

SEMINARIO della FP-CISL Sardegna



L'EVOLUZIONE DELLA SANITA' IN SARDEGNA

PARTECIPAZIONE ANALISI PROPOSTE



26 Aprile 2010 - Ore 10.00

Sala Anfiteatro - Regione Autonoma della Sardegna
Via Roma 253 - Cagliari

INTERVENTO DI

ORIANA PUTZOLU, SEGRETARIA CONFEDERALE CISL SARDEGNA

«IL DIRITTO ALLA SALUTE IN SARDEGNA»

PREMESSA

Alla fine del 2009, il Ministero del Welfare aveva commissionato alla scuola superiore Sant'Anna di Pisa una ricerca sullo stato della salute nelle regioni d'Italia. Dalla ricerca sono risultate le cosiddette pagelle con tanto di promossi e bocciati sull'offerta dei servizi garantiti dalle regioni sotto la stella del Servizio Sanitario Nazionale: 13 regioni, tutte del Centro Nord, con a capo la Toscana sono state promosse e al Sud ultime in capo la Calabria. La Sardegna si colloca tra le regioni con l'insufficienza: dato 29 il punteggio massimo degli indicatori alla Toscana, per la Sardegna su 29 ci sono 18 insufficienze.

Gli indicatori di riferimento sono dal tasso di ospedalizzazione alle vaccinazioni, a tutti i servizi erogati, ai tempi d'attesa ecc. Insomma per tradurre in sintesi l'esito della ricerca è che laddove c'è un livello di cure peggiore ci sono più sprechi e di conseguenza più disavanzi. Insomma garantire una buona sanità non vuol dire per forza dover spendere tanto di più. Anzi.

In questo senso la ricerca evidenzia che il ricorso al ricovero ospedaliero dovrebbe avvenire principalmente per patologie acute, e il territorio invece dovrebbe proporre un'offerta di servizi alternativi all'ospedale, capaci di rispondere in particolare alle esigenze crescenti dei pazienti affetti da patologie croniche, con una presa in carico proattiva e differenziale rispetto alle esigenze dei cittadini tutti. Inoltre la prevenzione dovrebbe agire tempestivamente, con modalità incisive e considerando le specificità dei diversi target di popolazione, adottando approcci differenziati in base ai bisogni. La ricerca infine dice che ciascuna delle dimensioni, ospedale e territorio, sia per prospettiva che per analisi, si deve articolare nel contesto specifico di riferimento.

Sempre da un'indagine sul soddisfacimento dei servizi sanitari curato dal CENSIS, salgono i gradi di insoddisfazione rispetto a laboratori d'analisi e consultori pubblici, sulle strutture di riabilitazione pubbliche e private, sull'ADI e la ricerca evidenzia soprattutto nel Sud il grado più alto di insoddisfazione. Si conferma dunque un sistema di offerta disomogeneo e svantaggiato nel meridione in riferimento soprattutto alla diffusione e accessibilità (servizi non facilmente accessibili a causa dei tempi di attesa: nel servizio pubblico le attese si attestano ad una media di 50 giorni, con punte superiori ai 70, contro una media di 27 giorni nelle strutture private convenzionate). Ed in particolare emerge un dato inquietante: un paziente su tre tra quanti hanno avuto un ricovero programmato ha dovuto farsi visitare privatamente o intra moenia prima di essere ricoverato e la percentuale supera il 40% nel meridione.

Alla luce anche di questi rilievi siamo sempre più convinti che la promozione della salute, intesa come benessere psicofisico, sociale e relazionale deve oggi essere posta al centro di una politica di sviluppo sostenibile e di qualità della vita, anche come occasione per estendere gli spazi di autonomia e di iniziativa delle persone.

La CISL ritiene necessario ed urgente - con questa premessa - avviare un percorso di revisione delle politiche socio assistenziali in grado di impedire l'aggravarsi della crisi dello stato sociale e ribadire la natura pubblica e universalistica del «problema salute». In questo senso è consequenziale per il sindacato, per le organizzazioni sindacali, affrontare le tematiche riguardanti il rilancio dello stato sociale, orientare il sistema secondo criteri di equità, efficienza, efficacia e qualità, valorizzare il contributo del terzo settore, investire nella formazione e aggiornamento continuo, privilegiare gli aspetti dell'umanizzazione.

