

*Racconti e opinioni*

# **lavoroesalute**

## Veneto *la mala* *sanità* legghista

### **inserto**

a cura di

- **Salvatore Lihard - Co. Ve. SAP**  
(Coordinamento Veneto Sanità Pubblica)
- **Francesca Benvegnù**  
*Specialista in medicina preventiva e organizzazione dei servizi*
- **Roberto Fogagnoli** Segretario PRC Vicenza
- **Mirella Balliana**  
Consigliera comunale Rinascita Civica - Partecipare Vittorio
- **Gabriele Zanella** Segreteria regionale PRC Veneto
- **Moira Fiorot** PRC Belluno
- **Catia Manganotti** Coord. Regionale Sanità PRC Veneto

Luca Zaia

# 2023: un anno ancora più critico per la sanità pubblica anche nel mitico NordEst

di **Salvatore Lihard**  
**Co. Ve. SAP**  
**(Coordinamento Veneto Sanità Pubblica)**

## SITUAZIONE NAZIONALE

Risulta evidente il “delirante” processo di continuo abbattimento dei capisaldi e dei principi che una decina di anni fa vennero inclusi nella legge nazionale 833 del 1978: universalità, uguaglianza, equità. Ovvio anche la finalizzazione del processo: smantellamento del Servizio Sanitario nazionale e la “istituzionalizzazione” della sanità privata.

Così scrive Chiara Giorgi: “...Siamo di fronte a un lungo, ma sempre più rapido, processo di privatizzazione e dequalificazione della sanità pubblica, a politiche e narrazioni che giorno per giorno puntano a mettere fine a un modello di salute universalistico e democratico, alla forte invadenza di logiche di mercato e profitto, con l’effetto di assistere a un grave aumento delle disuguaglianze sociali e delle disparità territoriali nella salute...”.

E recentemente il Ministro della Salute, Schillaci ha affermato: “La pandemia ha dimostrato che una collaborazione virtuosa tra sanità pubblica e privata convenzionata può aumentare la capacità di risposta del Sistema sanitario ai bisogni dei pazienti. Il privato convenzionato è parte integrante del servizio pubblico”.

Quali gli strumenti? Alcuni:

● **MANOMISSIONE DELL'ART.32.** Ha ragione Ivan Cavicchi quando afferma in un suo recente libro: “...accettare di sottoporre il diritto al limite economico – che di fatto vale come accettare la logica del diritto compatibile con le risorse – è come mettere una carica di tritolo sotto l'art.32...”.



● **SOTTOFINANZIAMENTO AL SSN.** Le prime decisioni del Governo Meloni, quelle definite con l'approvazione del NadeF e poi con quella di legge finanziaria 2024 ci dicono con chiarezza che a causa della crisi economica, si torna ai tagli lineari. Perché? I tre miliardi di euro di aumento al Fondo Sanitario previsti per il 2024 saranno utilizzati in gran parte per gli aumenti (miseri) contrattuali del personale dipendente ed il restante prevalentemente per abbattimento delle liste di attesa per esami e prestazioni specialistiche (ausilio delle strutture private).

● **L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA,** voluta da Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna soprattutto sul tema sanità. Il report della Fondazione GIMBE riporta: “...Di conseguenza, l’attuazione delle maggiori autonomie richieste dalle Regioni con le migliori performance sanitarie (Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna) è inevitabilmente destinata ad amplificare le disuguaglianze di un SSN i cui principi fondanti del SSN si sono già dissolti senza alcun ricorso all’autonomia differenziata, ma solo in ragione della competenza regionale concorrente in tema di tutela della salute. Il regionalismo differenziato finirà dunque per legittimare normativamente e in maniera irreversibile il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute...” (nessuno di noi è uguale davanti alla malattia).

● **FORMAZIONE E RIFORMA DELLE PROFESSIONI:** neanche uno straccio di progetto. Oggi si assiste alla grande fuga di medici ed infermieri dal SSN. Da Quotidiano Sanità del dicembre scorso circa il 70% degli ospedalieri vede ancora nel Ssn un baluardo del diritto alla salute, che mette le ragioni assistenziali davanti a quelle economiche. Solo il 9,8% pensa che gli straordinari meglio retribuiti possano risolvere il problema delle liste di attesa, che per il 41,2% si affronta assumendo personale. Quasi la metà pensa di appendere in anticipo il camice bianco al chiodo, soprattutto per evitare presenti e futuri tagli alle loro pensioni, ma anche per i carichi di lavoro



## 2023: un anno ancora più critico per la sanità pubblica anche nel mitico NordEst

CONTINUA DA PAG. 2

eccessivi. Ma a preoccupare è soprattutto quel terzo abbondante di loro che se tornasse indietro non sceglierebbe più di iscriversi a medicina e quel 12 e passa per cento che addirittura oggi pensa di cambiare proprio mestiere. Mentre l'idea di pagare meglio gli straordinari, come previsto dalla manovra è la ricetta idonea a tagliare le liste d'attesa per a mala pena un dottore su dieci.

In 6 anni la spesa out of pocket è cresciuta del 43%. La metà della torta è rappresentata dalle le spese per visite specialistiche ed interventi. Le spese odontoiatriche la fanno da padrone ma sono alte anche quelle per farmaci, ottico e psicologo senza dimenticare i 3 mld di ticket. È la cosiddetta spesa out of pocket che secondo la Ragioneria generale dello Stato nel 2022 ha raggiunto la cifra monstre di 40,26 mld. Un cifra che rappresenta ormai un quarto della spesa sanitaria totale. La visita medica sia in intramoenia che dal privato, il dentista, gli esami specialistici ma anche farmaci e dispositivi medici senza dimenticare il ticket. Tutte prestazioni cui il cittadino sempre di più è costretto a mettere mano al portafoglio. È la cosiddetta spesa out of pocket che secondo la Ragioneria dello Stato nel 2022 ha raggiunto la cifra monstre di 40,26 mld, ben il 43% in più rispetto a 6 anni prima. Un cifra che rappresenta ormai un quarto della spesa sanitaria totale.

