



CITTÀ DI MESSINA
UFFICIO DI GABINETTO DEL SINDACO
- Ufficio Conferenza dei Sindaci -

Prot. n. 226550
RA/gt

Messina, 30 SET. 2015

Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica **PALERMO**
dipartimento.pianificazione.strategico@certmail.regione.sicilia.it

Sig. Direttore Generale ASP **MESSINA**
protocollogenerale@pec.ausl5.messina.it

Ai Sigg. Sindaci della Provincia di **MESSINA**

OGGETTO : Verbale della Conferenza dei Sindaci della provincia di Messina del 28/09/2015.

Per le opportune valutazioni delle SS.LL. si trasmette il verbale, con i relativi allegati, redatto in occasione della Conferenza dei Sindaci della provincia di Messina svoltasi il 28 settembre u.s., ed avente come O.d.G. ***“Proposta di atto aziendale e dotazione organica dell’ASP di Messina”***.

Cordiali saluti



Il Sindaco
Prof. Renato Accorinti
Renato Accorinti



CITTÀ DI MESSINA

Ufficio di Gabinetto del Sindaco

- Ufficio Conferenza dei Sindaci -

Verbale della riunione del 28 Settembre 2015, avente per oggetto *"Proposta di Atto Aziendale e dotazione organica dell'ASP di Messina"*

Giorno 28 settembre 2015, alle ore 10,00 -in prima convocazione- è convocata presso il Salone delle Bandiere di Palazzo Zanca la Conferenza dei Sindaci della Provincia di Messina per la trattazione della *"Proposta di Atto Aziendale e dotazione organica dell'ASP di Messina"* giusta nota prot. n. 223637 del 25 settembre 2015.

Presiede la seduta il Sindaco di Messina Prof. Renato Accorinti.

Assiste, in qualità di Segretario, la Dott.ssa Giusi Tirrito.

Alle ore 10,00, in prima convocazione, constatata l'assenza dei convocati, per mancanza del numero legale, così come previsto dall'art. 7 del Regolamento organizzativo e funzionale per la Conferenza dei Sindaci, comprovata dalle firme apposte nel registro delle presenze (2 su 108), si aggiorna la seduta alle ore 11,00.

Alle ore 11,00, in seconda convocazione, il Presidente, constatato il raggiungimento del numero legale (48 su 108) comprovato dalle firme apposte nel registro delle presenze e dalle deleghe presentate, dichiara aperta la seduta.

Dopo ampia ed articolata discussione, in ottemperanza ai compiti previsti dall'art. 3 comma 14 del D.Lgs. n. 502/92, nonché dalla norma regionale, di cui all' art. 5 della legge n. 5/2009, chiamata ad esprimere parere obbligatorio al fine della verifica della congruenza con gli indirizzi, gli obiettivi ed i vincoli della programmazione sanitaria riferita alla Provincia di Messina, valutata la documentazione e gli atti ad oggi trasmessi da parte dei Direttori Generali dell'ASP (per quanto di competenza dell'hinterland messinese) e, per il Comune di Messina, da parte del Direttore Generale dell'Azienda Papardo/Piemonte, all'unanimità esprime **parere sfavorevole**, facendo particolare riferimento (in quanto condizionante le consequenziali applicazioni di Organigrammi, Pianta Organiche ed Atti Aziendali) ai tetti di spesa previsti dal D.A. del 05/08/2015, n. 1380/2015, trasmesso con nota dell'Assessore On.le Baldassarre Gucciardi, n.63308 del 06/08/2015.

Appare chiaro, in questo documento di pianificazione strategica economica, come la decurtazione di ben 12 Mln di €, mediante l'applicazione di artifici tecnico-contabili (vedi tabella B del D.A.), sia stata ricavata nella totale assenza di coerenza e verifica dei livelli di performance quali/quantitativi degli ultimi quattro anni di attività delle strutture sanitarie siciliane e, l'applicazione alla Provincia di Messina, pur se definita nel citato D.A. "Provvisoria", ha guidato e condizionato le future dotazioni organiche delle tre Aziende Ospedaliere Messinesi. Dalla lettura delle citate piante organiche e delle tabelle dei tetti di spesa di cui al precedente D.A. previsti per le singole Aziende, si evince che la garanzia dei livelli di sicurezza e di qualità, efficienza ed efficacia delle prestazioni e dei servizi sanitari da erogare, alla voce "costo del personale" non risulta omogenea per tutte le

province siciliane, creando una oggettiva discriminazione e penalizzando, oggettivamente, in particolar modo, la provincia messinese.

Dalla stampa si apprende che, in alcune province, sono già state pubblicizzate 4 mila assunzioni che sarebbero conseguenza della rilettura dei tetti di spesa; di contro, nella nostra Provincia non si potrebbe avere accesso ad alcun tipo di incremento ed integrazione di personale medico e sanitario mantenendo, anzi, peggiorando lo status quo, e -fatto ancor più grave- non consentendo un abbassamento dell'età media degli operatori sanitari, insufficienti per numero ed in età avanzata, con un conseguente abbattimento, in attività identificate come usuranti, dei livelli di qualità delle prestazioni di assistenza.

Queste le motivazioni, identificate da questa Conferenza, qui di seguito evidenziate che, in alcun modo, sembrano aver influito sulla "metodologia tecnica" adottata nell'applicazione della decurtazione riservata alla nostra Provincia, e che motivano il parere negativo espresso:

- Inaccettabile la criticità, per il Comune di Messina e per tutto l'hinterland, conseguente all'applicazione della DDG, n. 602 del 16/09/2015 dell'Azienda Papardo/Piemonte, coerente con gli effetti del citato D.A. n. 1380 in cui viene prevista la decurtazione di 6 Mln di € all'Azienda, e nella quale delibera viene prevista, entro il 1 Novembre p.v., la chiusura del Pronto Soccorso dell'Ospedale Piemonte, titolare di 30.000 accessi/anno che, per stessa ammissione del Rettore dell'Università di Messina, non potrebbero essere garantiti, con adeguata tempestività e sicurezza, dal P.S. del vicino Policlinico di viale Gazzi, con conseguente grave condizione di pericolo e carenza di sicurezza nell'emergenza sanitaria per una larga percentuale di abitanti della zona Sud della Città;
- Nessuna considerazione della verifica di indicatori come l'indice di attrazione (migrazione attiva) esercitato dai professionisti e dalle strutture della Provincia che, oltre che determinare una condizione di pressione e di intasamento delle nostre liste di attesa, determina un valore aggiunto di circa 5 Mln di € per la Sanità regionale, caratteristica certamente non comune alle altre province della Regione;
- Nessun riferimento alla età media della popolazione e dell'indice di vecchiaia (la provincia di Messina è al primo posto fra le province della Regione (dati ISTAT - Urbistat);
- Nessun riferimento alla qualità e complessità erogata dalle strutture delle varie Province, all'indice di occupazione dei posti letto;
- Nessun riferimento ai costi determinati, raffrontato fra le Province e le singole Aziende, nell'utilizzo di farmaci e materiale sanitario e diagnostico per singola giornata di degenza;
- Nessun riferimento e risoluzione alle criticità determinate dalle caratteristiche del territorio delle Isole Eolie, così come evidenziato nei documenti allegati alla presente nota dal Comune di Lipari in rappresentanza del distretto socio sanitario D 25 e del Comune di Mistretta, anche in rappresentanza del Distretto Sanitario di D29, e del Comune di Sant'Agata di Militello, in rappresentanza del distretto socio sanitario n. 31. In particolare non si tiene conto delle criticità dei collegamenti viari e marittimi e delle caratteristiche orografiche del territorio, con riferimento ad esempio agli ospedali riuniti Mistretta/S. Agata Militello, e dell'Ospedale di Lipari, che non consentono ai cittadini residenti in quei territori di avere assicurata la stessa assistenza sanitaria garantita ai cittadini residenti in altre aree della Provincia. In tal modo, non solo non viene rispettato il dettato costituzionale sul diritto alla salute ma, non si tiene neppure conto dell'accordo Stato Regioni del 30/07/15, relativamente ai punti nascita nelle zone marginali e di difficile accesso;

- Nessun riferimento alle necessità di aree critiche ad alta percentuale di patologie neoplastiche come l'area di Pace del Mela;
- Nessuna analisi preventiva delle conseguenze correlate, nell'allineamento dei tetti di spesa identificati alla voce "costi del personale", con l'applicazione del Decreto Balduzzi;
- Oggettiva impossibilità, stante la debolezza delle dotazioni organiche proposte nelle delibere dei DD.GG., di garantire adeguatamente i LEA (stroke unit, alzheimer, screening oncologici, rete IMA, 118, etc) già previsti dai Decreti Assessoriali.

Per quanto sopra espresso, al fine di meglio definire la problematica oggetto della presente nota, verificando e fornendo dati oggettivi e formali, indicatori di performance ed ulteriori elementi a supporto della richiesta e della necessità che l'Assessore riveda le modalità e gli effetti di cui al citato D.A. n. 1380, confermando il parere negativo espresso da questa Conferenza dei Sindaci della Provincia di Messina, la stessa si riserva di dedicare, in tempi assai brevi, una giornata tecnica di studio, presso la sede del Municipio di Messina, aperta ai rappresentanti della Deputazione messinese, alle OO.SS., ai Direttori Generali delle Aziende e dell'IRCSS della Provincia, agli Ordini Professionali, alle forze politiche ed alle parti interessate, così da condividere elementi formali a difesa della reale condizione di pericolo che sembra determinarsi ed a tutela dell'adeguatezza dei livelli di sicurezza e qualità dell'assistenza sanitaria che ogni Sindaco è tenuto a garantire nei confronti delle comunità rappresentate.

La Segretaria
Dott.ssa Giusi Tirrito
Giusi Tirrito



Il Sindaco
Prof. Renato Accorinti
Renato Accorinti

BARCELONA P. G. V. SINDACO *Edoardo Patti*
SAN PIERO PATTI → ASSUSSORE *Luigi Patti*
MISTRETTA VICE SINDACO *Luigi Patti*

SAN GIUSEPPE DI MESSINA *Edoardo Patti*

MEZZOGIORNO ASS. *Luigi Patti* (di BORLA abbate)

SAVOCA *Nicola Patti*

MURTO *Nicola Patti*

S. MARCO d'AL. *D. Patti*

COMUNE DI NASO ASS. PARASITICIDARIA *Edoardo Patti*

MESSINA *Renato Accorinti*

FURNARI *MARIO FOTTI* *Mario Fotti*

PATTI (ASSESSORE) *FABIO LONGO* *Fabio Longo*

TAORMINA *Fabio Longo*



COMUNE DI LIPARI
 PROVINCIA DI MESSINA
 "Eolie, patrimonio dell'umanità"



www.comunelipari.gov.it

sindaco@pec.comunelipari.it

Prot.n. **23971** 28 SET. 2015

Lipari, 25 Settembre 2015

Al Sindaco della Città di Messina
 Presidente della Conferenza dei Sindaci
 della Provincia di Messina
 prof. Renato ACCORINTI
 Piazza Unione Europea
 98122 **MESSINA**

c. p.c. Al Direttore Generale Asp n.5 - Messina
 dr. Gaetano SIRNA
 Via La Farina, 263/N
 98123 **MESSINA**

Oggetto: Nota da allegare al verbale di riunione della Conferenza dei Sindaci tenutasi presso il Municipio di Messina in data 25 settembre u.s. su Atto Aziendale Asp Me 2015 - Rideterminazione dotazione organica P.O. Lipari.

Ad integrazione dell'intervento registrato a verbale in occasione della Conferenza dei Sindaci del 25 settembre u.s., si allega documento a firma del sottoscritto - Marco Giorgianni, Sindaco del Comune di Lipari.

Nell'interesse dell'Amministrazione Comunale di Lipari, con la presente si manifesta il più ampio dissenso nei confronti di un provvedimento il cui unico scopo sembra essere quello di continuare ad arrecare danni e disagi alle comunità isolate, negli ultimi anni sempre più penalizzate da scelte assolutamente non condivisibili nel campo dell'assistenza sanitaria.

Questa Amministrazione ribadisce la propria posizione contraria all'approvazione del nuovo Atto Aziendale dell'Asp di Messina così come presentato dal Direttore Sirna, essendo assolutamente convinta che non essendo prevista un'area materno - infantile presso il P.O. di Lipari nella rimodulazione della rete ospedaliera emanata lo scorso gennaio, al fine di salvaguardare ed ottimizzare le esigenze assistenziali nelle Isole Eolie - territorio caratterizzato da eccezionali difficoltà di accesso - debba essere preciso dovere impegnarsi a garantire, nell'assistenza ostetrico-ginecologica e pediatrica, una organizzazione atta a rispondere ai bisogni specifici della popolazione.

