

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Valtellina e Alto Lario

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. ...4.2.6... DEL 9 GIUGNO 2018

COMPOSTO DA N. PAGINE

RELAZIONE sul MONITORAGGIO ANNUALE 2017 PIANO della PERFORMANCE



INDICE

1. Premessa;
2. analisi degli indicatori di *“Attuazione delle Strategie”*;
3. analisi degli indicatori di *“Attuazione della Programmazione”*;
4. analisi degli indicatori di *“Attuazione della Gestione”*;
5. analisi degli indicatori di *“Trasparenza”*.

Allegati: tabelle indicatori



Piano della Performance – Relazione sul Monitoraggio Annuale 2017

Premessa

A partire dall'01 gennaio 2016 si è costituita l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario, a seguito dell'attuazione della Legge Regionale n. 23/2015 "*Evoluzione del Sistema Socio Sanitario lombardo: modifiche al titolo I e II della Legge Regionale 33/2009*", legge che ha apportato profondi cambiamenti giuridici, organizzativi e gestionali, con acquisizione di nuovi assetti e funzioni territoriali rispetto ai precedenti assetti che hanno interessato la sanità lombarda.

Il Decreto Legislativo n. 150/2009 prevede che le Aziende Sanitarie adottino un piano programmatico triennale (*Piano della Performance*), in cui dare evidenza degli obiettivi da perseguire e delle risorse impiegate per raggiungerli. Il presente documento si pone in piena continuità con il *Piano della Performance* e le correlate relazioni degli Esercizi precedenti, mantenendo sostanzialmente la stessa struttura.

Nel corso del 2017, ASST ha elaborato il suo *Piano della Performance* relativo al triennio 2017-2019, adottato con provvedimento deliberativo n. 58 del 31 gennaio 2017 e avviando, in tal modo, il processo di valutazione della performance, secondo quanto previsto dalla normativa vigente ovvero secondo le indicazioni fornite in sede regionale dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della Performance.

Di seguito, la presente relazione, con particolare riferimento all'analisi di dettaglio degli indicatori, rendiconta gli aspetti più rilevanti nonché i risultati ottenuti a fine 2017, come riportato nelle tabelle allegate, che costituiscono parte integrante del documento. Alla luce delle variazioni organizzative intercorse nel corso del 2017, a seguito della completa attuazione della Legge Regionale n. 23/2015 e delle modifiche intervenute con l'acquisizione delle competenze dell'area territoriale delle ex ASL di Sondrio e Como, il confronto con l'anno precedente è ancora da considerarsi "*provvisorio*".



Analisi degli indicatori di “Attuazione delle Strategie”

Per quanto riguarda l'analisi degli indicatori di “Attuazione delle Strategie”, due erano i progetti obiettivo definiti. Il primo in continuità con gli Esercizi precedenti, concerne l'economicità e la razionalizzazione delle risorse; l'altro rappresentato dall'attuazione delle indicazioni regionali per la “seconda fase” dell'implementazione del nuovo modello organizzativo di gestione della costituenda Azienda.

Per quanto interessa il primo obiettivo, pur non potendosi ancora effettuare alcun confronto diretto rispetto agli Esercizi precedenti - per via della riforma sanitaria che ha determinato l'aggregazione del presidio di Menaggio ai presidi ospedalieri ex AOVV, oltre all'attività territoriale riconducibile alle ex ASL di Sondrio e di Como - gli indicatori di bilancio rispecchiano i valori rilevati nell'anno precedente ossia un costo di “Beni e Servizi” pari al 30,20% del valore della produzione aziendale (nel 2016 era al 29,31%).

In incremento è, invece, il rapporto di tale costo, effettuato attraverso procedure aggregate (CONSIP, ARCA e Concessioni) rispetto al totale della spesa di “Beni e Servizi” che si attesta al 64% (nel 2016 era il 54%). Nel dettaglio, fra i “Beni e Servizi” si rilevano costi per € 81.408. Pur rilevando un incremento di € 3.231 rispetto al 2016, comunque in linea con quella annualità rispetto al valore della produzione, l'acquisto di beni sanitari (farmaci e dispositivi medici) ed economici (alimentari, cancelleria, materiale di guardaroba, igiene e manutenzione) ha inciso per il 54%, percentuale che rappresenta una riduzione del 5% rispetto all'Esercizio precedente.

Sempre sul fronte dei costi, il costo complessivo per l'Esercizio 2017 del personale dipendente relativo al sezionale “sanitario”, rilevato in occasione del Consuntivo 2017, pari a € 147.563 - comprensivo di oneri riflessi e IRAP - è in linea con l'assegnazione del IV CET 2017 ma è inferiore di € 3.253 rispetto all'assegnazione BPE 2017. Tale quadro evidenzia una difficoltà strutturale di reperimento e reclutamento di personale di qualunque ruolo e livello che impatta in modo assai significativo sulla struttura organizzativa aziendale. Ciò trova conferma nell'esclusione di questa ASST dai limiti previsti per le assunzioni dalle “Regole di Sistema 2017” e dal riconoscimento degli incentivi economici per la dirigenza sanitaria erogati come risorse regionali aggiuntive. La significativa contrazione del costo rispetto al budget assegnato ad inizio 2017, è da imputare in primo luogo alla consistente cessazione di personale a tempo indeterminato nel corso dell'anno e, parimenti, le assunzioni di ruolo avvenute nel 2017 non sono state sufficienti a sopperire alla sopra evidenziata forte contrazione di personale di ruolo.



Il costo complessivo del personale dipendente relativo al diverso sezionale "territorio", rilevato al 31 dicembre 2017, pari a € 10.834 - comprensivo di oneri riflessi e IRAP - è in linea con l'assegnazione del IV CET 2017. Rispetto al Decreto di Assegnazione del BPE 2017 si rileva un incremento pari a € 1.710, a seguito degli ulteriori afferimenti di personale da altre Aziende, ad una riassegnazione di unità di personale da ospedale a territorio ed alla completa attuazione della L. R. n. 23/2015 che ha comportato assunzioni sia a tempo indeterminato che a tempo determinato di dirigenti medici e psicologi. Il costo del personale a tempo determinato al 31 dicembre 2017 registra complessivamente un incremento di € 76 (escluso IRAP) rispetto al BPE 2017. L'Azienda, nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali, ha fatto ricorso al conferimento di incarichi a tempo determinato per sostituire il personale cessato, in particolare dirigenti medici e psicologi.

