



ARTICOLO/INCHIESTA NR 03
1 agosto 2020

A cura del Comitato di Redazione PFAS.land

Organo di informazione
dei gruppi-comitati-associazioni
NO PFAS della Regione del Veneto



Veneto: Sanità allo sbaraglio verso la privatizzazione

di Giovanni Fazio

VENETO: SANITÀ ALLO SBARAGLIO VERSO LA PRIVATIZZAZIONE

Un percorso a ostacoli, tra dati e testimonianze sullo stato di salute dei cittadini del Veneto

«Nei prossimi 5 anni mancheranno 45 mila medici di base, ma chi va più dal medico di base, senza offesa per i professionisti qui presenti?»

... Nel mio piccolo paese vanno a farsi fare la ricetta medica, ma chi ha meno di 50 anni va su internet e cerca lo specialista. Il mondo in cui ci si fidava del medico è finito».

Queste parole espresse da **Giancarlo Giorgetti** al Meeting di Rimini, quasi un anno fa possono essere scolpite sull'epitaffio del Servizio Socio Sanitario Nazionale.

Non così brutali sono quelle scritte nel nuovo **PSSR** (Piano Socio Sanitario Regionale Veneto 2019/2023) dove, invece, fanno bella mostra di sé i copia-incolla dalla **Carta di Ottawa** del 1986.¹

Ci si domanda tuttavia come mai il dettato della Carta, con le cui parole oggi si imbelletta l'attuale PSSR, non sia mai stato preso in considerazione nei precedenti dieci anni del governo regionale di Zaia.

La risposta la si può cercare nella cultura che anima la politica sanitaria del Veneto, la stessa che ha privatizzato e disarticolato la sanità lombarda, con i risultati che tutti abbiamo potuto constatare.

In questi dieci anni è stato fatto esattamente il contrario di quanto proponeva la Carta e si è marciato speditamente verso la riduzione e concentrazione delle ULSS e del governo delle stesse. Emblematica, in tal senso, l'Azienda Zero di recente istituzione.

La tempesta del Covid 19 ha messo a nudo drammaticamente tutte le incongruenze e fragilità prodotte dall'abbandono del territorio e dalla progressiva sottrazione di risorse al sistema, a tutto vantaggio dei privati.

A fronte della nuova crisi provocata dalla pandemia del Covid 19, un percorso contraddittorio, tutto all'insegna della ricerca di consensi politici, ha caratterizzato le azioni

¹ La Costituzione dell'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** afferma che "la salute è uno stato completo di benessere, fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o infermità".

In particolare, nella **Carta di Ottawa del 1986**, e nel più recente **modello di politica europea per la salute denominato Salute 2020 (OMS Europa, 2012)**, la salute è considerata una risorsa per la vita quotidiana, non solo come obiettivo di vita: un concetto positivo che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche; è un bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale, ed è aspetto fondamentale della **qualità della vita**.

Grazie ad un buono stato di salute, l'individuo e il gruppo devono essere in grado di identificare e sviluppare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni; un buono stato di salute produce infatti benefici in tutti i settori e nell'intera comunità. La salute infatti "contribuisce all'aumento della produttività, a una maggiore efficienza della forza lavoro, a un invecchiamento più sano, a ridurre i costi sanitari e sociali e a limitare le perdite di gettito fiscale" (OMS, 2012).

del presidente Zaia che ha fiutato un'ancora di salvezza nei consigli esperti del virologo **Andrea Crisanti**.

È stata una scelta azzeccata che comunque non è stata in grado di evitare, sia pure in grado minore rispetto alla adiacente Lombardia, l'estendersi della contaminazione a tutto il territorio regionale e la morte di troppe persone, soprattutto tra gli ospiti delle case di riposo.

Impreparazione, assenza di presidi di protezione per gli operatori e per i cittadini, scelte sbagliatissime, trovano testimonianza nelle critiche e nell'indignazione provenienti dai settori più fortemente colpiti dalla pandemia.

Non si sono astenuti dalle critiche, questa volta, nemmeno i sindacati confederali:

«Caro Zaia, non va tutto bene ... in Veneto segniamo il 30% dei morti nelle Rsa La Regione dipinge una situazione sotto controllo, ma ogni giorno nelle case di riposo facciamo i conti con nuove morti, che sono in primo luogo persone ... un terzo dei deceduti per Covid-19 in regione è rappresentato proprio dagli anziani ospiti ...».

