



PREMESSO CHE

- L'art.32 della Costituzione della Repubblica italiana, tutela la salute come fondamentale diritto e interesse della collettività e definisce misure ed azioni per migliorare, potenziare e razionalizzare l'offerta sanitaria sull'intero territorio regionale;
- La Regione Basilicata, come previsto al comma 1 e nel rispetto dell'art. 117 della Costituzione ed in conformità con quanto stabilito agli artt. 2 e seguenti del D. Lgs 30 dicembre 1992 n. 502, adotta norme di adeguamento dell'assetto strutturale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale agli standard qualitativi e di sostenibilità economico/finanziaria, mediante interventi di promozione della produttività e dell'efficienza delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale, al fine di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- Il Piano Regionale della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 della Regione Basilicata definiva al capitolo n.17 la rete ospedaliera così composta:
 - -Azienda Ospedaliera San Carlo;
 - Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" di Matera;
 - IRCS-CROB Rionero Ospedale ad elevata specializzazione;
 - Strutture Ospedaliere per acuti sede di PSA: Lagonegro, Melfi, Policoro e Villa D'Agri;
 - Ospedali Distrettuali: Stigliano, Tinchi e Tricarico

ne descriveva la strutturazione e indicava la metodologia per la stima del fabbisogno posti letto: "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";

- In ottemperanza all'atto aziendale dell'ASM di Matera attualmente vigente aggiornato ai sensi della Legge Regionale n. 2/2017, delibera D.G.R. n.604/2017 e D.G.R. n.779/2017, che nello specifico prevede gli Ospedali Distrettuali di Stigliano, Tinchi e Tricarico si configurano come strutture polivalenti a bassa intensità assistenziale, con degenza in regime di post-acuzie o di residenzialità in elezione e/o in trasferimento da altri setting assistenziali, nonché PTS (Punti Territoriali di Soccorso) e di attività poliambulatoriale specialistica. Nei suddetti Ospedali Distrettuali può essere svolta anche attività di chirurgia ambulatoriale. Nello specifico:

1. l'Ospedale Distrettuale di Stigliano ha una definita vocazione per le attività di post-acuzie di Lungodegenza Medica e di Riabilitazione, ed ospita posti letto per le cure palliative (Hospice);

2. l'Ospedale Distrettuale di Tinchi ospita una struttura dialitica ed è prevista un'attività di post-acuzie di Riabilitazione;
 3. l'Ospedale Distrettuale di Tricarico ha una definita vocazione per le attività di post-acuzie di Lungodegenza Medica e di Riabilitazione intensiva ed estensiva.
- In data 11/03/2022 è stato sottoscritto dai Sindaci delle province di Matera "Il Patto sulla Sanità" tra i comuni della provincia di Matera dove veniva proposto un modello sanitario interessante la rete Ospedaliera e la medicina Territoriale;

OSSERVATO CHE

- La politica regionale pubblicamente parla di medicina territoriale ma, nei fatti, opera per un suo pericoloso ridimensionamento. Gli atti ufficiali della Regione, infatti, dimostrano come, nonostante il momento delicato, si lavori per un ulteriore spogliazione dei primari servizi nel territorio, centralizzando le cure nei centri più grandi. Non ultimo il ridimensionamento dei Distretti Sanitari che nella nostra provincia si riducono a due: MATERA e POLICORO.
- Non è stata data attenzione, come previsto all'atto aziendale, anche in considerazione della necessità della popolazione, al potenziamento delle strutture per acuti e all'attivazione di ricoveri per post-acuzie e/o riabilitazione cardio-polmonari e ortopediche. Tanto sia al fine di non vanificare l'intervento sull'acuto tutelando l'incolumità dello stesso nella post-acuzie e sia per evitare l'emigrazione sanitaria che in Basilicata si rileva, purtroppo, elevatissima (Ministero della Salute Performance Sanitaria 2015-2020: l'indice di immigrazione passa dal 23,5% al 25,5%) e incide sulla spesa sanitaria con la conseguente sottrazione di servizi essenziali ai cittadini.
- Rifacendosi sempre ad una politica più economico-fiscale che socio-sanitaria e quindi tenendo conto dei numeri, non si è dato peso a quelle che erano le direttive aziendali del 2017 che prevedevano:
 - un unico Presidio Ospedaliero di I livello a gestione diretta, comprendente funzionalmente l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera, già sede di DEA di I livello, e l'Ospedale di base di Policoro, già sede di Pronto Soccorso Attivo;
 - Per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera post acuti, l'Azienda si avvale dei 3 ospedali distrettuali di Sigliano, Tinchi e Tricarico, completamente riconvertiti in senso territoriale, a ciascuno dei quali è affidata una specifica vocazione per le attività di post-acuzie di lungodegenza e di riabilitazione, e a quelle di specialistica ambulatoriale.
- I posti letto degli ospedali aziendali sono quelli previsti dalla programmazione regionale e contenuti nel Piano Regionale Integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 che, nella metodologia per la stima del fabbisogno dei posti letto, determina 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;
- Tenuto conto che è crescente la preoccupazione della popolazione e degli operatori sanitari rispetto al ridimensionamento e/o alla perdita e conseguente impossibilità di avere servizi sanitari e assistenziali primari;
- Osservato che la sospensione dell'offerta di prestazioni Ssn per insostenibilità economica causerà, inoltre, gravi conseguenze per la salute dei cittadini lucani, oltre a gravare anche

sulla stabilità delle imprese interessate comportando una crisi occupazionale per tutti i lavoratori del comparto;

- Osservato che dallo scorso 15 Novembre non sono più assicurate dal Miulli le prestazioni di ricovero, nonché quelle di “day service” e di specialistica ambulatoria per i pazienti residenti al di fuori della regione Puglia;