Per quanto concerne il costo del personale amministrativo si evidenzia che, nel corso dell'anno 2016, delle 25 unità dei servizi amministrativi centralizzati - in applicazione delle fasi 1 e fase 2 di cui alla D.G.R. n. 5114 del 29 aprile 2016 - sono transitate solo 5 unità e, pertanto, i servizi amministrativi aziendali a tutt'oggi versano in una condizione di importante carenza di personale. Nel corso del 2017, sono state dunque effettuate le necessarie analisi organizzative e, valutato il rispetto della dotazione organica così come da rendicontazione effettuata in sede di Conto Annuale, l'Azienda ha assunto ventuno assistenti amministrativi a tempo determinato, il cui costo ha avuto carattere di temporaneità, in quanto, parte di esso, nel 2018, rientrerà nei costi a tempo indeterminato a seguito dei processi di stabilizzazione.

Sul fronte dei ricavi, invece, l'attività erogata nel corso del 2017 in regime di ricovero indica una riduzione di € 1.320 (valori in migliaia di euro) rispetto al 2016 e di € 1.672 rispetto al contrattato con l'ATS della Montagna (98% del contrattualizzato). Quanto sopra è dovuto, principalmente, alla grave carenza di personale medico anestesista che ha fortemente influito sul numero di sedute operatorie sui Presidi Ospedalieri di Sondalo e Sondrio - passate da una media mensile di 170 nei primi cinque mesi 2017 ad una media di 130 nei restanti sette mesi.

Per quanto concerne l'attività ambulatoriale si è raggiunto il 100% del contrattualizzato. Se l'attività di NPIA è rimasta pressoché in linea con il contrattato con l'ATS della Montagna - ivi compresi due dei tre progetti innovativi nonché i ricavi per prestazioni sanitarie (hospice e nuove reti sanitarie) - quella di Psiche, invece, riscontra una riduzione di oltre € 1.000 circa dovuta, in parte, al riordino e all'allineamento della rendicontazione dell'attività a seguito della L.R. n. 23/2015.



Per quanto riguarda il secondo obiettivo, ossia l'attuazione della L.R n. 23/2015 e la messa a regime dell'implementazione del nuovo modello gestionale di ASST, gli obiettivi previsti sono stati realizzati nei tempi e con le modalità previste da Regione Lombardia.

A seguito della stesura ed dell'invio a Regione Lombardia del nuovo POAS ad ottobre 2016, a marzo 2017 lo stesso è stato approvato ed adottato con provvedimento deliberativo n. 203 del 29 marzo 2017.

Gli altri principali obiettivi si sono sviluppati nel corso dell'anno, dapprima con una serie di pianificazioni, istruzioni, protocolli ed incontri preliminari, quindi con la realizzazione, il raggiungimento e l'implementazione degli stessi.

Nello specifico:

- l'ASST - nel processo funzionale ed efficace di integrazione degli interventi sanitari e sociosanitari, attraverso il raccordo tra i soggetti che erogano cure territoriali, ospedaliere e di assistenza sociosanitarie, a seguito dei protocolli di intesa con il Comune di Livigno e con la Comunità Montana Alta Valtellina - ha dato vita al Punto Famiglia presso il Presst di Livigno. L' Azienda ha dato, inoltre, avvio al processo di razionalizzazione delle attività di prelievo sul territorio, in collaborazione con le strutture sociosanitarie accreditate dei Comuni di Sondrio e di Teglio, con l'installazione degli applicativi informatici dedicati, oltre a quelli necessari alla gestione delle attività ambulatoriali territoriali (ad esempio SERT, Medicina Legale e Consultori Familiari) e della Commissione Invalidi;
- nel processo di integrazione "*Ospedale/Territorio*", nell'area della cronicità e della fragilità - dopo la pianificazione e la realizzazione di incontri di formazione sul tema della presa in carico ex D.G.R. n. 6164/2017 e n. 6551/2017, rivolto agli operatori delle Unità Presa in Carico Territoriale e al personale medico e sanitario del Dipartimento Fragilità e dei clinici delle patologie maggiormente incidenti sulle cronicità, oltre che dei responsabili infermieristici dei presidi ospedalieri - si è proceduto alla costituzione di un'*équipe ad hoc*, volta alla sperimentazione della valutazione del bisogno relativa ai livelli 3 e di un'*équipe* multidimensionale per i livelli 2 e 1, su un campione di persone ricoverate presso i POT di Morbegno/Menaggio/CAL.

Quanto sopra è avvenuto con la riorganizzazione e trasformazione delle attività del presidio ospedaliero di Morbegno in POT, che ha previsto il trasferimento del servizio "*UVM – Unità Valutativa Multidimensionale*". A ciò è seguita la definizione dell'istruzione operativa specifica



"Percorso di segnalazione utente fragile in dimissione verso il servizio di Fragilità" prevista per i pazienti in fase di dimissione dai reparti ospedalieri interessati. In merito ai posti letto, a maggio 2017, si è dato avvio alla trasformazione dei posti letto della Medicina Generale in Cure Sub Acute, con il correlato adeguamento della struttura e degli ambulatori nonché la costituzione di un *"Centro Servizi"* dedicato;