Il fatto è che nel Veneto **il paziente fragile** non viene considerato come persona ma come **oggetto** da curare e da assistere, quando, ancora peggio, come sorgente di profitto, all'interno di strutture private.

I pazienti affetti da patologie croniche, in questa regione, sono circa il 30% della popolazione. Molti di costoro vengono **separati dal** contesto abituale del loro ambiente di vita per finire i loro anni nelle case di riposo private.

*«Per le malattie croniche, senza rinunciare al modello biomedico, occorrerebbe invece **rivalutare il territorio**, che non è un luogo fisico ma una rete strutturata di servizi di medici e di operatori socio sanitari, organizzati in team, dotati di collegamenti agili e ben coordinati con i servizi specialistici di supporto, la famiglia, la comunità di riferimento e i servizi sociali».*²

Anche per quanto riguarda le patologie acute con il **25% di letti cancellato negli ultimi dieci anni** (quelli del governo Zaia), la situazione non è meno grave.

Nel corso della recente pandemia da Coronavirus si è rischiato di esaurire i posti per la terapia intensiva e solo l'intervento del prof. Andrea Crisanti, che è riuscito a ridurre i contagi attraverso un meticoloso ed esteso uso dei tamponi e la chiusura del comune di Vo' Euganeo, ha impedito il peggio.

Recentemente, il professore, ex Imperial College, ora professore di Microbiologia all'Università di Padova, è stato segno di attacchi indecorosi da parte del presidente regionale **Zaia** che nei suoi mattinali TV, andati in onda quotidianamente, ha attribuito tutto il merito della strategia "vincente" (si fa per dire) in regione a se stesso e alla dott.ssa Francesca Russo (capo del dipartimento di prevenzione).

² Antonio Bonaldi (Slow Medicine).

A seguito di tali attacchi, Andrea Crisanti è **costretto a rispondere** alle accuse del presidente leghista del Veneto, in un'intervista rilasciata al **Fatto Quotidiano**:

*«È una polemica a senso unico. Io l'ho ignorata fino all'ultimo, ma quando **vengono dette delle bugie a fini politici**, con sprezzo di tutte le sofferenze e dei morti, devo rispondere perché sono indignato.*

*Si vuole riscrivere la narrativa per accaparrarsi un dividendo politico... l'11 febbraio il direttore della Sanità (dott. **Domenico Mantoan. n.d.r.**) **mi ha minacciato di danno erariale perché cercavo di intercettare (con l'uso dei tamponi) gli asintomatici che venivano in Italia.***

Sia chiaro che se non fossi stato fermato, probabilmente le prime infezioni le avremmo intercettate e l'epidemia avrebbe avuto un corso completamente diverso ... ».

Dichiarazioni forti e pesantissime che tuttavia non impediscono alla stampa nazionale, compreso il Fatto Quotidiano nella recente intervista di **Selvaggia Lucarelli**, di esaltare il presidente del Veneto come salvatore della patria.

La privatizzazione spinta delle RSA (case di riposo) è certamente una delle cause che hanno provocato infatti una strage tra i 17.000 ricoverati. Circa il 30% delle residenze non sono state in grado, infatti, di prevenire il contagio degli ospiti.

Il comportamento contraddittorio di Zaia durante tutto il periodo della pandemia è stato caratterizzato dalla preoccupazione di rilanciare nel Paese la propria immagine di grande "governatore" che non corrisponde alla realtà, come testimoniato dalle dure critiche, che arrivano dal mondo degli stessi operatori sanitari, e dai gestori delle case di riposo che denunciano di essere stati abbandonati al loro destino.

Una lettera del 20 aprile redatta dal presidente dell'**Ordine dei medici di Vicenza** testimonia il **malessere della intera categoria** e l'indignazione con cui i medici accolgono l'iniziativa di **Zaia** di elargire un bonus, una tantum, agli operatori sanitari, elemosina fatta agli "eroi" quale premio per avere affrontato il nemico a mani nude:

20 aprile 2020 L'OBOLO DI CARONTE

In una delle tante (troppe) passerelle televisive alle quali ci hanno abituato i politici in tempi di pandemia, un noto esponente della politica regionale del Veneto ha proposto un premio in denaro (una tantum) ai "medici eroi".