PRESO ATTO CHE

- L’Ospedale Madonna delle Grazie e, nella fattispecie, il pronto soccorso è costantemente sottoposto ad una elevata pressione che si aggrava nei periodi di alta affluenza turistica. Matera, per la sua posizione geografica, dovrebbe essere una porta di accesso ai servizi sanitari, registra, invece, il più alto indice di fuga (indice che tiene conto di quanti cittadini residenti ricorrono ai presidi sanitari fuori la propria regione di residenza);
- L’Ospedale di Policoro rappresenta un punto sanitario di confine. Il suo bacino d’utenza va dai comuni del metapontino, a quelli del pollino, passando per i comuni dell’alto Jonio cosentino. Tre province sono state attratte dal nosocomio policorese, Matera, Potenza e Cosenza. I dati del personale sanitario impegnato nel nosocomio policorese sono ampiamente al di sotto della media nazionale, i reparti vengono tenuti in piedi da forme di volontariato sostenuto dal personale sanitario, sottoposto a turni stressanti;
- La soluzione non più rinviabile è dare anima e corpo all’Ospedale unico del materano, con i due plessi di Matera e Policoro, un unico DEA di primo livello, in conformità al DM70/2015. Il plesso di Policoro deve avere più servizi sanitari di eccellenza, recuperare i primari essenziali per la crescita, completare l’offerta sanitaria di Matera, senza duplicare i servizi, con necessario potenziamento degli organici medici, infermieristici e tecnici. Sostituzione dei primari andati in pensione (Oculistica, Psichiatria) e di quelli prossimi al pensionamento (Chirurgia, Medicina).
- L’Ospedale distrettuale di Tricarico che per sua tipologia eroga prestazioni assistenziali per la presa in carico del paziente cronico (domiciliare, ambulatoriale e ricovero) deve recuperare la centralità del presidio ospedaliero attraverso il consolidamento e il potenziamento delle attività presenti.
- L’Ospedale di Tinchi potrebbe essere riferimento ospedaliero territoriale fondamentale, simbiotico con l’ospedale di Policoro anche e soprattutto perché ne faciliterebbe la decongestione, consentendo allo stesso di riprendere e, anzi, migliorare le proprie specificità. La posizione geografica baricentrica a cavallo delle nostre due arterie stradali principali SS 106 Jonica, l’agevole raggiungibilità, la disponibilità di locali liberi ed adeguati oltre che la sua storia culturale e professionale, candidano la struttura Tinchi di Pisticci a sede di reparti dedicati. Pertanto, la struttura di Tinchi deve mantenere le sue caratteristiche di ospedale territoriale distrettuale, operando in simbiosi tecnica ed amministrativa con l’ospedale per acuti di Policoro e auspicandone la denominazione “Ospedali Riuniti del Metapontino” che valorizzi la natura comune delle strutture sanitarie presenti sul territorio.
- L’Ospedale di Stigliano, area alta montagna materana, deve assicurare livelli di assistenza essenziali ai cittadini considerando la distanza chilometrica che separa i comuni delle aree interne dai centri DEA aggravati dalle problematiche legate alla mobilità derivante da una viabilità stradale con tempi di percorrenza inconciliabili con la risposta sanitaria e da un sistema di collegamenti quasi del tutto inesistente.

RITENUTO, PERTANTO, DOVER:

- far riferimento al piano sanitario regionale;
- far riferimento all'atto aziendale ASM vigente;
- assicurare alti livelli di assistenza sanitaria;
- programmare l'assistenza sanitaria in base alle esigenze della popolazione;
- salvaguardare le acuzie;
- garantire la post-acuzie/cronicità;
- considerare la riabilitazione nei vari distretti presenti nel territorio;
- considerare non solo la distanza ma anche la vastissima utenza presente in particolari zone della provincia Metaponto/Matera). Per quanto esposto in narrativa:

DELIBERA

- di ribadire e rafforzare i contenuti del Patto sulla Sanità, sottoscritto da tutti i Sindaci della provincia di Matera l'11/03/2022, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di chiedere con forza il rafforzamento della sanità territoriale e della diagnostica preventiva, rispetto ai quali è sempre più necessario che i servizi sanitari si avvicinino fisicamente ai cittadini, facendo partire anche campagne di screening preventivi con consultori e servizi sociosanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari, con servizi differenziati in base a fasce di età e tipo di patologia;
- di ribadire quanto deliberato dalla Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Sanitaria di Matera nella seduta del 20 Dicembre 2022 dove l'assemblea all'unanimità ha chiesto alla Regione Basilicata di mantenere l'attuale composizione e configurazione dei tre Ambiti Socio Territoriali (Ast) e di tutti i Distretti Sanitari presenti nella Provincia di Matera, i quali devono avere, tutti, la medesima articolazione organizzativa distrettuale.
- Di inoltrare il presente provvedimento al Ministro della Salute e al Presidente della Giunta Regionale Basilicata per le conseguenti azioni concrete da adottare per la salvaguardia e il potenziamento dei servizi sanitari territoriali al fine di assicurare la tutela del primario diritto alla salute e all'assistenza sanitaria.



COMUNE DI BERNALDA



COMUNE DI STIGLIANO



COMUNE DI IRSINA



COMUNE DI SALANDRA



COMUNE DI SAN MAURO FORT



CALCIANO



CRACO



COMUNE DI MATERA



COMUNE DI POMARICO



COMUNE DI ROTONDELLA



COMUNE DI MONTESCAGLIOSO



COMUNE DI FERRANDINA



COMUNE DI GORGOGNONE



COMUNE DI SCANZANO JONICO



COMUNE DI GRASSANO



COMUNE DI COLOBRARO



OLIVETO LUCANO



CIRIGLIANO



COMUNE DI TRICARICO



COMUNE DI MIGLIONICO



NOVA SIRI



COMUNE DI GROTTOLE



COMUNE DI TURSI



SAN GIORGIO LUCANO



VALSINNI



GARAGUSO

Patto sulla Sanità

Tra i Comuni dei distretti sanitari
della Provincia di Matera

Matera, 11 Marzo 2022



COMUNE DI PISTICCI



COMUNE DI POLICORO



ALIANO



COMUNE DI MONTALBANO JONICO

PATTO PER LA SANITÀ

Dei Sindaci della provincia di Matera

*La Repubblica tutela la salute
come fondamentale diritto dell'individuo
e interesse della collettività,
e garantisce cure gratuite agli indigenti*

Costituzione italiana art. 32



PREMESSA

Lo studio realizzato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), rappresenta la base di partenza per il riordino del sistema sanitario della Basilicata e dimostra – attraverso una analisi dettagliata - che la sanità lucana è un emblema delle disuguaglianze della nostra Regione, in particolare di quelle territoriali.

Le faglie profondissime che si sono aperte tra capoluoghi di provincia e tra Comuni lucani provano che il livello e la qualità dei servizi sanitari garantiti ai cittadini rappresentano gli strumenti efficaci per il superamento delle diseguaglianze. Del resto, la Legge n. 883 del 23 dicembre 1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale si basa su tre principi cardine: l'universalità, l'uguaglianza e l'equità.

1. DEMOGRAFIA E SANITÀ

In Basilicata sono presenti due ASL, l'Azienda Sanitaria di Potenza e l'Azienda Sanitaria di Matera, 9 distretti di cui 6 nella Azienda Sanitaria di Potenza e 3 nella Azienda Sanitaria di Matera.

Azienda	Distretto	Popolazione
Azienda Sanitaria di Potenza	Distretto di Potenza	150.300
	Distretto di Val d'Agri	49.452
	Distretto di Senise	25.959
	Distretto di Lauria	42.440
	Distretto di Melfi	48.280
	Distretto di Venosa	43.341
	Totale Azienda Sanitaria di Potenza	359.772
Azienda Sanitaria di Matera	Distretto di Matera	60.195
	Distretto Bradano – Medio Basento	57.040
	Distretto Collina Materana - Metapontino	76.247
	Totale Azienda Sanitaria di Matera	193.482
	POPOLAZIONE TOTALE	553.254

Fonte dati: Elaborazione Agenas dati ISTAT 2020.