- nel processo di sviluppo delle competenze e di modalità operative univoche nell'ambito del dipartimento delle attività territoriali al 31 dicembre 2017 sono stati adottati protocolli inerenti alla presa in carico del Punto Famiglia, alla gestione di domande con gravissima disabilità e alle istruzioni operative per l'accoglimento di domande per il contributo all'acquisto di parrucche;
- nell'ambito dell'area *"salute mentale"*, nel corso del 2017 si è concluso il percorso di omogeneizzazione delle attività sull'intero territorio dell'ASST, estendendo anche al territorio dell' Medio Alto Lario (MAL) le attività ed iniziative intraprese su disturbi del Comportamento Alimentare, Tempo Zero e ADHD, con l'integrazione organizzativa e funzionale tra i servizi Dipendenze e l'area della Salute Mentale nonché con la copertura dell'USD Dipendenze del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze;
- Infine, nell'ambito dell'area *"materno-infantile"*, nel corso del 2017, con una condivisione di attività fra operatori dei Consultori Familiari e della UOC Ostetricia è stata elaborata una cartella sanitaria con apertura dei punti unici di erogazione di prestazioni inerenti la gravidanza fisiologica e con la condivisione di risorse umane, strumenti e spazi per le attività territoriali. A ciò è seguita la deliberazione del progetto correlato denominato *"Rete per l'assistenza alla madre e al neonato – presa in carico gravidanze fisiologiche: approvazione progettazione e avvio attuazione"*.

A livello amministrativo, invece, a conclusione di un lungo processo iniziato nel corso del 2016 con la costituzione di gruppi di lavoro specifici - che ha dato avvio alle attività necessarie per l'omogeneizzazione dei sistemi informativi provenienti dalle diverse Aziende confluite - ASST ha completato le attività medesime sui principali sistemi amministrativi (non legate alla rendicontazione dell'attività aziendale) con la predisposizione di un sistema infrastrutturale di base, di Rete Dati, con la gestione delle postazioni di lavoro sull'intera area territoriale e dei presidi ospedalieri della nuova ASST e, infine, con l'integrazione di tutti i sistemi informatici utilizzati nei presidi ospedalieri, con particolare riferimento al CUP, RIS/PACS, AMB, LIS, Dialisi e Diabetologia. Sono stati, inoltre, uniformati e integrati tutti i sistemi sociosanitari rivolti ai servizi Ser.T., Patenti Medicina Legale e Commissione Invalidi, Scelte e Revoche, Consultori Familiari.



Poche rimangono le postazioni di lavoro non migrate sulla rete ASST, per le quali si è in attesa di ricevere nuove forniture hardware comunque già preventivate.



Analisi degli indicatori di "Attuazione della Gestione"

Come per l'Esercizio precedente, Regione Lombardia ha elaborato un modello di valutazione "multidimensionale" delle performance del Sistema Sanitario, al fine di concorrere al miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati.

L'attuazione della programmazione si declina attraverso la realizzazione di una serie di progetti, "misurabili" attraverso appositi indicatori, stabiliti dalle Regole di Sistema Regionali, dagli obiettivi aziendali assegnati al Direttore Generale desumibili dalle stesse Regole e da quelli previsti in continuità con gli Esercizi precedenti nel contratto con l'ATS della Montagna.

Come per l'anno 2016, nell'ambito del processo di attuazione della Legge Regionale 23/2015 e delle indicazioni ricevute successivamente alla data 31 gennaio, quale data di presentazione del Piano della Performance 2017, rispondendo a quanto richiesto dalla circolare attuativa della DGR 5954 del 05/12/2016, sono stati proposti degli obiettivi legati sia al nuovo modello organizzativo aziendale, sia al contratto con l'ATS nonché alla gestione delle attività interne, risorse umane e/o altri obiettivi specifici.

Le valutazioni degli indicatori forniscono le indicazioni sull'efficacia di ogni struttura di ricovero e cura rispetto al riferimento regionale e consentono di ottenere elementi di dettaglio per il miglioramento complessivo della qualità del servizio erogato e dell'appropriatezza delle cure.

Il sistema di "Valutazione delle Performance" costituisce lo strumento di accesso a tali informazioni/indicatori, prodotte a partire dai dati contenuti nel DataWareHouse (DWH) Socio Sanitario di Regione Lombardia. In continuità appunto con gli anni precedenti, all'interno del "Portale di Governo", sono stati estrapolati gli indicatori di out come, cioè di performance clinica, rappresentati da mortalità intraospedaliera, ritorni in sala operatoria, ricoveri ripetuti, dimissioni volontarie, trasferimenti tra strutture, etc., e l'andamento che si è riscontrato nel corso dell'Esercizio è simile a quello del 2016, fatta salva una leggera variazione negativa sui ritorni in sala operatoria.

Tra gli indicatori di qualità dei processi e dell'organizzazione è stato inserito anche l'obiettivo legato alla soddisfazione dei pazienti, come desunto dalle analisi di customer. Le indagini di "Customer Satisfaction" si prefiggono l'obiettivo di misurare il grado di soddisfazione degli utenti, rispetto alla qualità dei servizi offerti all'interno delle Aziende Sanitarie, con i giudizi espressi dagli utenti attraverso il monitoraggio strutturato di segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti provenienti dagli stessi. La rilevazione



sistematica del gradimento permette sia di raccogliere informazioni utili sulle aspettative degli utenti rispetto ai servizi sanitari, sia di monitorare la percezione della qualità delle prestazioni ricevute, garantendo l'Esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione.

Le schede sono state ridefinite nella composizione e distribuzione per area ambulatoriale, degenza e cure palliative, con distribuzione avvenuta nel periodo 01/06 – 25/11/2017. Di seguito, l'analisi dei questionari raccolti, distribuiti con un campionamento legato al volume dell'attività posta in essere per tipologia:

- questionari RICOVERI: totale questionari raccolti 1079. Giudizi positivi ovvero indicati come 6 e 7 pari a 78%.
- questionari AMBULATORIALI: totale questionari raccolti 2730. Giudizi positivi ovvero indicati come 6 e 7 pari a 59.4%. Il dato relativo al tempo intercorso da prenotazione a erogazione della prestazione (ambito ambulatoriale) è risultato quello con una percentuale rilevante di risposte insufficienti. Come azione di miglioramento l'Azienda ha pianificato per il 2018 una revisione delle agende e delle conseguenti modalità erogative.