LO SCENARIO SOCIO SANITARIO IN SARDEGNA

Le dinamiche macro economiche in Sardegna attestano da tempo un'accumulazione della ricchezza collettiva ancora insufficiente a recuperare anche solo una parte del divario con il Cen-

tro Nord. Gli indicatori economici mostrano come la Sardegna sia in grande difficoltà soprattutto per i livelli della disoccupazione, che rappresenta uno dei problemi più rilevanti. A ciò si aggiunge un triste dato che vede la nostra Isola tra le prime regioni in relazione agli indicatori di povertà.

In Sardegna l'attuale modello dei servizi sociosanitari si confronta con un quadro epidemiologico/demografico profondamente mutato:

- È diminuita la mortalità generale.
- È aumentata la durata della vita media (73 maschi - 80 femmine).
- Si è ridotta la mortalità delle patologie monofattoriali (malattie infettive).
- È aumentata quella delle patologie plurifattoriali tipiche delle società industriali (tumori, cardiopatie, diabete, arteriosclerosi, ecc).
- È diminuita la mortalità infantile.
- È diminuita la natalità per cui si prospetta una crescita zero.
- È ripresa l'emigrazione dei giovani.
- Accresce l'immigrazione da paesi extracomunitari.

Il quadro demografico sardo presenta inoltre una realtà di piccoli comuni a rischio di spopolamento, abitati prevalentemente da anziani e donne, e centri urbani e costieri di maggiore dimensione su cui si concentra gran parte della popolazione.

I mutamenti richiamati rendono sempre più pressante l'esigenza di riformare le politiche sociali e sanitarie in Sardegna. Esigenza posta più volte all'attenzione dei Governi regionali, compreso l'attuale, associata alla richiesta di una programmazione complessiva delle politiche sociali e sanitarie che comprenda certamente la revisione delle norme e la nuova predisposizione del Piano regionale sanitario ormai scaduto e di un Piano sociale mai approvato ma soprattutto per fornire risposte alla crescente domanda di prestazioni di prevenzione, cura, riabilitazione, di integrazione e socializzazione.

Una consapevole politica della salute richiede il riconoscimento e la legittimazione del ruolo delle parti sociali, perché l'importanza e la complessità delle decisioni da assumere esigono un processo di concertazione, una vasta partecipazione degli operatori, dei lavoratori e dei cittadini, all'interno di uno spazio negoziale dove vengono individuate le criticità e condivise le scelte nel rispetto reciproco dei ruoli e delle responsabilità, comprimendo la tentazione dell'esercizio unilaterale del potere.

Per tali ragioni si ribadisce fortemente l'importanza di istituire un tavolo permanente tra i soggetti istituzionali, Regione ed Enti locali, al fine di concordare un'agenda comune di lavori e confrontarsi periodicamente sugli obiettivi da raggiungere.

In questo anno con l'attuale Governo regionale, in particolare con l'Assessorato alla sanità le occasioni di incontro sono state davvero minime e interlocutorie, e in termini attendisti aspettavamo di conoscere la riforma sanitaria che nel frattempo è avanzata con le delibere inerenti alla rete ospedaliera e oggi nella proposta della riforma della legge 10.

Un sistema di relazioni sindacali a questo punto deve diventare un atto doveroso di riconoscimento del ruolo delle parti sociali attraverso la sottoscrizione di un «patto per la salute», così come si è definito sul livello nazionale.

IL PROCESSO DI RIFORMA

Sulla legge di riordino del sistema sanitario, le organizzazioni sindacali erano state convocate dalla Commissione consiliare della precedente legislatura per esprimere un parere in merito al disegno di legge allora approvato dalla Giunta in data 3 gennaio 2006 (anche quella volta in maniera unilaterale, senza un passaggio di concertazione con i sindacati).

Circa il riordino si era ribadito unitariamente il concetto che:

1. Il distretto è il luogo di attivazione dei percorsi di accesso del cittadino ai servizi garantiti, come luogo ottimale di esercizio delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità secondo programmi intersettoriali promossi congiuntamente dagli Enti locali e dalle aziende sanitarie. Il distretto è il presidio nel quale si raccoglie e si coordina la domanda di salute e di cura dei cittadini e nel quale si organizza la politica per la salute e il percorso terapeutico. È quindi sede appropriata d'intervento per bloccare i ricoveri impropri e far svolgere all'ospedale la funzione specifica di struttura tecnologica e specialistica per interventi di maggiore complessità.
2. Se è proprio del Servizio Sanitario Nazionale il compito di garantire, attraverso le risorse pubbliche, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitaria in condizioni di gratuità e con partecipazione alla spesa secondo le normative vigenti in materia.
3. Al Servizio Sanitario Regionale spetta il compito di garantire un sistema sanitario tale che ogni cittadino portatore di un problema di salute, per avere una risposta diagnostica pronta, qualificata ed a costi contenuti, deve poter accedere prontamente al servizio sanitario senza spostamenti, onerosi e pericolosi, dal luogo in cui egli vive e lavora.

