

CHECK-UP DELLA RETE OSPEDALIERA DELLA REGIONE BASILICATA

(RIFLESSIONI E PROPOSTE)



A CURA DEL CIRCOLO CULTURALE LA SCALETTA

AUTORE DEL REPORT: *DOTT. ANGELO ANDRIULLI*

CON LA COLLABORAZIONE DI: *PAOLO EMILIO STASI, FRANCESCO VIZZIELLO,
DANIELA E VALENTINA ZATTONI.*

CON IL CONTRIBUTO DI: *DOTT. FRANCESCO MORELLI, DOTT. DOMENICO ADDUCI,
DOTT. LUIGI BRADASCIO E DOTT. ANDREA SACCO.*

INDICE

PREMESSA	pag. 4
1. Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70	5
2. Contesto demografico della Regione Basilicata	5
3. La rete ospedaliera regionale	9
3.1 Posti letto ospedalieri	9
3.2 Articolazione dei presidi ospedalieri nella Regione Basilicata	12
3.3 Articolazione delle varie specialità medico-chirurgiche	13
3.4 Personale dipendente	15
3.5 Tasso di ospedalizzazione	16
4. Alcune deduzioni	19
5. Qualità delle cure	19
5.1 Come valutare la “qualità” di un ospedale	19
6. La medicina territoriale	32
7. Un cambio culturale innovativo alla programmazione in sanità (e non solo quella regionale)	34
8. Conclusioni e proposte	35
<i>Bibliografia</i>	36

Premessa

La finalità cui intende assolvere questo report sulla Rete ospedaliera della Regione Basilicata è quella di offrire strumenti conoscitivi fondati su dati per poi fare una serena disamina dell'appropriatezza organizzativa e clinica dell'assistenza sanitaria erogata. Il Circolo "La Scaletta" di Matera che lo ha promosso si prefigge di portare a conoscenza di tutti i residenti in Regione la normativa nazionale che disciplina il settore e offrire dati sulla quantità e qualità dell'assetto di assistenza ospedaliera erogata negli ultimi 40 anni in Regione. Basato su elaborazioni di dati pubblici istituzionali, il Rapporto propone di riflettere sulle modifiche che sarebbe augurabile apportare ai principali aggregati esaminati. L'auspicio è quello di far scaturire dall'analisi dei dati un sereno confronto che consenta di individuare le eventuali carenze suscettibili di miglioramento. La salute pubblica è un bene troppo rilevante per essere affidato solo a chi, sulla base di logiche estranee alla questione, potrebbe agire su spinte e rivendicazioni meramente localistiche. Il Report intende porre all'attenzione degli operatori e dei decisori del governo regionale una sintesi dei dati sanitari che consenta di affiancare la crescita al rigore e di fornire validi riflettori comparativi.

Al legislatore, cui spetta adeguare la programmazione alle esigenze dei residenti, si vuole presentare un elemento che emerge chiaramente dai dati presentati: **in materia di assistenza sanitaria non è più possibile puntare solo alla riduzione dei costi. La doverosa preoccupazione di pareggiare il bilancio non può essere disgiunta dal proposito di assicurare l'eccellenza nelle cure erogate. Anche perché, così facendo, si avrebbe una riduzione della migrazione sanitaria e quindi un abbattimento dei costi.**

1. Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70

Il su indicato Decreto Ministeriale (D.M.) riporta la definizione degli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi che l'assistenza ospedaliera deve offrire ai residenti in Italia. Lo stesso invita le Regioni ad adeguare le proprie reti a quanto previsto, vincolandole al rispetto di parametri prefissati e all'armonizzazione delle proposte locali ai criteri indicati a livello nazionale. In particolare, con l'art.1, comma 2, è fatto obbligo alle Regioni di ridurre *“la dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, assumendo a riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti”*.

Ne consegue che ogni riflessione critica o proposta di rimodulazione della rete ospedaliera deve considerare il numero dei residenti in Regione.

2. Contesto demografico della Regione Basilicata

Tutte le Regioni meridionali hanno flussi migratori diretti nel Nord Italia e in paesi stranieri. In **Basilicata** il fenomeno ha prodotto **negli ultimi 40 anni** (Tabella 1) un **notevole calo della popolazione che**, rimasta stabile nel decennio 1983-1993, si è poi avviata verso la decrescita facendo registrare circa 20.000 unità in meno nelle rilevazioni fatte nel 2010, nel 2018 e nel 2020. Al primo gennaio 2020 sono infatti risultati 556.934 residenti, 53.056 in meno rispetto ai 609.990 del 1983 con un decremento dell'8.7%.

Il calo ha investito soprattutto l'area potentina (10.9%), mentre nel Materano si è fermato al 4,3%.

Tabella 1. Popolazione residente nella Regione Basilicata

	1983	1993	2010	2018	2020
Matera	204.783	208.765	200.297	198.388	195.998
Comune di Matera	52.003	55.384	59.499	60.404	60.411
Bradantica - Medio Basento	68.620	67.800	62.335	59.360	58.003
Metapontino - Collina Materana	84.160	85.581	78.463	78.625	77.584
Provincia di Potenza	405.207	401.339	379.953	366.606	360.936
Comune di Potenza	162.103	162.353	158.470	154.424	152.308
Melfi	53.353	51.706	51.099	50.316	49.550
Venosa	48.807	46.847	44.643	42.780	42.152
Villa d'Agri	57.621	58.433	52.459	50.607	49.878
Lauria	51.847	51.644	47.133	44.429	43.575
Senise	31.477	30.358	26.149	24.051	23.473
Totale regionale	609.990	610.104	580.249	564.994	556.934

La perdita ha riguardato sia il capoluogo regionale, che i 5 distretti provinciali (Melfi, Venosa, Villa d'Agri, Lauria e Senise) ad esso afferenti e i due distretti della provincia di Matera (Bradantica/Medio Basento e Metapontino/Collina Materana). In controtendenza è andata invece la Città di Matera, che ha visto passare i suoi abitanti dai 52.003 del 1983 ai 60.411 attuali (+16,2%), come rappresentato in Tabella 2. Si fa rilevare che la tendenza alla crescita è emersa prima della proclamazione di Matera, avvenuta nel 2014, a Capitale Europea della Cultura. Una plausibile spiegazione potrebbe rapportarsi allo spopolamento delle aree interne (-10.9% dei residenti nelle aree montane della Provincia di Potenza).

Tabella 2. Variazioni percentuali del numero dei residenti per distretto

	1983	1993	2010	2018	Δ 1983
	1993	2010	2018	2020	2020
Provincia di Matera	+ 1,9%	- 4,1%	- 1,0%	- 1,2%	- 4,3%
Comune di Matera	+ 6,5%	+ 7,4%	+ 1,5%	+ 0,0%	+ 16,2%
Bradanaica - Medio Basento	- 1,2%	- 8,1%	- 4,8%	- 2,3%	- 15,5%
Metapontino - Collina Materana	+ 1,7%	- 8,3%	+ 0,2%	- 1,3%	- 7,8%
Provincia di Potenza	- 1,0%	- 5,3%	- 3,5%	- 1,6%	- 10,9%
Potenza	+ 0,2%	- 2,4%	- 2,6%	- 1,4%	- 6,0%
Melfi	- 3,1%	- 1,2%	- 1,5%	- 1,5%	- 7,1%
Venosa	- 4,0%	- 4,7%	- 4,2%	- 1,5%	- 13,6%
Villa d'Agri	+ 1,4%	- 10,2%	- 3,5%	- 1,4%	- 13,4%
Lauria	- 0,4%	- 8,7%	- 5,7%	- 1,9%	- 16,0%
Senise	- 3,6%	- 13,9%	- 8,0%	- 2,4%	- 25,4%
Totale regionale	+ 0,0%	- 4,9%	- 2,6%	- 1,4%	- 8,7%

Ad accentuare il carattere regressivo della demografia regionale contribuisce anche la prevalenza della popolazione anziana su quella giovane, una prevalenza destinata a crescere negli anni a venire. L' **indice di invecchiamento** della popolazione è espresso nella Tabella 3.

A livello regionale questo parametro risulta in drammatico aumento: per ogni 100 bambini e ragazzi fino ai 14 anni, nel 1983 risultavano residenti 52,3 soggetti con 65 e più anni che sono diventati 200,5 nel 2020. Questa tendenza caratterizza sia le due province che i 7 distretti socio-sanitari.

Tabella 3. Indice di vecchiaia: Popolazione di 65 e più anni per 100 ragazzi fino a 14 anni per distretto

	Totale popolazione				
	1983	1993	2010	2018	2020
Provincia di Matera	44,7	72,5	139,4	179,7	188,9
Comune di Matera	33,9	58,5	122,1	163,7	172,3
Bradanicina - Medio Basento	51,2	82,2	144,5	193,9	207,6
Metapontino - Collina Materana	46,5	74,4	149,8	182,5	189,1
Provincia di Potenza	56,5	87,2	155,3	195,8	207,1
Comune di Potenza	50,4	78,3	153,7	192,4	203,4
Melfi	59,5	87,3	131,9	161,2	167,9
Venosa	59,7	89,5	131,7	179,9	194,2
Villa d'Agri	60,7	95,4	163,7	195,7	204,1
Lauria	60,4	92,5	181,0	238,4	258,0
Senise	64,2	109,1	210,1	265,8	279,9
Totale regionale	52,3	82,0	149,6	189,9	200,5

All'aumento del numero di anziani non corrisponde purtroppo un altrettanto felice incremento della **natalità** che è, anzi, in calo (Tabella 4).

La percentuale di ragazzi fino ai 14 anni, rapportata al totale della popolazione, è passata infatti dal 23.4% del 1983 all'11.7% dell'anno 2020, un dato omogeneo per l'intera Regione.

Tabella 4. Percentuale di bambini e ragazzi fino ai 14 anni di età sul totale della popolazione per distretto

	1983	1993	2010	2018	2020
Matera	24,7	18,8	14,0	12,5	12,2
Comune di Matera	25,6	19,3	14,8	13,2	12,9
Bradanicina - Medio Basento	24,2	18,4	14,2	12,1	11,7
Metapontino - Collina Materana	24,5	18,9	13,3	12,1	12,0
Potenza	22,8	17,9	13,3	11,8	11,5
Potenza	23,1	18,2	13,0	11,8	11,5
Melfi	22,8	18,9	14,5	12,7	12,5
Venosa	23,8	18,1	15,2	12,5	11,9
Villa d'Agri	22,3	17,4	13,1	11,9	11,7
Lauria	21,7	17,1	12,0	10,6	10,2
Senise	21,8	16,2	11,6	9,9	9,7
Totale regionale	23,4	18,2	13,5	12,0	11,7

In breve, se i dati sull'invecchiamento e la denatalità della popolazione lucana sono in linea con quelli nazionali, una peculiarità regionale è il decremento continuo, e, a quanto pare,

inarrestabile della popolazione residente. Un calo riguardante - a eccezione del Comune di Matera di cui si è già detto (+16.2%) - l'intera Regione e che ha risvolti assai gravi nelle aree montuose interne.

I su citati nuovi scenari demografici impongono quindi di ripensare il sistema dell'offerta dei servizi quando si andrà a riprogrammare o rimodulare la rete sanitaria, ospedaliera e territoriale della regione.

3. La rete ospedaliera regionale

Passeremo adesso a esaminare le prestazioni erogate dal Sistema Sanitario Regionale, così come registrate dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità ed elaborati con il Centro Studi Nebo-Ricerche PA di Roma.

3.1 Posti letto ospedalieri

Il citato art.1, comma 2 del D.M. 70/2015 raccomanda la riduzione della *“dotazione dei posti letto ospedalieri ad un livello non superiore a 3.7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0.7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza”*.

Il numero di posti letto totali in Italia è calato del 30% dal 2000 al 2017: sono 3,2 ogni mille abitanti, valore che colloca il nostro Paese sotto il valore medio di 4,7 degli altri Paesi Ocse.

