



# *Regione Molise*

## **Presidente della Regione Molise**

COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE  
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI  
DEL SETTORE SANITARIO

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

### **DECRETO**

N.            20           

IN DATA            30.06.2011           

### **OGGETTO**

**OGGETTO:** Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 28.07.2009. Punto 2) – **Riassetto della rete ospedaliera**, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia, analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza - Provvedimenti.

Il Direttore Generale

DIREZIONE V  
IL DIRETTORE GENERALE  
*Avv. Roberto FAGNANO*





# Regione Molise

## Presidente della Regione Molise

COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE  
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI  
DEL SETTORE SANITARIO

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

DECRETO N. \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

DEL \_\_\_\_\_ 30.06.2011 \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 28.07.2009. Punto 2) – **Riassetto della rete ospedaliera**, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia, analisi del fabbisogno e verifica dell’appropriatezza - Provvedimenti.



### IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA

**PREMESSO** che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009 il Presidente della Regione Molise è stato nominato Commissario *ad acta* per la attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise ed è stato incaricato di dare attuazione e realizzazione ad una serie di interventi tra i quali al punto 2) *riassetto rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare profili di efficienza e di efficacia, analisi del fabbisogno e verifica dell’appropriatezza (...)*;

**RICHIAMATO** il Piano Sanitario Regionale 2008/2010, approvato con legge regionale n. 34 del 26 novembre 2008, recante “*Modifiche alla legge regionale 1° aprile 2005, n. 9 avente ad oggetto: Riordino del Servizio Sanitario Regionale*”;



**RILEVATO**, altresì, quanto disposto in materia dal Patto per la Salute di cui all’Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 3 dicembre 2009, che all’articolo 6, rubricato: “*Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell’appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri*”, prevede che: << (...) *Le regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7*

*posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici (...)>>;*

**RILEVATO** che, in coerenza con quanto disposto dalla citata normativa, la presente manovra di rimodulazione della rete ospedaliera, nel perseguire la riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR, non superiore a 4 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie, entro il 31 dicembre 2010, prevede, altresì, una compatibilità di variazione del 5% in relazione al peso della popolazione ultrasettantacinquenne, da cui consegue che per il Molise lo standard è pari al 4,2 ‰ ;

**DATO ATTO** di quanto previsto dalla citata Intesa, in ordine alla previsione relativa al fatto che la succitata riduzione di posti letto è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, nonché a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare;

**TENUTO CONTO**, altresì, di quanto disposto dalla Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007) art. 1, comma 796, lettere s) t) ed u) nella parte in cui dispone che le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che, a decorrere dal 1° gennaio 2008, non possano essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi dell'articolo 8-*quater* del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione del fabbisogno, ai sensi del comma 8 del medesimo articolo 8-*quater* del Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i;

#### **RICHIAMATI:**

- il Decreto Commissariale n. 19/10 del 10/05/10 recante: *“Ristrutturazione della rete ospedaliera ai sensi di quanto dalla lettera f) Adempimenti LEA e dall'art. 6 del Patto per la Salute 2010-2012 stipulato in data 03/12/09 – Deliberazione del Consiglio dei Ministri 28/07/2009. Punto 2) riassetto della rete ospedaliera, secondo un'analisi del fabbisogno e la verifica dell'appropriatezza della prestazioni sanitarie. Provvedimenti?”*;

- il Decreto Commissariale n. 63/2010 del 10/09/2010 recante: *“DCA n. 19/10. Ristrutturazione della rete ospedaliera ai sensi di quanto dalla lettera f) Adempimenti LEA e dall'art. 6 del Patto per la Salute 2010/2012 stipulato in data 03/12/09 - Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 28-07-2009. Punto 2) riassetto della rete ospedaliera, secondo un'analisi del fabbisogno e la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Provvedimenti.- Rettifica;*

- il Decreto Commissariale n. 68 del 29/09/2010 recante: *“D.C.A. n. 19/2010: “Ristrutturazione della rete ospedaliera ai sensi di quanto dalla lettera f) Adempimenti LEA e dall'art. 6 del Patto per la Salute 2010-2012 stipulato in data 03/12/09 - Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 28.07.2009. Punto 2) riassetto della rete ospedaliera, secondo un'analisi del fabbisogno e la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Provvedimenti.” - Anticipazione effetti al 1°.11.2010. Provvedimenti”*;

**RILEVATO** che, in ottemperanza a quanto disciplinato a livello nazionale, nel Piano operativo 2010 e nel successivo decreto 19/10, così come modificato e integrato dal decreto n. 63 del 10 settembre 2010 e n. 68 del 24 settembre 2010, è stata adottata la *“Metodologia di analisi di variabilità dei ricoveri ospedalieri”* messa a punto nel 2006 nell'ambito dei lavori della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA;

**DATO ATTO** che, nel dettaglio, la metodologia per definire il fabbisogno di posti letto appropriati ha permesso di delineare il corretto *setting* assistenziale per le diverse tipologie di prestazioni di ricovero, applicando i seguenti criteri:

- l'appropriatezza clinica costituisce la prima leva di intervento che permette di individuare le giornate di degenza in eccesso riconducibili a:
  - a. l'erogazione di prestazioni che "non dovrebbero essere erogate" né in ospedale né sul territorio;
  - b. l'erogazione di prestazioni che dovrebbero essere erogate, in altra modalità, sul territorio;

l'appropriatezza organizzativa, applicata alla sola quota appropriata di produzione, permette di individuare l'eccesso di giornate di degenza dovuto al non ottimale utilizzo dei regimi di erogazione (ordinario e day hospital);

- l'efficienza è la leva da applicare alla quota di produzione appropriata dal punto di vista clinico e organizzativo per individuare l'eccesso di giornate di degenza dovuto alle inefficienze del processo clinico e di ricovero che producono una dilatazione della degenza media per ricovero;

**RILEVATO** che:

- tale metodologia, confrontata con quanto previsto nel Patto per la Salute 2010-2012 e, in particolare, tenuto conto di quanto disposto all' articolo 6), relativamente ai posti letto dedicati ai pazienti extraregionali, ha determinato la riduzione di n. 350 posti letto, ridefinendo un fabbisogno complessivo pari a 1.320 posti letto, diversamente da quanto già previsto dal DCA n. 19/2010;
- l'applicazione della metodologia basata sul calcolo dei principali indicatori ospedalieri, quali il tasso di occupazione, la degenza media, l'occupazione giornaliera media, l'indice di case mix, riporta ad una definizione del fabbisogno "ideale", al netto dell'inappropriatezza, pari a 1.320 posti letto, anche in funzione dell'attivazione, per la maggior parte, dei cosiddetti DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui al Patto per la Salute (108 DRG), dei regimi assistenziali alternativi al ricovero ordinario (chirurgia ambulatoriale complessa o day service), e quando saranno a regime, l'assistenza domiciliare integrata e la piena operatività delle RSA (200 posti letto attivi);

**DATO ATTO** dell'ordinanza TAR depositata in data 12/05/2011, resa su ricorso al TAR Molise R.G. n. 75/2011, con la quale il Giudice adito ha accolto, limitatamente alla questione oggetto del giudizio, l'istanza di sospensiva dell'efficacia dei provvedimenti di riorganizzazione della rete ospedaliera concernenti il P.O."Caracciolo", in ragione della: <<... a) *non compiuta considerazione delle condizioni geografiche del bacino di utenza, presidiato dal punto di vista sanitario dall'Ospedale "Caracciolo" di Agnone; b) della drastica riduzione dell'operatività di alcuni servizi essenziali e di urgenza, con incisione del diritto fondamentale di cui all'art. 32 della Costituzione; c) alla esautorazione dei poteri anche legislativi degli organi regionali preposti alla tutela sanitaria delle popolazioni insediate nel territorio regionale...*>>;

**RILEVATA** la necessità di ottemperare alla predetta ordinanza TAR e, conseguentemente, prendere atto ed approvare le modifiche ed integrazioni ai citati decreti commissariali nn. 19/2010, 63/2010 e 68/2010, mediante la ristrutturazione della rete ospedaliera che tenga conto dei rilievi sollevati dal Giudice competente e, dunque, disponga:

- l'attivazione del Pronto Soccorso/Astanteria, per garantire l'operatività di alcuni servizi essenziali e di urgenza, al fine di assicurare alla popolazione delle aree interessate l'adeguata

assistenza in emergenza, nel pieno rispetto del diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione;

- di conseguenza, un aumento dei posti letto per l'Ospedale "Caracciolo" di Agnone, come da allegata tabella, in considerazione delle peculiarità geografiche e climatiche del bacino di utenza di tale nosocomio, posto in un territorio montano, a notevole distanza non solo dall'Ospedale "Cardarelli" di Campobasso, ma anche dal più vicino Ospedale "Veneziale" di Isernia, in cui i collegamenti risultano particolarmente difficili durante la stagione invernale a causa della impraticabilità della rete viaria per la presenza di ghiaccio e neve, con concreto rischio di isolamento;



**RICHIAMATA** e fatta propria, ai fini dell'ottemperanza alla suesposta ordinanza:

- la nota della Gestione Commissariale n. 8576 del 27/06/2011: "*Incontro del 09/06 u.s.-Invio Relazione*";
- la nota della Direzione Sanitaria AS.Re.M prot. 2830/DS del 30/06/2011 acquisita al prot. D.G.V 8771 del 30/06/2011, recante: "*Incontro del 9.6.2011 con il Comitato "ex art. 32 "Agnone: pro-memoria attuazione impegni assunti*";

**DATO ATTO** della necessità di prevedere l'attivazione, nel territorio molisano, delle Residenze Sanitarie Assistenziali, quali strutture che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, non curabili a domicilio, un livello "medio-basso" di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera, in considerazione delle peculiarità demografiche del territorio interessato, caratterizzato dalla presenza di una popolazione prevalentemente anziana, nell'ottica della produzione verso forme più appropriate di erogazione delle prestazioni, di organizzazione delle attività ambulatoriali, dei servizi di emergenza e dei punti di primo intervento, in interazione con la rete assistenziale territoriale;

