

Ulteriori determinazioni in merito alle Centrali Operative Territoriali e in merito alla garanzia di assistenza medica H24 nelle Case di Comunità in raccordo con il sistema della Continuità Assistenziale

Indice

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN MERITO ALLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI.....	2
I soggetti che possono attivare la COT ed interfacciarsi con essa	4
Standard organizzativi, di personale, tecnologici e strutturali	6
Riferimenti normativi	7
PRESENZA MEDICA H24 IN CASA DI COMUNITA' IN RACCORDO CON IL SISTEMA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	8
1. Riorganizzazione e potenziamento della Continuità Assistenziale	8
2. Sperimentazioni di attivazione diurna delle centrali UNICA.....	11
3. Potenziamento delle capacità di risposta del NEA 116117	11
Riferimenti normativi	12

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN MERITO ALLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Secondo il Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77 recante le indicazioni in merito a modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN¹ (di seguito DM 77) e le successive determinazioni nazionali e regionali (e.g. DGR XI/6760 e DGR 7592/2022), la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di supporto in *back office* al coordinamento della presa in carico di assistiti fragili e cronici e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Più specificamente, la COT nella fase iniziale e fino alla messa a sistema di tutti gli applicativi finanziati dal PNRR (completamento previsto nel 2026) svolge 3 funzioni principali:

- Gestisce le segnalazioni che arrivano dai diversi servizi/professionisti (dimissioni ospedaliere, strutture intermedie, strutture residenziali, riabilitazione, MMG, rete emergenza urgenza pre-ospedaliera - CMI, UNICA, 116117) sui casi complessi/fragili e cronici che necessitano supporto nella transizione tra i vari livelli e setting assistenziali, attivando le funzioni deputate all'erogazione dei servizi (sia nel flusso *step-down* dall'ospedale verso le strutture territoriali o il domicilio, sia nel flusso *step-up* dal territorio verso le strutture intermedie o l'ospedale di comunità);
- Favorisce il rispetto dei tempi massimi di permanenza nei setting di cura, agevolando i processi di transizione dei pazienti verso altri servizi (es. cure domiciliari, cure intermedie, riabilitazione ed RSA) facilitando agli erogatori la dimissione per tempo, grazie alla transizione programmata verso altri servizi (es. Cure Domiciliari o RSA).
- supporta nell'identificazione del setting più adatto per ciascun caso, attiva il percorso di transizione e monitora l'offerta disponibile (ricovero, cure intermedie, C-DOM e CP-DOM) prenotando o attivando direttamente il servizio;

La COT ha essenzialmente un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro. Per svolgere questa funzione non si rapporta mai direttamente con il cittadino né con il suo caregiver, ma funge da raccordo tra i professionisti che con esso si relazionano per le fasi erogative del suo percorso di cura e assistenza. I canali riservati all'accesso da parte del cittadino e del suo caregiver sono i Punti Unici di Accesso (PUA) e il

¹ Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della Salute, prot. 0000210-23/02/2022-UMPNRR-MDS-A Allegato Utente 2

Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117, che potranno poi convogliare la richiesta verso il percorso di presa in carico più idoneo.

Trattandosi di una delle funzioni più innovative del processo di potenziamento della rete territoriale, come già previsto nella DGR XII/6760, si invita ad adottare un approccio graduale nello sviluppo organizzativo delle COT.

Nella fase iniziale di implementazione si prevede che la COT sia in grado di gestire:

- **il percorso di dimissione protetta o presidiata dei pazienti fragili**, gestendo il passaggio del paziente dall'ospedale per acuti verso strutture riabilitative, delle cure intermedie o socio-sanitarie, oppure l'attivazione di Cure Domiciliari, anche mediante l'attivazione dell'IfEC della CdC di riferimento, creando sempre un raccordo con il MMG. In caso di dimissione, il reparto dimettente o la funzione ospedaliera demandata a tale processo attiva la COT del territorio di residenza dell'assistito, che a sua volta attiverà gli interventi necessari in una logica di prossimità al domicilio. In fase transitoria e fino alla definizione completa della rete delle COT questo passaggio può avvenire attraverso l'attivazione della COT della ASST dimettente, che si fa carico della trasmissione alla COT di residenza del paziente dei dati relativi alla transizione del paziente verso il domicilio o verso strutture riabilitative/cure intermedie.
- **il percorso di attivazione di interventi in favore di pazienti al domicilio e previsti dai Progetti Individuali o dai Piani Assistenziali Individuali** (PAI della presa in carico dei cronici ex. DGR X/6164 e ss.mm.ii.) elaborati a seguito di valutazioni dell'équipe di Valutazione Multi Dimensionale per i pazienti con bisogno complesso o dal MMG. In questi casi la COT ha il compito di interfacciarsi con i servizi e le funzioni necessarie, di prenotare le prestazioni previste nel piano attraverso le funzioni aziendali dedicate al contatto con il paziente/caregiver in caso di disdette/modifiche degli appuntamenti, di facilitare la relazione tra MMG e Medico Specialista laddove necessario, e di monitorare l'effettivo attuarsi del percorso.

Nel modello a tendere, adeguatamente supportata da strumenti informatici e informativi, la COT dovrà:

- Gestire la transizione da e verso tutti i setting assistenziali e di cura (modalità *step up* dal domicilio e *step down* dalla struttura di ricovero), comprese le cure intermedie, la riabilitazione, l'assistenza sociosanitaria, per garantire l'incontro tra la domanda di

assistenza espressa dai cittadini attraverso i nodi della rete che la intercettano (reparto di dimissione, PUA della CdC, MMG, ecc...) e l'offerta di servizi.

- In presenza di distribuzione geograficamente disomogenea dell'offerta, offrire ai pazienti soluzioni adeguate al bisogno di cura indipendentemente dal territorio di residenza attraverso un collegamento in rete delle COT in modo da facilitare la transizione del paziente anche al di fuori del territorio di residenza.
- Visionare le richieste di transizione tra setting di cura o di attivazione di servizi dell'ambito della fragilità provenienti dai nodi della rete, definendo, in caso di domanda crescente le priorità di accesso ai servizi in relazione ai bisogni e alle condizioni cliniche, assistenziali e sociali del paziente.
- Monitorare i percorsi attivati ed implementare azioni correttive in caso di attivazione mancata, tardiva o inefficace.

Per potersi configurare come descritto, la COT dovrà disporre di adeguate leve di *governance*, che garantiscano che gli attori della rete lavorino in filiera; tra queste, la COT dovrebbe divenire il canale preferenziale per l'accesso ad alcune tipologie di unità di offerta o di ricovero. Con successivi provvedimenti verranno adottate indicazioni in tal senso, a partire dalle unità di offerta residenziali sociosanitarie, per regolare le modalità di accettazione dei pazienti.

Per facilitare lo sviluppo delle competenze necessarie ad assolvere le funzioni descritte e lo sviluppo di protocolli e di modalità di lavoro condivise, si auspica vengano adottati modelli organizzativi che centralizzino alcune funzioni trasversali in una sola delle COT di ASST, pur mantenendo la possibilità per tutte le COT di attivare tali funzioni in favore dei cittadini residenti nei singoli distretti di competenza.

[I soggetti che possono attivare la COT ed interfacciarsi con essa](#)

La COT eroga le funzioni descritte in modalità *back office*: è sempre attivata dagli operatori che si trovano nei diversi nodi della rete, che a loro volta fungono da terminale con l'utente.

