

L.R. 14 maggio 1997, n. 11 ⁽¹⁾.

Disciplina del Servizio Sanitario nella Regione Molise - Abrogazione della L.R. 13 gennaio 1995, n. 2.

(1) Pubblicata nel B.U. Molise 16 maggio 1997, n. 10.

Art. 1

Oggetto e finalità della legge.

1. In attuazione delle disposizioni di riordino del Servizio Sanitario Nazionale di cui al *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, recante «*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*» e successive modificazioni ed integrazioni, la presente legge:

a) delinea il profilo del Servizio Sanitario regionale (S.S.R.) e definisce i ruoli dei livelli istituzionali impegnati nella realizzazione delle rispettive finalità;

b) prevede i principi per l'ordinamento, il funzionamento e l'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) che assicurano l'erogazione dei servizi sanitari;

c) stabilisce norme transitorie per la prima applicazione delle disposizioni della presente legge.

2. Le locuzioni di rinvio ed altre disposizioni legislative contenute nella presente legge vanno intese nel modo che segue:

a) rinvii ad articoli di legge od a commi di articoli di legge non altrimenti specificati sono da intendersi riferiti, rispettivamente, alla presente legge od allo stesso articolo della presente legge ove è contenuto il rinvio;

b) per «L. 833» intendesi la *legge 23 dicembre 1978, n. 833* e successive modificazioni ed integrazioni;

c) per «L. 142» intendesi la *legge 8 giugno 1990, n. 142* e successive modificazioni ed integrazioni;

d) per *D.Lgs. n. 502 del 1992* intendesi il testo aggiornato del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* recante «*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*» e successive modificazioni ed integrazioni;

e) per «D.Lgs. 29» intendesi il testo del *Decreto Legislativo 3 febbraio 1993* e successive modificazioni ed integrazioni.

TITOLO I

Assetto istituzionale

Art. 2

Il servizio sanitario regionale ed i soggetti istituzionali.

1. Il S.S.R. è l'insieme organizzato e coordinato delle funzioni, delle risorse delle strutture delle attività che concorrono a rispondere ai bisogni sanitari, promuovendo lo stato di benessere del singolo e della collettività, operando in maniera integrata ed uniforme sul territorio regionale.

2. L'attuazione del S.S.R. spetta ai seguenti soggetti, secondo le competenze e con le modalità previste dalla presente legge:

a) la Regione svolge le funzioni di cui all'*articolo 2 del D.Lgs. n. 502 del 1992* e le altre funzioni ad essa attribuite da leggi dello Stato: assicura i livelli di assistenza fissati dal Piano Sanitario regionale (P.S.R.) tramite le A.S.L. ⁽²⁾;

b) i Comuni esplicano, nell'ambito della programmazione sanitaria le funzioni indicate all'*art. 3 comma 14 del D.Lgs. n. 502 del 1992*;

c) le Province, partecipano in via consultiva alla programmazione sanitaria regionale e locale, di cui agli artt. 12 e 13;

d) le A.S.L. e l'Azienda Ospedaliera gestiscono i servizi sanitari ed altresì i servizi socio - assistenziali ove delegati dai Comuni ai sensi dell'*art. 3 comma 3, del D.Lgs. n. 502 del 1992*;

e) la Giunta regionale ha la possibilità di avvalersi, per quanto riguarda la definizione e la realizzazione del S.S.R., di strutture Universitarie, di Enti di Ricerca, di Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico e di altri organismi sanitari pubblici e privati secondo modalità e competenze stabilite dal P.S.R. e da appositi protocolli d'intesa definiti dalla Giunta stessa.

3. L'attività di tutti gli organismi consultivi previsti in materia sanitaria a livello regionale non ha natura obbligatoria né vincolante, ad eccezione di quanto al riguardo espressamente stabilito dal *D.Lgs. n. 502 del 1992* e da altre leggi nazionali.

(2) Il Piano Sanitario Regionale - Anni 1997/1999 è stato approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 30 dicembre 1996, n. 505, pubblicata nel B. U. del 15 marzo 1997, supplemento ordinario al n. 6.

Art. 3
La Regione.

1. La Regione svolge le funzioni di cui alla presente legge, mediante:

- a) il P.S.R.;⁽³⁾
- b) le direttive, le linee guida a carattere tecnico operativo e gli schemi tipo per la redazione di particolari atti;
- c) l'assegnazione delle risorse;
- d) la verifica dei risultati derivanti dall'attività di controllo gestionale e di controllo di qualità delle prestazioni;
- e) l'azione generale di controllo sugli atti;
- f) i piani ed i programmi di cui ai commi 5 e 6 ed in particolare quelli per la formazione degli operatori, l'educazione sanitaria e la ricerca finalizzata;
- g) gli Osservatori Regionali ed il Sistema Informativo di cui all'art. 23;
- h) la determinazione dei criteri generali per la determinazione dei costi delle attività e le tariffe di cui agli articoli del titolo terzo;
- i) la relazione sanitaria regionale;
- l) le conferenze dei servizi.

2. L'attuazione della programmazione sanitaria regionale sul territorio si realizza attraverso l'azione programmata e coordinata delle A.S.L.

3. La Giunta regionale informa il Consiglio regionale sullo stato di salute della popolazione e sullo stato di attuazione dei piani regionali, tramite la relazione sanitaria regionale.

4. Nell'ambito della programmazione sanitaria regionale possono essere adottati specifici piani e programmi, finanziati con apposite risorse vincolate. Tali piani e programmi sono realizzati dalle A.S.L. nell'ambito dei loro piani attuativi aziendali; delle risorse non utilizzate entro i termini di vigenza dei medesimi si tiene conto nell'adozione dei successivi piani programmi.

5. Alla realizzazione delle iniziative svolte direttamente dalla Regione nell'ambito dei piani e dei programmi di cui al comma precedente e a supporto dell'attività delle A.S.L., provvede la Giunta regionale individuando il funzionario responsabile, le procedure, le risorse, le modalità attuative ed i termini; del mancato utilizzo delle risorse nei termini stabiliti si tiene conto nell'adozione delle successive iniziative da parte della Giunta regionale.

6. Le attività di cui al comma 1, lettera d), sono esercitate anche tramite l'attività ispettiva disciplinata da norme regionali.

