetto: *“Recepimento aggiudicazione definitiva gara d'appalto a procedura aperta per l'affidamento del servizio di erogazione cure domiciliari nel territorio delle ASL della Regione Abruzzo - Lotto 4 ASL Teramo C.I.G. derivato 68740093AD - servizio di assistenza integrata (ADI), riabilitazione e fisioterapia domiciliare - provvedimenti fino al 31.12.2016”*;

VISTA la Deliberazione n. 283 del 23.03.2017, avente ad oggetto: *“Contratto d'appalto relativo al servizio di erogazione cure domiciliari nel territorio delle ASL della Regione Abruzzo - Lotto 4 ASL Teramo - C.I.G. derivato 68740093AD”*;

ATTESO che il sistema delle Cure Domiciliari costituisce livello essenziale di assistenza (LEA);

ATTESO, altresì, che sulla base della nuova definizione del servizio di erogazione delle prestazioni di cure domiciliari - assegnato, con le precitate deliberazioni, al Consorzio aggiudicatario di gara -, risulta necessario garantire le prestazioni domiciliari che costituiscono LEA, in linea con le modalità operative definite dal Piano Sanitario Nazionale;

ATTESO, inoltre, che è intenzione di questa ASL, procedere alla sperimentazione di un Progetto per *“Fragilità - Cronicità - Accompagnamento”* - allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale -, quale percorso multidisciplinare di presa in carico - Infermiere Case Manager Responsabile Percorso Clinico-Assistenziale, MMG - Specialistica;

RISCONTRATO che, gli ultimi Piani Sanitari Nazionali, riconoscono alle patologie croniche un particolare rilievo per l'impatto sia sanitario che sociale e si impegnano a favorire il miglioramento continuo e la costante verifica della qualità dell'assistenza della persona con malattia cronica, gestita sul territorio;

RISCONTRATO, inoltre, che la gestione e la cura dei pazienti con cronicità, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità ed al miglioramento della qualità della vita;

ACCERTATO che, al fine di garantire la migliore gestione e l'armonizzazione delle cure, occorre la definizione di percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente a lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari, a livello domiciliare;

ACCERTATO che, sulla base di quanto sopra rappresentato, nel sistema di gestione delle cure domiciliari e di sperimentazione del progetto per *“fragilità - cronicità - accompagnamento”*, si evidenzia la necessità di istituire un Nucleo Operativo di Controllo delle Attività Territoriali, con funzione di Pianificazione, Monitoraggio e Controllo delle prestazioni ADI e del Progetto Sperimentale sopraccitato;

RILEVATE, al fine della costituzione del Nucleo sopracitato, le professioni sanitarie disponibili in ambito territoriale e l'esperienza acquisita nell'ambito della gestione progettuale, nelle seguenti figure competenti:

- Pannelli Luciano – Infermiere
- Zenobi Emanuela – Infermiere
- Cefi Anna – Terapista Riabilitazione;
- Assistente Sociale da individuare

RILEVATO, altresì, di dover demandare la funzione di Coordinamento dell'attività del Nucleo Operativo di Controllo delle Attività Territoriali al Direttore Coordinamento Assistenza Sanitaria Territoriale Dr. Valerio Profeta ed alla Direzione delle Professioni Sanitarie Dr. Giovanni Muttillo e Dr. Gaetano Sorrentino;

RILEVATO, infine, che le attività rese dal precitato NOCAT, non potranno prevedere oneri aggiuntivi a carico di questa ASL;

RITENUTO, di istituire il precitato Nucleo Operativo di Controllo per le Attività Territoriali, al fine della pianificazione, monitoraggio e controllo delle attività dirette alle cure domiciliari e recepire il progetto/percorso multidisciplinare di presa in carico, allegato al presente provvedimento presentato dal gruppo proponente;

RAVVISATA l'urgenza di adozione del presente atto, al fine di procedere ad una migliore organizzazione delle procedure di monitoraggio e programmazione dei servizi richiamati;

VISTO il D.Lvo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il D.Lvo 30 luglio 1999, n.286;

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa;