Nelle Tabella 5a/5b viene indicata la dotazione dei posti letto in valore assoluto e per 10.000 residenti in Regione. Nel 2018 risultano disponibili in Regione 1.862 letti totali (pari a 33,0 per 10.000 residenti), dei quali 331 di riabilitazione e lungodegenza (pari a 5,9 per 10.000 residenti) e 1.531 per le restanti aree (pari a 27,1 per 10.000 residenti). Dal confronto dei dati relativi al 2010, si evince come vi sia stata una contrazione dei posti letto, da 36,6 a 33,0 per 10.000 residenti.

Non si comprende perché il legislatore abbia approvato una simile contrazione, risultando il numero dei posti letto ospedalieri disponibili in Regione nel 2010 già aderente ai parametri ministeriali! Si è venuta, pertanto, a determinare una carenza di posti letto: per una popolazione di 556.934 residenti al 1° gennaio 2020, il 37 per 10.000 di posti previsti comporterebbe la disponibilità totale di 2.061 posti letto (379 in più di quelli attivati nel 2018), di cui 1.671 per le degenze ordinarie (140 in più rispetto ai 1.531 esistenti al 2018), e di 390 per l'area della riabilitazione e lungodegenza (59 in più rispetto ai 331 esistenti al 2018).

Tabella 5a. Posti letto (in valori assoluti) per Azienda/Provincia (anni 2018 e 2010)

<i>Valori assoluti</i>	Anno 2018								Anno 2010							
	TI	CH	MD	MI	PS	Acuti	RL	Totale	TI	CH	MD	MI	PS	Acuti	RL	Totale
<u>Totale posti letto (DO+DH)</u>																
Azienda Sanitaria di Matera	26	14	20		1		12		2	16	27		1		11	
		6	5	80	6	473	3	596	5	7	8	90	2	572	6	688
		32	41	13	2		10		5	40	51	11	2	1.11		
AS Potenza e AO San Carlo	78	0	5	6	2	971	4	1.075	9	6	1	8	5	9	81	1.200
							10								11	
Altri Istituti (prov. Potenza)	2	39	44	2	-	87	4	191	2	81	39	2	-	124	2	236
	10	50	66	21	3	1.53	33		8	65	82	21	3	1.81	30	
Totale regionale	6	5	4	8	8	1	1	1.862	6	4	8	0	7	5	9	2.124
<u>Degenza Ordinaria</u>																
Azienda Sanitaria di Matera	26	11	16		1		12		2	12	23		1		11	
		9	8	67	4	394	3	517	5	8	4	71	0	468	0	578
		28	36	11	2				5	35	45	10	1			
AS Potenza e AO San Carlo	78	0	9	9	0	866	92	958	9	6	0	0	9	984	69	1.053
															10	
Altri Istituti (prov. Potenza)	2	34	28	1	-	65	99	164	2	73	27	2	-	104	6	210
	10	43	56	18	3	1.32	31		8	55	71	17	2	1.55	28	
Totale regionale	6	3	5	7	4	5	4	1.639	6	7	1	3	9	6	5	1.841
<u>Day Hospital</u>																
Azienda Sanitaria di Matera	-	27	37	13	2	79	-	79	-	39	44	19	2	104	6	110
AS Potenza e AO San Carlo	-	40	46	17	2	105	12	117	-	50	61	18	6	135	12	147
Altri Istituti (prov. Potenza)	-	5	16	1	-	22	5	27	-	8	12	-	-	20	6	26
											11					
Totale regionale	-	72	99	31	4	206	17	223	-	97	7	37	8	259	24	283

N.B. – TI: Terapia Intensiva; CH: Area Chirurgica; MD: Area Medica; MI: Materno-Infantile; RL: Riabilit. e Lungodegenza; PS: Psichiatria.

Tabella 5b. Posti letto (per 10.000residenti) per Azienda/Provincia (anni 2018 e 2010)

<i>PL per 10.000 residenti</i>	Anno 2018								Anno 2010							
	TI	CH	MD	MI	PS	Acuti	RL	Totale	TI	CH	MD	MI	PS	Acuti	RL	Totale
<u>Totale posti letto (DO+DH)</u>																
<i>Azienda Sanitaria di Matera</i>	1,3	7,4	10,3	4,0	0,8	23,8	6,2	30,0	1,2	8,3	13,9	4,5	0,6	28,6	5,8	34,3
<i>AS Potenza e AO San Carlo</i>	2,1	8,7	11,3	3,7	0,6	26,5	2,8	29,3	1,6	10,7	13,4	3,1	0,7	29,5	2,1	31,6
<i>Altri Istituti (prov. Potenza)</i>	0,1	1,1	1,2	0,1	-	2,4	2,8	5,2	0,1	2,1	1,0	0,1	-	3,3	2,9	6,2
Totale regionale	1,9	8,9	11,8	3,9	0,7	27,1	5,9	33,0	1,5	11,3	14,3	3,6	0,6	31,3	5,3	36,6
<u>Degenza Ordinaria</u>																
<i>Azienda Sanitaria di Matera</i>	1,3	6,0	8,5	3,4	0,7	19,9	6,2	26,1	1,2	6,4	11,7	3,5	0,5	23,4	5,5	28,9
<i>AS Potenza e AO San Carlo</i>	2,1	7,6	10,1	3,2	0,5	23,6	2,5	26,1	1,6	9,4	11,8	2,6	0,5	25,9	1,8	27,7
<i>Altri Istituti (prov. Potenza)</i>	0,1	0,9	0,8	0,0	-	1,8	2,7	4,5	0,1	1,9	0,7	0,1	-	2,7	2,8	5,5
Totale regionale	1,9	7,7	10,0	3,3	0,6	23,5	5,6	29,0	1,5	9,6	12,3	3,0	0,5	26,8	4,9	31,7
<u>Day Hospital</u>																
<i>Azienda Sanitaria di Matera</i>	-	1,4	1,9	0,7	0,1	4,0	-	4,0	-	1,9	2,2	0,9	0,1	5,2	0,3	5,5
<i>AS Potenza e AO San Carlo</i>	-	1,1	1,3	0,5	0,1	2,9	0,3	3,2	-	1,3	1,6	0,5	0,2	3,6	0,3	3,9
<i>Altri Istituti (prov. Potenza)</i>	-	0,1	0,4	0,0	-	0,6	0,1	0,7	-	0,2	0,3	-	-	0,5	0,2	0,7
Totale regionale	-	1,3	1,8	0,5	0,1	3,6	0,3	3,9	-	1,7	2,0	0,6	0,1	4,5	0,4	4,9

N.B. – TI: Terapia Intensiva; CH: Area Chirurgica; MD: Area Medica; MI: Materno-Infantile; RL: Riabilit. e Lungodegenza; PS: Psichiatria.

I dati della Tabella 6 attestano notevoli carenze di posti letto ospedalieri per la Provincia di Matera con una mancanza di 129 posti letto totali, di cui ben 115 per la degenza ordinaria.

Tabella 6: Posti letto previsti in Regione Basilicata (in base al D.M. 70/2015) in rapporto alla popolazione residente

Parametri Ministeriali	Basilicata			Potenza			Matera		
	Previsti	Attivi	Mancanti	Previsti	Attivi	Mancanti	Previsti	Attivi	Mancanti
Totali = 3.7*	2061	1862	199 (-9.7%)	1335	1266	69 (-5.2%)	725	596	129 (-17.8%)
D.O.^a = 3.0*	1671	1531	140	1082	1058	24	588	473	115
D.H.^b = 0.7*	390	331	59	252	208	44	137	123	14
Residenti	556.934			360.936			195.996		
^a Degenza ordinaria	^b Day Hospital								

Le osservazioni appena presentate paiono indicare come la futura programmazione regionale non possa considerare **un ulteriore taglio dei posti letto negli ospedali regionali**, qualora si intenda veramente attendere al precetto costituzionale di salvaguardia dello stato di salute di ogni cittadino. È molto probabile che l'attuale carenza di posti letto abbia contribuito all'allungamento delle liste di attesa per i ricoveri ospedalieri e alla mobilità passiva verso altre Regioni.

Di fronte all'invecchiamento della popolazione, la programmazione regionale non ha provveduto a un sostanziale potenziamento dei posti letto per l'area riabilitativa e la lungodegenza, passati da un valore di 5,3/10.000 residenti nel 2010, al 5,9/10.000 nel 2018. Di pari passo, di fronte ad una cresciuta denatalità, i posti letto per l'area materno-infantile sono aumentati: 3,6/10.000 residenti del 2010 e 3,9/10.000 nel 2018.

3.2 Articolazione dei presidi ospedalieri nella Regione Basilicata

L'art. 2, comma 1 del D.M. del 2015 prevede che la programmazione regionale, nella attribuzione ai presidi ospedalieri, sia pubblici che privati, dei posti letto ospedalieri, si debba attenere a *“livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti”*. Gli ospedali, pertanto, sono stati classificati come presidi ospedalieri di base, di I e di II livello.

I **presidi ospedalieri di base**, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, sono strutture dotate di Pronto Soccorso, di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale (Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia e Anestesia), e servizi di supporto (Radiologia, Laboratorio, Emoteca).

I **presidi ospedalieri di I livello**, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000, sono sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, e dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia. Devono essere presenti i Servizi di Radiologia ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

I **presidi ospedalieri di II livello**, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliero-universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), e a Presidi di grandi dimensioni dell' Azienda sanitaria locale. Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I

Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello.

Corrispondendo all'indicazione ministeriale, in Regione Basilicata esiste un Presidio ospedaliero di II livello, locato nel capoluogo regionale, e un Presidio di I livello, invero nella Città di Matera, mentre tutti gli altri stabilimenti ospedalieri sono considerati presidi di base.

In difformità con la differenziazione dei livelli di complessità della casistica tra i vari presidi, come dal D.M. del 2015, la relazione del Direttore Generale f.f. dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM), illustrativa del Bilancio di Previsione per l'anno 2021 e per il triennio 2021-2023 (deliberazione n. 30 del 28.1.2021), nel delineare un nuovo modello organizzativo dell'assistenza ospedaliera per acuti dell'ASM prevede: *“un unico Presidio Ospedaliero di I livello a gestione diretta, comprendente funzionalmente l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera e l'Ospedale di base di Policoro”*.

Anche se l'intento dichiarato è quello di *“massimizzare l'integrazione, sia di tipo professionale che di tipo strutturale, tra i due plessi ospedalieri attraverso una gestione unitaria delle strutture organizzative”*, finalizzata lodevolmente *“ad un innalzamento sia qualitativo che quantitativo delle competenze professionali personali”*, nei fatti viene offuscata la differenziazione tra il presidio ospedaliero di Policoro e l'Ospedale di I livello Madonna delle Grazie di Matera. Nella stessa menzionata relazione non si esita a dichiarare che l'accorpamento avviene *“in conformità all'esigenza di razionalizzazione delle risorse disponibili e contenimento dei costi”*. Ancora una volta si assiste quindi al prevalere di logiche economiche (ad es., un unico Direttore di specialità medico-chirurgiche per i due plessi ospedalieri) e/o di ragioni localistiche spacciate per esigenze di riorganizzazione, che inevitabilmente arrecheranno confusione e sovrapposizione nei ruoli dei due presidi ospedalieri insistenti nell'area materana.

3.3 Articolazione delle varie specialità medico-chirurgiche

L'articolazione delle varie specialità medico-chirurgiche insistenti sul territorio regionale nel 2018 viene presentata nella Tabella 7.

