

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 13 luglio 2018, n. U00290

Piano per la malattia diabetica. Adozione Linee di indirizzo per l'Audit clinico in diabetologia.

IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Oggetto: Piano per la malattia diabetica. Adozione Linee di indirizzo per l'Audit clinico in diabetologia.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 *“Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”*;

VISTA la Legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1 *“Nuovo Statuto della Regione Lazio”*;

VISTA la Legge Regionale del 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni, *“Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”*;

VISTO il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 *“Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modificazioni”*;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: *“Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”*;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro”*;

VISTO il D. Lgs 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.92, n. 421”*;

VISTA La Delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018, con la quale il Dr. Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale del Lazio, secondo i Programmi operativi di cui all'art.2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 271 del 5 giugno 2018, avente ad oggetto: *“Conferimento dell'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria ai sensi del regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1. Approvazione schema di contratto”*;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 279 del 12 giugno 2018, con la quale è stato conferito al Dr. Valentino Mantini l'incarico ad interim di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

VISTA la Legge n. 115 del 16 marzo 1987 recante "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito", che considera il diabete come malattia di alto interesse sociale, sia per l'impatto sulla vita di relazione della persona che per le notevoli refluenze sulla società;

VISTO il Protocollo d'Intesa tra il Ministro della Sanità ed il Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 1991, in attuazione dell'art. 5 della citata legge n. 115 del 1987, ha definito le azioni più idonee per individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico e programmare interventi, ed ha individuato criteri uniformi su tutto il territorio nazionale e parametri organizzativi dei servizi diabetologici;

VISTO l' "Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Piano per la malattia diabetica" Rep. Atti n. 233/CSR del 6.12.2012;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale n. 313 del 28 giugno 2012 avente ad oggetto "Riqualificazione dell'Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento: Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto" in cui al punto 2 dell'Allegato documento viene enunciata la "strutturazione di percorsi diagnostici terapeutico assistenziali, intesi quali l'insieme organizzato, coerente e coordinato di prestazioni e attività di natura sanitaria e socio assistenziale";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00121 del 9 aprile 2013 che recepisce l'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Piano per la malattia diabetica", Rep. Atti n. 233/CSR del 6 dicembre 2012 e pubblicato sul BURL n. 32 del 18.4.2013;

VISTE le Determinazioni regionali n. G07864 del 29 maggio 2014 di Istituzione del gruppo di lavoro, n. G12315 del 2 settembre 2014 di nomina componenti e G04901 del 24 aprile 2015 di integrazione componente del gruppo di lavoro; nonché n. G07202 del 4 giugno 2018 di rinnovo del suddetto gruppo di lavoro;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00376 del 12 novembre 2014 "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";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00309 del 6 luglio 2015 "Approvazione del Piano della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00474 del 7 ottobre 2015 “Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00581 del 14 dicembre 2015 “Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018” che, tra l’altro, ha delineato le linee di indirizzo per la rete assistenziale diabetologica nella Regione Lazio per adulti ed età pediatrica;

VISTI i Programmi Operativi 2016-2018 sopracitati adottati con decreto commissariale n. U00052 del 22 febbraio 2017 che al punto 10.1 “Qualificazione del PDTA a livello territoriale” pone l’obiettivo di estendere il PDTA su tutto il territorio;

VISTO il sopracitato Decreto del Commissario ad Acta n. U00581/2015 che, tra l’altro, nel Cap. 8 identifica gli indicatori che permetteranno la valutazione della qualità dell’assistenza erogata, l’attivazione di interventi di miglioramento e di monitoraggio continuo (Audit clinico) sulle criticità individuate e, conseguentemente la riduzione della variabilità dei comportamenti nella gestione della malattia diabetica ed il rischio di inappropriatazza;

CONSIDERATO che il gruppo di lavoro AMD-SID-SIEDP Lazio ha elaborato le “Linee di indirizzo per l’Audit clinico in diabetologia” e la relativa scheda;

RITENUTO pertanto necessario approvare il Documento “Linee di indirizzo per l’Audit clinico in diabetologia” e la relativa scheda (Allegato1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO che le Aziende Sanitarie dovranno adottare ed attuare, nelle Strutture Diabetologiche di competenza le suindicate Linee per Audit clinico;