E' un territorio ampio quello lucano, con una popolazione piuttosto anziana e una migrazione sanitaria ancora molto alta.

La popolazione di residenti in Basilicata negli ultimi 30 anni ha subito un decremento globale rilevante, dovuto sia ad un tasso di emigrazione che tocca percentuali intorno al 10% per la provincia di Potenza e del 4% circa per l'area materana, sia al calo delle natalità generalizzato, fenomeno che ci accomuna al resto della nazione. Caso unico in tutta la regione, dal 1983 ad oggi si è verificato un incremento della popolazione del 16% nella sola città di Matera, trend influenzato anche da un progressivo aumento dell'attrattività della città a livello turistico con conseguente incremento di attività legate a questo settore che ha richiamato popolazione anche da paesi limitrofi in cui, invece, si è acuito il fenomeno dello spopolamento a causa della crisi finanziaria e delle stesse dinamiche di emigrazione sistemica.

Questo dato, insieme all'invecchiamento complessivo della popolazione, influenza anche direttamente le necessità sanitarie e le tipologie di risposta a cui il sistema regionale deve prepararsi in termini di dotazioni e di diversificazione degli investimenti nei vari settori. Investimenti che sarebbe bene fossero orientati sulla base di uno studio approfondito sulle frequenze di riscontro delle patologie della popolazione.

2. DOTAZIONE DEI PRESIDÌ

Il DM del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70 fissa come standard qualitativo ottimale un numero di posti letto per mille abitanti non superiore a 3,7. Nel 2010 il numero di posti per residenti si attestava su valori già adeguati agli standard individuati dal DM ma le politiche di razionalizzazione della spesa hanno ulteriormente tagliato i numeri di posti letto fino a 3,3 per 1000 residenti, ben al di sotto sia del target indicato, sia della media nazionale e sia della media degli altri paesi dell'area Ocse (quest'ultima di gran lunga più alta essendo pari a 4,7 posti per 1000 abitanti residenti). Rispetto al parametro dei 3,7 posti per 1000 abitanti fissati dal DM, nel territorio dell'Asm sono circa 130 posti i posti letto mancanti (pari al 18% della dotazione complessiva) mentre per la provincia di Potenza la carenza sarebbe di circa 70 posti (per un tasso di carenza del 5% rispetto alla dotazione).

Il nuovo Piano, dunque, dovrà tenere in considerazione sia la sperequazione messa in atto dalle recenti politiche di gestione della sanità lucana sia dell'incremento demografico che interessa il solo territorio materano.

3. MADONNA DELLE GRAZIE, OSPEDALE SOTTO PRESSIONE

Il primo avamposto sanitario - il Pronto Soccorso dell'ospedale di Matera - è costantemente sottoposto ad una elevata pressione, che si aggrava nei periodi di alta affluenza turistica (da aprile ad ottobre).

Nel corso del 2019, la media degli accessi al P.S. è stata di circa 90 accessi al giorno, toccando punte di 110 accessi al giorno medi nei periodi estivi. A tali numeri così elevati (e con un trend in crescita) corrispondono un numero di ospedalizzazioni/ricoveri più alto che è assolutamente inconciliabile con la riduzione dei posti letto e con la chiusura di interi reparti.

L'infezione da Covid-19 ha ulteriormente penalizzato i cittadini che regolarmente effettuavano visite presso i diversi reparti del Madonna delle Grazie, e che, improvvisamente, si sono visti negare il diritto alle visite e al prosieguo di piani terapeutici in atto, recandosi nei più vicini ospedali della regione Puglia che, al contrario, hanno continuato ad erogare tutti i servizi. Anche oggi, che la pandemia risulta essere sotto controllo, in tanti non possono accedere ai ricoveri presso il Madonna delle Grazie per assenza di posti letto, in parte già occupati da malati Covid-19. Un esempio tra tutti è il caso del reparto malattie infettive, a corto di posti letto per i pazienti bisognosi di ricovero per malattie conclamate ed importanti poiché, gli esigui posti di cui dispone il reparto sono già occupati da pazienti che hanno contratto il virus da Covid-19. Tutto ciò implica che in primis tutti gli altri pazienti saranno dirottati, sempre se vi sono posti letto liberi, verso altri reparti con la difficoltà di poter ottenere tutte le cure specifiche per la propria patologia o, nella peggiore delle ipotesi, che ci si rivolga ad altri ospedali fuori regione.

3.1. Qualità dei servizi e flussi verso altre regioni

Matera, per la sua posizione geografica, dovrebbe essere una porta di accesso ai servizi sanitari, registra invece il più alto indice di fuga (indice che tiene conto di quanto i cittadini residenti ricorrono a presidi sanitari fuori la propria regione di residenza), in misura notevolmente superiore rispetto alla città di Potenza, facendo della Basilicata la regione seconda solo al Molise per indice di fuga più alto d'Italia. Un trend che si va accentuando nel corso degli ultimi anni, evidentemente per la mancanza di un presidio di eccellenza, per le difficoltà ad erogare servizi, nonché per la vicinanza a nosocomi pugliesi molto più facilmente fruibili in termini di vicinanza territoriale. Un ulteriore fattore che influenza questa tendenza è quello delle liste di attesa, anch'esse direttamente proporzionate alla carenza di investimenti e al decremento dei posti letto. La conseguenza è un evidente e grave impoverimento generalizzato sull'intera regione.

3.2. PSA "Giovanni Paolo II" di Policoro

Policoro, rappresenta un punto sanitario di confine. Il suo bacino di utenza va dai comuni del metapontino, a quelli del pollino, passando per i comuni dell'alto ionio cosentino. Tre province sono attratte dal nosocomio policorese, Matera, Potenza e Cosenza. Gli studi sui dati demografici dei prossimi venti anni ci consegnano una Basilicata diversa: le aree interne della provincia di Matera e Potenza che continueranno a spopolarsi mentre quattro macro aree continueranno a crescere: le due città capoluogo, il Melfese ed il Metapontino. L'area vasta di riferimento del nosocomio policorese, nel detto periodo, passerà dai 100.000 abitanti ai 150.000 abitanti, cosa che di per sé dovrebbe già indicare una strada ai decisori politici e gestionali. Investire sull'ospedale di Policoro è un dovere per tenere in piedi in perfetta efficienza il sistema sanitario Basilicata. Investire sull'ospedale di Policoro significa sostenere il comparto turistico della costa e aprire le porte agli anziani dei paesi nordici, con convenzioni ed offerte sanitarie di eccellenza. Questo chiedono gli operatori, con beneficio per le casse, sempre vuote, della sanità lucana. Per fare questo c'è bisogno di risorse umane e tecnologiche.

