



REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL 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, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 30 del 3 marzo 2016

OGGETTO: P.O. 2016-2018 – Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali: Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" – modifiche e integrazioni al DCA n. 9 del 2 Aprile 2015 e s.m.i.

**Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____**

REGIONE CALABRIA

DCA n. _____ del _____

OGGETTO: P.O. 2016-2018 – Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali: Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" – modifiche e integrazioni al DCA n. 9 del 2 Aprile 2015 e s.m.i.

IL 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, 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 D.L. 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 p.t. 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 D.L. 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 del Programma operativo 2013-2015;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) e, 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 per l'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 l'anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e 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 specificamente 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. 192/2012;

DATO ATTO che l'art. 15, comma 13, lett. c del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, 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. 14 del 2/04/2015, trasmesso formalmente ai Ministeri con prot. n. 75_2015/A, sono stati approvati i Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, ai sensi dell'art. 15, comma 20, D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella L. 7 agosto 2012 n. 135;

- che, in particolare, il Programma 14 - Intervento 14.1. prevedeva la "Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina, DH e ordinari, unità operative (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento)";
- che con DCA n. 9 del 2 Aprile 2015, successivamente integrato dal DCA n. 38 del 14/05/2015, si è proceduto alla riorganizzazione della rete ospedaliera, delle reti tempo-dipendenti (rete sindrome coronarica acuta, rete ICTUS, rete politrauma, rete trasporto neonatale) e della rete di emergenza-urgenza, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, pubblica e privata accreditata, disciplina, DH e ordinari, unità operative (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento), per realizzare il 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. Tale Regolamento, in attuazione delle disposizioni contenute nella legge 7 agosto 2012, n. 135, prevede che le regioni debbano 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 su-

periore a 3,7 posti letto (pl) 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;

DATO ATTO che il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (verbale riunione congiunta del 26 novembre 2015), nel riconoscere la validità della metodologia utilizzata dalla Regione per la definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere appropriate, hanno tuttavia dissentito sulle modalità di calcolo dei posti letto, evidenziando che la dotazione programmata risulterebbe inferiore rispetto allo standard corretto per mobilità per le acuzie, di circa 310 posti, mentre per le post-acuzie, la dotazione attesa risulterebbe superiore allo standard corrispondente di 95 posti letti, invitando la struttura commissariale a fare un'ulteriore riflessione sulla opportunità di portare la dotazione dei posti letto per post-acuzie al massimo previsto dal DM n. 70/2015 al netto della mobilità (0,64 pl per 1.000);

Regione Calabria			
Popolazione (al 31 dicembre 2013)			1.930.533
Offerta assistenziale			
	Acuzie	Post-Acuzie	Totale
Da HSP 12-13 (estrazione: marzo 2015)	4.749 (2,4%)	983 (0,5%)	5.732*
Da DCA 18/2010 e ss.mm.ii.	5.018 (2,6%)	1.280 (0,7%)	6.298
Da riorganizzazione proposta	5.130 (2,6%)	1.364 (0,7%)	6.494
Da standard (secco)	5.942	1.386	7.328
Da standard (mobilità)	5.440 (2,7%)	1.269 (0,6%)	6.709
Differenza (riorganizzazione - std mobilità)	-310	+95	-215

Fonte: Mds - elaborazione da flussi HSP - Banca dati NSIS

RICHIAMATO l'art. 1 della Legge 208/2015 il quale dispone che nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale e in relazione alle misure di accrescimento dell'efficienza del settore sanitario previste dai commi da 521 a 552 e alle misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui ai commi da 538 a 540, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, le regioni e le province autonome:

- ove non abbiano ancora adempiuto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale nonché i relativi provvedimenti attuativi. Le regioni sottoposte ai piani di rientro, in coerenza con quanto definito dall'articolo 1, comma 4, del medesimo decreto, adottano i relativi provvedimenti nei tempi e con le modalità definiti nei programmi operativi di prosecuzione dei piani di rientro;
- predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161;
- trasmettono entro il 29 febbraio 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, nonché al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, istituito ai sensi della lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015; il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA valutano congiuntamente, entro il 31 marzo 2016, i provvedimenti di cui alle lettere a) e b), anche sulla base dell'istruttoria condotta dal Tavolo di cui alla lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015.

VISTA la nota LEA_CALABRIA-SCLEA-22/02/2016-0000002-P, con la quale, al fine di rendere omogenei i provvedimenti che le Regioni e le Province Autonome devono trasmettere, ai sensi del suddetto disposto normativo, e rendere trasparenti i criteri di valutazione, il Tavolo degli adempimenti e il Comitato per la verifica dell'erogazione dei Lea di cui agli art. 12 e 9 dell'Intesa del 23 marzo 2015, insieme al Tavolo del Regolamento sugli standard ospedalieri di cui al DM 70/2015, hanno predisposto un documento di indicazioni operative, approvato nella seduta congiunta dei predetti Tavoli del 19 febbraio 2016;

DATO ATTO che nella suddetta nota è stata, inoltre, comunicata alla Regione anche l'informazione relativa alla dotazione dei posti letto per mille abitanti corretta per il saldo di mobilità secondo quanto disposto dell'articolo 1, comma 3, lettera b, del DM n. 70/2015, che di seguito si riporta:

Regione	Popolazione residente al 01/01/2015	Popolazione al 01/01/2015 "pesata"	Distribuzione posti letto standard per popolazione "pesata" corretta per mobilità				
			PL acuti - 3 per mille abitanti (pop. "pesata") corretti per mobilità	PL acuti x 1.000 abitanti	PL post acuti - 0,7 per mille abitanti (pop. "pesata") corretti per mobilità	Posti letto post acuti x 1.000 abitanti	Totale PL acuti e post acuti - pop. "pesata" corretti per mobilità
CALABRIA	1.976.631	1.991.503	5.554	2,79	1.296	0,65	6.850