Tabella 7: Posti letto per Specialità medico-chirurgiche nelle strutture ospedaliere esistenti in Regione Basilicata nel 2018 e loro dotazione di posti letto

	DISCIPLINA	Osp. S. Carlo	Chiaromonte	Villa D'Agri	Lagonegro	Pescopagano	Melfi	Venosa	Lauria	CROB	Osp. Matera	Policoro	Stigliano	Tricarico
22	Astanteria	14									8			
4	Cardiochirurgia	18												
14	Cardiologia	34			10		6				24	3		
5	Chirurgia Generale	65		19	26		18			20	35	20		
6	Chirurgia Plastica									6	8			
7	Chirurgia Toracica	6								7				
8	Chirurgia Vascolare	10												
35	Cure Palliative e Hospice													
36	Day Hospital			4								4		
23	Dermatologia	4												
37	Detenuti						1							
15	Ematologia	20								12	17			
24	Gastroenterologia										2			
17	Geriatría	34		6							23			
34	Lungodegenti		16					12	16				24	51
16	Mal. Endocrine ric. e nutriz.	4												
18	Mal Infettive e Tropicali	22									24			
19	Medicina Generale	44		40	18		24				39	24		
25	Medicina Nucleare									4				
20	Nefrologia	15									8			
32	Neonatologia	12					8							
9	Neurochirurgia	22												
21	Neurologia	26									12			
29	Neuropsichiatria Infantile										8			
10	Oculistica	8									8			
26	Oncologia	28								28	1			
11	Ortopedia e Traumatologia	40		16	12		13				27	16		
30	Ostetricia e Ginecologia	30		16	14		20			2	26	14		
12	Otorinolaringoiatria	14					4			2	8	4		
31	Pediatria	20		8	4		4				24	8		
27	Pneumologia	22			8	26					20			
38	Psichiatria	8		10			4				8	8		
33	Recupero e Riabilitazione	8				32		12	8					48
28	Reumatologia	10												
1	Terapia Intensiva	23		4	4		4			2	8	4		
3	Terapia Intensiva Neonatale	12												
2	Unità Coronarica	18		9			4				10	4		
13	Urologia	24								4	16			
	Totale	615	16	128	100	58	110	24	24	87	364	109	24	99

Si nota la presenza di unità specialistiche in presidi ospedalieri in cui queste non sarebbero previste dal citato D.M. del 2015. In effetti, nei presidi ospedalieri di base il decreto non prevede la presenza di unità coronariche, di pediatria, di neonatologia, di otorinolaringoiatria, di cardiologia, di geriatria e di pneumologia. Nell'ospedale di I livello della Città di Matera erano operative nel 2018 tutte le specialità previste per tale struttura ospedaliera dal citato D.M., con l'aggiunta di alcune non previste: Ematologia, Geriatria, Nefrologia, e Pneumologia, Chirurgia plastica. Il legislatore sembra aver preventivato la diffusione delle attività specialistiche anche nei presidi ospedalieri di base o di I livello, dal momento che l' Allegato al D.M. , art. 3, comma 1, specifica come, fermo restando il numero complessivo dei posti letto, le Regioni per alcune specialità (ad esempio geriatria e medicina generale,) possano rimodulare i posti letto, sulla base della domanda di salute: bacini di utenza, indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valore del 90% tendenziale, e durata media di degenza, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni per i ricoveri ordinari. Il bacino di

utenza della singola disciplina viene calcolato sulla base delle patologie normalmente trattate dalla disciplina, della frequenza delle patologie nella popolazione e della numerosità minima di casi per motivare un reparto ospedaliero con un Direttore di struttura complessa.

Altrove lo stesso D.M. richiama la necessità di costituire una unità operativa complessa laddove vi siano almeno 18 posti letto a questa assegnati. In deroga a tale prescrizione, notiamo nella Tab. 7 la costituzione di unità dotate di 2, 4, 6 e 10 posti letto! Non avendo dati sull'efficienza di tali mini-unità, non sappiamo se ascrivere la loro istituzione a una reale domanda di salute o a esigenze di gratificazioni localistiche. Il citato DM intende razionalizzare la distribuzione delle specialità medico-chirurgiche nei vari Presidi Ospedalieri (di base, di I e di II livello), ma non metterne in discussione la utilità. Leggiamo, invece, nelle relazioni dei Direttori Generali delle due Aziende Sanitarie Locali che per "riqualificazione" si intende il superamento degli spazi fisici e delle gerarchie per singole discipline specialistiche con un orientamento all'organizzazione in aree assistenziali integrate e comuni. Si vuole qui esprimere un giudizio di netta opposizione a questi concetti, in quanto in contraddizione con il progresso impetuoso, sia qualitativo che quantitativo, della scienza medica negli ultimi 50 anni, progresso che impone di settorializzare le competenze per assicurare l'eccellenza nelle prestazioni erogate. Più che andare incontro alle esigenze dei cittadini di ricevere puntuali e progredite prestazioni specialistiche, tali logiche riorganizzative sembrano derivare ancora una volta dall'unico criterio che, come un mantra, sembra guidare il legislatore: il contenimento dei costi.

3.4 Personale dipendente

Il personale dipendente effettivo in servizio al 31 dicembre per le rilevazioni degli anni 2018 e 2010 è indicato nella Tabella 8 (fonte è la Ragioneria Generale dello Stato).

Tabella 8. Personale effettivo al 31 dicembre

	Anno 2018					Anno 2010				
	ASM	ASP	AZO	CROB	TOT	ASM	ASP	AZO	CROB	TOT
Totale (tempo ind. + det.)	408	203	529	77	1.217	415	417	377	73	1.282
Area medica (escl. veterinari)	950	800	1.493	152	3.396	1.139	1.220	1.088	138	3.585
Area infermieristica-riabilitativa	194	142	183	39	558	175	224	120	37	555
Area sanitaria (escl. preced.)	390	495	452	96	1.433	600	598	262	85	1.546
Area tecnico-professionale	209	276	122	57	664	215	317	123	42	697
Direzione e amministrazione	209	276	122	57	664	215	317	123	42	697
Totale personale	2.152	1.916	2.779	421	7.268	2.544	2.776	1.969	375	7.665

Le risorse umane hanno subito una significativa contrazione per effetto del blocco del *turn over*, in attuazione delle politiche di riduzione della spesa pubblica: alla rilevazione

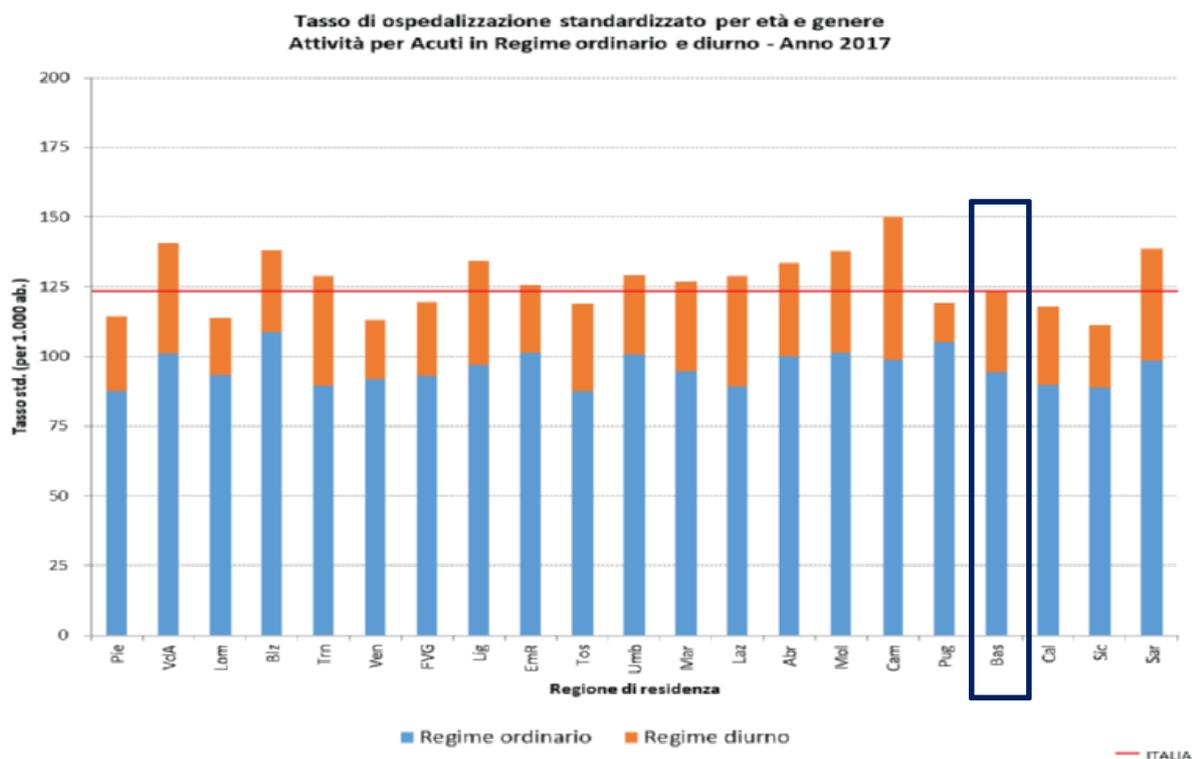
del 2018, il personale risulta carente di 397 unità rispetto alla forza lavoro in servizio nel 2010 (7.665). È da rimarcare il dato relativo alla perdita di 71 unità dell'area medica, e a 189 di quella infermieristica. Per quanto riguarda l'Azienda Sanitaria di Matera, si dispone anche del dato relativo al 2019, quando si è registrato un ulteriore calo di 108 unità lavorative nel volgere di un unico anno, con l'uscita dal servizio di 17 medici e 30 infermieri.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale per l'arco temporale 2021-2023, approvato dalla Regione Basilicata con D.G.R. n.938 del 22/12/2020, prevede per il 2021 l'assunzione di 82 dirigenti nell'area medico-sanitaria e di 41 unità nel comparto sanitario. In assonanza con tale previsione, l'Azienda Sanitaria di Matera, in data 25/11/2020, con deliberazione aziendale n. 1.065, ha previsto l'assunzione di 38 dirigenti medici, di 4 dirigenti sanitari non medici e di 68 unità nell'area del comparto sanitario. Tuttavia, la capacità assunzionale rimane subordinata al rispetto dei limiti di spesa di cui all'art. 20, comma 4 della L.R. n. 16/2012. Conseguentemente, le assunzioni indicate per il triennio potranno essere disposte soltanto previa verifica della loro compatibilità economica, vale a dire rispettando il tetto di spesa del personale stabilito a livello regionale. Si rinnova perciò la preoccupazione che le ventilate nuove assunzioni di personale non si traducano in realtà a motivo della predetta "compatibilità economica".

3.5 Tasso di ospedalizzazione

All'art.1, comma 5 dell'Allegato 1 al D.M. 70/20115 si legge che *"Le regioni nell'adottare la riorganizzazione della rete ospedaliera nel rispetto della dotazione di posti letto previsti dalla citata legge 135/2012, assumono come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni"*. Nella Figura 1 sono riportati i tassi di ospedalizzazione fatti registrare dalle singole Regioni.

Figura 1. Tassi di ospedalizzazione delle singole Regioni



Il target ministeriale sembra essere stato colto in pieno: ben poche Regioni italiane hanno fatto registrare un tasso di ospedalizzazione al di sopra di tale valore soglia. Nella Tabella 9 sono rappresentati i tassi di ospedalizzazione sia a livello regionale che singolarmente per ciascuna delle due province.

Tabella 9. Tassi di ospedalizzazione regionale e per le due province

RICOVERI DI RESIDENTI IN BASILICATA PER 1.000 RESIDENTI DELLA STESSA ETÀ – ACUTI				
	Fasce di età			
	< 15	15-64	> 64	Totale
Matera				
anno 2018	83,3	86,4	240,7	120,6
anno 2011	91,3	111,6	311,4	148,2
Potenza				
anno 2018	94,8	98,0	258,8	134,6
anno 2011	126,6	137,5	345,7	179,2
Basilicata				
anno 2018	90,6	93,9	252,6	129,7
anno 2011	113,9	128,6	334,2	168,5

Si rimane perplessi nel constatare che, pur essendo tale tasso prossimo al valore previsto dal citato D.M. del 2015 già a partire dalla rilevazione del 2011, nell'ultimo decennio si sia ancora operato per ridurre le ospedalizzazioni più del richiesto. La qual cosa può essere letta in due modi: o come volontà di recupero dell'appropriatezza assistenziale, o come frutto del parallelo decremento nella disponibilità di posti letto in Regione, con il conseguente aumento delle liste di attesa per i ricoveri e l'incremento delle fughe verso presidi ospedalieri extra-regionali.