3.3. Qualità dei servizi e proposte

I dati del personale sanitario impegnato nel nosocomio policorese sono ampiamente al di sotto della media nazionale, i reparti vengono tenuti in piedi da forme di volontariato spinto del personale sanitario, sottoposto a turni stressanti. La soluzione non più rinviabile è dare anima e corpo all'Ospedale unico del materano, con i due plessi di Matera e Policoro, un unico DEA di primo livello, in conformità al DM 70/2015. Il plesso di Policoro deve avere più servizi sanitari di eccellenza, recuperare i primari essenziali per la crescita, completare l'offerta sanitaria di Matera, nessuna fotocopia, con necessario potenziamento degli organici medici, infermieristici e tecnici. Sostituzione dei primari andati in pensione (Oculistica, Psichiatria) e di quelli prossimi al pensionamento (Chirurgia, Medicina). Queste le proposte sintetiche:

1. Otorinolaringoiatria. Mantenimento della U.O. con dotazione di posti letto.
2. Endoscopia, programmare subito l'arrivo di un ulteriore medico per migliorare le condizioni del servizio e garantirne la continuità anche in vista di pensionamento, per idoneo affiancamento.
3. Pronto Soccorso. Non è nemmeno lontanamente immaginabile l'aggregazione alla Medicina d'urgenza, istituita con delibera nel 2020. Il Pronto Soccorso deve restare Autonomo con un proprio Responsabile. Va potenziato l'organico medico, infermieristico ed OO.SS. , come va potenziata l'OBI.
4. Medicina. Deve restare divisione di ricovero, diagnosi specialistica e cura. A questo proposito si potrebbe coinvolgere l'ospedale di Tinchì con l'istituzione - ad esempio - di una Medicina geriatrica.
5. Radiologia. La cattiva programmazione aziendale ha portato l'importante punto di diagnostica a subire un drastico ridimensionamento. Un solo medico in servizio che garantisce con grandi difficoltà i servizi per gli interni H12, salvo i turni di riposo e l'utenza esterna ormai fuori dai servizi ospedalieri. Urgente assunzione di medici per ripristinare il servizio radiagnostico H24.
6. Cardiologia in questi anni ha subito una irreversibile regressione frutto di scelte aziendali sbagliate. Oggi per recuperare il terreno perso e in considerazione della grande massa di utenza, può essere trasformata in una Divisione di Cardiologia Riabilitativa degenziale che sarebbe l'unica della regione. Già in passato nel nostro ospedale ha operato un servizio di Cardiologia Riabilitativa Ambulatoriale che è stato chiuso dopo il pensionamento dell'unico cardiologo dedicato. In conclusione una Struttura Complessa di Cardiologia Riabilitativa, garantirebbe una guardia cardiologica attiva H24, l'attività riabilitativa in reparto ed in palestra, impianto e controllo pace-maker, l'attività ambulatoriale anche per pazienti esterni oltre ad assicurare le consulenze cardiologiche ai reparti e al Pronto Soccorso. La presenza della guardia attiva darebbe la possibilità di avere 3-4 posti di terapia intensiva cardiologica.
7. Area Critica. Urgente ammodernamento ed adeguamento funzionale, con costituzione di due reparti distinti di Utic e Rianimazione, recuperando il progetto già approvato, finanziato e irresponsabilmente revocato dalla ASM.

4.0 CRITICITA' NELLE AREE INTERNE

Nel corso dell'ultimo ventennio gli ospedali della Provincia di Matera sono stati spesso oggetto di numerosi interventi che ne hanno ridimensionato l'offerta di servizi e prestazioni, trasformando la struttura da ospedale per acuti, della fine degli anni '80, in ospedale distrettuale. A questo ridimensionamento si aggiunge una serie di disservizi: ambulatori sprovvisti (non occasionalmente) di professionisti; personale medico insufficiente al punto da determinare la momentanea chiusura del reparto di lungodegenza; evidente e ingiustificabile disparità che esiste tra ASP ed ASM nella erogazione di servizi, tanto da rendere quest'ultima incapace di assicurare i Livelli essenziali di assistenza (LEA); la distanza chilometrica che separa comuni delle aree interne dai centri DEA (Matera e Potenza), unita alle problematiche relative alla viabilità stradale, determina tempi di percorrenza incompatibili con la risposta alle emergenze/urgenze.

Alla luce di ciò è necessario programmare negli Ospedali delle aree interne unità aggiuntive e non sostitutive di quelle ad oggi esistenti:

- ISTITUIRE una UNITÀ VALUTATIVA dell'Alzheimer;
- INVESTIRE risorse ulteriori, rispetto a quelle previste nella Strategia, per trasformare il centro PER MALATTIE NEURODEGENERATIVE (ALZHEIMER) da semiresidenziale in RESIDENZIALE.
- Istituire centri di raccordo territoriali per la salute;
- ISTITUIRE un AMBULATORIO DI PREVENZIONE ONCOLOGICA: la prevenzione e la diagnosi precoce rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, cioè tra le prestazioni essenziali che devono essere garantite a tutti i cittadini nel nostro Paese. Anticipare la diagnosi di un tumore può cambiare significativamente il decorso della malattia o evitare che lesioni a rischio si traducano in malattie conclamate. L'istituzione di un ambulatorio *di prevenzione oncologica* attrezzato per la diagnosi precoce *di fasce di popolazione a rischio per età e/o per familiarità e/o per esposizione professionale*, potrebbe diminuire il numero di pazienti oncologici o permettere l'individuazione della malattia ad uno stadio precoce e con margini di cura maggiori. In particolare
 - visite specialistiche nutrizionali e di prevenzione oncologica;
 - incontri informativi sui corretti stili di vita per la prevenzione di malattie oncologiche;
 - esami diagnostici ecografici.

Non considerare la specificità dell'Area della Montagna Materana, caratterizzata da debolezze e criticità oggettive, non accogliere tale proposta, significa negare un diritto costituzionalmente garantito e sgretolare le fondamenta su cui si regge l'impalcatura della Strategia per le Aree Interne.

In aggiunta, e non in sostituzione, applicare quanto previsto dal D.M. 70:

Si chiede, preliminarmente, una rivisitazione del Piano Sanitario regionale per rafforzare gli ospedali delle aree interne che si sostanzia in una attenzione per le emergenze/urgenze e per la prevenzione e cura.

- EMERGENZA/URGENZA

Per i presidi ospedalieri di aree disagiate (zone montane, isole) è contemplata la funzione di Ospedale di Pronto Soccorso, come descritta dal D.M. citato che, tuttavia, pone alcune condizioni:

1. La funzione di pronto soccorso è prevista laddove il tempo di percorrenza risulti maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento. Si ricorda che a mente dell'art. 2, comma 1, della L.R. 2/2017 i DEA sono Matera e Potenza.
2. un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti;
3. un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità;
4. assenza di una elisuperficie per l'atterraggio notturno.

Aumentare i luoghi di atterraggio notturno. Varie aree interne come Stigliano ne sono sprovvisti.

