

IL DIRETTORE SANITARIO

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 16 dicembre 1997, n. 7878 “Linee guida per l’organizzazione ed il potenziamento dei servizi distrettuali di assistenza domiciliare”;

VISTO il D.P.C.M 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

VISTO l’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con Medici di Medicina Generale del 23 marzo 2005 e s.m.i.;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 21 aprile 2006, n. 229 “Atto di recepimento dell’accordo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, in attuazione dell’ACN, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa della “conferenza Stato-Regioni”;

VISTA la legge 8 novembre 2000, n.328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

PRESO ATTO dell’intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la salute – per gli anni 2010-2012 – con particolare riferimento all’art.9 che prevede la promozione di una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali nei confronti di pazienti anziani e di altri soggetti non autosufficienti, l’agevolazione di processi di deospedalizzazione, nonché l’adozione di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA, in merito alla dotazione di posti letto di residenzialità e semiresidenzialità delle strutture, oltre che l’organizzazione dell’assistenza domiciliare;

VISTA l’Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016;

ATTESO che tra gli obiettivi specifici individuati dal Piano di rientro e nei Programmi Operativi per il 2010 risultano individuate anche le misure e le iniziative da assumere ai fini della riduzione della spesa sanitaria e del raggiungimento di una maggiore appropriatezza delle prestazioni;

CONSIDERATO il decreto commissariale n. U00247/2014 “programmi operativi per il triennio 2013-2015 nell’ambito dell’assistenza territoriale per persone non autosufficienti, anche anziane”;

TENUTO CONTO del decreto commissariale n. U00448/2014 “Piano Nazionale Demenze – strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”;

TENUTO CONTO del Piano Nazionale della Cronicità (Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria; prot N 0021622 del 21 luglio 2016);

VISTO il DCA 4 luglio 2013, n. 313 “ Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale. DM 18.10.2012”;

VISTO il DCA n. U00247 de l 25 luglio 2014 con il quale si è proceduto all'adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013/2015, Punto 3, INTERVENTO I - Cure primarie e Rete Territoriale che, in riferimento alla presa in carico della popolazione con patologie croniche prevede l'individuazione dei percorsi per la cronicità e l'implementazione di PDTA sperimentali per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), diabete, scompenso cardiaco e gestione del paziente in trattamento con anticoagulanti orali (TAO);

VISTO il DCA 4 novembre 2014 , n. 376 "Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa, in attuazione del protocollo d'Intesa del 23 luglio 2014. Atto di recepimento dell'accordo con i medici di medicina generale" in parti colare l'art. 8 "Presa in carico dei pazienti cronici" ed il relativo allegato 2, che al punto 2.a prevede "Prestazioni previste dal PDTA regionale - farmaci - esami - presidi sanitari";

VISTO il DCA 7 ottobre 2015, n. 474 "Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo" nel quale viene preso atto sia delle Linee d'indirizzo relative a:

Broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO)

Scompenso cardiaco

Terapia anticoagulante (TAO)

Diabete

nonché del percorso attuativo relativo alla presa in carico dei pazienti cronici che prevede l'invito attivo ai pazienti eleggibili nel percorso;

CONSIDERATO che l'inserimento proattivo del paziente cronico in un PDTA comporta, come riportato nella letteratura scientifica (Chronic Care Model), evidenti vantaggi in termini di efficienza ed efficacia degli interventi, miglioramento della qualità assistenziale e contenimento dei costi;

RITENUTO che nelle attribuzioni della Direzione Sanitaria rientra l'elaborazione di proposte organizzative e di processo per gli ambiti e strutture di afferenza;

PRESO ATTO che nell'ultimo semestre 2017 è stato attuato in via sperimentale il modello organizzativo aziendale di attuazione-presa in carico dei PDTA;

PRESO ATTO che al 31 marzo 2018 risultano, nel sistema informativo del ReCup Aziendale, attivi nelle tre sedi di erogazione n.185 PDTA (BPCO e diabete B1 – B2);

PROPONE

Per i motivi in narrativa e che si intendono integralmente riportati

- Di approvare il documento "**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE** - Diagramma di flusso delle attività - attivazione PDTA Diabete e BPCO" allegato al presente atto e di cui ne fa parte integrante;
- Di dare mandato agli AA.GG. di notificare il presente atto ai Direttori dei Distretti Sanitari, del Poli Ospedalieri ed alla UOC Alpi ReCup e Specialistica Ambulatoriale;

