

BOZZA DOCUMENTO UNITARIO SU SOCIO SANITARIO.

CGIL CISL e UIL territoriali, hanno promosso, unitamente alle proprie categorie del pubblico impiego e dei pensionati, una discussione al fine di presentare agli interlocutori istituzionali una **proposta, condivisa dalle comunità locali, per riqualificare l'offerta sanitaria e sociale adeguata ai bisogni di salute dei territori più periferici della nostra Provincia, anche in considerazione del riordino dei Presidi Ospedalieri di Isili e Muravera, ipotizzato dal Commissario della ASL 8 nell'agosto scorso.**

Ciò in linea con quanto elaborato dal Sindacato Regionale e con il Protocollo, firmato in Provincia il 6 agosto scorso, che considera prioritario affrontare le problematiche della sanità e del sociale.

Un intervento sulla rete ospedaliera si rende necessario ma è sbagliato che la **Giunta regionale** giustifichi tale intervento sulla rete ospedaliera per esclusivi motivi di cassa e per fronteggiare il crescente disavanzo sanitario. Dopo aver tentato una "pseudo riforma" che ha portato al commissariamento di tutte le ASL e con la bocciatura del Ministero di molte iniziative assunte in materia di salute, tra cui il Patto di buon governo deliberato nel maggio scorso, **affronta il riordino con interventi parziali assunti dai Commissari, senza che sia dato conoscere un disegno più ampio mirato ad una riqualificazione del sistema sanitario nel suo insieme (a livello regionale e di singola ASL.)**

Restano irrisolti gli annosi **problemi della sanità sarda:**

- forti **squilibri territoriali** (pur con qualche importante passo avanti, permane l'accentramento dei servizi nei due poli di Cagliari e Sassari);
- un'**organizzazione ancora in prevalenza ospedalocentrica** (con quantità elevate di posti letto per acuti e scarso numero di posti letto di lungodegenza);
- pesante **carenza di strutture alternative** alla ospedalizzazione;
- insufficienza della rete della **riabilitazione**;
- assenza di **strutture assistenziali per cronici e non autosufficienti**;
- inadeguatezza della rete delle **cure domiciliari** (per quantità e per qualità dell'integrazione);
- mancata attivazione dei **distretti socio sanitari, rimasti sostanzialmente sulla carta**, e conseguente difficoltà nel governo dei bisogni di salute del territorio.

- insufficiente o quasi inesistente **rete di strutture atte a potenziare la prevenzione primaria**;
- **scarsa funzionalità del CUP**, dove siano prenotabili tutte le prestazioni, rese dalle strutture pubbliche e dalle strutture private convenzionate;
- **mancato decollo dei PUA** (primo e secondo livello, da attuare come vennero ipotizzati nei PLUS della Provincia di Cagliari);
- **carenza del servizio di Urgenza ed emergenza - 118 - attrezzato con Eliambulanze**, con equipaggi adeguati. E' necessaria l'istituzione graduale di eliporti nei nosocomi principali e nel territorio, per consentire interventi rapidi e sicuri;
- mancato aggiornamento della Carta dei Servizi dell'ASL 8 (magari opportunamente estesa ai Servizi di ogni singolo Distretto) e del sito della ASL.

Non c'è dubbio che anche in Sardegna per i **piccoli ospedali**, che erogano prestazioni generali, si pone non da oggi il **problema della qualità e dell'appropriatezza**: le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità definiscono parametri al di sotto dei quali non è possibile garantire sicurezza e tutela ai cittadini e lo stesso buon senso spinge i pazienti a ricercare, per interventi che vanno al di là delle prestazioni di base, strutture e professionisti che vantano casistiche elevate. Di questo si deve necessariamente tenere conto.

Per il sindacato confederale, **un sistema di salute universale ed equo, tale da consentire pari opportunità di accesso a tutti i servizi, è un diritto da garantire ad ogni cittadino**. Quindi, qualsiasi intervento di riordino deve tener conto dei bisogni e del welfare locale e per realizzare la riqualificazione deve ricercare un nuovo equilibrio fra sanitario, sociosanitario e sociale.