A sostegno delle azioni di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria e della implementazione della dotazione delle figure necessarie in pianta organica presso il Presidio Ospedaliero di Lipari, si chiede la messa in sicurezza delle emergenze-urgenze ostetrico-ginecologiche h24 attuabile solo attraverso la seguente strutturazione:

- per garantire la presenza h24 di un ginecologo in Ospedale e quindi l'assistenza ostetrico - ginecologica continuativa nelle attuali aree di degenze in area chirurgica, si necessita di minimo n.3 ginecologi: due per coprire il servizio di mattina, di pomeriggio e la reperibilità notturna; uno per garantire il riposo settimanale, le ferie e per poter svolgere attività di aggiornamento professionale. Quanto precede se l'eventuale emergenza operatoria è condivisa con i Chirurghi. Se, diversamente, l'emergenza operatoria non può essere condivisa con i Chirurghi, in pianta organica devono essere previsti 6 Ginecologi per garantire la doppia presenza diurna e la doppia reperibilità notturna e festiva.
- per poter assicurare h24 le emergenze-urgenze, è indispensabile la presenza in pianta organica, per le specialità ad alto rischio, di tre dirigenti medici: due per coprire il servizio di mattina, di pomeriggio e la reperibilità notturna; uno per garantire il riposo settimanale le ferie e soprattutto per poter svolgere attività di aggiornamento professionale.

Secondo quanto riportato nell'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 Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo

per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", il Consultorio Familiare assicura, nello specifico: la prima presa in carico della donna gravida con lo scopo di eseguire una prima valutazione del livello di rischio e consegnare la cartella unica di gestione integrata della gravidanza; la gestione della gravidanza fisiologica fino alla 36^a settimana; l'invio guidato al punto nascita alla 36^a settimana (ambulatorio gravidanza a termine); l'invio guidato al punto nascita in qualunque momento in caso di gravidanza a rischio o patologia (ambulatorio gravidanza a rischio). Nello stesso documento, si precisa che le Ostetriche ed i Ginecologi devono essere inclusi in team integrati, in grado di garantire continuità ed appropriatezza dell'assistenza anche quando insorgano situazioni di rischio.

Considerato che la gravidanza ed il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato, a parere dello scrivente non dovrebbe essere presa minimamente in considerazione la possibilità di sostituire con un ginecologo operante all'interno del Consultorio Familiare - ormai estraneo ad una sala operatoria in quanto non praticante da circa trent'anni - la figura di un ginecologo chirurgicamente operativo e quindi in grado di gestire le eventuali emergenze ostetrico-ginecologiche di una gravidanza. Quanto sopra, nel rispetto delle differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziali della singola persona e appropriatezza ed efficacia dei servizi prestati.

Si ritiene, inoltre, indispensabile l'inserimento della figura di uno specialista ortopedico in pianta organica, assunto in pianta stabile così da poter garantire il proprio servizio per tutto l'anno, considerato che in caso di frattura spesso è di fondamentale importanza la tempestività della diagnosi ed operatoria.

Le Isole minori rappresentano un contesto di particolare complessità per tutta la sfera sanitaria e sono quindi ritenute aree disagiate. Si rammenta che le condizioni meteo avverse limitano i collegamenti da e per le Isole Eolie per circa 6/7 mesi l'anno; l'altra via per raggiungere l'ospedale più vicino sulla terraferma è quella aerea, la cui percorribilità dipende però molto dalle condizioni atmosferiche, in quanto spesso accade che per il forte vento l'elisoccorso non possa atterrare, causando il totale isolamento del paziente sull'Isola.

Si sostiene convintamente che, proprio perché area altamente disagiata a motivo dello stato di insularità che spesso determina l'assenza di qualsiasi tipo di collegamento con la terraferma, il Presidio Ospedaliero dell'Isola di Lipari debba essere considerato non nell'ambito degli Ospedali Riuniti bensì come Presidio di Emergenza, con la presenza in loco di tutte le specialità e gli standard organizzativi, tecnologici e di sicurezza di cui all'accordo Stato-Regioni del 16-12-2010.

Sul Fascicolo relativo all'iter in Senato del disegno di legge n.1650 - Legge quadro per lo sviluppo delle isole minori, all'art. 8 (Misure per migliorare i servizi sanitari) - comma 6 si legge:

"In ogni comune insulare, nei comuni pluri-insulari su ogni isola del comune o su ogni area pluricomunale che insista sullo stesso territorio è garantita la presenza di presidi territoriali organizzati in grado di prendere in carico il percorso della emergenza urgenza, di erogare i servizi delle cure primarie e della gestione territoriale ambulatoriale-domiciliare delle patologie croniche nonché la presa in carico dei pazienti oncologici e dializzati. Esse hanno altresì la necessità di godere di vere e proprie garanzie generali finalizzate a risolvere le problematiche che per la terraferma possono essere facilmente superabili, mentre per le isole appaiono spesso insormontabili. Eventi di lieve entità possono, infatti, portare a gravi scompensi, causando il totale scollegamento dalla terraferma anche per periodi prolungati di tempo."

Si ribadisce, pertanto, il parere negativo dell'Amministrazione Comunale di Lipari relativamente all'Atto Aziendale 2015 presentato dall'Asp di Messina in quanto lo stesso non tiene in considerazione le esigenze testé evidenziate e non mira a rimuovere ogni forma di ostacolo al pieno godimento del diritto all'assistenza e alla salute della popolazione insulare.

Pur comprendendo l'esigenza di dover operare dei tagli, non ci si stancherà mai di sostenere che, anche in condizioni di ristrettezze economiche, la rimodulazione dei servizi deve necessariamente essere fatta nell'ottica di tutelare i cittadini e garantire alle Isole Eolie il diritto alla salute attraverso una rete sanitaria locale "adeguata" alle caratteristiche geo-morfologiche del territorio ed alle esigenze dei suoi abitanti.

