

Prot. 540 DEL 24 Novembre 2021

Sul Piano Regionale dei Servizi Sanitari - Triennio 2022/2024

Introduzione

Gentile Assessore, non abbiamo nessun pregiudizio verso l'istituzione da Lei rappresentata e non resteremo imbrigliati nello scaricabarile delle responsabilità dello status quo della nostra sanità, che è un costo ed un problema solo nell'incapacità di ben amministrarla da parte di una schiera di attori ben più ampia di ciò che alcuni vorrebbero fare intendere.

La pianificazione sanitaria passa anche per il PSS e per strumenti che consentano effettivamente di indirizzare scelte precise conoscendo ex ante bisogni e caratteristiche della domanda di assistenza, e siamo qui non tanto per dire qualcosa ma perché abbiamo riflessioni da fare a voce alta a supporto di quali scelte di programmazione, di quale distribuzione delle risorse, di quale tutela e sostenibilità del sistema salute pubblica, **(pag. 15)**.

Entreremo brevemente nel merito di alcuni passaggi del piano riferiti al territorio in cui ha pertinenza la nostra azione ordinistica per il Sulcis Iglesiente, del quale conosciamo la complessità, la variabilità dal punto di vista demografico e socio economico, ma soprattutto l'elevata discordanza tra diversi indicatori tra altre aree territoriali sarde, **(pag. 5)**, fatto per il quale, senza soluzioni, risulta in calo sia la speranza in vita in buona salute della nostra popolazione, **(pag. 11)**, che la fiducia verso il servizio sanitario regionale.

Commento

I numeri delle tante tabelle contenute tra le 180 pagine non possono essere considerati asettici, e benché la matematica non sia una opi-nione, quei conteggi oggi raccontano molto di cosa siamo e cosa potremmo essere rispetto ai contesti assistenziali, strutturali, prestazionali, geopolitici, che disvelano, nel piano dei servizi sanitari, il segreto di una vittoria o di una sconfitta.

Il conteggio di questi numeri racconta di una realtà impietosa e di una verità ineludibile: nel perimetro che insiste su Assl Carbonia non siamo ancora pronti e non siamo destinati e destinatari di pari opportunità e di trattamento, considerati quindi territorio marginale e limitrofo all'area metropolitana cagliaritano che assorbe non solo attenzioni ma soprattutto risorse e prospettive. Sono 240mila le prestazioni sanitarie erogate da ASSL Cagliari per ASSL Carbonia, **(pag. 27)**.

Se la politica fosse correlata alla matematica, le conseguenze di queste sommatorie e risultanze sarebbero impopolari, ma poiché la politica più che l'arte del possibile è una sfida sulla scacchiera dell'incontro della domanda e dell'offerta e dello scostamento dall'*homo habilis* all'*homo sapiens* a seconda di chi muova le pedine, oggi confidiamo che al pallottoliere Lei sappia mescolare la capacità di ascoltare anche nostro tramite 127mila cittadini utenti della sanità solo oggi residuale del Sulcis Iglesiente, ma domani sanità rivitalizzata dalle importanti linee di finanziamento.

Condividiamo i vostri richiami, più volte, sui principi di universalità, uguaglianza ed equità che per i cittadini significano garanzie, accesso universale, erogazione equa delle cure e dell'assistenza in ogni ambito che abbia a che fare con la salute.

Per la carenza di professionisti di tutte le discipline, è acclarato che abbiamo da fare i conti con i lunghi tempi di attesa per le visite specialistiche, per gli accertamenti diagnostici, per le difficoltà di raggiungere i luoghi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, per le fragilità anche conseguenti all'innalzamento dell'età media, per la conseguente rinuncia al ricorso alle prestazioni e alle cure sanitarie.

Per la tendenza allo spopolamento e alla diminuzione delle nascite, per la condizione di ristrettezza e penuria e di quasi indigenza nella ex provincia di Carbonia Iglesias, per l'opportunità di una reazione civica e politica ed economica, riteniamo necessaria una particolare attenzione alla ripartizione e alla collocazione delle strutture di assistenza appartenenti alla rete territoriale, che ad esempio riferito alle Case della Salute e agli Ospedali di Comunità sono del tutto improprie.

Al Sulcis Iglesiente non è riconosciuto nemmeno in ipotesi il diritto UNIVERSALE ad un accesso alle cure adeguato ai bisogni, e pur condividendo l'impostazione del PSS intorno alla persona al fine di realizzare una rete di medicina territoriale efficiente, non possiamo che ritenere contraddittoria la ripartizione e la collocazione di nuove strutture di assistenza nel nostro territorio, soprattutto nei comuni con media densità di popolazione.

