



Partito dei Sardi

DOCUMENTO APPROVATO DALLA DIREZIONE NAZIONALE

NELLA SEDUTA DEL 19 SETTEMBRE 2017

Premessa

La Sanità è argomento che più di ogni altro enfatizza le frammentazioni territoriali, esaspera la conflittualità, apre varchi spesso incontrollati a populismi tanto irrazionali quanto inefficaci.

Per il Partito dei Sardi, che vuole costruire una Sardegna unita e solidale, si tratta di un settore ad alto contenuto non solo sociale, ma anche politico e educativo.

Un pezzo consistente della coesione interna della nostra Nazione passa per la costruzione di un sistema sanitario equo, ben distribuito sul territorio, efficiente e capace di non generare continuamente debito, cioè di non consumare ogni possibile incremento della ricchezza prodotta.

Per fare questo occorre una visione a rete della Sardegna, diversa da quella dominante che invece è fondata su un sistema a privilegio urbano gerarchizzato, con aree di privilegio circoscritte e ampie periferie sempre più marginalizzate.

Il Partito dei Sardi ha lavorato per sostituire questo modello.

Abbiamo lavorato in questi mesi per tutelare la salute del popolo sardo, verificare la rispondenza del sistema sanitario esistente e di quello proposto ai veri bisogni di salute in Sardegna, abbiamo parlato e ci siamo confrontati con i diversi territori per far sì che il diritto alla salute sia un diritto effettivo, disponibile e fruibile da tutti, nel rispetto dei principi di efficacia ed efficienza del sistema.

Un governo efficace e giusto sa che un sistema sanitario ispirato ai principi e valori suddetti non può prescindere da:

- Un'adeguata rete dei servizi sanitari territoriali;
- Un'adeguata rete dell'emergenza/urgenza;
- Un'adeguata rete ospedaliera.

La scansione temporale della realizzazione delle tre reti non è casuale ed è in questa sequenza che i problemi della Sanità sarda andrebbero affrontati, perché non può esserci Rete Ospedaliera efficace ed efficiente senza aver chiaro il quadro strategico delle Emergenze/Urgenze, così come non può essere delineato un percorso di emergenza senza aver pianificato dettagliatamente un quadro di Servizi Sanitari Territoriali.

Ciò è tanto più vero per i territori rurali e/o periferici o comunque non metropolitani della Sardegna, che prima di tutto e più di altri, data la distanza dagli ospedali, hanno diritto di conoscere come si prevede di garantire le cure ordinarie, come le urgenze, e solo dopo che tutto questo è stato programmato e realizzato, come si immagina di organizzare la rete ospedaliera.

È accaduto esattamente il contrario.

Ripercorriamo brevemente la storia della posizione.

Riforma delle AA.SS.LL.

All'insegna dei principi di territorializzazione abbiamo presentato, nel 2014, la prima Proposta di Legge sul riordino della Aziende Sanitarie che fondava la sua ratio su un passaggio da 11 a 3 sole Aziende, una al Nord Sardegna, una al Centro e l'altra al Sud, oltre le Aziende Ospedaliere Universitarie e il Brotzu.

La proposta, ispirata ai principi di solidarietà, equità e universalità e con la partecipazione degli enti locali, delle associazioni impegnate nel campo dell'assistenza, delle associazioni degli utenti, perseguiva l'obiettivo di favorire lo sviluppo omogeneo del sistema sanitario assicurando il rispetto della dignità della persona, l'equità nell'accesso e la continuità nei percorsi assistenziali, la qualità e l'appropriatezza delle cure.

Appropriatezza di cure ma anche uso sostenibile delle risorse finanziarie con la creazione della Centrale unica regionale (CRU) per la committenza di beni e servizi delle aziende sanitarie con centralizzazione nella gestione di materiali, farmaci e strumenti.

Infine proponevamo:

- 1) il riassetto del servizio della rete dell'emergenza **118** con una *Centrale regionale unica* e il progressivo passaggio del personale medico 118 dal regime di convenzione al regime di dipendenza del servizio sanitario;
- 2) l'istituzione dei posti letto per cure intermedie;
- 3) il completamento della rete regionale delle residenze sanitarie assistite (RSA).