### SITUAZIONE VENETO

Breve premessa: è dal 2005 a tutt'oggi che al comando dell'Assessorato alle politiche socio-sanitarie vi è un dirigente della Lega Nord.

Il 31 dicembre scorso è scaduto il Piano Socio-Sanitario regionale 2019-2023.

Il Piano individuava 3 "macro-obiettivi" lungo i quali si declinano (o si dovevano) le scelte strategiche regionali:



- 1) il potenziamento dell'assistenza territoriale consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario;
- 2) il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera;
- 3) il perfezionamento delle reti assistenziali sia orizzontali che verticali.

Sull'assistenza territoriale, dal punto di vista del potenziamento, poco o nulla è stato fatto, soprattutto nel campo della prevenzione e delle cure primarie. Tutti sanno che l'adozione di misure atte a incrementare gli investimenti in prevenzione, conseguenzialmente, porta ad una riduzione del numero di persone da curare e a contenere i costi della sanità.

Fallimento del modello di Medicina di Gruppo Integrata per erogare un'assistenza globale (dalla prevenzione alla palliazione), continua, equa e centrata sulla persona; assistenza h.24, 7 gg. su 7, e parte fondamentale ed essenziale del Distretto socio-sanitario (DGR. 751/2015). Ad oggi attivate 75 su 350 previste e con orario h.12 per 5 giorni.

Il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera è stata attuata tramite una rigida applicazione delle direttive nazionali per l'adeguamento del numero dei posti letto:

- nel Piano SSR 2012-2016 si riporta il 4% per 1.000 abitanti (di cui lo 0,7% per lungodegenza e riabilitazione);

- nella DGR 68/2013 (schede ospedaliere) si taglia ancora: 3,7% per 1.000 abitanti (di cui lo 0,7% per lungodegenza e riabilitazione) e si giustificano i tagli prendendo a riferimento la legge nazionale 135/2012 (la cd. "spending review) e il DM 70/2015.

Fallimento del modello di Medicina di Gruppo Integrata per erogare un'assistenza globale (dalla prevenzione alla palliazione), continua, equa e centrata sulla persona; assistenza h.24, 7 gg. su 7, e parte fondamentale ed essenziale del Distretto socio-sanitario (DGR. 751/2015). Ad oggi attivate 75 su 350 previste e con orario h.12 per 5 giorni.

Il completamento del processo di razionalizzazione

CONTINUA A PAG. 4



## 2023: un anno ancora più critico per la sanità pubblica anche nel mitico NordEst

CONTINUA DA PAG. 3

della rete ospedaliera è stata attuata tramite una rigida applicazione delle direttive nazionali per l'adeguamento del numero dei posti letto:

- nel Piano SSR 2012-2016 si riporta il 4% per 1.000 abitanti (di cui lo 0,7% per lungodegenza e riabilitazione);

- nella DGR 68/2013 (schede ospedaliere) si taglia ancora: 3,7% per 1.000 abitanti (di cui lo 0,7% per lungodegenza e riabilitazione) e si giustificano i tagli prendendo a riferimento la legge nazionale 135/2012 (la cd. "spending review") e il DM 70/2015.

- La "razionalizzazione" non tiene conto del profilo epidemiologico e del profilo demografico (vedi ex ULSS 12) ed alcuni aggiustamenti in V Commissione hanno premiato le "spinte politiche" di qualche territorio.

- Mentre si tagliano i posti letto negli ospedali, la Giunta regionale nel maggio scorso propone di aumentare, invece, di 189 posti letto residenziali per utenti psichiatrici (ovviamente al privato convenzionato), e di 280 p.l. per Residenze Socio-Sanitarie Psichiatriche (*non previste dalla direttive nazionali di Ministero*).

- Nel piano le strutture del privato convenzionato assumono sempre di più funzioni sostitutive (e non complementari) del servizio sanitario pubblico.

- Sul perfezionamento delle reti assistenziali (strutture di ricovero intermedie) la DRG 68/2013 programmava 3.038 posti-letto di cui 1.263 da attivare (ad oggi attivate solo 200). **A che punto siamo?**

Altra considerazione: il precedente PSSR faceva riferimento a AULSS comprensive di bacino di riferimento tra i 200.000 e i 300.000 abitanti (fatta salva la specificità dei territori montano, lagunare e del polesine. Nel corso della vigenza del PSSR interviene la LR 19/2016 che riduce le Aziende ULSS a 9 unità ed introduce l'Azienda Zero: quindi "si rinnegano" i principi fondanti del Piano.

Emergenza anche per i medici di base. La FIMMG



(Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) denuncia che in Veneto entro il 2027 ci saranno 1.250.400 cittadini senza medico in quanto mancheranno 1.572 medici di base. Questa situazione si è venuta a creare per una insufficienza dei numeri di borse di studio messe a disposizione dal Ministero della Salute, ma anche per una totale mancanza di programmazione da parte della Regione negli anni. Prova ne è che proprio in questi giorni la Regione ha firmato una delibera con cui bandisce 60 nuovi posti nell'ambito del corso triennale (2018-2021) per la formazione in Medicina Generale; un numero irrisorio rispetto all'emergenza.

