

## **Parte 1: Introduzione, Personale e Privatizzazione**

Bentornati a tutti e tutte da parte del Comitato per la difesa della Sanità Pubblica dell'Alto Vicentino, e un grazie a tutte le forze sociali, ai gruppi e alle organizzazioni che hanno accolto il nostro appello e sono presenti oggi.

Siamo qui dopo 2 anni, a ripetere molte delle cose già affermate a suo tempo, ma sicuramente con un'accezione diversa.

C'è stata di mezzo una pandemia, non ancora conclusa tra l'altro, una pandemia che ci ha fatto capire molte cose sull'importanza di avere una solida sanità pubblica.

Abbiamo capito che serve una buona medicina del territorio e ben attrezzati servizi di igiene pubblica, che l'ospedale non è tutto, ma se non c'è siamo fritti, perché deve avere posti letto, terapie intensive e tutte le specialità essenziali. Abbiamo scoperto purtroppo anche la fragilità delle nostre strutture residenziali per anziani. Soprattutto abbiamo capito che il capitale umano rappresentato da chi lavora in sanità è la nostra cosa più preziosa, ma anche che esso è totalmente insufficiente a far fronte ai bisogni della popolazione. E che nel privato a cui siamo costretti a rivolgerci, oltre ai costi da sostenere, non troviamo quella qualità e quella continuità di cura che fino a qualche tempo fa ci garantiva il modello integrato dell'Alto Vicentino.

Siamo ben consci che si tratta di problematiche comuni a molti altri territori in Regione Veneto e in tutta Italia. Le cause derivano da scelte dei governi regionali e nazionali, e tocca a loro predisporre le condizioni per arrivare a delle soluzioni.

Ma è importante che i territori tornino a riaffermare i loro bisogni: questo è l'importante momento della ripartenza, dove ci aspettiamo che si metta in pratica quello che la pandemia ha insegnato, che si esca migliori come si diceva quando eravamo in lockdown. È anche il momento giusto per le Istituzioni (ULSS, Comuni, Regione) per ascoltare e, ci contiamo, recepire.

Le questioni che ci preoccupano maggiormente sono 2 e sono interconnesse: sono la mancanza di investimenti sul Personale del Servizio Pubblico e il ricorso sempre più frequente alla esternalizzazione e privatizzazione dei servizi.

Parlare di sanità significa parlare del lavoro di migliaia di persone che con grande professionalità, giorno dopo giorno, garantiscono la tenuta del sistema. Medici, infermieri, operatori socio sanitari, professionisti sanitari e socio-sanitari, ma anche personale amministrativo, quello addetto alla pulizia dei locali, ad attività di accoglienza o alla gestione delle prenotazioni nei call center.

Un intreccio di professionalità e competenze, senza le quali ospedali e strutture socio-sanitarie sarebbero gusci vuoti.

E per questo siamo convinti che serva investire sul lavoro, innanzitutto attraverso una programmazione dei fabbisogni di personale più efficace, con una pianificazione nazionale e regionale che sia in grado di formare e immettere nel mondo del lavoro un numero adeguato di professionisti...oggi non è così!

Siamo convinti che sia necessario favorire la permanenza nel nostro territorio dei nuovi professionisti che si formeranno, attraverso concorsi che siano in grado di offrire immediatamente un'opportunità lavorativa ai neo-laureati, per evitare la loro "fuga", verso il privato, verso altri territori o all'estero.

Siamo convinti che sia necessario valorizzare chi al lavoro già c'è, garantendo orari e carichi di lavoro più adeguati. Serve una strategia di lungo periodo per la pianificazione del fabbisogno e l'organizzazione del lavoro, di cui il personale deve essere reso partecipe.

L'emergenza sanitaria che stiamo attraversando ha prodotto l'immissione nella sanità pubblica di un importante contingente di personale sanitario per assicurare, oltre che la tenuta dei reparti ospedalieri sotto stress, anche le attività di cura domiciliare, lo screening e la fondamentale campagna vaccinale in corso, ma i numeri non sono a nostro avviso sufficienti e, soprattutto, parte di questo personale è ancora precario e va stabilizzato. E poi va tenuto qui, perché se è vero che molti operatori sono arrivati, molti, troppi, sono anche quelli che se ne sono andati.