4. Alcune deduzioni

L'analisi dei dati relativi alla rete ospedaliera sanitaria, attualmente in opera in Regione Basilicata, suggerisce alcune indicazioni su cui richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica lucana e degli attuali e futuri legislatori regionali:

- **Risulterebbe non coerente con i dettami del D.M. 70/2015 una legislazione che prevedesse altri tagli dei posti letto e del tasso di ospedalizzazione.**
- **L'adeguamento della ricezione ospedaliera alle variazioni demografiche della popolazione richiede di incrementare le UU.OO.CC. di geriatria e l'area riabilitativa e di lungodegenza e di ridurre le unità di pediatria e i punti nascita;**
- **Considerare opportunamente la tendenza, inarrestabile, alla migrazione dei residenti da zone montuose ed impervie;**
- **Ripristinare la forza di lavoro sanitaria, rimuovendo il blocco alle nuove assunzioni; messa in atto di importanti investimenti sia di tipo tecnologico e strutturale, ma anche indirizzati al miglioramento professionale delle risorse umane;**
- **Ridefinire la disponibilità delle discipline medico-chirurgiche in base alla frequenza delle relative patologie nella popolazione, e alla numerosità minima di casi per motivare un reparto ospedaliero con un Direttore di struttura complessa. (I volumi assistenziali e le soglie minime di attività che possono giustificare l'implementazione di una specialità nell'ambito di una struttura ospedaliera sono esemplificati nell' art. 4 dell'Allegato 1 al D.M. 70/2015).**

5. Qualità delle cure

Un mito da sfatare è quello che parametrizza la solidità di un Ospedale in base ai posti letto assegnatigli, al numero di strutture semplici e complesse, alla dotazione strumentale, etc.

5.1. Come valutare la "qualità" di un ospedale

La legge ha introdotto, fin dal 1992, sistemi di verifica e di controllo della qualità delle prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale, obbligando le strutture sanitarie a rendere pubblici e trasparenti i risultati. I parametri sui quali si incardina la valutazione della qualità delle cure mediche sono tre: l'efficacia (la capacità di ottenere i risultati desiderati attraverso un intervento sanitario), l'efficienza (la capacità di ottenere i risultati voluti con il minimo impiego di risorse) e la sicurezza (correlazione tra numero di interventi ed esito). Anche un presidio ospedaliero di base con poche UU.OO.CC. può essere eccellente, nell'auspicata condizione in cui le discipline medico-chirurgiche in esso operanti dimostrino di possedere i requisiti che le qualificano come efficienti.

Gli indicatori di efficienza misurano la produttività del complesso di risorse e il costo delle medesime. Di questi molteplici indicatori, considereremo unicamente la durata media servendoci di tre parametri: indicatori della produttività del personale, delle degenze, delle rotazioni, della mobilità passiva e attiva e i dati del Piano Nazionale Esiti (PNE).

Degenza media

La **degenza media** di un ricovero ospedaliero si misura con il rapporto fra numero di giornate di degenza e numero di ricoveri. In base ai parametri previsti nell'articolo 3 dell'Allegato 1 del D.M. 70/2015, essa deve essere inferiore a 7 giorni. I valori di questo parametro, registrati nei presidi ospedalieri della Regione Basilicata, sono tabellati qui di seguito.

Tabella 10. Degenza media (<7gg)

Giornate di degenza sul numero di ricoveri per acuti in Regione Basilicata negli anni			
	Degenze ordinarie	Day hospital	Tot. acuti DO+DH
BASILICATA			
anno 2018	7,08	3,44	6,24
anno 2016	6,77	3,30	5,96
anno 2011	6,85	3,02	5,56
anno 2010	6,92	2,96	5,42

I valori sono perfettamente in linea con quanto previsto dal più volte menzionato D.M. del 2015; è questo uno dei parametri da cui si evince l'efficienza operativa dei sanitari che in ospedale operano. Vorremmo solamente segnalare con qualche preoccupazione il lieve incremento del dato relativo alle degenze ordinarie del 2018, rispetto al nadir registrato solamente due anni prima, nel 2016. A nostro parere un elemento cui rapportare tale incremento è il calo nel numero degli operatori socio-sanitari, di cui si è dato notizia in precedenza.

Indice di Rotazione

Viene espresso dal rapporto tra il numero dei dimessi in degenza ordinaria per acuti ed il totale dei posti letto sempre per la degenza ordinaria. Esso è un altro parametro di efficienza delle prestazioni socio-sanitarie, anche se in notevole parte è gravato dalla severità delle patologie trattate. Il valore medio di tale indice, valutato sulle SDO del 2018, è risultato essere pari al 38.4, variando da un nadir del 35.2 registrato in

Sardegna, ad un valore zenith di 41.8 dell'Emilia-Romagna. I valori osservati per il medesimo anno in ciascuna delle due Provincie lucane sono indicati nella Tabella 11.

Tabella 11: Indice di rotazione per acuti ricoverati in degenza ordinaria nel 2018

	ASM Matera,Policoro	Az. Osped. San Carlo	CROB	Totale
Ricoveri	17.110	32.166	2.340	52.216
Posti letto	394	866	65	1.325
Indice rotazione	44.9	37.1	36.0	39.4

In completa assonanza con il dato nazionale, l'indice di rotazione per l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza si è attestato sul valore 37.1, mentre ottima performance si è registrato per l'Azienda Sanitaria di Matera con un punteggio di 44.9, che risulta essere migliore di quello ascritto globalmente alla Regione Emilia-Romagna. Si vuole ancora sottolineare come tale dato possa essere inficiato dalla severità delle patologie trattate nei diversi presidi ospedalieri, riuscendo difficile credere che l'Azienda Sanitaria di Matera abbia gestito, nei suoi due ospedali, malati con patologie di pari gravità a quelli ricoverati negli ospedali della regione su menzionata.

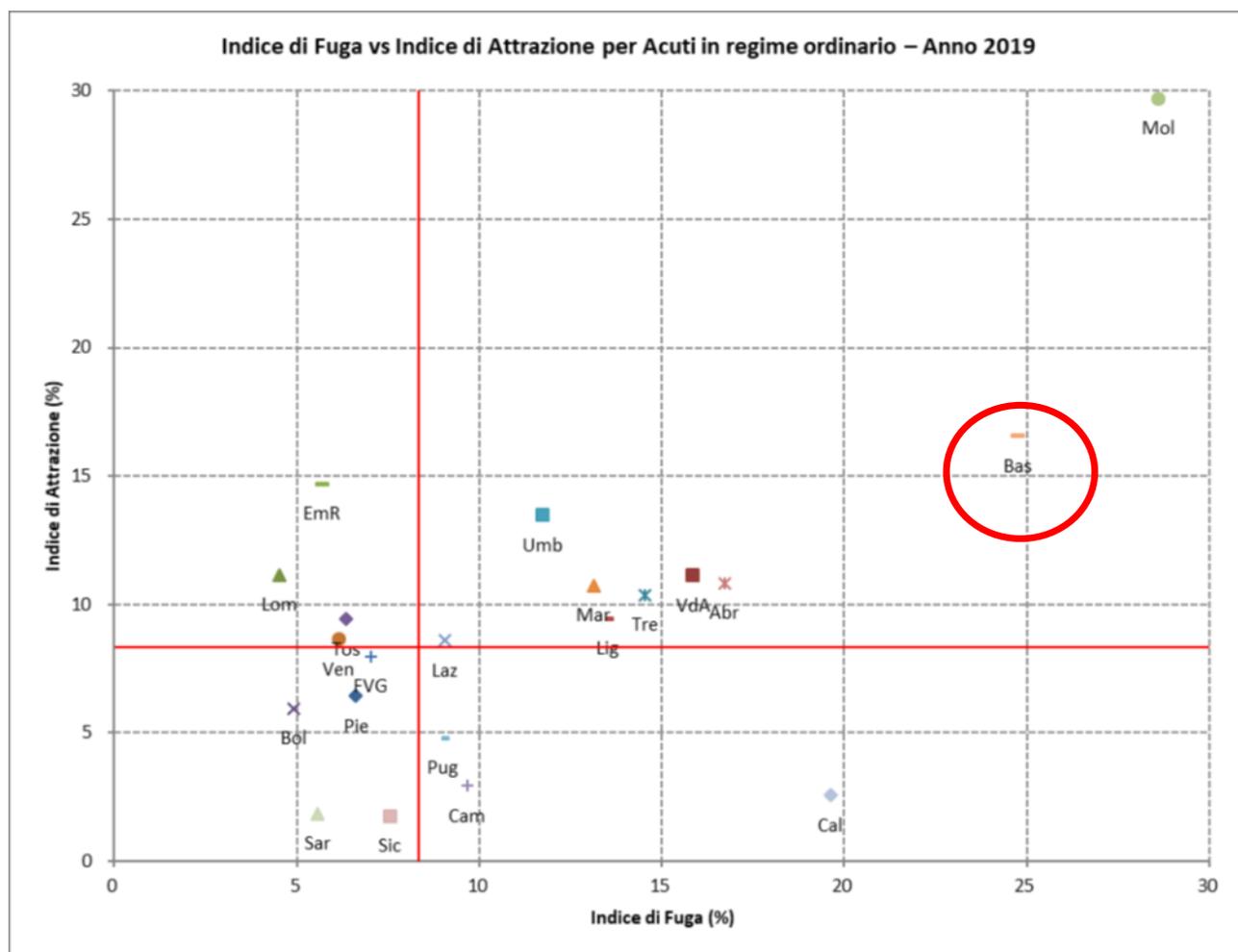
Indice di Fuga vs Indice di Attrazione

- L'indice di fuga quantifica la propensione della popolazione ad allontanarsi dalla propria Regione per usufruire di prestazioni sanitarie in nosocomi extra-regionali;
- l'indice di attrazione misura la capacità di una Regione di attrarre ricoveri per residenti in altre Regioni.

Entrambi questi indicatori possono essere interpretati come misura proxy della qualità (reale o percepita) dell'offerta assistenziale erogata in una data regione: un elevato indice di fuga potrebbe essere dovuto a carenza dell'offerta o ad un'offerta percepita come non efficiente.

I dati, elaborati dal Ministero della Salute e derivati dalla elaborazione delle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) per acuti in regime ordinario e relativi al 2019, sono espressi nella Figura 2 a pagina successiva, dove si confrontano, l'indice di fuga (riportato sull'asse delle ascisse) e l'indice di attrazione (riportato sull'asse delle ordinate).

Figura 2. Indice di Fuga vs. Indice di Attrazione



Già la semplice disamina del grafico attesta come la Regione Basilicata viene rappresentata con il maggiore indice di fuga (al secondo posto dopo quello della Regione Molise), ma anche da una buona capacità di attrarre ricoveri, superiore a quella fatta registrare da regioni come l'Emilia-Romagna e l'Umbria: i valori ammontano al 17% e al 24% per i due rispettivi indici. L'alto indice di attrazione potrebbe essere ascritto alla presenza di centri di eccellenza per particolari patologie erogate in Regione, ma anche alla prossimità territoriale e, quindi, alla facilità di accesso a presidi ospedalieri limitrofi. Anche accettando questa seconda ipotesi come la più veritiera, l'alto indice di attrazione deve essere attentamente valorizzato dal legislatore sanitario lucano: la rete ospedaliera della Regione Basilicata risulta, quindi, in grado di rispondere alle esigenze di residenti in aree limitrofe della Puglia, Campania e Calabria. La variazione nella mobilità passiva, intercorsa nel 2018 e raffrontata con quella registrata nel 2011, è tabulata nella Tabella 12.