1. **ISTITUIRE** il Nucleo Operativo di Controllo delle Attività Territoriali (NOCAT), per le attività di Pianificazione, Monitoraggio e Controllo delle attività di Assistenza Domiciliare Integrata e del Progetto per la gestione delle "fragilità - cronicità - accompagnamento", il quale allegato al presente provvedimento forma parte integrante e sostanziale;
2. **STABILIRE**, sulla base delle esperienze professionali maturate, che il NOCAT sarà costituito dal seguente personale dipendente:
 - Pannelli Luciano – Infermiere
 - Zenobi Emanuela – Infermiere
 - Cefi Anna – Terapista Riabilitazione;
 - Assistente Sociale da individuare
3. **STABILIRE**, altresì, che la funzione di Coordinamento dell'attività del NOCAT sarà demandata al Direttore del Coordinamento Attività Territoriali Dr. Valerio Profeta ed alla Direzione delle Professioni Sanitarie Dr. Giovanni Muttillo e Dr. Gaetano Sorrentino;
4. **RECEPIRE** l'allegato Progetto Sperimentale, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento; denominato: "*Progetto Fragilità – Cronicità – Accompagnamento: Percorso Multidisciplinare di presa in carico infermiere case manager responsabile percorso clinico-assistenziale, MMG – Specialistica*";

5. **PRECISARE** che per le attività rese dal precitato NOCAT, non saranno previsti oneri aggiuntivi a carico di questa ASL e che da tale provvedimento non derivano prenotazioni di spesa.
6. **DICHIARARE** il presente atto immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto:

- che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, ha attestato che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è, nella forma e nella sostanza, legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche;
- che il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso formalmente parere favorevole

DELIBERA

- di approvare e far propria la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata.



IL DIRETTORE GENERALE

Avv. Roberto Fagnano

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Roberto Fagnano".

Allegato

**PROGETTO
FRAGILITA' - CRONICITA' - ACCOMPAGNAMENTO**

**PERCORSO MULTIDISCIPLINARE DI PRESA IN CARICO
INFERMIERE CASE MANAGER RESPONSABILE PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE,
MMG - SPECIALISTICA**

OGGETTO: Pianificazione monitoraggio e controllo delle attività di assistenza domiciliare integrata – attivazione Nucleo Operativo di Controllo Assistenziale Territoriale NOCAT.

PREMESSA:

Gli ultimi Piani Sanitari Nazionali, riconoscono alle patologie croniche un particolare rilievo per l'impatto sia sanitario che sociale e si impegnano a favorire il miglioramento continuo e la costante verifica della qualità dell'assistenza della persona con malattia cronica;

I dati indicano inoltre come all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. Inoltre si è osservato che le disuguaglianze sociali sono uno dei fattori più importanti nel determinare le condizioni di salute.

Quindi la presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del persona nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura.

Inoltre, la prescrizione di trattamenti farmacologici multipli, spesso di lunga durata e somministrati con schemi terapeutici complessi e di difficile gestione, può ridurre la compliance, aumentare il rischio di prescrizioni inappropriate, interazioni farmacologiche e reazioni avverse.

Infine, questi pazienti hanno un rischio maggiore di outcome negativi, quali aumento della morbilità, aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione, aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, peggiore qualità di vita e aumento della mortalità

Anche il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) del 15/9/2016 evidenzia la necessità di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.

La cronicità, infine, è associata al declino di aspetti della vita come l'autonomia, la mobilità, la capacità funzionale e la vita di relazione con conseguente aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità. Secondo dati ISTAT, due milioni 600 mila persone vivono in condizione di disabilità in Italia (4,8 % della popolazione, totale, 44,5 % nella fascia di età >80 anni) e ciò testimonia una trasformazione radicale nell'epidemiologia del nostro Paese.

Tale progetto rappresenta anche il presupposto di una sperimentazione pilota di Infermieristica di Famiglia e di Comunità dedicata specificamente agli ultrasessantacinquenni e particolarmente valida nella definizione di interventi proattivi di gestione delle cronicità (rif. "Il Piano Nazionale delle Cronicità", 2016) nella promozione di attività di comunità che concorrono alla prevenzione e alla tutela della salute.

UNA NUOVA GEOGRAFIA DEI SERVIZI:

IL MODELLO ORGANIZZATIVO INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO - PRESA IN CARICO

L'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso il riequilibrio cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.