IL DIRETTORE GENERALE

LETTA E VALUTATA la sopra esposta proposta di delibera, presentata dal Direttore Sanitario;

SENTITO il Direttore Amministrativo che ha espresso parere favorevole all'adozione del presente atto;

DELIBERA

- Di approvare la deliberazione avente per oggetto: “Approvazione **PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE** - Diagramma di flusso delle attività – attivazione PDTA Diabete e BPCO ” allegato al presente atto e di cui ne fa parte integrante;
- Di dare mandato agli AA.GG. di notificare il presente atto ai Direttori dei Distretti Sanitari, del Poli Ospedalieri, alla UOC Alpi ReCup e Specialistica Ambulatoriale ed al Dirigente Professioni Infermieristiche;
- Di dichiarare che il presente provvedimento è immediatamente eseguibile, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Narciso Mostarda)



PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITA'

Scenario

“Progress Monitor - 2017” è il documento dell’Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che monitora gli sforzi (e i risultati) che i singoli Paesi stanno mettendo in campo per contrastare le malattie croniche (patologie cardiovascolari, respiratorie, cancro e diabete) responsabili, ogni anno, di 15 milioni di morti in tutto il mondo. Il report fornisce i dati su 19 indicatori misurati nei 194 Paesi membri dell’Oms. Numerosi i progressi rispetto al 2015, tra questi: 93 Paesi hanno fissato obiettivi nazionali per contrastare le malattie croniche (nel 2015 erano 59); 90 Paesi hanno realizzato linee guida per la gestione delle 4 principali malattie croniche (nel 2015 erano 50); 100 Paesi hanno realizzato campagne di promozione dell’attività fisica; solo 6 Paesi (di cui 5 africani) non hanno raggiunto nessuno degli indicatori (nel 2015 erano 14). Buone notizie che non devono però farci dimenticare che rimane ancora molto lavoro da fare nel contrasto alle malattie croniche nei singoli Paesi.

Le malattie croniche sono causa di morte per 40 milioni di persone ogni anno (circa il 70% di tutti i decessi a livello globale). Il numero maggiore di decessi è dovuto alle malattie cardiovascolari (17,7 milioni di persone), seguite dai tumori (8,8 milioni), dalle malattie respiratorie (3,9 milioni) e dal diabete (1,6 milioni). L’87% dei decessi avviene nei Paesi a basso-medio reddito.

CHRODIS (**Addressing Chronic Disease and Healthy Ageing across the Life Cycle** (la *Joint Action* (JA) è una sezione europea dedicata alle malattie croniche e alla promozione dell’invecchiamento “in salute” nel corso della vita. Nella sua introduzione, Zsuzsanna Jakab (Direttore dell’Oms Europa) ha sottolineato l’importanza, al fine di ridurre il peso delle patologie non trasmissibili, di un approccio *life course*, di ambienti favorevoli e sistemi sanitari centrati sulle persone, proprio come evidenziato anche dai risultati di CHRODIS. Molti sono infatti i collegamenti potenziali tra l’Action Plan europeo dell’Oms per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche (adottato dagli Stati membri nel 2016) e la JA. Tra questi: l’impegno per migliorare la prevenzione, la gestione e la cura; interventi evidence based a livello di popolazione e individuale; il rafforzamento delle capacità e supporto ai *policy maker*; ecc.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l’ipertensione, la glicemia elevata, l’eccesso di colesterolo e l’obesità. Ci sono poi fattori di rischio che non si possono modificare, come l’età o la predisposizione genetica. Nel loro insieme questi

fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo e in entrambi i sessi.

Le malattie croniche, però, sono legate anche a determinanti impliciti, spesso definiti come “cause delle cause”, un riflesso delle principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali: la globalizzazione, l’urbanizzazione, l’invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.

Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche particolarmente invalidanti. Per esprimere quantitativamente l’impatto di una malattia sulla salute si utilizza una particolare unità di misura, gli anni di vita persi a causa della disabilità (Daly, Disability Adjusted Life Year). Daly è pari alla somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in malattia piuttosto che in salute.