RITENUTO di affidare al Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario della Regione Lazio le attività di monitoraggio finalizzate a rilevare l’effettuazione delle attività di Audit clinico presso le Strutture di Diabetologia del SSR;

DECRETA

per quanto sopra premesso, che costituisce parte integrante del presente provvedimento:

-di approvare il Documento “Linee di indirizzo per l’Audit clinico in diabetologia” e la relativa scheda (Allegato1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

-di stabilire che le Aziende Sanitarie dovranno adottare ed attuare, nelle Strutture Diabetologiche di competenza le suindicate Linee per Audit clinico;

-di affidare al Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario della Regione Lazio le attività di monitoraggio finalizzate a rilevare l'effettuazione delle attività di Audit clinico presso le Strutture di Diabetologia del SSR.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni (60) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di gironi 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI

ALLEGATO 1**LINEE DI INDIRIZZO PER L'AUDIT CLINICO IN DIABETOLOGIA****Premessa**

Ogni Servizio di Diabetologia, secondo gli *Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito*, deve essere in grado di dimostrare la conformità della propria organizzazione rispetto alle migliori conoscenze scientifiche del momento e, inoltre, prevedere la progettazione e l'attuazione delle azioni di misura, di analisi e di monitoraggio delle performance¹. Coerentemente, tali necessità sono espresse sia nel *Piano nazionale sulla malattia diabetica* (Obiettivo 7) che nel *Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018* (Capitolo 8)^{2,3}. In quest'ultimo sono stati identificati gli indicatori che permetteranno la valutazione della qualità dell'assistenza erogata, l'attivazione di interventi di miglioramento e di monitoraggio continuo (*audit clinico*) sulle criticità individuate e, conseguentemente, la riduzione della variabilità dei comportamenti nella gestione della malattia diabetica ed il rischio di inappropriatelyzza³.

La Regione Lazio intende avviare l'attività di audit clinico nelle Strutture Diabetologiche regionali, sostenendola mediante il supporto strategico delle Direzioni Generali e quello metodologico del Gruppo di Lavoro regionale AMD-SID-SIEDP "Cartella informatizzata". Il presente documento, ha come obiettivo principale quello di rendere più agevole, riproducibile ed omogenea l'applicazione della metodologia dell'audit al contesto dell'assistenza diabetologica regionale. Le Strutture Diabetologiche dell'adulto sin da ora sono in grado di implementare le presenti Linee di Indirizzo, avendo già a disposizione criteri, indicatori e standard condivisi, mentre le Strutture di Diabetologia pediatrica, in attesa che vengano definiti degli standard condivisi, avranno la necessità di identificare valori di riferimento utilizzando la letteratura o il benchmarking.

Cos'è l'audit clinico?

L'audit clinico è uno degli strumenti del governo clinico, ovvero della strategia con cui le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento/mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale.

L'audit clinico consiste nella valutazione strutturata e sistematica, realizzata da un team di professionisti (sempre più spesso "multidisciplinare"), della propria pratica clinica, basata sul confronto con standard validi e condivisi e mirata al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, sia in termini di processo che di esito³. In altre parole, l'obiettivo dell'audit è di effettuare una misurazione della pratica assistenziale mediante indicatori, che, confrontati con valori di riferimento (standard), permettono di evidenziare lo scostamento dalle buone pratiche cliniche e, conseguentemente, mettere in atto gli interventi necessari ad assicurare ai pazienti la migliore qualità delle cure⁴.