7. L'attività di controllo sugli atti è disciplinata con successiva legge regionale da approvare entro 90 gg. dalla pubblicazione della presente legge.

(3) Il Piano Sanitario Regionale - Anni 1997/1999 è stato approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 30 dicembre 1996, n. 505, pubblicata nel B. U. del 15 marzo 1997, supplemento ordinario al n. 6.

Art. 4
La Provincia.

1. La Provincia, nell'ambito delle funzioni di cui all'*art. 15, comma 1, lettera b), della legge 8 giugno 1990, n. 142*, concorre alla formazione dei piani regionali secondo la disciplina dell'*art. 11*, ed è sentita in occasione delle variazioni degli ambiti territoriali sovracomunali delle A.S.L.
 2. La Provincia è sentita in sede di esame dei piani attuativi al fine del raccordo tra programmazione sanitaria e programmazione dell'assistenza sociale.
 3. In materia di prevenzione e tutela ambientale la Provincia svolge le proprie funzioni secondo le modalità e nelle forme previste dalle leggi vigenti.
-

Art. 5
I Comuni.

1. I Comuni, nell'ambito territoriale di ciascuna A.S.L. esercitano le attribuzioni di cui alla presente legge tramite la Conferenza dei Sindaci, le cui modalità di esercizio sono stabilite dal regolamento di cui al comma 3.
2. A tal fine, entro trenta giorni dall'adozione del regolamento e con le modalità ivi previste, è convocata in prima seduta la Conferenza dei Sindaci.
3. Il regolamento di cui al comma 1 è proposto dalla Giunta regionale ⁽⁴⁾. In esso, vengono disciplinate le modalità per l'individuazione del Presidente e dell'esecutivo e per la convocazione ed il funzionamento della Conferenza. Il regolamento deve prevedere che, ai fini della determinazione della maggioranza nelle votazioni, ogni sindaco rappresenta un numero di voti pari al numero dei consiglieri del proprio Consiglio comunale ⁽⁵⁾. La composizione dell'esecutivo deve uniformarsi alle disposizioni di cui all'*art. 3, comma 14, del D.Lgs. n. 502 del 1992*. In nessun caso tale regolamento può determinare oneri aggiuntivi a carico delle A.S.L.
4. La Conferenza provvede alla nomina della rappresentanza di cui all'*art. 3, comma 14, del D.Lgs. n. 502 del 1992*, denominata Esecutivo.

5. La Conferenza esercita le proprie funzioni generali di indirizzo e verifica tramite l'Esecutivo, assicurando l'effettiva partecipazione di tutti i Comuni del territorio di riferimento e l'integrato e coerente sviluppo, negli atti di propria competenza, degli indirizzi generali e dei contenuti specifici dei piani regionali, formulando proposte di indirizzo per la programmazione delle A.S.L. e della Regione.

6. [Al fine di concorrere all'esercizio delle funzioni della Conferenza dei Sindaci, di cui ai precedenti commi, sono costituite articolazioni territoriali della Conferenza composte da tutti i Sindaci dei Comuni facenti parte di ogni distretto sanitario di cui all'art. 7. Il funzionamento della Conferenza, in riferimento all'articolazione distrettuale, è disciplinato dal regolamento di cui al comma 2. Ogni articolazione distrettuale della Conferenza elegge il proprio Presidente. Il Presidente della Conferenza dei Sindaci di ogni singola A.S.L. presiede anche l'articolazione territoriale del distretto sanitario, della quale fa parte nel Comune ove ricopre la carica di Sindaco. L'articolazione territoriale rimette all'esecutivo della Conferenza dei Sindaci della A.S.L. osservazioni e proposte sulla programmazione Socio - Sanitaria relativa al Distretto Sanitario] ⁽⁶⁾.

7. L'A.S.L. mette a disposizione, presso la propria sede, idoneo locale per lo svolgimento delle sedute della Conferenza e dell'Esecutivo.

8. L'A.S.L. fornisce il supporto per le attività di segreteria ed assicura la tenuta delle relazioni e degli atti di cui al precedente comma e su disposizione del Direttore Generale, fornisce la documentazione richiesta dal Presidente.

9. L'Esecutivo della Conferenza intrattiene rapporti con l'A.S.L. tramite il Direttore Generale. Il Direttore Generale può partecipare alle sedute dell'esecutivo e della Conferenza, su invito del Presidente.

(4) Vedi, al riguardo, il *Reg. reg. 20 aprile 2010, n. 2*.

(5) Periodo così sostituito dall'*art. 1, comma 1, lettera a), L.R. 12 giugno 2009, n. 19*. Il testo originario era così formulato: «Il regolamento dovrà prevedere in ogni caso che la Conferenza proceda alle votazioni deliberando a maggioranza assoluta; per la determinazione della maggioranza, ogni sindaco rappresenta un numero di voti pari al numero dei consiglieri del proprio Consiglio.».

(6) Comma abrogato dall'*art. 1, comma 1, lettera b), L.R. 12 giugno 2009, n. 19*.

Art. 6

Istituzione delle aziende sanitarie locali ⁽⁷⁾.

1. Per ciascun ambito territoriale di cui all'allegato 1, è istituita una A.S.L., che opera sul medesimo territorio tramite i distretti.

2. Ciascuna A.S.L. definisce la propria organizzazione e le modalità di funzionamento sulla base degli indirizzi di seguito indicati e tenuto conto delle direttive in materia approvate dal Consiglio regionale su proposta della Giunta:

a) L'A.S.L. provvede alla gestione dei servizi sanitari e di quelli socio assistenziali di cui all'art. 2, comma 2, lettera d);

b) L'A.S.L. si articola in distretti e nei presidi ospedalieri comprendenti uno o più ospedali non costituiti in azienda;

c) Ai presidi ospedalieri è attribuita autonomia economica-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio USL per lo svolgimento delle proprie funzioni.

3. Entro 60 giorni dalla data dell'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, sentito il direttore generale dell'A.S.L., la Conferenza dei Sindaci e la Provincia, propone al Consiglio regionale, per l'approvazione, la definizione degli ambiti territoriali dei distretti.

4. Le modifiche degli ambiti territoriali vengono effettuate con le stesse modalità di cui al comma 3.

(7) Le aziende sanitarie locali sono state sciolte e poste in liquidazione dall'art. 13, comma 2, L.R. 1° aprile 2005, n. 9. Le gestioni liquidatorie sono state prorogate al 30 giugno 2008 dall'art. 1, L.R. 31 dicembre 2007, n. 32 e poi al 31 dicembre 2008 dall'art. 1, L.R. 18 luglio 2008, n. 21.