IL SINDACO
(Marco Giangianni)

COMUNE DI LIPARI

La proposta di pianta organica non consente d'individuare specificatamente tanto l'articolazione dell'assetto organizzativo quanto la distribuzione del personale nei singoli presidi facenti parte degli Ospedali Riuniti.

Corre l'obbligo di precisare che il PO di Lipari non può assolutamente appartenere al progetto di Ospedali Riuniti poiché già identificato "Presidio Ospedaliero ricadente in area ad eccezionale difficoltà di accesso" secondo quanto sancito dall'Accordo Stato-Regioni n°146 del 30.7.15

Pertanto è assolutamente necessario che nell'Atto Aziendale il PO di Lipari venga identificato quale presidio di località insulare ad eccezionale difficoltà di accesso ai servizi sanitari e, quindi scorporato dagli Ospedali Riuniti.

Si chiede che nel PO di Lipari vi sia la strutturazione di un organico che possa garantire l'emergenza-urgenza in autonomia, oltre la normale routine.

E in particolare, in attesa della riapertura e messa in sicurezza del punto nascita di Lipari, nella logica del rispetto dei principi di appropriatezza organizzativa ed efficienza, si chiede la messa in sicurezza delle emergenze-urgenze ostetriche-ginecologiche h24 attraverso la seguente strutturazione:

E' indispensabile la presenza in pianta organica, per le specialità ad alto rischio di almeno 3 medici pediatri, di almeno **6** ginecologi (per garantire la doppia presenza diurna e la doppia reperibilità notturna e festiva) e 6 ostetrici (per garantire la presenza h24 in ospedale).

Lipari, 28/09/2015

Dott. Giacomo Biviano (delegato dal Sindaco di Lipari)





MUNICIPIO DELLA CITTA' DI MISTRETTA

Provincia di Messina

C.A.P. 98073 – Cod. Fisc. 85000300831 – P. I.V.A. 01210220834

Tel 0921 381677 Fax 0921 381035

Email: protocollo@comune.mistretta.me.it

PEC: info@pec.comune.mistretta.me.it

Prot. n. 10156 del 24.09.2015

DA ALLEGARE AL VERBALE
DELLA CONFERENZA DEI SINDACI
DEL 28.09.2015

Gent.mo Prof. Renato Accorinti
Sindaco di Messina
Ufficio Conferenza dei Sindaci
P.zza Unione Europea
98122 MESSINA

Gent.mo Dott. Gaetano Sirna
Direttore Generale
Azienda Sanitaria Provinciale di Messina
Via G. La Facina, 263/f
98123 MESSINA

Oggetto: Atto aziendale e pianta organica dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina – convocazione conferenza dei Sindaci della Provincia di Messina del 25.09.2015.

Come noto alle S.L., più volte interessate della ormai annosa vicenda legata al P.O. di Mistretta, siamo ad un punto di non ritorno.

La situazione è drammatica, personale insufficiente, macchinari inutilizzabili (uno fra tutti la TAC, ormai vetusta, che funziona a singhiozzo), la sala operatoria chiusa, ormai da maggio 2015, e potremmo continuare con una lista lunghissima comprendente il colonscopio, lo spirometro, l'ascensore della sala operatoria, ecc. ecc.

Purtroppo, siamo consapevoli che, restando così le cose, qualche vita umana verrà sacrificata sull'altare dell'inefficienza.

Relativamente all'atto aziendale e pianta organica dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, con riferimento al P.O. di Mistretta, facente parte degli Ospedali Riuniti Mistretta – S. Agata di M.llo, specifichiamo quanto segue:

- con riferimento alla Struttura Complessa di **AREA CHIRURGICA** sono ormai anni che non viene destinato a questo P.O. il primario, pertanto si chiede l'immediata immissione in ruolo di tale figura essenziale per il funzionamento dell'area.

Trattandosi di area indistinta occorre specificare le specialistiche previste. Il numero di medici previsti (6) sembra non contempli alcune specialistiche importanti per il territorio, quali l'ortopedico, il ginecologo, l'oculista, l'otorino.

A tal proposito occorre organizzare delle equipe itineranti che operino anche solamente per “piccoli interventi non richiedenti la rianimazione” ed assicurino continuità e qualità ad un servizio fino ad oggi svolto ad intermittenza e privo di adeguata organizzazione.

Inoltre, è sparito dall'Arca Chirurgica il riferimento al Punto Nascite.

- Con riferimento alla Struttura Complessa di **AREA MEDICA con assistenza pediatrica**, non è chiaro cosa si intenda per assistenza pediatrica e la tipologia di assistenza assicurata (ricovero o ambulatorio) non si è a conoscenza se tra le figure mediche previste (6), sia inserito il pediatra.
- Con riferimento alla Struttura Semplice di **LUNGODEGENZA**, il numero di infermieri è diminuito di 4 unità e di una unità per il capo sala si passa da un totale tra Area Medica e Lungodegenza di 24 infermieri a 20 con una sola figura di Capo Sala su un totale di 20 posti letto per la Lungodegenza e 11+2 per la Medicina.

Non si capisce come nel P.O. di S. Agata di Militello venga mantenuta una struttura semplice di lungodegenza con 6 posti letto assistiti da 2 medici e 4 infermieri.

Caratterizzandosi il P.O. di Mistretta per la cura delle post acuzie, in particolare riabilitazione, Suap e lungodegenza ed in un'ottica di Ospedali Riuniti, si chiede che i 6 posti di lungodegenza, con la conseguenza assistenza medica ed infermieristica, vengano trasferiti dal P.O. di S. Agata di Militello al P.O. di Mistretta.

- Con riferimento ai 40 posti letto di **RIABILITAZIONE**, attualmente 22 in funzione (gestiti dalla Fondazione Maugeri di Pavia), si chiede l'immediata attivazione degli ulteriori 18 posti letto, oggetto di un addendum alla convenzione in atto tra l'ASP di Messina e la Fondazione Maugeri.
- Con riferimento ai posti **SUAP**, si chiede l'immediata attivazione degli stessi e la previsione di personale ausiliario non previsto attualmente.
- Con riferimento alla Struttura Complessa di **DIREZIONE MEDICA**, sempre nell'ottica di ospedali riuniti si chiede il mantenimento della stessa presso il P.O. di Mistretta e dunque di annullare il trasferimento di questa direzione presso il P.O. di S. Agata di Militello.

