



Riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale nel Progetto Cure Primarie ai sensi della L.R. n. 19/2016. Indicazioni alle Aziende ULSS della Regione del Veneto.

Scopo del presente documento è di declinare obiettivi, modalità e strumenti al fine di valorizzare la partecipazione del Medico di CA nell'ambito della riorganizzazione del Sistema, favorendo la sua integrazione con gli altri professionisti, la crescita professionale e la responsabilizzazione alla partecipazione alla Governance del Sistema.

1. SEDI, STRUTTURE E MEZZI

1.1 *Collocazione delle sedi*

La collocazione dei Medici di CA deve rispondere ai requisiti di accessibilità da parte dell'utenza e, quindi, ad una appropriata distribuzione sul territorio che faciliti l'accesso al servizio: le sedi di CA, infatti, dovranno essere distribuite sul territorio in modo tale che la popolazione, a fronte di un bisogno assistenziale proprio della assistenza primaria, possa trovare "vicina" la risposta.

Per assicurare la suddetta funzionalità, le sedi dovranno essere collocate preferibilmente presso le Medicine di Gruppo Integrate, presso le sedi distrettuali, presso le Strutture di ricovero intermedie, così come previsto dal PSSR 2012-2016 approvato con L.R. n. 23/2012.

Pertanto, l'individuazione delle sedi dovrà anche tener conto della riorganizzazione in atto (L.R. n. 19/2016) delle Aziende ULSS, riprogettando in maniera appropriata e funzionale la distribuzione delle stesse in base ai bisogni assistenziali rilevati.

1.2 *Adeguatezza dei locali e Misure di sicurezza*

I commi 2 e 3 dell'articolo 68 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. così dispongono al riguardo:

"... 2. L'Azienda garantisce altresì che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali, di adeguate misure di sicurezza, per la sosta e il riposo dei medici, nonché di servizi igienici.

3. L'Azienda, sentiti i medici interessati, predispone i turni e assegna, sentiti i comitati provinciali per la sicurezza pubblica in merito all'applicazione del D.Lgs. n. 626/94, le sedi di attività nonché il rafforzamento dei turni medesimi, ove occorra".

Fermo restando quanto previsto dall'art. n. 68, commi 2 e 3, per garantire al Medico di CA di operare in sicurezza si ritiene opportuno che, oltre alla presenza di dispositivi come videocitofono e telecamere, la persona che richiede l'intervento venga preventivamente identificata. A tal fine è necessario che, al di fuori degli orari di libero accesso all'ambulatorio, la consulenza ambulatoriale sia preventivamente richiesta tramite telefonata.

Le sedi dovranno essere dotate di mezzi anti-intrusione (eventuali sbarre alle finestre, vetri antisfondamento, porta blindata, videocitofono disattivabile, telecamera esterna - per ogni singolo accesso - con videoregistrazione) e collegate direttamente con dispositivi elettronici o telefonici con le forze dell'ordine o vigilanza privata in caso di necessità.

Pertanto gli ambulatori devono essere funzionalmente appropriati in relazione alle attività da espletare da parte dei Medici di CA: le sedi devono essere fornite di locali (uno per ciascun medico in servizio attivo), adeguatamente arredati per il soggiorno e riposo e di servizi igienici separati tra medici ed utenza.





È, altresì, necessario prevedere un numero adeguato di ambulatori rispetto al numero di Medici di CA afferenti (indicativamente un ambulatorio per tre medici) ad una data sede.

1.3 Mezzi a disposizione

L'Azienda ULSS mette a disposizione i propri mezzi adeguatamente attrezzati secondo quanto previsto dall'articolo 68,4, lettera a) dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.:

"L'Azienda, sulla base di apposito Accordo regionale, provvede altresì:

a) alla disponibilità di mezzi di servizio, possibilmente muniti di telefono mobile e di caratteri distintivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso".

È fortemente raccomandata, inoltre, la segnalazione di eventuali malfunzionamenti di autovetture e/o attrezzature al responsabile della Unità Operativa Cure Primarie. Qualora l'Azienda ULSS non sia in grado di mettere a disposizione mezzi propri, si rinvia a quanto previsto all'art. 72 comma 2 dell'ACN vigente.