A causa della scarsità di personale interno, assistiamo all'affidamento a soggetti privati di una parte significativa delle attività di specialistica ambulatoriale, per un recupero delle liste di attesa che è assolutamente necessario, dopo il blocco di mesi delle attività, ma questa deve essere vista come una pratica emergenziale, non il pretesto per un affidamento stabile al

privato. Sono molto aumentati anche i cittadini che si rivolgono al privato pagando di tasca loro (se ci guardiamo attorno, difatti, vediamo una crescita esponenziale dei centri medici privati), ma questa deve essere una scelta, non una forzatura dovuta alla necessità, magari per una malattia cronica.

I cittadini più fragili devono avere a disposizione quei percorsi di cura integrati e coordinati che solo il servizio pubblico può offrire.

Siamo convinti poi che sia necessario porre fine al progressivo affidamento a privati anche per quanto riguarda i servizi socio-sanitari territoriali, ormai da tempo vittime di continue esternalizzazioni e di una compressione dei costi che rischia di favorire una progressiva corsa al ribasso.

Ricordiamo ad esempio la scelta dell'Ulss 7 Pedemontana di affidare a soggetti del privato sociale la gestione delle strutture per anziani con patologie psichiatriche e per disabili nelle strutture di Montecchio Precalcino, un tempo in gestione all'IPAB La Casa di Schio.

Il personale dipendente è stato tutelato, è vero, grazie all'intervento di CGIL-CISL-UIL, ma gran parte di esso se n'è andata altrove e agli ospiti non è stata garantita la continuità, requisito essenziale nell'assistenza a persone affette da gravi patologie.

Una continuità che rischia di non essere garantita nemmeno in futuro, perché un elevato turn-over di personale è inevitabile in tutte quelle organizzazioni che non offrono condizioni di lavoro dignitose, come ad esempio nell'ambito dell'integrazione scolastica degli alunni con disabilità, dove operatori che svolgono mansioni di estrema delicatezza non hanno nemmeno la stabilità di un monte orario settimanale,

Oppure nelle RSA e Case di riposo, dove standard di assistenza del tutto inadeguati e, di conseguenza, carichi di lavoro pesantissimi, fanno fuggire Infermieri ed OSS verso lavori meno stressanti.

Sono esempi che mostrano come la scelta di privatizzare per ridurre i costi di gestione dei servizi attraverso la riduzione del costo del lavoro sia una scelta sbagliata e controproducente, per chi lavora e soprattutto per chi viene assistito.

Andiamo adesso a guardare le peculiarità del nostro territorio, a cominciare dall'Ospedale di Santorso.

## **Parte 2: Ospedale, medicina territoriale, Prevenzione**

Abbiamo raccontato 2 anni fa delle difficoltà di questo ospedale, costruito attraverso un oneroso contratto con privati, pensato come Ospedale per acuti con un territorio forte e rimasto nel guado di un progetto non realizzato.

L'ospedale di Santorso si trova ancora oggi in difficoltà a soddisfare i bisogni di salute della popolazione, COVID 19 ha solo accentuato criticità che erano già presenti e che non sono mai state risolte.

La presa in carico del paziente con un'assistenza focalizzata sulla persona e non sulla malattia, punto di forza dell'ospedale per intensità di cura, viene spesso disattesa a causa di una progettualità asfittica che, tra vincoli di bilancio e drammatica carenza di risorse umane, non è riuscita a creare sinergie virtuose tra ospedale e territorio.

La fuga di medici continua, in due anni sono stati persi 26 professionisti non solo verso il privato, dove le condizioni di lavoro sono migliori, ma anche verso altre strutture pubbliche che offrono contesti lavorativi meno stressanti, meno penalizzanti e più gratificanti professionalmente. Questo accade perché si stenta ancora a capire che le risorse umane sono la vera ricchezza del sistema, un patrimonio di competenze e professionalità da preservare.

Il Pronto Soccorso ha visto l'ingresso di cooperative private per sopperire alla grave carenza di organico che si è ridotto a 6 medici strutturati su 16 .

Il reparto di Anestesia e Rianimazione patisce la carenza di 11 medici, i neurologi attualmente in servizio sono solo 3, i cardiologi 9, ben al di sotto delle necessità. Solo la professionalità, la dedizione, l'abnegazione degli operatori a tutti i livelli riescono a mitigare le criticità e il disagio che il paziente si trova ad affrontare.

Questa situazione porta purtroppo ad offrire prestazioni inadeguate con lunghi tempi di attesa, creando nella popolazione sfiducia, rabbia, ma purtroppo anche rassegnazione. Crediamo che il cittadino non debba essere lasciato privo di punti di riferimento in balia del mercato della salute.