Con riferimento alla annosa problematica legata al **PUNTO NASCITE** presso il P.O. di Mistretta, si chiede che lo stesso venga previsto o quantomeno si possa ottenere la dotazione organica a garanzia delle urgenze ostetriche ginecologiche così come previsto nell'accordo Stato – Regioni del 30.07.2015, il quale prevede che qualora le procedure dello STAM e lo STEN non riescano a garantire interventi all'interno dei 60 minuti, vengano garantiti i punti nascita nelle zone marginali di difficile accesso.

Accolte le superiori richieste / osservazioni, si auspica che le dotazioni organiche previste vengano attivate in toto e non restino solo sulla carta dei buoni propositi.

La situazione attuale del P.O. di Mistretta presenta una serie di carenze sia strutturali, come detto in premessa, ma anche legati alla carenza di personale umano, dati dalla non attuazione della pianta organica. Un esempio per tutti, è impossibile assicurare il pronto soccorso, l'assistenza ai malati della Fondazione Maugeri, e la presenza in sala operatoria con soli due medici anestesisti in servizio. Lo stesso dicasi per i medici

radiologi. Peggio ancora per l'urgenza ostetrico ginecologica assicurata da un solo medico e due ostetriche in servizio.

Certi che le osservazioni e le richieste sopra evidenziate possano trovare accoglimento, l'Amministrazione Comunale di Mistretta facendosi portavoce anche delle Amministrazioni dei Paesi del Distretto Sanitario D29 di cui, peraltro, il Sindaco di Mistretta è Presidente, è disponibile ad ogni ulteriore chiarimento.



Per il Sindaco
Presidente del Distretto D 29
Il Vice Sindaco
Dott. Vincenzo Olan

Atto Aziendale

UU.OO. Complesse e Semplici

Anche se il numero complessivo delle UU.OO.CC. e UU.OO.SS. rientra tra gli "Standard per l'individuazione di Strutture Semplici e complesse del SSN del 26/03/2012 si rappresenta la necessità di segnalare :

- a) Mancato rispetto per le UU.OO. ricomprese nel D.A. del 12/01/2015 di quanto riportato nel D.A. 1360 del 2015 prevede che " il processo di ridefinizione delle strutture complesse e semplici deve essere effettuato nel rispetto delle previsioni quantitative e della tempistica previste dal D.A. 46/2015, infatti non è stata prevista la U.O.S. di Neonatologia presso il P.O. di Milazzo , è stata istituita una U.O.S. di Riabilitazione presso il P.O. di Barcellona , mentre non si ha traccia della U.O.C. di Coordinamento dei Consultori.
- b) Il rimando riportato nell'atto aziendale alla successiva istituzione delle strutture semplici mancanti consegna alla collettività una organizzazione in fase di ristrutturazione, il legislatore aveva previsto la nota di rimando in fase di transizione nel 2009 per gli effetti della riforma sanitaria sancita con Legge n. 5 , non trovando pertanto applicazione a 6 anni dalla riforma;
- c) Non sono previste le strutture complesse e le relative articolazioni semplici delle professioni sanitarie ai sensi e per gli effetti del D.A. del 10/08/2012 "Recepimento dei criteri per il funzionamento delle unità operative delle professioni sanitarie infermieristiche ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie, tecniche della prevenzione e del servizio sociale ai sensi del comma 2 dell'articolo 2 della legge regionale 15 gennaio 2010, n. 1
- d) Mancato adeguamento ed allineamento delle UU.OO.CC. Amministrative a quanto previsto dal D.A. 1360 del 2015 che nell'allegato Servizi Amministrativi e tecnici prevede l'istituzione di 5 UU.OO.CC. mentre in pianta organica e nell'atto aziendale ne ritroviamo ben 7 ad esclusione delle Direzioni Amministrative di Presidio.

Dipartimenti

L'istituzione dei Dipartimenti Cure Ospedaliere e Governo Attività Amministrative Ospedale e Territorio vanno cassati in quanto in netto contrasto con la legge regionale n. 28/01/2014 ed inoltre con il Decreto Assessoriale 1360/2015 che stabilisce : l'attività territoriale , erogata dai distretti sanitari è coordinata dalla direzione aziendale , la quale si avvale , a tal fine dei direttori degli stessi distretti " ; inoltre per i Presidi Ospedalieri "l'attività dei distretti Ospedalieri è coordinata dalla direzione Aziendale che si avvale dei dirigenti medici ed amministrativi responsabili delle funzioni igienico/organizzative e di quelle amministrative dei presidi anche riuniti.

Nel Dipartimento di nuova istituzione delle Attività Socio Sanitarie è prevista una gestione del personale in netto contrasto con l'individuazione dello stesso come Dipartimento Funzionale, di conseguenza o si trasforma in Dipartimento Strutturale Intramurale oppure bisogna rivedere i contenuti del paragrafo che descrivono le attività del Dipartimento che sono in netto contrasto con quanto riportato dalle normative vigenti sulla autonomia gestionale dei Direttori di distretto e di Presidio ai sensi e per gli effetti degli articolo 3 quinquies e sexsies, e 4 del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni.

L'organizzazione dei consultori in seno al dipartimento materno infantile non rispecchia quanto previsto dal decreto Assessoriale n. 1186 del 2014 , non sono previste le aree di Aggregazione Territoriale per bacino di abitanti, ne il personale assegnato è in linea con il Decreto, ne in termini quantitativi che in termini qualitativi.

Facendo riferimento a quanto riportato le aziende sanitarie provinciali dovranno considerare come standard minimo di dotazione organica per un bacino di utenza di 20.000 abitanti la seguente equipe :

- a) un ostetrico;

- b) un operatore sanitario OSS;
- c) uno ginecologo
- d) un assistente sociale;
- e) un psicologo.

Con bacini di utenza uguali o superiori a 40.000 abitanti il numero delle figure sarà raddoppiato.

Pianta Organica

Gli aggregati del personale riportati nel prospetto generale messi a raffronto con la pianta organica attualmente in vigore ci consentono di verificare lo spostamento delle unità di personale al fine di comprendere i criteri utilizzati per la elaborazione del documento " Pianta Organica " .

Il primo dato che risalta da una prima analisi "grossolana " è l'aumento in termini generali delle unità di personale.

