



- Ai Responsabili Tavolo Tecnico Interministeriale  
Dottressa Angela Adduce  
Dottor Renato Alberto Mario Botti
- Al Presidente della Giunta regionale del Molise  
e Commissario ad acta per l'attuazione  
del piano di rientro dai disavanzi del settore  
sanitario della Regione Molise  
Arch. Paolo Di Laura Frattura  
Via Genova, 11 – Campobasso
- Al Sub Commissario ad acta per l'attuazione  
del piano di rientro dai disavanzi del settore  
sanitario della Regione Molise  
Gerardo di Martino  
Via Genova, 11 – Campobasso
- Al Presidente Consiglio regionale del Molise  
Vincenzo Cotugno  
Via IV Novembre  
86100 – Campobasso
- Al Presidente IV Commissione – Servizi sociali  
Regione Molise  
Nunzia Lattanzio  
Via IV Novembre  
86100 - Campobasso
- Ai Signori Consiglieri della Regione Molise  
Via IV Novembre  
86100 - Campobasso

OGGETTO: Nota di Cittadinanzattiva-Tribunale per i Diritti del Malato in relazione all'ultima versione del Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018 elaborato dalla struttura commissariale della Regione Molise e alla Proposta di Legge regionale n. 138 del 2016

#### 1 – Premessa ed analisi di contesto

A causa dell'eccessivo debito accumulato in ambito sanitario la Regione Molise ha sottoscritto con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il 27 marzo 2007, un Piano di rientro per il recupero del disavanzo dal debito sanitario.

A causa del mancato conseguimento degli obiettivi fissati, a luglio 2009 il Presidente del Consiglio dei Ministri ha nominato il Presidente pro tempore della Regione Molise quale Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di rientro dal debito sanitario.

A causa del permanere della grave situazione finanziaria determinata dai ritardi nell'attuazione del Piano di Rientro, riscontrata da Tavolo e Comitato tecnico, il Commissariamento si è protratto fino alla data odierna.

Le conseguenze della gestione debitoria creata, e della mancata riorganizzazione del servizio, si sono riversate sulle spalle dei cittadini molisani in termini sia di costo che di fornitura del servizio.

Per ristrutturare e rimodulare la fornitura del servizio sanitario regionale, la struttura commissariale della Regione Molise ha rielaborato una nuova versione del Piano Operativo Straordinario 2015-2018, diffusa i primi di maggio, da presentare per l'approvazione del Tavolo Tecnico interministeriale di controllo e verifica della spesa sanitaria.

Contemporaneamente la Giunta regionale, il 13 aprile 2016, ha presentato la Proposta di Legge n. 138 relativa al *"Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale"*.

In merito alla predisposizione del Piano Operativo Straordinario 2015-2018, e alla Proposta di Legge regionale n. 138 del 2016, si producono le seguenti considerazioni.

## 2 - Criteri riorganizzativi

Rispetto alla precedente versione del POS 2015-2018 rimane invariata l'organizzazione del Sistema Sanitario Ospedaliero sulla base di una struttura Hub and Spoke, dove l'Hub è costituito dal DEA di primo livello di Campobasso, mentre assumono la funzione di Spoke i Presidi Ospedalieri Territoriali di Termoli, Isernia e di Agnone, quale Presidio Ospedaliero di Zona Disagiata; i Presidi Ospedalieri di Venafro e Larino vengono invece riconvertiti in Ospedali Territoriali di Comunità; la Fondazione Giovanni Paolo II verrà integrata con il P.O. Cardarelli, divenendo l'Ospedale Unico di Campobasso, ed alla stessa verranno affidati il servizio di Cardiologia e Oncologia.

Nella nuova versione del Piano Operativo cambia anche la rimodulazione dei posti letto per acuzie che, per riequilibrarli agli standard previsti, passano da 1.269 a 980 (ridotti di ulteriori 5 posti rispetto alla versione precedente) ed al fine di riallineare poi la gestione del personale, le Unità Operative complesse passano da 117 a 63 (non più 58 della versione precedente), mentre gli ambiti Territoriali da 7 divengono 3.

### 3 – Analisi

Dall'analisi del Piano emerge una significativa ed apprezzabile riduzione dei costi ottenuta dalla razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi; risulta anche una effettiva riorganizzazione del servizio sanitario, mai effettivamente attuata, con la ristrutturazione complessiva della fornitura del servizio della rete di emergenza ospedaliera e territoriale.