Occorre mettere in atto strategie che rendano l'ospedale di Santorso nuovamente attrattivo per i medici, altrimenti le soluzioni saranno solo temporanee e inadeguate, soprattutto per quanto riguarda il trattamento delle gravi urgenze tempo-dipendenti neurologiche e cardiologiche (Infarto e ictus), che devono assolutamente trovare adeguata risposta durante tutto l'arco delle 24 ore.

E 'fondamentale fare scelte coraggiose inserite in una progettualità a lungo respiro che non si esaurisca nell'arco di una stagione, che veda una riattivazione del modello integrato ospedale-territorio.

Già, il territorio... ovvero tutti i servizi che fanno capo al Distretto Socio Sanitario. Come sta succedendo nel territorio?

Con la pandemia è emersa la sofferenza della medicina territoriale: avevamo già denunciato nel 2019 l'arresto del percorso di costruzione delle medicine di gruppo, nel 2020 abbiamo scoperto che avevamo ben 48 medici vicini al pensionamento, e già quest'anno molti cittadini si sono trovati improvvisamente senza medico di base perché i giovani sostituiti dovevano accedere alla formazione regionale. Precarietà estrema anche per il servizio di Continuità assistenziale, disertato anche dai medici neolaureati perché retribuito in modo davvero poco dignitoso.

Recentemente, inoltre, si parla moltissimo di riformare la medicina territoriale. La Missione 6-Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede investimenti per 15 miliardi di euro destinati a potenziare la medicina territoriale: finanzieranno la costruzione di Case della Comunità, Ospedali a bassa intensità, telemedicina e innovazione digitale. Ottime idee, ma, per intenderci, si tratta di muri e tecnologie. Con quali risorse umane si riempiranno le Case di Comunità?

Un progetto delle Regioni sta mettendo decisamente in crisi il ruolo dei medici di medicina generale, proponendo importanti modifiche al loro contratto di lavoro e aprendo a forme di gestione attraverso cooperative. Sono scenari che non vorremmo si materializzassero: la funzione del Medico di base va migliorata, va assolutamente prevista la sua integrazione nei servizi del Distretto e con gli altri professionisti, ma va decisamente mantenuta questa figura che è l'ultima rimasta ad assicurare la continuità di cura per i pazienti. Non dimentichiamoci che il medico di medicina generale, in un contesto generale di invecchiamento della popolazione, è il principale attore dell'assistenza alle persone anziane.

Il progetto da perseguire è una medicina territoriale moderna, con medici e infermieri che lavorano in gruppo assieme agli specialisti e assicurano assistenza ambulatoriale e domiciliare nelle 24 ore, anche attraverso Ospedali di Comunità, RSA, Hospice e quanto serve a gestire la cronicità.

Sempre restando sul territorio: abbiamo conosciuto durante la pandemia la funzione fondamentale del SISP, il Servizio Igiene Pubblica, svolta con il tracciamento dei contatti, la sorveglianza dei positivi al Covid e le vaccinazioni.

Ebbene, In questi 2 anni, esso ha subito una pesante perdita di medici igienisti, passati da 6 unità nel 2019 alle 2 attuali unità, mancano inoltre tecnici della prevenzione e Assistenti Sanitarie. L'emergenza Covid è stata affrontata soprattutto spostando operatori da altri servizi che naturalmente sono rimasti sguarniti.

IL SISP fa parte del Dipartimento di Prevenzione che, all'interno dall'AULSS è preposto alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie, al miglioramento della qualità della vita, al benessere animale e alla sicurezza alimentare.

Ebbene, queste finalità non possono che essere ridimensionate se non esistono le risorse umane per concretizzarle, ma le conseguenze possono essere gravi. Un esempio di facile comprensione riguarda lo SPISAL, il servizio Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro: ridurne l'organico significa diminuire i controlli nelle aziende e indirettamente favorire l'aumento degli infortuni e delle morti sul lavoro.

Ricordiamo poi come è, e sarà sempre più rilevante per la salute il rapporto con l'ambiente, come insegna la tragica esperienza dell'inquinamento da PFAs in 3 province del Veneto, tra cui la nostra. Il Dipartimento di prevenzione dovrà quindi messo essere in grado di affrontare molte sfide per il futuro, compresa quella di essere costantemente preparato a gestire eventuali nuove pandemie.