Mi sono sentito indignato e offeso.

Ci chiediamo che visione meschina abbia della professione medica la nostra classe politica se pensa di tacitare la propria coscienza elargendo una manciata alla categoria che ha sistematicamente massacrato nel corso degli anni, seguendo i consigli degli "esperti" scelti con l'unico scopo di abbattere i costi della Sanità senza capire e preoccuparsi delle conseguenze catastrofiche che questa sciagurata politica avrebbe avuto sulla popolazione.

Adesso siamo “eroi” ma fino a gennaio eravamo degli egoisti rompipalle che miravano solo a conservare i loro privilegi (?!?) da mettere alla berlina facendo pubblicare sui giornali le tabelle con i loro stipendi lordi (spacciati per netti) alla vigilia di un annunciato sciopero della categoria che denunciava la situazione rovinosa in cui si sarebbe trovata la nostra sanità nell'immediato futuro.

*Eravamo i “rompipalle” che **contestavano una programmazione a dir poco discutibile, che poneva in condizione di fragilità, a causa di insufficienti finanziamenti, una larga fetta della popolazione riducendo i posti letto, compresi quelli in terapia intensiva.***

*Eravamo i “rompipalle” che denunciavano le **precarie condizioni** di lavoro del personale sanitario con i discutibili e rischiosi ordini di servizio **finalizzati al risparmio** come la sospensione del turnover negli ospedali e il tempario per le visite specialistiche o l'iper burocratizzazione delle attività cliniche comprese quelle dei medici di famiglia, il cui numero si è andato pericolosamente assottigliando nel corso degli ultimi anni. Con buona pace della tanto strombazzata assistenza sul territorio.*

*I nostri politici non hanno capito che noi Medici chiediamo che ci venga riconosciuta la nostra **DIGNITÀ** di persone e professionisti che hanno deciso di dedicare la propria vita al servizio della gente e dignità significa anche il diritto di essere ascoltati, di poter dare il proprio apporto sulle decisioni che riguardano la salute di tutti. Dignità di avere condizioni di lavoro migliori e in sicurezza e un'organizzazione del lavoro compatibile con una qualità della vita accettabile.*

Nel momento in cui anche la peggior politica ha scoperto le competenze, i medici, anche quelli in prima fila in questa emergenza, chiedono solo di essere ascoltati: qualche buona proposta può nascere anche dal confronto con chi tutti i giorni, con sacrificio e determinazione, mette in gioco la propria vita per la salute e la sicurezza della nostra gente.

Non siamo “eroi”. Onoriamo solo il nostro giuramento, il cui significato dovrebbe capire anche il politico più scalcagnato.

La “mancetta” divulgata via tv ricorda l'obolo di Caronte. Quella moneta d'oro o di rame che Greci e Romani mettevano in bocca ai cadaveri perché potessero pagare il traghetto verso l'aldilà.

Risparmiatevi l'obolo. Potevate spenderlo prima in presidi medici di protezione. Ci sarebbero stati meno “eroi” e avreste evitato una “carità pelosa” che sa tanto, troppo, di furbo populismo.

Michele Valente

Presidente Ordine Medici di Vicenza

28 aprile 2020

Così si esprime il dott. **Domenico Crisarà**, segretario regionale della **FIMMG**, (il sindacato maggioritario dei Medici di Famiglia):

Ieri mattina è morta nel reparto di terapia intensiva di Treviso, dove era ricoverata da diverse settimane, la dottoressa Samar Sinjab. Si tratta del primo medico di base deceduto in Veneto. Esercitava a Mira e, nonostante avesse importanti fattori di rischio, ha continuato ad assistere i suoi pazienti con dedizione.