Art. 7

Il distretto sanitario.

1. Il distretto rappresenta una articolazione organizzativo - funzionale dell'A.S.L. finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione. Al distretto è affidata la gestione e il coordinamento dei servizi ubicati nel territorio di competenza e destinati all'assistenza socio sanitaria di base e specialistica di primo livello, nonché l'organizzazione dell'accesso dei cittadini residenti ad altre strutture e presidi.

2. Il distretto, anche attraverso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, assicura un efficace filtro della domanda socio sanitaria e orienta la stessa, garantendo la continuità terapeutica, fra i diversi luoghi di trattamento. Il distretto indirizza e coordina in particolare il ricorso all'assistenza ospedaliera, all'assistenza sanitaria residenziale anche presso le residenze sanitarie assistenziali, all'assistenza specialistica e assistenza protesica e termale, fungendo da centro ordinatore per le prestazioni erogate dalle proprie unità operative residenti ed itineranti e dalle aziende e dagli istituti ed enti di cui all'articolo 4 del D.Lgs. n. 502 del 1992, dalle istituzioni sanitarie pubbliche e private, secondo criteri di integrazione con il servizio pubblico, e dai professionisti convenzionati. È compito di tutto il personale di distretto collaborare con il dipartimento di prevenzione per la programmazione, esecuzione e verifica dei programmi di educazione alla salute.

3. Al responsabile del distretto spetta la gestione delle quote di bilancio e la direzione del personale assegnato al distretto, ai fini del raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi prefissati relativamente all'esercizio delle funzioni e attività previste dal P.S.R.

4. Il distretto è l'area di riferimento delle attività collegate all'attuazione dei progetti - obiettivo e delle azioni programmate che si realizzano prevalentemente nel territorio, e in particolare quelle relative alla:

a) tutela della salute degli anziani;

b) tutela e assistenza materno - infantile;

c) prevenzione dell'handicap, riabilitazione e socializzazione dei disabili fisici, psichici e sensoriali;

d) prevenzione, cura e recupero psico fisico dei tossicodipendenti.

5. Allo svolgimento delle attività e delle prestazioni del distretto partecipano medici di medicina generale e pediatri convenzionati secondo quanto previsto negli accordi a livello regionale e nazionale. Compatibilmente con la disponibilità degli spazi necessari, l'A.S.L., promuove e favorisce, su domanda degli interessati, la collocazione degli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri convenzionati all'interno delle strutture distrettuali.

6. Al distretto è preposto un responsabile, nominato dal Direttore generale dell'A.S.L. su proposta congiunta del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo, scelto fra il personale dell'A.S.L. avente qualifica dirigenziale.

7. La Giunta regionale definisce linee - guida in ordine alle modalità di raccordo e di collaborazione tra distretti ospedale tra distretti e dipartimento di prevenzione, nonché alle modalità organizzative delle prestazioni da erogare a livello di A.S.L.

Art. 8

Integrazione e gestione delle attività socio - assistenziali e sanitarie.

1. L'integrazione delle attività socio - assistenziali e sanitarie si realizza nell'ambito del distretto con la compresenza dei tre momenti specifici di intervento: sanitario, socio - sanitario integrato, assistenziale.

2. A seguito di delega da parte degli enti locali interessati, le A.S.L. assumono la gestione delle previste attività socio - assistenziali, da svolgere di norma attraverso i distretti, con bilanci o contabilità separate ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'*articolo 3, comma 3, del D.Lgs. n. 502 del 1992.*

3. Le A.S.L. e i comuni attuano l'integrazione e il coordinamento delle proprie attività attraverso appositi protocolli di intesa anche nel caso in cui i comuni non deleghino le proprie funzioni socio -

assistenziali alle aziende. Tali protocolli devono prevedere la programmazione congiunta delle attività, la definizione delle rispettive modalità organizzative ed operative e l'individuazione delle risorse che gli enti mettono a disposizione.

4. Ove l'A.S.L. gestisca servizi socio - assistenziali ai sensi del comma 2 è nominato il coordinatore dei servizi sociali.

5. Il coordinatore dei servizi sociali è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato tra persone in possesso di laurea che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione in enti o strutture socio assistenziali o socio sanitarie, pubbliche o private. Il rapporto di lavoro è esclusivo e a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale rinnovabile.

6. Il coordinatore dei servizi sociali coadiuva il Direttore generale nel governo dell'A.S.L., dà pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolge attività di direzione dei servizi sociali, svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture e servizi dell'azienda, con riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio - assistenziali.

7. Il Direttore generale, con provvedimento motivato, può per gravi motivi e violazioni di legge e/o dei principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa sospendere o revocare il coordinatore dei servizi sociali.

Art. 9

Le aziende ospedaliere.

1. Il Consiglio regionale istituirà previa verifica della sussistenza dei requisiti previsti dall'*art. 4 del D.Lgs. n. 502 del 1992* in azienda il presidio ospedaliero A. Cardarelli di Campobasso, destinato a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare determina l'organizzazione e le modalità di finanziamento dell'Azienda ospedaliera, sulla base dei criteri stabiliti nel P.S.R. ⁽⁸⁾.

2. Gli ospedali di Termoli - Larino e Venafro - Isernia sono accorpati funzionalmente e pertanto costituiscono rispettivamente unici presidi ospedalieri funzionalmente articolati su due stabilimenti.

3. In attesa dell'approvazione del P.R.S. le A.S.L. danno attuazione al disposto dell'*art. 4 comma 3 della legge 412 del 1991* e successive modificazioni e integrazioni, formulando le relative proposte alla Giunta regionale.

(8) Il Piano Sanitario Regionale - Anni 1997/1999 è stato approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 30 dicembre 1996, n. 505, pubblicata nel B. U. del 15 marzo 1997, supplemento ordinario al n. 6.

Art. 10

Altri soggetti.

