REGIONE MOLISE

DIREZIONE GENERALE V
POLITICHE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA
Gestione Commissariale

LA RISTRUTTURAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Relazione illustrativa

La riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Molise si inserisce nell'ambito di un processo di rimodulazione avviato dal Piano di Rientro 2007/2009, approvato con deliberazione di G.R. n. 362 in data 27/03/07, in cui lo sviluppo della rete ospedaliera e la riduzione del tasso di ospedalizzazione, già costituivano obiettivi specifici ed operativi.

Le prime linee di indirizzo in materia di posti letto sono state fornite con deliberazione di G.R. n. 167 in data 27/02/07 recante : "*Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005. Adempimenti 2005 3.1 e 3.2 e integrazione Programma operativo triennio 2007/2009 accordo ai sensi dell'art. 1, comma 180, della L. 311/04. Chiusura dei posti letto e adozione dello standard dei 4,5 + 0,5% posti letto per 1000 abitanti per il riordino posti letto rete ospedaliera regionale*", emanata in corso di elaborazione del Piano di rientro, come successivamente integrata con deliberazione di G.R. n. 283 in data 20/03/09: " P.O. *di rientro 2007/2009.Obiettivo specifico 11.Obiettivo operativo 11.1 Rimodulazione rete ospedaliera anno 2009. Provvedimenti.*".

La rimodulazione in parola è stata, inoltre, oggetto della successiva programmazione di carattere generale costituita dal Piano Sanitario Regionale 2008/2010, approvato con l. r. del 26 novembre 2000, n. 34, *Modifiche alla legge regionale 1 aprile 2005, n. 9 , ad oggetto: "Riordino del Servizio sanitario Regionale.",* che dedica un'apposita sezione al riassetto della rete ospedaliera regionale.

Sinteticamente, la metologia seguita dal Piano di Rientro 2007 – 2009 e dal P.S.R., è stata basata sui seguenti criteri: valutazione della dotazione dei posti letto per struttura; tasso di ospedalizzazione per distretto di residenza; tasso di ospedalizzazione regionale articolato tra ricoveri regionali ed extraregionali, in mobilità passiva; rapporto tra mobilità attiva e passiva; prevalenza dei DRG potenzialmente inappropriati.

La stessa avrebbe dovuto determinare la chiusura di 362 p.l., nel corso del triennio 2007 – 2009, tale da ricondurre la dotazione ospedaliera regionale da un numero di 1883 p.l. attivati a quello di n. 1521.

Ad oggi va però, evidenziato che l'obiettivo non è stato pienamente raggiunto, in quanto la dotazione attuale, pari a 1670 p.l., rivela una diminuzione di soli n. 213 p.l., non accompagnata da alcuna riduzione dei costi dell'assistenza ospedaliera, ma addirittura da un aumento degli stessi, da mancata riduzione del tasso di ospedalizzazione e di percentuale dei ricoveri ripetuti, ed altri indicatori.

Da ultimo, si rileva che la rimodulazione del Piano di Rientro è avvenuta per singolo presidio, con distribuzione della riduzione dei posti letto in modo orizzontale all'interno della rete ospedaliera.

In seguito al Commissariamento della Sanità, il Commissario ad *acta,* con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24/07/09, è stato incaricato di procedere alla realizzazione di tutta una serie di interventi per il ripiano del debito sanitario tra i quali, al punto 2) *il riassetto della rete ospedaliera, secondo un'analisi del fabbisogno e la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.*

Tale obiettivo costituisce, tra l'altro adempimento a quanto disposto dall'art. 8 *quater,* del D.Lgs. 502/92, e dalla Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007) all' art. 1, comma 796, lettere *s) t)* ed *u),*

in combinato disposto, in ordine alla necessità di addivenire ad una ricognizione del fabbisogno delle strutture accreditate per prestazioni di assistenza ospedaliera.

Nel contempo, in data 3 dicembre 2009, è stato stipulato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, il nuovo Patto per la Salute, per gli anni 2010-2012, recepito nella Legge Finanziaria per il 2010 (l. 23 dicembre 2009, n. 191) che con chiarezza, prescrive all'art. 6, *Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri,* una riduzione dello *standard* di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR, non superiore a 4 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie, entro il 31 dicembre 2010 prevedendo, altresì, una compatibilità di variazione del 5% in relazione al peso della popolazione ultrasettantacinquenne.