*Per la Fimmg del Veneto e per tutti i medici di famiglia della regione questo è un momento duro. È evidente che quello che abbiamo fatto non è stato sufficiente ma è altrettanto evidente che questa morte, le altre situazioni gravi e le contaminazioni dei medici di medicina generale è prima di tutto il risultato della **scarsa attenzione** che numerose aziende sanitarie hanno dedicato ai medici di famiglia e di continuità assistenziale. **Forniture** assolutamente **inesistenti** di dispositivi di protezione, **nessuna prevenzione**, se non in queste ultime settimane, attraverso l'esecuzione di tamponi con tempi di **refertazione** che superano spesso i 10 giorni e che **non vengono ripetuti** nonostante il contatto continuo con i pazienti, hanno portato a questa giornata di lutto.*

Non meno dura è la critica che viene dai **veterinari** del servizio pubblico del Veneto

Emergenza coronavirus. Fvm Veneto torna a chiedere alle Ulss una fornitura, adeguata ai Servizi veterinari, di dispositivi di protezione.

20 aprile 2020

*La presidente della **Federazione veterinari e medici del Veneto, Maria Chiara Bovo**, ha scritto ai direttori generali, sanitari e delle Uoc veterinarie e, per conoscenza, alla Regione una nota in cui sollecita una completa distribuzione dei DPI³ per tutti i medici veterinari operanti nel territorio.*

Facendo seguito alla lettera inviata in data 16 marzo 2020 – si legge nella nota – constatiamo che a tutt'oggi molti Servizi veterinari operanti nel territorio del Veneto sono ancora sprovvisti dei necessari dispositivi di protezione individuale anche minimi, consistenti almeno in mascherine e protezioni per gli occhi.

Tra le varie evenienze che i medici veterinari segnalano, inoltre, c'è il fatto che anche le mascherine chirurgiche, per definizione monouso, sono in numero insufficiente e pertanto è richiesto che siano utilizzate per più giorni di seguito.

Ribadiamo che l'attività della medicina pubblica veterinaria comprende servizi che non possono essere differiti, in seno alle attività di controllo della Sanità animale, benessere, scambi, import ed export di animali e di merci di origine animale, gestione del farmaco veterinario, controllo sui mangimi, controlli ufficiali relativi alla sicurezza degli alimenti e sulle filiere, come indicato da ultimo con nota del Ministero della salute – DGISAN n. 12758 – 08/04/2020.

³ Dispositivi di protezione individuale.

Si segnala inoltre che le indagini con tampone riservate agli operatori della sanità in molte aziende Ulss non sono ancora state predisposte per i medici veterinari, nonostante la loro operatività nel territorio e i conseguenti contatti con svariate categorie di utenti, sia negli allevamenti che nelle ditte produttrici di alimenti.

Sollecitiamo quindi a dar seguito ad una puntuale, precisa, completa distribuzione dei DPI per tutti i medici veterinari operanti nel territorio, con avviso che in caso contrario saranno intraprese le opportune iniziative a tutela dei propri iscritti.

LETTERA DEL PRESIDENTE REGIONALE ISDE (MEDICI PER L'AMBIENTE) DEL VENETO

VINCENZO CORDIANO

Zaia, Santelli e compagnia bella la smettete di fare i buffoni?

30 aprile 2020

Sono stufo dei politicanti da quattro soldi che per meri fini elettoralistici fanno a gara a chi arriva per primo a riaprire e tornare alla maledetta "normalità" sulla pelle dei miei connazionali...

*Zaia e compagnia bella, vi ricordo che in Italia il coronavirus ha provocato **30.000 morti**, di cui **oltre 150 medici**, oltre a decine di **infermieri, farmacisti e altri operatori sanitari**.*

Quanti morti ci sono stati tra i governatori? Zero.

Quante morti si segnalano fra i dirigenti amministrativi incaricati di comprare i dispositivi di protezione individuale (tute ecc.) da fornire ai medici direttamente esposti, e che spesso valgono meno della carta igienica? Zero.

Dispositivi che diciamo chiaramente, anche in Veneto che pure passa per essere la Regione modello sono **assolutamente inadatti a proteggere completamente il personale sanitario** che continua a contagiarsi sul posto di lavoro

Se invece di startene al chiuso dei tuoi palazzi veneziani, tu Zaia venissi a farti un giro, assieme ai tuoi "yesmen e yesgirl" e a quei medici che stanno facendo carriera sulla pelle dei loro colleghi morti, in un ospedale Covid della tua Regione e ti chiedessero di indossare gli strumenti di protezione quali quelli che indosso io ogni volta che devo entrare nel bunker, penso che scapperesti a gambe levate e la smetteresti di fare il figo in tivvù.