1. La A.S.L. può avvalersi di istituzioni sanitarie private attraverso i rapporti di cui all'*articolo 8, comma 5, del D.Lgs. n. 502 del 1992.*
 2. Al perfezionamento del rapporto provvede la A.S.L. sulla base delle tariffe, determinate dalla Giunta regionale, secondo i criteri di cui all'*articolo 8, comma 6, del D.Lgs. n. 502 del 1992.*
-

Art. 11

Il volontariato

1. È riconosciuta la funzione delle associazioni di volontariato liberamente costituite aventi la finalità di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del S.S.R. Tra le associazioni di volontariato sono ricomprese anche le istituzioni a carattere associativo, le cui attività si fondano a norma di statuto su prestazioni volontarie e personali dei soci gratuite.
-

Art. 12

La partecipazione dei cittadini e i diritti dell'utenza.

1. La tutela dei diritti dei cittadini nella funzione dei servizi sanitari è garantita nelle forme previste dalla legge.
2. Le organizzazioni del volontariato e le associazioni di promozione e tutela dei diritti dei cittadini vengono consultate dalla Giunta regionale nell'impostazione del piano sanitario regionale e nella definizione dei criteri di verifica dei risultati conseguiti.
3. La Regione garantisce la tutela dei diritti dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari e socio assistenziali anche fissando attraverso apposito provvedimento legislativo, le modalità per consentire la presenza degli organismi, di cui al comma 2, nelle strutture delle aziende.
4. Le A.S.L. favoriscono l'azione degli organismi di cui al precedente comma. Per l'espletamento dei loro compiti, è agevolato l'accesso di tali organismi ai presidi sanitari. L'utente è informato delle possibilità e messo in grado, mediante idonei strumenti di avvalersi della tutela di tali organismi anche per avanzare proposte sul funzionamento dei servizi.

5. A scadenze prestabilite, e comunque nell'imminenza della convocazione della conferenza di cui all'*art. 14 comma 4 del D.Lgs. n. 502 del 1992*, il Direttore generale della A.S.L. consulta gli organismi di cui al comma 2, acquisendo proposte di miglioramento dei servizi. Le proposte sono sottoposte alla Conferenza dei Sindaci di cui all'*art. 14 comma 4 del D.Lgs. n. 502 del 1992*.

6. Si applicano inoltre le disposizioni di cui ai commi 4, 5, 7 e 8 dell'*art. 14 del D.Lgs. n. 502 del 1992*.

TITOLO II

Programmazione

Art. 13

La programmazione sanitaria regionale.

1. La programmazione sanitaria regionale si attua attraverso il P.S.R., i suoi aggiornamenti e attraverso programmi specifici adottati dalla Regione. Il piano sanitario regionale è lo strumento di programmazione con il quale il Consiglio regionale, in adeguamento al P.S.N. definisce gli obiettivi e le linee di governo del S.S.R.

2. Il P.S.R. di cui al comma 1 ha durata triennale. Il medesimo è approvato, aggiornato e modificato, su proposta della Giunta regionale, dal Consiglio regionale con propria deliberazione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente al triennio al quale si riferisce la programmazione, ed è comunque adeguato alla legislazione vigente.

3. Il P.S.R. definisce per il triennio di riferimento:

a) le priorità di intervento ai fini del riequilibrio territoriale delle dotazioni di servizi sanitari, del miglioramento delle condizioni di funzione da parte dei cittadini e dei livelli qualitativi e di efficienza delle prestazioni nonché per il superamento di condizioni critiche evidenziate anche dagli indicatori epidemiologici e clinici;

b) i livelli di assistenza da assicurare in modo uniforme sul territorio regionale, definiti sulla base di indicatori epidemiologici, clinici e strutturali con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i soggetti assistibili, tenuto conto delle prevedibili disponibilità;

c) le risorse finanziarie necessarie ad assicurare per ciascun anno del triennio i livelli di assistenza;

d) i criteri di riparto delle risorse alle A.S.L. e le modalità di compensazione della mobilità sanitaria infraregionale;

e) gli standards generali di dotazione, sulla base dei profili organizzativi e funzionali delle A.S.L.;

f) gli indicatori di verifica della qualità delle prestazioni e dell'efficienza dei servizi delle A.S.L.;

g) gli ambiti territoriali e di attività, entro i quali le istituzioni sanitarie private esercitano funzioni integrative di quelle delle A.S.L.;

h) i progetti obiettivo da realizzare tramite l'integrazione operativa e il coordinamento funzionale dei servizi socio assistenziali di competenza dei Comuni e delle Province;

i) le azioni programmate di rilievo regionale.

4. I contenuti di cui al comma 3, lettere c) e d), sono di norma aggiornati annualmente. All'aggiornamento dei contenuti di cui al comma 3, lettere a), b), e), f), g), h) e i), e di quelli indicati al comma 4, si provvede, di norma, con cadenza triennale secondo le modalità del comma 2.

5. Il P.S.R. ed i suoi aggiornamenti sono pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise.

6. Agli adempimenti finalizzati all'attuazione del P.S.R. provvede la Giunta regionale ⁽⁹⁾.

(9) Il Piano Sanitario Regionale - Anni 1997/1999 è stato approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 30 dicembre 1996, n. 505, pubblicata nel B. U. del 15 marzo 1997, supplemento ordinario al n. 6.

Art. 14

La programmazione sanitaria locale.

1. La programmazione sanitaria locale viene definita e attuata attraverso i seguenti strumenti: la relazione sanitaria, il bilancio di previsione pluriennale, il piano attuativo.

2. La relazione sanitaria, di carattere consuntivo a base annuale, contiene le informazioni e le valutazioni relative al quadro epidemiologico, alle attività ed all'utilizzo delle risorse umane e materiali della A.S.L. È predisposta dal Direttore generale.

3. Il bilancio di previsione triennale, annualmente aggiornato a scorrimento, riguarda l'impostazione delle attività delle A.S.L. ed è predisposto dal Direttore generale, sentito il Consiglio di Sanità.

4. Il piano attuativo di carattere previsionale a base annuale, è predisposto dal Direttore generale. Il piano attuativo è lo strumento fondamentale con cui la A.S.L. definisce, secondo le disposizioni della presente legge e nell'ambito della programmazione regionale, la pianificazione delle attività aziendali, il programma di utilizzo delle risorse ordinarie di gestione ed il piano degli investimenti, attraverso l'individuazione di budget per livelli assistenziali e centri di responsabilità.