- che la dotazione di posti letto per mille abitanti di cui sopra costituisce il tetto massimo per ciascuna Regione, mentre ai fini della programmazione dei posti letto è necessario utilizzare la metodologia esplicitata nel paragrafo 3 del DM n. 70/2015 "Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina";

DATO ATTO che nella riunione congiunta del 26 novembre 2016, Tavolo e Comitato, in relazione alle numerose criticità in essere e al fine di consolidare e rendere effettivamente strutturali gli interventi previsti nel Piano di rientro, la cui realizzazione sta avvenendo con ritardo, hanno chiesto alla struttura commissariale di trasmettere, entro il 15.01.2016, un elenco degli ambiti di intervento dei Programmi operativi 2016-2018 tenendo anche in considerazione gli obiettivi individuati con la metodologia condivisa ex art. 12 del Patto per la salute 2014-2016 e non realizzati, nonché le più recenti disposizioni normative e tecniche;

- che con nota prot. n. 62025 del 25/02/2016 (CALABRIA-180-25/02/2016-0000043-A) è stata trasmessa ai Ministeri affiancanti la bozza dei Programmi Operativi 2016-2018;
- che, in particolare, nell'ambito del suddetto P.O., nell' "AREA RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI, l'intervento 2.1.1. prevede la riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle singole reti tempo dipendenti, la cui scadenza temporale è fissata al mese di febbraio 2016, mediante adeguamento del DCA n. 9/2015 e s.m.i. alle indicazioni del DM n. 70/2015, ai pareri dei Ministeri ed alle indicazioni contenute nel verbale del Tavolo di verifica del 26 novembre 2015;

RITENUTO, in coerenza con il quadro normativo nazionale sopra delineato, di dover dare seguito alla rivalutazione dei fabbisogni assistenziali regionali e alla conseguente rideterminazione delle strutture organizzative e dei relativi posti letto definendo un nuovo programma di revisione della rete ospedaliera regionale basato sui seguenti criteri:

- classificazione delle strutture ospedaliere in tre livelli a complessità crescente (presidi ospedalieri di base, sede di pronto soccorso, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, prevedendo il mantenimento di presidi con funzioni ridotte di pronto soccorso per zone particolarmente disagiate ovvero distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso; presidi ospedalieri DEA di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; presidi ospedalieri DEA di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti);
- definizione della dotazione di strutture organizzative pubbliche e private per disciplina, in relazione ai bacini di utenza ed all'organizzazione della rete dell'emergenza/urgenza, secondo gli standard per singola disciplina e per le alte specialità previsti dal DM 70/2015, pubblicato sulla GU Serie Generale n.127 del 4.6.2015, nonché nel rispetto degli standard previsti dall'art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la salute 2010-2012, approvati, in data 26.03.2012, dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse di cui all'intesa Stato -Regioni del 23.03.2005";

RITENUTO di dover recepire le ulteriori osservazioni formulate dal Tavolo interministeriale nella riunione del 26 novembre 2016, con particolare riferimento al dimensionamento di alcune discipline, all'articolazione delle discipline assegnate agli ospedali di zona disagiata, ai punti nascita, alla convenzione con il "Bambino Gesù", alle reti tempo dipendenti, ecc.;

TENUTO CONTO dell'intesa sulla riorganizzazione della rete ospedaliera relativa alle Aziende Ospedaliere "Mater Domini" e "Pugliese-Ciaccio", espressa dal Rettore dell'Università degli Studi "Magna Græcia" di Catanzaro, giusta nota prot. n. 47 data 02/03/2016, propedeutica alla stipula del Protocollo d'intesa tra la Regione Calabria e l'Università, per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 517/1999, trasmessa ai Ministeri affiancanti in data 03/03/2016;

RITENUTO di abrogare tutti i provvedimenti precedenti in materia nelle parti non compatibili con il presente provvedimento;

ESAMINATO il D.P.G.R. n. 3 del 23/08/2010 che individua la struttura di supporto del Commissario *ad acta* e del sub Commissario nel Dipartimento Tutela della Salute;

IN ESITO all'istruttoria tecnico-procedimentale condotta dal Dirigente del Settore del Dipartimento Tutela della Salute, competente per materia, a supporto delle attività della Struttura commissariale, e delle risultanze degli atti richiamati nelle premesse;

DECRETA

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

DI APPROVARE il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, che si allega quale parte integrante del presente provvedimento, a modifica e integrazione del DCA n. 9 del 2/04/2015, successivamente integrato dal DCA n. 38 del 14/05/2015;

DI FARE OBBLIGO ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere di dare la massima diffusione al predetto documento, di attuare quanto in esso contenuto secondo le indicazioni e la tempistica indicata e di provvedere al monitoraggio di attuazione;

DI STABILIRE che venga effettuato dal Dipartimento Tutela della Salute il monitoraggio semestrale sull'attuazione delle azioni a carico delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali, previste nel documento di riorganizzazione;

DI PRECISARE che l'attuazione delle reti sarà obiettivo prioritario dei Commissari/Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali;

DI ABROGARE tutti i provvedimenti precedenti in materia nelle parti non compatibili con il presente provvedimento;

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 del presente provvedimento sul BURC ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

DI DARE ATTO che avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Calabria nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il Sub Commissario
Dott. Andrea Urbani



Il Commissario ad acta
Ing. Massimo Scura