*Quanti morti fra industriali e padroni delle cui sorti economiche, Zaia e compagnia bella, sembrate preoccuparvi più che della salute dei cittadini che vi hanno eletto i quali, molto saggiamente, ritengono in maggioranza che forse conviene starsene ancora tranquilli per un po' e non seguire le vostre sparate propagandistiche. **Vincenzo Cordiano**⁴*

⁴ Da alcuni mesi il dott. Cordiano era in aspettativa ma quando ha sentito l'appello per il rientro in servizio dei medici per aiutare i colleghi nella lotta al coronavirus, si è presentato ed è rientrato in servizio: in prima linea.

Queste e altre testimonianze, come quelle dei direttori delle case di riposo che chiedono, inutilmente, strumenti di protezione per il personale e per i ricoverati, portano la data quasi tutte di aprile 2020, cioè circa un mese e mezzo dopo l'inizio della pandemia. Gli operatori vengono mandati al massacro, senza camici monouso, senza visiere, senza mascherine, magari chiamandoli "eroi".

I **medici di famiglia** avrebbero potuto arrestare la pandemia fin dai primissimi giorni se anni di ridimensionamento di questa preziosa figura professionale e delle reti territoriali ad essa collegate, non avessero loro impedito di agire.

L'inquinamento crescente nell'intera regione, dovuto alle emissioni di gas nocivi da parte delle aziende, ad un incontrollato traffico su gomma, a scarsi e inadeguati trasporti pubblici, fa sì che le città del Veneto siano tra le prime a superare per quantità e per numero di giorni i limiti per le PM_{10} e $PM_{2,5}$ con gravi conseguenze sul sistema cardiorespiratorio e sul sistema immunitario di milioni di cittadini.

La pandemia da coronavirus si diffonde quindi in un ambiente già fortemente compromesso dove alcuni strati di popolazione sono più sensibili all'aggressione del virus.

Una **visione olistica della salute**, infatti, non si limita alla diagnosi e cura, ma prevede il risanamento ambientale, premessa alla **prevenzione primaria** delle patologie croniche determinate dall'inquinamento atmosferico.

Le reti di prevenzione debbono necessariamente riguardare i processi inquinanti, gli ambienti di lavoro, i trasporti, il controllo degli acquedotti e delle acque di scarico, la gestione dei rifiuti, gli alimenti inquinati da pesticidi, diserbanti, antimuffa eccetera. Non meno importante è l'attenzione alla qualità della vita, al reddito e alle caratteristiche delle abitazioni.

L'efficacia di tali reti è alla base di **una politica della salute efficiente e integrata** ma nel Veneto, che si vanta di sistemi di eccellenza, il nesso tra quanto avviene nel mondo strettamente sanitario e i sistemi disintegrati che riguardano la vita delle comunità è totalmente inesistente.

*«Preoccupa, in particolare in Veneto, il notevole **aumento, pari al 43%, delle diagnosi di tumore del polmone fra le donne che sono passate da 871 casi ogni anno nel periodo 2008-2010 a 1.250 nel 2017.***

*In Veneto **nel 2017** sono stati stimati **31.750 nuovi casi di tumore** (16.550 uomini e 15.200 donne). La tendenza rispecchia quella nazionale: da una parte c'è un andamento stabile delle nuove diagnosi fra gli uomini, dall'altra purtroppo un incremento fra le donne.*

*Si stima che nella regione vivano più di **277.000** cittadini con diagnosi di tumore, **una cifra in costante crescita**».⁵*

⁵ Dati del Sistema epidemiologico Regionale del Veneto.

«Ogni giorno sono stimate circa 87 nuove diagnosi di cancro».

Graziano Meneghini, direttore della Breast Unit dell'ospedale di Arzignano-Montecchio Maggiore, dichiara **«il tumore al seno è una patologia in aumento. Tra le donne di età compresa tra i 25 e i 44 anni abbiamo registrato un + 30%. Nell'Ulss 8 registriamo circa 600 nuovi casi all'anno».**⁶

*

Non c'era certamente bisogno della tempesta provocata dal Coronavirus per verificare gli effetti dell'abbandono del territorio da parte di una **politica sanitaria ospedalocentrica** che da anni taglia servizi territoriali, oltre che posti letto, e sposta i servizi, per cui è retribuita dallo Stato, verso i privati.