Infatti, **se non si accompagna il riordino della rete ospedaliera con il potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali alla persona, si riduce il livello di assistenza ai cittadini, si tagliano prestazioni e servizi, penalizzando soprattutto le fasce più deboli e si producono effetti devastanti sul piano della coesione sociale**.

Per la riqualificazione del sistema di salute nel territorio è dunque necessario che la **programmazione e gestione dei servizi sanitari e dei servizi alla persona siano integrate a tutti i livelli e siano partecipate e condivise dalle comunità locali**.

Questo implica:

- Il pieno e costante coinvolgimento dei comuni e dei soggetti sociali (associazioni, volontariato, sindacato) nell'attività del **Comitato di distretto**, la cui operatività in questi anni è stata marginale;
- La riconferma ed il rafforzamento, indispensabile soprattutto in aree isolate, del ruolo di indirizzo, coordinamento, supporto politico e gestionale nella programmazione dei servizi alla persona della **Provincia**, soggetto istituzionale in grado di garantire, insieme alla **ASL**, la qualità e la universalità del sistema di welfare nell'ambito ottimale del distretto.

ALLEGATI

SARRABUS GERREI

Il Sarrabus ed il Gerrei costituiscono un unico distretto socio sanitario che comprende, come si evince dal profilo di salute documentato nella **Programmazione locale unitaria dei servizi alla persona (PLUS)**, due aree territoriali con alcune analogie:

- l'isolamento dovuto alla carenza delle reti viarie, anche interne alle aree, in particolare nel Gerrei;
- **indici demografici inferiori alla media regionale** e forte tendenza allo **spopolamento**;
- **prevalenza della popolazione anziana**;
- prevalenza di territori collinari e montuosi).

Si possono però evidenziare considerevoli differenze sviluppatasi nell'area costiera del Sarrabus, la quale ha un'economia più dinamica per la presenza di un turismo diffuso che traina in qualche modo lo stesso mercato del lavoro ed una popolazione che, durante il periodo estivo, aumenta in modo esponenziale. Si tratta tuttavia di lavoro temporaneo che implica un forte carico lavorativo (sia in termini di impegno orario che di stress) che, in relazione alla generale crisi del mondo del lavoro, si pone come unica risorsa per "mandare avanti la famiglia".

Da ciò consegue un tenore di vita medio-basso per la maggior parte dei lavoratori impegnati nel settore, spesso donne con famiglia, che si trovano comunque a dover fare i conti con modelli sociali incentrati sul consumo e sul benessere ad ogni costo (stagione estiva, di "vacanza") e con la difficoltà a gestire i rapporti familiari (cura dei figli, della casa, degli anziani) e sociali (cura di se', dei rapporti amicali intesi in senso lato) in relazione a ritmi di vita profondamente differenziati a seconda dei periodi dell'anno (inverni poveri di attività e stimoli, estati sovraccariche e frenetiche).

Il resto del territorio si caratterizza per attività agricole e pastorali che raramente vanno al di là dell'impresa familiare e configurano **un'economia di mera sussistenza, soprattutto nel Gerrei.**

Il **Presidio Ospedaliero S. Marcellino di Muravera** comprende i reparti di Anestesia, Chirurgia, Farmacia, Medicina, Nefrologia e dialisi, Ortopedia e un **Pronto soccorso** che, in mancanza di servizio di elisoccorso, non è in grado di assicurare l'emergenza – urgenza per i casi più difficili, dato che la rete viaria disagiata non consente il trasporto in tempi rapidi. Il reparto di Ostetricia è stato chiuso da almeno un anno ed il **Centro donna**, che si occupa di screening oncologico, funziona in modo discontinuo per carenza di personale, locali ed attrezzature.

Il **distretto socio sanitario** che, in base alla L.R. 10/06 e all'Atto aziendale del 2008, dovrebbe governare in modo unitario la domanda di salute dei cittadini, appare poco più di un **servizio burocratico**, occupandosi di relazioni col pubblico e dei ricoveri extra regione. Partecipa al PLUS del territorio ma, nel momento in cui è chiamato a dare il proprio contributo nelle Conferenze di servizio, rileva che le aree a forte integrazione socio sanitaria, dipendono funzionalmente dai relativi Dipartimenti e che quindi la loro organizzazione è governata dalla ASL a livello centrale e non dal Distretto, che dovrebbe invece gestirne l'attività in relazione ai bisogni dei cittadini di quel territorio.

