

# IL DIRITTO ALLA SALUTE IN SARDEGNA

## Lo stato di attuazione delle politiche socio-sanitarie

Cagliari martedì 11 luglio 2006 ore 9,30 – Sala Convegni «Giuseppe Sechi»

### RELAZIONE

ALBERTO BOTTONI, SEGRETARIO GENERALE FNP CISL SARDEGNA

Un cordiale saluto a tutti i presenti, in particolare a Mario Medde ed a Sergio Betti.

Ad Oriana un complimento per la relazione introduttiva ed un ringraziamento per la fattiva e piena collaborazione con la FNP.

Prima di passare all'argomento all'ordine del giorno, permettetemi di ringraziare tutti ed in modo particolare i dirigenti e la FNP tutta per l'impegno profuso capillarmente per la riuscita del referendum sulle riforme Costituzionali.

Il mio accenno al risultato positivo del referendum è per mettere in evidenza la contraddizione del nostro Governatore: il quale è stato fra i primi sostenitori alla tornata referendaria che come ben sapete, mirava a stravolgere la nostra carta Costituzionale, cancellandone lo spirito solidaristico ed accentuandone i poteri del Premier.

Nell'esercizio delle sue funzioni e sulle riforme istituzionali in Sardegna sembra abbia tutte altre intenzioni, puntando ad un sistema politico istituzionale fortemente centralista e presidenzialista. L'augurio che mi faccio, è che i partiti abbiano capito fino in fondo il messaggio che gli italiani e i sardi hanno loro dato: vogliamo riforme largamente condivise, tenendo conto che il paese non è un'impresa dove l'obiettivo primario è l'utile, ma è un a società dove i bisogni sono diversi e tutti hanno diritti uguali.

Affrontare la tematica di questo convegno vuol dire, non soltanto, occuparci di un problema sociale di importanza comune, ma interessarsi ed impegnarsi concretamente per una politica di sviluppo sostenibile e un miglioramento della qualità della vita.

Il nocciolo della questione, prima di addentrarci sulla legislazione, o su ciò che si dovrebbe fare per migliorare la sanità in Sardegna, consta essenzialmente nel definire una strategia di tutela del diritto alla salute, contro l'insorgenza della malattia e della disabilità.

Premettendo che tale ragionamento è esteso a tutte le categorie sociali, come diritto inalienabile dell'uomo, è chiaro, che per quel che ci riguarda, come categoria di pensionati, ciò diventa una necessità primaria.

Per renderci effettivamente conto dello stato attuale delle cose per ciò che concerne la sanità in Sardegna, permettetemi un brevissimo excursus legislativo che ci chiarirà le idee.

La Regione, nel corso di circa trent'anni, per quel che riguarda la legislazione regionale riferita alle politiche sanitarie e sociali, è stata caratterizzata da un andamento altalenante e discontinuo, e dico ciò, senza nascondere una certa vena polemica.

Pur ammettendo importanti provvedimenti legislativi, bisogna evidenziare come non siano stati e non sono inseriti in un quadro organico di continuità e coerenza, determinando, come logica conseguenza, difficili condizioni di realizzazione.

Con vuoti legislativi ed incertezze operative, possiamo tracciare una mappa delle principali fonti giuridiche sull'argomento.

Dal DPR n. 616/77, in cui si riorganizzavano i principi amministrativi e il decentramento delle funzioni e delle competenze degli enti locali, si passa alla legge regionale n. 4/88 che ha dettato, per la prima volta, norme chiare e specifiche sul riordino delle funzioni socio assistenziali.

Tale legge ha costituito, seppur virtualmente, un importante e notevole documento programmatico-organizzativo ed ha tracciato delle linee di intervento adeguate, mirando alla prevenzione come strumento per eliminare situazioni di emarginazione e bisogno nella vita sociale; promuovere e sostenere tutte le iniziative volte a tutelare i soggetti non autosufficienti; favorire l'integrazione dei servizi socio assistenziali con i servizi sanitari, educativi e culturali al fine di garantire una risposta organica e completa ai bisogni della popolazione.

Un altro importante passo avanti nel riordino e nella gestione della politica sanitaria regionale, si ha con l'istituzione dell'Osservatorio regionale per le politiche sociali, deputato a svolgere attività di ricerca, studio e assistenza agli enti pubblici che operano nel settore socio assistenziale.

Allo stato attuale delle cose, la legislazione in materia di sanità opera una svolta decisiva a partire dal biennio 1998/2000, con l'approvazione del piano socio assistenziale, che è stato integrato e completato con il DPCR 2001 che è il Documento di programmazione economica e finanziaria.

Con questi strumenti la Regione assume come obiettivi primari la qualificazione dell'assistenza sanitaria, l'utilizzo razionale delle risorse ed il miglioramento dei servizi, l'acquisizione di beni e servizi per rispondere alle reali esigenze della collettività.

Questo quadro legislativo si completa con l'ultima novità del giugno 2005 che è il Piano sanitario regionale, che integra e completa ancor meglio la situazione già illustrata.

Questo si propone di:

- istituire un lavoro di rete tra operatori sanitari e sociali per lavorare in una logica di sistema, nel quale si ha una reale presa in carico dei problemi del paziente assicurando continuità nell'assistenza;
- la personalizzazione degli interventi;
- la razionalizzazione della rete ospedaliera;
- il miglioramento dell'assistenza farmaceutica;
- il controllo della spesa sanitaria;
- la riqualificazione del patrimonio immobiliare sanitario pubblico.