Tabella 12. Mobilità passiva: ricoveri di pazienti residenti in Basilicata

	ANNO 2018					ANNO 2011				
	ACUTI			NON ACUTI		ACUTI			NON ACUTI	
	Deg. ordin.	Day hospital	Tot.acuti DO+DH	Riabilit.	Lungo degenza	Deg. ordin.	Day hospital	Tot. acuti DO+DH	Riabilit.	Lungo degenza
Totale ricoveri di pazienti lucani	56.567	16.826	73.393	3.199	452	65.729	31.973	97.702	2.733	791
Ricoveri in Basilicata	43.034	12.543	55.577	2.131	397	51.143	25.250	76.393	1.401	646
percentuale su totale	76,1%	74,5%	75,7%	66,6%	87,8%	77,8%	79,0%	78,2%	51,3%	81,7%
Ricoveri in altre regioni	13.533	4.283	17.816	1.068	55	14.586	6.723	21.309	1.332	14
percentuale su totale	23,9%	25,5%	24,3%	33,4%	12,2%	22,2%	21,0%	21,8%	48,7%	18,3%

Dei 73.393 lucani ricoverati sia in regime di degenza ordinaria o in day hospital, ben 17.816 pazienti (il 24.3%) si sono rivolti ad ospedali extraregionali (indice di fuga).

Dal raffronto con i dati relativi al 2011, l'indice di fuga appare in incremento: dal valore di 21.8% registrato nel 2011, a quello del 24.3% dell'ultima rilevazione del 2018. L'incremento percentuale di 1.5 punti attesterebbe una perdita di credibilità delle prestazioni sanitarie erogate in Regione. In nessuno dei documenti programmatori approntati in Regione si fa riferimento alle misure che si intendono adottare per recuperare attrazione da parte dei Presidi Ospedalieri.

Il maggior flusso di lucani in necessità di un ricovero ospedaliero avviene verso tre Regioni in particolare, Puglia, Campania e Calabria, che congiuntamente hanno accettato 9.457 dei 17.816 ricoveri (53%) di lucani nel 2018. È pur vero che il flusso migratorio di lucani verso le 3 regioni limitrofe ha fatto registrare nel 2018 un calo percentuale di 4 punti rispetto a quanto avvenuto nel 2011. Da notare, infine, come sia diminuita anche la fuga verso altre Regioni Italiane, ad eccezione di quella verso la Lombardia, le cui strutture ospedaliere hanno accolto 204 lucani in più nel 2018 rispetto a quanto verificatosi nel 2011, e l'Emilia-Romagna che ne ha accolto 69 in più. Complessivamente 3.320 residenti in Basilicata (il 18.6% dei 17.816 lucani ricoverati in altre Regioni nel 2018) hanno ritenuto competenti le strutture ospedaliere di queste due Regioni settentrionali per affrontare e possibilmente risolvere i loro problemi di salute!

L'aggiornamento dei dati per l'anno 2019 viene riportato nella Tabella 13. Anche per questa annualità il valore di mobilità attiva della Basilicata si attesta al 16.6% e quella passiva al 24.7%. In questa classifica nazionale, la Regione si colloca al secondo posto e per mobilità attiva che passiva. È da notare che negli ultimi 3 anni i due indici non hanno fatto registrare variazioni migliorative.

Tabella 13. Mobilità passiva-Aggiornamento dati 2019

REGIONE DI RICOVERO	REGIONE DI RESIDENZA																	TOTALE RICOVERI EROGATI	MOBILITÀ ATTIVA					
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia		Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Dimissioni	%
Piemonte	397.141	1.381	8.155	27	62	378	128	7.840	811	657	115	286	683	246	55	1.257	1.021	243	1.541	1.752	681	424.460	27.319	6,4
Valle d'Aosta	825	11.930	211	3	2	11	10	210	22	38	3	7	28	7	1	16	11	4	30	24	23	13.425	1.495	11,1
Lombardia	16.873	511	904.271	483	1.368	9.122	1.271	8.163	13.483	5.212	1.170	2.802	4.859	2.734	690	10.250	10.139	1.517	7.932	12.047	2.770	1.017.667	113.396	11,1
P.A. Bolzano	59	1	317	54.553	1.043	732	102	50	234	125	21	39	283	30	4	82	125	15	81	108	35	57.999	3.446	5,9
P.A. Trento	89	5	939	643	43.718	1.698	86	65	376	189	43	67	307	30	5	168	99	13	57	139	44	48.780	5.062	10,4
Veneto	799	31	8.383	1.022	3.964	454.923	5.812	476	6.146	1.415	331	1.007	1.596	557	132	2.723	2.352	318	1.308	3.767	917	497.949	43.026	8,6
Friuli V.G.	108	4	401	24	79	7.417	121.594	70	203	164	56	100	229	52	15	349	310	35	162	695	65	132.132	10.538	8,0
Liguria	4.173	128	2.723	49	57	252	67	151.583	615	2.229	88	155	596	137	23	822	744	98	636	1.564	688	167.397	15.614	9,4
Emilia Romagna	1.742	63	12.826	252	502	7.564	878	1.786	467.455	8.203	1.753	10.876	4.914	3.938	838	5.450	7.213	1.221	4.259	4.802	1.357	547.954	80.469	14,7
Toscana	693	32	1.672	56	94	607	183	4.008	1.660	352.441	3.723	1.030	8.024	834	192	5.103	2.280	632	2.506	2.610	731	389.111	36.670	9,4
Umbria	64	2	185	16	10	79	27	45	166	1.583	84.215	1.918	7.082	350	79	414	439	92	324	175	66	97.331	13.116	13,5
Marche	161	3	574	21	25	177	59	51	1.463	364	1.124	138.204	1.618	6.949	396	586	2.278	157	247	291	71	154.819	16.615	10,7
Lazio	396	16	977	56	66	504	177	235	696	1.983	2.254	1.242	458.402	4.836	1.609	11.141	4.407	1.528	6.344	3.390	1.259	501.518	43.116	8,6
Abruzzo	121	1	362	10	16	79	22	36	256	109	141	812	6.887	113.044	2.948	640	933	88	133	103	43	126.784	13.740	10,8
Molise	37	1	62	7	2	15	7	7	42	38	33	24	1.701	928	22.337	4.971	1.310	84	115	49	6	31.778	9.439	29,7
Campania	354	8	1.087	36	44	314	116	138	597	596	152	155	4.196	419	723	486.899	1.681	1.854	1.438	585	177	501.569	14.670	2,9
Puglia	508	11	1.265	43	38	309	96	125	593	259	61	191	1.071	545	1.187	4.279	385.759	5.582	2.719	462	83	405.186	19.427	4,8
Basilicata	83	2	155	2	2	29	7	19	70	49	9	14	160	32	18	3.039	2.264	41.649	2.270	41	7	49.921	8.272	16,6
Calabria	327	19	638	20	12	84	33	58	173	112	29	37	480	26	9	516	245	168	145.452	844	16	149.298	3.846	2,6
Sicilia	433	5	1.070	28	26	275	70	131	385	243	48	64	530	53	16	256	199	45	3.416	411.509	79	418.881	7.372	1,8
Sardegna	324	24	820	24	29	156	44	160	238	222	44	39	482	14	3	116	45	4	31	125	154.903	157.827	2.924	1,9
TOTALE RESIDENTI	425.310	14.178	947.093	57.375	51.159	484.725	130.789	175.256	495.684	376.291	95.413	159.071	504.028	135.761	31.280	539.077	423.854	55.347	180.990	445.082	164.021	5.891.784	489.802	8,3
MOBILITÀ PASSIVA	28.169	2.248	42.822	2.822	7.441	29.802	9.195	23.673	28.229	23.850	11.198	20.897	45.626	22.717	8.943	52.178	38.065	13.698	35.538	33.573	9.118	489.802		
%	6,6	15,9	4,5	4,9	14,5	6,1	7,0	13,5	5,7	6,3	11,7	13,1	9,1	16,7	28,6	9,7	9,0	24,7	19,6	7,5	5,6	8,3		
SALDO RICOVERI (a)	850	753	-70.574	-624	2.379	-13.224	-1.343	7.859	-52.270	-12.820	-1.918	4.252	2.510	8.977	-496	37.508	18.668	5.426	31.692	26.201	6.194			

Per sapere per quali patologie i lucani cercano una risposta fuori regione, si veda la Tabella 14).

Tabella 14. Indice di fuga per gruppi di diagnosi

	REGIONE	ASL PZ	ASL MT
TOTALE CAUSE NATURALI	25,5	24,2	28,3
MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	15,1	16,8	12,0
TUMORI MALIGNI	25,6	20,9	35,3
MAL. ENDOCRINE	36,7	34,7	41,8
DEMENZE	36,1	31,6	41,2
MAL. SISTEMA NERVOSO	47,8	47,5	48,6
MAL. SISTEMA CIRCOLATORIO	18,7	17,5	21,0
MAL. APPARATO RESPIRATORIO	11,0	10,8	11,4
MAL. APPARATO DIGERENTE	18,0	15,6	22,7
MAL. APPARATO GENITO-URINARIO	28,9	29,3	28,2
MALFORMAZIONI CONGENITE	62,4	58,0	70,7
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	19,0	19,4	18,1

Ben due su tre pazienti con malformazioni congenite cercano quindi risposte alla loro domanda di salute fuori dall'ambito regionale; uno su due per malattie del sistema nervoso centrale, ed uno su tre per demenza o per endocrinopatie. Per le malattie neoplastiche invece un paziente su quattro cerca soluzioni presso i presidi ospedalieri extra-regionali. Per le patologie del sistema circolatorio, dell'apparato digerente e per traumatismi ed avvelenamenti, la migrazione sanitaria è meno rilevante, ma pur sempre significativa.

Mobilità attiva

La mobilità attiva è indicata nella Tabella 15: dalla rilevazione effettuata nel 2018 risulta attestata su un valore del 17.9%, avendo ricevuto assistenza nei presidi lucani 12.115 residenti in altre regioni. Rispetto al 16.5% del 2011, il dato è aumentato percentualmente di 1,4 punti. Il 92% dei ricoveri erogati a pazienti extra-regionali proviene da regioni vicine: Campania, Puglia e Calabria. Non si vuole sminuire questo aspetto positivo, ma è inevitabile chiedersi quanto il richiamo attrattivo dipenda dalla qualità dei servizi e quanto dalla vicinanza geografica.

Tabella 15. Mobilità attiva

Ricoveri in Basilicata di pazienti di qualunque provenienza											
	Anno 2018						Anno 2011				
	Acuti			Non acuti			Acuti			Non acuti	
	Deg. ordin.	Day hospital	Tot. acuti DO+DH	Riabilit.	Lungo degenza		Deg. ordin.	Day hospital	Tot. acuti DO+DH	Riabilit.	Lungo degenza
Totale ricoveri in Basilicata	52.057	15.635	67.692	2.332	417		60.582	30.853	91.435	1.704	699
Ricoveri di residenti	43.034	12.543	55.577	2.131	397		51.143	25.250	76.393	1.401	646
percentuale su totale	82,7%	80,2%	82,1%	91,4%	95,2%		84,4%	81,8%	83,5%	82,2%	92,4%
Ricoveri da altre regioni	9.023	3.092	12.115	201	20		9.439	5.603	15.042	303	53
percentuale su totale	17,3%	19,8%	17,9%	8,6%	4,8%		15,6%	18,2%	16,5%	17,8%	7,6%

Mobilità ospedaliera per le due Provincie lucane

Nella deliberazione n.108 dell'1.12.2010 del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria materana relativa al Bilancio di Previsione 2021 e 2021-2023, sono riportati i dati sulla mobilità attiva e passiva dell'ASM fra il 2012 e il 2018 come forniti dal Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata. I dati riferiscono il numero aggregati di ricoveri, senza alcuna disamina del regime di ricovero (se per acuti o per lungodegenti/riabilitativi).