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA): note introduttive

In ambito sanitario, il trattamento di un problema di salute richiede frequentemente il contributo di più attori all’interno di un sistema inter-professionale, inter-disciplinare e multi-disciplinare. La complessità di un sistema, così organizzato, può creare condizioni favorevoli alla variabilità, i difetti di congruità, continuità ed integrazione della cura, tutte condizioni che facilitano la possibilità di errore. L’approccio per processi, insito nella strutturazione di un “*percorso diagnostico terapeutico assistenziale*”, permette di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili, permette il confronto “*benchmarking*” e la misura delle attività e degli esiti con indicatori specifici, conducendo al miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza di ogni intervento. La costruzione di un processo tecnico-gestionale, nel senso compiuto di “percorso”, definisce gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento, garantisce chiarezza delle informazioni all’utente e chiarezza dei compiti agli operatori, aiuta a migliorare la costanza, la riproducibilità e l’uniformità delle prestazioni erogate e, nel contempo, aiuta a prevedere e quindi ridurre l’evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti. Il valore aggiunto dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali è insito nella valorizzazione dell’esito “*outcome*” come obiettivo e non tanto come prodotto, nel coinvolgimento multidisciplinare, che consente lo scambio di informazioni e la comprensione dei ruoli.

Condividere un percorso diagnostico terapeutico assistenziale non vuol dire comunque perdere autonomia e flessibilità, bensì utilizzare uno strumento che supporti lo svolgimento dei compiti e che sia d’aiuto in caso di contenzioso, con un costante adattamento alla realtà specifica ed una costante verifica degli aggiornamenti e dei miglioramenti.

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA): definizione dei termini

La scelta di utilizzare l'espressione di "*percorso diagnostico terapeutico assistenziale*" per definire la tematica in esame è stata orientata da due fondamentali motivazioni:

1) il termine "percorso", più di altri termini, rende ragione sia dell'esperienza del cittadino/paziente, sia dell'impatto organizzativo che lo strumento dei PDTA può avere nella realtà aziendale che lo utilizza.

2) i termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" consentono di affermare la prospettiva della presa in carico attiva e totale - dalla prevenzione alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute, per la gestione del quale, spesso, diventano necessari interventi multi professionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

In tal senso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali rappresentano la contestualizzazione di Linee Guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria, tenute presenti le risorse ivi disponibili. I PDTA sono quindi modelli locali che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità. I PDTA sono, in pratica, strumenti che permettono all'azienda sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione. Quando si costruisce un PDTA risulta fondamentale indicare il suo ambito di estensione, qualificandolo PDTA territoriale.

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA): le categorie assistenziali

Nella descrizione e/o costruzione di un PDTA, nell'ottica della personalizzazione dell'assistenza e delle cure al singolo paziente può essere di grande aiuto fare riferimento alle categorie assistenziali proposte dalla JOINT COMMISSION e dall'esperienza del TriHealth. Queste categorie, in tutto sono nove:

- valutazione dei pazienti** (quali informazioni è utile rilevare e come acquisirle);
- educazione del paziente e/o della famiglia** (intendendo sia le informazioni da fornire sia le attività specifiche di educazione terapeutica);
- pianificazione del percorso ed eventualmente della dimissione** (il diagramma non è una sequenza casuale di attività; la sequenza va pianificata ottimizzando tempi e risorse non solo dell'organizzazione, ma soprattutto del paziente e dei suoi bisogni sanitari e sociali);

- esami** (indicazione di tutti gli esami di diagnostica strumentale, di laboratorio e di immagine che, sulla base delle raccomandazioni di provata efficacia, risultano indispensabili per la valutazione ed il monitoraggio con particolare attenzione alle problematiche di appropriatezza) ;
- interventi, procedure** (indicare quali interventi sanitari e non solo risultano necessari e, se il gruppo lo ritiene utile, quali istruzioni o procedure è importante redigere);
- consulenze** (indicare quali consulenze specialistiche è opportuno richiedere per migliorare l'esito finale dell'intervento, prestazione, attività);
- terapia**;
- nutrizione** (se, rispetto alla patologia, è importante fare il punto sull'aspetto nutrizionale, quest'aspetto deve essere formalizzato);
- attività e sicurezza del paziente** (indicare tutto ciò che è necessario predisporre affinché venga garantita la sicurezza del paziente).