Inoltre, l'Azienda ULSS si impegna a mettere a disposizione apparati di telefonia mobile ad uso del Medico di CA solo per chiamate ad uso dei medici di CA per motivi organizzativi e di sicurezza e non in entrata da parte dei pazienti né per situazioni di emergenza / urgenza.

2. MODALITÀ DI ACCESSO E PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI

2.1 Carta dei servizi

Gli accessi dell'utenza saranno regolati secondo carte dei servizi condivise con le OO.SS. che definiscono prestazioni, modalità di contatto e operatività, collocazione, orari di servizio e di ambulatorio in coerenza con quanto normato da ACN.

Per garantire uniformità sarà definito a livello regionale il modello di carta dei servizi, che ogni singola Azienda ULSS dovrà adottare previa contestualizzazione.

2.2 Call center

Per consentire una maggiore funzionalità al sistema e in conformità a quanto previsto dall'Accordo ai sensi dell'art. 4 del D.lgs. 28 agosto 1997 n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "*Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale*" Rep. Atti n. 36 /CSR del 7 febbraio 2013, si ritiene funzionale l'istituzione di un numero unico a livello di Aziende ULSS definite dalla L.R. n. 19/2016, con attivazione di un punto unico di ricezione delle chiamate per la CA con operatori al solo scopo di acquisire dati non sanitari.

Le telefonate saranno, quindi, gestite da un call center unico per tutte le sedi della CA afferenti alle Aziende ULSS definite dalla L.R. n. 19/2016, con il compito di accettazione della chiamata, inserimento dell'anagrafica del paziente e smistamento delle richieste secondo la sede territoriale di riferimento, prevedendo la deviazione della chiamata al 118 qualora la stessa non possa essere accolta dalla sede di riferimento.

2.3 Registrazione delle chiamate

Le chiamate in entrata ed uscita dovranno essere registrate e conservate agli atti tramite archiviazione elettronica nel rispetto della Legge n. 196/2003. L'uso delle registrazioni delle chiamate deve essere





regolamentato a livello aziendale, previo parere del Comitato Aziendale per la Medicina Generale.

2.4 Punto di accesso

Con riferimento alla riorganizzazione delle Aziende ULSS (L.R. n. 19/2016), secondo quanto previsto dall'art. 67 comma 17, dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. si prevede che in ciascuna di esse sia istituita, in aggiunta a quelle programmate, almeno una sede di CA ad accesso anche diretto dalle ore 20:00 alle ore 24:00 ed i festivi/prefestivi fino alle ore 24:00, che veda, oltre alla presenza di una équipe di Medici di CA, anche la presenza di altro personale per l'accoglienza dei pazienti e di eventuale supporto ai Medici di CA.

Nella fascia notturna, ossia dalle ore 24:00 alle ore 8:00 del giorno seguente, il contatto avverrà solo telefonicamente, prevedendo quindi che le richieste (su valutazione del Medico di CA) possano esitare in consiglio telefonico, in accesso domiciliare da parte del Medico di CA o in accesso ambulatoriale da parte dell'assistito.

Per garantire la sicurezza della sede e la sua funzionalità sarà preferibile collocarla all'interno di strutture pubbliche. La regolamentazione avverrà tramite appositi contratti integrativi (Patti aziendali).

2.5 Assistenza ai pazienti residenti al di fuori della Regione

Il Medico di CA in servizio è tenuto a valutare anche i pazienti residenti al di fuori della Regione Veneto. Attualmente alle prestazioni di cui sopra si applicano le seguenti tariffe onnicomprensive di accesso al Servizio già previste dal Nomenclatore tariffario per l'Assistenza ai turisti (*cf.* AIR DGR n. 4395/2005 – Allegato A pag. 53), a carico degli utenti, come segue:

- visita ambulatoriale: euro 21,00 (ventuno/00);
- visita domiciliare: euro 31,00 (trentuno/00);
- atti medici ripetitivi: euro 5,00 (cinque/00);
- pagamento PPIP secondo ACN / AIR.

