



COMMISSARIO AD ACTA

**per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei ministri in data 03.08.2023**

DECRETO

N. 33

IN DATA 26-02-2026

OGGETTO: RETI CHIRURGICHE PER LE PATOLOGIE ONCOLOGICHE. PROVVEDIMENTI.

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio

RICCARDO TAMBURRO

Il Direttore del Servizio
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE DELLA RETE
OSPEDALIERA E DELL'ASSISTENZA
SPECIALISTICA AMBULATORIALE
Il Direttore Generale per la Salute

RICCARDO TAMBURRO

DOTT.SSA LOLITA GALLO

**IL COMMISSARIO AD ACTA
AFFIANCATO DAL SUBCOMMISSARIO AD ACTA**

RICHIAMATA la delibera adottata in data 3 agosto 2023 dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, con la quale:

- l'avv. Marco Bonamico è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR molisano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;
- il dr. Ulisse di Giacomo è stato nominato quale *subcommissario* unico per l'attuazione del Piano di rientro con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del mandato commissariale sia con riferimento agli aspetti economico-patrimoniali, finanziari che assistenziali;

VISTA la Legge Regionale 23 marzo 2010, n. 10 *"Norme in materia di organizzazione dell'amministrazione regionale"* e s.m.i.;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico della Regione Molise, stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise in data 27 marzo 2007, poi recepito con Delibera di Giunta Regionale del 30 marzo 2007, n. 362;

VISTA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 che ha, tra l'altro:

- delineato i poteri del Commissario *ad acta* quale *"organo decentrato dello Stato ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali"* (pag.11 della sentenza);
- qualificato i provvedimenti del Commissario *ad acta* quali *"ordinanze emergenziali statali in deroga"* o *ssia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro"*;
- interpretato l'art. 2, comma 83, della L. n. 191/2009 e l'art. 1, comma 796, lett. b) della L. n. 296/2006, quali norme che *"fonda(no) potestà tanto ampie, quanto vincolate per l'esatta esecuzione, da parte dei Commissari statali, dei piani di rientro, le cui determinazioni implicano effetti di variazioni di atti già a suo tempo adottati dalle regioni commissariate. Da ciò discende, per un verso, che l'esercizio di siffatte potestà commissariali configura l'ipotesi delle ordinanze libere extra ordinem e, per altro e correlato verso, esse non soggiacciono, affinché sia garantita la loro efficace immediatezza ed urgenza, alle regole di contraddittorio procedimentale, come d'altronde accade per ogni ordinanza contingibile"*;

VISTI

- l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009 n. 191, in base al quale per le regioni già sottoposte a Piano di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della medesima 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;
- l'articolo 2, comma 88-bis della legge 23 dicembre 2009 n. 191, che dispone: *"Il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intese fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Balzano o da innovazioni della legislazione statale vigente"*;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421."* e s.m.i.;

VISTO il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, *"Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419"*;

VISTO il Decreto-Legge del 6 luglio 2012, n. 95, *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con"*

invarianza dei servizi ai cittadini”, convertito, con modificazioni, con Legge del 7 agosto 2012, n. 135;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.”*;

VISTA l’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019- 2021 (Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

VISTO il Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”*;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del servizio sanitario nazionale”*;

VISTA la Legge 5 agosto 2022, n. 118, *“Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021.”*;

VISTA la Legge 30 dicembre 2024, n. 207, *“Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027”*;

VISTA la Legge Regionale 1° aprile 2005, n. 9, *“Riordino del Servizio sanitario regionale | Servizio sanitario regionale - Azienda sanitaria regionale (ASREM) - Istituzione - Ordinamento - Organizzazione - Funzionamento”* e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 24 giugno 2008, n. 18, recante *“Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.”* e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise n. 47 del 28 agosto 2017 *“Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018. Programma 11 “Riequilibrio Ospedale - Territorio” – “Documento programmazione della rete ospedaliera e delle reti dell’emergenza urgenza e delle patologie tempo-dipendenti nella Regione Molise”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise n. 39 del 11 aprile 2018 *“Approvazione dell’Atto Aziendale A.S.Re.M. – Azienda Sanitaria Regionale del Molise”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise n. 79 del 3 maggio 2024 *“Approvazione Programma Operativo 2023-2025.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise n. 80 del 3 maggio 2024 *“Documento di programmazione della rete territoriale della Regione Molise. Aggiornamenti.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise n. 82 del 6 maggio 2024 *“Rete Oncologica regionale del Molise (ROR Molise). Approvazione.”*