Le diverse attività si intendono erogate con risorse specialistiche individuate nelle sedi che l'azienda ha delineato come sedi Hub (Rocca Priora, Ariccia, Anzio). Per le prestazioni specialistiche secondo check list si farà riferimento alla disponibilità della quota oraria dell'agenda di prenotazione dei "percorsi interni".

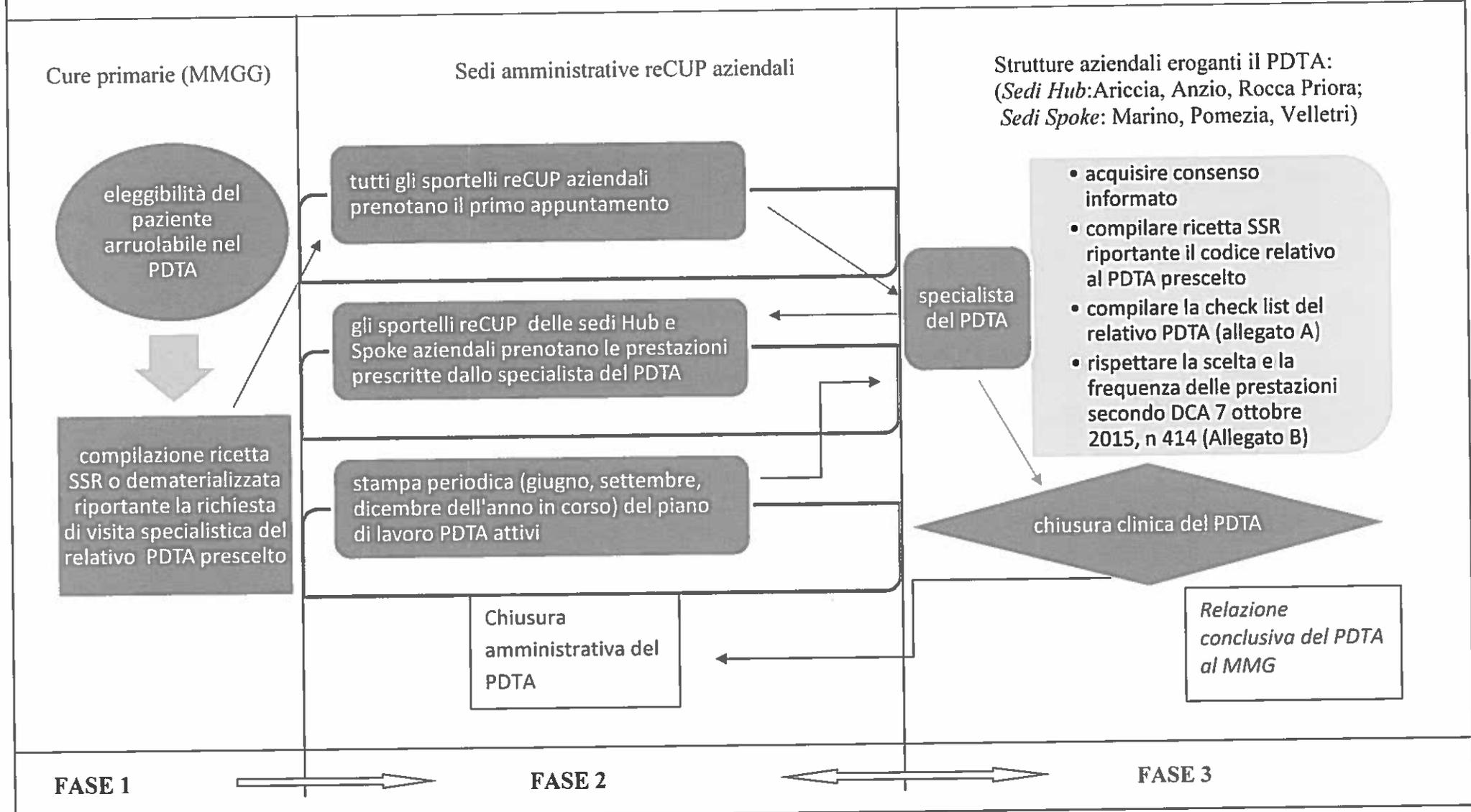
Seguirà in un secondo momento una più larga diffusione aziendale del modello. Questo al fine di promuovere una corretta conoscenza della procedura e quindi una corretta applicazione della stessa, un periodico monitoraggio delle attività, l'avvio verso procedure per il riconoscimento economico dei MMGG.