Con il presente atto si stabiliscono le seguenti modifiche alle tariffe della turistica, ai sensi degli art. 14 e 32 dell'ACN vigente:

- visita ambulatoriale: euro 25,00 (venticinque/00);
- visita domiciliare: euro 40,00 (quaranta/00);
- atti medici ripetitivi: euro 5,00 (cinque/00);
- pagamento PPIP secondo ACN / AIR.

Si precisa che le tariffe sopra citate, erogate dal servizio turistico, si applicano a tutti i richiedenti, residenti e non nel territorio regionale, compresi i residenti nella località turistica stessa.

Le tariffe sopra menzionate si applicano anche alle prestazioni non differibili erogate dal servizio di Continuità assistenziale nei confronti dei non residenti in Veneto, al fine di evitare accessi impropri al Pronto Soccorso.

Si conferma la gratuità del servizio di continuità assistenziale reso nei confronti dei residenti in Veneto.

Al medico spetterà l'80% delle tariffe riscosse, il restante 20% all'Azienda ULSS. Il pagamento dovrà avvenire tramite POS, eccezionalmente - laddove non possibile – direttamente al medico di CA.





3. ADOZIONE DI CONTRATTI INTEGRATIVI

La copertura normativa alla partecipazione del Medico di CA in ulteriori ambiti assistenziali, con compiti specifici oltre all'attività di continuità assistenziale quale desunta dall'ACN 2005 e s.m.i., si rinviene e si ricostruisce da una lettura combinata dall'ACN e dall'AJR, nonché dagli atti regionali di programmazione.

- *l'art. 64, comma 4, del vigente ACN per la Continuità Assistenziale, enuncia che: "In caso di organizzazione del servizio in forme associate strutturali delle cure primarie o in UTAP, il conferimento è di norma di 38 ore, di cui 14 in attività diurna feriali;*
- *l'art. 67, comma 17, del vigente ACN stabilisce che: " Il medico di continuità assistenziale partecipa alle attività previste dagli Accordi regionali e aziendali. Per queste attività vengono previste quote variabili aggiuntive di compenso, analogamente agli altri medici di medicina generale che ad esse partecipano. Tali attività sono primariamente orientate, in coerenza con l'impianto generale del presente Accordo, a promuovere la piena integrazione tra i diversi professionisti della Medicina generale, anche mediante la regolamentazione di eventuali attività ambulatoriali";*
- *l'AJR prevede tra le azioni che qualificano l'attività del medico del Servizio di continuità assistenziale la partecipazione, sulla scorta di progetti aziendali, alle attività di cure primarie del territorio, precisando che a tal proposito il medico di CA presta la sua opera anche in ADI, RSA, HOSPICE e altri luoghi di erogazione in cui sia necessario garantire continuità di assistenza primaria e che la sua attività potrà essere svolta non solo negli orari istituzionalmente previsti, ma anche nei giorni feriali in accordo ed integrazione con i Medici di Assistenza Primaria;*
- *la DGR n. 1666/2011 indica che il Medico di Continuità Assistenziale (MCA), collabora con le Medicine di Gruppo Integrate per raggiungere obiettivi di salute e partecipa alle attività delle AFT.*
- *il PSSR 2012-2016 approvato con LR. n. 23/2012 definisce le Medicine di Gruppo Integrate come organizzazioni fondate su un team multiprofessionale e multidisciplinare, strutturate sulla definizione dei problemi a cui il team stesso deve garantire una risposta. L'integrazione professionale comprende medici di famiglia, operanti in una sede di riferimento, specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari, ecc.*
- *l'art. 5 comma 17 del Patto per la Salute per gli anni 2014 - 2016 enuncia che "Al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale, si fa riferimento a quanto rappresentato al punto 10.1 Ospedali di comunità di cui allo schema di regolamento recante "Definizioni degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art.1 comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15 comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135", e si conviene di stipulare, entro il 31 ottobre 2014, un'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale (ivi compresi Medici di famiglia e Medici di CA) o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:*
 - *di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare);*
 - *di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio."*