VISTO il Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise n. 122 del 4 luglio 2024, *“DCA n. 92 del 22/05/2024 recante: <<Documento di riorganizzazione della Rete ospedaliera della rete dell’emergenza e delle patologie tempo-Dipendenti nella Regione Molise. – Adozione>> Revoca.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta per la Sanità della Regione Molise n. 100 del 11 giugno 2025 *“Programmazione della rete ospedaliera, della rete dell’emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti nella regione Molise - Rete Ictus. Approvazione.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta per la Sanità della Regione Molise n. 157 del 1° ottobre 2025 *“Decreto del Commissario ad acta n. 100 del 11-06-2025 “Programmazione della rete ospedaliera, della rete dell’Emergenza Urgenza e delle Reti Tempo Dipendenti nella regione Molise - Rete Ictus” - Parere del ministero della salute e del ministero dell’economia e delle Finanze. Chiarimenti e adempimenti.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta per la Sanità della Regione Molise n. 180 del 24 novembre 2025 *“Prog*

rammazione della Rete Ospedaliera, della Rete dell'Emergenza Urgenza e delle Reti Tempo Dipendenti nella Regione Molise - Rete Trauma. Approvazione.”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* per la Sanità della Regione Molise n. 15 del 28 gennaio 2026 “Decreto del commissario *ad acta* n. 180 del 24-11-2025 “Programmazione della Rete Ospedaliera, della Rete dell'Emergenza Urgenza e delle Reti Tempo Dipendenti nella Regione Molise - Rete Trauma. Approvazione”. Adempimenti.”;

PREMESSO che la programmazione regionale della rete ospedaliera ha lo scopo, tra l'altro, di:

- garantire un sistema universalistico, sostenibile, centrato sulla continuità assistenziale, organizzato per valorizzare le risorse professionali;
- riequilibrare la disponibilità dei posti letto secondo linee operative complementari, territoriali, disciplinari cliniche e in base ai *setting* assistenziale, al fine di rispondere in modo organico e progressivo a diversificati bisogni di salute;
- orientare la capacità di ricovero al fine di gestire l'assistenza in una logica di prossimità in correlazione alle attività di alta/media/bassa complessità e alla continuità assistenziale;
- modulare le aree disciplinari, insieme a un'organizzazione per aree funzionali omogenee, per consentire una maggiore dinamicità assistenziale;
- organizzare i posti letto, altresì, rispetto alla loro redistribuzione territoriale, contestualmente ad una pianificazione strutturale riferita al singolo ambito assistenziale e all'organizzazione in filiera dei diversi *setting*, per il miglioramento dei tempi di degenza e favorire la prossimità delle cure;
- efficientare i percorsi assistenziali rispetto alla configurazione territoriale regionale, in combinato con gli assetti strutturali, organizzativi e funzionali dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – A.S.Re.M.;
- attivare ed implementare il sistema assistenziale rispetto alle attività, agli interventi e alle misure da adottare secondo le previsioni disposte dalla recente normativa connessa alle reti assistenziali e per patologia;

TENUTO CONTO che il Programma Operativo 2023-2025 e l'approvando Programma Operativo 2026-2028 della Regione Molise, hanno considerato:

- la volontà regionale di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso corretto delle risorse, migliorando in particolare l'appropriatezza organizzativa e orientando l'attività di ricovero verso le forme che rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione assistita, al fine anche di incidere maggiormente sulla qualità dell'assistenza sia in termini di appropriatezza che di efficienza;
- il contesto demografico e socioeconomico regionale, rispetto ai parametri normativi relativi ai posti letto (acuti/post-acuti; pubblico/privato), altresì in applicazione degli *standard* per disciplina previsti dal DM 70/2015;
- la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e da erogare in relazione ai reali fabbisogni regionali ed in adeguamento alla regolamentazione delle reti assistenziali;
- le peculiarità e le eccellenze delle singole strutture, rispetto alla partecipazione sia pubblica che privata, in coerenza con le disposizioni di settore vigenti;
- la strutturazione in base alla quale si prevede che l'attività ospedaliera si concretizzi in un'offerta unitaria governata attraverso un sistema integrato secondo il modello Hub and Spoke con l'implementazione dell'organizzazione ospedaliera per intensità di cura;
- la regolazione dell'offerta assistenziale di ciascuna struttura ospedaliera mediante aree di ricovero funzionali per discipline omogenee, al fine di superare l'organizzazione statica del modello specialistico, nonché il sistema di allocazione e gestione delle risorse strutturali centrato sulle specialità cliniche e sulle unità organizzative a confini rigidi;
- le soluzioni organizzative idonee ad un migliore utilizzo delle risorse, attraverso la sovrapposizione multidimensionale, anche con le integrazioni clinico – professionali, per rendere più flessibile e dinamica la risposta di ciascuna struttura alle necessità dei pazienti, superando la valutazione dell'attività sanitaria basata esclusivamente sul numero dei posti letto;
- il collegamento funzionalmente con il territorio nella gestione dei percorsi per la cronicità e per la fragilità;
- il ruolo delle strutture private accreditate, in base ai singoli livelli di specializzazione e, altresì, rispetto ai compiti complementari e di integrazione all'interno del Sistema Sanitario regionale, e, pertanto, al contributo, con le rispettive dotazioni di posti letto accreditati, all'attività delle reti assistenziali, all'abbattimento delle liste di attesa e alla riduzione della mobilità passiva;
- la necessità di rispondere in maniera adeguata ai nuovi bisogni e modalità assistenziali, in un'ottica finalizzata alla promozione della qualità, della sicurezza delle cure, dell'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, con riferimento ai livelli essenziali di assistenza e agli obiettivi economico-finanziari fissati;

RICHIAMATO il punto 5 “Assistenza Ospedaliera” del Programma Operativo 2023-2025, approvato con il Decreto

del Commissario ad acta della Regione Molise n. 79 del 3 maggio 2024, che ha:

- richiamato il modello di rete ospedaliera basato sull'adozione del sistema Hub and Spoke;
- individuato l'Hub nell'Ospedale Cardarelli di Campobasso, quale maggiore ospedale pubblico regionale, e gli ospedali Spoke a Termoli ed Isernia;
- previsto che l'offerta sanitaria ospedaliera della Regione Molise sia comprensiva delle strutture private accreditate, tra le quali i due maggiori erogatori privati, l'IRCCS Neuromed, istituto a rilievo sovraregionale, e il Responsible Hospital, unica struttura regionale che eroga prestazioni di radioterapia;

CONSIDERATO che:

- nell'ambito del sistema assistenziale regionale del Molise, risulta già adottato e implementato il modello ospedaliero di rete integrata Hub and Spoke;
- il modello adottato ha già previsto la concentrazione della casistica più complessa nel centro Hub pubblico di Campobasso, fortemente integrato con i centri periferici Spoke di Termoli e Isernia nonché la collaborazione con la Fondazione "Giovanni Paolo II", oggi Responsible Research Hospital - per la competenza Cardiochirurgica - e con l'IRCCS Neuromed - per la competenza Neurochirurgica;
- i criteri strutturali nonché i termini organizzativi e funzionali del modello adottato, giacché consolidati nel tempo, caratterizzano l'attuale configurazione della rete assistenziale ospedaliera regionale;
- il ruolo e le specifiche funzioni assistenziali delle strutture ospedaliere regionali, pubbliche e private, è stato consolidato negli anni dalla coordinata programmazione regionale intervenuta;

