



Segreteria Regionale Sardegna

## 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

LUCIANA COIS, SEGRETARIA REGIONALE CISL MEDICI SARDEGNA

Se dovessimo redigere un bilancio delle politiche sanitarie di questi ultimi anni, dovremmo dire che dopo l'era dell'immobilismo si è aperta l'era delle speranze: un piano sanitario regionale, la revisione della rete ospedaliera, la legge di riforma del servizio sanitario regionale, l'umanizzazione del pianeta sanità. Dopo due anni di valutazioni e studi abbiamo ora necessità che queste speranze si trasformino in realtà.

In Sardegna purtroppo non godiamo di buona salute. Sono anni che manca una concreta programmazione. Sono anni che non si è preso in considerazione che le politiche sanitarie e sociali sono prioritarie per lo sviluppo della nostra isola. Sono anni che si pensa alla sanità solo come costo eccessivo a carico del bilancio regionale considerandola la prima e vera causa del deficit regionale.

La CISL medici ritiene invece che la salute debba essere considerata una ricchezza sulla quale bisogna investire. I cittadini che incontriamo quotidianamente non si stancano di ripeterlo: PRIMA LA SALUTE !!

È necessario quindi affermare e soprattutto concretizzare la centralità degli obiettivi di salute, intesa come benessere psico-fisico e qualità della vita, nella definizione delle scelte delle politiche pubbliche.

Per noi promuovere significa andare oltre la semplice assistenza sanitaria e considerare i fattori socio-economici (povertà, esclusione sociale, occupazione), i fattori ambientali, gli stili di vita, la disponibilità di servizi (quali scuole, servizi sanitari, servizi sociali, trasporti, servizi sportivi e tempo libero).

Appreziamo il fatto che il desiderio di riformare la sanità sarda abbia impegnato in maniera importante le istituzioni che hanno svolto una gran mole di lavoro in questi ultimi tempi: per quanto riguarda il territorio attraverso la nuova legge 202 si darà finalmente il via all'attivazione dei distretti socio sanitari con autonomia gestionale; non sappiamo ancora quali siano e come saranno organizzati sappiamo che ci saranno i PLUS (Piani Locali Unitari dei Servizi), le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria) gli URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) distrettuali le UVT (Unità di Valutazione Territoriale) ecc. tutti organismi di importanza condivisibile ma che costituiscono diritti per il momento solo sulla carta in una sanità fatta ancora solo di parole, soprattutto sigle. Quello che ancora non sappiamo è in che modo le figure professionali che operano nel territorio ...medici di famiglia, pediatri, specialisti ambulatoriali, medici dei consultori, dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) ecc. interagiranno tra di loro e con i colleghi dell'ospedale e gli altri operatori socio sanitari per dar luogo a quell'appropriatezza organizzativa imprescindibile per l'appropriatezza clinica. Queste considerazioni sono valide

anche per quanto riguarda i CSM che si vogliono rendere più idonei a contrastare il cosiddetto «disagio sociale».

Nessuno nega l'opportunità dell'intervento sanitario integrato con un valido programma socio assistenziale, ma quest'ultimo non deve sostituire o confondersi con l'attività medica psichiatrica.

Gli ultimi rapporti rappresentano in modo puntuale come l'evoluzione della domanda sia una combinatoria composta dall'invecchiamento progressivo della popolazione, dalla trasformazione delle relazioni sociali e del modo di vivere, dal cambiamento della struttura familiare con l'aumento delle persone singole e la diminuzione del numero dei componenti, lo sfaldamento nelle zone urbane a più alta densità abitativa e lo spopolamento delle zone interne. Emergono, da un lato, malattie legate ad una faccia del benessere (diabete, disturbi depressivi, obesità, ecc.) dall'altro lato, quelle legate all'invecchiamento, tra le quali emerge l'incidenza di patologie che causano la perdita dell'autosufficienza, comunque legate a forme di disabilità e caratterizzate da un forte impatto assistenziale a lungo termine e a basso contenuto sanitario (Alzheimer, nefropatie, sclerosi multipla, anziani over 65 disabili, disabili in genere, ecc.).

La Sardegna rispecchia quest'analisi e ci preoccupa non poco che ancora non si prendano in considerazione i cambiamenti sociali che hanno già diversificato la domanda e l'emergere di nuovi bisogni che comportano scelte che sono anche una necessità. Scelte che la CISL MEDICI individua in un importante obiettivo: definire un'ampia rete di servizi ed un sistema di protezione sociale che dall'ospedale (non più il fulcro dell'assistenza sanitaria ma sempre più caratterizzato dallo svolgimento di attività ad elevato contenuto tecnologico, dall'aumento della capacità di risposta a problemi acuti, interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità), passando per i servizi territoriali per arrivare alle forme più avanzate di cure a domicilio.

Questo significa anche adoperarsi per una verifica della rete ospedaliera sarda. Si parla della riduzione di 1000 posti letto per acuti che devono essere trasformati in posti letto per subacuti e riabilitazione: dove avverranno i tagli? Cosa accadrà nei piccoli ospedali periferici? E nelle strutture private accreditate?

Qualche importante chiarimento è stato dato dal documento integrativo al piano sanitario regionale che indica per ciascuna azienda per quali presidi è prevista la riconversione dei posti letto. È un passo avanti, ma non basta.

Occorre utilizzare la riorganizzazione della rete ospedaliera come opportunità per l'ammodernamento dell'offerta dei servizi ospedalieri, fermi alle esigenze di circa 25 anni fa.

