

REGIONE CALABRIA

UFFICIO DEL GARANTE

PROT.N. 1323 DEL 30/12/2016DCA n. 123 del 17/11/ 2016**OGGETTO: Terapia Intensiva ad Alta Specialità Pediatrica****Il Commissario ad Acta****(per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'art.2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)****VISTO** l'articolo 120 della Costituzione;**VISTO** l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;**VISTO** l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;**VISTO** l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente *pro tempore* della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;**RICHIAMATA** la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;**RILEVATO** che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;**VISTO** l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.**VISTI** gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2013-2015;**VISTO** il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;**VISTA** la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con la anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

- 1) adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
- 2) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- 4) adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
- 5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- 6) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- 7) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
- 8) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies*> comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
- 9) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 10) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 11) interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
- 12) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 13) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 14) tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;

- 15) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
- 16) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

RICHIAMATO l'art. 15, comma 13, lett. c) del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, il quale, intervenendo in materia di revisione della spesa pubblica, ha disposto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, prevedendo il coerente adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni;

DATO ATTO che con DCA n. 9 del 2 Aprile 2015, successivamente integrato dal DCA n. 38 del 14/05/2015, poi modificato ed integrato dal DCA n. 30 del 3/03/2016 a sua volta modificato ed integrato dal DCA n. 64 del 5 luglio 2016 avente ad oggetto "P.O. 2016-2018 - Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali - Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016" con il quale è stato approvato il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, con i quali si è intervenuto per realizzare i risultati programmati di allineamento della rete ospedaliera ai parametri ed agli standard previsti dalla normativa statale di riferimento (adempimento Lea punto f);

VISTO il Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 con il quale è stato approvato il "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" in relazione al quale le regioni dovevano adottare un provvedimento di programmazione teso a ricondurre la dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente utilizzati a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, di cui 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (Disposizione contenuta nell'art. 15 comma 13 lett. c) della legge n. 135/2012) garantendo il progressivo adeguamento agli standard previsti nell'arco di un triennio;

CONSIDERATO

Che, nel contesto della rete di emergenza-urgenza, devono comunque essere assicurati i requisiti minimi per la sicurezza della madre, del neonato e del soggetto in età evolutiva e la prevenzione degli handicap, garantendo in ambito ospedaliero la presenza di un medico pediatra e di un medico ostetrico 24 ore su 24 dove nasce e/o si ricovera un bambino;

Che occorre inoltre assicurare, nel contesto della rete ospedaliera pediatrica calabrese, che tutti i pazienti in età evolutiva (0-18 anni) che giungono in ospedale, siano visitati dal pediatra e che i pazienti, per i quali è necessario il ricovero, siano ricoverati in strutture di Area Pediatrica e possibilmente non in reparti per adulti;

Che l'attuale organizzazione garantisce assistenza pediatrica in urgenza-emergenza attraverso i DEA di I e di II livello e che nelle Unità Operative di Rianimazione degli ospedali HUB della Calabria non sono presenti posti letto di rianimazione pediatrica dedicati, ma viene comunque garantita l'assistenza in un contesto organizzativo tipicamente strutturato per i pazienti adulti;

Che appare opportuno e necessario che tutte le UU.OO. di Pediatria e/o i P.S. dei DEA di II livello debbano essere dotati di spazi per l'osservazione temporanea (OBI) di tali pazienti, considerato che essa è la modalità assistenziale da privilegiare per inquadrare e trattare tempestivamente una criticità, per dirimere un dubbio diagnostico, per trattare in breve tempo una patologia nota risolvibile in poco tempo, affidando poi il piccolo paziente alle cure del Pediatra di libera scelta oppure del Medico di medicina generale o, infine, per definire, magari con il supporto di consulenze multispecialistiche integrate, la necessità di un ricovero. Ciò al fine di evitare nei piccoli ospedali i ricoveri ordinari che, al contrario, se necessari, devono essere inviati presso l'U.O. Pediatrica dell'ospedale di riferimento di area o nei Centri

pediatrici specialistici di III livello a seconda della gravità e complessità della patologia, nel rispetto di protocolli e le linee guida che devono essere concordati nell'ambito di un'attività di tipo dipartimentale;