Pertanto, in ottemperanza a quanto disposto dalla delibera commissariale, ed in ossequio ai criteri normativi, la presente riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Molise prevede che la nuova dotazione dei posti letto per le strutture pubbliche e private debba essere progressivamente ricondotta al valore di 3,3 posti letto per mille abitanti per acuti, e 0,7 posti letto per mille abitanti per riabilitazione e lungodegenza post acuzie, aumentato, per la parte per acuti, di 0,2 posti letto per mille abitanti, attribuibili agli anziani over 75, che nella Regione Molise ammontano ad oltre 39.000 persone, pari quindi al 12,1 5 della popolazione. In definitiva, si ipotizza una dotazione totale a regime pari a 1370 posti letto, e dunque una riduzione complessiva di n. 300 posti letto, da realizzarsi entro il 31 dicembre 2010.

Oltre al dato numerico, va evidenziato che nel documento tecnico ivi allegato, è stata valutata preliminarmente, l'appropriatezza delle prestazioni erogate con la conseguente revisione dell'organizzazione dei servizi sulla base dell'intensità assistenziale, utilizzando quali standards: il tasso di utilizzo dei posti letto; il tasso dei ricoveri in regime ordinario dei 43 DRG dei DPCM LEA del 2001 non superiore al 15% del totale; gli altri 65 DRG potenzialmente inappropriati in R.O per il patto della Salute del 3/12/09.

In particolare, la metodologia di analisi adottata per singola struttura ospedaliera è stata fondata sui seguenti criteri : analisi delle S.D.O. dei dimessi nell'anno 2009; analisi sistematica della produzione dei D.R.G. distribuiti nelle loro classi, valutazione della mobilità attiva per l'analisi, con particolare riferimento all'indice di attrazione, analisi dei principali indicatori ospedalieri quantitativi, qualitativi e di efficienza; valutazione dei parametri di appropriatezza clinica ed organizzativa, specificità della codifica, completezza delle S.D.O.; congruità delle tariffe.

In base a quanto sin'ora esposto, ai fini del raggiungimento dei predetti *standards,* un aspetto qualificante della ristrutturazione della rete ospedaliera è stato quello di concentrare gli interventi di riduzione e riconversione dei posti letto in alcune strutture, in particolare per favorire l'utilizzo di risorse umane negli ospedali di riferimento e sul territorio.

La rete, in definitiva, è stata progettata puntando sull'efficienza erogatrice e sulla qualità clinica delle prestazioni, concentrando quelle più complesse negli ospedali di riferimento, nei quali fare convergere i pazienti da trattare e le professionalità. Affinchè tale ristrutturazione possa realizzarsi pienamente è però necessario diffondere la consapevolezza che il diritto alla salute non significa avere l'ospedale sotto casa, bensì potere disporre di ospedali efficienti che eroghino prestazioni di qualità. Tale processo può portare a razionalizzazioni importanti della spesa ospedaliera ed anche al contenimento della stessa, unitamente alla possibilità di utilizzare personale medico e non medico per i servizi domiciliari, carenti nella regione Molise.

La riduzione prevista, dunque, comprende la riconversione dei P.O. di ridotte dimensioni quali Venafro, Larino ed Agnone ed è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e da questo al regime ambulatoriale, nonchè il potenziamento di istituti quali il Day service e la chirurgia ambulatoriale.

Così, la riorganizzazione dei PP.OO. si basa sui seguenti punti focali:

- l'orientamento della produzione verso le forme più appropriate di erogazione delle prestazioni (chirurgia ambulatoriale, day nel panorama sanitario molisanosurgery e day service, week hospital, ecc);
- la riduzione complessiva di 300 p.l., dai 1670 attivi a 1370 p.l. secondo i parametri del Patto per la Salute (3,3 p.l. per mille abitanti per acuti e 0,7 per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie);
- la creazione/rafforzamento, anche negli stessi PP.OO., di posti letto per non acuti (Residenze Sanitarie Assistenziali, lungodegenza, hospice, riabilitazione, ecc);
- la concentrazione delle strutture ed eliminazione di inutili duplicazioni;
- il potenziamento del modello dipartimentale;
- il potenziamento delle diverse articolazioni dei servizi di emergenza e dei punti di primo intervento;
- la complessiva riorganizzazione della rete 118;
- la creazione di reti regionali per l'assistenza all'ictus, le emergenze cardiologiche, la riabilitazione, anche mediante la stipula di accordi ed intese con le strutture accreditate ad alta specializzazione presenti in regione.