**RICHIAMATI:**

- l'art. 120, 2° comma, della Costituzione che prevede il potere sostitutivo del Governo, nei confronti delle Regioni: << (...) nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali (...) >>;
- l'art. 4 del D.L. n. 159 in data 1.10.2007, convertito nella L. n. 222/2007, che legittima la nomina ed i poteri del Commissario *ad acta* per il ripiano del debito sanitario;
- l'art. 2, comma 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010), ai sensi del quale: << (...) il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell'art. 120 della Costituzione nomina il presidente della regione commissario *ad acta* per l'intera durata del piano di rientro. Il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati, necessari alla completa attuazione del piano (...) >>;



**RILEVATO**, altresì che, la potestà e legittimazione della Gestione Commissariale di disporre in ordine alla ristrutturazione della rete ospedaliera deriva dalla Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009, con la quale il Presidente della Regione Molise è stato nominato Commissario *ad*

acta per la attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise e con la quale è stato incaricato di dare attuazione e realizzazione ad una serie di interventi tra i quali al punto 2) *riassetto rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare profili di efficienza e di efficacia, analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza (...)*;

 **DATO ATTO** di quanto rappresentato nei verbali relativi alle riunioni di verifica congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti Regionali con il Comitato dei LEA tenutesi in data 8 luglio 2010; 8 ottobre 2010 ; 6 aprile 2011;

**TENUTO CONTO** di quanto rappresentato dai competenti Dicasteri, in ordine alla manovra di rimodulazione della rete ospedaliera, nei seguenti pareri: prot. n. 7-P del 18/01/2011; prot. n. 10-P del 27/01/2011; prot. n. 87-P del 17/05/2011;

**RILEVATO** che, con riferimento a quanto rappresentato nel verbale del 6 aprile 2011 in ordine alla mancata indicazione di obiettivi intermedi nella riorganizzazione della rete ospedaliera per l'anno 2010, il decreto n. 19/10 non prevedeva tali obiettivi intermedi, rivestendo carattere di urgenza, attesa la necessità di ottemperare alle prescrizioni ministeriali, nonché per il rispetto delle tempistiche legislative per il rilascio dell'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere;

**RITENUTO** di

- 
- prendere atto e, conseguentemente, approvare, in via provvisoria, le modifiche ed integrazioni ai citati decreti commissariali nn. 19/2010 , 63/2010 e 68/2010, mediante la ristrutturazione della rete ospedaliera, come da tabella riepilogativa recante la rimodulazione dei pp.ll. (All.A), relativa relazione illustrativa (All.B), allegati al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
  - ai fini di ottemperare a quanto osservato nei verbali delle riunioni di verifica dell'8 luglio 2010, dell'8 ottobre 2010 nonché nel parere prot. n. 10-P del 27.01.11, in ordine all'impatto economico della manovra di rimodulazione della rete ospedaliera, si rinvia a quanto previsto in merito nel Programma Operativo 2011/2012, in corso di adozione;
  - ottemperare a quanto osservato nel verbale della riunione di verifica del 6 aprile 2011 e nel citato parere ministeriale n. 10-P del 27/01/2011, ove si evidenzia che: << (...) *nella distribuzione generale si rileva l'eccesso di pp.ll. in DH/DS, che raggiunge il 17% dei letti acuti (...)* >>, rilevando inoltre che:<< (...) *Considerati i criteri di utilizzo, si ritiene che la quota di posti letto da destinare alle attività di DH/DS non debba superare la percentuale del 10; diversamente i rischi sono quelli di una loro sottoutilizzazione o di un uso inappropriato degli stessi*>>, mediante una riformulazione del rapporto dei pp.ll in regime diurno sul numero complessivo in maniera tale da raggiungere la percentuale del 12,65%, valore sostenibile in considerazione del fatto che con il Patto per la Salute 2010-2012 sono stati aumentati i DRG a rischio di in appropriatezza, i quali, rispetto ai 43 del DPCM del 2001, sono stati portati a n. 108 (65 DRG in più sia medici che chirurgici), con conseguente incremento del ricorso al regime diurno ed ambulatoriale;
  - ottemperare a quanto rilevato nel parere ministeriale n. 10-P, in ordine al potenziamento dei pp.ll. post-acuzie, in coerenza con quanto disposto dall'art. 6 del Patto per la Salute sopra

citato, mediante una manovra di rimodulazione che tenga conto di uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR, non superiore a 4 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie, per un totale di 246 pp.ll. (di cui 152 di riabilitazione; 44 di lungodegenza e 50 di neuroriabilitazione);