CONSIDERATO, altresì, che:

- con il Programma Operativo 2023-2025, approvato con il DCA 79/2024, è stato richiamato, integrato e attualizzato il modello assistenziale ospedaliero adottato;
- l'attuale modello organizzativo ospedaliero, disposto dal Programma Operativo 2023-2025, ha confermato l'assetto esistente, centrato nell' Hub individuato nell' Ospedale Cardarelli di Campobasso e con gli ospedali Spoke di Termoli ed Isernia, a supporto e integrazione;
- la programmazione attesa dal Programma Operativo 2023-2025 e dall'approvando Programma Operativo 2026-2028 prevede specifici ruoli e funzioni per le strutture private accreditate, intese come parte integrata del sistema, tra l'altro, ai sensi dell'art. 8-sexies del D.lgs. 502/92, nell'ambito delle reti per disciplina e della rete dell'emergenza-urgenza, con riferimento alle due maggiori strutture contrattualizzate – IRCCS Neuromed e Responsible RH, la cui capacità di offerta si caratterizzate per l'alta complessità delle prestazioni erogate e per gli elevati livelli di specializzazione assistenziale;
- il modello adottato rappresenta, storicamente, l'assetto strutturale del sistema ospedaliero regionale e la cui configurazione, di fatto, realizza, tra l'altro, il coordinamento e le interdipendenze tra le strutture sanitarie nonché l'organizzazione funzionale delle attività assistenziali;

RICHIAMATA la nota di trasmissione della Struttura Commissariale per la Sanità della Regione Molise, ad oggetto *"Regione Molise – Trasmissione Documentazione Rete ospedaliera, IMA e Punti Nascita e aggiornamento Programma Operativo 2025-2027."*, indirizzata al Ministero della Salute e al Ministero delle Economie e Finanze con la quale è stata inviata, per le opportune valutazioni, la documentazione ultima di riferimento relativa alla nuova proposta della Rete Ospedaliera, nonché delle reti IMA e dei punti nascita della Regione Molise. [SiVeAS: Molise-140-25/07/2025-136-A];

ATTESA la valenza strategica rivestita dalla programmazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, costituendo la combinazione delle stesse la struttura portante per l'intero sistema sanitario regionale e per le articolazioni dei differenti ambiti assistenziali nonché per il coordinamento e l'integrazione funzionale dei diversi percorsi clinici e di cura;

RILEVATO che, in ragione di tutto quanto sopra esposto e rappresentato, la struttura organizzativa e funzionale e del sistema ospedaliero regionale è esecutivamente configurata in maniera da realizzare il coordinamento e le interdipendenze tra le strutture sanitarie nonché delle stesse con le relative attività assistenziali;

RICHIAMATO il *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera."*, adottato con il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, il quale stabilisce:

- che con riferimento agli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina, sia prevista *"L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera pertanto deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza"*;
- che in ordine al provvedimento generale di programmazione della rete ospedaliere regionale venga assunto come riferimento quanto dallo stesso previsto nel paragrafo 4 dell'Allegato 1 *"in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico"*, e con riferimento alla necessità di *"assicurare forme di centralizzazione"* *"per alcune attività caratterizzate da economia di scala e da diretto rapporto volumi/*

qualità dei servizi”;

- che nella “necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza [...], per far fronte ai mutati bisogni sociali, demografici ed epidemiologici [...], elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti.”;

ATTESO che, ai sensi del sopra richiamato DM 70/2015:

- “per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:” “la Chirurgia del Cancro Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica”;

- “sia per volumi che per esiti, le soglie minime identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera” regionale;

- “le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal

Programma nazionale esiti (PNE) di Age.Na.S. ai sensi del comma 25 bis dell’art. 15 della legge 135/2012”;

RILEVATO che la concentrazione della casistica chirurgica è una soluzione organizzativa in ambito sanitario che ha lo scopo di raggruppare l'esecuzione di specifici interventi complessi o ad alto rischio in un numero limitato di strutture/ospedali (centri di riferimento), al fine di migliorare la qualità delle cure e la sicurezza del paziente, in ragione di evidenze scientifiche che correlano ad un alto volume di attività annuale: migliori risultati clinici, tra cui minori tassi di mortalità; riduzione delle complicanze; maggiore appropriatezza ed efficienza;