L'OSPEDALE DI PRONTO SOCCORSO porterebbe con sé la soluzione ad altre richieste, già più volte rappresentate.

Indipendentemente ed in subordine alla istituzione di un ospedale di pronto soccorso, si chiede di:

- Rendere efficiente il Punto di Primo Intervento presso ospedale distrettuale con l'implementazione di apparecchiature e strumenti diagnostici;
- riattivare il Laboratorio Analisi;
- potenziare ed efficientare gli ambulatori;
- innalzare i servizi territoriali;
- realizzare la Rete dell'assistenza territoriale;
- riattivare l'area assistenziale Post-Acuzie (Lungodegenza);
- rafforzare la continuità assistenziale tra ospedale e strutture intermedie: la Centrale Operativa Regionale (COR); il DM 70/2015 prescrive non solo di potenziare le strutture territoriali ma anche la loro organizzazione in rete;
- implementare i posti letto dell'Hospice dagli attuali 8 ai previsti 18, con conseguente ed inevitabile incremento della dotazione organica e trasformare l'Unità Semplice in Unità Operativa Complessa;
- incrementare i posti letto per cronici del reparto di lungodegenza riabilitativa;
- eseguire indagini endoscopiche;
- rendere maggiormente efficiente l'U.O.C. di radiologia;
- adeguare l'elisuperficie al volo notturno;
- implementare gli ambulatori specialistici prevedendo ambulatori di:
 - Cardiologia, Pneumologia, Endocrinologia, Urologia, Ginecologia, Prevenzione oncologica, Oncologia.

5.0 UNA RIFORMA ACCENTRATRICE

Il disegno di legge sul Riordino del Sistema sanitario regionale di Basilicata vorrebbe organizzare il Servizio sanitario regionale tramite due nuove Aziende:

- a) l'Azienda Sanitaria Territoriale Unica Regionale (ASTUR Basilicata);
- b) l'Azienda Ospedaliera Regionale Unica di Basilicata (AOUR Basilicata)

L'ASTUR erogherebbe le prestazioni relative alla prevenzione, all'assistenza distrettuale e le attività già svolte dalle Aziende Sanitarie di Potenza e Matera. Gestirà il Servizio di Emergenza-Urgenza (118), nonché la competenza gestionale dei Presidi Ospedalieri Distrettuali di Chiaromonte, Lauria, Maratea, Tinchì, Stigliano, Tricarico, Venosa e Pescopagano.

L'AOUR sarebbe composta dall'Ospedale San Carlo (DEA 2° livello), dall'Ospedale di Matera (DEA 1° livello), dai Presidi di Base di Lagonegro, Villa d'Agri, Melfi e Policoro, quale struttura ospedaliera unica articolata in più plessi.

Il disegno complessivo della riorganizzazione è carente e non affronta le criticità del sistema sanitario regionale, già depauperato da una irrazionale organizzazione accentratrice, e ingloba l'ospedale Madonna delle Grazie nel San Carlo di Potenza.

Il nosocomio materano verrebbe ulteriormente svuotato di una serie di funzioni, con riduzione di capacità organizzativa e decisionale.

6.0 LA RIFORMA NECESSARIA, ALCUNE PROPOSTE: AUTONOMIA, MEDICINA TERRITORIALE, INNOVAZIONE E TELEMEDICINA

In considerazione delle criticità evidenziate, rese più gravi dall'emergenza pandemica, è necessario ridisegnare i servizi sanitari a misura delle persone e delle loro necessità, mantenendo autonome sul piano amministrativo e gestionale le aziende sanitarie Asp e Asm, dotandole di budget adeguati e la cui ripartizione sia conseguente ad uno studio approfondito sulle reali carenze e/o necessità di sviluppo.

La pandemia ha reso evidente la scarsa lungimiranza delle scelte in tema di politica socio-sanitaria sia a livello nazionale che, ancor più, a livello regionale, sottolineando alcuni aspetti critici di natura strutturale che in

prospettiva verrebbero aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

A tal proposito, già l'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane ha evidenziato come negli anni si sia proceduto alla ricerca dell'efficienza economica intervenendo però, prevalentemente, in un'ottica di risparmio e trascurando gli effetti che scarsi investimenti rivolti alla salute della popolazione possono generare indirettamente in termini di costi sociali ed economici, attraverso la qualità della vita delle persone.

La pandemia e l'emergenza ad essa connessa hanno fatto emergere la necessità di riorganizzare e sostenere con maggiori risorse il ruolo del territorio impreparato a fare fronte al numero così elevato di ricoveri in fase acuta, nonché la fragilità delle strutture sanitarie del Materano a fronte del depauperamento di risorse, strutture e organizzazione che dura ormai da alcuni anni.

In particolare, sono emerse significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni.

L'esperienza della pandemia ha, inoltre, evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

In questa ottica la riforma sanitaria lucana dovrebbe affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici.

6.1. Autonomia e medicina di territorio

Il modello sanitario regionale proposto è basato su due Aziende sanitarie locali una a Matera (ASM) e una a Potenza (ASP), di tipo misto che possano prevedere una vera integrazione tra ospedale e territorio. L'ASM, pertanto, dovrà mantenere autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, per assicurare i livelli di assistenza previsti dal PSN a livello territoriale.

La riorganizzazione sanitaria dovrà integrare ospedale e territorio, garantendo piena copertura ai bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, e potenziando la medicina territoriale, cioè tutte quelle prestazioni sanitarie di primo livello e pronto intervento che hanno finalità preventive e si presentano come alternativa all'ospedalizzazione.

Una strategia ad hoc per efficientare e rendere effettivamente fruibile ed efficace per tutti la medicina territoriale consente di salvaguardare le comunità di quei luoghi marginalizzati (penalizzati anche geograficamente) della regione e garantendo una effettiva presenza con un servizio di assistenza sanitaria domiciliare che minimizzi la mobilità sanitaria e disincentivi i flussi dei pazienti intra ed extra regione.

Così come previsto dal PNRR, occorre immaginare una sanità che preveda reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale per rafforzare: le prestazioni erogate sul territorio creando e potenziando strutture territoriali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità; l'assistenza domiciliare; lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari; Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario al fine di rinnovare e ammodernare le strutture tecnologiche e digitali.

La Casa della Comunità potrà costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, al fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il Punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi che, secondo un approccio di medicina di genere, dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziane e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

Potenziare il servizio di assistenza domiciliare per allinearci alle migliori prassi europee prendendo in carico la popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti ed erogare cure domiciliari che sfruttino al meglio le nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione).

I servizi di telemedicina rappresentano un formidabile mezzo per ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti; migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.

Attraverso l'attivazione degli Ospedali di Comunità, ovvero strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica per degenze di breve durata, a gestione prevalentemente infermieristica, contribuirebbe ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero.