Per quanto concerne i reclami pervenuti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico nel corso dell'anno 2017, il numero dei medesimi risulta essere 260, di cui il 38% si riferisce ad aspetti economici, il 39% all'area delle prestazioni mentre il rimanente 23% rientra nelle altre tipologie previste dalla classificazione regionale come specificato nella tabella. Nell'ambito del dipartimento amministrativo, i reclami sono relativi ad aspetti economici; in particolare si ricevono contestazioni per pagamenti a seguito di codice bianco in dimissione dal Pronto soccorso e contestazioni per pagamenti a causa di mancata presentazione (*drop out*) a visite/esami.

Obiettivi di budget 2017

Il ciclo della performance rappresenta lo strumento fondamentale per l'attuazione del modello organizzativo aziendale e per il miglioramento delle prestazioni.

Il budget è lo strumento di programmazione annuale degli obiettivi e dell'allocazione delle risorse, ossia l'insieme delle previsioni riguardanti la qualità/quantità delle prestazioni e dei servizi da erogare per rispondere ai bisogni di salute, nel pieno rispetto dei vincoli di risorse assegnate.



ASST ha adottato anche nel 2017 tale strumento, con il quale sono stati definiti gli obiettivi strategici ed economici, assegnati trasversalmente ai principali gestori di budget (farmacia, provveditorato, etc.), ai Dipartimenti Gestionali e ai Centri di Responsabilità.

La valutazione finale degli obiettivi assegnati con tale processo verrà effettuata da parte dell'ufficio Controllo di Gestione nel corso dell'anno 2018. Le tipologie di obiettivi presentati nelle schede sono stati di diversa natura e suddivisi in obiettivi strategici, economici e aziendali, legati al contratto con l'ATS della Montagna o alla gestione delle attività interne.



Analisi degli indicatori di "Attuazione della Programmazione"

Per quanto riguarda l'analisi degli indicatori di "Attuazione della Programmazione", sette erano i progetti e gli obiettivi legati alle Regole di Sistema 2016, in continuità con quelli dell'Esercizio precedente, mentre uno era strettamente legato alla realizzazione dei progetti previsti dai contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con l'ATS della Montagna.

Di seguito si riportano gli esiti relativi agli obiettivi che nel monitoraggio intermedio e/o finale hanno evidenziato una particolare rilevanza.

Relativamente agli obiettivi prettamente sanitari quali le reti di patologia (REL, ROL, RENE, STROKE, STEMI, Diabete), richiamati nelle sotto elencate schede di dettaglio, si è proceduto ad una loro verifica attraverso gli indicatori di monitoraggio resi disponibili sul "Portale di Governo".

PUNTI DI FORZA (entro standard)	
Percentuale di casi di Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 48 ore dal ricovero.	
Proporzione di pazienti con ictus trattati con fibrinolisi.	
Percentuale di soggetti operati entro 60gg dalla data della mammografia effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico.	
Percentuale di casi con trattamento CHT/RT o chirurgico per tumore del retto/canale anale entro 60 gg dall'endoscopia.	
Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico.	
MIGLIORAMENTO RISPETTO AL 2016	
Percentuale di nuovi casi di tumore alla mammella sottoposti ad intervento utilizzando la tecnica del linfonodo sentinella (66,15% 2016 - 91,23% 2017).	
Percentuale di casi di Infarto Miocardico Acuto con tempo door to balloon entro 90 minuti (59,68% 2016 - 66,67% 2017).	
CRITICITA'	NOTE
Compilazione registro Stroke	COMPILAZIONE SCHEDE STROKE IN PEGGIORAMENTO A LIVELLO AZIENDALE (96% 2016 - 68,63% 2017), IN PARTICOLARE PER IL PRESIDIO DI SONDALO (97,44% NEL 2016 E 56,76% NEL 2017).
Compilazione registro STEMI	DATO 2017 INFERIORE ALLO STANDARD DEL 100%, SI MANTIENE COSTANTE DAL 2016.

Ricovero in Stroke Unit a Sondalo (molti pazienti vengono ricoverati in NCH)	PROBLEMA PRESENTE UNICAMENTE PER IL PRESIDIO DI SONDALO, IL VALORE AZIENDALE COMPLESSIVO SUPERA LO STANDARD E SUPERA ANCHE IL VALORE DI REGIONE LOMBARDIA
Trasferimento dalla Stroke Unit alla Riabilitazione entro 15 giorni dalla data di accettazione	PROBLEMA PRESENTE SIA PER IL PRESIDIO DI SONDRIO CHE PER IL PRESIDIO DI SONDALO
Tempi tra cito/istologia e intervento per Ca mammario a Sondrio	IN PEGGIORAMENTO IL DATO COMPLESSIVO ASST (63,29% 2016 - 58,21% 2017). IL DATO AZIENDALE RISULTA SUPERIORE AL VALORE DI REGIONE LOMBARDIA
Ricostruzione della mammella dopo intervento di chirurgia radicale	IL DATO COMPLESSIVO AZIENDALE RIMANE INFERIORE ALLO STANDARD: REGISTRATO UN NETTO MIGLIORAMENTO PER IL PRESIDIO DI SONDALO (DA 57,14% NEL 2016 A 87,50% NEL 2017) MENTRE UN PEGGIORAMENTO A SONDRIO (DA 61,54% A 25%)

Relativamente agli obiettivi organizzativi/amministrativi si riportano i seguenti punti:

- **Organizzazione e Gestione della Rete Territoriale delle ASST (cronicità, POT, cooperative MMG, etc.):** dall'01/05/2017 è stato attivato il POT di Morbegno mentre nel corso del 2016 sono state definite le caratteristiche e la localizzazione dei PRESST aziendali, che erogano le prestazioni riferite ai LEA distrettuali e socio sanitari territoriali, alle attività di medicina legale e alle vaccinazioni, già erogate nelle diverse articolazioni organizzative della ex ASL;
- **Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.):** nel corso del 2017 è continuata la partecipazione a tutti gli incontri di Regione Lombardia (il 24/08/2017 riunione conclusiva) e le attività conseguenti correlate allo sviluppo del Piano di Miglioramento dell'Organizzazione;
- **Risk Management:** come per ogni Esercizio, è stata redatta la relazione finale del piano annuale di risk management 2017, comprensiva di schede progetto e di schede rendicontazione eventi formativi, inviata con nota prot. n. 2088 del 12/01/2018, alla DG Welfare struttura fattori produttivi nei tempi previsti dalle Linee guida Risk Management. Inoltre, sono stati rispettate le scadenze indicate per l'inserimento dei dati relativi a cadute, infortuni e per l'aggiornamento dei dati dei sinistri nel database regionale ovvero il 31 gennaio 2017 in relazione al 2° semestre 2016 e il 31 luglio 2017 in relazione al 1° semestre 2017. Da parte del Risk Manager è stata altresì assicurata la partecipazione a due incontri di presentazione dei progetti nazionali cui Regione Lombardia ha



aderito. Si tratta del "Progetto Nazionale di Sorveglianza della mortalità Perinatale" e del "Progetto Near Miss in ostetricia", finalizzati ad aumentare il grado di sicurezza delle attività in sala parto. A seguito di questi due incontri in Regione, il Risk Manager ha organizzato in azienda due incontri formativi con i professionisti della UOC Ostetricia Ginecologia e Pediatria, al fine di condividere i percorsi definiti e recepirli formalmente.

- **Rete per l'assistenza alla madre e al neonato:** è stata approvata dalla UOC Qualità e Risk Management l'istruzione operativa "Percorso di segnalazione utente fragile in dimissione verso il servizio di Fragilità" prevista per i pazienti in fase di dimissione dai reparti.
- **Rete per le cure palliative e della terapia del dolore:** è stata presentata la domanda di accreditamento secondo la DGR n. 5918/16, con l'adeguamento agli standard previsti entro il 30/09/2017 e con la partecipazione agli incontri promossi da ATS. A decorrere dall'01/10/2017 sono entrate inoltre in vigore le nuove tariffe per le Cure Palliative: € 264,00/die per l'Hospice nonché, per le cure domiciliari palliative € 42,70/die come tariffa base e € 88,60/die come tariffa specialistica. Oltre alle tariffe base e specialistica, per le cure domiciliari sono previsti € 156,00 per paziente per la presa in carico.

A livello sanitario, per quanto riguarda l'appropriatezza dell'attività di ricovero, la stessa è monitorata con specifico indicatore (% di ricoveri inappropriati < 22%) da Regione Lombardia e da ATS attraverso i controlli NOC. L'Azienda nel 2017, pur con una diversa percentualizzazione fra i singoli reparti, si è mantenuta entro i parametri richiesti in entrambe le tipologie di controllo (16%).

ASST, inoltre, ha proseguito le azioni intraprese per migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni di radiologia ad alta complessità tecnologica (RM e TC), soprattutto nell'ambito delle patologie osteomuscolari. L'obiettivo è stato quello di ridurre i tempi di attesa di queste prestazioni, non con un aumento dell'offerta, ma applicando i criteri di appropriatezza, pubblicati con la DGR 2313/2014, ovvero le condizioni di erogabilità definite da Regione Lombardia, in condivisione con la comunità professionale. Sempre a seguito della citata delibera, sono state promosse azioni volte a garantire appropriatezza nella richiesta di prestazioni di laboratorio, con particolare attenzione alle richieste di esami di genetica. Ulteriore azione di miglioramento in ambito di prestazioni ambulatoriali è stata la promozione del corretto utilizzo delle classi di priorità sulla impegnativa SSR, l'introduzione della classe di priorità B nelle agende di prenotazione, il monitoraggio dell'utilizzo della classe U, il monitoraggio ex post della



percentuale di prestazioni erogate entro i tempi obiettivo per le classi di priorità U, B e D. Sono state altresì monitorate le percentuali di DRG a rischio di in appropriatezza che permangono al di sotto del valore obiettivo (20%). Al fine di ridurre i tempi di attesa delle prestazioni più critiche e di facilitare l'accessibilità ai servizi erogati, anche per il 2017 l'Azienda ha proposto l'iniziativa "Ambulatori Aperti" nelle fasce orarie serali e nei giorni prefestivi e festivi. Le prestazioni offerte sono rappresentate dagli Ecocolordoppler cardiaci e vascolari nonché dalle visite oculistiche e allergologiche.

Anche nel 2017, infine, è stata mantenuta l'assegnazione di budget per le UOC/UOS appartenenti al Dipartimento Amministrativo, i cui obiettivi economici erano relativi a specifici fattori produttivi ("Beni e Servizi") assegnati ai principali gestori di spesa, determinati anche in funzione delle esigenze proposte dai vari servizi, compatibilmente con i vincoli di Bilancio e le azioni di "spending review". La valutazione finale degli obiettivi assegnati con tale processo verrà effettuata da parte dell'ufficio Controllo di Gestione nel corso dell'anno.



Analisi degli indicatori di "Trasparenza"

Come previsto dalla normativa sull'anti corruzione e la trasparenza nelle Pubbliche Amministrazioni (D. Lgs. n. 33/2013 e n. 39/2013), in continuità rispetto agli Esercizi precedenti, il Piano della Performance è stato integrato con l'inserimento di obiettivi legati a questo ambito.

E' stato garantito un costante approfondimento degli aspetti organizzativi che potevano essere oggetto di rischio. La conseguente analisi sistematica dei rischi è stata lo strumento utile all'individuazione delle aree e dei processi nonché alla determinazione di misure specifiche, atte al contrasto dei fenomeni corruttivi.

Nel corso del 2017 sono proseguite le azioni per mantenere le misure adottate a partire dall'anno 2014 per la ex AOVV e gli indicatori scelti hanno consolidato il monitoraggio delle azioni e delle misure previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e Integrità, adottati dall'Azienda con delibera n.49 del 31/01/2017. In particolare, sono stati attuati quasi completamente i Piani e le misure di prevenzione pianificate nel P.T.P.C.T, sulla base del cronoprogramma, col fine ridurre le opportunità di manifestazione di casi di corruzione, creando un contesto di attenzione al tema stesso. Inoltre, è continuata l'attività di analisi di rischio sulle aree precedentemente in capo alle Aziende Sanitarie con la messa a regime dei processi sul presidio ospedaliero di Menaggio, in armonizzazione con quelli già in essere negli altri presidi. Non si segnalano pertanto né criticità nel raggiungimento di tali obiettivi né episodi di gravi irregolarità in tema di trasparenza ed anticorruzione da parte della U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy officer di Regione Lombardia, come anche rendicontato negli obiettivi dei Direttori Generali (fase 3).