5. La Conferenza dei Sindaci, ai sensi dell'*art. 3, comma 14, del D.Lgs. n. 502 del 1992*, partecipa alla formazione dei piani attuativi, attraverso una relazione con cui trasmette le proprie valutazioni e proposte al Direttore generale ed alla Giunta regionale.

6. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione Consiliare che si esprime nel termine di 20 giorni, trascorso il quale, il parere si intende acquisito, entro il 30 settembre di ogni anno esamina i piani attuativi delle A.S.L. e predisponde eventuali ulteriori indirizzi attuativi; tiene conto delle indicazioni emergenti dall'esame della programmazione sanitaria locale nella predisposizione della programmazione sanitaria regionale; acquisiti i piani attuativi li approva con eventuali prescrizioni di adeguamento.

TITOLO III

Le risorse finanziarie

Art. 15

La programmazione sanitaria regionale e la determinazione del fabbisogno.

1. La determinazione programmatica del fabbisogno di risorse, sia in conto corrente che in conto capitale, per il S.S.R. avviene in sede di P.S.R. per gli anni relativi al periodo di riferimento. Tale fabbisogno è definito in funzione dei livelli assistenziali che si intendono raggiungere in ambito sanitario, così come indicato dal P.S.R., ed in funzione delle disponibilità finanziarie della Regione.

2. La determinazione del fabbisogno di risorse per le singole A.S.L. ed i criteri di allocazione delle risorse stesse sono definiti nell'ambito del P.S.R. in relazione agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale ed alle risorse disponibili, tenendo comunque conto del bacino d'utenza da servire e delle prestazioni da erogare, oltre che della mobilità interregionale ed infraregionale. Il fabbisogno di risorse viene rideterminato ogni anno secondo le modalità di cui al comma 3.

3. Ogni anno, entro il 30 maggio, la Giunta regionale provvede a:

a) determinare il fabbisogno delle A.S.L. per l'esercizio successivo in base all'andamento verificatosi nel precedente esercizio, alle previsioni relative a quello in corso, alle previsioni contenute nei bilanci approvati, ai controlli sui risultati rilevabili dai sistemi di controllo di gestione;

b) stimare le risorse che si renderanno disponibili per l'esercizio successivo derivanti dalla quota spettante alla Regione del Fondo Sanitario nazionale di cui all'*articolo 12, comma 3, del D.Lgs. n. 502 del 1992*, tenendo conto degli accertamenti relativamente alle quote di cui all'*articolo 11 del D.Lgs. n. 502 del 1992*, dei saldi delle compensazioni interregionali, delle quote di partecipazione alla spesa a carico direttamente dei cittadini, dell'autofinanziamento delle A.S.L. e dell'evoluzione prevista;

c) individuare le possibili manovre capaci di assicurare l'equilibrio tra fabbisogno e risorse disponibili;

d) valutare gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

4. Entro la data di cui al precedente comma la Giunta regionale predisponde le direttive per la formazione dei programmi finanziari annuali delle aziende sanitarie a cui le stesse sono obbligate a

uniformarsi. L'assegnazione delle risorse per l'esercizio successivo è comunque disposta entro il 30 settembre di ogni anno.

Art. 16

Cooperazione fra A.S.L. - accordi di programma.

1. Al fine di un miglior utilizzo delle risorse e della gestione dei servizi, nonché per realizzare economie di spese le A.S.L. della Regione, unitamente anche ad altri enti pubblici e privati, possono gestire attività e servizi, strumentali e di supporto, in forma associata tramite forme di cooperazione previste dalle leggi statali e/o regionali o tramite accordi di programma disciplinando oggetto, modalità e rispettivi oneri finanziari.
 2. La Giunta regionale predispone specifiche linee guida per l'individuazione dei servizi delle attività da gestire in forma associata ai sensi del comma 1.
 3. Gli accordi di programma o le altre forme di cooperazione di cui al comma 1 sono stipulati dai Direttori Generali delle A.S.L. interessate ed approvate dalla Giunta regionale.
-

Art. 17

Il finanziamento delle aziende sanitarie locali, i criteri e le procedure per il sistema di allocazione delle risorse.

1. Il Consiglio regionale fissa i criteri generali per l'allocazione delle risorse finanziarie alle A.S.L.
-

Art. 18

Controlli.

1. Le procedure di vigilanza e controllo sulle attività e sugli atti delle A.S.L. saranno stabilite da apposita legge regionale.
2. Per il controllo di gestione come metodo permanente di verifica dei risultati, nonché per la valutazione comparativa dei costi e della qualità dei servizi sanitari, la Regione si avvale di una apposita struttura organizzativa dotata di autonomia tecnica e amministrativa.

3. Con apposita legge regionale sono disciplinate la natura giuridica, l'organizzazione ed il funzionamento della struttura di cui al comma 2.

TITOLO IV

La azienda sanitaria locale ordinamento e organizzazione

(giurisprudenza)

Art. 19

L'ordinamento della azienda sanitaria locale.

1. Sono organi della A.S.L. il Direttore generale e il Collegio dei Revisori.
2. Tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza della A.S.L. sono riservati al Direttore generale, ai sensi dell'*art. 3, comma 6, del D.Lgs. n. 502 del 1992*. Al Direttore generale sono attribuite le competenze indicate all'*art. 3, comma 6, del D.Lgs. n. 502 del 1992*. In particolare il Direttore generale assicura la predisposizione degli atti relativi alla programmazione sanitaria locale di cui all'*art. 14* e adotta il regolamento generale approvato dalla Giunta regionale.
3. Il Direttore generale è coadiuvato dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo, dal Consiglio dei sanitari e dal Coordinatore dei servizi sociali, ai sensi dell'*art. 3, commi 3 e 4, del D.Lgs. n. 502 del 1992*. Il Direttore generale esercita le proprie funzioni direttamente o attraverso delega, al Direttore amministrativo, al Direttore sanitario e al Coordinatore dei servizi sociali, secondo le modalità disciplinate dal Regolamento generale. Sono riservati al Direttore generale gli atti previsti dall'*art. 3, commi 1 e 6, del D.Lgs. n. 502 del 1992* nonché la nomina, il rinnovo e la revoca dagli incarichi dei responsabili delle strutture organizzative della A.S.L.
4. Il Direttore generale assicura che gli atti dell'Azienda siano sottoposti al parere del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario obbligatoriamente ai sensi dell'*art. 3, comma 7, del D.Lgs. n. 502 del 1992*, nonché al parere del Consiglio dei sanitari obbligatoriamente nei casi previsti dall'*art. 3, comma 12, del D.Lgs. n. 502 del 1992*. Il regolamento generale della A.S.L. stabilisce i casi nei quali sia richiesto il parere obbligatorio del Coordinatore dei Servizi Sociali.
5. Il Direttore generale è nominato con delibera della Giunta regionale conformemente ai modi e ai tempi indicati dalla *legge 17 ottobre 1994, n. 590*.
6. Il rapporto di lavoro è definito e disciplinato secondo quanto disposto ai commi 6 e 8 dell'*art. 3 del D.Lgs. n. 502 del 1992*. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula dell'apposito contratto tra il Presidente della Giunta regionale ed il Direttore generale.
7. Costituiscono causa di non procedibilità alla nomina e di decadenza del Direttore generale i motivi, le incompatibilità e gli impedimenti di cui ai commi 6, 9 e 11 dell'*art. 3 del D.Lgs. n. 502 del 1992*, nonché la mancata stipula del contratto di cui al comma 6, il mancato rispetto degli adempimenti di cui all'*art. 14*, relativi ai piani attuativi ed ai bilanci di esercizio, e, in prima