Emergenza per infermieri: invecchiamento, mancato turn-over, precariato. Sempre meno infermieri professionali addirittura sostituiti da personale sociosanitario per ridurre il costo del lavoro e conseguente abbassamento della qualità assistenziale. Esempio nella Ulss3 (dati CGIL) gli I.P. da 6.209 sono passati a 5.993 (-216), ma l'Ulss assume più operatori sociosanitari (da 859 a 987); così come pure per gli amministrativi (da 740 a 679). Nella stessa Ulss 250 i precari che garantiscono funzioni assistenziali fondamentali. L'età media del personale è di 49 anni che lavora su turni di 24 ore. Quindi anche nel Veneto il personale sanitario è stata la prima vittima sacrificale della contrazione delle risorse che ha colpito la sanità.

PNRR Missione 6. La recente pandemia ha messo in risalto la necessità di potenziare la sanità territoriale della regione. Cruciale, quindi, anche attraverso gli investimenti del Pnrr in case e ospedali di comunità. Ai progetti del Veneto in questi due ambiti sono destinati circa 209 milioni di euro, su 3 miliardi complessivi. Nello specifico, 135,4 milioni andranno alla creazione di 93 Case della Comunità tutte classificate come hub, quelle principali che erogano servizi di assistenza primaria, attività specialistiche e di diagnostica di base.

Per quanto riguarda gli ospedali di comunità sono 35 quelli previsti in Veneto, per un importo complessivo dal Pnrr di quasi 73,9 milioni di euro.



CONTINUA A PAG. 5

## 2023: un anno ancora più critico per la sanità pubblica anche nel mitico NordEst

CONTINUA DA PAG. 4

### Il contratto istituzionale.

Il PNRR assegna complessivamente al Veneto (Missione 6, Componente 1 e 2) la cifra di 583.526.547,32 euro.

Il Contratto istituzionale firmato da Ministero della Salute e Regione Veneto nel maggio del 2022 detta i cronoprogrammi delle opere che dovranno essere rigidamente rispettati pena il non finanziamento della spesa. Ad esempio Le Case della Comunità dovranno essere completate nel marzo del 2026 e funzionanti a partire dal 1 luglio 2026.

Ad oggi non solo manca un progetto socio-sanitario ma con la cronica carenza di personale difficile immaginare un efficace funzionamento. Giustamente il dr. Maurizio Scassola, segretario della FIMMG Veneto, afferma: “..le Case della Comunità potranno rappresentare una grande occasione anche per il Veneto solo se inserite in un ragionamento globale di riorganizzazione e di rivalutazione dei bisogni socio-assistenziali delle persone. La FIMMG non ha mai contestato pregiudizialmente le Case della Comunità, ma è opinione unanime che prima dei muri la politica avrebbe dovuto costruire un vero, nuovo progetto di Assistenza e Cura. Troppo spesso vengono proposti modelli che si sovrappongono alle funzioni degli attuali Distretti...”.

Estremamente negativo il comportamento della Regione Lombardia che con DGR del 27 novembre scorso invita le Aziende a cercare acquirenti per gli ospedali di Comunità costruiti con finanziamento PNRR.

### LA MOBILITAZIONE

Una luce che prefigura una opposizione in Veneto a questa realtà di smantellamento del Servizio Sanitario pubblico. Da ricordare le belle e partecipate manifestazioni promosse dal CoVeSaP (Coordinamento Veneto per la Salute Pubblica) del 15 aprile e 28 ottobre dell'anno scorso. A tali eventi



hanno partecipato non solo cittadini che hanno condiviso le ragioni delle mobilitazioni, ma partiti, associazioni varie, sindacati. I temi evidenziati:

- La grave crisi che vivono i Servizi per l' Emergenza e Urgenza non solo nelle zone più periferiche come la montagna bellunese, dove a causa della distanza dei Servizi di Pronto Soccorso è a rischio l'incolumità del paziente , ma anche nel resto della Regione dove le condizioni di lavoro sempre più pesanti fanno fuggire i medici e gli infermieri.

- Il grave disagio degli operatori Ospedalieri: medici, infermieri, operatori vari, sempre di meno e sempre più oberati , come denunciano i Sindacati Medici ANAAO, CIMO, AAROI.

- Il sottofinanziamento dei Servizi per la Salute Mentale , (terz'ultimi in Italia per la spesa pro capite e per la percentuale del FSR) con Servizi Ospedalieri di diagnosi e cura sempre più scarsi , in tutti i territori, Centri di Salute Mentale sempre più insufficienti.

- Il grave deficit di attività di Prevenzione nei Luoghi di Lavoro e della Prevenzione in generale, ricordiamo che il Veneto è purtroppo tra le prime regioni per infortuni mortali sul luogo di lavoro , coinvolgendo anche ragazzi in formazione.

- La difficoltà estrema dei Medici di Medicina generale di poter lavorare con un adeguato supporto e la grave carenza dell' Assistenza domiciliare e le Cure Palliative.

- Le estenuanti liste di attesa per le prestazioni mediche e diagnostiche , per cui è molto difficile potersi curare nel servizio pubblico e quindi una parte della popolazione rinuncia a curarsi.

- La desertificazione dei Servizi soprattutto nelle zone periferiche , per cui chi è affetto da gravi patologie croniche è spesso costretto a fare decine e decine di chilometri per effettuare una terapia salvavita.

Queste due manifestazioni regionali hanno dato linfa per la costruzioni di altri Comitati, Reti di associazioni, Forum tutti accomunati nel contrastare l'idea scellerata di distruzione della sanità pubblica ed al rispetto dell'art32 della Costituzione; un diritto che non può essere vincolato alle risorse di bilancio aziendale.