Oltre a ciò risulta apprezzabile la risoluzione della problematica relativa alle liste di attesa, questione particolarmente sentita e segnalata dai cittadini, infatti le difficoltà di accesso a servizi e prestazioni per tempi di attesa e peso dei ticket costituisce il 25% delle segnalazioni ricevute dalla rete del Tribunale per i Diritti del Malato; la prospettata risoluzione del problema, mediante l'effettiva applicazione delle classi di priorità, da attivare entro giugno 2016 (*Tabella 7: Stato adempimenti LEA e azioni previste per il loro superamento del POS 2015-2018*), risulta un considerevole passo avanti per garantire l'effettività delle prestazioni in base alla reale condizione e stato di salute.

Importante è anche la previsione dell'implementazione degli screening oncologici in quanto l'investimento sulla prevenzione è basilare e, come indicato nello stesso POS 2015-2018, i programmi di screening sono stati effettuati, finora, senza "campagne di comunicazione mirate" e con "il basso coinvolgimento dei MMG".

Positiva è anche l'introduzione degli audit per la valutazione periodica dei servizi.

Oltre ai punti positivi continuano però ad emergere delle criticità: di fatto molti punti della nuova versione del Programma Operativo Straordinario 2015-2018 risultano ancora imprecisi, approssimativi, e sbilanciati nella previsione gestionale del Servizio sanitario.

### 4 – rilievi e criticità

#### a) Riduzione di posti letto:

la prima rilevazione che si continua ad evidenziare è sulla riduzione di posti letti per acuzie e post acuzie che, al fine di rimodularne il numero al fabbisogno standard, vengono ridotti da 1.269 a 980 (non più 985); nella riduzione dei complessivi 289 posti, però, 237 (e non più 232) vengono eliminati dal servizio pubblico e soli 52 dalle strutture private rimanendo, nella nuova previsione di fornitura del servizio, a livello regionale, 600 (e non più 605) posti letto gestiti dalla struttura pubblica e 380 posti letto per acuzie e post acuzie gestiti dalle strutture private (*Figura 7: Flusso di riordino dei posti letto della rete ospedaliera e territoriale del POS 2015-2018*).

Sui posti letto in carico alle strutture pubbliche andranno inoltre a gravare i posti letto da rendere disponibile per l'integrazione con l'attività didattica prevista dall'accordo tra la Regione e l'Università degli Studi del Molise, indicati genericamente al punto 15 del POS 2015-2018 dove viene stabilito che un "Protocollo d'Intesa dovrà inoltre specificare

*il numero complessivo di posti letto resi disponibili per l'integrazione tra attività didattica ed assistenziale".*

Dalla rimodulazione dei posti letto risulta pertanto palese e indubbio lo sbilanciamento nella riduzione dei posti presso le strutture pubbliche, in favore delle strutture private, le quali verrebbero a gestire circa il **39%** dei posti letto per acuzie e post acuzie della regione.

Sul punto all'interno dello stesso POS 2015-2018 viene indicato che *"Dai dati presentati dal Ministero della Salute (Rapporti con gli erogatori privati accreditati-15 gennaio 2015) la Regione Molise, insieme al Lazio e Lombardia, presenta la più alta incidenza per l'erogazione di assistenza ospedaliera prodotta dai privati accreditati rispetto al fondo sanitario regionale e per l'assistenza specialistica è addirittura al primo posto".*

Nonostante la significativa riduzione di posti letto le strutture pubbliche devono però garantire l'emergenza urgenza in tutte le situazioni e per ogni specialità, a cui devono far fronte con i posti assegnati; a fronte di tale considerazione la predetta previsione di gestione del 39% dei posti letto, da parte degli erogatori privati, continua a sembrare ancor più sbilanciata.

b) Riequilibrio Ospedale – Territorio:

anche nella nuova versione del POS 2015-2018, nella riorganizzazione dei servizi territoriali, a fronte della notevole riduzione di posti letto **non viene specificato un passaggio sincrono** nell'attivazione dei servizi territoriali. Nell'attuale organizzazione dei servizi una riduzione così drastica di posti letto, applicata senza una attivazione simultanea dei servizi e delle strutture territoriali, potrebbe generare gravi criticità nell'assistenza e cura dei pazienti. A fronte della diminuzione dei posti letto ospedalieri occorre garantire contestualmente il giusto bilanciamento con i servizi territoriali.

c) Integrazione Cardarelli e Fondazione Giovanni Paolo II:

punto cruciale su cui si basa la riorganizzazione dei servizi sanitari regionali è l'integrazione tra l'Ospedale Cardarelli e la Fondazione Giovanni Paolo II nell'Ospedale unico di Campobasso; l'ipotesi di integrazione viene fondata sulla necessità di eliminare i reparti doppiati tra le due strutture distanti poche centinaia di metri. Per realizzare l'integrazione, e salvaguardare l'eccellenza fornita dalla struttura privata, continua ad essere prevista la dismissione dei reparti di Cardiologia ed Oncologia presso l'Ospedale Cardarelli per affidarli in maniera esclusiva alla FGPII, che diverrebbe per tali discipline e servizi l'Hub a servizio delle altre strutture regionali.