Per contro, l'Assessorato della sanità varava, nel 2016, la sua "controriforma" optando per una visione centralista (ASL Unica), con una estensione oltremisura dei poteri del Direttore Generale a discapito degli spazi di autonomia territoriale

fino a quel momento concessi sia al Direttore delle Aziende provinciali che ai Direttori di Distretto.

Non potevamo, quindi, non contrastare una siffatta proposta che incarnava un modello antitetico in cui saltavano, per così dire, tutti i fattori di coesione e si relegavano ampi territori al rango di periferie governate a distanza e in modo proconsolare.

Il dibattito in Commissione e in Aula è servito per mitigare l'asprezza dell'originario disegno legge e giungere ad un testo, che sebbene molto distante dalla nostra visione, appare comunque mitigato rispetto alla redazione originaria. Il nostro voto fu allora positivo solo perché il Presidente della Giunta pose il voto di fiducia sulla Asl unica, argomento peraltro non compreso nell'accordo con gli elettori e per questo da noi subito con notevole disagio.

Rete Ospedaliera

Se la riforma delle AA.SS.LL. poteva servire ad avviare il dibattito sulla territorializzazione, ci si aspettava che il secondo passaggio politico fosse dedicato, appunto, alla configurazione della Rete dei Servizi Territoriali.

Invece, al netto di un fugace passaggio sulla istituzione dell'AREUS (con un disegno impostato più in termini di servizio che di vera e propria Rete dell'Emergenza//Urgenza, ma subito abortito per le note vicende legate alla nomina del D.G.), assistiamo ad un'idealizzazione (o sopravvalutazione) della Rete Ospedaliera che oggi viene vista e vissuta come il collettore (in quanto unico luogo di mediazione) di tutte le istanze territoriali.

Uno sguardo alla prima versione della Rete Ospedaliera ci ha consentito subito di scorgere un'impostazione urbano-centrica, figlia di una mancata analisi della realtà isolana e di un difetto di visione nazionale della Sardegna, in cui i servizi periferici vengono vissuti quasi con fastidio (qualcuno ancora oggi "sussurra" assurdamente e erroneamente che questi siano i responsabili del dissesto finanziario sanitario) al punto che molti di essi vengono assorbiti nei plessi ospedalieri urbani.

Abbiamo intrapreso un cammino in Commissione all'esito del quale possiamo dire di aver parzialmente "riequilibrato" una proposta che originariamente era agli antipodi della nostra visione di sanità territoriale:

1. Abbiamo preteso ed ottenuto che la normativa italiana (il celebre DM 70) fosse solo un parametro di riferimento e non una norma precettiva, convinti come siamo della necessità di norme pensate dai sardi per i sardi;
2. Abbiamo ottenuto di valorizzare le eccellenze strutturali e tecnologiche anche degli ospedali periferici, dando la possibilità di sviluppare l'attività sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo; collegando le strutture periferiche agli ospedali di maggiori dimensioni in modo da rispondere sia alle esigenze del territorio che del sistema, e permettendo la presenza di professionisti polispecialistici con atti-

vità chirurgiche diversificate coerenti con l'intensità di cura che il presidio periferico permette.