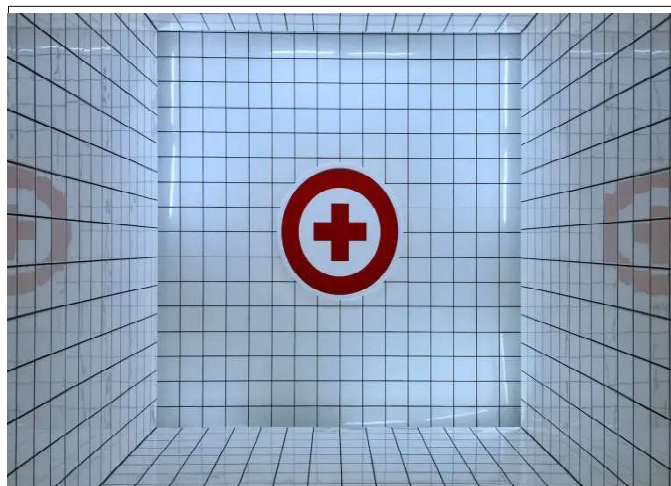
# Veneto: quali presidi della prossimità in campo?

di **Francesca Benvegnù**

*Specialista in medicina preventiva e organizzazione dei servizi, già Direttore di Dipartimento di Prevenzione e di DSSB, gennaio 2024*

Nel Veneto, grazie alla popolarità del governatore, passa un racconto di efficienza del SSR in parte immeritato. Il motore concreto delle politiche sanitarie poggia invece ancora sulla storia del suo farsi sanità universale, a cavallo fra la vecchia organizzazione mutualistica e i primordi della grande Riforma: lo consentivano la vivacità riformista democratica, frutto della primavera politica degli anni '70, e la disponibilità di spesa a piè di lista. Questa riserva di primato, diversa ma non meno importante di quella delle regioni rosse come Emilia-Romagna e Toscana, sta per esaurirsi, a causa della prima strisciante ora evidente privatizzazione di SSN.

Non si creda che l'epoca Zaia l'abbia ostacolata o sconfitta, ha trovato il modo di un populismo morbido e mimetizzato, avvicinandola al limite di non ritorno. Non valgono dichiarazioni al contrario perché lo stesso invocare l'autonomia differenziata come strumento essenziale della difesa di SSR-Veneto né è la triste conferma. I segnali di questo reale andamento delle politiche socio-sanitarie venete sono più di uno, ne indico alcuni che richiederebbero un'attenzione particolare per la centralità universalistica che rappresentano. Come premessa non eludibile, va comunque detto che alcuni fenomeni oggettivi del sistema statale e socio-economico italiano (liberista), danno un grande contributo allo sgretolamento di SSN pubblico: vedi come esempi la iperspecializzazione biomedica col suo corteo di high technology (grande interesse industriale e finanziario sul fronte offerta) e la informazione sulla salute che viaggia in Rete (consumismo sul fronte domanda). Il contrasto a questa generale e potente deriva deve considerare, per necessità immediata, i punti di difesa di SSN-P. Vediamo quali sono.



**1. Case di Comunità spoke**, non è scongiurato il rischio più grande, cioè che possano essere assegnate al privato accreditato, vedi vari centri sanitari collegati a farmacie o a poliambulatori accreditati, molti già potenziati in previsione di accreditamento. Bisogna esserne certi. Meglio sarebbe, in Veneto, affidare a Centri di servizi agli anziani (CSA) da trasformarsi in APSP, aziende pubbliche di servizi alle persone, laddove vi sono le condizioni e l'opportunità/convenienza per l'Asl o parte del suo territorio.

**La tipologia del rapporto con la Medicina Generale** rimane la convenzione nazionale: I medici di medicina generale hanno un rapporto di lavoro convenzionato a tempo pieno con il SSN, su scelta fiduciaria del paziente. L'impegno orario complessivo è di 38 ore settimanali.

## Con questo modello organizzativo:

Tutte le attività dei MMG verranno svolte all'interno delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) al fine di avere un unico *standard* collegato all'attività ordinaria e al raggiungimento degli obiettivi prefissati dai progetti. Le AFT sono, di norma, 2 e si dotano di un coordinatore e possono assumere, comunicandola al Distretto, una delle forme giuridiche previste in materia dalla vigente legislazione per l'esercizio di attività professionali (estrema debolezza della equipe! non subordinata ad alcuna direzione *su effettiva pratica*, organizzativa e clinica); altra perla: I MMG della AFT non massimalisti completano l'impegno orario: presso la Casa della comunità per tutte le ore necessarie a raggiungere il numero massimo di ore (20) di attività ambulatoriali. Esempio: se un medico ha 700 assistiti e svolge 7 ore di ambulatorio (1 ora - almeno - ogni 100 assistiti) le rimanenti 13 ore settimanali sono per attività e progetti promosse dal distretto. Con quale efficienza e rigore non è dato sapere se nessuno dirige il funzionamento complessivo.

Questo modello renderà inefficace lo sforzo di razionalizzazione, che è finalizzato a migliorare sia l'efficacia (qualità delle cure e risultati di salute) che l'efficienza del sistema, che ha un valore irrinunciabile.