Che l'attività di soccorso primario nelle emergenze in età evolutiva avviene, di norma, con le procedure ed i mezzi di soccorso ordinari, utilizzando protocolli specifici per le varie fasce di età. È comunque indispensabile una efficace ed efficiente gestione dell'emergenza pediatrica territoriale basata sul coinvolgimento di tutte le componenti all'interno di un sistema coordinato ed integrato. Devono essere definite chiare linee guida, organizzative e cliniche, concordate con tutte le componenti coinvolte nella gestione dell'emergenza-urgenza pediatrica, sia essa territoriale che ospedaliera, nell'ambito di una attività dipartimentale concordata e coordinata con le centrali operative del 118, con l'U.O. pediatrica di riferimento, con i Pronto Soccorso (P.S.) pediatrici che operano nei Dipartimento d'Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello e, ove esistenti, nei DEA pediatrici di III livello che hanno anche compiti di coordinamento;

Che in particolare deve essere affrontato, a livello locale, il problema dei codici critici (rossi e gialli), con dettagliati protocolli di intervento in tutte le loro fasi, da quella territoriale a quella ospedaliera e in tutti i loro aspetti compresi quelli di tipo logistico, strutturale e organizzativo;

Che in considerazione dei livelli crescenti di intensività e specializzazione delle cure, possono quindi essere identificate tre categorie di strutture dedicate all'emergenza pediatrica ospedaliera, funzionalmente integrate al Dipartimento d'Emergenza, quale anticipazione sul decreto definitivo di riorganizzazione della rete pediatrica:

DEA di I livello

Negli ospedali sede di DEA di I livello, i pediatri dell'U.O. Pediatrica, nell'ambito del servizio di guardia attiva 24 ore su 24, si faranno carico di tutti i soggetti in età evolutiva che si presentano al P.S., attuando di fatto un servizio di P.S. funzionale, nell'ambito di una integrazione interdisciplinare con tutti i servizi ed Unità operative presenti in ospedale.

Deve essere prevista un'area pediatrica dedicata (che comprenda accesso proprio, sala d'attesa, ambulatori per il bambino, gestita da personale infermieristico con formazione pediatrica) o un percorso preferenziale che avvii il paziente verso il contesto per esso più idoneo. Il P.S. deve effettuare il triage pediatrico, istituendo specifici percorsi formativi. Deve essere prevista una integrazione operativa fra pediatri dipendenti e convenzionati, secondo precisi accordi a livello regionale e/o aziendale.

Nel caso venga identificato un problema non gestibile in tale struttura, deve essere possibile stabilizzare il paziente ed organizzare un trasporto protetto nella sede pediatrica più idonea.

DEA di II livello

Gli ospedali HUB, sede di DEA di II livello, in funzione del numero delle specialità previste dalla programmazione regionale, devono garantire una risposta sanitaria qualificata e complessiva.

Il P.S. deve prevedere un percorso pediatrico che deve avere una sua autonomia funzionale ed operativa, possibilmente utilizzando una Osservazione Breve Intensiva (OBI) pediatrica.

Perché l'OBI risulti appropriata, bisogna sempre considerare i concetti assistenziali che ne giustificano l'esistenza essendo una funzione fondamentale del pronto soccorso a carattere multidisciplinare. Le condizioni morbose "reclutabili" in OBI fanno riferimento a diverse patologie acute o subacute di medio-bassa criticità, in cui è ragionevolmente attesa una positiva risoluzione o un preciso inquadramento diagnostico-prognostico entro le 12-24 ore: il rispetto di questo criterio condiziona il campo di applicazione e la potenzialità della funzione assistenziale, che va comunque sempre vista come alternativa al facile ricovero, specie se l'OBI è supportata da un'adeguata attività di follow-up e dalla condivisione della Pediatria di Famiglia che può completarla con un'opportuna osservazione domiciliare nel contesto di una rete pediatrica regionale;

Il pediatra, presente 24 ore su 24, deve poter sempre intervenire nella prima valutazione del paziente, garantire e gestire le multidisciplinarietà e il coordinamento degli interventi con protocolli condivisi assumendo la piena e completa presa in carico del paziente.

Dal punto di vista strutturale, sarebbe opportuno identificare un settore pediatrico del P.S. con triage pediatrico, con accesso diverso da quello degli adulti, ambulatori di visita ed area di osservazione breve dedicati e di isolamento, con la disponibilità di materiali e dispositivi idonei per tutte le emergenze e/o comunque un percorso privilegiato verso una OBI dedicata meglio se allocata presso le UU.OO. di Pediatria;

È necessaria la presenza 24/24 ore del pediatra, di infermieri pediatrici, ovvero infermieri generalisti (possibilmente con master di I livello e con competenza pediatrica), che abbiano svolto un corso di PBLS (corso di rianimazione cardio-polmonare pediatrica di base) e un corso di triage pediatrico.