Documento	Unità di Personale
Pianta Organica 2011	5048
Proposta ASP 2015	5093
Differenza	+ 45

Variazioni Significative delle Unità di Personale distinte per profili assegnate agli Ospedali e nel Territorio

Profilo	Ospedali	Territorio	Totali	P.O. 2011	Diff.
<u>Dirigenza Sanitaria</u>					
Dirigente Medico SC	58	27	85	91	-6
Dirigente Medico	656	433	1089	1046	43
<u>Dirigenza Sanitaria non Medica</u>					
Dirigente Farmacista	18	13	31	35	-4
Dirigente Psicologo	1	51	52	58	-6
Dirigente Pedagogista		16	16	21	-5
<u>Figure Sanitarie non Dirigenziali</u>					
Coll.Prof. San. Esp	63	12	75	83	-8
Infermiere	1175	453	1593	1656	-28
Ostetrica	43	0	43	37	6
TLSB	84	15	99	104	-5
Logopedista	1	15	16	21	-5
Terap. Riabilit. PSI e PSICOS		24	24	19	5
Tecn. Prev.		86	86	74	12
Terapista Occupazionale		3	3	0	3
<u>Dirigenti Ruolo Tecnico e Professionale</u>					
Dirigente avvocato		2	2	1	1
Dirigente Ingegnere		8	8	6	2
Dirigente Sociologo		9	9	11	-2
<u>Ruolo Tecnico</u>					
Programatori Op.Tec., Cat. C	3	19	22		22

Op Tecnico Autista BS	42	4	46	42	4
Op. Tecnico B		40	40	36	4
Op. Tecnico CED		39	39	32	7
OTA/OSS	159	67	226	135	91
Ausiliario Specializzato	278	102	380	460	-80
<u>Dirigenti Ruolo Amministrativo</u>					
Dirigente Amministrativo SC	4	6	10	9	1
Dirigente Amministrativo	0	15	15	17	-2
<u>Personale Amministrativo</u>					
Collab.prof. Amministrativo Esp.	4	32	36	2	34
Coll.Prof. Amministrativo	23	119	142	79	63
Assistente Amministrativo	29	101	130	184	-54
Coadiutore Amministrativo	26	122	148	189	-41
Commesso	7	47	54	67	-13

Analisi dei dati sui Presidi Ospedalieri

Dai movimenti di unità di personale raffrontati con gli schemi della Pianta Organica 2011 con la Proposta ASP 2015 si descrivono i movimenti di personale all'interno delle Macrostrutture Aziendali

	Pianta Org. 2011	Proposta ASP	Differenza
Posti Letto	222	188	-40
Totali Generali Personale	754	736	18
Direttori U.O.C.	22	18	-4
Medici	176	181	5
Capi Sala	18	16	-2
Infermieri	341	325	-16
Ausiliari	73	68	-5
OSS	27	31	4
Posti Letto	147	142	-5
Totali Generali Personale	499	517	18
Direttori U.O.C.	13	13	0
Medici	116	126	10
Capi Sala	14	12	-2
Infermieri	221	237	16
Ausiliari	51	42	-9
OSS	32	29	-3
Ospedali Riuniti Sant'Agata - Mistretta	** Somma dati dei due Presidi		
Posti Letto	179	181	2
Totali Generali Personale	454	504	50
Direttori U.O.C.	7	8	1
Medici	104	120	16
Capi Sala	14	13	-1

Infermieri	188	204	16
Ausiliari	60	56	-4
OSS	12	35	23
Ospedali Riuniti Milazzo - Barcellona - Lipari	** Somma dati dei tre Presidi		
Posti Letto	319	288	-31
Totali Generali Personale	1035	1002	-33
Direttori U.O.C.	20	19	-1
Medici	231	229	-2
Capi Sala	29	22	-7
Infermieri	444	412	-32
Ausiliari	132	115	-17
OSS	61	64	3

Dalla analisi dei dati si evincono aumenti di personale medico presso il Presidio Ospedaliero di Taormina con n. 5 Unità e presso il Presidio ospedaliero di Patti che perdendo n. 5 pp.II. complessivi a seguito del nuovo decreto di rimodulazione guadagna ben 10 unità mediche e n. 16 Unità infermieristiche.

L'Ospedale riunito di Mistretta - Sant'Agata a seguito dell'attivazione dei posti letto per post acuti SUAP D.A. 1192/2015, dell'attivazione della Gastroenterologia e della Lungodegenza su Sant'Agata ha un incremento di personale medico, infermieristico ed OSS, che in termini assoluti riguarda l'attivazione dei posti letto post acuzie mentre diminuiscono quelli per la gestione dei posti letto per acuti.

Diminuiscono invece in termini relativi le Unità di Personale Medico presso gli Ospedali Riuniti di Barcellona - Lipari e Milazzo, infatti, pur essendo diminuite di n. 2 Unità subiscono un calo nella gestione dei posti letto per acuti con l'attivazione della Riabilitazione Funzionale (n. 5 Unità Mediche) e delle Lungo degenze su Lipari e Barcellona (n. 4 Unità Mediche) per un totale di n. 11 Unità mediche in meno per la gestione dei posti letto per acuti. La stessa considerazione va fatta per il personale infermieristico con un calo in termini assoluti di 32 unità a cui si aggiungono le 29 unità per la gestione del post acuzie, per un totale di 61 unità in meno per la gestione dei posti letto per acuti; così come per il personale ausiliario.

Non sono invece sufficienti le figure del comparto con particolare riguardo alle figure dei Tecnici (Laboratorio, Radiologia ecc) atti a garantire una continuità nello svolgimento delle attività ambulatoriali e di supporto al sistema di emergenza urgenza.

Errori nell'applicazione degli Standard per i Presidi Ospedalieri

Non è stato recepito il Decreto Assessoriale n. 1186 del 2012 relativo alla Rete delle malattie cerebrovascolari, peraltro reiterato con decreto assessoriale del 14/01/2015 in premessa, in cui viene prevista l'attivazione delle stroke unit presso gli stabilimenti ospedalieri di Sant'Agata e Barcellona P.G., istituzione tra l'altro contemplata nell'allegato 2 dello stesso decreto.

Non si evincono i passaggi per la conversione dei posti letto per acuti in posti letto post acuti a seguito della riconversione, né vengono quantificate e qualificate le unità di personale in esubero; si veda art. 7 del D.A. del 14/01/2015.