A completamento di quanto sopra espresso, con nota prot. 1166 del 10/02/2017 è stata redatta ed adottata la relazione annuale sull'attuazione del PTPCT e del PTTI, pubblicata sul sito aziendale, cui è seguita la relativa attestazione dei Direttori di Struttura sull'assolvimento obblighi di pubblicazione al Nucleo di Valutazione, avvenuta con nota prot. 15070 del 31/03/2017.

INDICATORI di ATTUAZIONE delle STRATEGIE

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2016	RISULTATI ATTESI 2017	Monitoraggio al 30/06/2017	Monitoraggio al 31/12/2017	Note al monitoraggio al 31/12/2017
ZIONE delle STRATEGIE	- Legge Regionale 23/2015 - Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al titolo I e II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità); - DGR 4497/2015 "Attuazione L.R. 23/2015; Costituzione ASST Valtellina e Alto Lario"; - Indicazioni regionali per l'attuazione delle L.R. 23/2015; - DGR 2989/2014 - Regole di Sistema MHS.	Economica e Razionalizzazione delle risorse	Costi totali di produzione/Valore della Produzione da Bilancio	94,55%	Rispetto del valore assegnato in sede di Bilancio	95,03%	94,86%	...
			Spesa effettiva beni e servizi effettuati attraverso procedure aggregate rispetto anno 2016	29,31%	Incremento procedure centralizzate	30,22%	30,20%	...
			Attuazione del Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) della ASST della Valtellina e Alto Lario	Delibera ASST n. 203 del 29/03/2017	Attuazione del POAS secondo le modalità e tempistiche previste dalla Regione	Delibera ASST n. 203 del 29/03/2017	100%	Delibera ASST n. 203 del 29/03/2017
			Promozione di un'integrazione funzionale efficace degli interventi sanitari e socio-sanitari attraverso il raccordo tra i soggetti che erogano cure territoriali, ospedaliere e di assistenza socio-sanitaria				...	
			Realizzare del processo di integrazione tra Ospedale e Territorio nell'area della cronicità e della fragilità	Organizzazione dei Servizi all'interno dei Presidi Territoriali	Realizzazione delle attività previste dal POAS nel rispetto delle indicazioni dettate dalla L.R. 23/2015 e dalle regole di sistema 2017	1) Istruzioni operative per le misure innovative regionali (RSK, Aperia, Disabilità, Genitori Separati) 2) Procedura Colloquio Handicap 3) Linee guide operative concordate con UDP, ATS e ASST (CPS NPJA SERT CF) in materia di tutela minori 4) Procedure univoche SERT e Consulitori della presa in carico anche attraverso l'adozione di unici applicativi software per la gestione del fascicolo sanitario. Dato avvio ad un percorso di omogeneizzazione delle attività in tema di Salute Mentale sull'intero territorio dell'ASST, estendendo anche ai MAL le attività ed iniziative intraprese su disturbi del Comportamento Alimentare, Tempo Zero e ADHD.	...	1) si è proceduto, con una équipe costituita ad hoc, alla sperimentazione della valutazione del bisogno relativa ai livelli 3 e di quella multidimensionale per i livelli 2 e 1, su un campione di persone ricoverate presso il POT di Montebello/Menaggio/CAL. 2) Si è trasferito il servizio Fragilità dalla sede di via Martirelli (Sede Presti) al POT di Montebello. Il servizio Fragilità trova collocazione a fianco del Centro Servizi (Gestione paziente Cronico e/o Fragile), operativo da dicembre 2017. La collocazione dei due servizi permette una migliore integrazione del personale assegnato nella gestione della cronicità. 3) Approvata dal UOC Qualità e Risk Management l'istruzione operativa "Percorso di segnalazione utenti fragili in dimissione verso il servizio di Fragilità" prevista per i pazienti in fase di dimissione dai reparti ospedalieri interessati.
			Promozione dello sviluppo di competenze e modalità operative univoche nell'ambito del dipartimento delle attività territoriali					
			Avvio del processo di realizzazione della rete della salute mentale	Attuazione protocollo condiviso tra Salute Mentale e Dipendenze				1) Progetto per l'integrazione organizzativa e unificazione tra i servizi Dipendenze e l'area della Salute Mentale. 2) Copertura dell'USO Dipendenze del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

