



## **CONSIGLIO DELLE AUTONOMIE LOCALI DELLA SARDEGNA**

*Parere ai sensi dell'art. 9, co 1, lett. c) della legge regionale 17 gennaio 2005, n. 1 sul D.L. regionale n. 112 e P.L. regionale n. 121 "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e ulteriori norme del settore"*

L'esigenza di un ripensamento dell'organizzazione sanitaria regionale è stata enormemente accresciuta dall'emergenza ancora in corso, che ha messo a nudo le criticità di una organizzazione ispirata più a principi di contenimento della spesa che a garantire in maniera omogenea l'erogazione di servizi nelle diverse realtà della Regione.

La pandemia COVID ha dimostrato a tutti noi che la capacità di dare risposte efficaci ed articolate ad una emergenza diffusa è stata maggiore in quelle realtà locali nelle quali era presente una sanità territoriale ben organizzata e capace di interagire in maniera strutturata con l'ospedale, e che quindi il patrimonio di esperienze derivanti dalla gestione emergenziale deve essere trasferito, per quanto possibile, nel contesto di una nuova normalità, sviluppando o innovando modelli organizzativi che si sono dimostrati efficaci.

Tanto più che in una Regione come la nostra il diritto alla salute sembra avere consistenze diseguali per le comunità interne rispetto a quelle urbane, per le comunità montane rispetto a quelle di pianura, per le comunità isolate rispetto a quelle regionali.

A questo proposito, la proposta appare poco coraggiosa, poco incisiva e poco decisiva. In un momento in cui i disservizi sanitari si stanno estendendo a tutta la Sardegna, la carenza del personale appare drammatica e la situazione delle sedi disagiate ed insulari emerge in tutta la sua gravità. Ci si sarebbe aspettati l'individuazione di norme di natura straordinaria ed eccezionale miranti ad affrontare, con tutti i poteri del caso, ogni problematica in tempi brevi.

Il governo regionale, attento ai reali bisogni di salute dei cittadini, dovrebbe saper cogliere l'occasione della riforma del sistema sanitario regionale per iniziare a delineare un nuovo modello di sanità quanto più vicina possibile ai cittadini ed ai territori, investendo nel miglior modo possibile l'enorme flusso di risorse finanziarie comunitarie che arriveranno con specifica destinazione.

Perseguire l'obiettivo di avvicinamento dei servizi alla popolazione è un principio sacrosanto che tuttavia non deve rappresentare il vessillo da sbandierare ogni volta che si intende modificare l'impostazione organizzativa, quasi che questa fosse autosufficiente. La scelta del modello di governance può essere uno strumento, ma da solo insufficiente a costruire un'organizzazione concretamente capace di erogare servizi equivalenti, qualitativamente e numericamente. Dalla

lettura sinottica del testo si ricava un'impressione opposta al principio di sussidiarietà laddove, come nell'art. 8, la Commissione inspiegabilmente taglia il comma 5, una clausola performante che almeno lasciava una speranza di poter adottare correttivi, *“In relazione sia a particolari condizioni geomorfologiche e demografiche, sia alla dislocazione nel territorio delle strutture e dei servizi sanitari gli ambiti territoriali delle ASL possono essere modificati con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, acquisito il parere favorevole della competente Commissione consiliare”*. Un indizio di mancanza d'attenzione verso le comunità, per un necessario confronto più volte evocato dai diversi territori e sempre disatteso. Trascurando l'equiordinazione degli enti pubblici fino al punto di dimenticare la cortese risposta ad inviti e richieste istituzionali.