Che in caso di ricovero, il paziente pediatrico dovrà essere collocato in ambienti strutturalmente idonei: nel reparto di pediatria o, in caso di necessità di cure intensive, in una zona separata e possibilmente dedicata al paziente pediatrico, nell'ambito della rianimazione generale presso la quale sarà opportuno identificare spazi e letti (negli HUB almeno due da riservare);

Che tali presidi ospedalieri si possono far carico delle diverse tipologie di urgenze maggiori pediatriche, in funzione delle alte specialità e competenze esistenti.

La sede HUB del DEA di II livello deve anche essere sede di cure neonatali se la struttura è dotata di Ostetricia e di U.O. di Neonatologia comprendente una terapia intensiva neonatale.

Nel caso, infine, che il DEA di II livello con U.O. o sezione funzionale di P.S. pediatrico veda il coesistere delle competenze traumatologiche (anestesista, chirurgo generale, toracico, vascolare, ortopedico, neurochirurgo, radiologo interventista), con quelle pediatriche (chirurgo pediatrico), farà sì che sia possibile il trattamento di tutta la traumatologia maggiore in età infantile, secondo il modello organizzativo del *Trauma Center per adulti con "Pediatric Commitment"*, già ampiamente sperimentato in Europa e Nord America.

Che appare altresì necessario prevedere sul territorio regionale e nel contesto di un ospedale HUB, sede di DEA di II livello, **una struttura di Terapia Intensiva ad Alta Specialità Pediatrica** che si ponga come Centro di riferimento per le urgenze-emergenze pediatriche di maggiore gravità e complessità, con una caratterizzazione polispecialistica per l'infanzia e l'adolescenza e disponibilità di un DEA di II livello supportato da alte specialità con presenza di competenze specifiche per il trattamento e la cura di pazienti pediatrici (rianimazione, chirurgia pediatrica, cardiologia, cardiocirurgia, neurochirurgia, ortopedia, infettivologia, oncologia, ematologia, broncopneumologia, nefrologia e dialisi, endocrinologia, otorinolaringoiatria, oculistica, neurologia e psichiatria).

Che in tale presidio devono essere centralizzate le problematiche della grande emergenza-urgenza neonatale e pediatrica quale centro di riferimento per patologie che superino le competenze presenti presso il P.S. degli altri DEA di II livello o presso le terapie intensive degli altri Hub e Spoke.

Tale struttura fa riferimento ad un bacino di utenza pari ad almeno 2-3 milioni di abitanti, come indicato dalle linee guida ministeriali ed ha pertanto valenza regionale o interregionale, e trova la sua sede naturale **presso Ospedali pediatrici o in Strutture Ospedaliere ed Universitarie** che siano dotati di tutte quelle strutture e servizi che possano garantire la più ampia risposta integrata alle patologie critiche pediatriche;

Essa si propone come centro di **riferimento anche per l'attività didattica e la formazione continua**, sia nell'emergenza-urgenza pediatrica, sia per studenti e pediatri in formazione, per medici pediatri convenzionati, per i medici generici convenzionati e quelli addetti alla continuità assistenziale, per il personale del P.S. generale e per il personale sanitario del 118.

Che sarà opportuno prevedere un progetto condiviso di collaborazione che coinvolga i referenti del Pronto Soccorso Generale, della Rianimazione, della Pediatria, della pediatria di Famiglia e del

118 con uno sforzo organizzativo e formativo che deve essere rivolto alla gestione condivisa delle criticità pediatriche, sfruttando in particolare le competenze specifiche di tutti al fine di sviluppare percorsi integrati e mirati alla maggiore efficacia ed efficienza delle cure rivolte ai piccoli pazienti.

