



- Al Ministro della Salute
On. Beatrice Lorenzin
Lungotevere Ripa, 1 - 00153 Roma
- Al Ministero della Salute
Direttore Generale Programmazione
Dottor Andrea Urbani
Lungotevere Ripa, 1 - 00153 Roma
- Al Direttore Generale AGENAS
Prof. Francesco Bevere
Via Puglie, 23 - 00187 Roma
- Al Presidente Autorità Nazionale Anticorruzione
Dottor Raffaele Cantone
Via M. Minghetti, 10 - 00187 Roma
- Al Presidente Corte Conti Molise
Arturo Martucci di Scarfizzi
Via G. Garibaldi, 25 - 86100 Campobasso
- Al Presidente della Giunta regionale del Molise
e Commissario ad Acta per l'attuazione
del piano di rientro del disavanzo sanitario
Arch. Paolo Di Laura Frattura
Via Genova, 11 - Campobasso
- Al Sub Commissario ad Acta per l'attuazione
del piano di rientro del disavanzo sanitario
Dottor Gerardo di Martino
Via Genova, 11 - Campobasso
- Al Direttore Generale della Salute
della Regione Molise
Dottor Lolita Gallo
Via Genova, 11 - Campobasso
- Al Direttore Generale ASREM
Ing. Gennaro Sosto
Via Petrella, 1 - Campobasso

OGGETTO: Nota di Cittadinanzattiva-Tribunale per i Diritti del Malato sulla creazione dell'Ospedale Unico regionale del Molise.

In seguito alla riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale del Molise, con il DCA n. 16 del 28 febbraio 2017 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'ASREM, nel quale viene previsto l'Ospedale unico costituito dalla confluenza dei plessi Ospedalieri di Campobasso, Termoli, Isernia ed Agnone.

In uno spirito di collaborazione si vuole porre all'attenzione delle S.V. le seguenti due criticità, riscontrate da quest'Associazione, in ordine alla scelta della creazione dell'Ospedale unico regionale del Molise:

- con la previsione del Presidio Ospedaliero unico lo scorso 26 giugno è stato emesso l'Avviso di selezione interna per l'individuazione di un Dirigente medico a cui conferire l'incarico di struttura complessa di Direzione medica di Presidio Ospedaliero.

Tale avviso genera diversi dubbi in ordine principalmente all'unica figura che debba gestire, simultaneamente, quattro plessi distanti tra loro anche 100 chilometri; perplessità si hanno poi in ordine alle modalità di individuazione del responsabile e alla mancata apertura esterna all'attribuzione dell'incarico, limitata essenzialmente a *"due dirigenti aventi incarichi di direzione medica di presidio, il cui contratto è scaduto e che hanno avuto valutazione positiva"*, oltre alla procedura di valutazione tramite Commissione, nominata dal Direttore Generale, costituita dal Direttore Sanitario Aziendale, dal Dirigente Responsabile delle Risorse Umane e dal Dirigente Responsabile Affari Generali.

Su tale scelta, come già indicato, si esprimono molti dubbi in relazione alle procedure ed ai requisiti previsti dai Decreti Legislativi 502/92 e 484/1997 che regolamentano la materia.

Infatti all'interno dell'Avviso, nella parte riservata ai 'REQUISITI DI PARTECIPAZIONE', viene indicato che i candidati devono essere *"in possesso dei requisiti previsti decreto del Presidente della repubblica 10 dicembre 1997, n. 484., così come previsto dal comma 7 dell'art. 15 del D. Lgs.502/92 e s.m.i."*.

Lo stesso Decreto Legislativo 502/92, citato nell'Avviso, dopo aver indicato il possesso dei requisiti al comma 7 dell'art. 15, alla lettera a) del successivo comma 7-bis individua le modalità di selezione e individuazione della commissione, stabiliti nel seguente modo: *"la selezione viene effettuata da una commissione composta dal Direttore Sanitario dell'Azienda interessata e da tre Direttori di struttura complessa **nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo** costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale"*.

Anche la verifica annuale, e quella di valutazione a fine incarico, dei dirigenti medici deve essere effettuata da personale tecnico; seppur si tratti di due valutazioni diverse da quella di attribuzione di incarico oggetto dell'Avviso pubblicato (la prima riguarda la verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato, mentre la seconda alla valutazione al

termine dell'incarico), il comma 5 dell'art. 15 del Decreto Legislativo 502/92 indica come la valutazione debba essere *"effettuata dal Collegio tecnico, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore di dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale. Gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle **prestazioni sanitarie erogate** in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse"*.

Anche in queste due ipotesi, quindi, la valutazione deve essere effettuata da personale specializzato, il quale deve valutare le *"prestazioni sanitarie erogate"*. Nel caso pratico invece la Commissione, indicata nell'Avviso, è costituita dal Direttore Sanitario Aziendale, dal Dirigente Responsabile delle Risorse Umane e dal Dirigente Responsabile Affari Generali, ovvero persone che non hanno la specifica preparazione indicata dalla normativa per la valutazione delle discipline sanitarie, come invece previsto dall'art. 7 del D. Lgs. 502/92 il quale indica che debbano essere i direttori di struttura complessa *"nella medesima disciplina dell'incarico da conferire"* a valutarne i requisiti.

Il bando in questione, infatti, prevede una vera e propria *"nuova"* valutazione che l'Azienda deve effettuare, e ciò si evince dallo stesso Avviso il quale stabilisce che *"la Commissione accerta il possesso dei requisiti generali previsti"*; successivamente, poiché si tratta di un nuovo incarico, nell'Avviso pubblicato viene espressamente richiamato e riportato il comma 7-ter dell'art. 15 del D. Lgs. 502/92 *"l'incarico di direttore di struttura complessa è soggetto a conferma al termine di un periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei, a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, sulla base della valutazione di cui al comma 5"*.