applicazione, per la mancata adozione del regolamento generale nei termini stabiliti dalla Giunta regionale. L'accertamento di tali cause è effettuato dalla Giunta regionale. In caso di assenza o impedimento temporanei del Direttore Amministrativo o del Direttore Sanitario, il Direttore Generale attribuisce incarico non retribuito di sostituzione a uno dei dirigenti apicali, rispettivamente del ruolo amministrativo e sanitario, dipendente della A.S.L.

8. Il Direttore amministrativo ed il Direttore sanitario sono nominati con provvedimento motivato del Direttore generale. Ad essi si applica quanto disposto dall'*art. 3, commi 6, 7, 8, 9 e 11 del D.Lgs. n. 502 del 1992* in ordine a rapporto di lavoro, a cessazione, sospensione, decadenza dell'incarico, a requisiti anagrafico - professionali, a funzioni svolte, a retribuzioni, a incompatibilità e impedimenti per la nomina.

9. La composizione e le competenze del Collegio dei revisori sono determinati secondo le disposizioni dell'*art 3, comma 13, del D.Lgs. n. 502 del 1992*.

10. Il Collegio dei revisori è nominato e convocato dal Direttore generale entro dieci giorni dall'acquisizione delle designazioni da parte delle amministrazioni competenti. I membri di competenza regionale sono designati dal Consiglio regionale. Il funzionamento del Collegio è regolato da apposito statuto proposto dal collegio stesso e adottato dal Direttore generale. Si applicano per le designazioni ed il funzionamento del Collegio dei revisori le disposizioni dell'*art. 3, comma 13, del D.Lgs. n. 502*.

11. Il Consiglio dei sanitari della A.S.L., di cui all'*art. 3, comma 12, del D.Lgs. n. 502 del 1992*, è l'organismo elettivo della A.S.L. con funzione di consulenza tecnico - sanitaria. La composizione, le modalità di elezione, il funzionamento e le materie di competenza del Consiglio dei sanitari sono disciplinate da apposito provvedimento della Giunta regionale nel rispetto delle disposizioni dell'*art. 3, comma 12, del D.Lgs. n. 502 del 1992*.

Art. 20

L'organizzazione della A.S.L.

1. Fino all'approvazione dei provvedimenti di cui all'*art. 3, comma 5, del D.Lgs. n. 502 del 1992* che definiscono i criteri delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali nelle Aziende Sanitarie, l'articolazione funzionale e l'organizzazione della A.S.L. sono disciplinate dal Direttore Generale con provvedimento formale, tenendo presente quanto già normato in materia dalle leggi e dai contratti di lavoro vigenti. Tale provvedimento diventerà esecutivo dopo l'approvazione della Giunta regionale⁽¹⁰⁾.

2. Presso ciascuna A.S.L. di cui all'allegato 1, è istituito un Dipartimento di prevenzione secondo quanto previsto dall'*art. 7, comma 1, del D.Lgs. n. 502 del 1992*.

3. Il Dipartimento di prevenzione si avvale nell'ambito delle rispettive competenze ed in attesa dell'emanazione entro l'anno 1996 di una legge regionale in applicazione della *legge n. 61 del 1994*, del Presidio Multizonale Igiene e Prevenzione e della collaborazione tecnico - scientifica dell'Istituto Zooprofilattico dell'Abruzzo e del Molise «G. Caporale» nell'ambito delle rispettive

competenze. La Giunta regionale con direttive, sentita la competente commissione consiliare, individua le modalità di raccordo funzionale tra i Dipartimenti di Prevenzione delle A.S.L. del territorio, il Presidio Multizonale Igiene e Prevenzione e l'Istituto Zooprofilattico per il coordinamento delle attività di Sanità pubblica. Il coordinamento del Dipartimento di prevenzione è assegnato al responsabile di uno dei Servizi che lo compongono.

4. Per quanto non espressamente citato, si rimanda all'*art. 7, commi 2 e 3, del D.Lgs. n. 502 del 1992.*

(10) Per l'A.S.L. Alto Molise il regolamento generale provvisorio è stato approvato dalla Giunta regionale con Delib.G.R. 6 ottobre 1998, n. 1551 - notizia in B.U. 16 novembre 1998, n. 22.

Art. 21

Comitato regionale di bioetica.

1 Al fine di sviluppare le tematiche bioetiche, il Consiglio regionale, con provvedimento di legge, istituirà la Commissione regionale di Bioetica.

TITOLO V

Organizzazione dell'Assessorato regionale alla Sanità

Art. 22

L'Assessorato regionale alla Sanità

1. L'Assessorato regionale alla Sanità sarà strutturato in modo tale da assicurare anche:

- a) il coordinamento dell'intervento sanitario;
 - b) l'unificazione dell'organizzazione sanitaria sul territorio regionale valutando gli aspetti funzionali e adeguando la normativa;
 - c) la verifica della corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici;
 - d) le attività di indirizzo, promozione e supporto nei confronti delle A.S.L.
-

Art. 23

L'Osservatorio Epidemiologico regionale, il Sistema Informativo Sanitario e Osservatorio Prezzi e Tecnologia.