3. Abbiamo voluto che tra pubblico e privato accreditato, in riferimento alla sicurezza per i pazienti e agli esiti, siano rispettate le stesse prescrizioni e gli stessi limiti.
4. Abbiamo meglio definito e tutelato l'ospedalità delle zone disagiate, inserendo norme e principi che hanno modificato l'impianto originale in modo da garantire ai territori disagiati di godere di una sanità che tutela l'urgenza, la prossimità e la possibilità di usufruire di interventi medici in raccordo con le strutture di riferimento, evitando la snaturalizzazione progressiva delle strutture e la progressiva trasformazione di queste aree in periferie povere e senza tutela (abbiamo preteso negli ospedali periferici un reparto di medicina di 20 posti letto, un reparto di chirurgia con posti letto adeguati, un pronto soccorso con personale specialista e la tutela, con incremento di personale, dei territori con incremento stagionale degli accessi dovuto ai flussi turistici).
5. Abbiamo chiesto che negli ospedali di riferimento dei piccoli presidi sia possibile istituire, anche se non sono previste strutture dedicate, posti letto di specialità già presenti e per patologie particolarmente diffuse in quel determinato territorio, ad esempio l'istituzione di posti letto di geriatria ad Oristano (una delle province con indice di invecchiamento più alte in assoluto in Italia), con la tutela di posti letto per malattie particolarmente diffuse in alcuni territori e particolari come la talassemia.
6. Abbiamo istituito il centro di emergenza territoriale di Ghilarza.
7. Abbiamo preteso che l'ospedalità privata della Gallura non debba condizionare la dotazione dei posti letto dei piccoli ospedali dei territori periferici.
8. Abbiamo salvaguardato i posti letto di neonatologia nelle strutture con un numero di nati superiore al limite definito secondo criteri di sicurezza ed evitato di concentrare le nascite nei soli punti nascita di Cagliari e Sassari.
9. Abbiamo preteso che nelle Aree Sociosanitarie che presentano particolari condizioni di invecchiamento della popolazione, con indici di riferimento al di sopra delle medie nazionali e regionali, siano istituiti, all'interno del Presidio Ospedaliero unico, posti letto di geriatria.
10. Abbiamo chiesto ed ottenuto che gli ospedali territoriali siano definiti con modelli consoni al loro territorio (urbani- territoriali o misti) e non su schemi rigidi che non si adattano a realtà particolari (Ittiri e Thiesi).
11. Abbiamo ottenuto (a tutela delle periferie che perdono servizi) che nei territori interessati dalla disattivazione dei punti nascita (e in quelli disattivati dal 2007 ad oggi - Ghilarza, Bosa, Sorgono, Ozieri, Muravera, Isili, La Maddalena), dovranno essere predisposti modelli organizzativi integrati tra servizio territoriale ed operatori ex punto nascita che assicuri sia la presa in carico del percorso nascita (presa in carico, gestione e monitoraggio delle gravidanze a basso rischio, corsi di accompagnamento alla nascita, sostegno all'allattamento al seno, collegamento con

il punto nascita di riferimento per l'invio della gravidanza a termine) sia la valutazione ostetrica/ginecologica.

12. Per La Maddalena abbiamo incrementato il livello di sicurezza per le gravide e le partorienti, condizionando la chiusura del punto nascita alla attivazione del sistema di eliambulanza regionale e al sistema di trasporto del feto in utero e del neonato (STAM e STEN).
13. Abbiamo tutelato la struttura hub di Sassari inserendo posti letto di chirurgia toracica, rafforzando la pediatria e la chirurgia pediatrica.
14. Abbiamo definito meglio il ruolo dell'ospedalità di Alghero ed Ozieri con garanzia di tutela dei servizi esistenti che producono volumi e qualità eccellenti.
15. Abbiamo chiesto ed ottenuto una migliore definizione dell'ospedale di Tempio con garanzia di tutela di alcuni servizi (medicina, chirurgia e ortopedia, ed un impegno a valutare il centro nascita e ORL).

Atti Aziendali

Nel bel mezzo dell'elaborazione della Rete Ospedaliera sono stati esitati gli atti aziendali, adottati il 12 agosto 2017.

Intanto è bene sottolineare:

- Gli atti aziendali sono legittimi;
- Sono emanati dall'organo competente (Giunta regionale su proposta dei DD.GG.);
- Sono coerenti (al netto di qualche eccezione), laddove disciplinano servizi ospedalieri, con l'unico documento programmatico esistente ossia la proposta di Rete Ospedaliera licenziata dalla Giunta regionale il 2 febbraio 2016;
- Sono atti gerarchicamente sotto ordinati rispetto alla Rete Ospedaliera, giacché questo è atto di programmazione sanitaria di stretta competenza del Consiglio e alla quale gli Atti aziendali devono uniformarsi.