### **Parte 3: Il sociosanitario**

Un'altra cosa che abbiamo capito dalla pandemia è che la salute mentale nostra e dei nostri figli può essere messa a repentaglio da questi stravolgimenti improvvisi della vita. Ma, se succede, troviamo servizi in grado di accoglierci?

Già prima della pandemia, in Italia presentavano un disturbo neuropsicologico 200 bambini e ragazzi su 1000. Di questi:

- Solo 60 su 200 riuscivano ad accedere ad un servizio di NPI
- Solo 30 riuscivano ad avere risposte terapeutiche adeguate.

- 5 su 1000 venivano ricoverati in ospedale, spesso in reparti assolutamente inadatti perché destinati agli adulti.

Nel 2021, a causa della pandemia, sono raddoppiate le richieste d'aiuto rispetto all'anno precedente. Ma non sono aumentati i professionisti e mancano soprattutto strutture diurne e percorsi riabilitativi ed inclusivi per gli adolescenti.

Anche per gli adulti le risorse sono insufficienti. Il Veneto è la penultima regione in Italia per spesa per la salute mentale. Prima della pandemia il personale in servizio poteva rispondere al 55,6% del fabbisogno, adesso sicuramente meno. Si comprende perché l'approccio farmacologico puro stia sostituendo, non certo in efficacia, quello dell'ascolto e della riabilitazione psico-sociale che fu di Franco Basaglia, il promotore della legge 180/78. Un segno di pericoloso ritorno al passato anche l'apertura di nuove strutture assistenziali per ospitare i malati cronici, specie se collocate, come qui da noi, presso ex manicomi.

A queste problematiche l'Ulss, in accordo con i Sindaci del territorio, ha risposto, da alcuni decenni, attraverso la messa a disposizione di servizi pubblici in grado di fare valutazione, progettare i percorsi curativi e riabilitativi e seguire le persone per tutto il tempo necessario. Ha attivato poi tutta una serie di strutture, programmi e attività in collaborazione con associazioni e cooperative sociali del Terzo Settore.

Il risultato è stato un variegato patrimonio di risposte a chi si trova in situazione di sofferenza e bisogno: dai servizi educativi all'infanzia, passando per la cura e la prevenzione del disagio minorile; dalle dipendenze alle malattie mentali; dai servizi assistenziali alla disabilità all'integrazione lavorativa; dalla marginalità sociale al disagio familiare: in ogni ambito ci sono realtà che stanno cercando di dare una mano a chi fa più fatica.

Eppure questo modello virtuoso è adesso messo in discussione dai soliti problemi: anche qui mancano i professionisti in tutti i servizi pubblici.

Un esempio che ben conosciamo è il Centro di Salute Mentale di Schio, chiuso e poi riaperto come ambulatorio solo 3 mattine a settimana. Ne pagano le conseguenze anche le persone già inserite in progetti educativi e di reinserimento sociale che, senza adeguato supporto specialistico, rischiano di veder vanificati i progressi raggiunti.

Mancano addirittura le risorse economiche per attivare percorsi, come nel caso dell'integrazione lavorativa. Il SILAS non gode più di fondi strutturati per le sue attività, pertanto i progetti sono limitati nella durata e faticano a dare risposta a bisogni emergenti. Anche progetti storici come l'Inserimento sociale in contesto lavorativo, che ha consentito a centinaia di persone con disabilità una vita più dignitosa ed integrata, non dispongono più dei soldi per pagare i piccoli compensi individuali che costituiscono un importante incentivo motivazionale.

Diventa così estremamente difficile per i servizi promuovere azioni di innovazione e quand'anche vengano messe in campo delle sperimentazioni, queste non trovano poi modo di strutturarsi in unità di offerta.

Questa precarietà nelle risposte, questa difficoltà a guardare avanti sono i più grandi impedimenti al recupero e alla guarigione delle persone con disagio psichico: tutti abbiamo bisogno di un progetto di vita, ma loro più di tutti ed è fondamentale che i servizi possano aiutarle a realizzarlo.

Il terzo settore segnala anche quanto sia difficile trovare un interlocutore genuinamente motivato ad ascoltare i bisogni del territorio e a pensare e progettare soluzioni. La riorganizzazione della sanità regionale del 2016 ha di fatto allontanato le istituzioni dal territorio, rendendo molto più complicata (quando non ostacolata) la sussidiarietà orizzontale prevista dalla Costituzione. Il terzo settore non viene più visto come un partner per trovare soluzioni, ma un soggetto a cui ricorrere per appaltare servizi ad un prezzo conveniente, spesso mediante gare che favoriscono il ribasso.