L'articolato proposto oggi in Consiglio Regionale, che modifica la legge regionale 10 del 2006, porta a grandi cambiamenti nell'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale Sardo.

La proposta presentata è impregnata però:

- Da un forte centralismo regionale, a nostro giudizio la parcellizzazione dell'offerta non produce dei risparmi come si vuol far credere ma anzi crea i presupposti per un suo incremento a parità di prestazioni erogate o utenti serviti (il rischio è che gli stessi utenti possano essere fruitori di prestazioni tra loro scollegate e non coerenti).
- La proposta dà solo attuazione alla legge regionale 9 del 2009 che ha previsto lo scorporo degli ospedali dalle ASL, e la conseguente creazione delle relative Aziende Ospedaliere, la creazione di macroaree per la gestione delle attività tecniche, amministrative e di supporto delle aziende sanitarie ed ospedaliere.
- Nel Testo unificato si è scelto, in prima battuta, di scorporare gli ospedali di quattro province (Nuoro; Oristano; Olbia-Tempio e Carbonia-Iglesias), istituendo in ciascuna un'Azienda Ospedaliera unica che accorpa i diversi presidi operanti in quello stesso territorio, e di accorpare a Cagliari i Presidi Microcitemico e Oncologico all'Azienda Ospedaliera Brotzu.
- Si creano così 5 nuove Aziende Ospedaliere, che si sommano alle preesistenti due Aziende Ospedaliere-Universitarie di Cagliari e Sassari. Tutte le ASL vengono trasformate in Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) mantenendo il proprio ambito territoriale, ma mentre nelle quattro province le Aziende perdono qualsiasi competenza sugli ospedali, nelle restanti province (a parte l'accorpamento cagliaritano) la conserva.
- Il Testo si limita a prevedere lo scorporo di tutti i Presidi Ospedalieri dalle rispettive Aziende, così come stabilito dalla legge regionale 9, ma non ipotizza né un percorso né limiti temporali per la realizzazione di questo obiettivo.
- Il Testo non si limita ad intervenire solo sulle realtà ospedaliere in quanto depotenzia e, praticamente, cancella i distretti socio-sanitari, lasciando alle singole ASP la facoltà di istituirli e piena libertà di scelta sul modello organizzativo; sparisce, ovviamente, anche qualsiasi autonomia finanziaria.

COMMENTI

Punto di partenza, ma anche di arrivo, restano sempre gli ospedali, il cui riordino è indispensabile per garantire il diritto alla salute dei cittadini sardi ma è impossibile senza il potenziamento dei servizi territoriali ed in particolar modo dei distretti socio-sanitari, il luogo deputato all'integrazione delle politiche della salute.

La prospettiva ospedalocentrica è stata superata in tutte le regioni italiane e da tutta la programmazione sanitaria nazionale ormai da diversi anni: è patrimonio consolidato che per garantire il diritto alla salute dei cittadini si deve partire dalla prevenzione, dagli stili di vita, dal benessere sociale e che per realizzare questo obiettivo occorre rafforzare interventi e servizi nel territorio. Anche laddove si è scelto di separare gli ospedali dalle aziende sanitarie (vedi la Toscana per citare una realtà "virtuosa"), sono stati individuati e rafforzati lo strumento e i mezzi per garantire nel territorio la risposta ai bisogni di salute.

Perché si vuole smantellare l'impianto organizzativo che una normativa recente aveva disegnato per i distretti socio-sanitari?

Non si fornisce alcuna spiegazione: costi? Cattivo funzionamento?

Mentre la spesa sanitaria in Sardegna continua a crescere e le politiche nazionali in materia di Sanità concordano sul potenziamento della medicina del territorio, come un processo fondamentale per liberare risorse mal impiegate e migliorare il servizio sanitario, le soluzioni prospettate nel disegno di legge ci pare che per quanto riguarda il territorio corrispondano ad alzare bandiera bianca: non solo non si è presentata nessuna novità valida, ma si è smantellato l'articolo 17 della legge 10 che istituiva i distretti sulla cui organizzazione le nostre organizzazioni sindacali si sono lungamente battute.

L'articolo 7 del DDL rende tutta l'organizzazione distrettuale facoltativa, toglie l'autonomia tecnico-gestionale ai direttori di distretto, annulla il doveroso sistema di controllo da parte del comitato di distretto composto dai sindaci dei comuni interessati. Per le nostre organizzazioni sindacali l'articolo è completamente da annullare!!!