- ottemperare a quanto osservato nel parere ministeriale prot. n. 7-P del 18/01/2011, in cui si precisa che: << (...) nel computo dei p.l. della ristrutturazione della rete ospedaliera si è tenuto conto anche della quota dei p.l. dedicati in via prevalente o esclusiva a pazienti provenienti di altre regioni (...) >>, mediante l'applicazione nella rimodulazione della rete, di una metodologia che ha portato a definire un fabbisogno complessivo pari a 1.320 posti letto, tenuto conto, ai sensi di quanto disposto all' articolo 6 del Patto per la Salute, anche dei posti letto dedicati ai pazienti extraregionali;
- precisare, nell'ottica della manovra di riconversione dei "piccoli ospedali", in ottemperanza a quanto previsto nel parere 10-P in data 27/01/2011, che gli stabilimenti ospedalieri di Larino, Venafro ed Agnone, nel lungo periodo, saranno sede di Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), ed inoltre diverranno parte della rete dell' emergenza, con previsione di punti di primo soccorso, al fine di assicurare un più appropriato trattamento dei pazienti;
- precisare, in esito a quanto riportato nel verbale di verifica ministeriale del 6 aprile 2011, e nel parere ministeriale n. 10-P del 27/01/2011 che, la gestione amministrativa delle RSA, previste all'interno dei presidi ospedalieri, è da intendersi riferita al distretto, nonostante l'allocatione delle stesse negli stabilimenti ospedalieri;
- ottemperare a quanto rappresentato nel parere 10-P in data 27/01/2011, in merito all'effettiva riduzione delle unità operative sanitarie ospedaliere, e prendere atto dell'avvenuta riduzione delle stesse nel rispetto delle indicazioni contenute nell'Atto Aziendale di cui al Provvedimento del Direttore Generale AS.Re.M n.785/2010, approvato con Decreto Commissariale n.44/2010, nella cui predisposizione è stato tenuto conto degli interventi e delle azioni da realizzarsi nel rispetto delle previsioni del Piano di Rientro, sia per effetto dell'applicazione dell'istituto della risoluzione consensuale, in quanto ad avvenuta cessazione del titolare di unità operativa complessa, la relativa sostituzione non è stata operata, sia in quanto, per espressa previsione regolamentare, la Unità Operativa è stata declassata;
- ottemperare a quanto osservato nel parere n. 10-P in merito alla riorganizzazione della rete del 118, disponendo col presente provvedimento di rinviare a successivi atti tale riorganizzazione, nella sede dell'approvazione della rete regionale dell'emergenza-urgenza;
- ottemperare a quanto osservato nel verbale del 6 aprile 2011 e nel parere n. 10-P in ordine alla percentuale dei ricoveri che rientrano tra i DRG ad alto rischio di inappropriatazza (oltre il 50%), demandando a successivi provvedimenti la riduzione dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza e quindi dell' integrazione dei preesistenti ricoveri in DH/DS mediante l'introduzione del regime assistenziale del Day Service o chirurgia ambulatoriale complessa, in ottemperanza a quanto disposto con il D.P.C.M 29/11/2001-Definizione dei livelli essenziali di assistenza e nel Patto per la Salute, di cui all'intesa in data 3 dicembre 2009, all'art. 6, comma 5;
- stabilire che quanto disposto col presente provvedimento potrà subire variazioni a seguito di interventi da parte dei competenti Dicasteri della Salute e dell'Economia, nell'ambito della loro attività di vigilanza e monitoraggio;

**VISTE, ESAMINATE E CONDIVISE:** la tabella recante la rimodulazione dei pp.ll. (All. A), relativa relazione illustrativa (All.B), allegati al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

**DATO ATTO** che quanto disposto col presente provvedimento costituisce, tra l'altro, adempimento a quanto previsto dall'art. 8 *quater*, comma 8 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. nonché dalla Legge 27 dicembre 2006, n. 296 ( Finanziaria 2007) all' art. 1, comma 796, lettere s) t) ed u) , e di quanto avallato dai competenti Dicasteri nel parere 267-P del 29/12/2010, in ordine alla necessità di addivenire ad una ricognizione del fabbisogno delle strutture accreditate per prestazioni di assistenza ospedaliera;

**RILEVATA** l'urgenza di provvedere, in esito a quanto riportato in ordine alla "rete ospedaliera" nel verbale del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti Regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei LEA in data 6 aprile 2011;

In virtù dei poteri conferiti con la delibera del Consiglio dei Ministri in data 24.7.2009;

## DECRETA

di prendere atto e, conseguentemente, approvare, in via provvisoria, le modifiche ed integrazioni ai citati decreti commissariali nn. 19/2010, 63/2010 e 68/2010, mediante la ristrutturazione della rete ospedaliera, come da tabella riepilogativa recante la rimodulazione dei pp.ll. (All.A), relativa relazione illustrativa (All.B), allegati al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

- ai fini di ottemperare a quanto osservato nei verbali delle riunioni di verifica dell'8 luglio 2010, dell'8 ottobre 2010 nonché nel parere prot. n. 10-P del 27.01.11, in ordine all'impatto economico della manovra di rimodulazione della rete ospedaliera, si rinvia a quanto previsto in merito nel Programma Operativo 2011/2012, in corso di adozione;