I professionisti che di norma possono attivare la COT sono:

- gli operatori dei Punti Unici di Accesso (PUA) e i professionisti sanitari presenti nei servizi distrettuali, che possono attivare la COT a seguito di valutazioni effettuate in UVM o in altri contesti il cui esito attesti la presenza di un bisogno complesso o la necessità di riconduzione di diversi interventi già attivi ad un percorso organico;

- Medici di Assistenza Primaria nell'espletamento di attività su base fiduciaria (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), che possono contattare la COT per necessità legate alla continuità del percorso dei loro pazienti (ad es. valutazione congiunta con l'IfEC, attivazione UVM, attivazione di cure domiciliari, attivazione di ricovero, presso l'OdC o presso altre strutture della rete territoriale), per chiedere l'organizzazione di consulto/teleconsulto con lo specialista presente nella CdC finalizzato alla stabilizzazione del paziente oppure per altre necessità legate alla continuità dei percorsi;
- Medici di Assistenza Primaria nell'espletamento dell'attività su base oraria (Continuità Assistenziale), che possono segnalare alla COT, anche attraverso il supporto tecnico della centrale NEA 116117, eventuali pazienti visitati in ambulatorio o al domicilio e che richiedano una presa in carico di un bisogno che non si esaurisce con la prestazione offerta dal Medico di assistenza primaria;
- le strutture di ricovero e ambulatoriali anche di Erogatori Privati Accreditati, che mediante le funzioni aziendali preposte (es. bed manager, direzione medica, équipe dimissioni protette ...) o i professionisti (es. medici specialisti che prestano servizio negli ambulatori ospedalieri o nelle Case di Comunità, medici di pronto soccorso, ...) possono contattare la COT per:
 - o segnalare pazienti transitati dai loro servizi che necessitino di una presa in carico del bisogno non solo clinica;
 - o segnalare utenti con accessi frequenti al PS o comunque riconducibili a carenze di *compliance* al percorso clinico e terapeutico oppure a problematiche sociali/socio-assistenziali;
 - o definire e organizzare l'eventuale percorso post-dimissione
- personale degli enti gestori di cure domiciliari, delle strutture di cure intermedie e riabilitative, residenziali e semiresidenziali, che si interfacciano con la COT per condividere informazioni utili al proseguimento del percorso del paziente presso o verso il domicilio;
- personale operante nei servizi sociali di ambito oppure del pronto intervento sociale per segnalare casi che richiedano una presa in carico anche sanitaria/sociosanitaria e non solo sociale;
- operatori della rete dell'emergenza-urgenza pre-ospedaliera (Centrale Medica Integrata di AREU, Centrale UNICA, 116117), per segnalare pazienti da inserire in percorsi di cura e assistenza territoriali;

- le COT di altre ASST o di altri distretti della stessa ASST per il raccordo in caso di transizione dell'utente tra diversi territori

Standard organizzativi, di personale, tecnologici e strutturali

L'Allegato 2 al DM 77/2022 identifica per la COT alcuni standard aventi valore prescrittivo (organizzativi, di personale, tecnologici e strutturali).

Lo **standard organizzativo**² prevede che la COT svolga le funzioni descritte nel paragrafo precedente, che sia attivata una COT "ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale" e che le funzioni siano garantite 7 giorni su 7. Per garantire le funzioni assegnate dalla norma è opportuno **che ogni ASST garantistica l'attività di almeno 1 COT** a livello aziendale il sabato e la domenica e nei giorni festivi, 8:00-20:00, anche eventualmente ricorrendo ad una turnistica tra le COT aziendali.

La COT che rimane attiva nel fine settimana o nei giorni festivi riceve tutte le segnalazioni del territorio di competenza della ASST e, oltre a garantire risposta agli interlocutori che dovessero richiedere il suo intervento registrando adeguatamente le richieste ricevute e le attività svolte in modo tale che le COT di competenza territoriale dell'assistito ne siano al corrente quando tornano in servizio, deve garantire l'avvio del percorso di dimissione protetta, quando richiesto dai reparti di dimissione della propria ASST o altre strutture di ricovero o di avvio delle pratiche per l'ammissione in struttura (compreso l'Ospedale di Comunità).