I benefici che derivano dall'audit clinico sono molteplici e riguardano diversi livelli. Per i professionisti: educa a un atteggiamento autovalutativo, facilita l'individuazione dei fattori chiave che condizionano la buona pratica clinica, incoraggia l'aggiornamento delle conoscenze e il miglioramento della pratica, obbliga all'uso della misurazione e allena all'interpretazione dei dati e al confronto⁵. Rispetto ai benefici sugli esiti di salute in ambito diabetologico, la revisione della letteratura effettuata

nel *Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018* (Capitolo 8.2.1) ³ suggerisce che il feedback e la valutazione comparativa della pratica clinica dell'operatore sanitario, che costituiscono le componenti principali del processo di audit clinico, producano un miglioramento della qualità dell'assistenza e degli esiti intermedi delle cure al paziente con diabete tipo 2. In un ambito generale, invece, i benefici sugli esiti di salute sono piuttosto variabili e le revisioni sistematiche della letteratura concludono che l'efficacia di un audit e del corrispondente feedback è probabilmente maggiore quando l'aderenza iniziale ad una pratica raccomandata è bassa e quando il feedback viene effettuato con maggiore intensità ⁶.

La ragione di questa variabilità è in una serie di ostacoli molto frequenti nei contesti assistenziali, quali la mancanza di chiarezza sugli obiettivi e sul metodo, la scarsità di risorse (tempo, sistemi informativi inadeguati, esperienza nella progettazione e analisi dei dati, scrittura del report), l'assenza di supporto facilitante (strategico e operativo). Di converso, è possibile abbattere alcune di queste barriere cercando di assicurare tutti quei fattori che facilitano la realizzazione dell'audit, ovvero:

- buona pianificazione e direzione che supporta
- leadership e conduzione robusta
- semplicità del disegno e facilità nella raccolta dei dati (cartelle informatizzate)
- staff dedicato e tempo "protetto"
- monitoraggio finale dei risultati e gratificazione del ritorno informativo ⁷.

L'audit clinico in Diabetologia: come realizzarlo

L'audit clinico si articola in sei fasi attraverso una struttura circolare che a ogni ciclo successivo mira a raggiungere target di qualità sempre più elevati (Fig. 1) ⁸.

Figura 1. Struttura e fasi dell'audit clinico



È un processo complesso che prevede diverse fasi e che generalmente richiede un consistente impegno di tempo dedicato a:

- identificazione dell'ambito di applicazione e dell'obiettivo
- definizione di indicatori e standard di riferimento
- osservazione della pratica e raccolta dati
- confronto dei dati con gli standard di riferimento
- individuazione criticità
- attività di confronto e formazione mirate al miglioramento delle conoscenze e delle competenze
- implementazione di azioni di miglioramento
- re-audit: monitoraggio e verifica del cambiamento.

In Diabetologia tale complessità e i tempi di realizzazione sono notevolmente ridotti da una serie di fattori facilitanti che le Strutture Diabetologiche hanno già a disposizione:

- *Criteri:* le raccomandazioni contenute negli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito e nelle Linee Guida nazionali (SIEDP) e internazionali (ISPAD) sulla cura del diabete nei bambini e negli adolescenti
- *Indicatori:* gli Indicatori AMD di Qualità dell'Assistenza e gli Indicatori del Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018
- *Standard di riferimento:* Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito 2016, Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018, Annali AMD
- *Sistema informatizzato di raccolta dati ed elaborazione degli indicatori di qualità dell'assistenza:* cartella diabetologica informatizzata

Per semplificare ulteriormente il processo di audit clinico nei Servizi Diabetologici si propone una scheda per la progettazione e messa in atto dell'audit, da utilizzare come strumento di lavoro standardizzato (Allegata). La scheda si basa sulla guida contenuta nel Manuale sull'audit clinico del Ministero della Salute, ma è stata adattata al contesto dell'assistenza diabetologica regionale, caratterizzata dal diffuso utilizzo della cartella informatizzata⁹. Nel Lazio già da alcuni anni 17 Strutture Diabetologiche utilizzano secondo modalità standardizzate e condivise lo stesso tipo di cartella diabetologica informatizzata, praticano periodicamente l'autovalutazione delle performance assistenziali, progetti di miglioramento nelle aree critiche identificate e attività di benchmarking regionale¹⁰. L'esperienza maturata in tale percorso è stata fondamentale nella stesura delle presenti Linee di Indirizzo ed ha confermato che, per realizzare un'attività di audit efficace, è determinante assicurare i seguenti aspetti:

- le riunioni del Team Diabetologico dedicate all'audit clinico devono essere regolarmente inserite nei piani formativi aziendali e prevedere i crediti ECM per le figure professionali coinvolte;
- nell'ambito del Team devono essere ben definiti i ruoli e i compiti di ciascun componente, con particolare attenzione alla scelta del responsabile dell'audit clinico, che dovrà avere buone capacità di comunicazione, conoscere bene il metodo ed avere l'autorevolezza di guidare il cambiamento;
- è consigliabile che le riunioni di audit abbiano una convocazione tempestiva, dettagliata (data, orari, ordine del giorno) e completa di materiale documentale utile alla discussione (report indicatori del centro, documenti aziendali, piano regionale per la Malattia Diabetica...), che avvengano in un ambiente adeguato, che la scheda di audit e il verbale vengano redatti rispettivamente durante e al termine della riunione;
- il responsabile dell'audit, durante la conduzione della riunione, deve condividere e analizzare con il Team il report degli indicatori del centro con l'obiettivo d'identificare le principali criticità rilevate e selezionare quelle da affrontare. La scelta delle aree assistenziali da migliorare deve essere effettuata dando la priorità a quelle che hanno un consistente impatto sulla salute per

frequenza/gravità, che comportano un consumo elevato di risorse, che hanno ampia variabilità nella pratica clinica o per le quali sono disponibili evidenze di grado elevato, tenendo sempre in considerazione le risorse locali da investire nel progetto di miglioramento. È opportuno che nella riunione, quindi, per ciascun criterio/indicatore da migliorare sia compilata una singola scheda, alla quale deve essere allegato il verbale dell'incontro.

- Il coinvolgimento della direzione aziendale è fondamentale per sostenere il cambiamento, verificare i risultati dell'attività di audit e supportare il benchmarking, sia aziendale che interaziendale, come richiesto nel piano regionale per la Malattia Diabetica.

BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2018
 - ² Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica (Suppl. ord. n° 9 - G.U. n° 32 del 7/2/ 2013)
 - ³ Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018 (DCA n. U00581 del 14/12/2015)
 - ⁴ Le raccomandazioni della Siquas - Vrq sull'Audit Clinico. Che cosa dice la letteratura? 2014
 - ⁵ Cartabellotta A, Cinotti R: Sussidio 6 – ASR 2000
 - ⁶ Ivers N et al: Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jun 13;6:CD000259
 - ⁷ Johnston G et al: Quality in Health Care 2000; 9:23-36
 - ⁸ GIMBE News: Vol. 2, n. 5, Maggio - Giugno 2009
 - ⁹ Ministero della Salute. L'Audit Clinico. 2011
 - ¹⁰ Fava D et al: Attività del Gruppo Cartella informatizzata – Annali AMD Lazio. Atti VIII Convegno nazionale Fondazione AMD. Palermo, 2016

SCHEDA PER L'AUDIT CLINICO IN DIABETOLOGIA	
Data	
Azienda	
Unità Operativa/Struttura	
Responsabile Struttura	
Responsabile AUDIT	
TEMA	Performances assistenziali della struttura diabetologica nel periodo in esame
COMMITTENTE	<ul style="list-style-type: none"> . Regione Lazio . Direzione Aziendale . Altro (specificare) _____
PARTECIPANTI (specificare nominativo e posizione lavorativa)	
OBIETTIVI	Monitoraggio e miglioramento continuo della qualità delle cure erogate alla persona con diabete
PERIODO IN ESAME:	
CRITERIO SCELTO PER L'AUDIT	
FONTE BIBLIOGRAFICA/DOCUMENTALE DEL CRITERIO	
INDICATORE CHE MONITORIZZA IL CRITERIO SCELTO	
STANDARD DI RIFERIMENTO PER L'INDICATORE	
FONTE BIBLIOGRAFICA/DOCUMENTALE DELLO STANDARD	
VALORE DELL'INDICATORE NEL PERIODO IN ESAME	
CAUSE DI SCOSTAMENTO DALLO STANDARD	AZIONI CORRETTIVE/DI MIGLIORAMENTO DA IMPLEMENTARE
1)	1)
2)	2)
3)	3)
4)	4)