-di ottemperare a quanto osservato nel verbale della riunione di verifica del 6 aprile 2011 e nel citato parere ministeriale n. 10-P del 27/01/2011, ove si evidenzia che: << (...) *nella distribuzione generale si rileva l'eccesso di pp.ll. in DH/DS, che raggiunge il 17% dei letti acuti (...)* >>, rilevando inoltre che:<< (...) *Considerati i criteri di utilizzo, si ritiene che la quota di posti letto da destinare alle attività di DH/DS non debba superare la percentuale del 10; diversamente i rischi sono quelli di una loro sottoutilizzazione o di un uso inappropriato degli stessi*>>, mediante una riformulazione del rapporto dei pp.ll in regime diurno sul numero complessivo in maniera tale da raggiungere la percentuale del 12,65%, valore sostenibile in considerazione del fatto che con il Patto per la Salute 2010-2012 sono stati aumentati i DRG a rischio di in appropriatezza, i quali, rispetto ai 43 del DPCM del 2001, sono stati portati a n. 108 (65 DRG in più sia medici che chirurgici), con conseguente incremento del ricorso al regime diurno ed ambulatoriale;

-di ottemperare a quanto rilevato nel parere ministeriale n. 10-P, in ordine al potenziamento dei pp.ll. post-acuzie, in coerenza con quanto disposto dall'art. 6 del Patto per la Salute sopra citato, mediante una manovra di rimodulazione che tenga conto di uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR, non superiore a 4 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie, per un totale di 246 pp.ll. (di cui 152 di riabilitazione; 44 di lungodegenza e 50 di neuroriabilitazione);

- di ottemperare a quanto osservato nel parere ministeriale prot. n. 7-P del 18/01/2011, in cui si precisa che: << (...) nel computo dei p.l. della ristrutturazione della rete ospedaliera si è tenuto conto anche della quota dei p.l. dedicati in via prevalente o esclusiva a pazienti provenienti di altre regioni (...) >>, mediante l'applicazione nella rimodulazione della rete, di una metodologia che ha portato a definire un fabbisogno complessivo pari a 1.320 posti letto, tenuto conto, ai sensi di quanto disposto all' articolo 6 del Patto per la Salute, anche dei posti letto dedicati ai pazienti extraregionali;

-di precisare, nell'ottica della manovra di riconversione dei "piccoli ospedali", in ottemperanza a quanto previsto nel parere 10-P in data 27/01/2011, che gli stabilimenti ospedalieri di Larino, Venafro ed Agnone, nel lungo periodo, saranno sede di Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), ed inoltre diverranno parte della rete dell' emergenza, con previsione di punti di primo soccorso, al fine di assicurare un più appropriato trattamento dei pazienti;

-di precisare, in esito a quanto riportato nel verbale di verifica ministeriale del 6 aprile 2011, e nel parere ministeriale n. 10-P del 27/01/2011 che, la gestione amministrativa delle RSA, previste all'interno dei presidi ospedalieri, è da intendersi riferita al distretto, nonostante l'allocazione delle stesse negli stabilimenti ospedalieri;

-di ottemperare a quanto rappresentato nel parere 10-P in data 27/01/2011, in merito all'effettiva riduzione delle unità operative sanitarie ospedaliere, e prendere atto dell'avvenuta riduzione delle stesse avvenuta nel rispetto delle indicazioni contenute nell'Atto Aziendale di cui al Provvedimento del Direttore Generale AS.Re.M n.785/2010, approvato con Decreto Commissariale n.44/2010, nella cui predisposizione è stato tenuto conto degli interventi e delle azioni da realizzarsi nel rispetto delle previsioni del Piano di Rientro, sia per effetto dell'applicazione dell'istituto della risoluzione consensuale, in quanto ad avvenuta cessazione del titolare di unità operativa complessa, la relativa sostituzione non è stata operata, sia in quanto, per espressa previsione regolamentare, la Unità Operativa viene declassata;

-di ottemperare a quanto osservato nel parere n. 10-P in merito alla riorganizzazione della rete del 118, disponendo col presente provvedimento di rinviare a successivi atti tale riorganizzazione, nella sede dell'approvazione della rete regionale dell'emergenza-urgenza ;

-di ottemperare a quanto osservato nel verbale del 6 aprile 2011 e nel parere n. 10-P in ordine alla percentuale dei ricoveri che rientrano tra i DRG ad alto rischio di inappropriately (oltre il 50%), demandando a successivi provvedimenti la riduzione dei DRG ad alto rischio di inappropriately e quindi dell' integrazione dei preesistenti ricoveri in DH/DS mediante l'introduzione del regime assistenziale del Day Service o chirurgia ambulatoriale complessa, in ottemperanza a quanto disposto con il D.P.C.M 29/11/2001-Definizione dei livelli essenziali di assistenza e nel Patto per la Salute , di cui all'intesa in data 3 dicembre 2009, all'art. 6, comma 5;