E' auspicabile che l'intero processo di innovazione della presa in carico del cittadino affetto da patologie croniche contribuisca al miglioramento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona stessa verso la cura della sua malattia (*Informazione, educazione, empowerment*) aumentandone l'aderenza. Quest'ultima è da riferirsi non soltanto al paziente nei confronti del percorso di cura identificato, ma anche agli operatori nei confronti delle evidenze scientifiche delle linee guida che hanno permesso di disegnare il percorso, valorizzandone l'appropriatezza.

La Direzione Sanitaria programmerà specifici incontri allo scopo di monitorare nel tempo la sostenibilità, l'efficacia, l'appropriatezza, gli esiti di salute, il senso di gradimento/soddisfazione dei cittadini, apportando e supportando azioni correttive di miglioramento.

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA): diagramma di flusso delle fasi – attività
Di seguito la rappresentazione grafica e descrittiva.

LUOGHI - ATTIVITA'



FASE 1

Questa fase prevede:

- 1) L'identificazione del paziente target per i PDTA attivi (BPCO e Diabete) secondo quanto previsto dal DCA 7 ottobre 2015, n 414;
- 2) Compilazione della richiesta su ricetta SSR o dematerializzata riportante la "visita specialistica" inerente il PDTA prescelto;
- 3) L'invio può essere effettuato dal MMG e da qualunque altro medico specialista del territorio; lo stesso medico specialista ambulatoriale che eroga il PDTA può esserne prescrittore. Nei casi in cui l'arruolamento non è del MMG, gli operatori degli ambulatori infermieristici e/o dei PUA e/o personale individuato (secondo organizzazione della struttura erogante) informeranno il MMG della presa in carico (avendo precedentemente stabilito e concordato la procedura di segnalazione).

FASE 2

Questa fase prevede:

- 1) La prenotazione dell'appuntamento della "prima visita specialistica" del PDTA da qualunque sede amministrativa reCUP aziendale;
- 2) L'erogazione della "prima visita specialistica" e quindi l'avvio del PDTA in modo esclusivo dalle strutture aziendali individuate per l'erogazione del PDTA stesso. Vengono individuate tre sedi Hub: Distretto 1: Casa della Salute, Via Malpasso d'acqua snc – Rocca Priora, Distretto 2: Sede di Ariccia, Via delle Cerquette, 2, Distretto 6: Casa della Salute, Via Aldobrandini 32 Anzio; e tre sedi Spoke: P.O. San Giuseppe, Viale XXIV maggio - Marino; Ospedale civile Colombo, Via Orti Ginnetti, 7 - Velletri; Pomezia, Via dei Castelli Romani, 2P;
- 3) Compilazione della richiesta su ricettario SSR (da parte dello specialista che effettua la "prima visita" riportante il codice relativo al PDTA individuato (Per la BPCO cod. DT4912; Per il diabete tipo 2 non complicato o con complicanze stabili cod. DT250B1; Per il diabete tipo 2 scompensato o non sufficientemente compensato cod. DT250B2), allegati al presente documento e di cui sono parte integrante;
- 4) Al paziente, dopo acquisizione di consenso informato, viene rilasciata una dichiarazione di "presa in carico per PDTA" da parte dello specialista che avvia al PDTA stesso;
- 5) L'individuazione delle prestazioni necessarie secondo il DCA suddetto (tramite check list che lo specialista dovrà compilare e firmare, allegato A); la programmazione di tutte le prestazioni avviene tramite il reCUP delle strutture eroganti. A tal proposito si specifica che **possono essere prescritte un numero di prestazioni che può anche essere superiore ad otto e**

riferite a più branche. L'associabilità delle prestazioni prescritte verso la singola ricetta dello specifico PDTA, sarà ad opera del personale amministrativo del reCUP delle



singole strutture eroganti. Le prestazioni non comprese nel codice di esenzione dell'assistito dovranno essere prescritte dallo specialista su ricette SSR secondo normativa vigente.