## Veneto: quali presidi della prossimità in campo?

CONTINUA DA PAG. 6

Se riverberata sulle modalità di accesso ai servizi *l'efficienza* contribuirebbe al miglioramento generale delle attività, vuoi per la tempestività degli interventi, vuoi per il guadagno di risorse da destinare all'estensione dei servizi. Non si intende di certo l'efficienza che raggiunge il privato con tempi di prestazione rigidi e talora ridotti ai minimi termini! Non era meglio assicurarsi almeno la dipendenza a scelta di alcuni e alle new enty? Soltanto a questi **Mmg dipendenti**, e perciò **strutturati in Asl**, andrebbe attribuita **l'interfaccia coi colleghi operanti presso le CdC** compiti, necessari per i piani di lavoro (i turni nell'ambulatorio CdC, lo smistamento burocratico e delle forniture...); e per organizzare l'audit clinico interno, attività elettiva della medicina di gruppo, praticamente elusa da sempre. Trattasi della condivisione delle esperienze per auto-verificare la propria attività clinica, e per rendere linee guida e protocolli medico-scientifici più aderenti alle caratteristiche della comunità locale. Per tale attività serve uno spirito di collaborazione ed empatia di gruppo, vero lavoro di equipe per intenderci, che è più facile ottenere con nuove leve fresche e motivate. E non si parla affatto del **destino delle CdC spoke**, vero **perno della prossimità assistenziale territoriale**, come anche volano di una maggior efficienza di accesso al sistema, alle cure e ai veri miglioramenti di salute per le persone e nella comunità!

**2. I servizi specialistici territoriali di base: Dipartimento della Salute mentale compresa NPI, Consultorio Familiare compresa attività di Tutela Minori, Servizio per le dipendenze patologiche SerD.** Potrebbe sembrare una contraddizione in termini parlare di servizi DI BASE, ma è la definizione più corretta del loro contenuto assistenziale, perché essi sono il **naturale completamento dell'assistenza primaria**, erogata dalla MG e PLS (pediatri di libera scelta) . Non a caso li si è lasciati nel Territorio come sapientemente aveva voluto la 833/78.



Tutti questi servizi non hanno avuto gli incrementi significativi di risorse professionali, necessari invece per tutto il bisogno emergente! e il Veneto non è stato finora, nonostante la sua buona fama, fra le regioni che hanno assunto di più con i fondi governativi assegnati. Non sono state risanate le riduzioni e decapitazioni del 2013, anzi la prossimità di questi servizi non è oggi garantita, a scapito sia dell'efficienza che della completezza di intervento, che varia dall'acuzie -spesso vera emergenza come nelle dinamiche intrafamiliari violente- alle attività di empowerment preventivo, fondamentali per la crescita e supporto agli adolescenti. Per la salute mentale è inoltre tramontato ogni sogno, o idea, di assistenza domiciliare, in passato garantita da infermieri e psichiatri con le visite domiciliari. Magari obsoleta, ma non rimpiazzata attualmente da attività congrue al peso dei bisogni di cura e follow up riabilitativo-sociale, che gravano sempre di più su famiglie impoverite. E senza dire delle nuove sofferenze indotte dai rischi pandemici e bellicistici. I consultori familiari pure sono in grave difficoltà e concretamente rispondono quasi solo alle urgenze. Il sostegno psicologico in situazioni precarie o a rischio viene dirottato al Privato, con la conseguenza che cura precoce e prevenzione del disagio o sofferenza psico-sociale non è più disponibile, in modo universale e gratuito com'era in origine, per i molti in difficoltà economica. La progettualità sulla salute riproduttiva e la genitorialità responsabile è lungi da raggiungere tutti i destinatari, in modo eguale e partecipato. La scelta delle regioni a governo di centro-ds è invece quella di immettere nelle attività proprie del volontariato di bandiera, come l'associazione Pro-vita. Nelle altre si vede la scarsa iniziativa, condizionata anche alla marginalità dei fondi.

**3. Di Prevenzione primaria** in capo alla Asl, come la *Vigilanza* su attività e matrici di interesse sanitario e sui fattori di inquinamento, missione istituzionale dei Dipartimenti di Prevenzione, da sviluppare e svolgere con altre agenzie in primis gli ARPAV provinciali, non si sente più parlare. Assistiamo a molte dichiarazioni ex post in occasione di incidenti mortali sul lavoro, e

CONTINUA A PAG. 8



## Veneto: quali presidi della prossimità in campo?

CONTINUADA PAG. 7

ad omissioni, ormai storiche, su inquinamenti impattanti sulla salute (i PFAS nel Veneto). Se ne parla solo quando arrivano sui tavoli dei PM o agitano le acque dei comitati di cittadini. Il verso contrario, come una gestione di iniziativa e partecipata sui rischi ambientali, sul territorio non la si vede. La risposta giusta non può essere solo la pur utile inchiesta giornalistica. Anche queste fattispecie sono prossimità di cure, presa in carico, attenzione in definitiva ai determinanti di malattia che è attività di osservazione diretta nei luoghi, dove si insediano le patologie. Di nuovo una Prevenzione oscurata dai successi della ricerca clinica, l'unica degna e utile alla salute?

Nemmeno il Veneto ha dimostrato risultati migliori, anzi, l'esempio della produzione del Prosecco va a favore di una monocultura di solo pregio economico, poco rispettosa della qualità dell'aria respirata dai bambini.

### Previsione a maggior probabilità

Se non si ottiene una implementazione partecipata, anche coi fondi PNRR, delle funzioni su esposte è molto probabile che l'attività delle strutture a organizzazione, direzione e gestione pubblica del SSN, per come era stata individuata nella 833 con l'impronta universale, sarà ridotta a:

- La **Gran parte di ass.za ospedaliera con DEA** (dip.to di urgenza emergenza) e **super-specialità complesse** (ma anche no: il parco degli ospedali hub della Lombardia è già in parte nel Privato accreditato, un ampliamento e accelerazione potrebbero guadagnare spazio in altre regioni, anche nel Veneto (quale sarà il destino del mega Ospedale di Padova?), attraverso politiche di promozione delle assicurazioni, già oggi parecchio invadenti

- Forse **le case di comunità hub**, dedicate alla gestione della cronicità complessa sulla base di registri per specifiche classi di patologie, per il vantaggio di mantenere la governance di SSN della gran parte dei bisogni, avendo sotto controllo pubblico la qualità dei



risultati di salute e una più probabile minor costosità del sistema.