I **servizi territoriali** sono garantiti da **3 Poliambulatori** (a Villasimius, a S. Nicolò Gerrei ed a Muravera, ma solo quest'ultimo offre il maggior numero di servizi di specialistica ambulatoriale); **1 Consultorio** a Muravera, solo di recente dotato di un'équipe completa sia sanitaria che sociale; **1 Centro di salute mentale** che funziona però con orario di ufficio (dal lunedì al venerdì per meno di 12 ore al giorno) e non garantisce quindi le urgenze; **1 Unità di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza** sempre a Muravera. Altri servizi, il **Centro di nefrologia e dialisi** ed il **Servizio per le dipendenze**, che dovrebbero operare in riferimento al territorio, sono ubicati nel Presidio Ospedaliero.

Con l'eccezione della **struttura riabilitativa gestita dall'AIAS a Silius e di 1 comunità alloggio per anziani a Villasalto**, sono assenti strutture residenziali e semiresidenziali in tutto l'ambito territoriale e i problemi legati alla cronicità ed alla non autosufficienza non trovano risposta.

Stante questa inadeguatezza dei servizi nel territorio, la popolazione vede il progressivo depotenziamento del presidio ospedaliero come una minaccia al diritto alla salute, tanto da aver costituito un Comitato spontaneo, con la presenza di tutte le associazioni di volontariato, che ha iniziato una lotta in difesa dell'ospedale. **La proposta di riduzione del numero di posti letto per acuti presentata dalla ASL 8 si limita ad enunciare un generico impegno a garantire la continuità dell'assistenza attraverso la collaborazione con i medici di famiglia, ma nulla dice rispetto alle attuali gravi carenze dei servizi sanitari del territorio.**

Grazie all'impegno delle comunità locali nell'ambito della programmazione del PLUS dal **2009** è attiva la **Unità di Valutazione Territoriale** e nel **2010** ha cominciato ad operare il **Punto unico di Accesso** ubicato a Muravera.

Solo in alcuni Comuni è stato finanziato il **Servizio di segretariato sociale**, a causa della carenza di fondi: in assenza di punto unico, non ha tuttavia potuto realizzare l'indispensabile integrazione socio sanitaria. Quanto all'**assistenza domiciliare**, sulla quale sono state investite in questi anni ingenti risorse e che **dal 2008 è gestita a livello di ambito**, essa ancora oggi soffre di un **totale scollamento** fra prestazioni erogate dalla ASL e prestazioni erogate dai comuni. Solo recentemente si sta procedendo in sede di Conferenza dei servizi alla predisposizione di appalti integrati fra i due soggetti erogatori, ma resta ancora lontana la integrazione organizzativa fra operatori mentre l'integrazione gestionale si scontra con le difficoltà legate all'assenza di presa in carico globale.

Riguardo alla **salute mentale ed alle patologie neurologiche**, su sollecitazione di associazioni di familiari la programmazione locale sta lavorando per ampliare l'offerta ma la scarsa integrazione fra operatori sociali comunali e personale sanitario costituisce per ora un ostacolo alla realizzazione di servizi e prestazioni adeguate. Al PLUS si deve anche la attivazione, nel **2008** da parte della ASL, di un **Centro alcolico** che tuttavia è insufficiente a rispondere ai bisogni più complessivi di una vasta area di malessere e disagio sociale, specialmente giovanile.

Resta **la grave carenza di strutture socio sanitarie nell'area riabilitativa e della non autosufficienza**, che, in un'area marginale e con queste caratteristiche, demografiche costituirebbero l'offerta alternativa per risolvere il ricorso a ricoveri ospedalieri inappropriati.