Noi riteniamo che sia necessario portare a consolidamento due poli reciprocamente funzionali e complementari organizzativamente e professionalmente:

1. Il Territorio (risposta continua).
2. L'Ospedale (risposta puntuale... per singoli episodi).
3. La messa a punto e l'utilizzo di percorsi diagnostico assistenziali condivisi ed integrati fra Ospedale e Territorio.

Ciò che si dovrebbe aggiungere all'articolo 17 della legge 10 è l'obiettivo per i direttori di distretto di garantire una costante valutazione della qualità e l'appropriatezza dei servizi offerti sia direttamente che attraverso strutture convenzionate, per evitare duplicazioni di prestazioni, ricoveri inappropriati, prestazioni inutili.

L'impressione è che la Sanità ritorni ad occuparsi di malattia piuttosto che di benessere, diventando campo di intervento sanitario piuttosto che di politiche integrate per la salute.

Cancellare il distretto è una scelta organizzativa che renderà marginale questa risposta, perché non solo le ASP, anche quelle che non dovranno più occuparsi dei presidi ospedalieri, si limiteranno alla gestione dei poliambulatori ma saranno penalizzate da un meccanismo di finanziamento che mette al primo posto la spesa ospedaliera.

Il Testo prevede, infatti, il finanziamento a tariffa direttamente corrisposto dalla Regione alle Aziende Ospedaliere, che inevitabilmente moltiplicheranno l'offerta, privilegiando la quantità invece che la qualità per garantirsi maggiori risorse a fronte di costi sempre crescenti; alle ASP spetterà la quota capitaria, che da diversi anni per ragioni di contenimento della spesa viene sottostimata.

È difficile pensare che questo riordino produrrà una riqualificazione della spesa.

Sul versante organizzativo:

- Le nuove aziende ospedaliere rischiano di produrre inefficienza per la loro dimensione (diciamo che si possa spezzare una lancia a favore del Microcitemico che potrebbe trasformarsi in un centro di eccellenza stando dentro la 8), nella proposta, per evitare tale rischio,

si assegnano finanziamenti per funzioni in parte sottratte all'attività territoriale (il territorio, infatti, esce molto ridimensionato da tale proposta.e anziché seguire le indicazioni nazionali la proposta insegue modelli di quasi - mercato ormai superati ed obsoleti) come le attività di carattere medico-sociale per le patologie di carattere cronico (articolo 9, comma 4).

- Che il territorio non sia nel pensiero della proposta lo si vede anche quando si tratta (in modo non sempre coerente) del Distretto che pur essendo tra le attività da assicurare (l'assistenza distrettuale), non trovano una certa collocazione organizzativa (i distretti possono essere istituiti), scordandosi, di fatto, della tendenza ormai ineludibile della necessità di trovare punti di integrazione sociosanitaria a livello territoriale (senza lo strumento organizzativo del distretto non so come si possa fare).
- I distretti devono continuare il loro percorso organizzativo affermandosi come strutture dotate di maggiore autonomia proprio per rispondere in maniera più adeguata ai bisogni sociosanitari complessi che affliggono la maggior parte della popolazione (anziana e non).
- In quanto alla macroarea, la proposta ne individua una sola, con competenza regionale, e la centralizzazione può produrre una razionalizzazione di voci di spesa che sono cresciute nel tempo, ma che richiede anche una forte capacità di governo regionale, che invece dal Testo appare ridimensionato. Spariscono, infatti, gli indirizzi regionali alle Aziende Sanitarie, ciascuna delle quali elaborerà il proprio atto aziendale: avremo tanti modelli organizzativi quanti sono i territori?

È questa la scelta a pochi mesi dalla scadenza del Piano Sanitario Regionale?

Come si garantirà l'universalità di accesso al diritto alla salute che in questi anni il sindacato ha richiesto fosse realizzata attraverso una rete di servizi integrati omogeneamente distribuita in tutto il territorio regionale?

L'impressione, avvalorata anche dallo scarso coinvolgimento di tutti i soggetti sociali (dalle istituzioni alle parti sociali) nell'elaborazione dell'ipotesi di riordino, è che manchi un disegno programmatico complessivo e non ci sia nessun interesse al sistema nel suo insieme. In questa condizione, interventi settoriali rischiano di avere effetti devastanti su un'organizzazione sanitaria regionale ancora molto fragile.