- Forse, di regola, **ad alcuni Servizi specialistici distrettuali**, a seconda delle politiche regionali: vedi in particolare i Consultori familiari. E' possibile l'accreditamento di privati per favorire politiche della famiglia di governi di destra. E la UOC della Salute mentale che invece si lascerebbe più facilmente strutturata in SSN, per collegamento il con il SPDC - reparto psichiatrico ospedaliero- considerando anche la possibile deriva di istituzionalizzazione dei cronici più gravi o senza caregiver familiari.

- **Alla sola Governance medicina territoriale tramite il DSSB**. La committenza e/o produzione servizi, in via esclusiva o settoriale, avverrebbe solo secondo scelte regionali anche in assenza di una Autonomia Differenziata. Tale governance potrebbe perciò riguardare, in alcuni casi è già così, anche altre str. Distrettuali come l'Hospice e l'URT, il presidio di riabilitazione territoriale.

- **Al Dipartimento di Prevenzione**, al 100% strutturato nel SSN, di cui pare rimanga uno scheletro burocratico di polizia amministrativa? Sono finiti anche in Veneto i tempi in cui la Direzione della Prevenzione si proponeva di essere, in alcuni casi riuscendovi, fulcro tecnico-scientifico per strategie preventive di alt(r)o respiro. Si fa il meglio che si può, come nel resto di SSR.V, ma gli operatori sono disillusi, è una stagnazione che non assomiglia agli scenari di speranza e fiducia nella salute per tutti nel 2000, ai quali erano stati formati.

Un quadro desolante, non tanto e non solo perché di marchio liberista (sanità che fa profitto) e individualista (mito e industria della medicina personalizzata), quanto perché la cultura deresponsabilizzante e la mafiosità di questo Paese confligge con una sana committenza di servizi, ammesso che esista. La Responsabilità non è solo della contingenza globale e di fallimenti governativi, è un preciso disegno del Mercato, ma giocano anche l'opportunismo dei politicanti, e perfino la indifferenza o la supponenza di una parte dei cittadini. Occuparsene è un passo necessario, per la salute accessibile a tutti e come bene comune a tutela privilegiata.



# I problemi di OSS, infermieri e medici

di **Roberto Fogagnoli**

Segretario Prc Vicenza

**I**l tema salute è molto vasto mi limito perciò a descrivere, con la collaborazione di chi ci lavora, la situazione ospedaliera e delle RSA a Vicenza e provincia.

La disponibilità dei posti letto non è cambiata rispetto al passato, anzi, dopo la pandemia la disponibilità di posti letto è sufficiente per la popolazione residente. Molto più seria la situazione delle RSA dove ci sono delle lunghe liste di attesa; questo è comunque causato dalla mancanza di interventi, da parte della Regione con adeguati contributi, nelle strutture esistenti e come conseguenza l'innalzamento delle rette.

La casa di Riposo è per le famiglie una spesa troppo elevata, con le rette attuali, e perciò solo nei casi più gravi i familiari ne chiedono il ricovero. Tale situazione comporta da un lato la chiusura di strutture pubbliche o il passaggio a holding private e dall'altra un maggior carico di lavoro e una maggiore complessità assistenziale per coloro che ci lavorano.

Sia le RSA pubbliche ma anche quelle private hanno dovuto abbassare lo standard delle prestazioni.

I problemi riguardano soprattutto il personale: OSS, infermieri e medici.

Il primo problema è la formazione: scuole per OSS, corsi universitari di infermieristica e di medicina non più a numero chiuso, è contraddittorio il numero chiuso in una situazione di carenza di personale. I medici vanno in pensione e le facoltà non riescono a

sostituire il personale che esce dal mondo del lavoro o che migra nel privato, che, ribadisco, non offre standard più alti delle RSA pubbliche o ospedali del SSN.

La facoltà di infermieristica e la scuola per operatori sono deserte. Essere operatore Socio-Sanitario o infermiere non è appetibile, sia per la turnazione (si lavora a turni h 24 e tutti i giorni con 1 riposo settimanale) che per le condizioni e il carico di lavoro con dei salari non certo adeguati ai compiti e responsabilità delle diverse figure. Nella logica del risparmio molte notti capita di essere da soli in un reparto con un numero consistente di pazienti problematici che andrebbero seguiti in strutture adeguate che a loro volta sempre per un "contenimento della spesa" sono state ridimensionate.

Non è semplice neppure per i medici che hanno anch'essi lunghe ore di lavoro. Per tutto il personale il godimento delle ferie come da contratto è sempre in bilico. I riposi non goduti per mancanza di personale; la vita familiare? Mah!

E per finire lo stipendio: non è proprio sempre vero che nel privato si è pagati di più! Questo può valere per i medici, soprattutto per quelle specialità che scarseggiano nel territorio, ma per il resto del personale il lavoro nel SSN da maggiori garanzie. Ribadisco il concetto: il privato NON paga di più, NON offre qualità lavorativa migliore, NON garantisce la sicurezza del posto come avviene invece nel SSN, con un CCNL da rispettare.

Il quadro quindi, in questo anno si è deteriorato, con la paura continua di denuncia da parte dei parenti. Il personale è lasciato da solo a difendersi nei confronti dei parenti senza che la struttura intervenga in aiuto del lavoratore.



# OSPEDALE DI VITTORIO VENETO: MANCA ANCORA LA CHIAREZZA

di **Mirella Balliana**

Consigliera comunale Rinascita Civica - Partecipare Vittorio

**Gabriele Zanella**

Segreteria regionale PRC Veneto

**L**e vicende dell'Ospedale di Vittorio Veneto, seppure in un contesto territorialmente limitato, sono sintomatiche di aspetti e contraddizioni diffuse della sanità veneta.