Lo **standard di personale**² prevede che la COT si doti di:

- Un coordinamento infermieristico
- minimo 3 Infermieri
- minimo 1 unità di Personale di supporto

Gli **standard tecnologici e strutturali**² prevedono che le COT dispongano di:

- Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- Sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina;
- Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale;

² Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti", sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali, Ministero della Salute, versione 1 del 26/1/2024

- Software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate;
- Sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Dal punto di vista informatico, le COT saranno supportate dalla piattaforma di gestione digitale del territorio (si rimanda alla DGR XI/5872/2022 “Determinazioni relative al nuovo sistema per la gestione digitale del territorio”). In attesa del pieno sviluppo, gli Enti possono assicurare i requisiti tecnologici con le soluzioni informatiche aziendali di cui già dispongono. Nelle fasi successive, la piattaforma regionale dovrà consentire alle COT di:

- avere accesso alla disponibilità di posti letto attivabili presso le strutture delle cure intermedie, sociosanitarie e di riabilitazione aggiornata quotidianamente, mediante l'utilizzo di strumenti informativi già in uso nonché di una loro evoluzione (es. Priamo, CSM, ecc...);
- avere un quadro aggiornato del budget C-DOM e CP-DOM disponibile nei diversi territori;
- disporre di slot ambulatoriali per i cronici per le prenotazioni previste dai PAI, gestendo il contatto con il paziente/caregiver attraverso le funzioni aziendali dedicate (es. CUP, PUA, centro servizi, ...).

Riferimenti normativi

- La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all'attivazione, I Quaderni – supplemento alla rivista semestrale Monitor 2022 – Agenas
- Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della Salute, prot. 0000210-23/02/2022-UMPNRR-MDS-A Allegato Utente 2
- DGR n. XII/6760 del 25/07/2022 “APPROVAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO E DEI CRITERI DI ACCREDITAMENTO PER L'APPLICAZIONE DEL DECRETO 23 MAGGIO 2022, N. 77 “REGOLAMENTO RECANTE LA DEFINIZIONE DI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE”
- Linee Guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, sub investimento 1.2.2 – Centrali Operative territoriali, Ministero della Salute, versione 1 del 26/1/2024

PRESENZA MEDICA H24 IN CASA DI COMUNITA' IN RACCORDO CON IL SISTEMA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Al fine di garantire il requisito di presenza medica h24 nelle Case di Comunità HUB, Regione Lombardia intende strutturare un modello di risposta coerente con le recenti norme in materia di cure primarie e con la necessità di offrire adeguata risposta alla domanda di cura urgente dei cittadini, che spesso viene inappropriatamente convogliata verso i servizi di emergenza (chiamata al 112/118 o autopresentazione in pronto soccorso). Tale modello poggia su un'ampia letteratura internazionale ed è già stato oggetto di parziale sperimentazione nel corso del 2023 in territori connotati da assetti demografici differenti (area montana ed area metropolitana) con esiti positivi in termini di appropriatezza del percorso clinico/sanitario.

Il modello, pensato per garantire una risposta assistenziale h 24 7/7, sarà oggetto di successivi provvedimenti, ma si ritiene utile delinearne alcuni tratti salienti, così che sia possibile implementare sin da ora attività propedeutiche al suo sviluppo compiuto.

Il modello prevede tre linee di sviluppo principali:

1. **Reingegnerizzazione e potenziamento della Continuità Assistenziale**, che prevede l'attivazione di:

a) Centrali di Continuità dell'Assistenza (centrale UNICA), dimensionate in funzione al numero di residenti e comunque **non più di una per ogni ATS**. Queste centrali sostituiscono, potenziandola, l'attività di consulto telefonico che oggi i medici effettuano nelle diverse sedi di Continuità Assistenziale. Presso la centrale UNICA, secondo modalità organizzative già sperimentate in ATS Montagna e ATS Milano Città Metropolitana, il personale sanitario risponde alle chiamate assegnate dal 116117 per competenza territoriale e, utilizzando la piattaforma informatica dedicata, effettua consulto telefonico ed eventualmente una videochiamata con possibilità di:

- emettere prescrizione dematerializzata di terapia e accertamenti;
- inviare referto al cittadino e al rispettivo MMG;
- inviare il cittadino in pronto soccorso con accesso autonomo o con ambulanza attivando la SOREU di competenza qualora riscontrasse un bisogno di cure in emergenza;

- se reputa necessario un approfondimento in presenza, affidare il paziente al Medico della sede di Continuità Assistenziale di competenza territoriale o per visita ambulatoriale o per l'accesso al domicilio;
- Se necessario, per favorire il trattamento e il monitoraggio al domicilio dei pazienti fragili, UNICA può attivare il Team di Risposta Rapida Domiciliare (TRRD) costituito da medici e personale delle professioni sanitarie opportunamente formati. Si valuterà inoltre che tutte le UCA di Regione Lombardia siano TRRD e che all'espletamento delle attività nel TRRD possano concorrere i Medici di Assistenza Primaria del ruolo unico nello svolgimento dell'attività su base oraria, secondo modalità che saranno ulteriormente dettagliate in documenti successivi. Per tutti i medici che operano nel TRRD è prevista una valutazione delle competenze e conoscenze da parte di AREU con conseguente certificazione di idoneità alla specifica funzione. L'attività del TRRD nell'ambito di UNICA è funzionalmente dipendente da AREU.

In fase iniziale le centrali UNICA saranno attive dalle 20 alle 8 dei giorni feriali e h24 nei giorni prefestivi e festivi. Con questi orari di servizio la Centrale UNICA consente di garantire la funzione di presenza medica per la continuità assistenziale su tutto il territorio servito in orario serale e notturno 7 giorni su 7 e h24 nei giorni festivi e prefestivi. Saranno previste sperimentazioni di attivazione di UNICA anche in orario diurno come di seguito descritto.

Segue in tabella una possibile rappresentazione dell'articolazione oraria UNICA/ambulatori di Continuità Assistenziale/TRRD

FASCIA ORARIA	Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato - Domenica - Prefestivi - Superfestivi	
	CA	UNICA	CA	UNICA	CA	UNICA	CA	UNICA	CA	UNICA	CA	UNICA
08:00-20:00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SI	SI
08:00-20:00	UCA		UCA		UCA		UCA		UCA		UCA	
20:00-24:00	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
24:00-08:00	-	SI	-	SI	-	SI	-	SI	-	SI	-	SI

La gestione delle risorse umane e la definizione delle modalità di lavoro nelle centrali UNICA è affidata alla Struttura Cure Primarie di DG Welfare, mediante la collaborazione dei dip. Cure Primarie delle ASST che garantiranno la disponibilità dei medici di CA, in stretto coordinamento con AREU per i territori competenti. Questa modalità di gestione delle risorse umane consentirà al Sistema delle Cure Primarie di sviluppare competenze e modalità operative rinnovate, mettendo a frutto le competenze di AREU nella gestione efficace di centrali operative, oltre a garantire un raccordo con il personale delle altre centrali che necessariamente saranno integrate a questa.

b) Uno o più ambulatori di Continuità Assistenziale che saranno collocati all'interno di ogni Casa di Comunità HUB, attivi dalle 20 alle 24 dei giorni feriali e dalle 8-24 nei giorni prefestivi e festivi. In questi spazi i medici di Continuità Assistenziale svolgono attività di visita ambulatoriale, quando necessario supportata da diagnostica POCT, ed emettono le eventuali prescrizioni necessarie per l'avvio della terapia in modalità dematerializzata. L'orario di apertura degli ambulatori potrà avere ulteriori estensioni e l'accesso progressivamente avverrà solo se mediato dalla Centrale UNICA: non sarà più possibile per il cittadino auto presentarsi senza avere prima contattato l'116117. La disponibilità di adeguati spazi e di medici per i turni sono garantiti dai Direttori di Distretto in raccordo con il Dip. Cure Primarie territorialmente competente. Il processo di trasferimento degli ambulatori di CA nelle CdC deve avvenire quanto prima, tenendo comunque conto dei lavori di ristrutturazione in essere. Per tutti gli ambulatori di Continuità Assistenziale/UNICA (sedi di lavoro) è necessario garantire:

- Personale di portierato/guardie giurate per la sicurezza delle sedi (anche a tutela dell'utenza)
- Trasporto con accompagnatore per l'attività al domicilio
- Pulizia e sanificazione
- Smaltimento rifiuti ordinari e speciali
- Lavaggio indumenti di lavoro

c. L'attività domiciliare di continuità assistenziale è garantita dai Medici di Assistenza Primaria che svolgono attività su base oraria dalle 20 alle 08 7/7 e anche dalle 08 alle 20 nei festivi e prefestivi. Tale attività deve essere garantita secondo le declinazioni territoriali in armonia con il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale.

2.Sperimentazioni di attivazione diurna delle centrali UNICA.

In funzione degli esiti della riorganizzazione descritta, saranno attivate alcune sperimentazioni che prevedono l'attivazione della centrale UNICA anche in orario diurno, strutturando una rete di servizi a valle preferibilmente presso le Case di Comunità che consentano, eventualmente anche mediante l'interlocuzione di UNICA con le COT, di trovare risposta ad urgenza sociosanitaria (es. attivazione di prestazioni a domicilio, attivazione servizi sociali) e ad urgenze di bassa complessità.

3.Potenziamento delle capacità di risposta del NEA 116117.

Oggi il numero è attivo 24/7, in orario diurno fornisce informazioni o segnalazioni correlate ai servizi territoriali, mentre dalle ore 20 alle 8 dei giorni feriali e h 24 nei giorni prefestivi e festivi mette in comunicazione il cittadino con il servizio di Continuità Assistenziale. Il potenziamento prevede che, in armonia con la strutturazione dei servizi territoriali previsti dal DM77, il NEA faciliti l'orientamento del cittadino verso i punti di erogazione dei servizi territoriali. Perché questo sia possibile, il NEA deve poter raccogliere informazioni in modo organico e disporre di una mappatura dei servizi territoriali quanto più possibile completa ed uniforme sul territorio regionale e deve poter inviare le segnalazioni agli interlocutori corretti che possono poi contattare l'utente per il prosieguo del percorso.

Per l'implementazione del modello descritto, AREU garantirà, in collaborazione con le ASST, la formazione al personale sanitario coinvolto, mirata alla condivisione del processo e all'utilizzo dell'applicativo di UNICA, che sarà lo stesso utilizzato negli ambulatori di Continuità Assistenziale, al contenuto clinico e corretto utilizzo delle Clinical Decision Pathways presenti nell'applicativo, all'utilizzo ed alle potenzialità diagnostiche della videovisita, all'utilizzo ed interpretazione della diagnostica POCT (ecografia clinica POCUS, emogasanalisi e test di laboratorio, elettrocardiogramma) che potrà supportare i medici che effettuano attività ambulatoriale e domiciliare nella diagnosi e trattamento dei pazienti.

Riferimenti normativi

- DGR n. XII/279 “PROGETTO SPERIMENTALE CENTRALE UNIC.A. DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E TELEMEDICINA E TEAM DI RISPOSTA RAPIDA DOMICILIARE” del 15/5/2023
- DGR n. XII/1827 “DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2024” del 31/01/2024
- DGR N. XII/2089 APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER I PIANI DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE DELLE ASST (PPT) AI SENSI DELL'ART. 7 C. 17 DELLA LEGGE REGIONALE 30 DICEMBRE 2009, N. 33 “TESTO UNICO DELLE LEGGI REGIONALI IN MATERIA DI SANITÀ”, COSÌ COME MODIFICATA DALLA LEGGE REGIONALE DI RIFORMA DEL 14 DICEMBRE 2021, N. 22, IN ATTUAZIONE DELLA DGR XII/1827/2024
- ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI – TRIENNIO 2019-2021