Per risolvere la problematica dell'adeguamento sismico dell'Ospedale Cardarelli viene inoltre previsto il trasferimento di parte dell'Ospedale presso i locali non utilizzati della Fondazione.

Su tale ipotesi di integrazione si effettuano le seguenti considerazioni:

nella nuova versione del POS 2015-2018 continuano a non essere presenti dati sull'analisi delle prestazioni effettuate dalle due strutture: analisi e comparazione in termini di volumi delle attività effettuate e i relativi costi, ed analisi in termini di efficacia e di produzione delle due strutture. La decisione di chiusura dei reparti presso la struttura pubblica, ed affidamento delle due discipline di Cardiologia ed Oncologia in esclusiva ad una struttura privata, in assenza di dati continua ad essere motivata dalla sola necessità di tutelare l'eccellenza sanitaria offerta dall'erogatore privato presente sul territorio regionale. Nella nuova previsione la struttura privata non verrà quindi più chiamata ad assolvere la sola parte di domanda insoddisfatta, da parte delle strutture pubbliche, per la fornitura del servizio (come previsto ed avvenuto finora), ma si sostituirà completamente ad essa svolgendo anche il ruolo di Hub per le altre strutture pubbliche regionali. **Tale scelta, non prevista e mai attuata in alcun contesto territoriale, non viene supportata da obiettivi riscontrati, in termini di ricavo e vantaggio, in favore dei cittadini molisani.** Le discipline di Oncologia e Cardiologia risultano infatti tra le più importanti, sia dal punto di vista dell'incidenza sulla popolazione, sia dal punto di vista dei costi, ed una analisi dettagliata della scelta e delle modalità per le quali vi sia la convenienza ad investire su una struttura privata, ottimizzando i costi rispetto alla struttura pubblica esistente, sarebbe stato doveroso. Infatti, trattandosi di due discipline importanti e fondamentali nella cura dei pazienti, data anche l'elevata incidenza sulla popolazione, risulterebbe difficoltoso affidarle un budget vincolato in quanto al raggiungimento dello stesso si dovrebbe procedere alla sospensione dei trattamenti di cura dei pazienti, quindi interrompere l'assistenza sanitaria, situazione irrealizzabile soprattutto per una struttura che dovrà fungere da Hub regionale nelle due discipline specialistiche.

Le condizioni dell'integrazione inoltre non riguardano solo i due reparti, infatti nella nuova versione del POS 2015-2018 viene specificato che *"La possibilità di detta soluzione è però subordinata ad un importante intervento di razionalizzazione, volto in particolare alla eliminazione di ogni doppione oggi esistente e che, all'interno della stessa struttura edilizia, non troverebbe alcuna giustificazione né pratica, né soprattutto economica. Questo non riguarda solo le discipline ospedaliere con posti letto, ma anche e soprattutto i servizi senza posti letto e le dotazioni tecnologiche che, all'interno della struttura Giovanni Paolo II, sono presenti ed adeguati"*. Quindi l'Ospedale Cardarelli dovrebbe eliminare ogni doppione esistente anche per i servizi senza posti letto e le dotazioni tecnologiche, senza che vengano indicati i costi a cui si andrebbe incontro per la fornitura di tali servizi da parte della FGPII.

**In relazione ai costi per i rimborsi delle prestazioni alle strutture private, proprio nella Regione Molise questi hanno già prodotto un elevato contenzioso per prestazioni extra budget ed altre prestazioni non riconosciute, problematica più volte richiamata dallo stesso Tavolo tecnico interministeriale di controllo e verifica della spesa sanitaria.**

Altro fattore importante da menzionare è l'episodio di emergenza creatosi nel 2011, allorquando il principale erogatore privato regionale ha sospeso la fornitura di trattamenti e terapie oncologiche ai pazienti e l'Ospedale Cardarelli, quale struttura pubblica, si è trovato a dover prendere e farsi carico dei pazienti della struttura e gestire in urgenza un bacino di utenti impreveduto; nonostante ciò la struttura ha affrontato l'emergenza e soddisfatto la criticità creatasi. Nel piano operativo continuano a non essere indicate misure puntuali di garanzia che scongiurino il reiterarsi di questa eventualità accaduta negli anni passati, che a maggior ragione diverrebbe ingestibile da parte della Regione in quanto il Cardarelli non avrebbe più le strutture, le dotazioni e le competenze per fronteggiarla.