Abbiamo avuto modo di appurarlo nel consiglio comunale che si è tenuto in città lo scorso 27 novembre, con la relazione del direttore generale dell'AULSS 2, Dott. Francesco Benazzi.

Il nosocomio vittoriese è stata tra le strutture in prima linea nella fase pandemica, periodo che ha costruito un ruolo settoriale per un ospedale che negli anni precedenti aveva visto una sottrazione di reparti, servizi, posti letto di tutto rilievo.

Al punto zero del post-pandemia il territorio, nella trasversalità della sua rappresentanza consiliare, chiede di essere riconosciuto attraverso il mantenimento dell'intera funzionalità del sito ospedaliero. Le luci e ombre nella relazione del direttore generale sono state infatti puntualmente incalzate dai consiglieri comunali nella discussione.

Due gli assi fondamentali del dibattito: il primo è la progettualità per il servizio ospedaliero vittoriese. Eccellenze o territorialità. Alla consueta linea della Regione Veneto, focalizzata sulla caratterizzazione ed esaltazione dei siti ospedalieri per eccellenze (maxillo-facciale nello specifico, a detta di Benazzi), vi è stata una ferma rivendicazione dell'importanza dell'ospedale di Vittorio V.to come punto di riferimento per un territorio vasto; è infatti indispensabile che esso mantenga la caratteristica di ospedale generalista, di servire sulla larga scala delle specialità un centinaio di migliaia di cittadini, nel contesto logistico, spesso difficile, dell'unione montana delle prealpi trevigiane; in grado di dare una risposta sanitaria adeguata agli interventi medici e chirurgici ordinari, che sono quelli più frequenti e necessari per preservare la salute dei cittadini. Il potenziamento delle unità operative} complesse di chirurgia, medicina e di altre specialistiche più comuni, oltre a dare pronte risposte alla popolazione, garantisce la permanenza nella struttura di medici di elevata professionalità che possono esprimere la loro massima operatività.

Dopo di che ben vengano anche le specializzazioni di alto livello che danno valore aggiunto all'ospedale, ma senza perdere di vista il ruolo fondamentale,



oltretutto sul terreno della diagnosi ambulatoriale, che vede i cittadini, come in tutto il Veneto, catapultati sul privato da liste di attesa imbarazzanti, e soprattutto sulla gestione dell'emergenza, con il "no" unanime all'ipotesi di declassamento del pronto soccorso in primo soccorso.

La seconda evidente terreno di contraddizione è l'iperattivismo negli interventi strutturali (a debito in quanto ricompresi nella missione 6 del PNRR) e la contestuale carenza di progettualità nel funzionamento e nel reperimento del personale. Benazzi ha messo in evidenza la realizzazione del blocco per le 4/6 posti di terapia intensiva che da ben vent'anni sono rimasti annotati solo sulle schede regionali e mai realizzati, la sistemazione di un reparto da adibire ad ospedale di comunità, ma pochissimo ha detto nel merito dei servizi che i cittadini vittoriosi hanno perso. Praticamente non solo i reparti di ortopedia e pneumologia non saranno riattivati, ma nessuna assicurazione nemmeno per l'attivazione dei servizi ambulatoriali fondamentali di ginecologia, urologia, ortopedia e sala gessi.

La carenza del personale medico e infermieristico non è stata sufficientemente presa in considerazione dalla Regione Veneto e a pagarne le spese sono soprattutto gli ospedali decentrati come Vittorio V.to a favore di strutture più vicine al capoluogo. Gli accorpamenti di reparti tra Vittorio e Conegliano sono andati a discapito della struttura vittoriese che ha perso professionalità importanti che tendono a spostarsi nelle regioni limitrofe, dove trovano organizzazione e riconoscimenti maggiori. Un esempio su tutti, lo smantellamento completo del reparto di ostetricia ginecologia fiore all'occhiello fino a pochi anni fa. Il frasario sul personale è il solito: dalla convenienza a trasferirsi nel privato (evidentemente determinata dalle politiche sanitarie di stato e regione), alla mancanza di professionisti come ginecologi e psichiatri; settore, quest'ultimo, che ha visto ingenti tagli al numero degli specializzandi nelle università di Padova e Verona.

Rilevanti inoltre, nella discussione, i rilievi sulle carenze territoriali di pediatri e medici di base. La battaglia per una sanità pubblica, gratuita, accessibile e di qualità, continuerà su queste basi con estrema determinazione anche nella realtà vittoriese.



# Il baratro in cui la Sanità Pubblica nel Bellunese è stata lanciata dal regno di Zaia

di **Moira Fiorot**

PRC Belluno

**D**are i numeri su quanti disservizi o servizi sanitari sono stati chiusi nel 2023 a mio parere non renderebbe fino in fondo l'idea di come la Sanità Pubblica nella mia provincia sia oramai entrata in un vortice che la sta annientando. Meglio credo renda l'idea narrare uno dei tanti fatti gravi accaduti di cui si capirà l'importanza e la negatività solo fra qualche mese.

Nel mese di ottobre le organizzazioni sindacali dei medici e la Dirigenza AULSS 1 Dolomiti hanno firmato un protocollo d'intesa che prevede, in breve, il pagamento di incentivi già quantificati se il medico di base (quale? Data la cronica carenza) prescriverà meno esami diagnostici e meno farmaci. La prima domanda che sorge spontanea, dopo l'indignazione, è a che serve questo accordo?

Una provincia che ha 1/5 degli abitanti della provincia di Treviso come può incidere sulla spesa sanitaria regionale?