1. Gli osservatori regionali di seguito individuati sono strumenti tecnici del S.S.R. ai fini della raccolta, analisi e sintesi dei principali indicatori gestionali previsti dalla presente legge:

a) Osservatorio Epidemiologico regionale (O.E.R.);

b) Sistema Informativo Sanitario (S.I.S.);

c) Osservatorio Tecnologico e dei Prezzi (O.P.T.).

2. L'organizzazione ed il funzionamento degli osservatori di cui al comma 1 sono definiti con apposito atto di organizzazione della Giunta regionale sulla base dei criteri stabiliti dal Consiglio regionale.

Art. 24

L'educazione sanitaria.

1. L'educazione alla salute costituisce una funzione di ogni livello del S.S.R. ed ha carattere multidisciplinare interessando varie professionalità sia del campo sociale, psicologico e pedagogico che di quello medico e sanitario.

2. Le azioni strategiche individuate sono:

a) la costituzione di una struttura operativa a livello regionale per l'educazione alla salute alle dipendenze dell'Assessorato alla Sanità con il compito di programmare, gestire e valutare le attività di educazione alla salute;

b) la collaborazione con il mondo della scuola a livello di distretto, di A.S.L. e di Regione che realizzino collaborazioni stabili, anche attraverso la redazione di protocolli d'intesa;

c) il potenziamento delle attività di medicina preventiva e di educazione alla salute della Regione anche attraverso la promozione di campagne di educazione alla salute e medicina preventiva, la produzione di audiovisivi, l'attività di documentazione, la formazione in educazione sanitaria degli operatori delle A.S.L., della scuola e del volontariato.

3. Nell'ambito del P.S.R. vanno specificati i programmi di educazione sanitaria da attivare anche ai sensi di quanto previsto dal P.S.N.

Art. 25

La formazione e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario regionale.

1. La formazione e l'aggiornamento del personale rappresentano attività di importanza centrale per lo sviluppo del S.S.R.
 2. La Giunta regionale è l'organo competente per l'espletamento di tutti gli adempimenti che il *D.Lgs. n. 502 del 1992* attribuisce alle Regioni in tema di formazione.
 3. Gli oneri relativi alla formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione gravano sul Fondo Sanitario Nazionale e su altre fonti di finanziamento che saranno appositamente individuate.
 4. A livello di A.S.L. può essere istituita una struttura organizzativa preposta alla formazione ed all'aggiornamento del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione del S.S.R.
 5. La struttura organizzativa preposta alla formazione ed all'aggiornamento del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione del S.S.R. di cui al comma 4 è oggetto di provvedimenti specifici nell'ambito della programmazione regionale.
-

TITOLO VI

Norme transitorie e finali

Art. 26

Norme transitorie.

1. All'entrata in vigore della presente legge, le A.S.L. di cui alla *legge regionale 6 aprile 1979, n. 12* sono soppresse e sono costituite le A.S.L. secondo gli ambiti di cui all'allegato 1, parte integrante e sostanziale, della presente legge con sede nel Comune di maggior popolazione.
2. Le gestioni liquidatorie di cui all'art. 2, comma 14 della legge 24 dicembre 1995, n. 549 sono disciplinate con delibera della Giunta regionale.
3. Le A.S.L. di cui all'allegato 1 della presente legge, subentrano nei procedimenti amministrativi in corso e nei rapporti giuridici attivi e passivi già posti in essere dalla A.S.L. soppressa il cui ambito territoriale risulti in esso ricompreso.
4. Costituiscono elementi patrimoniali dell'A.S.L. i beni immobili e i beni mobili registrati nonché gli altri beni mobili e le attrezzature già utilizzati o nella disponibilità delle A.S.L. soppresse. Entro il 30 giugno 1997 le A.S.L. provvederanno ad una ricognizione di tali elementi patrimoniali al fine

di consentire alla Regione, con atto formale, di ufficializzare il diritto di proprietà. Tale provvedimento regionale costituisce titolo per la trascrizione nei pubblici registri immobiliari.

5. Il personale già dipendente dalle USL soppresse è assegnato alle A.S.L. che ad esse si sostituiscono. Nell'assegnazione alle nuove A.S.L. sono salvaguardati il profilo professionale, la posizione funzionale e il ruolo di appartenenza. Le modalità per eventuali assegnazioni o trasferimenti ad altra A.S.L. o presso l'Assessorato regionale alla Sanità sono definite dalla Giunta regionale.

6. Nel termine di cui all'articolo 5, commi 1 e 2, sono costituite le Conferenze dei Sindaci relative agli ambiti territoriali di cui all'allegato 1 della presente legge.

7. Alla gestione ordinaria dei servizi di cui alla presente legge si procede, per il primo anno di attività, con un finanziamento iniziale rapportato ai nuovi ambiti territoriali.

8. I contratti e le convenzioni che per la medesima fornitura o rapporto, a carico di soggetti diversi, dovessero confluire nella A.S.L., ovvero essere annotate per le costituende Aziende, sono rinegoziati al fine di pervenire, per il medesimo rapporto o fornitura, a condizioni uniformi. Il diniego a rinegoziare da parte di uno o più soggetti è notificato alla Giunta regionale che provvede all'annotazione sull'Albo dei Fornitori delle A.S.L.

9. Dopo il primo triennio di attuazione del P.S.R. la Regione verifica la corrispondenza degli ambiti territoriali delle A.S.L. agli obiettivi del piano stesso e alle compatibilità economiche e di gestione dei servizi e dei presidi ed eventualmente li modifica.

10. In fase di prima applicazione della presente legge il P.S.R. è approvato dal Consiglio regionale su proposta della Giunta regionale, entro 60 giorni dalla sua entrata in vigore.

11. Sino a quando non sarà approvato il programma di cui all'art. 15, comma 1, al finanziamento delle A.S.L. provvede con proprio atto la Giunta regionale.

12. Il Collegio dei Revisori dei Conti verifica, entro 30 giorni dalla data di ricevimento dell'atto di accertamento della situazione debitoria da parte dei Commissari liquidatori, le risultanze degli atti stessi che saranno successivamente sottoposti all'esame dei competenti organi regionali.