Tabella 16. Mobilità attiva intra-regionale

MOBILITA' OSPEDALIERA ATTIVA INTRAREGIONALE	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Scostamento 2018 - 2012	
Numero ricoveri	1.073	1.120	1.232	1.354	1.500	1.457	1.481	408	38%
Valore ricoveri €	3.259.005	3.522.642	3.669.915	4.084.368	4.429.624	4.275.651	4.745.895	1.486.890	46%
Indice di attrazione intra-regionale	5,1%	5,3%	5,7%	6,2%	6,8%	6,6%	6,8%	0,02	35%

La mobilità intra-regionale dell'ASM ha evidenziato nell'arco temporale in considerazione una crescente tendenza dei ricoveri erogati a pazienti residenti in Provincia di Potenza (mobilità attiva intra-regionale): un incremento di 408 (+38%) nel 2018 rispetto al dato riferito al 2012.

Tabella 17. Mobilità attiva extraregionale

MOBILITA' ATTIVA EXTRAREGIONALE	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Scostamento 2018 - 2012	
Numero ricoveri	3.569	3.779	3.966	4.140	4.161	4.375	4.202	633	18%
Valore ricoveri €	9.759.151	10.742.165	11.425.328	11.947.691	11.868.075	12.201.063	11.864.413	2.105.262	22%
Indice di attrazione extraregionale	16,8%	18,0%	18,5%	18,8%	19,0%	19,7%	19,3%	0,03	15%

Un analogo crescita si è avuta nel periodo 2018-2012 della mobilità attiva extra-regionale. Nel 2018 infatti gli ospedali aziendali hanno fatto 4.202 ricoveri di residenti fuori regione, con 633 ricoveri in più rispetto al 2012 (+18%).

La mobilità passiva dell'ASM ha evidenziato nell'arco di tempo in esame 1.353 ricoveri in meno di residenti nel Potentino mobilità (passiva intra-regionale) e un decremento di 2040 unità in mobilità passiva extraregionale.

Tabella 18. Mobilità passiva intra-regionale

MOBILITA' OSPEDALIERA PASSIVA INTRAREGIONALE	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Scostamento 2018 - 2012	
Numero ricoveri	4.276	3.850	3.566	3.369	3.122	2.917	2.923	-1.353	-32%
Valore ricoveri €	16.057.293	15.012.954	12.944.893	11.826.143	12.071.686	11.512.645	11.574.725	-4.482.568	-28%
Indice di fuga intrareg	13,0%	13,0%	12,3%	11,7%	11,0%	11,0%	11,2%	-0,02	-14%

Tabella 19. Mobilità passiva extra-regionale

MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Scostamento 2018 - 2012	
Numero ricoveri	9.072	9.028	8.341	7.626	7.200	7.064	7.032	-2.040	-22%
Valore ricoveri €	31.468.252	32.151.827	31.765.836	31.297.055	30.919.244	29.387.877	30.552.780	-915.472	-3%
Indice di fuga extrar	30,3%	31,2%	29,6%	27,8%	26,9%	26,7%	27,0%	-0,03	-11%

I dati su esposti e relativi all'ASM indicherebbero un recupero di "credibilità" dell'offerta ospedaliera erogata.

Tabella 20. Mobilità attiva e passiva per le due Province di Potenza e Matera (* variazione 2018 vs 2011)

MOBILITÀ ATTIVA	2018			2011		
	Basilicata	ASM	ASP	Basilicata	ASM	ASP
Ricoveri						
totali	70.441 (-25%)*			93.838		
<i>Da altre Regioni</i>	12.336 (-20%)*	4.202 (+17%)*	8.134 (-31%)*	15.398	3.569	11.829
MOBILITÀ PASSIVA						
Ricoveri						
totali	77.044 (-24%)*			101.226		
<i>In altre Regioni</i>	18.939 (-17%)*	7.032 (-23%)*	11.907 (-13%)*	22.786	9.072	13.714

NB: I dati relativi all'ASM sono estratti dalla deliberazione n.108 dell'1.12.2010 del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM), mentre quelli relativi alla Azienda Sanitaria di Potenza si sono ottenuti sottraendo i dati dell'ASM dal totale dei ricoveri regionali.

Occorre rimarcare come a fronte di un calo del 25% e del 20%, rispettivamente, nei ricoveri attivi e passivi erogati in Regione Basilicata, nel 2018 la mobilità attiva risulti in aumento del 17% rispetto a quella registrata nel 2011 per l'ASM, ma nettamente diminuita per l'ASP. Indici di performance divergenti per le due Aziende Sanitarie si notano anche per l'indice di fuga: la fuga verso presidi ospedalieri regionali è diminuita del 17% a livello regionale, ma del 23% per l'ASM e solo del 13% per l'ASP.

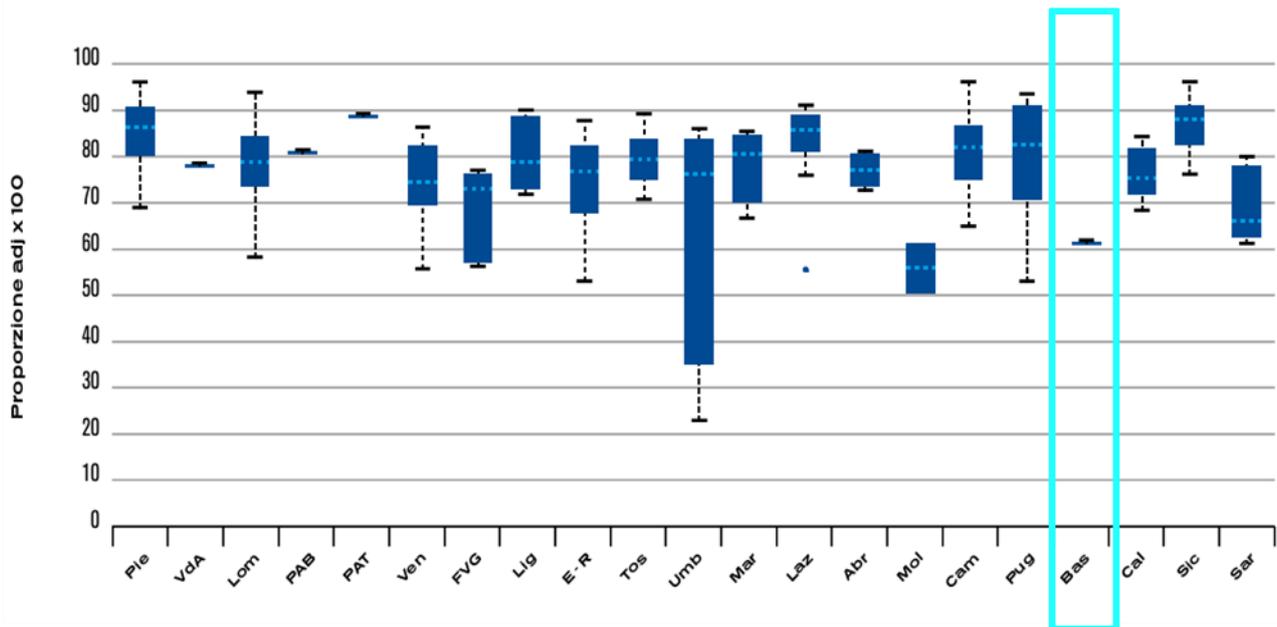
Nelle relazioni di accompagnamento alle previsioni di bilancio per il corrente anno dei due Direttori Generali dell'ASP e ASM si menziona la necessità di favorire il calo della mobilità ospedaliera passiva extraregionale e, dall'altro lato, di incrementare quella attiva intraregionale, senza specificare le azioni da promuovere per raggiungere l'intento. Appare chiara la mancanza di consapevolezza del fatto che solo l'eccellenza delle cure può far conseguire quanto auspicato! O meglio: si persiste nel convincimento di offrire già prestazioni di qualità tale da soddisfare la domanda di salute dei lucani, e che, non potendosi -per definizione- migliorare ciò che è già eccellente, serva solo un ritocco di tipo organizzativo.

Programma Nazionale Esiti (PNE)

La programmazione in campo sanitario deve essere indirizzata al miglioramento delle **performance** operative qualitative, essendo quelle quantitative già prossime agli standard prefissati. Il **PNE**, presentato nel D.M. 21 giugno 2016, utilizza strumenti di rilevazione e calcolo di specifici indicatori in grado di fornire precise e aggiornate informazioni in merito all'efficacia clinica; esso valuta, in tal modo, le attività di assistenza di tutti gli ospedali italiani (censiti 1.475 strutture sia pubbliche che private accreditate). Le evidenze del PNE rappresentano, inoltre, lo strumento di valutazione ai fini dei piani di riqualificazione delle aziende sanitarie. L'ultima elaborazione, presentata nel 2020 su dati delle schede SDO del 2019, mostra un costante e progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria in Italia, anche se permane una spiccata variabilità tra le strutture eroganti i servizi, con alcune realtà non allineate agli standard di qualità indicati dalle direttive nazionali e dalle linee guida internazionali.

L'edizione 2020 del PNE ha preso in esame 177 indicatori totali, fra cui presenteremo i dati relativi a quelle più significative.

- A. Mortalità per Infarto miocardico acuto (IMA).** In Italia la mortalità per IMA è in continua diminuzione, dal 10.0% nel 2012 al 7.9% del 2019. Le evidenze scientifiche hanno mostrato esiti clinici migliori nei pazienti trattati entro 2 giorni con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA). La proporzione di PTCA entro 2 giorni, eseguite nell'arco temporale 2012-2019 nelle diverse Regioni italiane, è raffigurata nella Figura 3.



A livello nazionale il valore mediano di questo parametro si attesta all'80.2% nel 2019, ma la Regione Basilicata si ferma al valore del 61%.

- B. In ambito traumatologico, un importante indicatore per la valutazione della qualità del processo assistenziale è rappresentato dalla proporzione di **pazienti di età ≥ 65 anni con frattura del collo del femore trattati chirurgicamente entro 2 giorni dal ricovero**. Il relativo valore medio registrato nel 2019 è pari al 66.8% a livello nazionale, e le performance delle singole Regioni sono illustrate nella Figura 4.