Al fine di ottemperare a requisiti fondamentali di un Sistema Sanitario pubblico quali equità di accesso alle cure e omogeneità della qualità dell'offerta sanitaria, è opportuno realizzare azioni concrete di riorganizzazione e/o integrazione di specifici servizi tra l'Ospedale di Matera e il territorio.

7.0 VALORIZZAZIONE DELLA MEDICINA TERRITORIALE

I Distretti, chiamati da normative nazionali e regionali a rappresentare l'ambito territoriale, necessitano di appropriarsi delle proprie funzioni specifiche attraverso investimenti diretti ad assunzioni di personale sanitario qualificato, ormai ridotto ai minimi termini a causa di quei processi di razionalizzazione delle risorse sanitarie dell'ultimo decennio. Gli aspetti prioritari in questa nuova fase di programmazione dovranno essere orientati a rafforzare le funzioni dei Distretti come punti di riferimento per il cittadino, offrendo un'assistenza sul territorio in maniera diffusa, omogenea, uniforme ed integrata con l'Ospedale DEA di Matera.

Nello specifico si propone l'attuazione dei seguenti punti programmatici:

- Il Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2018-2020 prevedeva l'evoluzione della già esistente Centrale delle Dimissioni (CD) presso la AOR San Carlo verso una Centrale Operativa Regionale (COR). Allo stato attuale appare necessario istituire la suddetta COR o affiancare all'attuale CD una CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (C.O.T) propria dell'ASM quale strumento strategico di integrazione tra Ospedale di Matera ed il territorio.

- Ospedali di Comunità: nell'ottica del "Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale", il documento tecnico vagliato da AGENAS propone che "l'attivazione di tali strutture può avvenire per realizzazione ex novo e per riconversione di strutture attualmente dedicate alla lungodegenza." Una particolare attenzione va riposta nella scelta delle lungodegenze da riconvertire, poiché data la particolare organizzazione logistica della nostra Regione è necessario garantire una equa distribuzione di lungodegenze post-acuzie per la cura dei pazienti con condizioni di non autosufficienza con patologia ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che richiedono specificatamente assistenza medica 24 ore su 24, nonché assistenza infermieristica, prestazioni riabilitative e consulenze specialistiche.

- L'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) condivisi tra ASM e territorio per la gestione integrata del paziente cronico (long-term) (PDTA per diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Ipertensione arteriosa..), al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti professionali e organizzativi e migliorando l'appropriatezza clinica e diagnostica.

- L'inserimento di Case della salute su tutto il territorio, con il passaggio da una medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa. La presenza di Case della salute riduce gli accessi al Pronto soccorso per cause che non richiedono un intervento urgente e favorisce il calo dei ricoveri ospedalieri per le patologie che possono essere curate a livello ambulatoriale.

- Inserimento, secondo quanto già previsto dal PSR 2018-2020 della Regione Basilicata, di una rete territoriale di Punti Unici di Accesso (PUA) ai servizi sociali e sanitari, da definire congiuntamente con gli Ambiti Sociali in un territorio che al momento offre una frammentazione dei servizi socio-sanitari.

- Implementazione a livello territoriale della telemedicina, rappresenta uno strumento utile a ridurre le disuguaglianze decentralizzando le cure dall'ospedale al territorio, privilegiando ove possibile la cura al domicilio stesso del paziente.

7.1 Distretto Bradano-Medio Basento

L'Ambito socio territoriale Bradanica Medio Basento coincide con il Distretto Sanitario Bradano-Medio Basento che vede come unico Presidio Ospedaliero Distrettuale il PO di Tricarico che per sua mission, eroga prestazioni assistenziali per la presa in carico del paziente cronico nel percorso di cura domiciliare, ambulatoriale e di ricovero. Le note carenze di organico, dovute al permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per il personale delle aziende sanitarie, con blocco del turn-over e misure di contenimento delle assunzioni, hanno determinato il progressivo ridimensionamento dell'Ospedale di Tricarico e dei distretti afferenti. Nell'ambito della riorganizzazione del SSR, sarà necessario recuperare la centralità del PO di Tricarico nel panorama dell'offerta sanitaria territoriale, attraverso il consolidamento e potenziamento delle attività presenti:

- Il Reparto UOSD di Lungodegenza post-acuzie: Nelle nuove linee programmatiche è necessario che la Lungodegenza venga preservata nelle sue funzioni, con assunzione di personale sanitario in numero adeguato a garantire un regime h24 per la cura dei pazienti complessi con condizioni di non autosufficienza, con patologie ad equilibrio instabile, disabilità croniche e in stato vegetativo.

- Il Servizio di Radiologia: Per la piena funzionalità del servizio di Radiologia è indispensabile programmare l'assegnazione di un medico radiologo al PO di Tricarico nonché la disponibilità della telerefertazione da parte della UOC Radiologia di Matera nelle ore pomeridiane, notturne e festivi. Quanto premesso al fine da garantire una equa distribuzione dei servizi agli utenti del comprensorio, la sicurezza dei degenti e un adeguato supporto ai medici dei reparti, spesso impossibilitati a dirimere esaurientemente un quesito diagnostico senza l'ausilio della diagnostica di laboratorio e/o per immagini.

- Il Laboratorio Analisi: Le nuove risorse dovranno essere orientate a: rafforzare la presenza di amministrativi ed infermieri presso i distretti del territorio sede delle attività di prelievo (Garaguso, Oliveto, Calciano, Grassano, Grottole, Irsina, Salandra, Tursi, S.Mauro Forte, Accettura) al fine di aumentare la frequenza e la disponibilità del servizio prelievi per paganti ed esenti presso piccoli comuni dove una elevata percentuale di utenti sono rappresentati da soggetti anziani; potenziare la diagnostica, ripristinando la possibilità di eseguire esami di batteriologia di base (vedi urinocoltura) attraverso l'acquisizione di idonea strumentazione; riattivare e aggiornare da un punto di vista tecnologico i sistemi di "point of care testing" (POCT) presenti presso il PTV e la Lungodegenza. Il POCT deve configurarsi come un'integrazione e non una sostituzione alle attività diagnostiche del laboratorio, consentendo di avere una risposta tempestiva per l'assunzione di decisioni cliniche di emergenza in un contesto dove l'attività di laboratorio è disponibile dal lunedì al sabato (8:00-14:00).

- La nuova programmazione non può prescindere dal potenziamento di personale amministrativo per garantire risposte a bisogni essenziali quali scelta/revoca dei MMG e pediatri di libera scelta, esenzioni per patologia, esenzioni per reddito, tessera sanitaria ecc..

- In merito alle attività ambulatoriali è indispensabile che l'Azienda Sanitaria metta a disposizione del Distretto risorse umane importanti in tema di specialistica ambulatoriale, affidando al Direttore del Distretto ed al Piano delle Attività Distrettuali vagliato dalla Conferenza dei Sindaci, il compito di garantire servizi importanti nei singoli Comuni, evitando ai cittadini inutili e faticosi spostamenti verso gli ospedali di Matera e Potenza.