EVIDENZIATO che i dati PNE 2025, relativi all'anno 2024, in merito ai principali interventi per tumore maligno eseguiti in regione Molise, come rappresentato nel redigendo Programma Operativo della Regione 2026-2028, mostrano:

- che la numerosità maggiore degli interventi è riferita ai tumori della mammella, del colon, del cervello, dell'apparato riproduttivo femminile;

- che per il tumore della mammella si rileva un'elevata frammentazione della casistica, tale per cui nessuna unità organizzativa/struttura di erogazione raggiunge le soglie minime di volume previste [Rif. n. 150 interventi / anno - DM 70/2015 “Interventi chirurgici per Ca mammella”];

- che per gli altri interventi per tumore maligno (colon, retto, polmone, tiroide, stomaco, fegato, pancreas, prostata e rene) si rilevano volumi molto bassi, altresì frammentati, sebbene anche il numero di residenti operati fuori regione evidenzia un fabbisogno assistenziale significativo;

RITENUTO, nel quadro programmatico corrente, di avviare un percorso volto alla concentrazione della casistica trattata con interventi per tumore maligno, al fine di raggiungere le soglie di sicurezza previste dal DM 70/2015 ovvero dalla letteratura scientifica di riferimento, con il principale obiettivo di migliorare gli esiti di salute, riducendo la frammentazione e consentendo, al contempo, di caratterizzare e specializzare le attività delle unità organizzative/strutture di erogazione;

DATO ATTO che l'oggetto del presente decreto rientra nell'ambito del mandato commissariale rispondendo all'obiettivo di cui al punto “iv. programmazione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale in coerenza con il DM n. 70/2015 e in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di monitoraggio” della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 agosto 2023;

Su conforme proposta del Direttore del competente Servizio, col parere favorevole del Direttore Generale della Salute e d'intesa con il Subcommissario *ad acta*, come risultante dalle sottoscrizioni apposte sul presente provvedimento

DECRETA

Articolo 1

1. La “Chirurgia Senologica e Brest Unit” dell'Ospedale ASReM “Cardarelli” di Campobasso (Cfr. Atto Aziendale ASReM approvato con DCA 39/2018) è individuata quale struttura unica regionale del Molise e centro di riferimento per la diagnosi e il trattamento chirurgico dei tumori della mammella, secondo i modelli organizzativi e funzionali aziendali esistenti nonché in conformità ai percorsi clinici già adottati dall'ASReM.
2. Sono rinviate a successivi provvedimenti le individuazioni delle altre strutture uniche regionali del Molise e

centri di riferimento per il trattamento chirurgico dei tumori, fermo restando l'obiettivo di concentrazione della casistica trattata al fine del raggiungimento delle soglie previste dal DM 70/2015 ovvero dalla letteratura scientifica di riferimento.

Articolo 2

1. Il presente provvedimento è trasmesso all'A.S.Re.M. – Azienda Sanitaria Regione Molise, a valere quale direttiva ai fini dell'attuazione e dell'implementazione delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 1.
2. Ai fini di cui al precedente comma 1, l'A.S.Re.M. è individuata quale referente regionale e provvede alla trasmissione del presente provvedimento a tutte le strutture ovvero a tutte le articolazioni organizzative e funzionali pubbliche e private accreditate interessate, comprese quelle a diretta gestione regionale.

Articolo 3

1. Il presente provvedimento è trasmesso al Ministero dell'Economia e delle Finanze e al Ministero della Salute.
2. Il presente provvedimento è pubblicato nel Bollettino Ufficiale e sul Sito Istituzionale della Regione Molise.

**IL SUBCOMMISSARIO AD ACTA
ULISSE DI GIACOMO**

**IL COMMISSARIO AD ACTA
MARCO BONAMICO**

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82