Le parole di Giorgetti ritornano come un leitmotiv da parte di persone incapaci di capire che la salute non è solo diagnosi e cura.

Una visione olistica del concetto di salute manca del tutto a chi da decenni governa la Regione. La pessima tutela del territorio e il gravissimo degrado ambientale che ne deriva, sono la causa prima dell'aumento delle patologie croniche, degenerative e tumorali. Queste patologie sono caratteristiche di un territorio dove un invasivo sviluppo industriale, un traffico disordinato e un'agricoltura fortemente contaminata dalla chimica hanno minato alla base la salute dei cittadini.

L'acqua, l'aria e i cibi sono diventati i vettori silenziosi di patologie che aggrediscono principalmente i bambini, tra cui non sono pochi coloro che portano le stigmate della **contaminazione da PFAS avvenuta durante la gravidanza.**

Testimoni di ciò, gli studi sulle conseguenze derivanti dall'esposizione ambientale ai composti perfluoroalchilici (PFAS) del prof. Carlo Foresta, ordinario di Endocrinologia Università degli Studi di Padova e membro Consiglio Superiore di Sanità.

Si tratta di sostanze chimiche responsabili, tra l'altro, di alterare il profilo di coagulazione del sangue, responsabili di infarti precoci e di patologie cardiocircolatorie. Molecole che colpiscono la tiroide, lo sviluppo sessuale, e sono in grado di modificare il profilo epigenetico.

Una vera maledizione che grava su 360.000 persone (stima al ribasso) contaminate nel Veneto occidentale.

Tali sostanze, che si diffondono attraverso gli scarichi industriali, stanno contaminando l'intero territorio regionale, poiché relativamente alla loro **diffusione non è stata assunta alcuna misura di contenimento e prevenzione**, dacché l'apertura di aziende

⁶ Giornale di Vicenza venerdì 23 febbraio 2018.

di trattamento rifiuti tossici industriali viene autorizzata in ogni parte del Veneto, indipendentemente dalle caratteristiche del territorio e dell'ambiente.

LA CONTAMINAZIONE DELL'ARIA

La minaccia di nuove contaminazioni di intere città e territori viene anche dall'aria poiché la Regione sostiene fortemente l'incenerimento dei **fanghi industriali disidratati che contengono notoriamente notevoli quantità di Pfas**, oltre al cromo esavalente, alle diossine e a una sequela di sostanze chimiche, derivate anche dal massiccio uso di queste in agricoltura.

«L'ultimo monitoraggio, effettuato da Legambiente ci dice che nel 2018 in ben 55 capoluoghi di provincia sono stati superati i limiti giornalieri previsti per le polveri sottili o per l'ozono (35 giorni per il Pm₁₀ e 25 per l'ozono). In 24 dei 55 capoluoghi il limite è stato superato per entrambi i parametri, con la conseguenza diretta, per i cittadini, di aver dovuto respirare aria inquinata per circa 4 mesi nell'anno.

*La città che lo scorso anno ha superato il maggior numero di giornate fuorilegge è Brescia (Villaggio Sereno) con 150 giorni (47 per il Pm₁₀ e 103 per l'ozono), seguita da Lodi con 149 (78 per il Pm₁₀ e 71 per l'ozono), Monza (140), **Venezia** (139), Alessandria (136), Milano (135), Torino (134), **Padova** (130), Bergamo e Cremona (127) e **Rovigo** (121)».*

Al top delle città più inquinate d'Italia troviamo ben tre capoluoghi veneti tra cui Venezia. Un record del disastro ambientale che sta divorando il Veneto. Zaia e i suoi sostenitori però non sembra se ne accorgano. Inceneritori e grandi navi sono nei loro cuori poiché la priorità è "far schei".

Le associazioni ecologiste, i ragazzi del Friday for Future, i cittadini di Venezia, Mestre, Marghera e dei comuni più vicini sono in lotta per impedire la riattivazione dell'inceneritore di Fusina (ad un km in linea d'aria da piazza S. Marco).