L'ipotesi di integrazione proposta dovrebbe avvenire inoltre secondo un modello giuridico non affatto chiaro, e attraverso una modifica della Governance della Fondazione Giovanni Paolo II; infatti, mediante la Delibera di Giunta n. 180 del 27 aprile 2016, approvata dal Consiglio regionale, il Presidente della Giunta regionale è stato autorizzato a proporre alla FGPII la modifica dell'art. 8 del proprio statuto per far sì che quattro dei cinque componenti del Consiglio di Amministrazione vengano nominati direttamente dal Presidente della Regione Molise (ipotesi che porterebbe alla creazione di un soggetto privato a conduzione pubblica).

Tale ipotesi di modifica della Governance della Fondazione Giovanni Paolo II è stata però già precedentemente respinta dagli stessi responsabili dell'Ente; infatti, sull'argomento, una nota redatta dal Rettore dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, prof. Franco Anelli e dal Presidente della Fondazione Giovanni Paolo II, dott. Maurizio Guizzardi puntualizza come *"L'ipotesi, rappresentata in modo irrituale e in sede non istituzionale, di un mutamento della governance della Fondazione Giovanni Paolo II non è mai stata sottoposta agli organi della Fondazione stessa e dell'Ateneo e appare, per quanto è dato intendere, tecnicamente impraticabile e comunque inaccettabile da parte dell'Ateneo, che ritiene qualsiasi forma di cogestione del Centro Giovanni Paolo II non compatibile con le finalità istituzionali e i riferimenti etici e morali del Centro stesso".*

Una successiva nota, dell'Ufficio stampa dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, precisa poi che *"Nel corso di due incontri informali, avvenuti su sollecitazione degli esponenti regionali, si è fatto presente che l'Università Cattolica intendeva e intende attenersi agli accordi già definiti: le due transazioni in ordine ai rilevanti crediti dell'Ateneo e della Fondazione verso la Regione (dei quali ancora si attende il*

*pagamento) e l'intesa, scaturita dalla trattativa promossa dal Ministero della Salute, relativa al futuro assetto dell'attività della Fondazione nell'ambito del sistema sanitario regionale, che ha posto le basi per la sostenibilità e il rilancio della Fondazione*". Su queste dichiarazioni occorre precisare che l'interessamento del Ministero della Salute per la sostenibilità ed il rilancio della Fondazione non dovrebbe però prescindere dalla salvaguardia e tutela del servizio sanitario pubblico della Regione Molise.

L'integrazione tra la FGPII e l'Ospedale Cardarelli dovrà poi inglobarsi anche con la futura Azienda Ospedaliera Universitaria, progetto al momento sospeso in attesa che si realizzino le condizioni per la realizzazione; infatti, all'interno del POS 2015-2018, viene specificato che occorre *"nelle more che si verificano le condizioni adeguate, soprassedere transitoriamente alla costituzione di un'Azienda Ospedaliera Universitaria"*. Nelle more *"viene individuato l'Ospedale Cardarelli di Campobasso come Presidio Ospedaliero di riferimento al fine dell'integrazione assistenziale/didattica/scientifica"*. Su quest'ultimo punto, anche all'interno della FGPII esiste inoltre un corso di laurea per le professioni sanitarie.

L'integrazione quindi tra soggetti erogatori diversi, pubblici e privati, con personalità giuridiche distinte, senza un chiaro e definito assetto organizzativo, una scrupolosa valutazione preventiva dei costi e dei vantaggi assistenziali che ne deriverebbero, oltre ad un preciso e delineato profilo di responsabilità delle due strutture, creano enorme perplessità e pericolo nella realizzazione del progetto.

Per risolvere poi la problematica dell'adeguamento sismico dell'Ospedale Cardarelli viene previsto il trasferimento di parte dell'Ospedale presso i locali non utilizzati della Fondazione, onde sopperire agli interventi di manutenzione e adeguamento del primo e secondo blocco dell'Ospedale Cardarelli (costruiti negli anni 1982 e 1988) stimati in circa 60 milioni di euro. Nella precedente versione del POS 2015-2018 il trasferimento sarebbe dovuto avvenire a fronte della disponibilità della FGPII a sottoscrivere un contratto di comodato d'uso di 99 anni, mentre per l'adeguamento ed il trasferimento la spesa stimata risultava di 35-40 milioni di euro. Nella nuova versione del POS 2015-2018 non viene più individuata la spesa per l'adeguamento ed il trasferimento, indicando solamente come siano *"in corso le attività di stima preliminare degli interventi necessari"*, e dell'importo necessario viene solamente indicato che *"al momento è ragionevole ipotizzare una necessità inferiore ai costi stimati per la messa a norma (adeguamento sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza) del Cardarelli quantificate in circa € 60.000.000. Tuttavia, prudenzialmente e in assenza di una preliminare stima, tale somma si computerà nel totale complessivo"*. Sul punto si vuole sottolineare come tali cospicui investimenti verrebbero effettuati su una struttura privata, non appartenente a tutta la collettività. All'interno dell'ultima versione del POS 2015-2018 non viene però più menzionato il contratto di comodato d'uso di 99 anni, e contestualmente nel documento istruttorio della Delibera di Giunta regionale n. 180 del