La sfida alla cronicità è una "sfida di sistema" che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita.

Tale orientamento è in linea con quanto previsto dal Regolamento n. 70 del 2 aprile 2015 recante la definizione degli standard ospedalieri. Il regolamento prevede che le iniziative di continuità ospedale territorio possano anche prevedere la disponibilità di strutture intermedie, la gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, Ospedali di Comunità per particolari ambiti clinici-assistenziali, centri di comunità /poliambulatori/ambulatori infermieristici, centro servizi gestite anche da case manager afferente al profilo infermieristico.

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.



Il Modello intende promuovere anche un'evoluzione verso la cosiddetta "Value Based Medicine", vale a dire verso una medicina efficace ma sostenibile sia in termini economici (in grado di conciliare l'aumento dei costi associato all'innovazione con la necessità delle cure) sia in termini di valori individuali e sociali (in grado di conciliare le linee guida EBM – EBN con gli effettivi bisogni/valori del paziente e della comunità territoriale in cui vive). Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.).

SCOPO

- Valorizzare l'assistenza domiciliare programmata, erogata secondo criteri e modalità operative definiti dal piano sanitario nazionale, costituisce livello essenziale di assistenza LEA.
 - Riconoscere che l'assistenza domiciliare territoriale è realizzata mediante l'integrazione socio-sanitaria delle diverse figure professionali, assicurando al domicilio del paziente le attività di assistenza in base a piani assistenziale ed educativi individuali.
 - Collaborare a promuovere il cambiamento culturale e organizzativo collegato al nuovo Atto Aziendale) del personale infermieristico del ASL TE.
 - Proporre la progettazione organizzativa che riguardano i Gestori ASI - DSB, finalizzate alla concreta attuazione del nuovo assetto organizzativo del Sistema Sociosanitario: Gestori-DSB PS - ASL – TE.
 - Mettere a sistema le esperienze infermieristiche nella presa in carico, Creg, centrali operative, telemedicina.
 - Contribuire alla implementazione dei Centri servizi e dei modelli di Patto di cura e di Piano assistenziale individuale.
 - Proporre gli indicatori di monitoraggio e valutazione dei percorsi.
 - Collaborare alla raccolta e identificazione dei fabbisogni formativi e dei percorsi per il personale Infermieristico
 - Promuovere la qualificazione della professione infermieristica e proposte di sviluppo di modelli organizzativi che valorizzino il ruolo dell'infermiere come professionista sanitario della presa in carico (compresi i gestori della domanda).
- **Che lo scopo della riorganizzazione della rete territoriale è quella di:**
1. dare una risposta adeguata ai bisogni di salute,
 2. evitare ricoveri ospedalieri impropri,
 3. mantenere il paziente nel proprio ambiente di vita,
 4. garantire continuità assistenziale e integrazione dell'assistenza,
 5. potenziare l'empowerment del paziente e della rete familiare con formazione e informazione ed educazione sanitaria.
- **Pertanto il percorso del paziente con patologia cronica:**
- deve essere pianificato nel lungo periodo e gestito in modo proattivo e differenziato, per rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni specifici e prevenire l'insorgenza di complicanze evitabili;

Azioni:

- ▶ traduzione delle prestazioni infermieristiche e/o riabilitative racchiuse all'interno dei singoli P.A.I., provenienti dalle diverse aree distrettuali, nel corrispettivo pacchetto assistenziale suddiviso in tre livelli di complessità, bassa, media, alta/intensità. Il pacchetto definito determina il livello di complessità del piano stesso, oltre al livello economico.

Condizioni organizzative:

- ▶ I piani assistenziali pervengono ad un indirizzo di *posta elettronica* specificamente creato per la centrale operativa di controllo.
- ▶ Per la definizione del livello di complessità del P.A.I. si utilizzano gli indicatori contenuti nel tabulato regionale.
- ▶ La tracciabilità delle prestazioni e il corrispettivo livello di complessità attribuito, avviene momentaneamente attraverso un doppio registro elettronico formato excel (uno per la cooperativa ed uno per l'azienda ASL al fine di avere un doppio riscontro).
- ▶ La creazione di una cartella condivisa (contenenti i registri elettronici) nella rete aziendale permette di visionare i dati nelle diverse aree distrettuali.