Da sempre la CISL, tra le diverse priorità emerse, ha posto maggiormente l'accento su due aspetti:

- La definizione della struttura ospedaliera nella concezione di rete integrata dei presidi ospedalieri, basata sull'intensità della cura, della specializzazione clinica e sulla qualità dell'assistenza. L'elemento strategico consiste nella contestualità tra riorganizzazione ospedaliera e determinazione dei servizi alternativi.
- L'eliminazione delle liste d'attesa che non devono più rappresentare una barriera al diritto di accesso ai servizi, per cui si rende necessaria la selezione della domanda, differenziando l'accesso in ragione dell'entità e dell'urgenza del bisogno, attivando le necessarie ristrutturazioni organizzative che possono ottimizzare l'offerta.

Sta invece succedendo che si assiste ad nuovo dimensionamento della rete ospedaliera che vede una fase di riorganizzazione delle ASL e l'istituzione di una macro area.

Che fine faranno le attività di assistenza sanitaria, il personale continuerà ad operare in forte disagio, le aziende miste resteranno sulla carta, il tanto sospirato corsi di aggiornamento e qualificazione di personale ad alta qualifica professionale sanitaria partiranno, continuiamo nel frattempo ad importare - oltre ai dirigenti «esterni» - anche infermieri professionali.

A CHE PUNTO È LA VERTENZA SALUTE

Restano aperti, a distanza di un anno l'approvazione dei nuovi due piani, tutti i problemi legati alla riorganizzazione del sistema sanitario e soprattutto del sistema integrato e la verifica sullo stato di attuazione dei punti della piattaforma sulla salute del 2003:

- L'attuazione del piano socio-sanitario regionale.
- L'assistenza ospedaliera doveva partire dall'individuazione dei centri di eccellenza e di alta specializzazione, senza moltiplicare le aziende ospedaliere, e dall'adeguamento dei piccoli ospedali.
- La costruzione di una rete alternativa all'ospedalizzazione di servizi residenziali e semi-residenziali per i bisogni dei malati cronici e delle persone non autosufficienti (strutture per lungodegente, reparti di riabilitazione intensiva ed estensiva, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni, centri di cure territoriali).
- La diffusione di forme di assistenza meno costose e più umane puntando all'attuazione capillare dell'assistenza domiciliare integrata con supporto adeguato per le persone e famiglie.
- La medicina territoriale (poliambulatori, consultori, servizi per i tossicodipendenti, per i sofferenti mentali, per i disabili, per gli anziani) come obiettivo prioritario al quale destinare risorse umane e finanziarie, per garantire concretamente la prevenzione nella vita, nell'ambiente e nel lavoro.
- La definizione e attivazione dei distretti sociosanitari; non sarà possibile realizzare i servizi integrati senza la definizione dei distretti.
- L'integrazione fra medici e pediatri di base e servizio sanitario per assicurare a tutti i cittadini l'accesso alle cure e strutture ospedaliere e per il coordinamento dei medici ed i pediatri di base e per creare una rete di servizi alla persona in grado di supportare la famiglia di fronte al bisogno e al disagio.
- Una graduale ma decisa politica per l'abolizione dei ticket. Per i medicinali si era ottenuta l'abolizione totale dei ticket con la precedente Giunta, mentre ancora si dovrà discutere per i ticket della diagnostica. Argomento ancora da affrontare in virtù anche della strategia, solo enunciata, di migliorare la spesa farmaceutica evitando gli sprechi ed educando le persone all'utilizzo del farmaco.
- La definizione del rapporto fra pubblico e privato; nelle proposte della CISL si indicavano senz'altro i miglioramenti dell'offerta pubblica finalizzata a coordinare un servizio pubblico efficace ed efficiente senza però gravare sulla realtà del sistema privato su cui si è chiesta la verifica ed il controllo rispetto alle prestazioni erogate.
- La valorizzazione del personale: ancora solo e soltanto buone intenzioni. Devono partire i corsi di formazione e aggiornamento e qualificazione per motivare la crescita professionale e garantire ai lavoratori e a coloro che ricevono i servizi la massima efficienza ed efficacia.

È necessario porre fine alla fase delle dichiarazioni e delle promesse; il tempo non è una variabile indipendente e lo è ancora meno quando si tratta della salute delle persone. Ancora oggi le cronache riportano purtroppo indicatori di una sanità che non funziona, di abbandono delle realtà che stanno in condizione di grande disagio sociale, di lunghe liste di attesa, di aumento dei viaggi della speranza, di assenza di specializzazioni, di operatori dei settori sociali a rischio del posto di lavoro.