- di stabilire che quanto disposto col presente provvedimento costituisce, tra l'altro, adempimento a quanto previsto dall'art. 8 *quater*, comma 8 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. nonché dalla Legge 27 dicembre 2006, n. 296 ( Finanziaria 2007) all' art. 1, comma 796, lettere s) t) ed u) , e di quanto avallato dai competenti Dicasteri nel parere 267-P del 29/12/2010, in ordine alla necessità di addivenire ad una ricognizione del fabbisogno delle strutture accreditate per prestazioni di assistenza ospedaliera;

- di stabilire che quanto disposto col presente provvedimento potrà subire variazioni a seguito di interventi da parte dei competenti Dicasteri della Salute e dell'Economia, nell'ambito della loro attività di vigilanza e monitoraggio.

REGIONE MOLISE  
Rimodulazione Rete Ospedaliera - Programma Operativo 2011/2012

Rimodulazione Rete Ospedaliera Programma Operativo 2011/2012 DISCIPLINE	001/01 Cardarelli Campobasso		001/02 Vietri Larino		002 S.Timoteo Termoli		003/01 Venezia Isernia		003/02 Caracciolo Agnone		003/03 SS Rosario Venafro		007 Università Cattolica		911 I.R.C.C.S. Neuromed		004 C. Villa Maria		005 C.Villa Esther		006 Igea Medica		TOTALE		
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	TOT
02-Day hospital																									10
07-Cardiologia																									20
08-Cardiologia	8	2			14	2	10	2																	20
09-Chirurgia generale/01	22	3			24	3	22	2	8																58
/02	20	2																							178
14-Chirurgia vascolare	8	2																							15
19-Mal. end. e metab.	3																								7
21-Geriatria	18	2																							20
24-Malattie infettive e tropicali	19	1																							20
26-Medicina generale	40	5			27	3	26	4	12																178
29-Nefrologia	8	2																							10
30-Neurochirurgia	10	2																							10
32-Neurologia*	4	1																							58
34-Oculistica	3	3	2																						10
35-Odontoiatria e stomatologia	4																								4
36-Ortopedia e traumatologia	30	3			22	2																			73
37-Ostetricia e ginecologia*	25	3			18	2	15	2	4																69
38-Otorinolaringoiatria	4	4			6	2	6	2																	24
39-Pediatria	8	2			6	1	6	1																	24
40-Psichiatria	8	1			8	1	8	1																	27
43-Urologia	16	3			10	2																			31
49-Terapia intensiva*	8				6		5																		34
50-Unità coronarica UTIC	6				6		4																		20
51-Med e Chir d'accettazione e d'urgenza	4	1			7	1																			18
56-Riabilitazione*	8				18	2	13																		152
60-Lungodegenti					20																				44
62-Neonatalogia	7	1																							8
64-Oncologia	14	4			2	3	7	3																	62
66-Oncematologia																									13
73-Terapia intensiva neonatale	6																								7
75-Neurorabilitazione	8	2																							6
88-Day surgery																									0
Area Pediatrica					6	4																			8
TOTALE	309	56	47	8	167	28	114	21	43	12	54	6	132	13	147	9	34	6	66	8	40	0	1.153	167	1.320
	365		55		195		135		55		60		145		156		40		74		40		1.320		

% D.H. = 12,65%

Posti Letto Tecnici	RO	DH	TOT																						
31-Nido	8				8		4																		20
70-Radioterapia														5											5
97-Detenuti	4																								4
TOTALE	12		0		8		4		0		0		5		0		0		0		0		29		4
Hospice (P.L. Territoriali)			10																						10

NOTE DI COMMENTO:

Si precisa che le Unità Operative con un ridotto numero di posti letto operano, in prevalenza, funzionalmente aggregate alla Medicina o alla Chirurgia della struttura di appartenenza.

E' in atto presso l'IGEA Medica una parziale trasformazione di posti letto in attività riabilitative da erogarsi in regimi assistenziali alternativi al ricovero, giusta nota n. 8236/2011 del 20/06/2011.





**REGIONE MOLISE**  
**DIREZIONE GENERALE V**  
**POLITICHE PER LA TUTELA DELLA SALUTE**  
**Gestione Commissariale**

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 28.07.2009. **Punto 2) –La rimodulazione della rete ospedaliera - Intervento 1: Rimodulazione e completamento della ristrutturazione della rete ospedaliera. *Relazione illustrativa.***

La rimodulazione della rete ospedaliera di cui al presente decreto costituisce completamento della ristrutturazione della rete ospedaliera attuata con il Decreto Commissariale n. 19/2010, come successivamente modificato ed integrato dal Decreto Commissariale n. 63/210 e 68/2010, e pur confermando la metodologia adottata nel precedente decreto 19/2010, stabilisce in 1.320 il numero dei pp.ll. rimodulati (comprensivi anche dei posti letto dedicati ai pazienti extraregionali) e, conseguentemente, il fabbisogno di prestazioni di assistenza ospedaliera per il biennio 2011-2012.