Personale Rete ospedaliera

Non sono rispettati gli standard, rispetto ai posti letto assegnati, alle attività di Day Service e ambulatoriali per i seguenti Presidi ospedalieri:

Milazzo – Barcellona - Lipari

Sant'Agata - Mistretta

Patti

Il calcolo delle unità previste non è stato eseguito in base ai parametri assessoriali riportati nelle tabelle allegata alle linee guida mentre per le attività di day service e ambulatoriali per esterni non sono state applicate le seguenti formule:

pl equivalenti DSAO = numero accessi DSAO/365*2*5/7

Teste equivalenti per specialistica ambulatoriale = minuti di assistenza/ (Ore lavorate teoriche per medico 1.457*60)

Inoltre non sono rispettati gli standard previsti per l'assegnazione del personale ai Servizi di tutti i Presidi Ospedalieri legati al Sistema di Emergenza Urgenza ed ai ricoveri di elezione: pronti soccorso, blocchi operatori, in considerazione che il decreto prevede per il pronto soccorso una assegnazione di unità mediche, infermieristiche proporzionata al numero di accessi, alla presenza dei posti letto OBI e dell'attività di triage.

L'assegnazione del personale ai blocchi operatori non rispetta nessun criterio, non si tiene conto del numero di sale operatorie, della eventuale attivazione del servizio di guardia infermieristica e delle normali assenze per ferie malattie.

OSPEDALI RIUNITI S. AGATA M. - MISTRETTA

SANT'AGATA - Chirurgia Generale:

E' necessario prevedere una unita medica in più al fine di continuare a garantire le attività chirurgiche in ricovero ordinario la cui percentuale si attesta 79.03% sulla totalità dei ricoveri .

SANT'AGATA - Medicina Generale

Il Decreto Assessoriale n. 2186 del 2012 " Rete per le emergenze delle Malattie cerebro vascolari " prevede istituzione presso il P.O. di Sant'Agata, in seno alla U.O.C. di Medicina Generale di una Stroke Unit .

Talassemia

Da sempre la U.O.S. di Talassemia svolge un lavoro meritorio di assistenza ai malati , pertanto ci è sembrato corretto staccarla dalla U.O.C. di Medicina Generale assegnando n. 2 Dirigenti Medici e n. 2 Infermieri.

Pronto Soccorso

Il numero di accessi al Pronto Soccorso di Sant'Agata si attestano sui 23.487, inoltre da circa 8 anni sono attivi i posti letto O.B.I. pertanto si è ritenuto opportuno aumentare le unità mediche di una unita, quelle infermieristica di 4 unità e di 2 unità gli ausiliari.

Patologia Clinica

Il numero dei Tecnici di Laboratorio appare insufficiente a garantire le attività analitiche , allo stato in servizio di pronta disponibilità che a causa delle innumerevoli chiamate si è trasformato di fatto in un servizio di guardia mascherato senza smonto e riposo. Le unità di TLSB devono essere portate da 6 a 8 per consentire l'attivazione del servizio di guardia con un risparmio notevole sulle indennità accessorie relative al pagamento delle ore in pronta disponibilità.

Mistretta

U.O.C. Area Medica

Nella U.O.C. di Area Medica con Assistenza Pediatrica non sono stati suddivisi i posti letto con codice 39 (Pediatria) , ne sono stati assegnati i dirigenti medici .

Diagnostica per Immagini

Relativamente al Coordinamento tecnico radiologico dovrebbero essere coperti le figure mancanti !

Manca un'altra unità infermieristica

Per quanto riguarda **Mistretta**, oltre alla carenza di Capo Sala è necessario individuare i Cardiologi come viene fatto per le altre unità operative.

Nel campo della riabilitazione nel Distretto Sant'agata - Mistretta non è stata tenuta in

considerazione la copertura delle figure professionali mancanti per i due moduli approvati dall'Assessorato alla Salute per il servizio di riabilitazione ex art. 26 L.833/78 consistente in attività di recupero e rieducazione funzionale attraverso un trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità e di cui il mancato funzionamento costringe parecchi pazienti bisognevoli a lunghe liste di attesa .

Relativamente ai Coordinamento tecnico -radiologici Sant'Agata-Mistretta dovrebbero essere coperti le figure mancanti !

I numeri delle unità di personale previste per Sant'Agata – Mistretta sono reali; pur essendo previsti, di fatto risultano alcune unità di personale inidonee, che mantengono il profilo di infermiere professionale ed invece svolgono attività amministrative. È necessario, pertanto, un reinquadramento a beneficio di nuovi posti da coprire di infermieri professionali.

Rileviamo che Capi Sala, soprattutto Mistretta, Infermieri Professionale, Tecnici di Laboratorio ed Operatori Socio Sanitari non rispettano i parametri delle linee guida regionali.

Se l'ospedale riunito S. Agata M. - Mistretta deve essere un'entità integrata per assicurare piena copertura di assistenza ospedaliera su tutto il territorio interessato bisogna dare il personale necessario nel rispetto dei parametri previsti.

Territorio

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

- 1) Il personale medico e infermieristico del modulo di Milazzo-Lipari è insufficiente considerata la presenza di un SPDC 6 STAR 1 CD 1 CSM 2 Ambulatori territoriali di cui uno a Lipari.
Il SPDC del modulo di Milazzo, anche se allocato nel P.O. di Barcellona, non può essere attribuito al Modulo Barcellona-Patti che ne ha già uno (Patti): potrebbero sorgere gravi problemi gestionali. Riguardo proprio alle STAR si rappresenta la preoccupazione del personale e di questa O.S. riguardo al mancato rinnovo delle convenzioni con le Cooperative cui è affidato il servizio di tali strutture e alla tutela della salute di quegli assistiti che hanno fruito di un servizio delicato ed insostituibile.
- 2) La figura dei tecnici della riabilitazione psichiatrica è sottodimensionata rispetto a quanto previsto dalle normative (per ogni CTA ce ne vogliono 5 + quelli sul territorio).
- 3) La figura dello psicologo è sotto dimensionata rispetto alle esigenze di funzionalità dei moduli
- 4) E' indispensabile che in ogni modulo vi siano due Caposala; uno per il reparto così come tutti gli altri reparti ospedalieri ed uno per le strutture territoriali extraospedaliere dove si trovano la maggior parte degli infermieri del modulo.
- 5) Chiarimenti sul personale amministrativo necessario negli 7 moduli dipartimentali e alla Direzione del DSM.
- 6) Direzione DSM: necessità di una infermiera per la gestione delle migliaia di cartelle cliniche dal personale; necessità di un Tecnico delle Riabilitazione per il controllo dei PTI del 184 posti di residenzialità.
- 7) Necessità di una infermiera per i DCA.
- 8) Figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP)
- 9) **Pazienti Stranieri** - Non appare individuata l'apertura di servizi dedicati agli stranieri "irregolari" nell'Azienda Sanitaria Provinciale e Ospedaliera come indicato dalle linee-guida del Piano Sanitario Regionale "PIANO DELLA SALUTE" 2011-2013.