È infatti prevista solo una nuova Casa della Salute ad Iglesias, un nuovo Ospedale di Comunità sempre ad Iglesias e ad un futuro Ospedale di Comunità a Sant'Antioco.

Null'altro è realizzabile in alcuno degli altri comuni del Sulcis Iglesiente, territorio dove abitano vivono e lavorano stabilmente, turisti esclusi, 142.000 persone e che hanno tutte il medesimo diritto ad essere considerate per il relativo diritto di accesso alle cure di cui la politica ha il dovere di farsene carico.

Più cittadini fragili, più disabilità, maggiori patologie croniche, indice di vecchiaia più alto rispetto al resto d'Italia, (pag. 7), anche da essi e dal quadro epidemiologico dovrebbero discendere le scelte di programmazione sanitaria, l'efficiente distribuzione delle risorse e la sostenibilità del sistema, senza trascurare il corretto dimensionamento del fabbisogno socio-sanitario comune per comune, che è costituito dal volume delle prestazioni sanitarie dislocate su tutto il territorio provinciale, (pag. 15), e che sconta ad oggi criticità strutturali, organizzative, gestionali e lavorative che arrivano da lontano e che non si riescono a risolvere, tra l'indifferente generale e qualche lamentazione.

Sui capitoli del piano

Ci limitiamo ad un veloce excursus e ci concentreremo solo su alcuni di essi

Capitolo 1 mappa dei bisogni

Se la programmazione si fonda anche dalla conoscenza dei territori, gli abitanti del **Sulcis Iglesiente**, 127mila residenti/142mila complessivi, non possono non chiedersi come mai in **1500 kmq** siano previste solo n. 3 nuove strutture sanitarie (1 CDS+2 ODC) rispetto ad aree, ad esempio quella metropolitana cagliaritana, dove tra **Siliqua-Decimomannu-Assemini-Elmas** in sono previste n. 3 case della salute e n. 3 ospedali di comunità. Con che criterio è stata individuata questa distribuzione?

Un esempio concreto: Villamassargia ha 3500 abitanti in un territorio esteso per 91,5 kmq e nessuna struttura sanitaria prevista, Siliqua ha 3700 abitanti un territorio esteso per 184,5 kmq e previste n. 2 struttura sanitarie. Per "proprietà transitiva", se a Siliqua A corrisponde B (in rapporto ad abitanti e kmq), a Villamassargia C, sempre in rapporto ad abitanti e kmq si può legittimamente affermare che debba sempre corrispondere B.

Per quanto riguarda la popolazione straniera residente in Sardegna che ammonta a 56mila persone circa, (pag. 6), si renderebbe necessaria la previsione di introdurre nel sistema socio sanitario la figura del **mediatore culturale**, anche in riferimento al capitolo 5 Programmazione Sanitaria con la previsione del superamento della contrapposizione dualistica ospedale-territorio con la costruzione di ponti culturali organizzativi ed operativi, (pag. 93), che riteniamo essere lanciati sia verso la popolazione sana che con bisogni prevedibili o imprevisti (pag. 94), popolazione **alla quale** devono essere garantiti ogni ora, giorno, anno sostegno e diritti a chi ne ha bisogno quindi a tutti i suoi abitanti, non solo sulcitani, iglesienti o sardi ma anche stranieri, integrati o in via di integrazione, trasferisti, lavoratori, turisti, vedasi per esempio il Comune di Calasetta che da 2900 abitanti passa ad oltre 11mila presenze da maggio ad ottobre, a fronte della desolante situazione dell'offerta strutturale e della carenza di professionisti che già impatta negativamente sulla cittadinanza residente negli altri mesi dell'anno.

Capitolo 2 fabbisogno socio sanitario regionale

Sulle prestazioni erogate ci vorrebbe una intera giornata di confronto. Balza ai nostri occhi che dalla popolazione ISTAT si passa alla popolazione ATS con un + 15mila abitanti che effettivamente impattano in tutte le macroaree assistenziali (pag. 15) e sulle prestazioni diagnostiche e terapeutiche previste dai Lea. Sarebbe oltremodo utile che venisse condiviso, se conosciuto, il dato della mobilità passiva fuori regione e quindi a quale tipologia di prestazioni si riferisca il 7% assegnato ad ASSSL Carbonia (pag. 23).