Sulla scorta di questi presupposti, i Medici di CA saranno di fatto coinvolti nella gestione di interventi dedicati, ambulatoriali, domiciliari e/o residenziali, indirizzati alle seguenti categorie di pazienti:





- pazienti in cure palliative;
- pazienti complessi dal punto di vista clinico e gravosi sul piano assistenziale, affetti da importanti comorbidità;
- pazienti con disturbi cognitivi o demenza;
- pazienti fragili o in fragilità temporanea e pazienti fragili segnalati dai Medici di assistenza primaria al Distretto;
- pazienti non autosufficienti in struttura residenziale.

Nell'ambito della contrattazione integrativa potranno essere previsti progetti specifici per la presa in carico dei "richiedenti asilo" nell'ambito dell'assistenza primaria.

In relazione al percorso di riorganizzazione delle Cure primarie verso forme organizzative più evolute, si individuano pertanto i seguenti *setting* di coinvolgimento del Medico di CA:

- domicilio del paziente;
- ambulatori delle AFT (collocati funzionalmente presso la sede di riferimento delle Medicine di Gruppo Integrate o sedi distrettuali);
- strutture di ricovero intermedie e residenziali;

declinando i seguenti obiettivi e le relative azioni da effettuarsi ad integrazione, e non in sostituzione, dell'attività dei medici di famiglia. Detti obiettivi, che andranno corredati da specifici indicatori misurabili, saranno oggetto di specifico accordo in ambito aziendale.

Obiettivi	Azioni del Medico di CA
Garantire una risposta h24 ambulatoriale per bisogni medici non differibili	Integrare e supportare le Medicine di Gruppo Integrate nella assistenza ambulatoriale per casi "non differibili" in ambulatorio
Garantire una risposta h24 domiciliare per bisogni medici non differibili di pazienti a domicilio	Integrare e supportare le Medicine di Gruppo Integrate nella assistenza domiciliare per casi "non differibili" in pazienti assistiti a domicilio (<i>ADI/ADIMED, Cure Palliative</i>)
Garantire la continuità dell'assistenza medica in strutture residenziali/semiresidenziali	Integrare e supportare le Medicine di Gruppo Integrate presso le strutture residenziali/ semiresidenziali/intermedie

3.1 Attivazione contratti diurni

L'art. 65, comma 4, dell'ACN prevede che *"in caso di organizzazione del servizio in forme associative strutturali delle cure primarie o in UTAP, il conferimento dell'incarico è di norma a 38 ore settimanali, di cui 14 di attività diurna feriali"*.

Nel quadro normativo di riferimento l'assegnazione di contratti di 38 ore/settimana (di cui 14 in attività diurna) è prevista in relazione ai titolari di incarico. Tuttavia è opportuno prevedere ed esplicitare la possibilità di reclutamento ed eventuale estensione oraria anche dei medici sostituiti (incaricati a tempo determinato) nel caso di necessità.

Il trattamento economico relativo è previsto all'art. 72 dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i., ovvero euro 22,46/h, oltre al compenso previsto dall'integrativo aziendale.





L'individuazione del professionista deve valorizzare le competenze e la formazione inerente alle attività e al ruolo da svolgere, nonché tenere conto di quanto stabilito nella DGR n. 1068 del 17 aprile 2007.

L'attribuzione dell'incarico avverrà secondo le procedure previste da ACN e AIR.

3.2 Presa in carico dei pazienti fragili segnalati della COT

L'Azienda, tramite la COT e le centrali dell'ADI, si impegna a fornire ai Medici di CA - in tempo reale o almeno settimanalmente, nel rispetto della privacy - la lista di pazienti in carico all'ADI.

Nel caso di presa in carico di pazienti fragili si favorisce la presenza in UVMD del coordinatore CA (o suo delegato) al fine di garantire la continuità dell'assistenza attraverso accessi programmati nelle situazioni critiche nei turni prefestivi e festivi, riconoscendo il compenso come da AIR.