In base a queste considerazioni è possibile formulare **alcune proposte prioritarie** per il territorio:

- garanzia di **un servizio di emergenza – urgenza con servizio di elisoccorso**;
- **rafforzamento del ruolo del distretto socio sanitario**, prevedendone l'autonomia economica e gestionale e affidandogli il compito di governo dei servizi territoriali;
- **piena integrazione fra assistenza domiciliare sociale ed assistenza domiciliare sanitaria, con la progettazione condivisa e personalizzata degli interventi a livello di ambito**;
- **sperimentazione di un servizio di presa in carico del paziente oncologico**;
- **ampliamento del servizio alcolico all'intera area delle dipendenze, con particolare riguardo al rafforzamento delle politiche di prevenzione di tutte le forme di disagio**;
- **piena attivazione del servizio consultoriale**, prevedendone un decentramento nell'area del Gerrei e sperimentando il supporto per l'intero percorso nascita;
- coinvolgimento e responsabilizzazione dei **medici e pediatri di famiglia** nel percorso di presa in carico dei pazienti;

- **potenziamento e diffusione dei servizi di specialistica ambulatoriale**, con particolare riferimento alla **nefrologia e dialisi territoriale ed alla diabetologia territoriale**;
- **riqualificazione del servizio di salute mentale**, prevedendone l'apertura **sulle 24 ore 7 giorni su 7** (pur tenendo conto dell'impatto economico per l'organizzazione del servizio, si tratterebbe pur sempre di un risparmio rispetto ai costi della ospedalizzazione, oltre a migliorare la qualità della vita di pazienti e famiglie) e verificando i bisogni in relazione all'attivazione di strutture residenziali (casa famiglia/casa protetta) o semi residenziali (centro diurno)
- **riqualificazione della rete di riabilitazione**, con la previsione di servizi per l'area della non autosufficienza e della cronicità;
- **potenziamento del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multidisciplinare** in stretto raccordo con i servizi sociali comunali e la rete dei servizi socio sanitari domiciliari.

SARCIDANO E BARBAGIA DI SEULO

Sarcidano e Barbagia di Seulo, insieme alla Trexenta, costituiscono un unico Distretto socio sanitario, articolato di fatto in due sub distretti.

Dal profilo di salute documentato nella **Programmazione locale unitaria dei servizi alla persona (PLUS)** emerge la fotografia di un territorio con spiccate caratteristiche di **isolamento e di marginalità**, per la sua configurazione orografica (prevalenza di zone montuose e collinari); per la distanza dal capoluogo di provincia e fra gli stessi centri abitati che lo compongono, aggravata da una rete viaria carente e disagiata; per l'elevato indice di spopolamento e la struttura demografica con presenza massiccia di anziani e bassi valori nella fascia attiva; per l'elevato indice di povertà.

Il **Presidio Ospedaliero S. Giuseppe di Isili**, ha un unico dipartimento che comprende le specialità di medicina e chirurgia ed un **Pronto soccorso** che, in assenza di servizio di elisoccorso, resta inadeguato a garantire l'emergenza – urgenza per i casi più complessi: la rete viaria infatti è tale da non consentire il trasporto in tempi rapidi.

Il Presidio, in ristrutturazione, è caratterizzato da una **forte integrazione con le attività territoriali**: attualmente lavora in simbiosi con il distretto socio sanitario, condividendo la maggior parte del personale amministrativo che opera sotto la direzione di una dirigente, responsabile del sub distretto. A quest'ultimo fanno capo tutti i servizi territoriali: della medicina di base; del farmaco (che rifornisce tutto il presidio e cura la distribuzione diretta al

momento della dimissione); di diabetologia; di dialisi; di riabilitazione; uno dei tre poliambulatori; di oncologia per la presa in carico dei pazienti in chemioterapia per i quali sono a disposizione 4 postazioni per la somministrazione del trattamento secondo il protocollo definito dal P.O. Businco; del consultorio che opera insieme alla neuropsichiatria infantile; del centro di salute mentale, attivo per 24 ore e 7 giorni su 7. Con la chiusura del reparto di ostetricia e ginecologia, il personale medico è stato trasferito a Cagliari, ad eccezione di un ginecologo che continua ad operare nella struttura per le visite ambulatoriali insieme alle tre ostetriche.