Sul richiamo agli Hospice di cui 4 a gestione pubblica e 2 a gestione privata, dobbiamo darle atto che ha stralciato l'individuazione dell'Hospice in ASSSL Carbonia, più volte inaugurato in pompa magna ma sempre rimasto una intenzione se non proprio una scatola vuota, come dimostrano le sole 96 e non meglio specificate prestazioni rese nel 2019, (pag. 36).

Rilevante la sola presenza della struttura accreditata per disturbi del comportamento alimentare in ASSSL Carbonia per tutta la regione sarda, (pag. 43). L'auspicio è che venga mantenuta nel tempo.

Sul volume delle liste d'attesa, che dire? Un solo milione di euro impegnato tra i 12 milioni disponibili per ridurle danno la dimensione della montagna da scalare. (pag. 54). Rilevare che vi siano 23mila circa prestazioni in attesa di esecuzione non si può commentare se non evidenziare che tra i tempi medi di prima disponibilità tra priorità breve, differibile, programmata abbiamo le visite cardiologiche, le visite ORL, nonché prestazioni strumentali come risonanza magnetica, tac, ecografie, ecodoppler, mammografie, (pag. 56).

Sulla stima dell'impatto delle cure dei rinunciatari alle cure abbiamo detto in premessa tra motivi di carattere economico (8636), di liste d'attesa (4200) e di distanza dai luoghi di erogazione delle prestazioni.

Capitolo 3 MAPPATURA DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE

E' raffigurato il riepilogo tra Terapie Intensive Neonatali, Neonatologia e Pediatria. Richiamiamo per l'ennesima volta l'attenzione di tutti che non sono infrequenti trasporti urgenti dalla Sardegna al Continente per trattare neonati in pericolo di vita, e sulle pagine dei quotidiani della Sardegna si da giustamente risalto e contezza di gesta che sembrerebbero epiche, e di fatto lo sono, ma che mal celano la triste realtà della mancanza di una Rianimazione Pediatrica nella nostra terra, e questa e l'altra faccia della medaglia nelle corse contro il tempo per salvare la vita dei neonati, (pag. 84).

Capitolo 6 Ruolo del Distretto Socio Sanitario

Abbiamo già portato alla sua attenzione che l'obiettivo regionale di qualificare l'assistenza territoriale al servizio della persona, di integrare i processi di cura e di garantire la continuità assistenziale, (pag. 112), sia condivisibile da una parte e necessario, dall'altra, di darne effettiva attuazione e contenuti. Si risponde alla domanda di assistenza delle persone con la capillarità dei servizi sul territorio ed un equo accesso alle cure, (pag. 113), senza sperequazioni tra territori, senza prevaricazioni tra ASSL, con pari opportunità, dignità e trattamento, ed il Sulcis Iglesiente non si trova in questa ultima evidenza.

La figura dell'infermiere di famiglia è prevista dal dl 34/2020 e sta crescendo un po' ovunque in Italia tranne che in regione Sardegna e nel piano che stiamo approfondendo. Infatti, tra i soggetti coinvolti per il raggiungimento degli obiettivi (pag. 116), troviamo Regione Sardegna, Aziende Sanitarie, Operatori sanitari e socio sanitari ma non l'Università, che dovrebbe sostenere la formazione post laurea di I e II livello ed ampliare l'offerta per i posti della classe di laurea infermieristica (pag. 117). Se la Regione Sardegna intende prevedere un infermiere di comunità ogni 2000-2500 abitanti, per il Sulcis Iglesiente ne occorrerebbero almeno 50. Chi li forma dove? Come rendere realistica la previsione di team multidisciplinari e professionali, (pag. 112), tra mmg, pls, specialisti, infermieri, psicologi, assistenti sociali, ostetriche, farmacisti se vi sono carenze tra tutte le figure professionali sanitarie anche per una errata programmazione universitaria?