È inaccettabile che la Conferenza Sanitaria della Gallura, così come altre prima, deliberi all'unanimità di chiedere al Presidente della Regione, alla Giunta Regionale, al Presidente della Commissione regionale competente una seduta/incontro sul proprio territorio per discutere con premura delle emergenze della sanità del nordest dell'isola e tale richiesta sia disattesa senza risposta alcuna. Si tratta di uno sgarbo istituzionale, non l'ultimo, che traccia, una linea di allontanamento della Regione dai territori e dai cittadini, in una nuvola di autoreferenzialità pernicioso che si traduce in provvedimenti evanescenti. tranne che per la gestione dei posti di potere. In effetti, la proposta di riforma segna una linea di continuità con la disciplina previgente: esautorazione sindaci e comuni di strumenti e capacità d'intervento, ma li carica di responsabilità e di oneri della sanità territoriale nella fase ordinaria e, ancora di più, nelle fasi straordinarie.

Il sistema di assistenza sanitaria dovrebbe essere fondato su metodi e tecnologie, scientificamente validi e socialmente accettabili oltre che economicamente sostenibili, in modo da essere universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione in uno spirito di fiducia e di autodeterminazione. Il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e delle comunità con il sistema sanitario della Regione, dovrebbe essere portato quanto più vicino possibile a dove la popolazione vive e lavora.

Le risorse non devono per forza essere uguali per tutti i territori ma “aggiustate” per fattori demografici, socio-economici ed epidemiologici, tenendo conto che dove c'è maggior deprivazione c'è maggior malattia. Non si dovrebbe fare l'errore di scindere i bisogni della persona dal territorio di riferimento il quale deve essere capace di esprimere una cura, un'attenzione, che tenga conto di tutti i determinanti della salute. L'assistenza sanitaria nel territorio dovrebbe essere quanto più possibile distrettualizzata e essere coinvolta, alla pari dell'assistenza ospedaliera e della rete dell'urgenza emergenza, nel generale percorso di riforma in atto nella RAS.

La progressiva trasformazione dei presidi ospedalieri per pazienti acuti avvenuta negli ultimi anni ha creato nuovi bisogni e quindi necessità di nuove risposte, correlati alle fasi di stabilizzazione post acuzie di pazienti fragili e alla riacutizzazione di patologie croniche in pazienti in maggioranza

anziani, che devono essere gestiti prevalentemente non in regime di ricovero ospedaliero ma nel livello territoriale, secondo criteri di appropriatezza, di qualità e con una forte capacità di integrazione strutturata tra professionisti territoriali e professionisti ospedalieri;

Sarebbe auspicabile costruire un'assistenza ospedaliera per intensità di cura al fine di garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, tempestivamente corrispondente al bisogno accertato, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della compatibilità con le risorse disponibili

Sarebbe quanto mai auspicabile ed opportuno riformare il modello finanziario, introducendo strumenti che valorizzino i risultati in salute vale a dire pagare la salute e non la malattia.

Il riordino della rete ospedaliera dovrebbe andare di pari passo con l'organizzazione capillare della rete di assistenza territoriale. Ne deriva che, sarebbe opportuno prevedere un sistema ospedaliero incentrato su alte specializzazioni nei centri più grandi dell'Isola con una serie di ospedali a struttura modulare, diffusi nel territorio, dotati di un congruo numero di posti letto di terapia intensiva e capaci di adattarsi velocemente a quelle che, con sempre maggiore frequenza, rischiano di diventare le future epidemie. A ciò dovrebbe affiancarsi una adeguata rete territoriale, con infrastrutture di vicinanza (case della salute, strutture intermedie, poliambulatori, cure post acuto e sub acuto, cure domiciliari con Infermiere di Famiglia e Infermiere di Comunità). Sarebbe auspicabile prevedere in ambito regionale che i setting di cure intermedie siano orientati anche ai processi di recupero funzionale della persona e pertanto da attivare, ove possibile, in contiguità, strutturale o funzionale, con le strutture riabilitative o con reparti con funzioni riabilitative, al fine di facilitare i percorsi di presa in carico integrata e la sinergia degli interventi.

Nell'immediato bisogna non trascurare la sanità bloccata dal virus e le difficoltà legate agli organici carenti, che rischiano di provocare la chiusura di molte strutture pubbliche a partire dagli ospedali più periferici.