27.04.2016 viene indicato che *"la modifica della composizione della governance di nomina del Presidente della Giunta, sarebbe accompagnata da un riconoscimento economico per l'utilizzo e futura acquisizione in proprietà della struttura di proprietà dell'Università Cattolica del Sacro cuore nella parte che sarà utilizzata dal presidio ospedaliero pubblico Cardarelli".* Quindi **per la modifica della governance dovrebbe esserci un riconoscimento economico per l'utilizzo dei locali, ed il futuro acquisto degli stessi.** Si potrebbe quindi giungere alla paradossale situazione che per i locali della FGPII, già costruiti in gran parte con investimenti pubblici (art. 20 Legge 67/1988), si debba spendere ingenti somme per l'adeguamento ed il trasferimento di parte dell'Ospedale Cardarelli, corrispondere un riconoscimento economico per l'utilizzo, per infine riacquistarne la proprietà da parte della struttura pubblica.

Infine l'affidamento in esclusiva di discipline specialistiche ad erogatori privati, oltre a non essere stata attuata in alcuna regione italiana, metterebbe la gestione del servizio in una condizione di soggezione rispetto agli erogatori privati; infatti, per attuare qualsiasi tipo di programmazione nei predetti ambiti, non avendo alternative di attuazione, bisognerebbe concordarne modalità e costi con gli erogatori interessati.

Per tali motivazioni, in assenza di dati analitici e strutturati che ne giustifichino la reale convenienza per i cittadini molisani, non si rileva una utilità nella chiusura dei reparti di Oncologia e Cardiologia dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso, con affidamento esclusivo ad un erogatore privato ma anzi, per le motivazioni precedentemente descritte, una **tale ipotesi potrebbe mettere in crisi l'erogazione dei lea, l'indipendenza e l'autonomia stessa del servizio sanitario.**

Nonostante però la previsione approssimativa e ancora incognita dell'integrazione tra il Presidio Ospedaliero Cardarelli e la Fondazione Giovanni Paolo II, la Proposta di Legge regionale n. 138 del 2016 relativa al *"Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale"*, nell'assetto territoriale dell'Azienda sanitaria regionale del Molise (art. 5) prevede già l'Ospedale unico di Campobasso, individuato come DEA di I livello. **L'approvazione del testo, nella maniera indicata, avvierebbe quindi l'effettiva attuazione all'integrazione,** pur in assenza di chiare linee di gestione e un definito assetto organizzativo, di una scrupolosa valutazione preventiva dei costi e dei vantaggi assistenziali che ne deriverebbero, oltre all'assenza del preciso e delineato profilo di responsabilità dei diversi soggetti giuridici interessati.

d) Istituto Neuromed

Nel Piano non è poi ancora chiara sia l'assegnazione dei posti letto, sia il ruolo della Neuromed nell'organizzazione della rete di emergenza-urgenza. Nel Programma Operativo infatti viene indicato, all'Allegato 1, una dotazione per la stessa struttura di



145 posti letto; all'interno dello stesso Piano viene però anche indicato che verranno stipulati "Accordi intra-regionali per definire volume, peso e ruolo, secondo il fabbisogno della Rete, dei PL di neurologia e neurochirurgia presso l'IRCSS Neuromed".

Una anomalia riscontrata nella riduzione di posti letto, rispetto allo standard ministeriale previsto di 3,7 x 1.000 abitanti (spettanti 1.164 PL; Tabella 37 Determinazione dotazione PL da L. 135/2015 del POS 2015-2018), è che la struttura commissariale del Molise effettua una ulteriore diminuzione di PL portandone la dotazione a 3,11 x 1.000 abitanti (ridotti a 980 PL; Tabella 41 Rideterminazione posti letto ospedalieri-dotazione futura del POS 2015-2018); resterebbe quindi una differenza di 184 posti letto rispetto allo standard ministeriale. Inoltre nella dotazione di posti letto per singola disciplina vengono eliminati tutti i posti letto assegnati al reparto di Neurochirurgia del P.O. Cardarelli di Campobasso.

