



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21.03.2013

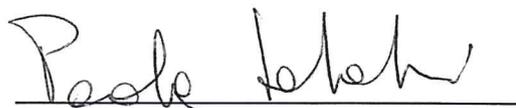
DECRETO

N. 46

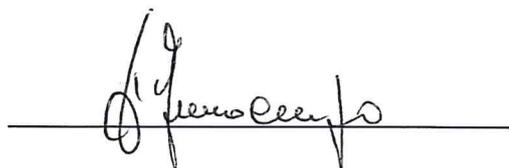
DATA 28/07/2016

OGGETTO: Riordino e nuova articolazione dei Distretti sanitari dell' Azienda Sanitaria Regionale del Molise – A.S.Re.M.. Provvedimenti.

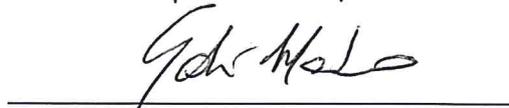
Il Direttore del Servizio
Programmazione della rete ospedaliera
pubblica e privata



Il Direttore Generale per la Salute



VISTO: Il Sub Commissario ad Acta





PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21.03.2013

DECRETO

N. 46

DATA 28/07/2016

OGGETTO: Riordino e nuova articolazione dei Distretti sanitari dell' Azienda Sanitaria Regionale del Molise – A.S.Re.M.. Provvedimenti.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente *pro tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione dell'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135) e di procedere alla loro attuazione;

VISTA la successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i., concernente "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale";

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

VISTO D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59.";

VISTA la Legge 30 novembre 1998, n. 419 "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.";

VISTO il D.Lgs. 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 D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.";

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali." e s.m.i.;

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza.";

VISTO il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini." convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

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 nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);

VISTO il Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78, recante "Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali.";

VISTA la Legge 28 dicembre 2015, n. 208, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato." (legge di stabilità 2016);

VISTA la L.R. 14 Maggio 1997, n. 11, "Disciplina del Servizio Sanitario nella Regione Molise - Abrogazione della legge regionale 13 gennaio 1995, n. 2." e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 1° aprile 2005, n. 9, "Riordino del Servizio Sanitario Regionale." e s.m.i.;

VISTO il provvedimento del Direttore Generale ASREM n. 745 del 29.06.2012 "Atto aziendale proposto con P.D.G. n. 785/2010 e approvato con D.C.A. n. 44/2010 - Recepimento osservazioni tavolo tecnico integrazioni e modifiche - conseguente riassetto rete ospedaliera – territoriale e articolazione amministrativa – sintesi degli interventi posti in essere negli anni 2010-2012 per la razionalizzazione del personale – applicazione art. 22 CCNL 08.06.2000.";

RICHIAMATO il D.Lgs. n. 502/1992:

- art. 2, comma 2 *sexies*, lett. c) con il quale si stabilisce che la Regione disciplina "la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, da parte dell'atto di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione";

- art. 3 *quater*, comma 1, che prevede espressamente che "La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-*sexies*, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.";

CONSIDERATO che l'art. 3 *quater*, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 dispone che "Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all' articolo 3-*quinquies*, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.";

RICHIAMATO che il D.Lgs. n. 419/1998 dispone all' articolo 2, comma 1, lettera n), che il Governo, nell' emanazione dei Decreti Legislativi di modifica e integrazione del D.Lgs. n. 502/1992, debba "prevedere tempi, modalità e aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando altresì la partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali; stabilire principi e criteri per l'adozione, su proposta dei Ministri della sanità e per la solidarietà sociale, di un atto di indirizzo e coordinamento, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, in sostituzione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985, pubblicato nella

Gazzetta Ufficiale n. 191 del 14 agosto 1985, che assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria; anche in attuazione del Piano sanitario nazionale”;

DATO ATTO che in coerenza con le disposizioni sopra richiamate, la Legge n. 328/2000, dispone all'articolo 8:

- comma 1, che *“Le regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419”;*

- comma 3, che, alle regioni, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta, tra l'altro, la determinazione degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. *“Nella determinazione degli ambiti territoriali, le regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge.”;*

VISTO il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 richiamato, altresì, nell'Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (236 /CSR del 23.12.2015) nella quale viene, tra l'altro, citata la nota del 17 dicembre 2015 del Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome, concernente il riconoscimento in favore della Regione Molise del contributo di solidarietà interregionale per il piano di risanamento del servizio sanitario regionale – Piano Operativo Straordinario 2015-2018;

DATO ATTO dell'incontro, tra le Amministrazioni centrali (Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero della Salute, Segreteria della Conferenza Stato Regioni e delle Province Autonome) e la Struttura Commissariale della Regione Molise, concernente *“l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria e sanitaria del Servizio sanitario della Regione Molise”*, tenutosi in data 15 dicembre 2015, finalizzato, altresì, alla verifica delle principali azioni del Programma Operativo Straordinario 2015-2018;

PRESO ATTO che la programmazione regionale come definita, altresì, nel Programma Operativo Straordinario 2015-2018 citato, prevede, in ordine alla riorganizzazione della Rete Territoriale - Riordino dell'assistenza distrettuale, che:

- il distretto rappresenta l'articolazione territoriale in cui si realizza l'integrazione complessa delle attività sanitarie e sociali, ed il coordinamento e raccordo tra l'Ospedale e il Territorio;
- il distretto esercita la funzione di tutela della salute dei cittadini attraverso il ruolo di garante dell'accesso ottimale alle prestazioni, dell'appropriatezza della risposta nell'offerta di servizi, della qualità ed unitarietà dei percorsi assistenziali;
- il rafforzamento dei compiti del distretto, e in particolare lo svolgimento della funzione di governo del sistema territoriale, implica la riconsiderazione delle attuali articolazioni prevedendo l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali. Si prevede, quindi, un ambito distrettuale che dovrà adeguarsi alla soglia minima degli 80.000 residenti, ai sensi dell'art. 8 della legge 328/2000 e in coerenza con le indicazioni regionali in materia;
- in ragione delle indicazioni sopra indicate, si prevede di procedere alla razionalizzazione dei distretti sanitari dagli attuali 7 a un totale di 3. Tale processo di riordino dovrà essere integrato all'interno del documento di programmazione aziendale ASReM (Atto Aziendale ASReM).

CONSIDERATO che il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. prevede che il distretto è individuato garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, e che la popolazione residente nella Regione Molise, al 1 gennaio 2016, è pari a n. 312.027 (fonte ISTAT);

ATTESO che con il Decreto del Commissario ad Acta n. 26 del 19.05.2016 *“Attivazione dell' Ospedale Territoriale di Comunità di Larino a seguito della riconversione del Presidio Ospedaliero Vietri di Larino”* e con il Decreto del Commissario ad Acta n. DCA n. 27 del 19.05.2016 *“Attivazione dell'Ospedale Territoriale di Comunità di Venafro a seguito della riconversione del Presidio Ospedaliero SS. Rosario di Venafro”* è stata disposta la riconversione dei presidi ospedalieri di Larino e Venafro in strutture territoriali – Ospedali di Comunità, deputate all' erogazione di più servizi di assistenza territoriale direttamente governate, organizzate e gestite dal Distretto sanitario di competenza;

CONSIDERATO che è precipua funzione regionale procedere a definire gli indirizzi programmatici a cui le aziende del SSR devono attenersi, nella traduzione operativa, assicurando la coerenza tra indirizzo ed

organizzazione dell'azienda, tenendo conto della necessaria integrazione tra la nuova articolazione organizzativa e gli ambiti territoriali di riferimento;

CONSIDERATO che il Programma Operativo Straordinario prevede:

- la rimodulazione complessiva della rete dell'offerta ospedaliera, tenuto conto dell'analisi del contesto demografico e socio-economico regionale, sulla base della quale è possibile individuare tre distinti bacini territoriali con *"una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti"*: Campobasso/Bojano; Isernia/Venafro/Agnone e Termoli/Larino;
- la ricomposizione, pertanto, dell' offerta di prestazioni assistenziali attraverso una serie di azioni volte a realizzare un'organizzazione che si ponesse quale "sistema" intorno alla persona avvalendosi dell'integrazione coordinata tra i servizi sanitari distrettuali e le strutture ospedaliere;

RITENUTO di dover organizzare i distretti regionali assicurando un'ideale ed adeguata risposta ai nuovi bisogni assistenziali, in un'ottica finalizzata alla promozione della qualità, della sicurezza delle cure, dell'uso appropriato delle risorse, implementando forme organizzative di maggiore efficienza;

CONSIDERATA la necessità di avviare il processo di riorganizzazione dei distretti sanitari regionali, coerentemente con l'evoluzione del richiamato quadro normativo in materia, nonché con la corrispondente programmazione regionale, anche con riferimento ai livelli essenziali di assistenza e agli obiettivi economico-finanziari fissati;

RITENUTO opportuno, sulla base di tutto quanto sopra rappresentato, di ridurre il numero dei distretti sanitari regionali da n. 7 a n. 3, funzionalmente ai bacini di popolazione individuati e, quindi, in coerenza con le complessive scelte di programmazione sanitaria regionale di cui al Programma Operativo Straordinario 2015-2018;

RITENUTO, pertanto, di dare, altresì mandato al Direttore Generale A.S.Re.M. ad assicurare tutti gli adempimenti necessari e consequenziali finalizzati all'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento in ossequio alla normativa nazionale e regionale di riferimento;

DECRETA

le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

1. di ridurre il numero dei distretti sanitari regionali da n. 7 a n. 3, funzionalmente ai bacini di popolazione individuati e, quindi, in coerenza con le complessive scelte di programmazione sanitaria regionale di cui al Programma Operativo Straordinario 2015-2018;
2. di dare mandato al Direttore Generale A.S.Re.M. ad assicurare tutti gli adempimenti necessari e consequenziali finalizzati all'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento in ossequio alla normativa nazionale e regionale di riferimento
3. di trasmettere il presente provvedimento all'A.S.Re.M., a valere quale direttiva per il Direttore Generale della stessa;
4. di disporre la pubblicazione del presente atto sul B.U.R.M. e sul sito internet della Regione Molise.

IL COMMISSARIO ad ACTA
Paolo di Laura Frattura