INTERVENGONO I PEDIATRI DEL VENETO

Le preoccupazioni dei cittadini trovano corpo in un documento dei medici pediatri di Venezia che qui riportiamo tra le testimonianze del pessimo rapporto che chi governa Regione e città ha con la classe medica.

Come pediatri di famiglia siamo molto preoccupati per l'aumento dell'inquinamento atmosferico nella nostra città, con continui superamenti dei valori massimi consentiti, in modo ripetuto e persistente.

Da anni sono noti gli effetti nocivi di un ambiente inquinato sulla salute umana, soprattutto nelle fasce più fragili, come i bambini, per le loro caratteristiche particolari.

L'OMS stima che circa un terzo delle malattie che colpiscono l'infanzia, dalla nascita ai 18 anni, sia da attribuire ad un ambiente insalubre o insicuro.

Nei primi anni di vita alcuni organi, come il cervello e i polmoni, si trovano in una fase di rapida crescita e di sviluppo incompleto, perciò possono essere danneggiati più facilmente.

L'im maturità delle vie metaboliche del bambino comporta una minore capacità di eliminare le sostanze nocive, mentre in proporzione alla sua massa corporea egli ne assume di più: per esempio un piccolo di un anno scambia un volume d'aria doppio rispetto ad un adulto.

Inoltre i bambini, per la loro altezza, respirano in un'atmosfera peggiore, perché entro un metro dal suolo si concentrano sostanze nocive come i gas di scarico delle auto ed un piccolo in passeggino respira proprio all'altezza dei tubi di scappamento.

*Nei bambini è dimostrata con certezza la **correlazione tra livelli di inquinamento atmosferico e basso peso alla nascita, aumento di polmoniti e bronchiti, asma, tosse secca notturna, riduzione della capacità respiratoria.***

*È noto inoltre che le particelle più piccole tra le polveri sottili possono attraversare la placenta, veicolando veleni che creano **danni irreversibili all'embrione.***

*Dato che la maggior parte dei neuroni cerebrali si forma entro i due anni, l'assorbimento di **sostanze neurotossiche** può creare lesioni permanenti e minare lo sviluppo psicomotorio.*

Ci sono poi, se possibile ancor più temibili, gli effetti a distanza, visto che i bambini saranno esposti agli effetti nocivi per un tempo più lungo.

Le evidenze scientifiche sembrano purtroppo trovare conferma in questo periodo nei nostri piccoli pazienti.

Non è un caso se, oltre alla comune patologia stagionale, nelle ultime settimane ci troviamo a fronteggiare moltissimi casi di tosse intrattabile e persistente, particolarmente grave nei numerosi bambini asmatici, ma presente anche in soggetti finora sani.

La salute dei nostri bambini non può essere affidata alla speranza della pioggia, ai capricci di un clima così modificato dal deteriorarsi delle condizioni del pianeta.

*Quindi, come ci impone il nostro codice deontologico, chiediamo con forza alle Autorità competenti e alle Amministrazioni di prendere con urgenza provvedimenti contro questa **emergenza sanitaria**, sia immediati, sia strutturali nel più lungo periodo.*

I PEDIATRI DI FAMIGLIA DI MESTRE E VENEZIA 18/05/2020

La risposta della Regione alle preoccupazioni dei pediatri è il via libera deliberato **dal comitato tecnico VIA⁷ all'inceneritore di Fusina.**

⁷ Valutazione di Impatto Ambientale.

Le polveri sottili, il cromo esavalente e soprattutto i PFAS, sono solo alcuni dei numerosissimi inquinanti che si spargerebbero, attraverso l'atmosfera e i venti del momento, su tutta Venezia e le città adiacenti della terraferma.

Le preoccupazioni dei cittadini per quest'opera altamente nociva che aggraverà la situazione ambientale, già fortemente compromessa dalla presenza delle **grandi navi**, ognuna delle quali, da sola, inquina l'aria più di tutto il traffico automobilistico di una metropoli, è espressa dal **comunicato che cittadini e movimenti ambientalisti** hanno appena pubblicato (maggio 2020):

La regione Veneto dà il via libera all'inceneritore di Fusina.