La ristrutturazione della rete ospedaliera di cui al Decreto n.19 del 10 maggio 2010 ha rappresentato un passo importante per il riassetto della rete ospedaliera regionale.

Invero, la trasformazione dei Presidi Ospedalieri di Larino, Venafro e Agnone in strutture più vicine a strutture territoriali di assistenza ha permesso di cambiare l'assetto della rete stessa, colmando, in parte, il *gap* assistenziale legato ad altre forme di assistenza (apertura delle RSA.).

Il Decreto 19/2010 rappresenta, dunque, la base di partenza che, con il presente decreto, viene completata, sulla base delle seguenti principali linee di indirizzo:

- trasferimento delle prestazioni ad alto rischio di inappropriately dai regimi di ricovero ordinario e diurno al setting ambulatoriale;
- accorpamento strutturale e codifica degli stabilimenti minori al presidio maggiore di riferimento; definizione della rete dell'emergenza-urgenza;
- riorganizzazione della riabilitazione ospedaliera;
- flusso di mobilità attiva dei privati.

Il completamento della ristrutturazione della rete ospedaliera è stata costruita rimodulando i posti letto sia nel settore pubblico che in quello privato.

Dalla tabella relativa alla rideterminazione dei pp.ll. (All. A), dal confronto di quanto già previsto dal Decreto 19/10, emerge quanto segue:

- La dotazione dei posti letto dell'**Ospedale Cardarelli** è stata ridotta e rimodulata all'interno delle varie discipline, quale conseguenza di:
  - spostamento di parte delle attività di Oculistica da Larino a Campobasso;
  - rimodulazione dei posti letto di Oncologia in relazione al riequilibrio del rapporto tra ricoveri ordinari e ricoveri diurni;
  - individuazione di posti letto di Neurologia essendo l'ospedale sede di DEA di II livello;
  - riattribuzione di alcuni posti letto di Riabilitazione in aggiunta alla Neuroriabilitazione.
- La dotazione dello **stabilimento di Larino** è stata rimodulata con una disattivazione di n. 25 pp.ll., passando da n. 80 a n. 55 pp.ll., quale conseguenza:
  - dello spostamento parziale dell'Oculistica a Campobasso;
  - della riduzione dei posti letto di Riabilitazione per problemi logistici;
  - del trasferimento delle discipline di Chirurgia Generale e Medicina presso altri stabilimenti;

– della necessità di attivazione dell' Area Pediatrica, attualmente carente in regione, mediante la stipula di una convenzione tra l'Ospedale Bambin Gesù di Roma e l'AS.Re.M per l'istituzione del Centro Pediatrico Bambin Gesù presso l'Ospedale "Vietri" di Larino, quale Centro di assistenza pediatrica di primo livello, per lo svolgimento di attività di ricovero – in regime ordinario, day/hospital e day/surgery – nonché di specialistica ambulatoriale, allo scopo di offrire prestazioni sanitarie qualificate facilmente accessibili e fruibili da parte della popolazione della Regione Molise e delle Regioni confinanti.

L'intero polo ospedaliero Campobasso-Larino passa, dunque, da 480 a 420 posti letto.

- La dotazione dell'**Ospedale di Termoli** è aumentata di 25 unità per i seguenti motivi:

– necessità di un aumento dei posti letto in alcune branche quali Chirurgia Generale, Ginecologia, Medicina, in quanto lo *standard* di posti letto era inferiore alla densità demografica riferita all'ospedale, anche in virtù della disattivazione dei posti letto per acuti nello stabilimento ospedaliero di Larino;

– necessità di istituire pp.ll. nella disciplina della Chirurgia d'Urgenza;

– necessità di istituire la Riabilitazione, assente in un'area caratterizzata, in questo settore, da una fuga dei pazienti verso la limitrofa Regione Abruzzo.

- La dotazione dei posti letto dell'**Ospedale di Isernia** è diminuita di 20 unità, anche per problemi logistici legati alla mancanza di spazi necessari all'aumento dei posti letto, in precedenza previsti per alcune branche.
- La dotazione dello **stabilimento di Agnone** è variata rispetto al decreto 19 (n. 50 posti letto), con l'aumento di n. 5 posti letto (totali 55). Rispetto al DCA n. 19/10 che prevedeva presso l'Ospedale di Agnone solo il Punto di Primo Soccorso, la nuova rimodulazione prevede l'attivazione del Pronto Soccorso/Astanteria.
- **La struttura di Venafro** ha subito rimodulazioni parziali in alcune discipline, in conseguenza della necessità di riqualificare lo stabilimento stesso come presidio Ortopedico-Riabilitativo e per Lungodegenza. Attualmente, sono stati confermati i 10 pp.ll. di Medicina (impossibilità temporanea di accorpamento con l'ospedale di Isernia per problemi logistici).

