



**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 18.05.2015

**DECRETO**

N. 27

IN DATA 19/05/2016

**OGGETTO:** Attivazione dell'Ospedale Territoriale di Comunità di Venafro a seguito della riconversione del Presidio Ospedaliero SS. Rosario di Venafro.

Il Responsabile dell'istruttoria

Scote Amato

Il Direttore del Servizio Autorizzazione ed Accreditamento

[Signature]

Il Direttore Generale per la Salute

[Signature]

VISTO: Il Sub Commissario Ad Acta

[Signature]



**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 18.05.2015

**DECRETO**

N. 27

DATA 19/05/2016

**OGGETTO: Attivazione dell'Ospedale Territoriale di Comunità di Venafro a seguito della riconversione del Presidio Ospedaliero SS. Rosario di Venafro.**

**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 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** il D.P.R. 14 gennaio 1997 concernente "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

**VISTO** il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

**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 D.M. 2 aprile 2015, n. 70, recante *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*;

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

**VISTA** la Legge Regionale 24 giugno 2008, n. 18 e s.m.i., 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”*;

**RICHIAMATA** la legge regionale 4 maggio 2016, n. 4: *“Disposizioni collegate alla manovra di Bilancio 2016-2018 in materia di entrate e di spese. Modificazioni e integrazioni di leggi regionali.”*, ed in particolare l’art. 31: *“Modifiche all’articolo 11 della legge regionale 26 novembre 2008, n. 34 (Modifiche alla legge regionale 1° aprile 2005, n. 9 ad oggetto: “Riordino del Servizio Sanitario Regionale”) sono abrogati i commi 1 e 3”*;

**RILEVATO** che ai sensi dell’art. 15, comma 13, lettera c) del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, si prevede che: *“le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all’assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. (...) Nell’ambito del processo di riduzione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano operano una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, e promuovono l’ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all’assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l’assistenza residenziale e domiciliare”*;

**RILEVATO** che ai sensi dell’art. 17 del Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014), *“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 all’Ospedale di comunità *“...in cui l’assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale 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”*;

**RICHIAMATO**, pertanto, quanto rappresentato al punto 10.1 del D.M. 2 aprile 2015, n. 70, nel quale si definisce l’Ospedale di comunità come *“...una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l’assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.”*;

**ATTESO**, altresì, che al medesimo punto 10.1 del D.M. 2 aprile 2015, n. 70, si prevede che *“La sede fisica dell’ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali”*;

**VISTO** il Decreto commissariale n. 20 del 30.06.2011: *“Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 28-07-2009. Punto 2) Riassetto della Rete Ospedaliera con adeguati interventi per la dismissioni/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia, analisi del fabbisogno e verifica dell’appropriatezza. Provvedimenti.”* e s.m.i., di approvazione della rimodulazione della rete ospedaliera;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad acta n. 21 del 4 giugno 2014 recante *“Adozione Programmi Operativi 2013 - 2015 (ex art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135)”*;



**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 la 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;

**CONSIDERATA** la necessità di ridefinire la rete ospedaliera e procedere, contestualmente, al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale, coerentemente con l'evoluzione del richiamato quadro normativo in materia, nonché dalla corrispondente programmazione regionale, anche con riferimento ai livelli essenziali di assistenza e agli obiettivi economico-finanziari fissati;

**CONSIDERATA** la necessità di effettuare una strutturale riorganizzazione delle reti assistenziali, definite sulla base del fabbisogno regionale e degli standard previsti dalla normativa, tale da equilibrare l'attuale offerta verso un modello maggiormente incentrato sull'assistenza territoriale;

**RITENUTO** di dover rendere la rete ospedaliera regionale in grado 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 di ricovero;

**CONSIDERATO** necessario per tutto quanto sopra esposto, procedere all'attivazione dell'Ospedale di Comunità presso lo stabilimento “S.S. Rosario” di Venafro, in coerenza con le previsioni normative nazionali e con le linee di programmazione regionali;

**RITENUTA** la necessità di riconvertire lo stabilimento ospedaliero “S.S. Rosario” di Venafro in Struttura Territoriale – Ospedale di Comunità, stabilendo che lo stesso si qualifichi, in coerenza con le definizioni normative, quale struttura deputata all'erogazione di più servizi di assistenza territoriale concentrati in un unico edificio, direttamente governato, organizzato e gestito dal distretto sanitario di competenza;

in virtù dei poteri conferiti con le deliberazione del consiglio dei Ministri di cui in premessa,

#### **DECRETA**

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di procedere all'attivazione dell'Ospedale di Comunità presso lo stabilimento “S.S. Rosario” di Venafro, in coerenza con le previsioni normative nazionali e con le linee di programmazione regionali;
- di riconvertire lo stabilimento ospedaliero “S.S. Rosario” di Venafro in Struttura Territoriale – Ospedale di Comunità, stabilendo che lo stesso si qualifichi, in coerenza con le definizioni normative, quale struttura deputata all'erogazione di più servizi di assistenza territoriale concentrati in un unico edificio, direttamente governato, organizzato e gestito dal distretto sanitario di competenza;
- di disattivare, pertanto, presso lo stabilimento ospedaliero “S.S. Rosario” di Venafro, riconvertito in Struttura Territoriale-Ospedale di Comunità, le funzioni di assistenza ospedaliera per acuzie a partire dal 1 giugno 2016;
- di prevedere presso lo stabilimento ospedaliero “S.S. Rosario” di Venafro, riconvertito in Struttura Territoriale-Ospedale di Comunità l'offerta di specialità (attività ambulatoriale dimensionata sulla base epidemiologica locale), e di dotare lo stesso di servizi di supporto oltre che della chirurgia ambulatoriale complessa;
- di mantenere temporaneamente, presso lo stabilimento ospedaliero “S.S. Rosario” di Venafro, riconvertito in Struttura Territoriale-Ospedale di Comunità, i posti letto di lungodegenza (cod. 60) appartenenti al Presidio Ospedaliero “Veneziale” di Isernia;
- di dotare l'Ospedale di Comunità “S.S. Rosario” di Venafro di:
  - n. 20 posti di riabilitazione extra-ospedaliera, di cui n. 10 per riabilitazione estensiva e n. 10 per riabilitazione di mantenimento;

- n. 40 posti letto di RSA;
- n. 10 posti letto per la cura dell'Alzheimer;
- n.15-20 posti letto gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai MMG o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN;
- n. 1 punto di primo intervento che sarà poi sostituito, così come previsto dal D.M. n. 70/2015, da una postazione medicalizzata 118 ;
- postazione di continuità assistenziale;
- attività ambulatoriale anche a carattere chirurgico complesso;
- casa della salute (UCCP/AFT per i medici di medicina generale e i pediatri, PUA, Sportello CUP, Poliambulatorio specialistico, Punto prelievo, Ambulatorio infermieristico, Area materno - infantile, Area integrazione socio-sanitaria);
- di prevedere l'avvio della riconversione dello stabilimento "S.S. Rosario di Venafro" in Ospedale di Comunità, secondo le indicazioni sopra riportate, a partire dal 1 giugno 2016;
- di impartire direttiva alla Direzione Generale ASReM per l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento, definendo la cronologia di disattivazione delle attività per acuzie;

Il presente decreto, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA  
*Paolo di Laura Frattura*