Alla luce di quanto sopra, nella riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica è prevista, in definitiva, la realizzazione di tre presidi ospedalieri:

a. Presidio Ospedaliero di Campobasso ,sede di DEA di secondo livello, costituito dallo stabilimento ospedaliero "A.Cardarelli" di Campobasso, dotato delle UU.OO.CC. di base ed i servizi di supporto alle attività ospedaliere, e lo stabilimento ospedaliero "G.Vietri" di Larino, in collegamento strutturale per le attività non presenti. La struttura di Larino è prevista quale sede delle unità operative di Pronto Soccorso, Oculistica, Riabilitazione, D.H. Diabetologico, Hospice, Servizi di supporto alle attività ospedaliere (U.O.C. Radiologia, Laboratorio analisi, ecc.), nonché di RSA. Potrà essere, per determinate attività, mantenuto il collegamento funzionale con lo stabilimento Ospedaliero di Termoli.

b. Presidio Ospedaliero di Termoli, sede di DEA di primo livello costituito dallo stabilimento ospedaliero "S. Timoteo" di Termoli, nel quale vengono mantenute sostanzialmente le attuali attività, tra cui le UU.00.CC. di. Cardiologia, Chirurgia, Medicina, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria. Restano attivati i Servizi di supporto alle attività ospedaliere (U.O.C. Radiodiagnostica, Laboratorio analisi, Centro trasfusionale e Anatomia Patologica, quest'ultima ad esaurimento), ed il presidio di emergenza (Pronto Soccorso).

c. Presidio Ospedaliero di Isernia , sede di DEA di primo livello, costituito dagli stabilimenti ospedalieri "A.Veneziale" di Isernia, "SS.Rosario" di Venafro e " F.Caracciolo" di Agnone. In previsione della realizzazione di un unico stabilimento ospedaliero baricentrico fra Isernia e Venafro, appare logica la riorganizzazione complementare dei due stabilimenti di Venafro e Isernia. L'aggregazione del P.O. di Agnone al DEA di Isernia, consentirà un significativo abbassamento dei costi di gestione. Nello stabilimento Ospedaliero "A.Veneziale" di Isernia vengono mantenute le UU.00.CC. di base preesistenti.

Presso lo stabilimento di Venafro è prevista la realizzazione del polo ortopedico e riabilitativo, il servizio di Pronto Soccorso, i posti letto di terapia intensiva post-operatoria, i Servizi di supporto alle attività ospedaliere, ed è sede di RSA.

Presso lo stabilimento di Agnone sono assicurate le attività di Chirurgia Generale in regime di day surgery e chirurgia ambulatoriale, Medicina Generale, Lungodegenza, Ginecologia, e viene implementato un punto di Primo Soccorso dotato di breve osservazione, nonché mantenuti i Servizi di supporto alle attività ospedaliere (Anestesia e rianimazione, Radiologia, Laboratorio Analisi ecc.). Per quanto riguarda l'Ostetricia, sono garantite le attività di monitoraggio delle gravidanze ma,

indubbiamente, la concentrazione dei parti avverrà presso il Presidio di Isernia, considerato che un ospedale con un numero elevato di prestazioni ostetriche rappresenta una adeguata garanzia per le donne molisane .

Nell'allegato Piano di ristrutturazione ospedaliera sono delineate, le linee di sviluppo principali del riassetto, demandando a successivo Piano operativo aziendale la puntuale realizzazione dello stesso, l'organizzazione dei servizi di supporto alle attività ospedaliere (UU.OO.CC. di Radiodiagnostica, Anestesia e riabilitazione, Laboratorio Analisi), nonché la riallocazione delle risorse umane e strumentali all'interno della rete, l'attuazione delle reti per l'emergenza cardiovascolare e le neuroscienze.

Relativamente alla rete ospedaliera privata, va evidenziato il rilevante ruolo assegnato, nell'allegato documento tecnico, alle strutture di alta specialità, quali l'IRCCS Neuromed e il Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle scienze Biomediche "Giovanni paolo II" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, accanto alle quali si situano le altre strutture ospedaliere private, per le quali è previsto un sostanziale mantenimento delle attuali attività, seppur rimodulate, da erogarsi in un regime assistenziale più appropriato.