ESEMPIO DI SCHEDA COMPILATA

SCHEDA PER L'AUDIT CLINICO IN DIABETOLOGIA	
Data	10/01/2018
Azienda	XXX
Unità Operativa/Struttura	XXX
Responsabile Struttura	Dott. XYZ
Responsabile AUDIT	Dott. XY
TEMA	Performances assistenziali della struttura diabetologica nel periodo in esame
COMMITTENTE	<ul style="list-style-type: none"> . Regione Lazio X <u>Direzione Aziendale</u> . Altro (specificare) _____
PARTECIPANTI (specificare nominativo e posizione lavorativa)	
Dott. XYZ	Dirigente Medico Responsabile della struttura
Dott. XY	Dirigente Medico
Dott. X	Dirigente Medico
Sig. X	Coordinatore Personale Infermieristico
Sig. X	Infermiere Professionale
Sig. X	Dietista
OBIETTIVI	Monitoraggio e miglioramento continuo della qualità delle cure erogate alla persona con diabete
PERIODO IN ESAME: 1/1/2017 – 31/12/2017	
CRITERIO SCELTO PER L'AUDIT: Nelle persone con diabete mellito il controllo del profilo lipidico completo (colesterolo totale, colesterolo HDL e trigliceridi) deve essere effettuato almeno annualmente	
FONTE BIBLIOGRAFICA/DOCUMENTALE DEL CRITERIO: Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito 2016	
INDICATORE CHE MONITORIZZA IL CRITERIO SCELTO: Percentuale di soggetti con almeno una valutazione del profilo lipidico o di colesterolo LDL in 1 anno	
STANDARD DI RIFERIMENTO PER L'INDICATORE: 73.8%	
FONTE BIBLIOGRAFICA/DOCUMENTALE DELLO STANDARD: Annali AMD 2012, Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018	

VALORE DELL'INDICATORE NEL PERIODO IN ESAME: 57%						
CAUSE DI SCOSTAMENTO DALLO STANDARD			AZIONI CORRETTIVE/DI MIGLIORAMENTO DA IMPLEMENTARE:			
1) spesso gli esami ematochimici periodici vengono consigliati e non richiesti direttamente dallo specialista			1) richiedere sistematicamente a ogni visita gli esami ematochimici periodici			
2) presenza nel database di pazienti non seguiti nel centro, ma valutati occasionalmente (certificazione patente, presa in carico temporanea..)			2) registrare i pazienti non seguiti nel centro con la diagnosi di "Altro tipo di diabete" (così da non essere inclusi nella popolazione analizzata)			
3) diversa attitudine degli operatori alla registrazione dei dati			3) valorizzare l'importanza dei dati per prendere decisioni cliniche corrette			
COMPONENTI AUDIT (responsabile [R] o coinvolto [C])						
Nominativo	ATTIVITA'					
	Elaborazione Dati	Valutazione e Analisi	Pianificazione delle azioni	Implementazione azioni correttive/di miglioramento	Verifica e condivisione dei risultati	
Dottor XYZ	R	R	R	R	R	
Dottor XY	C	C	C	C	C	
Dottor X		C	C	C	C	
Sig X		C	C	C	C	
RISULTATO ATTESO						
Indicatore			Valore standard	Valore struttura	Valore atteso	Incremento percentuale assoluto
Percentuale di soggetti con almeno una valutazione del profilo lipidico o di colesterolo LDL in 1 anno			73.8%	57%	63%	6%
FONTE DEI DATI						
Cartella Informatizzata Diabetologica						
VERIFICA EFFICACIA AZIONI DI MIGLIORAMENTO						
<ul style="list-style-type: none"> ○ 6 mesi (data.....) ○ 12 mesi (data 12/01/2019) ○ 18 mesi (data.....) 						
ALLEGATI						
<ul style="list-style-type: none"> 6. Verbale riunione tempo 0 (data 12/01/2018) 7. Verbale riunione tempo 6 mesi (data) 8. Verbale riunione tempo 12 mesi (data) 9. Verbale riunione tempo 18 mesi (data) 10. Verbali altre riunioni (date) 						