Tabella 89 CASE DELLA COMUNITÀ ATTIVE ED IN ATTUAZIONE DELLA REGIONE SARDEGNA

ASSL CARBONIA Sant'Antioco 1 - ABITANTI **11.313**

ASSL CARBONIA Carloforte 1 – ABITANTI **6.190**

ASSL CARBONIA Giba 1 - ABITANTI **2.080**

ASSL CARBONIA Fluminimaggiore 1 – ABITANTI **2.918**

Tabella 90 Programmazione regionale delle Case della comunità – Linea di finanziamento PNRR

ATS ASSL CARBONIA Iglesias 1 - ABITANTI **27.189**

ATS ASSL CAGLIARI Siliqua 1 - ABITANTI **3.854**

ATS ASSL CAGLIARI Decimomannu 1 - ABITANTI **8.161**

ATS ASSL CAGLIARI Assemini 1 - ABITANTI **26.778**

Tabella 91 Programmazione regionale delle Case della comunità – fondi FESR

ATS ASSL CAGLIARI Cagliari 1- ABITANTI **154.083**

Tabella 93 Programmazione regionale delle Centrali operative territoriali – fondi FESR

ATS ASSL Carbonia Carloforte 1 - ABITANTI **6.190**

Tabella 92 Programmazione regionale delle Centrali operative territoriali – Linea di finanziamento**PNRR**ATS ASL Carbonia Carbonia 1 - ABITANTI **28.755**ATS ASL Carbonia Iglesias 1 - ABITANTI **27.189****Tabella 94 Programmazione regionale degli Ospedali di comunità – Linea di finanziamento PNRR**

ATS ASL CARBONIA Iglesias 1

Tabella 95 Programmazione regionale degli Ospedali di comunità – fondi FESRATS ASL Carbonia ASL Cagliari area Ovest Elmas 1 - ABITANTI - **9.464**ASL Cagliari area Ovest Decimomannu 1 - ABITANTI **8.161**ASL CAGLIARI Cagliari area Ovest Siliqua 1 - ABITANTI **3.854****ASL CARBONIA Sant'Antioco 1 - ABITANTI 11.313**

COMPARAZIONE COMUNI-ABITANTI PROGETTI NEL PIANO REGIONALE SERVIZI SANITARI			
CITTA'	PROGETTI	CITTA'	PROGETTI
VILLAMASSARGIA ABITANTI 3.616	0	SILQUA 3854	2 (CDC+ODC)
NARCAO ABITANTI 3.266	0	SAMUGHEO 3031	1 CDC
SANTADI ABITANTI 3.473	0	TEULADA 3583	1 CDC
PORTOSCUSO ABITANTI 5.188	0	MONASTIR 4.562	1 CDC
GONNESA ABITANTI 5033	0	GHILARZA 4502	1 CDC
CALASETTA ABITANTI 2922	0	SAN VERO MILIS 2.494	1 CDC
SANT'ANNA ARRESI ABITANTI 2746	0	OTTANA 2303	1 CDC
	0		8

Sulle cure domiciliari integrate, sulle cure palliative domiciliari, sugli hospice, **(pag. 136)**, accogliamo con favore il completamento dell'offerta formativa universitaria con l'istituzione di master specialistici per Psicologi, e confidiamo nell'implementazione del percorso formativo per tutte le professioni sanitarie.

La lettura della proposta organizzativa, sebbene attribuisca un ruolo alle Cure palliative sia a livello domiciliare con le CpD che a livello residenziale con gli Hospice, così come strutturata lascia spazio a dei fraintendimenti tra bisogno assistenziale e setting assistenziale, laddove le cure palliative e gli hospice sembrerebbero far parte di percorsi assistenziali separati. La spiegazione dell'equivoco si risolve nella lettura **(pag. 177)** in cui sono elencate le "dieci discipline che prefigurano una rete clinico-assistenziale dedicata...". Non sono comprese e citate le cure palliative.

E' da ritenersi quanto mai urgente l'attuazione della rete delle cure palliative, riconoscendole come disciplina a sé stante e per le quali la regione Sardegna stessa ha attivato un percorso formativo specifico a livello universitario. La stessa legge n. 38/2010 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", ci vede inadempienti, ma a questo punto anche decisamente poco consapevoli, rispetto ai bisogni di salute dei nostri cittadini, al modo con cui soddisfarli e poco responsabili delle risorse già messe in campo per farlo.

Sull'assistenza farmaceutica, capitolo dirimente ed impattante, rileviamo che l'Ordine dei Farmacisti non ci risulta essere stato invitato ad approfondire per quanto di sua pertinenza. E' previsto in divenire il loro coinvolgimento, (pag. 142), ma oggi che si mettono le basi al PSS non fanno parte delle istituzioni presenti e ne avrebbero avuto non solo diritto ma neanche il dovere.

Conclusioni

Gli infermieri vogliono contribuire a geo localizzare meglio il fabbisogno di cure in una effettiva rete socio- assistenziale.