Ma perché ho voluto tracciare il quadro della legislazione sanitaria sarda?

Semplicemente per analizzare al meglio ciò che decretano i piani e ciò che realmente viene attuato.

Passatemi lo scetticismo e la vena polemica, ma veramente, ad oggi, tutto quello che abbiamo citato viene attuato in una Regione, come la nostra che grazie allo statuto speciale, potrebbe essere da esempio per tutto il territorio nazionale considerando il rapporto territorio-risorse?

Allo stato attuale il territorio, la dimensione dei comuni e le finanze, rappresentano un fattore di criticità notevole.

Il nodo principale della questione è che le leggi regionali sopraccitate sull'assistenza hanno trovato seri e, spesso insormontabili, difficoltà di applicazione a causa della discordanza tra ciò che l'ideale si propone e ciò che è la realtà dei comuni ai quali le leggi sono rivolte.

In sostanza tra una teoria perfetta nella sua semplicità ed una pratica in cui i comuni non sono assolutamente in grado di gestire i servizi sociali, sia per mancanza di risorse, sia per disorganizzazione amministrativa (un esempio: la Sardegna ha previsto la possibilità di stipulare, tra gli Enti locali e assistenti sociali per la gestione dei servizi, convenzioni specifiche, peccato che nessuno abbia previsto l'inquadramento di questi ultimi nell'organico dell'ente locale!).

A ciò dobbiamo aggiungere la tendenza della Sardegna a prevedere fondi specifici per promuovere i consorzi fra i Comuni per la gestione associata di servizi intercomunali.

Ancora, c'è da evidenziare la realtà comunale della Sardegna che vede ben l'81% dei Comuni sotto i 5000 abitanti.

Analizziamo ora la ricaduta che il Piano sanitario regionale ha sugli anziani della nostra regione.

Purtroppo nell'ambito generale si nota la mancanza di un progetto specifico mirato agli anziani.

Alcuni dati ci possono aiutare a comprendere le reali difficoltà che la Regione dovrà affrontare per garantire alla categoria sociale che rappresentiamo adeguati livelli socio assistenziali.

Gli anziani in Sardegna hanno un totale pari a circa 69.500 unità ed in rapporto a tale numero la spesa per i non autosufficienti risulta fortemente inadeguata. Infatti, la spesa per l'assistenza domiciliare integrata pro-capite a livello nazionale è di euro 13,68, per la Sardegna di euro 10,12. L'assistenza semiresidenziale e residenziale è di euro 38,43, per la Sardegna 8,24 euro. Complessivamente in Italia la spesa per l'ADI e l'assistenza residenziale è di euro 51,11, per la Sardegna 18,36, ben al di sotto della media nazionale. Inoltre, per ciò che concerne le strutture residenziali, secondo i dati forniti dal Ministero della salute, in Italia sono 1737, con circa 178.000 utenti; in Sardegna sono 15 con 67 utenti.

La CISL prendendo atto della situazione, ha cercato di portare al centro dell'attenzione l'esigenza di un'integrazione concreta ed operava tra ciò che il piano sanitario propone e la sua effettiva applicazione ai territori.

L'integrazione effettiva del piano sanitario al piano socio assistenziale potrebbe, finalmente, far cadere l'alibi degli Enti locali e delle ASL in base al quale trovano difficoltà a realizzare la tanto sospirata assistenza domiciliare integrata in modo organico.

L'applicazione integrale del Piano regionale renderebbe operativi i distretti sanitari, che ad oggi risultano entità fantasma. Si potrebbe ipotizzare, addirittura, una riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche, evitando di ricorrere al privato con un ulteriore aggravio economico per gli utenti stessi. La conseguenza di questa situazione è che la prevenzione, punto focale del Piano, al momento viene totalmente ignorata.

Il triste quadro della sanità sarda si aggrava quando si parla di «emigrazione sanitaria». La Regione Sardegna dovrebbe garantire a tutti i cittadini una uguale offerta di servizi rispetto alle altre strutture presenti in campo nazionale, limitando così la necessità di recarsi altrove per avere risposte ai propri bisogni.

A ciò si collega la necessità, anch'essa evidenziata dal Piano sanitario, di riequilibrare la rete ospedaliera.

Questo vuol dire razionalizzare la rete partendo dal presupposto che, se è vero, che rispetto alla media nazionale il numero dei posti letto è superiore alla media ed alle effettive necessità globali della regione, è vero che lo squilibrio è anche interno, per cui sussistono aree in cui vi è un eccesso di disponibilità ed aree che non riescono a soddisfare il fabbisogno del territorio.

Questo squilibrio porta a tre problematiche diverse:

- la prima è che la maggior parte delle risorse finanziarie stanziata dalla Regione serve a coprire spese ospedaliere di cui non si ha bisogno;
- la seconda è che alcune aree sono, paradossalmente, sprovviste delle strutture necessarie;
- la terza, come emerge dai dati citati, è che mancano le strutture a lunga degenza e sufficienti risorse per la tanto sospirata Assistenza domiciliare integrata a la prevenzione.

Concludo salutando e ringraziando tutti, lasciando a voi le considerazioni del caso.