Si segnala pertanto l'anomalia rilevata in quanto le modalità previste potrebbero esporre l'Azienda ad un contenzioso da parte del partecipante che non dovesse essere selezionato per tale incarico; questo aspetto è di notevole rilevanza in quanto proprio la sostituzione del precedente Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero Cardarelli ha già esposto l'Azienda sanitaria ad un debito di euro 1.760.951 (riconosciuto con sentenza del Tribunale di Campobasso n. 403 del 2007) seppur l'ex Direttore Generale dell'Azienda sia stato condannato a restituire parte della somma alla Gestione liquidatoria dell'ASL (sentenza n. 281 del 2017 della II Sez. giurisdizionale centrale di appello della Corte dei Conti).

- In relazione alla scelta effettuata si segnala inoltre come alla base di una decisione così importante, di unire in un unico Ospedale regionale quattro strutture distanti dai 45 ai

100 km l'una dall'altra, manca un'istruttoria che ne indichi la convenienza in termini organizzativi, di efficienza economica e di sicurezza.

Si sottolinea questo aspetti in quanto, seppur sia stato approvato l'art. 34-bis (Programma Operativo Straordinario della Regione Molise) con la conversione in Legge del Decreto-Legge in materia finanziaria, il TAR Molise, con la sentenza n. 250 del 4 luglio 2017, ha accolto il ricorso presentato dall'Associazione Comitato Civico Frentano.

Nel dispositivo di sentenza il TAR ha ricordato come le misure di riorganizzazione che il Commissario *ad Acta* è tenuto ad adottare nel perseguimento del Piano di rientro devono ispirarsi al contenimento della spesa, ma pur sempre nel rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, in coerenza, del resto, con la generale impostazione della Corte Costituzionale. Secondo l'organo giurisdizionale i principi di economicità ed efficienza non devono necessariamente prevalere sugli altri, occorrendo un bilanciamento calibrato di volta in volta sul caso in esame, di modo che i vincoli di bilancio siano presi in considerazione, ma senza essere destinati al primato assoluto, in una sorta di gerarchia mobile dettata dal caso concreto. L'azione quindi non può limitarsi a perseguire solo uno dei valori, comprimendo in modo insostenibile gli altri, ma deve consentire, avendo di mira gli artt.2 e 3 della Costituzione, di raggiungere un ragionevole equilibrio tra le opposte esigenze ed i contrapposti principi.

Tali considerazioni sono ricavabili anche dalla recente sentenza n. 275 del 2016 con cui la Corte Costituzionale ha stabilito che, nel difficile bilanciamento tra il principio dell'equilibrio finanziario e la tutela costituzionale dei diritti incompressibili, debba darsi prevalenza a questi ultimi, statuendo che il rilievo costituzionale del diritto fondamentale, qual'è quello alla salute, costituisce un limite invalicabile all'intervento discrezionale del legislatore, così che il nucleo di garanzie minime per renderlo effettivo dovrebbe essere assicurato al di là di ogni esigenza di bilancio.

Il TAR Molise ha quindi accolto l'istanza dei ricorrenti in quanto la riconversione dell'Ospedale di Larino *"avrebbe dovuto essere preceduta da un'istruttoria che ponesse in evidenza le specificità del territorio Larinese, il grado di utilizzo delle strutture ospedaliere, la facilità di raggiungimento dei presidi vicini, la recettività delle strutture limitrofe, le ragioni della scelta dell'ospedale Vietri rispetto ad altre possibili strutture, i costi e l'incidenza specifica dei risparmi rispetto alle potenziali soluzioni alternative ecc."*.

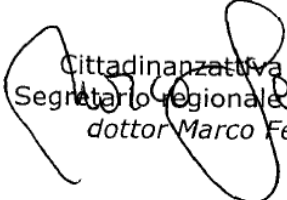
Questo aspetto è di notevole rilevanza in quanto anche nella riorganizzazione e creazione dell'Ospedale unico regionale manca un'istruttoria pubblica che ne indichi la convenienza in termini organizzativi, di efficienza economica e di sicurezza nella gestione unica; non trattandosi infatti di quattro plessi compresi all'interno di una stessa area, ma di un Presidio unico con servizi distribuiti su quattro strutture ubicate nell'ambito del territorio regionale, distanti dai 45 ai 100 Km l'una dall'altra con infrastrutture viarie datate ed obsolete, alla base di una scelta così importante e strategica è fondamentale il supporto di dati, informazioni e valutazioni che ne attestino una comprovata convenienza in termini di costo, di gestione e di autonomia del servizio.

Anche le mancanza di tali dati e istruttoria pubblica può esporre l'Azienda a ricorsi e ritardi nella riorganizzazione del servizio sanitario regionale, che inevitabilmente si riverserebbe su cittadini e pazienti.

Come premesso con la presente relazione si evidenziano le criticità riscontrate in ordine alla creazione dell'Ospedale unico regionale del Molise, e alla riorganizzazione di uniche figure atte a gestire i servizi sanitari sul territorio regionale, per giungere al comune obiettivo della fornitura di un servizio sanitario che tuteli qualità, appropriatezza e trasparenza delle prestazioni erogate, nell'interesse di tutti i cittadini.

Cordiali saluti.

17 luglio 2017


Cittadinanzattiva ONLUS
Segretario Regionale del Molise
dottor Marco Ferraro

Cittadinanzattiva ONLUS
Tribunale per i Diritti del Malato
Tonino Aceti