Strumenti utilizzati:

un registro dati elettronico formato excel, una cartella condivisa nella rete aziendale, un indirizzo di posta elettronica specifica per la centrale operativa, tabulato regionale con gli indicatori per determinare il livello di complessità.

Risorse umane: n° 2 INFERMIERE 1 FISIOTERAPISTA N. 1 ASSISTENTE SOCIALE.

Tempo: 18 ore settimanali per professionista.

Frequenza: valutazione monitoraggio e controlli a campione, almeno 2 uscita settimanale per ciascun servizio interessato.

INDICATORI

- N. 200 valutazioni e controllo sul rapporto tempo assegnato, definito dal pacchetto assistenziale) / tempo impiegato dall'operatore, tipologia di prestazioni erogate dall'operatore / tipologia di prestazioni prescritte dal P.A.I., tempo che intercorre tra l'attivazione del P.A.I. / erogazione della prestazione
- Presenza di audit organizzativi con le sedi periferiche (n 16 audit annuali) con stesura verbali.
- Rispondenza del PAI ai requisiti dei documenti regionali, (puntuale compilazione Cartella congiunta / integrata multidisciplinare) controllo a campione su 120 cartelle annuali infermieristiche e 80 riabilitative;
- Presenza riunioni col DEC e figure amministrative (6 annuali).
- Corretta e precisa compilazione cartella informatizzata ON-LINE, data base appositamente organizzato per raccogliere tutti i dati clinici del pz. attraverso il collegamento con il server centrale aziendale (programma Caribel)
- N. pz. precocità della presa in carico ASSISTENZIALE: entro 1-3 giorni;
- Rilevamento soddisfazione utenti con somministrazione questionari di gradimento (almeno 200 per attività infermieristiche e 90 per attività riabilitative);
- indicatori di percorso - efficacia, controllo a campione dei criteri di qualità definiti nel PAI e nel PRI.

Gruppo proponente:

Dr Valerio Profeta
Dr.ssa Anna Ceci
Dr. Luciano pannelli
Dr.ssa Emanuela Zenobi
Dr. Gaetano Sorrentino
Dr. Giovanni Mutillo

Della sujestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno **13 LUG. 2017** con prot. n. **2245/17** all'Albo informatico della ASL per rimanervi 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

La sujestesa deliberazione diverrà esecutiva a far data dal quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione.

La sujestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile"



Firma *[Signature]*
Il Funzionario preposto alla pubblicazione

La trasmissione al Collegio Sindacale è assolta mediante pubblicazione sull'Albo Aziendale.

Per l'esecuzione (E) ovvero per opportuna conoscenza (C) trasmessa a:

Coordinamenti/Dipartimenti e Distretti		Unità Operative		Staff	
Coordinamento di Staff	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Acquisizione Beni e Servizi	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOC Affari Generali	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Amministrativo	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOC Controllo di gestione	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Fisico Tecnico Informatico	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Gestione del Personale	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOC Formazione Aggiornamento e Qualità	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Coordinamento Responsabili dei PP.OO.	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Programmazione e Gestione Economico Finanziaria	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOC Medicina Legale	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Coordinamento Assistenza Sanitaria Territoriale	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Sistemi Informativi Aziendali	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOSD Ufficio Relazioni con il Pubblico	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Emergenza e Accettazione	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Direzione Amm.va PP.OO.	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Cardio-Vascolare	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Direzione Presidio Ospedaliero di Teramo	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	UOSD Liste di attesa e CUP	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Discipline Mediche	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Direzione Presidio Ospedaliero di Atri	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	altre Funzioni di Staff	
Dipartimento Discipline Chirurgiche	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Direzione Presidio Ospedaliero di Giulianova	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Gestione del Rischio	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento dei Servizi	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Direzione Presidio Ospedaliero di Sant'Omero	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Relazioni Sindacali	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Tecnologie Pesanti	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Servizio Farmaceutico territoriale	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Ufficio Infermieristico	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento di Salute Mentale	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Farmacia Ospedaliera di	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Organismo indipendente di valutazione	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento di Prevenzione	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	U.O. di	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Ufficio Procedimenti Disciplinari	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Dipartimento Materno-Infantile	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C	Comitato Unico di Garanzia	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Distretto di	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C