Rispetto alle Cta si ritiene che vadano definite le rispettive dotazioni organiche soprattutto per quella di Naso in quanto unica struttura ad ospitare misure di sicurezza. In atto la Cta di Naso ha operato con 15 infermieri e due medici che coprono le 12 ore, oltre a turnare in reperibilità con i medici della Rems. Inoltre gli infermieri della Cta fanno squadra di emergenza con i colleghi della Rems così come da protocollo con il Tribunale di Sorveglianza. Pertanto la paventata riduzione dei infermieri, e la carenza di OSS e Tecnici di Riabilitazione Psichiatrica comporterebbe l'impossibilità di svolgere servizi in sicurezza.

Si propone di elevare Naso ad unico polo psichiatrico residenziale giudiziario convertendo la Cta come la Rems per diventare una struttura unica interdipartimentale stante che, sia pure con percorsi separati, interagiscono in stretta sinergia.

Altra considerazione meritano le STAR che nel caso di S. Agata-Mistretta rispetto agli altri territori si perderebbero 20 infermieri, sapendo che su detto territorio insistono: 1 Spdc con 10 posti; una RSA con 20 posti; 2 Star con 12 posti; 1 Ambulatorio Centrale con 6 infermieri, oltre gli ambulatori di Mistretta, Santo Stefano di Camastra, Capo d'Orlando, Tortorici. Un vasto territorio di oltre 125 mila abitanti, 25 Comuni un hinterland di oltre 120 Km, zone montuose, che annualmente vengono rese circa 30 mila prestazioni circa.

Altra criticità è la prevista chiusura della STAR in affidamento che si perderebbero 84 posti letto oltre ai circa 100 posti di lavoro, con la soppressione di un servizio che ha abbassato la percentuale di ricoveri in Spdc, registrerebbe un incremento dei sproorzionato dei DRG.

I 40 infermieri nel distretto Santagata – Mistretta sono assolutamente insufficienti a poter coprire i servizi richiesti.

All'interno delle Linee d'indirizzo regionali per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle Aziende del SSR per il Dipartimento Salute Mentale non vengono definiti i criteri statistici inerenti la presenza della figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) pertanto, ai fini della determinazione del fabbisogno di personale, come indicato dalle stesse, occorrerà tenere conto degli standard previsti dalle disposizioni regionali emanate in attuazione della programmazione regionale generale (Piano Sanitario Regionale) o disciplinanti ambiti di settore.

La presa in carico prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale per il singolo utente che individua bisogni, risorse e modalità di intervento, così come indicato nei percorsi diagnostico-terapeutici previsti dai LEA e definiti dettagliatamente dai documenti esitati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (14/131/CRO8b/C8) e il decreto assessoriale inerente la residenzialità, D.A. 7 gennaio 2014. Ritenendo dunque prescrittivo il Decreto Assessoriale inerente la residenzialità, DECRETO 7 gennaio 2014, viene evidenziato l'obbligo di stesura del Piano di Trattamento Individuale (PTI) e il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) per ogni utente che usufruisce di un periodo di trattamento residenziale, documento sanitario la cui stesura va effettuata da un'equipè multidisciplinare al cui interno risulta fondamentale la figura del TeRP. In atto il DSM di Messina ha in corso circa 180 PTI con inserimento in strutture terapeutiche-riabilitative. Tale decreto ulteriormente individua il numero medio di TeRP nei programmi intensivi ed estensivi in 5 TeRP per Struttura e in media 42 ore di prestazione di uno psicologo. Essendo tali termini ineludibili per le strutture private convenzionate non si evince la motivazione per cui nelle CTA pubbliche tale personale non è presente. Le strutture pubbliche non devono offrire un

trattamento efficacemente riabilitativo che rispetti gli standard di legge? Nella programmazione della pianta organica non è tenuto in considerazione il personale necessario per l'attuazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza. È inoltre in fase di imminente recepimento il documento "Definizione dei Percorsi di Cura da Attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i Disturbi Schizofrenici, i Disturbi dell'Umore e i Disturbi Gravi di Personalità" approvata dalla Consulta Stato-Regioni, pertanto è indispensabile che la ridefinizione della pianta organica tenga conto di quanto previsto dalla programmazione regionale per il potenziamento del personale DSM. Infatti tale documento distingue tra indicatori facoltativi ed indicatori obbligatori, e tra quest'ultimi rilevante importanza è assegnata agli interventi psicoterapici e psicoeducativi per le famiglie. Pertanto appare fortemente inadeguato, per adempiere ai criteri di verifica di tali indicatori, sia il numero di Psicoterapeuti sia dei TeRP.

Inoltre s'invita codesta ASP al rispetto delle norme vigenti in materia di "Professioni ex L.42/1999" e, in particolare, quanto previsto dalla Legge Regionale 15 gennaio 2010 n.1 che prevede l'istituzione delle Unità Operative delle Professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e del servizio sociale, e dal successivo D.A. n.1636 del 10 agosto 2012, con il quale sono stati impartiti criteri attuativi di funzionamento delle rispettive Unità Operative. Si sottolinea che quest'ultimo prevede "L'istituzione ed attivazione delle UU.OO. di cui al presente decreto rientrano gli interventi strategici aziendali indicati nel vigente Piano Sanitario Regionale e dal relativo documento applicativo di "Linee Guida per l'Attuazione dei Piani Attuativi Aziendali".

Cambi Lettore

S. Maria S. Agata alla Ass. H. Soc. San. 31

Mario J. J. J.

D. J. J.

S. Maria S. Agata

S. Maria S. Agata

9155514

28/09/2015