Si evidenzia che, a completamento della riconversione (cfr. parere prot. n. 10-P del 27/01/2011), prevista in questa sede, degli stabilimenti ospedalieri di Larino, Venafro ed Agnone, nel lungo periodo, gli stessi saranno sede di Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), ed inoltre diverranno parte della rete dell'emergenza, con previsione di punti di primo soccorso, al fine di assicurare un più appropriato trattamento dei pazienti.

Si ribadisce, inoltre, la programmazione degli stessi come sede di RSA, in quanto, considerate le peculiarità demografiche del territorio interessato, caratterizzato dalla presenza di una popolazione prevalentemente anziana, si rende necessario garantire l'attivazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali, quali strutture che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, non curabili a domicilio, un livello "medio-basso" di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera, nell'ottica della produzione verso forme più appropriate di erogazione delle prestazioni, di organizzazione delle attività ambulatoriali, dei servizi di emergenza e dei punti di primo intervento, in interazione con la rete assistenziale territoriale.

In totale il **pubblico** sarà dotato di n.865 posti letto (65,53% del totale).

Per quanto riguarda il settore privato/ accreditati e altre topologie:

- La situazione delle case di cura private **Villa Maria** e **Villa Esther** è rimasta sostanzialmente inalterata, come già previsto nel DCA n. 19/2010;



- Per quanto concerne l'**Igea Medica** (solo Riabilitazione) è rimasta invariata la dotazione di n. 40 posti letto; si evidenzia, tuttavia, che è in atto presso la Struttura una trasformazione di posti letto in attività riabilitative da erogarsi in regimi assistenziali alternativi, giusta nota n. 8236/2011 del 20/06/2011.;
- per l'**IRCCS Neuromed** è prevista una dotazione di n. 156 posti letto;
- per la **Fondazione di Ricerca e Cura Giovanni Paolo II** è prevista un'ulteriore rimodulazione di pp.ll. in conseguenza dei seguenti fattori:
  - Il lieve ampliamento della Cardiologia con l'UTIC e la Terapia intensiva;
  - La valutazione del fatto che la Cardiochirurgia rappresenta la Chirurgia del cuore e dei grossi vasi;
  - Il potenziamento dell'Oncoematologia;
  - La chiusura delle UU.OO. di Chirurgia plastica ricostruttiva e Chirurgia toracica;
  - La riduzione della Riabilitazione in quanto riferita alla sola attività cardiorespiratoria;
  - I posti letto della Radioterapia classificati quali posti letto tecnici.

Si conferma la dotazione di n. 150 posti letto.

In totale gli ospedali privati o accreditati saranno dotati di **455** posti letto (34,47% del totale).

Il numero complessivo dei pp.ll. rimodulati a seguito del completamento della manovra di ristrutturazione della rete ospedaliera regionale di cui al precedente DCA n. 19/2010, è pari a **1.320**, come da *standard* indicati dal Patto per la Salute del 3 dicembre 2009 e a modifica in decremento rispetto a quanto in precedenza disposto.

Si rileva, inoltre, che nel decreto 19/2010 la distribuzione di posti letto prevedeva una percentuale di circa il 15% dei posti letto in regime diurno, rispetto al numero complessivo.

Si evidenzia che, mediante la presente rimodulazione della rete ospedaliera della Regione, il rapporto dei pp.ll. in regime diurno sul numero complessivo raggiunge la percentuale del 12,65% , valore sostenibile, in considerazione del fatto che con il Patto per la Salute 2010-2012 sono stati aumentati i DRG a rischio di inappropriatazza, i quali, rispetto ai 43 del DPCM del 2001, sono stati portati a n. 108 (65 DRG in più sia medici che chirurgici), con conseguente incremento del ricorso al regime diurno ed ambulatoriale.

Si evidenzia, da ultimo, che la presa d'atto di quanto contenuto in ordine al completamento della rimodulazione della rete ospedaliera regionale di cui alla tabella recante la rimodulazione dei pp.ll. (All.A), costituisce, tra l'altro, adempimento a quanto previsto dall'art. 8 *quater*, comma 8 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. nonché dalla Legge 27 dicembre 2006, n. 296 ( Finanziaria 2007) all' art. 1, comma 796, lettere s) t) ed u) , e di quanto avallato dai competenti Dicasteri nel parere 267-P del 29/12/2010, in ordine alla necessità di addivenire ad una ricognizione del fabbisogno delle strutture accreditate per prestazioni di assistenza ospedaliera.



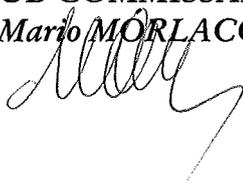


Il presente decreto, composto da n..... pagine e da n..... allegati rispettivamente di pagine ..... e sarà pubblicato sul B.U.R.M. e sarà notificato ai competenti Dicasteri.

**IL COMMISSARIO AD ACTA**  
**(On. Dott. Angelo Michele IORIO)**



**Visto: il SUB-COMMISSARIO AD ACTA**  
**(Dr. Mario MORLACCO)**



**il SUB-COMMISSARIO AD ACTA**  
**(Dr. ssa Isabella MASTROBUONO)**