Estremamente vago nel Piano è anche il ruolo dell'istituto Neuromed nell'ambito della Rete dell'Emergenza Ospedaliera. Nella prima versione del POS 2015-2018 veniva indicato sommariamente che "all'attività della Rete di Emergenza contribuiscono **in modo non organizzato** la struttura IRCCS Neuromed (Pozzilli) per la competenza neurologica e la Fondazione Giovanni Paolo II (Campobasso) per la competenza cardiocirurgica", mentre nella nuova versione del POS 2015-2018 viene indicato invece che "Criteri e accordi con Neuromed per il ruolo, che la U.O. Neurologia assume per il supporto alla rete per l'Ictus e conseguenti criteri di centralizzazione secondaria". Tale previsione non chiarisce il ruolo della Neuromed nell'ambito della Rete dell'emergenza, ed in particolare della Rete dell'Ictus, fattore particolarmente importante dal momento che nella programmazione futura dei posti letto la struttura è l'unica a detenere, a livello regionale, i posti di neurochirurgia (PL 35, Allegato 1 POS 2015-2018) oltre a detenere l'80 % dei posti di neurologia (PL 46 su 58, Allegato 1 POS 2015-2018).

e) Distribuzione dei posti letto per acuzie e post acuzie:

Contemporaneamente alla diminuzione dei posti letto affidati alle strutture pubbliche, il POS 2015-2018 effettua anche un indebolimento e depotenziamento dei servizi specialistici offerti dalle stesse strutture pubbliche, in favore degli erogatori privati. Gli effetti più palesi di questo indebolimento si riscontrano proprio sui servizi offerti dal Cardarelli, il Presidio Ospedaliero più importante a livello regionale e riferimento Hub per le altre strutture sanitarie.

Il Presidio Ospedaliero Cardarelli è infatti la struttura che subisce il taglio maggiore per numeri di posti letto, passando dagli attuali 320 a 220 (All. 1 POS 2015-2018), ma il depotenziamento non consiste solo in questo.

Nella previsione delle nuove Unità operative l’Ospedale Cardarelli perde completamente i reparti di Cardiologia ed Oncologia, affidati in maniera esclusiva alla FGPII; come già indicato oltre ai citati posti letto il Cardarelli perderà, in favore della Fondazione, tutti i *“i servizi senza posti letto e le dotazioni tecnologiche che, all’interno della struttura Giovanni Paolo II, sono presenti ed adeguati”*.

Il numero dei PL di Chirurgia passano dagli attuali 40 a 30, di cui 18 in Regime Ordinario e 12 in Day Hospital (All. 1 POS 2015-2018); di converso alla Fondazione verranno assegnati 24 PL di Chirurgia, di cui 22 in Regime Ordinario e 2 in Day Hospital. Sulla riduzione dei posti letto di chirurgia si vuole sottolineare che il POS 2015-2018 chiude completamente i reparti di Cardiologia e Oncologia per tutelare le specificità offerte dalla FGPII al fine della **“eliminazione di ogni doppione oggi esistente e che, all’interno della stessa struttura edilizia, non troverebbe alcuna giustificazione né pratica, né soprattutto economica”**. Per i posti letto di **Chirurgia però l’eliminazione del doppione non avviene**, e la Fondazione conserverà un numero di 22 PL in Regime Ordinario, superiore anche ai 18 PL in Regime Ordinario assegnati al Cardarelli. Nella nuova previsione l’Ospedale Cardarelli, DEA di I livello e Presidio più importante a livello regionale, manterrà addirittura lo stesso numero di PL di Chirurgia assegnati alla Casa di Cura Villa Ester di Bojano (CB), alla quale il Piano assegna finanche un posto in più (All. 1 POS 2015-2018). Oltre alla cura per acuzie e post acuzie però l’emergenza urgenza dovrà essere garantita solamente dall’Ospedale Cardarelli.

Il numero di PL di Ortopedia passano dagli attuali 33 a soli 15 (All. 1 POS 2015-2018); in conseguenza della riduzione dei PL di Ortopedia presso l’Ospedale Cardarelli verranno però attivati 10 nuovi PL di ortopedia presso la Casa di Cura Villa Ester di Bojano (All. 1 POS 2015-2018). In virtù di questo nuovo assetto l’Ospedale Cardarelli di Campobasso, con soli 5 PL in più rispetto alla Casa di Cura Villa Ester di Bojano, dovrà essere il “Centro regionale” di riferimento e dovrà garantire anche l’emergenza urgenza.

Il reparto di Geriatria del Presidio Ospedaliero Cardarelli viene dismesso e nel contempo 20 PL di Geriatria vengono attivati presso la Casa di Cura Villa Maria di Campobasso (All. 1 POS 2015-2018); nell’allegato emerge anche un errore in quanto i PL complessivi assegnati alla Casa di Cura Villa Maria e alla Casa di Cura Villa Ester risultano 110 (70+40) e non 100 come indicato nell’allegato (All. 1 POS 2015-2018).