In realtà questa misura che viene vissuta dal malato

come una ulteriore penalizzazione servirà solo a tamponare le lunghe attese per gli esami nella nostra AULSS e spingere ancora una volta chi può verso la sanità privata

Ricapitolando, in una Provincia dove la carenza di medici di base ( mancata programmazione università a numero chiuso- territorio estremamente difficile) ha oramai reso l'accesso alla medicina di base difficile e assolutamente al limite del dettato costituzionale; dove quindi l'accesso al PS è purtroppo divenuto una prassi anche nei comuni della Val Belluna figuriamoci nei comuni dell'alto e basso bellunese; dove gli ambulatori nei distretti sanitari sono chiusi per mancanza di personale?! e pertanto ogni prestazione specialistica: dalla fisioterapia alla logopedia all'accesso ai servizi del consultorio viene demandata agli ambulatori di Feltre e Belluno, dove la carenza di operatori sanitari fa chiudere ed accorpare da anni interi reparti e gli ammalati vengono dimessi sempre prima per carenza di posti letto per raccontare solo ciò che ognuno di noi vive e subisce ogni giorno.

I Gestori della nostra Salute non trovano altra soluzione che premiare i medici che abbassano l'accesso ad esami specialistici sapendo bene che una diagnosi precisa e precoce SALVA LA VITA e magari evita la cronicizzazione di una malattia con conseguente uso di medicinali per lunghissimi periodi.

Questo è un altro significativo passo verso la cancellazione del diritto universale alle cure e alla salute di ogni cittadino.



# La Bocconi ci spiega come la Sanità Pubblica pubblica non può essere universalistica

Leggevo in questi giorni il rapporto OASI 2023 (Osservatorio sulle Aziende e sul sistema sanitario italiano) della Bocconi presentato a Milano ma di rilevanza nazionale.

Il documento parte da alcune constatazioni generali: la diminuzione delle nascite, l'elevazione della speranza di vita, la diminuzione in percentuale degli occupati in una popolazione tra le più longeve del mondo hanno come conseguenza l'aumento della spesa pensionistica. Ecco spiegato perché il SSN universalistico non è sostenibile.

Cito "va superata la logica che vede il prescritto nel SSN non correlato alla capacità produttiva disponibile (aziendalizzazione); che osserva il cittadino, senza una guida alla caccia della prestazione reperibile; che prova ad inseguire le liste d'attesa, quando in realtà non sappiamo quanti pazienti ricevono più prestazioni del necessario e quanti invece ne ricevono meno." (ma le prescrizioni non le fa il medico di base? O forse basta una piattaforma che decide.....)

Il sistema pubblico si dice nel documento deve avere "due mantra il contenimento della spesa ed il rinnovo del sitting erogativo proposto dal Pnrr." Il contenimento della spesa passa attraverso la riduzione del personale, la chiusura di ospedali e pronto soccorso. Il rinnovo sarà nella già sperimentata diminuzione dei posti letto a vantaggio del privato. Sempre la ricerca rileva che il finanziamento della sanità passerà nei prossimi anni dal 6% al 6,5 % del PIL tre punti al di sotto di Francia, Germania e Regno Unito. Nessun commento da parte degli esperti perché nella introduzione si è spiegato che la disponibilità economica è insufficiente.

Oltre i dati quello che si evidenzia è che si continua a giustificare la spinta verso il privato con la mancanza di risorse e si aggiunge che il 35% degli utenti si rivolgono a strutture private o convenzionate senza approfondimento.

In questo lavoro non si è voluto tener conto di due aspetti: coloro che non si curano perché non hanno le disponibilità economiche e i Medici di medicina generale così necessari nella medicina di prossimità. Sempre nel documento si analizza la carenza di personale in particolare infermieristico parlando di carenza di "vocazione" ma stiamo scherzando! Il lavoro infermieristico non è una missione ma una professione scientificamente supportata.

In paesi europei, più avanzati del nostro, si raccolgono dati sulle mancate prestazioni infermieristiche e quali complicanze sul paziente. Del personale non si accenna invece ai salari inadeguati, ai carichi di lavoro, alle responsabilità e una vita da turnista. A tale proposito vorrei dire che da parecchi anni non si studiano più gli effetti della vita a turni sulla salute in particolare delle donne. Questi sono i problemi reali per i quali i giovani non si iscrivono alla facoltà di Scienze Infermieristiche.

Per finanziare il SSN basterebbe destinare i soldi delle strutture private a quelle pubbliche. Una seria legge sull'evasione fiscale e meno finanziamenti alle fabbriche di armi e di morte. "Meno armi più sanità e scuola".

Per finire non so se si possa tornare indietro da questa deriva, credo che partendo dai fondamentali della 833 si possa proporre una alternativa a tale disastro.

Nel frattempo "Che fare"? La mobilitazione, le assemblee, gli incontri sono sempre necessari ma non bastano. Propongo di organizzare attraverso uno sportello, o come lo si voglia chiamare, i cittadini rispetto le liste di attesa e la conseguente spinta verso il privato.

Il Dlg 124/78 articolo 3 comma 13 dice "Fino all'entrata in vigore delle discipline regionali di cui al comma 12, qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine fissato dal direttore generale ai commi 10 e 11, l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti.

Nel caso l'assistito sia esente dalla predetto partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di l'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione. Agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria si fa fronte con le risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello stato.

Dobbiamo creare un fronte ampio per difendere i cittadini e perché imparino a difendersi, perché sappiano far valere i loro diritti e si convincersi che un mondo diverso è ancora possibile.

**Katia Manganotti**

Coordinamento Regionale Sanità PRC Veneto