Anche nel sociale l'approccio è diventato sempre più burocratico e formale: se una volta si osava anche intraprendere ciò che la legge non vietava, ora si impedisce ciò che non è esplicitamente ammesso.

Si riscontra in sostanza una mancanza di visione: si disperdono le risorse create nel passato e non si costruisce futuro. Nessuno ha la formula magica per risolvere i problemi: occorre metterci tutti intorno ad un tavolo e discutere alla pari su come uscire da questo impasse.

Un deciso e rapido cambiamento di paradigma è secondo noi necessario, per fare in modo che le conseguenze sociali della pandemia non siano più gravi della pandemia stessa.

## **Parte 4: Conclusioni**

Da tutto ciò che abbiamo sentito emerge chiara la situazione critica della sanità e del socio-sanitario. Sicuramente è frutto dei definanziamenti al Servizio Sanitario Nazionale, stimati dalla Fondazione GIMBE in 37 miliardi dal 2010 al 2019, ma alla Regione Veneto non sono stati fatti tagli, semmai non sono stati aumentati i trasferimenti nella misura richiesta.

Nonostante ciò il Veneto ha imposto una vera e propria cura dimagrante ai propri servizi pubblici, tagliando ospedali periferici e posti letto. Contemporaneamente ha aperto al privato, aumentando le quote ad esso destinate.

Ma la privatizzazione era cominciata anche prima del 2010, attraverso la costruzione degli ospedali in project-financing, cosa che ha allargato i buchi del disavanzo in molti territori, come è successo nell'Alto Vicentino.

Manca il personale in tutta Italia, a causa di una programmazione della formazione specialistica completamente sbagliata da parte delle regioni e del Governo centrale, ma in Veneto manca di più (la regione ad esempio ha il primato nella mancanza dei medici di base: -467).

E poi c'è la modalità di gestione degli ospedali, che porta alla fuga dei professionisti. Secondo una ricerca di Anao-Assomed, il sindacato dei medici ospedalieri, solo il 54% dei medici ospedalieri pensa di lavorare ancora nel pubblico tra 2 anni.

Qui da noi l'ospedale è poco attrattivo perché è stato lasciato negli ultimi 5 anni senza una prospettiva di crescita e sviluppo, senza un ruolo chiaro all'interno dell'ULSS 7 Pedemontana.

Ora... abbiamo già detto a tutti che questa manifestazione è PER la sanità pubblica, che vogliamo riprenda il suo ruolo forte e chiaro, e non CONTRO chi sta governando in questo momento la nostra Ulss. Il dr Bramezza, arrivato da poco, può stare tranquillo su questo, noi apprezzeremo tutti gli sforzi che farà per migliorare la situazione.

Tuttavia noi siamo qui perché è adesso che si sta ripartendo e si decide dove andare. Ci spiace aver letto ieri sul Giornale di Vicenza che i Sindaci abbiano ritenuto inopportuna la loro partecipazione e abbiano incaricato il Presidente del Comitato dei Sindaci Franco Balzi, che comunque ringraziamo per essere presente, solo per ascoltare. Tuttavia, a fianco dell'articolo sulla posizione dei Sindaci, ieri c'era il resoconto di un'esperienza vissuta alla Sala Gessi dell'ospedale di Santorso che dimostra tutta la realtà delle preoccupazioni che cittadini che oggi qui rappresentiamo.

Ai Sindaci e al Direttore Generale dell'Ulss diciamo quindi che auspichiamo che essi colgano l'esperienza della pandemia per:

- tornare ad investire sul servizio pubblico, sul suo capitale di risorse umane, che tanto ha dato e tanto è ancora disposto a dare se coinvolto,
- sui servizi in gestione diretta, fermando l'avanzata della sanità privata, che poco benessere porta alla maggioranza dei cittadini,
- allargando l'offerta per i propri cittadini, portando le cure a casa e vicino a casa,
- ridando alle Comunità locali la responsabilità sulle scelte in materia di salute e politiche sociali.

**Chiediamo a gran voce un progetto organico per questo territorio, un progetto che sia visibile, conosciuto e verificabile da parte di tutti i cittadini.**

L'impegno del Comitato, che è aperto a chiunque voglia partecipare, sarà quello di seguire lo sviluppo di questa nuova progettualità, aperto a tutti i confronti e costruttivo nelle proposte.

Siamo fiduciosi che non ci sarà necessità di una 3a manifestazione, quindi buon lavoro a tutti e tutte!