7.2 Polo Riabilitativo "Don Carlo Gnocchi"

Alla luce delle proposte tecniche in materia di riordino del Servizio Sanitario Regionale, il Polo Specialistico Riabilitativo - Fondazione Don Carlo Gnocchi di Tricarico è candidabile come struttura di riferimento riabilitativa della ASL di Matera:

- Rafforzando ancora di più l'attrattività su patologie neurologiche ed ortopediche avendo a disposizione competenze e tecnologie adeguate (di prossima inaugurazione per es. una palestra con robotica per l'arto superiore);

- Differenziando l'offerta attuale anche su riabilitazione cardio-respiratoria. Considerata l'elevata e completa dotazione di professionalità e tecnologie di FDG, è possibile l'ampliamento dell'offerta riabilitativa alle cosiddette

MDC (Macro Categorie Diagnostiche) finora escluse, nello specifico, alla MDC 4 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio e alla MDC 5 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio. In aggiunta alle comuni degenze riabilitative, successive ad eventi acuti che richiedano l'ospedalizzazione del paziente, si ritiene opportuno allargare l'offerta riabilitativa a quelle condizioni di riattivazione della patologia (ad es. Sclerosi Multipla) ed al conseguente grado di disabilità per pazienti residenti al proprio domicilio o a quelle condizioni cliniche acute e disabilitanti non necessitanti di ricovero presso strutture per acuti ma, chiaramente specificate e documentate nel PRI, che possano idoneamente essere prese in carico in regime di degenza intensiva o estensiva;

- Dando implementazione al piano di riqualificazione riguardante l'attivazione di posti letto codice 75 per GCA (Gravi Cerebrolesioni Acquisite) ad oggi assenti in Regione;

- Sviluppando le attività di Neuropsichiatria Infantile, con particolare attenzione alla gestione dei disturbi del neurosviluppo in età evolutiva, sviluppando le attività di counseling, parent training, parent coaching oltre agli interventi riabilitativi in senso stretto;

- Sviluppando nuovi servizi sia in regime ambulatoriale che in supporto a specifiche esigenze della degenza (ad esempio la riabilitazione del pavimento pelvico rivolta ai pazienti oncologici con ambulatorio dedicato o ai degenti con patologie neurodegenerative (es. Sclerosi Multipla);

- Sviluppando la teleriabilitazione in sinergia all'attività domiciliare, ad integrazione e sviluppo di quanto già svolto in regime ambulatoriale.

Si rende utile precisare che è già stato depositato all'attenzione dei vertici regionali un progetto condiviso tra la Fondazione Don Gnocchi, l'Amministrazione Comunale e i vertici di Regione Basilicata 'Ipotesi di Progetto di Riqualificazione Assistenziale del Polo Specialistico Riabilitativo di Tricarico' che dettaglia la proposta di riqualificazione verso l'alta complessità del Polo Specialistico Riabilitativo di Tricarico.

7.3 Collina Materana e Metapontino

Un'altra area della regione di cruciale importanza per la Sanità Regionale è rappresentata dalla collina materana e dal metapontino, dove risiede una popolazione ingente che peraltro si moltiplica durante i mesi estivi.

E' notorio che la struttura di Policoro, unico baluardo sanitario superstite in un'area vastissima. per un'utenza di circa 120mila utenti. che non l'arrivo di turisti e vacanzieri diventano molti di più, è da tempo in affanno tanto da risultare oramai assolutamente insufficiente a rispondere alle sacrosante e legittime richieste di salute del territorio.

E' necessario sottolineare che a nostro avviso le cause non sono assolutamente da ascrivere alla professionalità degli operatori di cui, anzi, se ne riconosce abnegazione e sacrificio prestati ogni giorno per soddisfare le aspettative crescenti di pazienti sempre più "empowered" che rivendicano il loro diritto, sanciti costituzionalmente, di essere curati in maniera degna e oculata. Un ospedale per acuti nato per l'urgenza e per la diagnosi e la terapia di patologie complesse, divenuto crocevia e contenitore inadeguato di patologie croniche ed ambulatoriali.

Piuttosto, le cause sono da ricercare in una miope visione del futuro nella stesura di una riforma sanitaria che non ha tenuto conto dei cambiamenti demografici, dell'aumento della popolazione anziana e dell'aspettativa di vita alla nascita, dell'incremento delle patologie croniche e di pazienti anziani sempre più complessi e poli-patologici.

In questo ambito la struttura di Tinchì di Pistici potrebbe essere riferimento ospedaliero territoriale fondamentale, simbiotico con l'ospedale di Policoro anche e soprattutto perché ne faciliterebbe la decongestione, consentendole di riprendere e, anzi, migliorare le proprie specificità.

La posizione geografica baricentrica a cavallo delle nostre due arterie stradali principali, l'agevole raggiungibilità, la disponibilità di locali liberi ed adeguati oltre che la sua storia culturale e professionale, candidano la struttura di Pistici a sede di reparti dedicati.

Nello specifico riteniamo che la struttura di Tinchì debba mantenere le sue caratteristiche di ospedale territoriale, operando in simbiosi tecnica ed amministrativa con l'ospedale per acuti di Policoro e auspicando anche la denominazione "Ospedali Riuniti del Metapontino" che valorizzi la natura comune delle strutture sanitarie presenti sul territorio.

In particolare, riteniamo che nella collina materana e nel metapontino possano essere allocate:

- 1) Reparto di lungo degenza riabilitativa post acuzie per patologie internistiche (cardiovascolari, pneumologiche, neurologiche ecc.) e/o ortopediche

- 2) Hospice oncologico con sezione dedicata alla terapia del dolore

- 3) Unità operativa di Diabetologia ed endocrinologia con associato day service
- 4) Unità operativa di chirurgia ambulatoriale e di one day surgery con posti letto dedicati alla di vulnologia e chirurgia del piede diabetico
- 5) Ambulatori specialistici già in essere da ridefinire e potenziare (Dermatologia, Nefrologia, Cardiologia e Diagnostica vascolare, Medicina interna)
- 6) Ripristino della diagnostica radiologica, per altro con strumentazione già esistente e non utilizzata da anni (mi si permetta di ricordare che attualmente nella struttura di Policoro non è possibile eseguire una MOC o un ortopantomografia per mancanza di strumentazione o di device complementari, dispositivi invece presenti a Tinchì (ma inutilizzati da anni) che potrebbero essere implementati con una Tac di ultima generazione.
- 7) Laboratorio analisi
- 8) Inoltre, la struttura potrebbe essere punto di riferimento per la medicina del territorio con la creazione di equipè multidisciplinari formate da medici di medicina generale, per esperienze di telemedicina rivolte alla assistenza domiciliare di pazienti cronicamente allettati e/o con problematiche di handicap neuro motorio.