Il reparto di Neurochirurgia viene chiuso e viene creato il reparto di Neurologia, che assorbe la chiusura dello stesso reparto presso l’Ospedale Veneziale di Isernia con una dotazione complessiva di 12 PL, di cui 10 in Regime Ordinario e 2 in Day Hospital. Nonostante però all’Ospedale Cardarelli venga assegnato solo il 20% dei posti letto regionale di Neurologia, e nessun posto di neurochirurgia, compete allo stesso la cura dell’emergenza urgenza, infatti viene indicato come “Centro regionale” e non viene chiarito il ruolo della Neuromed nell’ambito della Rete di emergenza.

Sulla dotazione dell'Ospedale Cardarelli graveranno inoltre i PL da rendere disponibili per l'integrazione con l'attività didattica dell'Università.

Quanto indicato mostra come il POS 2015-2018 effettui un importante depotenziamento dell'Ospedale Cardarelli, principale Presidio regionale di riferimento per l'emergenza urgenza e per la cura delle acuzie e post acuzie.

Sul punto si richiama quanto indicato nel POS 2015-2018, ovvero che *"La nuova determinazione di posti letto tiene conto anche delle eccellenze sanitarie offerte dagli erogatori privati presenti sul territorio regionale e della loro valorizzazione e salvaguardia"*; la presenza delle strutture private può rappresentare sicuramente un valore aggiunto che può contribuire a migliorare l'offerta sanitaria presente sul territorio, ma in modo complementare e non sostitutiva come viene ipotizzato.

La salvaguardia delle eccellenze private avviene infatti, nel POS 2015-2018, sacrificando i servizi offerti dalle strutture pubbliche, le uniche che, si ribadisce, devono garantire, oltre alla cura delle acuzie e post acuzie, anche l'emergenza urgenza.

Sul punto si risottolinea come già prima della nuova programmazione della distribuzione dei posti letto *"la Regione Molise, insieme al Lazio e Lombardia, presenta la più alta incidenza per l'erogazione di assistenza ospedaliera prodotta dai privati accreditati rispetto al fondo sanitario regionale e per l'assistenza specialistica è addirittura al primo posto"*.

Ovviamente poi, in seguito alla nuova riorganizzazione della Rete Ospedaliera regionale, come indicato nel POS 2015-2018, gli accreditamenti delle strutture private dovranno essere aggiornati sulla base delle nuove specificità assegnate; della previsione dei costi e dei budget previsti in base alle nuove specificità non risulta però alcuna menzione nel Piano.

Si richiama anche, in relazione ai costi e ai rimborsi delle prestazioni alle strutture private, come proprio nella Regione Molise si è prodotto un elevato contenzioso per prestazioni extra budget ed altre prestazioni non riconosciute, questione rievocata dallo stesso Tavolo tecnico interministeriale di controllo e verifica della spesa sanitaria. Come indicato nel POS 2015-2018 proprio l'esposizione debitoria nei confronti delle strutture private Neuromed e Fondazione ha indotto alla creazione, nel bilancio della Gestione Sanitaria Accentrata, un Fondo connesso al rischio di soccombenza di € 33.014.000

Con l'assegnazione alla FGPII della gestione in esclusiva delle due principali branche di cura, per le motivazioni già indicate, risulterebbe difficoltoso affidare un budget vincolato in quanto, al raggiungimento dello stesso, si dovrebbe procedere alla sospensione dei trattamenti della cura dei pazienti.

Tale questione, unita agli altri punti critici evidenziati e non specificati nel POS 2015-2018, potrebbe esporre al rischio di incremento della spesa sanitaria regionale per i servizi erogati degli istituti privati.

Seppur risulti vero che all'interno della gestione economica vengono previsti degli accantonamenti prudenziali pari a € 21.562.000 per il 2016, € 23.408.000 per il 2017 ed € 16.131.000 per il 2018 (*Tabella 6: Quadro riassuntivo dell'impatto economico derivante dall'applicazione delle manovre del POS 2015-2018*) per "far fronte ai rischi connessi alla parziale realizzazione delle manovre e/o all'insorgenza di eventuali costi che potrebbero manifestarsi" ci si augura che tali somme non debbano servire per coprire un incremento di spesa nella fornitura dei servizi ospedalieri.