Il Medico di CA aggiorna, attraverso mezzi informatici messi a disposizione della Azienda ove disponibile, la documentazione clinica presente al domicilio del paziente (diario clinico).

Ogni Azienda ULSS fornisce, attraverso l'Unità Operativa Cure Palliative, assistenza telefonica diretta di un collega esperto in cure palliative durante l'orario di servizio prefestivo e festivo diurno e dalle ore 20:00 alle ore 24:00 durante i turni notturni.

4. INTEGRAZIONE INFORMATIVA/INFORMATICA

A seguito dell'approvazione della DGR n. 1920/2015 è stato affidato al CRAS l'avvio della procedura di gara per l'acquisizione di un software unico a livello regionale per la CA, che prevede al minimo l'integrazione con l'anagrafe regionale (ivi compresi i dati amministrativi relativi alle esenzioni), con la sintesi informativa delle schede individuali informatizzate del Medico di famiglia/PLS e con il software di gestione del 118 SUEM, con le strutture ospedaliere, risultandone la possibilità di compilare direttamente ricette in via informatizzata e certificati di malattia e, laddove presente, con il Fascicolo Sanitario Elettronico/Dossier.

Con Decreto del Direttore regionale della Sezione Controlli, Governo e Personale SSR (ora Direzione Risorse Strumentali SSR – CRAV) n. 9 del 7 marzo 2016 è stato costituito apposito gruppo per la stesura del capitolato di gara.

5. PROCEDURE DI INSERIMENTO DEL NUOVO MEDICO DI CA

È fatto obbligo a tutte le Aziende ULSS di predisporre un documento che descriva l'organizzazione del sistema di Cure Primarie e che fornisca tutti gli elementi conoscitivi necessari per poter operare all'interno dello stesso.

Si ritiene necessario un momento informativo per il neo-incaricato con le figure di riferimento aziendali, che possono essere:

- il Responsabile/Coordinatore dell'Ufficio/U.O. Medicina Convenzionata per la parte inerente l'illustrazione degli aspetti contrattuali ed economici;
- il Direttore/Responsabile della Unità Operativa Cure Primarie per l'illustrazione della parte organizzativa dei servizi, per l'inquadramento del ruolo del Medico di CA all'interno dei processi e dei percorsi assistenziali aziendali;
- l'incaricato del Servizio Risorse Informatiche per l'abilitazione e la formazione all'utilizzo degli



809cf702





strumenti informativi informatici (dossier sanitario se esistente, procedure informatiche aziendali per la registrazione dei dati relativi agli interventi e caricamento del modello "M");

- il Coordinatore di sede della CA per illustrare l'organizzazione dei turni e delle attività.

6. VALORIZZAZIONE DELLA FIGURA DEL COORDINATORE

Come da AIR (DGR n. 4395/2005- Allegato A - COORDINAMENTO) il Coordinatore si impegna a:

- a) **Mantenere i rapporti tecnico/organizzativi con i Direttori di Distretto** (AIR - DGR n. 4395/2005 – Allegato A pag. 52).

In particolare:

- supporta l'Azienda ULSS nella predisposizione degli strumenti informativi, collaborando alla stesura delle schede di registrazione dati, alla individuazione delle soluzioni informatiche più adeguate e alla loro implementazione tra i Medici di CA;
- segnala necessità di farmaci/presidi (anche per l'effettuazione delle PPIP allegato D comma 9 ACN)/attrezzature/materiale di consumo della sede di CA (art. 68 ACN);
- raccoglie le esigenze di carattere organizzativo e le segnala alla Direzione di Distretto;
- collabora alla stesura/revisione delle procedure del servizio di CA.

- b) **Mantenere i rapporti organizzativi con gli altri Medici CA dell'équipe, fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali.** (AIR - DGR n. 4395/2005 – Allegato A pag. 52).

- c) **Predisporre i turni e le reperibilità di servizio con invio all'Azienda ULSS in tempo utile per la loro pubblicazione.** (AIR - DGR n. 4395/2005 – Allegato A pag. 53).