Che nella gestione dell'emergenza-urgenza pediatrica, la precocità e l'adeguatezza della presa in carico assistenziale costituiscono fattori prognostici essenziali, sia per la mortalità che per la morbilità a breve e lungo termine, per cui **l'identificazione rapida del bambino critico costituisce l'obiettivo prioritario del triage infermieristico**, rappresentando il primo anello di quella catena di interventi finalizzati alla stabilizzazione iniziale e all'avvio del trattamento, precoce e necessario per il paziente, presso la struttura più idonea e verso la T.I.P. nei casi più gravi e/o più complessi;

Che in tale contesto anche il Dott. Antonio Marziale, Garante per l'Infanzia e l'adolescenza della Regione Calabria, ha manifestato la necessità di garantire, nel contesto regionale, l'attivazione di un reparto di Terapia Intensiva Pediatrica al fine di consentire ai piccoli pazienti calabresi un adeguato ed ottimale trattamento di patologie che oggi richiedono il ricovero o in strutture per adulti o in strutture fuori regione, con aggravio dei disagi per le famiglie e dei costi indotti ai vari livelli;

Che a seguito di tale proposta è stato costituito un apposito Tavolo Tecnico, riunitosi presso la Struttura Commissariale, con partecipazione del Dipartimento della Salute, del Garante per l'Infanzia e dei maggiori e più rappresentativi tecnici afferenti alle aree di Pediatria, Neonatologia, Terapia intensiva e Terapia Intensiva Neonatale provenienti dalle AA.OO. dalle ASP e dall'A.O.U.;

Che in data 21.7.2016, 14.9.2016 e 26.10.2016 si sono tenute riunioni nel corso delle quali è stato affrontato il problema della Terapia Intensiva Pediatrica e delle relative implicazioni logistiche, organizzative e di gestione della formazione del personale coinvolto;

Che tale struttura di T.I.P. dovrà essere allocata tenendo conto della sua necessaria localizzazione geografica baricentrica, dell'esistenza di un dipartimento materno-infantile, della presenza di una chirurgia pediatrica, di una terapia intensiva neonatale, di una rianimazione con disponibilità di posti letto da attivare e di professionalità che già garantiscono, almeno in parte, l'assistenza ai piccoli pazienti bisognosi di terapia ad alta intensità di cure;

Che dovendo indicare un ospedale HUB di riferimento in cui allocare la T.I.P., appare più opportuna la soluzione che individuerà la sede definitiva con successivo atto.

Che, dovendo dare comunque una risposta immediata, potranno essere immediatamente attivati n. 6 (sei) posti letto (p.l.) da dedicare esclusivamente alla Terapia Intensiva Pediatrica, nelle more della autorizzazione alla assunzione del personale necessario e della successiva strutturazione definitiva di un reparto autonomo di Terapia Intensiva pediatrica propriamente detta, che richiederà comunque l'adeguamento e l'integrazione del DCA di riorganizzazione della rete ospedaliera e delle reti tempo dipendenti in coerenza con i limiti organizzativi imposti dal D.M. n. 70/2015;

Che il Garante per l'infanzia mette a disposizione il 50% del suo budget annuale finalizzato alla formazione del personale che sarà addetto alla T.I. pediatrica;

Che il personale dedicato alla TIP sarà in parte acquisito con opportune procedure concorsuali ed in parte reclutato utilizzando professionalità interne che potranno immediatamente sfruttare la possibilità di formarsi presso centri nazionali accreditati, utilizzando sia i fondi messi a disposizione dal Garante per l'infanzia sia quelli ulteriori eventualmente necessari finanziati con le attività formative ordinarie.

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DECRETA

DI APPROVARE l'istituzione di una UOC di Terapia Intensiva Pediatrica unica regionale al servizio di tutta la Regione;

DI ALLOCARE tale struttura nel contesto dell'Hub che sarà indicato con separato atto, nelle more della autorizzazione alla strutturazione definitiva ed all'indizione del relativo concorso per SOC di Terapia Intensiva Pediatrica.

DI prevedere, transitoriamente, un numero di sei posti letto dedicati alla Terapia Intensiva Pediatrica;

DI PRENDERE ATTO della donazione effettuata da parte del garante dell'Infanzia per la Calabria, dott. Antonio Marziale, che mette a disposizione del SSR il 50 % del budget annuale per la formazione del personale dedicato, commisurato in euro 50.000,00 .

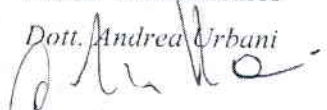
DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente generale per la pubblicazione sul BURC telematico e sul sito web del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

Il Sub Commissario

Dott. Andrea Urbani



Il Commissario ad acta

Ing. Massimo Scura