Integrare e meglio distribuire nuove Case della Comunità e nuovi Ospedali di Comunità nel territorio del Sulcis Iglesiente si deve ed è possibile.

Se vuole essere ricordato dai posteri come homo habilis ha da approvare il piano così come è stato confezionato e avrebbe potuto evitare di convocarci ed essere auditi qui oggi. Se invece ritenesse necessario passare alla storia come homo sapiens, accolga alcune nostre considerazioni e riconvochi i qui presenti Ordini per un ulteriore momento proattivo.

In sanità e salute pubblica, tra Trapassato Remoto, quindi narrare di un fatto concluso senza riflessi sul presente, e Passato Prossimo per esprimere un'azione che tende ad avere effetti coinvolgenti e percepiti dalle persone ancora oggi e domani, non abbia titubanza da che parte stare, e confidiamo di averla al nostro fianco.

Il Presidente Graziano Lebiu



Territorio e popolazione SULCIS IGLESIENTE

popolazione di 131.676 abitanti (Fonte ISTAT, 2005). Il territorio del Sulcis-Iglesiente comprende 23 Comuni distribuiti nel Distretto di Carbonia (16) e nel Distretto di Iglesias (7).

L'area geografica del territorio del Sulcis consta di 16 ambiti comunali, con una popolazione complessiva di 82.524 abitanti distribuiti su una superficie di 919,29 kmq.

Il Sulcis

Il territorio del Sulcis conta 82.524 abitanti

Carbonia: 30505 abitanti
Portoscuso: 5361 abitanti
Sant'Antioco: 11730 abitanti
Carloforte: 6488 abitanti
Calasetta: 2745 abitanti
San Giovanni Suergiu: 6116 abitanti
San'Anna Arresi: 2583 abitanti
Masainas: 1479 abitanti
Giba: 2093 abitanti
Piscinas: 886 abitanti
Narcao: 3365 abitanti
Tratalias: 1121 abitanti
Santadi: 3767 abitanti
Villaperuccio: 1117 abitanti
Nuxis: 1703 abitanti

Della popolazione totale, le femmine rappresentano il 50,8% del totale e i ragazzi con un'età compresa tra 0-14 anni sono 9.796 (11,9% della popolazione totale) e le persone oltre i 65 anni sono 14.748 (17,9% della popolazione).

L'area geografica del Sulcis corrisponde al Distretto socio-sanitario di Carbonia ed è situato nella parte sud-occidentale della Sardegna. Il territorio ha diverse e complesse caratteristiche morfologiche con la presenza di pianure e da altopiani e rilievi a diversa altezza.

Il territorio dal punto di vista orografico è caratterizzato da rilievi montuosi di modesta elevazione e sono presenti generalmente rocce con caratteristiche petrografiche e strutturali varie, con età superiore ai 500 milioni di anni. Le litologie sono rappresentate da calcarie arenarie del Cambiano, spesso molto fossilifere. Parte del territorio presenta un aspetto paesaggistico particolare, tipico del Carso, con assenza di acque superficiali e presenza di cavità carsiche di interesse morfologico e mineralogico. Sul territorio sono presenti diversi insediamenti minerari e industriali a cui si deve la produzione di carbone, alluminio, zinco e piombo.

L'Iglesiente

Il territorio dell'Iglesiente conta 82.524 abitanti, la popolazione residente è così distribuita:

Buggerru: 1.163 abitanti
Domusnovas: 6.520 abitanti
Fluminimaggiore: 3.134 abitanti
Gonnesa: 5.184 abitanti
Iglesias: 27.932 abitanti
Musei: 1.506 abitanti
Villamassargia: 3.713 abitanti

Della popolazione totale, le femmine rappresentano il 51,1% del totale e i ragazzi con un'età compresa tra 0-14 anni sono 6.173 (12,5% della popolazione totale) e le persone oltre i 65 anni sono 8.246 (16,8% della popolazione).

L'area dell'Iglesiente è ubicata nella Sardegna sud-occidentale comprendente ampie e fertili vallate, abitata sin dall'antichità con siti archeologici i cui toponimi abbracciano un arco di tempo che si estende dal pre-nuragico al medioevo. L'economia del territorio è basata sulle attività nei servizi (scuole, uffici, banche, ospedali), agricoltura, allevamento, artigianato, ristorazione e turismo. Tutta l'area si estende su 603,72 Km² e dal punto di vista delle caratteristiche morfologiche è costituita prevalentemente da una ampia pianura di sedimenti, altopiani a diversa altezza e rilievi massicci.