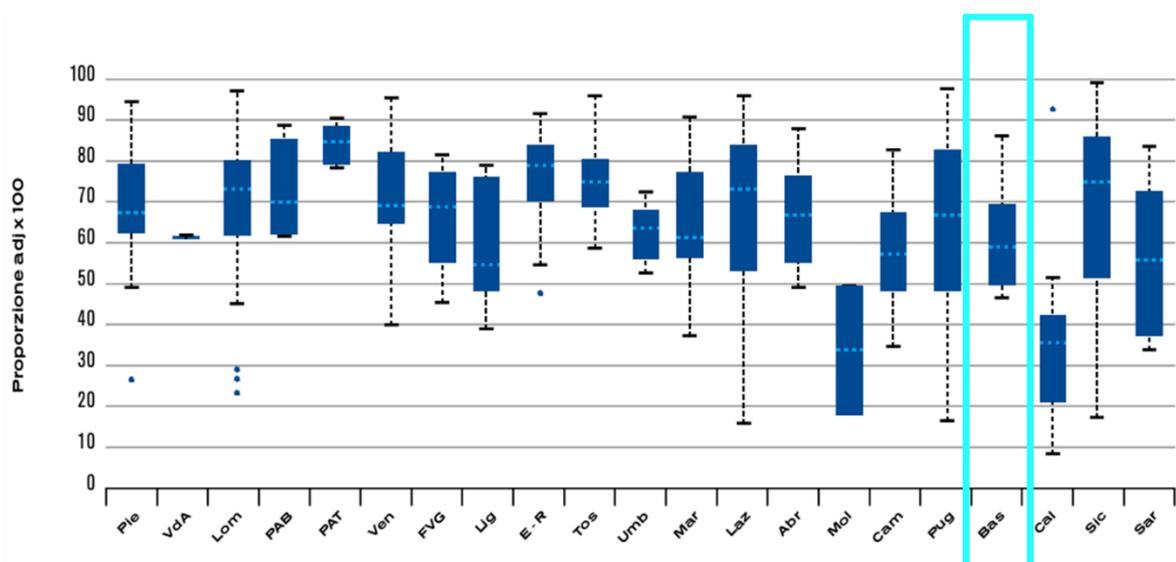
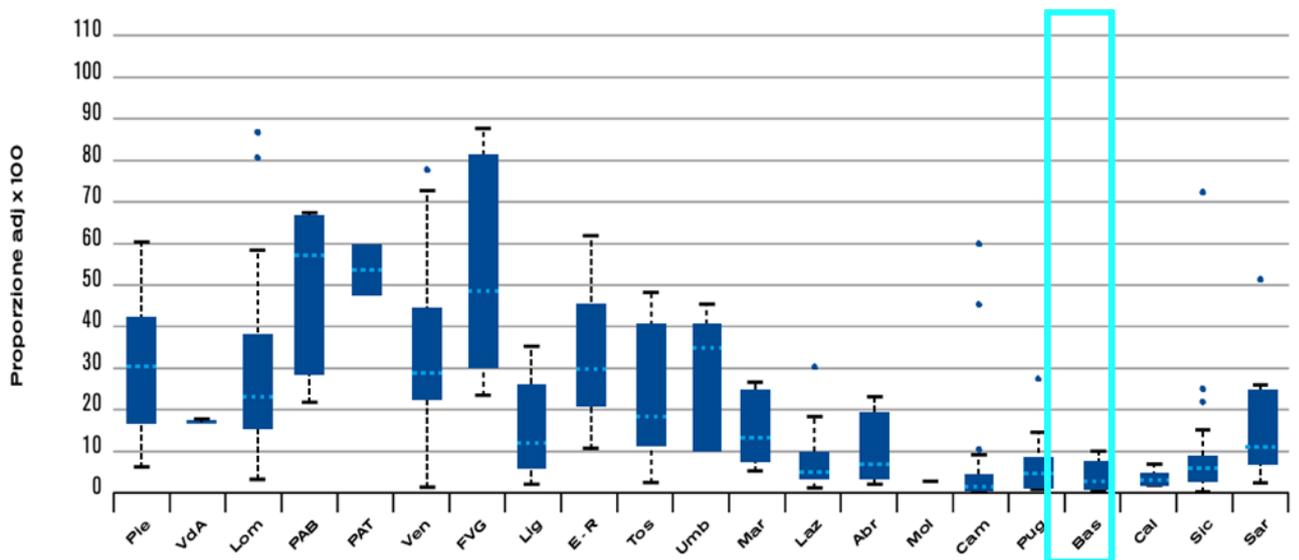


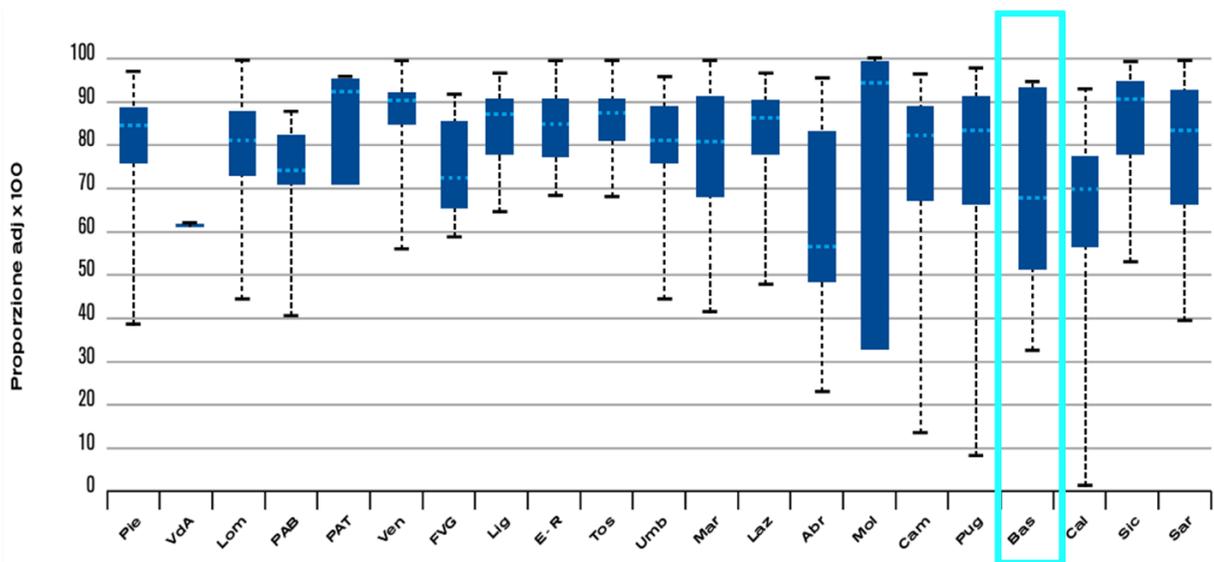
Figura 4 - Frattura del collo del femore in pazienti di età ≥ 65 anni: proporzione di interventi chirurgici entro 2 giorni, per Regione/P.A. Italia, 2019.

Il valore medio registrato in Basilicata si attesta al 58%, poco al di sotto di nazionale, ma con una rilevante eterogeneità intra-regionale che riflette la coesistenza in essa di strutture pervenute a un significativo miglioramento della performance e di strutture lontane dallo standard di qualità. Tenendo ben presente la nota relazione tra volumi di una specifica patologia ed un più favorevole esito delle cure, il D.M. 2 aprile 2015, n.70 per questa tipologia di casistica fissa una soglia minima di 75 interventi per struttura complessa: non è noto quante strutture ospedaliere hanno raggiunto il valore soglia indicato nel D.M., ciò che indurrebbe alla concentrazione di tale intervento in pochi presidi ospedalieri.

C. Parti vaginali in donne con pregresso cesareo. Questo indicatore consente di valutare la qualità dell'assistenza alle gestanti, dal momento che valori più alti possono riflettere una pratica clinica appropriata (Fig. 5). L'indicatore è negativo in tutto il paese e presenta una rilevante variabilità tra le Regioni. La Regione Basilicata riesce ad assicurare un parto vaginale solamente al 4% delle donne con pregresso taglio cesareo.

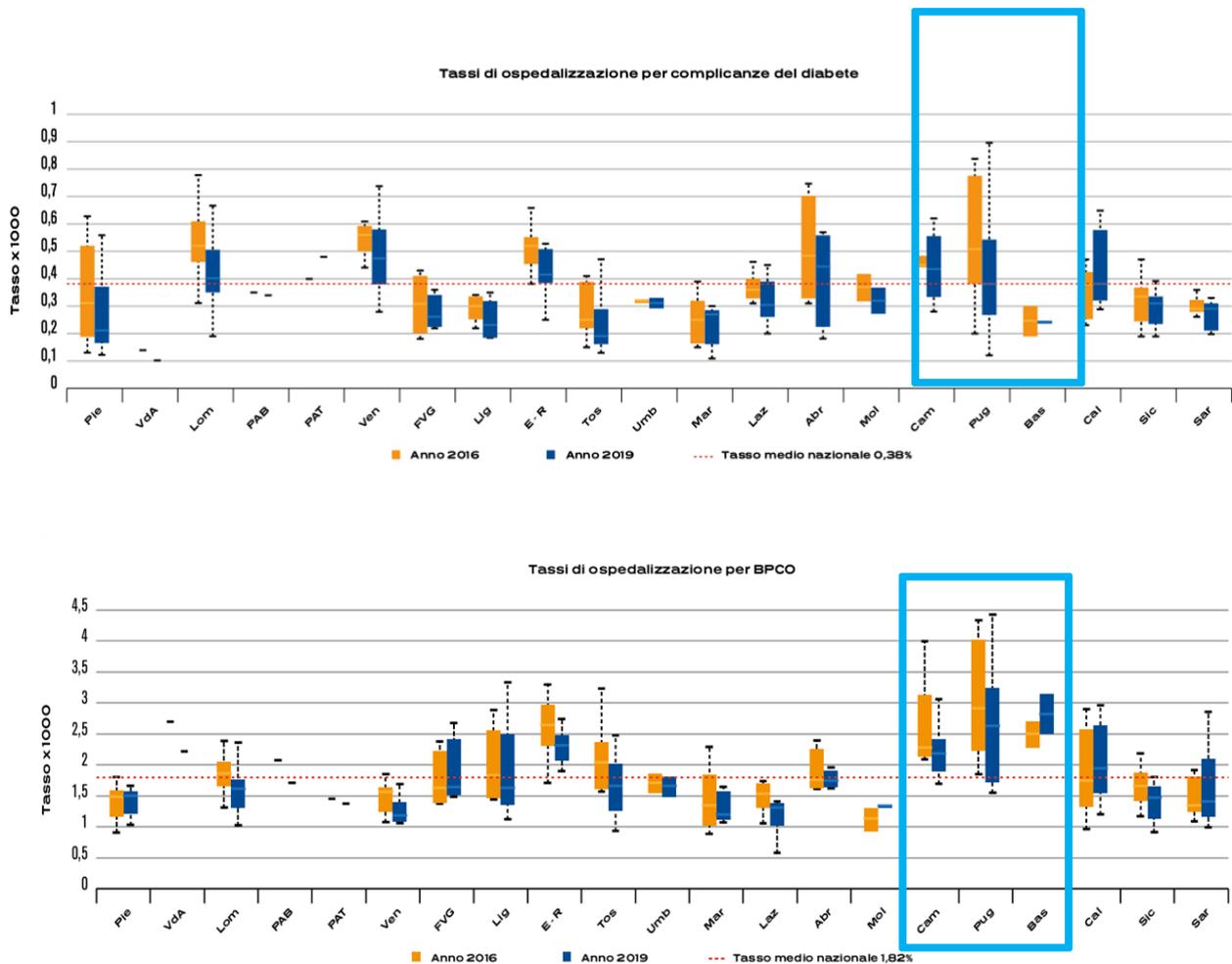


D. Colectomia laparoscopica con degenza post-operatoria <3 giorni. Il D.M. n. 70 del 2015 fissa al 70% la quota minima di questa tipologia di intervento con dimissione post-operatoria <3 giorni. Il parametro è in miglioramento in quasi tutte le Regioni (Fig. 6). In Basilicata è molto prossimo (68%) alla soglia ministeriale, ma permane una notevole eterogeneità intra-regionale, con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 33% ad un massimo del 95%.



E. Frammentazione della casistica. Una ulteriore criticità è la duratura tendenza alla frammentazione della casistica ospedaliera per patologie su cui esistono evidenze di una relazione volume-esito. Per patologie a bassa incidenza ma particolarmente aggressive, come ad esempio il tumore maligno del pancreas, il *cut-off* in grado di garantire un esito favorevole di interventi annui è fissato a 30 interventi per struttura. Ne consegue che in Basilicata solamente a 1 o 2 centri ospedalieri dovrebbe essere consentito di operare su tali pazienti, in accordo a numerose evidenze scientifiche circa la relazione tra volumi di attività, qualità delle cure e miglioramento degli esiti di salute.

F. Ospedalizzazione potenzialmente evitabile. Quest'ultimo indicatore misura indirettamente la qualità delle cure territoriali, in quanto permette di rilevare un eccesso di ricoveri evitabili con una corretta presa in carico del paziente a livello territoriale. Tra queste patologie traccianti rispetto all'ospedalizzazione evitabile sono inserite le complicanze del diabete e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).



Per entrambe le predette condizioni morbose, il tasso di ospedalizzazione si è ridotto progressivamente, ma mentre per la prima condizione il dato è molto confortante ponendosi al di sotto della media nazionale (Fig. 56), il parametro per la BPCO resta critico per 3 regioni meridionali (Campania, Puglia e Basilicata).

6. La medicina territoriale

Il covid ha evidenziato non solo la fragilità della sanità ospedaliera ma anche di quella territoriale. Due realtà che inspiegabilmente non operano collaborando e raccordandosi. Mondi estranei l'uno all'altro. È difficoltoso avere dati ed informazioni sistematizzate sulla sanità territoriale per cui questo Circolo si riserva di tentare di redigere un report anche su questo importante e strategico servizio.