Su quest'argomento si vuole infine far riferimento alla previsione dell'art. 12 "Relazione fra Servizio sanitario regionale ed Enti Accreditati" della Proposta di Legge regionale n. 138 del 2016 relativa al "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale", dove viene previsto che i rapporti con gli erogatori accreditati saranno regolati "previa definizione del fabbisogno e delle risorse sulla base di requisiti e valutazioni di comparazione della qualità e dei costi"; ebbene, nell'ambito del POS 2015-2018, proprio della valutazione e comparazione della qualità e dei costi non vi è alcun riferimento o menzione.

f) La rete dei laboratori

Anche la riorganizzazione della rete di laboratorio, seguendo la riorganizzazione del sistema ospedaliero, viene descritta con estrema genericità basandosi essenzialmente su un laboratorio di riferimento regionale quale Hub, e laboratori specialistici come Spoke. Sulla gestione viene infatti indicato che "Il laboratorio di riferimento regionale (Hub) sarà dotato di un sistema informativo integrato in grado di rendere possibile la condivisione delle richieste e dei risultati nonché la diffusione on-line ospedaliera e territoriale delle risposte (referenti), con sede presso il Presidio Ospedaliero "A. Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II (a seguito dell'integrazione) di Campobasso, cui fanno capo tutte le altre Strutture Specialistiche Regionali" e non indica a chi competerà l'affidamento dei servizi di laboratorio.

Sul punto attualmente l'Ospedale Cardarelli già effettua e soddisfa in autonomia gran parte della domanda regionale di prestazioni, ma in assenza di specifiche, e facendo riferimento alla già citata indicazione che l'integrazione "non riguarda solo le discipline ospedaliere con posti letto, ma anche e soprattutto i servizi senza posti letto e le dotazioni tecnologiche che, all'interno della struttura Giovanni Paolo II, sono presenti ed adeguati", potrebbe concretizzarsi la possibilità che anche tali servizi possano essere dismessi, dall'Ospedale Cardarelli, per essere affidati alla struttura della Fondazione.

g) Rete di Emergenza Ospedaliera:

A fronte della riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Ospedaliera, data la conformazione del territorio regionale e la presenza di infrastrutture che non

consentono spostamenti efficaci in tempi rapidi, all'interno del Programma Operativo non viene effettuato alcun riferimento ad un piano o a linee guida per l'utilizzo dell'elisoccorso nella rete di emergenza urgenza. Questo risulta un aspetto molto importante, soprattutto a fronte di stime indicate di circa 1.100 nuovi casi annui di Ictus (di cui circa 350 passibili di trombolisi) e di circa 1.100 nuovi casi di sindromi coronariche (di cui 300 di infarto miocardico STEMI);

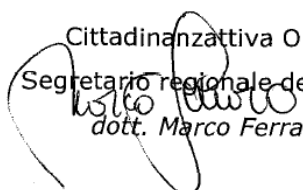
All'interno del POS 2015-2018 infatti, oltre all'indicazione dell'esistenza di una convenzione per l'elisoccorso con la Regione Abruzzo, non vi è alcuna indicazione sul relativo utilizzo nella rete di emergenza urgenza, soprattutto per la rete dell'Ictus.

Oltre a quanto evidenziato il Presidente della Giunta regionale, e Commissario ad Acta, non ha ancora reso pubblico il parere positivo, sul POS 2015-2018, che ha dichiarato di aver già acquisito da parte del Ministero della Salute.

Con la presente relazione si vogliono evidenziare alle SS.LL. le criticità riscontrate, da parte di quest'Associazione, nel Programma Operativo Straordinario 2015-2018 elaborato dalla struttura commissariale della Regione Molise, per giungere all'obiettivo della programmazione di un servizio sanitario che tuteli la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate nell'interesse di tutti i cittadini molisani; con la presente relazione si vuole inoltre portare a valutare il profilo di rischio che la nuova ipotesi organizzativa arrecherebbe in termini di costo, risultati ed autonomia del servizio sanitario regionale molisano e rappresentare la direzione in cui le scelte ipotizzate nella Regione possono portare il servizio sanitario, non solo molisano, ma rappresentare il futuro assetto del servizio sanitario nazionale.

Si rappresenta soprattutto che alla base di scelte così importanti e strategiche manca il supporto di dati, informazioni e valutazioni che ne indichino i risultati in termini di costo, ed in termini di autonomia del servizio sanitario, oltre alla dovuta assenza di trasparenza nelle scelte operate.

Qualora il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 fosse confermato ed approvato senza modifiche, nel rispetto del principio di trasparenza si chiede di conoscere le evidenze, i dati, le informazioni e le valutazioni di impatto che hanno portato a questa scelta.

Cittadinanzattiva Onlus  
Segretario regionale del Molise  
  
dott. Marco Ferraro

Coordinatore Nazionale  
Tribunale per i Diritti del malato  
Tonino Aceti  