La presenza di strutture intermedie con funzioni specialistiche integrate con il carattere dell'eccellenza come quelle di Tinchì, in ossequio ai principi di decentramento, diversificazione e prossimità, rappresenta il punto di forza di una nuova programmazione sanitaria che, fornirebbe risposte adeguate, specifiche ed articolate alle esigenze sanitarie dell'intero territorio metapontino, declinando compiutamente la mission del servizio sanitario e riducendo drasticamente le disuguaglianze e i costi della disorganizzazione e dell'inefficienza.

8.0. INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

Si rileva, infine, la necessità di una reale integrazione socio-sanitaria che possa, anche attraverso l'erogazione di servizi e la realizzazione di strutture residenziali e semi residenziali, garantire in favore dei cittadini quel diritto alla salute costituzionalmente previsto.

L'area della cronicità è, infatti, uno degli anelli deboli della catena, anche alla luce della nota carenza di strutture e percorsi non ospedalieri.

In mancanza di strutture e percorsi chiaramente definiti, l'unica soluzione è l'accesso al Pronto Soccorso ed il conseguente ricovero (alle volte di natura "sociale") in ospedale per acuti in cui la successiva proposta di dimissione risulta difficilissima anche per le implicazioni di tipo familiare.

Diventa quindi ancor più necessario garantire un percorso che assicuri interventi sanitari e sociali, i quali tengano conto del bisogno assistenziale del malato e delle aspettative e necessità dei familiari, sia per un inserimento domiciliare di lunga-assistenza sia per una istituzionalizzazione in struttura residenziale socio-sanitaria.

Indispensabile dunque migliorare l'integrazione tra fase ospedaliera/riabilitativa e fase territoriale/esiti, rendendo il più omogeneo possibile il sistema su tutto il territorio regionale/nazionale e diffondendo le migliori esperienze per:

- sviluppare un approccio globale ai problemi della persona disabile e del nucleo familiare di riferimento;
- migliorare la capacità di lettura del sistema informativo, raccogliendo dati su tutti gli interventi socio-sanitari, anche attraverso rilevazioni ad hoc per i servizi sociosanitari ed altri percorsi territoriali (lavoro, scuola) attualmente non coperti dal sistema informativo regionale.

In tutto ciò è fondamentale la formazione degli operatori, garantendo e promuovendo in loro:

- a. l'acquisizione di competenze specifiche in tutte le professionalità coinvolte;
- b. l'attitudine al lavoro in équipe;
- c. l'acquisizione di competenze per l'utilizzo di apparecchiature e strumenti di diagnosi e valutazione;
- d. il miglioramento della qualità dell'intervento affinando le tecniche di ascolto e le competenze di accadimento;
- e. individuazione appropriata di comunicatori aumentativi ed alternativi.

Una sanità che funziona, una perfetta integrazione con il sociale e la capacità di dare ai cittadini servizi apprezzati rappresenta uno degli obiettivi principali dell'azione della Pubblica Amministrazione che consente, tra l'altro, di fornire una risposta notevole al bisogno di lavoro dei giovani lucani.

9.0 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

L'azione di riforma dovrà essere incardinata al fine rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie, facilitando lo scambio di competenze specialistiche fra l'IRCCS di Melfi e le altre strutture del SSN. Si dovrà rafforzare la governance aziendale sempre più orientata alla ricerca e si responsabilizzerà il Direttore Generale e il Direttore Scientifico per il conseguimento dei risultati.

Le infrastrutture tecnologiche e digitali ospedaliere dovranno superare il grado di obsolescenza prevedendo investimenti per l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero al fine di migliorare la fiducia dei cittadini nel sistema sanitario dell'intera regione.

Da questa dettagliata analisi, dunque, emerge una precisa esigenza sanitaria che deve impegnare La Regione e le varie forze in campo a rinunciare alle pratiche dei tagli generalizzati e diversificando l'offerta sanitaria in reparti specializzati con conseguenti dotazioni organiche e tecnologiche, investendo in tecnologia ed informatizzazione dei servizi al cittadino (gestione delle prenotazioni, gestione e scorrimento delle liste d'attesa, ritiro dei referti ecc ecc), migliorando la trasparenza nelle valutazioni concorsuali e riformando le procedure di selezione e riqualificazione del personale (anche direttivo, primari, medici infermieri etc). Le procedure devono essere rese pubbliche e trasparenti a garanzia di selezioni meritocratiche; nonché investendo nella formazione continua per migliorare le cure e le tecniche utilizzate, avendo ben chiari gli obiettivi da raggiungere e una tangibile ricaduta sui pazienti.

10.0. LA FACOLTA' DI MEDICINA

La Regione Basilicata ha definito con il Ministero della Università e della Salute un accordo di programma ed a cui è seguito il parere positivo del Comitato Regionale Universitario di Coordinamento e della Regione per l'istituzione della Facoltà di Medicina di Basilicata. Per l'attivazione del corso di laurea in medicina la Regione ha stanziato 3 milioni di euro per il primo anno e 4 milioni di euro per gli anni successivi per il periodo di vigenza del Piano dodicennale Regione/Università 2012–2024, integrando così lo stanziamento di 10 milioni di euro all'anno già previsto. A questi fondi si aggiungono quelli stanziati dal Miur per sostenere i costi di funzionamento (2 milioni di euro all'anno per il triennio 2021-2023) e dal Ministero della Salute per implementare la ricerca sanitaria (3 milioni di euro all'anno per il triennio 2021 – 2023).

Facoltà di Medicina sono presenti in tutte le regioni italiane: alcune si caratterizzano per indiscusso prestigio e tradizione, altre per l'originalità dell'offerta. In Basilicata il successo della Facoltà di Medicina si baserà molto sulla capacità di offrire percorsi alternativi. Da questo punto di vista, Matera rappresenta la sede ideale per corsi e materie di studio che si associano all'utilizzo delle nuove tecnologie, grazie alla presenza della Casa delle tecnologie emergenti. Qui potranno essere istituite e sperimentate specializzazioni dei comparti ospedalieri in specifici settori della medicina innovativa.

Altre annotazioni:

SINDACO DEL COMUNE DI:	FIRMA LEGGIBILE
MATERA	Domenico B...
GRAJANO	Giuseppe White
POMARICO	Giuseppe...
JUMSI	Antonio...
SALVINASSA	Luigi...
STARAGUSO	Francesco...
STIGLIANO	Francesco...
SCANZANO IONICO	Antonio...
PISTICCI	Antonio...
POLICORO	Antonio...
S. GIORGIO LUCANO	Antonio...
TRICARICO	Antonio...
IRSINA	Antonio...
M. GLIONICO	Antonio...
CRACO	Antonio...
M. MESCASIOSO	Antonio...
NOVA SIRI	Antonio...
GORGOGLIANO	Antonio...
ROTONDELLA	Antonio...
VALSINNA	Antonio...
SUARDO	Antonio...
M. DI BASSO GOMMO	Antonio...
COMUNE DI FERRANDI, M.	Antonio...