E' attivo anche un centro prelievi e di raccolta sangue, il cui personale lavora a domicilio e si sposta per un giorno alla settimana nei tre paesi più lontani; il servizio comprende anche un centro TAO per le patologie della coagulazione del sangue. Non meraviglia che la popolazione abbia espresso forte preoccupazione nell'apprendere che l'attività del presidio sarebbe stata ridimensionata.

Anche per questo territorio, come per il Sarrabus Gerrei, la proposta di riduzione del numero di posti letto per acuti presentata dalla ASL 8 prevede un generico impegno per garantire la continuità dell'assistenza, con l'intreccio con i medici di famiglia, non prevedendo azioni per superare l'attuale carenza di continuità con i reparti ospedalieri e con gli specialisti dei tre poliambulatori, e non si occupa del necessario rafforzamento dei servizi sanitari del territorio.

Grazie all'impegno delle comunità locali attraverso la programmazione del PLUS nel **2008** è stata attivata la **Unità di Valutazione Territoriale** con la presenza stabile di un geriatra, figura necessaria in un territorio con presenza elevata di popolazione anziana. Tuttavia, per carenza di figure specialistiche, l'Unità di valutazione non è in grado di dare risposte ai casi di Alzheimer presenti nell'area e le famiglie restano sole ad affrontare il pesante carico di cura del proprio congiunto.

Non è stato invece realizzato il Punto Unico di Accesso, indispensabile alla presa in carico globale del bisogno delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie ed alla predisposizione del progetto personalizzato di assistenza.

La popolazione lamenta la frammentarietà delle prestazioni e la difficoltà nell'accesso ai servizi: infatti l'attivazione di un servizio di trasporto per consentire ai cittadini, con difficoltà di deambulazione e senza adeguato supporto della rete familiare, di usufruire delle strutture ambulatoriali, si è scontrato con le difficoltà di prenotazione e di coordinamento delle visite specialistiche.

Resta ancora molto problematica **l'offerta di assistenza domiciliare**: nel territorio operano ben 10 piccole cooperative (quasi una per ogni comune) e fino ad oggi non si è riusciti ad attivare un servizio unico per l'intero ambito, che avrebbe garantito prestazioni omogenee e più qualificate. L'assistenza domiciliare sanitaria predisposta dalla ASL funziona, ma non è integrata con quella offerta dai comuni.

Nonostante le caratteristiche demografiche, nel territorio sono **carenti le strutture di tipo socio sanitario** capaci di rispondere adeguatamente sia nell'area riabilitativa, fisica (4 le palestre) e neurologica, sia nell'area dell'assistenza per non autosufficienti (le 5 strutture per anziani sono case alloggio e non risultano case protette). Inadeguata quindi è l'offerta di alternative alla ospedalizzazione.

A partire da questa situazione è possibile formulare **alcune proposte prioritarie** per il territorio:

- necessità di un Pronto soccorso con servizio di **elisoccorso, che tenga conto sia delle peculiarità della rete viaria, particolarmente disagiata, sia della esigenza di adeguare la dotazione tecnica del servizio di ambulanze;**
- attivazione e potenziamento del **distretto socio sanitario** con la previsione di uno specifico budget finanziario, come indicato dalla L.R.10/06 e dall'Atto Aziendale dell'ASL 8 del 2008;
- potenziamento dei **servizi di specialistica ambulatoriale**, prevedendo l'ampliamento delle presenze nel territorio;
- rafforzamento **dell'attività consultoriale**, garantendo adeguata attenzione all'intero percorso nascita ed integrando le attività di supporto alle responsabilità genitoriali ed alla tutela psico – socio – sanitaria dei minori e degli adolescenti con i progetti elaborati nella programmazione PLUS;
- attivazione del **Punto Unico di Accesso con Unità di Valutazione Multidisciplinare**, in grado di garantire la presa in carico di un'ampia gamma di patologie;
- integrazione ed unificazione **dell'assistenza domiciliare** attraverso la predisposizione di protocolli omogenei e piena collaborazione fra il distretto e i servizi sociali comunali;
- rilevazione del bisogno per la creazione di una **rete di strutture** anche semiresidenziali **per le patologie croniche.**