Sulla scorta di testimonianze ed indicazioni riportate da attori della medicina territoriale si possono, qui, anticipare ed evidenziare, per punti, alcune criticità e possibili soluzioni.

- 1) Le problematiche legate alla medicina del territorio (MMG, PLS e Poliambulatori) sono da focalizzare soprattutto in un aumento vertiginoso della burocrazia che si estrinseca in una perdita di tempo nella compilazione delle ricette dematerializzate dovute ad una farraginoso nomenclatura degli esami da laboratorio, diagnostica strumentale e visite specialistiche, diversa da Regione a Regione. Tempo sottratto al servizio primario di migliore assistenza ai pazienti. Si auspica la stesura di un nomenclatore unico nazionale, o almeno regionale.

- 2) Per poter riequilibrare i ruoli tra ospedale e territorio e perchè si realizzi una sanità adeguata ai bisogni della popolazione, è necessaria una inevitabile redistribuzione delle risorse, con un uso appropriato delle stesse, al fine di promuovere una assistenza di qualità e creare le condizioni per forme alternative al ricovero ospedaliero.
Infatti la riduzione dei posti letto e la ridotta degenza media dei ricoveri richiede la formazione di un sistema che integri i servizi ospedalieri con la rete dei servizi territoriali. In questo modo si potrà rendere più specifica l'assistenza ospedaliera (medica o chirurgica) per le patologie acute o per le attività programmabili più complesse. I servizi territoriali, adeguatamente organizzati, possono prendere in carica i pazienti dimessi dall'ospedale che necessitano di cure in fase post-acuta o per patologie croniche sia a domicilio del malato che in strutture di ricovero o assistenziaove Medici di Medicina Generale (MMG) possono proseguire le terapie mediche o riabilitative in comune accordo con i Medici Ospedalieri.
Va ulteriormente potenziata l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con presenza costante di infermieri e sotto la sorveglianza dei medici dell'ADI e MMG. Questa organizzazione multidisciplinare potrebbe determinare una riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati e una ridotta prescrizione di esami di laboratorio o radiologici effettuati poco tempo prima da una delle parti con notevole risparmio della spesa sanitaria. Inoltre si potrebbe ridurre il ricorso al Pronto Soccorso Ospedaliero, intasato per circa l'80% da prestazioni di codice bianco e giallo.

- 3) Incentivare l'associazionismo fra medici di medicina di base in un unico studio con la possibilità di attrezzare gli stessi con apparecchiature per la diagnosi di primo livello (elettrocardiogrammi, spirometri, piccola diagnostica di laboratorio, ecc.). Il punto porterebbe ad una riduzione del lavoro per i medici ospedalieri e dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche. Sarebbe necessario l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico che possa permettere la disponibilità dei dati sanitari del Paziente in tempo reale fra Medici Ospedalieri e Medici del Territorio, con l'obiettivo di una cura integrata a domicilio del paziente o in case di riposo.

7. Un cambio culturale innovativo alla programmazione in sanità (e non solo quella regionale)

Il presente Report su dati oggettivi, e desunti da fonti regionali e nazionali, sulle prestazioni erogate dai presidi ospedalieri insistenti sul territorio regionale attesta che alcuni indici quantitativi sono in costante e lieve miglioramento. Tra questi citiamo la riduzione nei numeri di mobilità passiva e la cresciuta attrattività extra-regionale, anche se rimarchiamo differenze nelle prestazioni dei due maggiori nosocomi lucani. Tuttavia, l'analisi dovrebbe delineare meglio per la cura di quali patologie siamo attrattivi per i residenti nelle Regioni limitrofe e per quali invece non abbiamo sviluppato competenze tali da indurre i lucani che ne sono colpiti a ricercare nella propria Regione la soluzione diagnostica e terapeutica. Tra gli indicatori positivi si annovera anche il valore della degenza media del ricovero ospedaliero, ed il numero totale di ricoveri erogati negli ultimi anni.

Il Programma Nazionale degli Esiti (PNE), reso pubblico nel marzo 2021, ha monitorato le performance di oltre 1.300 presidi ospedalieri nazionali e ha fornito dati utili a comprendere i fenomeni sanitari anche nella nostra Regione. In sintesi, si può dire che ci restituisce l'immagine di un sistema ospedaliero in lieve miglioramento, ma ancora in affanno rispetto ai dati medi nazionali.

Persistono infatti criticità nella nostra assistenza sanitaria; in particolare si segnala la frammentazione della casistica per alcune patologie per le quali esiste una documentata relazione tra volumi di attività ed esiti di salute, l'intempestività delle cure nell'ambito delle reti tempo-dipendenti, pratiche inappropriate sul piano organizzativo, e, infine, l'ospedalizzazione evitabile in riferimento a lacune della sanità territoriale.

Un approccio culturale innovativo impone di svincolare l'assistenza sanitaria da logiche (il pareggio del bilancio, il taglio dei costi e simili) che hanno causato un ridimensionamento delle attività con ripercussioni negative sul piano assistenziale. È innegabile che oggi si rende indispensabile un'inversione di rotta nella programmazione sanitaria e che, cercando di ridurre i danni causati da un rigorismo i cui esiti non portavano poi a reali economie, si imposti una stagione di sviluppo e crescita nei livelli quali-quantitativi dell'offerta dei servizi a tutela della salute.

Nella programmazione regionale (D.G.R. n.395/2019 integrata e modificata per l'anno 2019 con D.G.R. 931/2019 e per l'anno 2020 dalla D.G.R. n.129/2020), si indica come obiettivo prioritario il mantenimento dei risultati raggiunti negli ultimi anni sotto il profilo economico e il consolidamento dell'equilibrio di bilancio. Nelle relazioni che accompagnano i bilanci preventivi dell'anno in corso e del triennio 2021-2023, viene indicata la necessità urgente di una riqualificazione delle attività ospedaliere, ma ancora una volta ci si limita ad indicare soltanto una migliore gestione dell'esistente – il potenziamento delle terapie intensive e semintensive, la riorganizzazione dell'area dell'emergenza, la sperimentazione di diverse logiche organizzative del lavoro, la razionalizzazione dei processi clinici, etc. – avendo per stella polare la riduzione dei costi! Nessun cenno si fa invece alla necessità di elevare la professionalità del personale

socio-sanitario alla luce di quanto risulta dai dati del PNE 2020. A prescindere dagli indicatori numerici e da ciò che è ad essi sotteso, per conseguire traguardi di eccellenza occorre disporre di una dirigenza con specifiche e certificate competenze professionali e manageriali: non si può sperare di conseguire migliori livelli di efficacia/efficienza se il governo dei processi a ciò necessari non è affidato a persone competenti!

8. Conclusioni e proposte

Proponiamo pertanto l'adozione delle seguenti misure.

- **Attività di AUDIT.** Occorre che le valutazioni qualitative dei servizi socio-sanitari non siano date per ottimali dalle Dirigenze delle Aziende Sanitarie Locali, ma che siano supportate da processi specifici di audit clinici volti a identificare impedimenti e disfunzioni all'interno di percorsi assistenziali complessi, così come sono quelle sanitarie. Il processo di audit permette di rilevare, attraverso l'esame sereno dei dati sanitari prodotti, le eventuali criticità e quindi favorire il miglioramento continuo della qualità. Affinché tale attività di audit risulti efficace, è importante che venga affidata a operatori esterni alle Aziende Sanitarie Locali e che le risultanze prodotte siano annualmente portate a conoscenza dell'opinione pubblica. Informando correttamente la popolazione della qualità offerta nei presidi ospedalieri regionali, si contribuirebbe a guadagnarne la fiducia e a ridurre, in ultima analisi, la mobilità passiva.
- **Trasparenza nelle valutazioni concorsuali.** Il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, noto come decreto Balduzzi, stabilisce che per la nomina di *“primari (dirigenti, medici e sanitari di strutture complesse), viene istituita una procedura selettiva affidata a primari della stessa disciplina, sorteggiati a livello nazionale. Il direttore generale dovrà scegliere il primario necessariamente entro la rosa dei primi tre candidati, motivandone la scelta”*. Ma essendo il Direttore Generale di turno a nomina dell'Amministrazione Regionale, a quest'ultima risponde in maniera insindacabile. Anche se la selezione del personale avviene tramite bando pubblico, il compito dei Commissari chiamati a visionare i *curricula* di ogni eventuale candidato è limitato a selezionare una terna di professionisti, da presentare al Direttore Generale per la scelta definitiva: non necessariamente il candidato valutato come il migliore dai Commissari, risulta poi essere il vincitore dell'incarico. A suffragio di questa pratica, si rimanda al verbale dei lavori della Commissione di valutazione del bando dell'AOR “San Carlo” di Potenza (D.D.G. n. 459 del 20.04.2019). Tutto questo avviene nel rispetto formale di una disposizione legislativa nazionale, che ha completamente escluso dalla scelta definitiva il parere dei sanitari operanti nella struttura ospedaliera. È auspicabile una nuova normativa concorsuale, date le ricadute conseguenti sulla funzionalità di un complesso ospedaliero. Si propone di ripristinare la vecchia procedura concorsuale, in cui è responsabilità dei commissari formulare una graduatoria dei

concorrenti e conferire l'incarico al vincitore. In attesa che l'auspicio si avveri tramite una specifica proposta legislativa, vorremmo proporre un'unica misura immediatamente applicabile: rendere pubblici i *curricula* dei selezionati ad una prova concorsuale pubblica, in modo che a tutti, cittadini e futuri colleghi, sia data la possibilità di prendere visione della qualità del candidato prescelto. E ciò in conformità con la normativa sulla trasparenza dei dati.

- Un passo successivo è il **controllo e la verifica dell'operato delle professionalità prescelte** e dei rispettivi collaboratori. Ogni presidio ospedaliero deve produrre dati circa gli indicatori di efficacia, efficienza e sicurezza, cui si è accennato in precedenza. Come previsto dal più volte citato D.M. del 2015.
- **Investimenti in formazione continua delle professioni medicali.** Lo strumento principale che avrebbe dovuto normare l'aggiornamento del personale medico-infermieristico è stato quello relativo all'acquisizione di crediti formativi (debito informativo Stato Regioni del 23.3.2005). Tralasciando il fatto che sull'acquisizione dei crediti non si è poi fatta alcuna verifica, la disposizione non poteva produrre significativi incrementi della qualità delle cure erogate, in quanto le nozioni trasmesse nei vari corsi ECM sono teoriche e non verificate da una pratica clinica conseguente. Considerata quindi la rapidità con cui ogni ambito medico evolve e la rapida obsolescenza delle nozioni acquisite, si propone di aggiornare il personale con l'implementazione di stages presso centri di eccellenza nazionali.

Le analisi qui presentate dimostrano che non è più tempo di pensare di efficientare il sistema sanitario regionale tagliando la spesa nelle prestazioni erogate o di spacciare la disponibilità di risorse economiche, volte unicamente a coprire le spese correnti, per un miglioramento della qualità. Occorre invece individuare le criticità per programmare appropriate azioni di miglioramento. Per come si presenta oggi, il sistema appare in condizioni di difficoltà che ne inficiano significativamente le capacità di rispondere al crescente fabbisogno di qualità assistenziale invocato dalla popolazione.

Bibliografia

(Le tabelle, le figure e i grafici contenuti nel presente Rapporto sono tratti e rielaborati dalle seguenti fonti ufficiali)

- Centro Studi Nebo, *Rapporto Sanità 2018 - SSN 40*;
- Direttore Generale Azienda Sanitaria Materana, *Deliberazione n.10 dell'1.12.2010 relativa al Bilancio di Previsione 2021 e 2021-2023*;
- Ministero della Salute, *Rapporto AGENAS, PNE 2020*;
- Ministero della Salute, *Rapporto SDO 2019*.
- Ragioneria Generale dello Stato;
- www.profilidisalute.it