INDICATORI di ATTUAZIONE delle STRATEGIE

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI di RIFERIMENTO	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2016	RISULTATI ATTESI 2017	Monitoraggio al 30/06/2017	Monitoraggio al 31/12/2017	Note al monitoraggio al 31/12/2017
ATTUA	<p>Progetto Medica 2017</p> <p>- DGR 4702/2015 - Regole di sistema 2016;</p> <p>- DGR 5954/2016 - Regole di sistema 2017;</p> <p>- Sistema di Valutazione del personale (linguista e comparto)</p>	<p>passaggi procedurali per lo sviluppo del modello di gestione dell'ASST Valtellina e Alto Lario previsto dalla L.R. 23/2015</p>	<p>Avanzamento del processo di integrazione attività sanitarie e socio-sanitarie nell'area materno-infantile</p>	<p>Implementata la collaborazione tra Polo Ospedaliero e Territorio con varie azioni.</p>	<p>Elaborata una cartella sanitaria condivisa tra CF e Ostetrica; apertura di punti unici di erogazione di prestazione per la gravidanza fisiologica;</p> <p>Condizione di riuse, unare, strumenti e spazi tra Consultori e UOC Ostetrica e ginecologia per le attività territoriali.</p>	<p>Progettazione e realizzazione di adeguamento della struttura per l'avvio formale presso il POT degli interventi per la presa in carico dei fragili</p>	<p>1) Riorganizzazione degli ambulatori (reumatologia)</p> <p>2) Centro Servizi</p> <p>3) Trasferimento del Servizio Fragilità</p>	<p>Progetto gravidanza fisiologica - delibrazione n. 876 del 21.12.2017 "rete per l'assistenza alla madre e al neonato - presa in carico gravidanzae fisiologiche: approvazione progettazione e avvio attuazione"</p>
			<p>Graduale trasformazione e riorganizzazione delle attività del POT</p>	<p>Completata la progettazione</p>	<p>Realizzazione di processi sperimentali di presa in carico delle persone con conicità</p>	<p>Sono in corso incontri con il capofila (Comunità Montana Valtellinense) per la stesura del progetto esecutivo</p>		<p>Nel corso dell'anno 2017 è stato integrato e precisato il progetto iniziale dell'Ospedale Virtuale Montano.</p>
		<p>Progetto Ospedale Virtuale Montano</p>	<p>Avanzamento delle fasi di attuazione previste per gli interventi sui sistemi informativi</p>	<p>Rispetto delle fasi di attuazione previste per il 2016.</p>	<p>Continuazione delle fasi previste per l'integrazione degli applicativi</p>	<p>Applicativi Ospedalieri: sono stati prodotti tutti i capitoli riguardanti i principali applicativi tra i quali CUP, RIS, PS e Reporti, AMB, La loro estensione e uniformazione verso il presidio di Menaggio è prevista entro fine anno.</p> <p>È stata implementata e uniformata la CCE della Dialisi a livello ASST;</p> <p>Gestione Consultori: In produzione dal 1 aprile 2017 unico sistema per intera ASST.</p> <p>Gestione SERT: Andrà in produzione dal 1 luglio 2017 unico sistema per intera ASST.</p> <p>Medicina Legale: Si adatterà nel secondo semestre 2017 la soluzione applicativa MEDLEG sull'intera ASST VAL.</p> <p>Vaccinazioni: Si adatterà nel secondo semestre 2017 la soluzione applicativa MEDLEG sull'intera ASST VAL.</p> <p>Presa in carico: ASST ha adottato una soluzione informatica di Studio Vega.</p>	<p>Entro il 31 dicembre 2017 sono stati integrati tutti i sistemi utilizzati nei presidi ospedalieri, con particolare riferimento al CUP, RIS/PACS, AMB, LIS, Dialisi e Diabetologia. Sono inoltre stati uniformati e integrati tutti i sistemi socio-sanitari rivolti ai seguenti servizi: Ser.D., Patenti Medicina Legale e Commissione Invalidi, Scelte e Neonate, Consultori Familiari. Si rimane in attesa della disponibilità della piattaforma regionale dedicata alle vaccinazioni per completare tale informazione in ambito ASST. Rimangono ancora poche postazioni di lavoro non migrate sulla rete ASST, poiché si è in attesa di ricevere tali nuove forniture hardware, già preventivate.</p>	

INDICATORI di ATTUAZIONE della PROGRAMMAZIONE (PROGETTI)

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2016	RISULTATI ATTESI 2017	Monitoraggio al 30/06/2017	Monitoraggio al 31/12/2017	Note al monitoraggio al 31/12/2017	
	Contratti prestazioni sanitarie AST MONTAGNA E ASST VALTIELLA E ALTO LARDO anno 2017	Realizzazione progetti previsti nei contratti per erogazione prestazioni sanitarie e socio sanitarie	<p>Il Piano Risk Management deve contenere 17 raccomandazioni minitelari in materia di rischio clinico.</p> <p>Non mi sembra adeguato l'obiettivo descritto sulla base di quanto contenuto / Richiesto nelle LG rischio del 21/12/2016 prot. G12016.0039.</p> <p>INDICATORE RIPROPOSTO: a livello aziendale e richiesta l'implementazione di almeno l'80% delle raccomandazioni minitelari tra quelle applicabili e riviste da RL alla luce dei parametri per gli adempimenti LEA. Le tematiche ritenute prioritarie da RL sono area travaglio e parto, infezioni -sepsi, sicurezza sala operatoria, rischio nell'utilizzo di farmaci. I progetti inseriti nel piano annuale rischio devono essere da un minimo di due a un massimo di cinque.</p> <p>Documento redatto e inviato nei tempi previsti</p> <p>INDICATORE RIPROPOSTO: Inserimento e aggiornamento Dbase con sinistri, cadute, polizi e infortuni e aggiornamento dei dati storici.</p> <p>Internal auditing: predisposizione della pianificazione annuale e attuazione degli audit fiscali</p>	<p>100% delibera n. 1101 del 30/12/2016</p> <p>Ricondizione piano annuale Risk Management 2016 e riconferma degli eventi formati aziendali in tema di risk management</p>	<p>100%</p> <p>100%</p>	<p>100%</p> <p>100%</p>	<p>100%</p> <p>100%</p>	<p>100%</p> <p>100%</p>	<p>Rispetto delle scadenze indicate per l'iscrizione dei dati di cadute infortuni e aggiornamento dei dati dei sinistri nel DB regionale: 2° sem 2016 31 gennaio 2017; 1° sem 2017 31 luglio 2017</p> <p>100%</p>
		Realizzazione progetti previsti nei contratti per erogazione prestazioni sanitarie e socio sanitarie	<p>Internal auditing: predisposizione della pianificazione annuale e attuazione degli audit fiscali e standard previsti dai contratti</p>	<p>100% situazione degli audit previsti</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	
		Realizzazione progetti previsti nei contratti per erogazione prestazioni sanitarie e socio sanitarie	<p>Documento redatto e inviato nei tempi previsti</p> <p>INDICATORE RIPROPOSTO: Inserimento e aggiornamento Dbase con sinistri, cadute, polizi e infortuni e aggiornamento dei dati storici.</p> <p>Internal auditing: predisposizione della pianificazione annuale e attuazione degli audit fiscali</p>	<p>100% delibera n. 1101 del 30/12/2016</p> <p>Ricondizione piano annuale Risk Management 2016 e riconferma degli eventi formati aziendali in tema di risk management</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Rispetto delle scadenze indicate per l'iscrizione dei dati di cadute infortuni e aggiornamento dei dati dei sinistri nel DB regionale: 2° sem 2016 31 gennaio 2017; 1° sem 2017 31 luglio 2017</p> <p>100%</p>	
		Realizzazione progetti previsti nei contratti per erogazione prestazioni sanitarie e socio sanitarie	<p>Documento redatto e inviato nei tempi previsti</p> <p>INDICATORE RIPROPOSTO: Inserimento e aggiornamento Dbase con sinistri, cadute, polizi e infortuni e aggiornamento dei dati storici.</p> <p>Internal auditing: predisposizione della pianificazione annuale e attuazione degli audit fiscali</p>	<p>100% delibera n. 1101 del 30/12/2016</p> <p>Ricondizione piano annuale Risk Management 2016 e riconferma degli eventi formati aziendali in tema di risk management</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>Rispetto delle scadenze indicate per l'iscrizione dei dati di cadute infortuni e aggiornamento dei dati dei sinistri nel DB regionale: 2° sem 2016 31 gennaio 2017; 1° sem 2017 31 luglio 2017</p> <p>100%</p>	