13. In attesa del riordino della struttura dell'Assessorato alla Sanità e del relativo personale, per l'espletamento delle attività di cui al precedente art. 24, relativo all'educazione sanitaria, la Giunta regionale utilizzerà, non oltre il 31 dicembre 1997, la struttura attualmente convenzionata per quanto compatibile con le leggi regionali e statali.

Art. 27 *Abrogazioni.*

1. Sono abrogate, in particolare, le seguenti disposizioni:

- legge regionale 13 gennaio 1995, n. 2;

- legge regionale 6 aprile 1979, n. 12;

- articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 della legge regionale 7 dicembre 1979, n. 35;

- articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 della legge regionale 16 maggio 1980, n. 15;

- articolo 2 della legge regionale 12 gennaio 1981, n. 3;

- articoli 2, 3 (comma 1) della legge regionale 12 gennaio 1981, n. 4;

- articolo 1 (comma 1) della legge regionale 5 settembre 1984, n. 24;

- legge regionale 22 gennaio 1987, n. 3;

- articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 della legge regionale 5 maggio 1992, n. 14.

Art. 28

Entrata in vigore.

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'art. 127 della Costituzione e dell'art. 38 dello Statuto regionale ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

2. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Molise.

Ambiti territoriali A.S.L. residenti censimento 1991

A.S.L. 1 ALTO MOLISE

Comuni	abitanti
AGNONE	6.207
BELMONTE DEL SANNIO	1.048
CAPRACOTTA	1.314
CAROVILLI	1.618
CASTEL DEL GIUDICE	412

CASTELVERRINO	177
PESCOPENNATARO	502
PIETRABBONDANTE	1.108
POGGIO SANNITA	1.217
SAN PIETRO AVELLANA	726
SANT'ANGELO DEL PESCO	461
VASTOGIRARDI	864
Totale	15.654

A.S.L. 2 PENTRIA

Comuni	abitanti
ACQUAVIVA D'ISERNIA	531
BAGNOLI DEL TRIGNO	1.131
CANTALUPO NEL SANNIO	761
CARPINONE	1.296
CASTELPETROSO	1.722
CASTELPIZZUTO	134
CASTEL SAN VINCENZO	591
CERRO AL VOLTURNO	1.682
CHIAUCI	337
CIVITANOVA DEL SANNIO	1.015
COLLI AL VOLTURNO	1.374
CONCA CASALE	294
FILIGNANO	897
FORLI DEL SANNIO	918
FORNELLI	1.821
FROSOLONE	3.531
ISERNIA	20.933
LONGANO	811
MACCHIA D'ISERNIA	963
MACCHIAGODENA	2.143
MIRANDA	1.143
MONTAQUILA	2.527
MONTENERO VALCOCCHIARA	683
MONTERODUNI	2.411
PESCHE	957
PESCOLANCIANO	1.094
PETTORANELLO	397
PIZZONE	392
POZZILLI	2.017
RIONERO SANNITICO	1.281
ROCCAMANDOLFI	1.164
ROCCASICURA	699
ROCCHETTA AL VOLTURNO	1.108
SANT'AGAPITO	1.187
SANTA MARIA DEL MOLISE	747
SANT'ELENA SANNITA	287
SCAPOLI	1.033
SESSANO DEL MOLISE	1.029
SESTO CAMPANO	3.141

VENAFRO	10.107
Totale	76.288

A.S.L. 3 CENTRO MOLISE

Comuni	abitanti
BARANELLO	2.790
BOJANO	8.426
BUSSO	1.487
CAMPOBASSO	50.941
CAMPOCHIARO	682
CAMPODIPIETRA	1.664
CAMPOLIETO	1.168
CASALCIPRANO	712
CASTELBOTTACCIO	624
CASTELLINO DEL BIFERNO	827
CASTROPIGNANO	1.263
CERCEMAGGIORE	4.655
CERCEPICCOLA	849
COLLE D'ANCHISE	868
DURONIA	604
FERRAZZANO	2.555
FOSSALTO	1.707
GAMBATESA	2.045
GILDONE	962
GUARDIAREGIA	855
JELSI	2.040
LIMOSANO	992
LUCITO	1.205
MACCHIA VALFORTORE	964
MATRICE	1.077
MIRABELLO SANNITICO	1.741
MOLISE	191
MONACILIONI	772
MONTAGANO	1.387
ORATINO	1.181
PETRELLA TIFERNINA	1.464
PIETRACATELLA	1.696
PIETRACUPA	322
RICCIA	6.176
RIPALIMOSANI	2.454
ROCCAVIVARA	1.048
SALCITO	775
SAN BIASE	360
SAN GIOVANNI IN GALDO	743
SAN GIULIANO DEL SANNIO	1.241
SAN MASSIMO	705
SAN POLO MATESE	500
SANT'ANGELO LIMOSANO	484
SANT'ELIA A PIANISI	2.520
SEPINO	2.309

SPINETE	1.530
TORELLA DEL SANNIO	949
TORO	1.648
TRIVENTO	5.281
TUFARA	1.256
VINCHIATURO	2.625
Totale	133.319

A.S.L. 4 BASSO MOLISE

Comuni	abitanti
ACQUAVIVA COLLECROCI	883
BONEFRO	2.166
CAMPOMARINO	5.818
CASACALENDA	2.804
CASTELMAURO	2.829
CIVITACAMPOMARANO	836
COLLETORTO	2.911
GUARDIALFIERA	1.154
GUGLIONESI	5.464
LARINO	8.294
LUPARA	792
MAFALDA	1.607
MONTECILFONE	1.772
MONTEFALCONE NEL SANNIO	2.075
MONTELONGO	615
MONTEMITRO	544
MONTENERO DI BISACCIA	7.137
MONTORIO NEI FRENTANI	673
MORRONE NEL SANNIO	917
PALATA	2.241
PETACCIATO	3.236
PORTOCANNONE	2.531
PROVVIDENTI	211
RIPABOTTONI	814
ROTELLO	1.386
SAN FELICE DEL MOLISE	882
SAN GIACOMO DEGLI	897
SCHIAVONI	
SAN GIULIANO DI PUGLIA	1.251
SAN MARTINO IN PENSILIS	4.762
SANTA CROCE DI MAGLIANO	5.122
TAVENNA	1.205
TERMOLI	28.552
URURI	3.248
Totale	105.639