In particolare:

- segnala particolari esigenze di potenziamento degli stessi in periodi di particolare affluenza (es. picco influenzale), oltre alla mensile attività di proposta dei turni di servizio;
- individua e comunica al Responsabile aziendale i nomi dei Medici di CA per coprire i turni di anticipo, attivati per consentire ai Medici di famiglia e ai PLS di partecipare ai corsi di formazione. Il coordinatore cerca di distribuire uniformemente i turni tra tutti i Medici di CA disponibili;
- si fa garante di una organizzazione dei turni in grado di assicurare gli adeguati riposi.

- d) **Proporre al Direttore di Distretto azioni per il miglioramento del Servizio.** (AIR - DGR n. 4395/2005 – Allegato A pag. 53)

In particolare:

- raccoglie suggerimenti e proposte dei colleghi di CA e li propone alla Direzione di Distretto;
- avanza proposte di miglioramento della qualità del servizio, anche relativamente al raccordo con gli altri servizi e professioni distrettuali;
- collabora alla individuazione dei fabbisogni formativi e alla stesura del piano formativo per i Medici di CA;
- propone modifiche alle procedure del servizio.

AREA SANITA' E SOCIALE
IL DIRUTTORE GENERALE
DEI DISTRETTI



- e) Trasferire ai nuovi incaricati le conoscenze sull'organizzazione del Servizio, sulle linee guida concordate con l'Azienda ULSS, sulla condivisione dei progetti aziendali. (AIR - DGR n. 4395/2005 - Allegato A pag. 53)

In caso di inserimento del medico:

Alcuni giorni prima dell'inizio dei turni presenta al nuovo Medico di CA la sede e i colleghi, inoltre, nei confronti dello stesso svolge le seguenti attività:

- informa sulle modalità di lavoro e sugli accordi interni di convivenza;
- informa sui turni di guardia, sulla loro assegnazione, sulle modalità in uso per raccogliere le preferenze sui turni, ecc.;
- informa sulle sedi di ambulatorio;
- istruisce sulle procedure esistenti e sulla compilazione dei registri di attività;
- mette dunque in condizione il Medico di CA di svolgere al meglio il proprio incarico.

- f) Fornire ai nuovi incaricati le informazioni utili per la conoscenza del territorio e dei Servizi in esso esistenti, nonché ogni altro chiarimento ritenuto utile al fine di una corretta e sollecita attività nell'ambito del Servizio. (AIR - DGR n. 4395/2005 - Allegato A pag. 53).

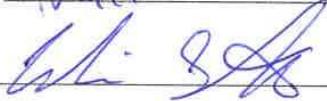
I Coordinatori partecipano di diritto all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali. (AIR - DGR n. 4395/2005 - Allegato A pag. 53).

Per l'espletamento dei compiti di coordinamento, l'Azienda ULSS riconosce un compenso forfetario mensile di euro 64,56 con decorrenza dall'atto di nomina. (AIR - DGR n. 4395/2005 - Allegato A pag. 53).

Per i medici che coordinano fino a 5 MCA il compenso forfetario mensile sarà pari a euro 100,00, per i medici che coordinano da 6 a 10 MCA il compenso forfetario mensile sarà pari a euro 150,00, per i medici che coordinano più di 10 MCA il compenso forfetario mensile sarà pari a euro 200,00.

Il Coordinatore svolge una funzione organizzativa interna al gruppo dei Medici di CA ma anche funzione di raccordo tra Medici di famiglia e Medici di CA, in particolare con i referenti delle Medicine di Gruppo Integrate.

FIMMG 

SNAMI 

SMI 

INTESA SINDACALE 

Venezia, 12.4.2018

ASSESSORE REGIONALE
ALLA SANITA'
E PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA
Luca Coletto



AREA SANITA' E SOCIALE
IL DIRETTORE GENERALE
Domenico Mantovan



U.O. CURE PRIMARIE E STRUTTURE
SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI
Dott.ssa Maria Cristina Ghiotto




809cf702