INDICATORI di ATTUAZIONE della GESTIONE

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI di RIFERIMENTO	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2016	RISULTATI ATTESI 2017	Monitoraggio al 30/06/2017	Monitoraggio al 31/12/2017	
ATTUAZIONE della GESTIONE	DGR 351/2010 "Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura"	Attuazione del processo di BUDGET 2017, tenendo conto dei seguenti obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> ° obiettivi attuazione seconda fase L.R. 23/2015 ° obiettivi DG ° obiettivi contratto ATS ° obiettivi Regole 2017 ° obiettivi di attività ° obiettivi di costo ° obiettivi risorse umane ° altri obiettivi aziendali specifici 	Mortalità intraospedaliera (n.deceduti/n.dimessi)	6,89%	Miglioramento/mantenimento rispetto all'anno precedente le schede customer sono state ridefinite nella composizione e distribuzione: area ambulatoriale, degenza e cure palliative. È stato comunicato ai direttori e ai Coordinatori che la distribuzione avverrà a partire da 1° giugno sino a 25 novembre. In data 30/06 non ancora disponibili dati statistici utili per la definizione della % di soddisfazione. Giudizi positivi questionari AMBULATORIALI: 59%. Giudizi positivi questionari RICOVERI: 78%.	6,05%	6,30%	
			Ritorni in sala operatoria (n.interventi con date diverse nello stesso ricovero/ricoveri con DRG chirurgico)	1,42%		2,28%	2,04%	
			Ricoveri ripetuti (n.ricoveri ripetuti entro anno stessa MDC/n.dimessi)	9,89%		5,51%	8,66%	
			Dimissioni volontarie (n.dimissioni volontarie/n.dimessi)	0,82%		0,98%	0,84%	
			Trasferimenti tra strutture (n.trasferiti/n.dimessi in regime di ricovero ordinario)	0,85%		0,72%	0,73%	
			% dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer			65,15% degenza: 67,19% ambulatoriale: 66,56 risposte pari a 6 su 7 n.1878 schede elaborate 1421/1878*100=75,66 % ricoveri / DH: n.828 risposte pari a 6 e 7 su n. 937 schede elaborate 828/937*100 = 88,36%		
			riferimento agli indicatori contenuti nelle "schede di budget" distinte per tipologia di U.O.O.			In corso la valutazione del monitoraggio finale degli obiettivi di budget		
						Assegnazione degli obiettivi di budget, monitoraggio e valutazione raggiungimento obiettivi per ogni U.O. coinvolta		

INDICATORI di ATTUAZIONE dei PROGRAMMI TRIENNALI per la TRASPARENZA e INTEGRITA' e per il PIANO per la PREVENZIONE della CORRUZIONE

PROCESSI DECISIONALI	DOCUMENTI di RIFERIMENTO	PROGETTI - OBIETTIVO	INDICATORE	Monitoraggio al 30/06/2017	Monitoraggio al 31/12/2017	
<p>OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ, TRASPARENZA, DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI (D.LGS 33/2013) DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</p>	<p>L.190/2012 Accordo Conferenza Stato Regioni 24.07.13 D.Lgs.33/2013 D.Lgs.39/2013 DPR n.62/2013 Delibera CVIT n.50/2013 Delibera CVIT n.72/2013 DGR 1185/2013 "Regole di Sistema 2014" DGR 2989/2014 "Regole di Sistema 2015" DGR 4702/2015 "Regole di sistema 2016" DGR 5954/2016 "Regole di sistema 2017" Determinazione ANAC n. 12/2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione" Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2016</p>	<p>Adozione/aggiornamento del PTPC e del PTTI</p> <p>Attuare i Piani e le misure di prevenzione pianificate nel P.T.P.C. sulla base del cronoprogramma, al fine di: a) Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione b) Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione c) Creare un contesto</p> <p>Monitorare l'attuazione del PTPC e del PTTI</p>	<p>Deliberazione di adozione del PTPC e PTTI</p> <p>(N. di azioni riportate nel PTPC e PTTI chiuse /N. totale di azioni previste dal PTPC e PTTI) *100 nel periodo di riferimento considerato</p> <p>Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione</p> <p>Relazione annuale in merito all'attuazione del PTPC e del PTTI pubblicata sul sito</p> <p>Attestazione Direttori di Struttura sull'assolvimento obblighi di pubblicazione</p>	<p>Delibera ASST n.49 del 31.01.2017</p> <p>50%</p> <p>n. prot. 18506 del 24/04/2017</p> <p>n. prot. 1166 del 10/02/2017</p> <p>n. prot. 15070 del 31/03/2017 al NVP</p>	<p>Delibera ASST n.49 del 31.01.2018</p> <p>93%</p> <p>n. prot. 18506 del 24/04/2017</p> <p>n. prot. 1166 del 10/02/2017</p> <p>n. prot. 15070 del 31/03/2017 al NVP</p>	