Un esempio per tutti può valere la considerazione dei reparti ostetrici e neonatali immutati, nonostante il dimezzamento del numero dei parti, le medicine immutate rispetto alle richieste di reparti superspecialistici quali la gastroenterologia sia medica che chirurgica, la reumatologia e la geriatria i reparti di riabilitazione post-trauma e post-ictus.

La riconversione della rete ospedaliera non può essere solo un processo ragionieristico e funzionale a far quadrare i conti della sanità, ma va utilizzata come un trampolino di lancio volto a produrre strutture capaci di fornire prestazioni di qualità e di alta specializzazione.

La riorganizzazione ospedaliera non può partire senza una riorganizzazione del territorio.

Questo significa potenziare il territorio: renderlo capace di ascoltare ed interpretare i bisogni dei cittadini di farsene carico e dare le risposte giuste sotto il profilo sanitario e sociale senza sradicarli dal loro ambiente di vita, sarebbe una situazione ideale che ci troverebbe tutti d'accordo!

Purtroppo tutto questo si scontra con la situazione di abbandono endemico in cui il territorio si trova: personale drammaticamente carente, tecnologie assenti, locali deprimenti.

Riteniamo che se non ci si adopererà per risolvere alla radice questi problemi l'integrazione ospedale territorio non potrà andare oltre la seppur lodevole dichiarazione di intenti. Occorre anche potenziare i poliambulatori specialistici del territorio affinché siano non solo un filtro ma in alcuni casi un'alternativa all'ospedale.

Nuove strategie nel territorio si annunciano anche nell'assistenza ai disabili: i PUA (Punto Unico di Accesso) le UVT (Unità di Valutazione Territoriale).

Come funzioneranno questi organismi?

Abbiamo molto a cuore questo argomento perché siamo convinti che il valore civile di un paese si apprezzi soprattutto su come affronta le problematiche delle persone più vulnerabili. Inoltre riteniamo le problematiche relative alla riabilitazione per il forte impatto sociale ed economico che le contraddistingue un campo di prova per chi vuole operare per il benessere della comunità coniugando la conoscenza e la padronanza degli strumenti del management aziendale con le specificità di un settore di attività a fortissima rilevanza sociale. La delibera in materia della Regione Autonoma della Sardegna propone oltre ad una serie di linee guida generali, alcune importanti novità per quanto riguarda l'accesso ai centri di riabilitazione globale della rete territoriale. L'inserimento in questi centri è possibile previo parere favorevole delle Unità di Valutazione Territoriali che formulano un progetto riabilitativo definendo l'entità e la natura del bisogno ed individuando la tipologia di struttura in cui l'utente può trovare risposta adeguata alle sue esigenze assistenziali. Consideriamo positiva la possibilità per l'utente di trovare un valido supporto alle proprie richieste e necessità: saremo però critici circa la composizione delle UVT, i cui componenti devono a nostro avviso, vista la difficoltà del loro compito, essere adeguatamente formati in materia ed impegnati esclusivamente in questa attività, in modo da poter dedicare al corretto funzionamento di queste strutture tutte le loro energie, senza doversi frammentare con altre occupazioni (reparti ospedalieri, poliambulatori, ecc.) cosa che potrebbe accadere se in realtà la molla delle UVT è il risparmio.

A questo ci viene da pensare, considerando il lievitare negli ultimi tempi dei contratti atipici, segno di una grande necessità di risparmio da parte delle ASL che ottengono in questo modo di non dover pagare i costi aggiuntivi della stabilizzazione ferie, malattia, contributi, ecc. un risparmio che intrappola in una situazione di precarietà lavorativa ed esistenziale i medici; gli stessi che dovrebbero farsi carico dei problemi di salute dei cittadini.

Un'altra importante promessa è quella della tessera sanitaria: tutti noi abbiamo ricevuto il tesserino magnetico che dovrebbe servire ad evitare le lungaggini burocratiche per la prenotazione di esami e visite specialistiche e ancor di più dovrebbe servire ai medici attraverso un adeguato supporto informatico e con le opportune chiavi di accesso a conoscere la storia clinica del paziente evitando l'inutile ripetizione di esami già fatti. Tutti noi abbiamo ricevuto la tessera, ma tutti noi la stiamo utilizzando ancora semplicemente al posto del codice fiscale (forse perché è più colorata) stiamo ancora aspettando di conoscere in che tempi vedremo l'attivazione di questo servizio.

Concludo segnalandovi una proposta su cui stiamo lavorando, che è quella di sollecitare la modifica della legge 202 licenziata dalla commissione sanità, e precisamente: integrare l'articolo 12 comma 3 lett.a) con quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 16-ter, DLGS 502 e successive modificazioni; «...e' necessario che la Regione assicuri l'inserimento delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal servizio sanitario nazionale nella Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale come previsto dall'articolo 1 comma 13 e dall'articolo 2, comma 2.bis, DLGS n. 502 e successive modificazioni»: «La Regione, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del piano sanitario nazionale, adotta o adegua i piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopi di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal servizio sanitario nazionale».

Abbiamo voluto proporre queste considerazioni non per codificare i lamenti di cittadini e medici ma nella ferma convinzione di fare delle critiche utili e proposte fattive per convincere società e istituzioni che è venuto il momento di aprire un dialogo costruttivo, altrimenti il sistema sanitario regionale non reggerà più, con gravi danni per tutti. Siamo in una fase ricca di incognite che non può essere gestita solo dalla politica, ma coinvolgere la complessità delle rappresentanze sociali, dei cittadini e dei medici. Alla CISL non mancano né l'intelligenza, né la capacità, né la forza per portare avanti questi obiettivi.