La riforma proposta sembra, non incisiva, non interviene nel merito delle terribili carenze, di origine remota ma emerse con tragico clamore in questo periodo. Partire da una divisione delle strutture territoriali senza aver prima posto rimedio al disastro ordinamentale delle istituzioni intermedie ovvero, senza aver individuato il pilastro istituzionale di erogazione dei funzioni di area vasta, toglie radici a qualsiasi tentativo di riorganizzazione dei servizi al cittadino. Ne costituisce prova un decennio di incertezze sull'ente sovracomunale, un decennio di mancanza di interlocutori amministrativi e politici a cui riferire precise responsabilità della dismissione dei servizi della scuola, della manutenzione delle strade provinciali, etc.. Ne costituisce prova una prolungata amministrazione commissariale orientata prima alla liquidazione e poi ad un destino ancora nebuloso. Certo non può ritenersi sufficiente la riproposizione o ripermimetrazione geografica delle province se non accompagnata dalla fondamentale dote di funzioni, di competenze, di risorse. La definizione delle ASL e l'individuazione delle loro dimensioni ottimali sono strettamente legati

al nuovo ordinamento delle autonomie locali, l'istituzione dei nuovi enti territoriali, alla ricerca delle dimensioni ottimali per comporre le esigenze di razionalità tecnica ed economica, per l'esercizio delle funzioni con i doveri di rappresentanza democratica, assume un ovvio rilievo sulla definizione degli ambiti delle ASL. Sarebbe stato opportuno preventivamente concludere l'iter di riforma dei territori e poi quello sanitario.

Al sistema delle autonomie locali, per consolidata esperienza, preoccupa il ricorso (ancora una volta) al commissariamento "transitorio" del passaggio da un modello ad un altro, giustificato dall'attesa della sistemazione di tasselli istituzionali che devono essere pensati ed organizzati secondo un preciso ordine e una visione complessiva. Invertire l'ordine o attendere l'assestamento inficia ab origine anche i migliori principi e le migliori intenzioni, genera confusione, incertezza, rallenta i processi produttivi e il sistema socio economico, impedisce il raggiungimento dei risultati fissati.

I poteri commissariali certamente agevolano lo snellimento dei processi decisionali ma non il confronto, ma non la capacità degli amministratori di controllare e contribuire alle politiche sanitarie che determinano la qualità della vita delle proprie comunità.

Il Consiglio delle Autonomie locali segnala la necessità di disegnare un sistema sanitario regionale proiettato nel futuro, con il ricorso all'innovazione digitale, liberato dalle pastoie burocratiche, dalle ossessioni ottocentesche della documentazione cartolare. Basti pensare alla recente digitalizzazione delle prescrizioni dei medicinali che i farmacisti sono costretti a stampare per poter documentare l'avvenuta vendita attraverso l'apposizione delle fustelle.

Il tema della governance in un processo di capillarizzazione dei servizi sanitari non potrà che accentuarsi nell'immediato futuro che si prevede indirizzato verso la sanità digitale e la telemedicina. La modernizzazione dei processi, le diagnosi e cure a distanza non devono piegarsi a logiche di risparmio e devono tenere ben saldo il rapporto con la persona e con le comunità.

L'accentramento amministrativo che fa da sfondo al disegno di legge si intravede proprio nell'indeterminatezza dei rapporti di condivisione con i territori, che registrerebbero un nuovo dress code del decentramento sanitario rimanendo immutata la capacità di incidere sulle scelte di cura locale, sui servizi sanitari specifici e sull'effettiva equivalenza di tutela delle comunità.