Pur tuttavia, letti in combinato disposto con la proposta di definizione della nuova Rete Ospedaliera licenziata dalla 6^a Commissione, notiamo che gli stessi contengono una serie di previsioni attuative per noi irricevibili e altre totalmente in contrasto addirittura con la proposta licenziata dalla Giunta regionale nel 2016.

A nostro avviso, onde evitare spazi di discrezionalità in sede applicativa, occorre rafforzare la proposta di Rete Ospedaliera con alcuni robusti emendamenti volti a:

1. Tutelare i territori periferici e le zone disagiate con la conservazione delle funzioni organizzative anche nell'ipotesi di soppressione delle strutture complesse.
2. Favorire il turismo sanitario in tutto il territorio sardo.
3. Confermare nei DEA di primo livello di Carbonia, Olbia ed Oristano, che rispettano i parametri ministeriali di personale e popolazione, le Strutture Complesse di Immunematologia e Medicina TrASFusionale.
4. Istituire nel Santa Barbara di Iglesias un CET (Centro di Emergenza Territoriale).

5. Nelle zone disagiate non si applicano i parametri dell'85% del tasso di occupazione funzionale alla riduzione dei posti letto.
6. Riallineare quanto esplicitato a pag. 15 della Proposta sugli ospedali di base con la tabella 6.2 (Tempio, Ozieri ed Alghero).

Obiettivi del Partito dei Sardi in sede di approvazione della Rete Ospedaliera

Giusto quanto sinora sostenuto, una posizione politica sull'attuale proposta di Rete Ospedaliera non può non tener conto del percorso politico svolto, a partire dalla faticosa proposta di legge del 2014 (Riordino del sistema sanitario in Sardegna).

Il Partito dei Sardi non è soddisfatto della proposta esitata dalla Commissione, la ritiene insufficiente e troppo esposta a tradursi in sede applicativa in uno strumento docile della filosofia dominante della ulteriore marginalizzazione delle periferie.

Il primo obiettivo è dunque rafforzare il Piano della Rete Ospedaliera. Non sfugga a nessuno infatti che qualora il Consiglio NON dovesse licenziare la Riforma della Rete Ospedaliera, si realizzerebbe il peggiore scenario che si possa immaginare in quanto si riespanderebbero gli atti aziendali (da noi tanto osteggiati) che fungerebbero - in combinato disposto con gli atti di indirizzo licenziati dalla Giunta regionale nel 2016 - da unico atto di programmazione anche dei servizi ospedalieri.

Il bivio davanti al quale ci troviamo è dunque il seguente: o il Parlamento sardo si mostra capace di approvare una Rete Ospedaliera vincolante, in grado di "condizionare" gli atti aziendali (sia quelli assunti che quelli da assumere) oppure saranno gli atti aziendali a dettare le forme, i tempi e i modi della nostra programmazione sanitaria.

La direzione nazionale del Partito dei Sardi dà dunque mandato ai consiglieri regionali affinché modifichino profondamente la proposta di Rete ospedaliera con i seguenti obiettivi:

1. Garanzia di funzionalità dei Pronto Soccorso in tutti gli ospedali della Rete Ospedaliera, compresi quelli piccoli e periferici, con contestuale avvio di fasi anticipatorie dell'AREUS e della Rete della Emergenza Urgenza.
2. Precisa definizione del modello di Ospedale di Comunità da applicare per ogni singolo territorio che indichi esattamente i servizi che dovranno essere attivati e le modalità di gestione che gli permetteranno di assumere appieno un ruolo insostituibile nella Rete Territoriale per la quale, come chiesto per la Rete della E/U, si determini, già nella definizione della Rete Ospedaliera, l'avvio anticipato di procedure attuative.
3. Equa, trasparente e efficiente distribuzione delle Strutture complesse: il riconoscimento della funzionalità di DEA in deroga, se scelto come modello operativo, deve poter essere replicato anche altrove altrimenti verrebbe vissuto come un privilegio.