FASE 3

Questa fase prevede:

- 1) L'individuazione del case-manager (tra i professionisti sanitari preferibilmente dell'ambulatorio infermieristico o secondo altra articolazione interna) e monitoraggio "proattivo" dello svolgimento del percorso;
- 2) L'erogazione delle singole prestazioni;
- 3) L'attuazione di interventi di educazione sanitaria rivolta sia al paziente che ai familiari, eventualmente in sinergia con le associazioni di volontariato locali;
- 4) L'attivazione di eventuali percorsi riabilitativi non previsti nei PDTA ma attivabili secondo procedure e normative vigenti (vedi nota 1);
- 5) La chiusura del PDTA: sia per interruzione e quindi avvio verso altri setting assistenziali secondo necessità rilevate durante il percorso, sia per completamento. A tal proposito si ricorda che la chiusura sanitaria è a carico dello specialista del PDTA, il quale ne darà comunicazione al MMG tramite relazione conclusiva ed al ReCUP della struttura erogante (tramite "foglio di lavoro") per la chiusura amministrativa. Inoltre, nei mesi di giugno, settembre e di dicembre di ogni anno, il personale amministrativo invierà allo specialista la lista dei pazienti PDTA attivi per una ulteriore verifica. Si ricorda comunque che entro l'anno in corso, i PDTA vanno chiusi per la corretta analisi e rendicontazione regionali.

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA): FATTORI CRITICI DI SUCCESSO e INDICATORI DI ESITO

Considerando tutte le diverse prospettive, possiamo riepilogare i fattori critici di successo (o variabili chiave) nella seguente tabella:

Prospettiva di processi interni	Prospettiva “ <i>learning and growth</i> ”	Prospettiva dell’utente	Prospettiva economico-finanziaria
Appropriatelyzza diagnostico-terapeutica Continuità assistenziale	Formazione Condivisione linee-guida Condivisione/costruzione PDTA	Accessibilità ai servizi Fruibilità di percorsi assistenziali coordinati Accountability	Appropriatelyzza del consumo delle risorse Appropriatelyzza della spesa

Dall'analisi dei fattori critici di successo analizziamo le variabili chiave di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza da cui derivano gli indicatori che abbiamo distinto in:

Indicatori di struttura	N° MMGG coinvolti/coorte di popolazione affetta da BPCO o Diabete N° ore di specialistica dedicata/coorte di popolazione affetta da BPCO o Diabete N° ore professionalità infermieristica/coorte di popolazione affetta da BPCO o Diabete	Non esistono dei parametri di riferimento per questi indicatori in quanto ad oggi esiste per i soli MMGG (e PdL) a numero di popolazione residente.
Indicatori di processo (valutati in uno stesso arco temporale)	n° prestazioni PDTA/n° totali di prestazioni erogate; n° spirometrie eseguite/n° pazienti affetti da BPCO; n° Hb glicosilate eseguite/n° pazienti affetti da Diabete	Tanto più questi valori tenderanno al valore numerico di 1 (minore scostamento tra numeratore e denominatore), tanto più avremmo generato un sistema efficace
Indicatori di esito (valutati in uno stesso arco temporale)	N° pazienti ricoverati per BPCO o Diabete/n° pazienti seguiti con PDTA (cioè riduzione della quota di ricoveri inappropriati per BPCO) Riduzione degli accessi in PS per riacutizzazioni BPCO o scompenso metabolico rispetto a valori precedenti l'istituzione del PDTA (in uno stesso arco temporale)	Tanto più questi valori tenderanno allo 0 (cioè numeratore vicino allo 0) tanto più avremmo generato un sistema efficace
Indicatori di efficienza	N° ore di personale / n° pazienti visitati (PDTA in carico); N° ore di personale / n° prestazioni nel PDTA;	Monitoraggio che andrebbe effettuato a breve termine (mensile o trimestrale) per permettere di correggere eventuali processi laddove fossero stimati "bassi indici di produttività" (output/input) per qualunque causa.



UOC AFFARI GENERALI ED ISTITUZIONALI

Si attesta che la Deliberazione n. 328 del 18.04.2018
è composta di n. 5 pagine, frontespizio e retro compresi e di n. 1 allegati.
La presente deliberazione è stata pubblicata sull'Albo Aziendale dal 18.04.18 al 3.05.18
Inviata al Collegio Sindacale in data 18.04.2018

IL FUNZIONARIO DELEGATO

Dott. Matteo Mauro Orciuoli

Per copia conforme all'originale conservato agli atti di questa amministrazione

Data _____

IL FUNZIONARIO DELEGATO