Il messaggio chiave è che il cambiamento è accettato quando le persone sono coinvolte nelle decisioni e nelle attività che li riguardano, ma resistono quando il cambiamento viene imposto da altri. Se si costruisce una prospettiva condivisa e si attinge a nuovi paradigmi del pensiero, forse si potranno superare le prestazioni degli attuali rigidi sistemi e si potrà creare un sistema più efficiente e cucito su misura per i nostri territori, in relazione alle proprie esigenze e ottimizzando le risorse a disposizione. Ciò non significa che vi debba essere una mera riduzione delle risorse da spendere, questo periodo ha evidenziato la negatività del perseguimento di un rigore della spesa, per cui la conseguenza è che il modello di controllo di gestione incentrato solo su obiettivi economici, denuncia tutti i suoi

limiti in ambito sanitario con la conseguenza che si rende necessario allargare la rosa degli obiettivi e individuare parametri capaci di delineare con la massima completezza la responsabilità di ciascuna azienda sanitaria.

In questo senso, la Conferenza dei Sindaci deve ricoprire un ruolo fondamentale in termini programmatori e soprattutto nella valutazione dei risultati in quanto resta fermo il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno sociosanitario delle Comunità locali.

Viene confermata l'esigenza di un ruolo delle autonomie locali nei confronti delle ASL, finalizzato a garantire uno specifico livello programmazione locale e a verificare l'andamento generale dell'attività delle USL, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al Direttore Generale e alla Regione.

Tuttavia, con uno spirito critico ma, al tempo stesso propositivo, il suggerimento che nasce spontaneo è di individuare un indirizzo politico che possa individuare in maniera chiara un'organizzazione dei servizi sanitari in un sistema sanitario pubblico in grado di migliorare e/o salvaguardare lo stato di salute dei suoi cittadini. Nelle more di un cambiamento, teso al miglioramento del Sistema Salute e che tenga conto delle prospettive future a partire proprio dai processi che ne hanno caratterizzato la forma attuale, il confronto tra le varie istituzioni assume un valore strategico così come confrontarsi con l'evoluzione demografica, epidemiologica, culturale e sociale della nostra Regione.

Per rendere possibile il cambiamento, quindi, occorre mettere assieme tutte le energie, confrontare le buone pratiche, creare un rapporto sinergico fra tutti i protagonisti coinvolti, responsabilizzare nella condivisione e fornire efficaci strumenti decisori a tutte le istituzioni che operano a vari livelli e, soprattutto, realizzare una rete sanitaria, che abbandoni l'idea di sanità come semplice voce di costo per concentrarsi, invece, sul concetto di salute come valore e occasione di investimento, in grado di essere più vicino alle persone e ai bisogni di salute che esse esprimono.

In media res, in Sardegna sono presenti, nelle varie zone, dei piccoli Ospedali, alcuni dotati di Pronto soccorso perché definiti di zona disagiata come Bosa. Alcune Strutture sono limitrofe alla Strada Statale 131 o a centri abitati dotati di strutture sanitarie importanti ( es. Ittiri, Thiesi, Bonorva, Macomer, Ghilarza). Per ognuna di queste realtà si dovranno valutare le migliori integrazioni nell'ambito del Piano Emergenza/Urgenza dell'AREUS e per gli Ospedali di Comunità. Sempre nell'ambito delle zone più periferiche distanti dalle Strutture Sanitarie di I° e II° Livello (Sorgono, Isili, Ozieri, Lanusei, Carbonia/Iglesias, San Gavino e nelle Isole minori si propone, attraverso l'Art. 19 Funzionamento e potenziamento della Sanità militare della Legge Rilancio, che nei territori delle Isole della Maddalena, Carloforte e San Pietro, nell'ambito dei territori dell'Ogliastra e Iglesiente il Servizio sanitario sia rafforzato da personale sanitario della Marina Militare italiana e dell'Esercito (come peraltro avvenuto durante la fase acuta della Pandemia in varie strutture della Sardegna): una sorta di compenso per la presenza militare in quei territori. Tale

integrazione dovrà essere garantita fino all'espletamento dei concorsi e alla assunzione di nuovo personale sanitario.

Parere approvato in data 28 luglio 2020

Il Presidente

Andrea Soddu