*Dobbiamo fermarli! - questa la dichiarazione secca dei comitati all'indomani della riunione del Comitato tecnico VIA regionale, e aggiungono: "Si tratta di un atto di insopportabile prevaricazione della volontà di tanti cittadini, comitati, medici, Municipalità di Marghera-Malcontenta e di alcuni Comuni, che da mesi chiedono di riaprire la discussione su un progetto calato dall'alto ed estremamente pericoloso: tre forni destinati a bruciare rifiuti provenienti da tutto il Veneto, oltre a percolati di discarica e fanghi di depurazione contaminati da **PFAS**.*

*Una decisione presa sulla testa della popolazione, sfruttando vigliaccamente le limitazioni imposte a seguito della pandemia, ignorando tutti gli appelli lanciati da molte parti sociali per fermare l'iter autorizzativo. Una mancata sospensione che nasconde la volontà politica, messa nero su bianco dalla decisione del Comitato Tecnico VIA regionale, di assecondare le lobby dei rifiuti che nella Regione Veneto, capeggiata dal **governatore leghista Luca Zaia**, supportata dal **Sindaco Brugnaro** e dalla finta opposizione consociativa del **PD**, trova i suoi servili referenti. Prova ne sia il fatto che **il primo cittadino Veneziano, così come i Sindaci e i consiglieri regionali "Dem"** sono tra i più agguerriti sostenitori del progetto in questione.*

*Con il parere favorevole dalla Comitato tecnico Via, al di là delle prescrizioni che saranno impartite o meno, la Regione Veneto si assume la responsabilità di una **scelta sbagliata, antistorica, in contrasto con quanto richiesto dalla Comunità Europea in materia di gestione di rifiuti, e in contrasto con gli obiettivi di riduzione dei gas climalteranti indicati dagli scienziati dell'IPCC.***

*Il nuovo inceneritore costituisce un vero e proprio attacco ambientale e sanitario all'intero territorio metropolitano di Venezia e a tutti i suoi abitanti. Una decisione doppiamente pericolosa perché va a gravare su un **territorio già fortemente inquinato da decenni di "sviluppo industriale" dissennato**, e segnato tuttora dalla presenza di industrie ad alto rischio poco o per nulla controllate, come dimostra la recente vicenda della **Sigma**. (industria chimica residente nel territorio dell'ex petrolchimico, esplosa pochi giorni fa sollevando un'enorme nube tossica che ha invaso tutto il territorio urbano di Venezia-Mestre e per la quale il sindaco di Venezia ha dato l'ordine di chiudersi in casa con ben due ore di ritardo dall'evento inquinante n.d.r.)*

È ormai chiaro quale sia il futuro che questa classe dirigente, irresponsabile e inadeguata, intende riservare al polo industriale di Marghera: un concentrato di produzioni pericolose, discariche delle peggiori scorie, e centrali elettriche "fossili". Alla faccia dei grandi discorsi sulle bonifiche e sulla riconversione "green" dell'economia.

*Ma ad essere chiamato in causa è anche il **Ministro dell'Ambiente** che non ha ancora risposto né ai comitati, né ad alcuni Senatori sull'attribuzione della competenza sul progetto alla Commissione VIA nazionale, e sui gravi rischi derivati dall'incenerimento dei **PFAS**. Un silenzio inaccettabile per i comitati, che giusto ieri sono intervenuti con una nuova lettera indirizzata al capo del dicastero **Sergio Costa**, per sollecitare un suo intervento in prima persona.*

*La manifestazione di qualche giorno fa promossa da tanti comitati e dai giovani di **Friday for Future** sotto la sede direzionale di **Veritas**, così come le tante mobilitazioni di questi anni contro le produzioni di morte e le grandi opere, dimostra come la sensibilità ambientale e la consapevolezza sulla necessità di un cambio di rotta drastico si stanno facendo sempre più largo nella popolazione.*

Per il fronte ambientalista la battaglia ora entra nel vivo; la prepotenza e l'arroganza della politica, dei Sindaci e di Veritas non fanno altro che rafforzare la determinazione dei comitati a fermare il progetto per aprire fattivamente la strada verso la chiusura completa del ciclo dei rifiuti attraverso politiche di riduzione, riuso, recupero di materia. Una prospettiva tutt'altro che utopica, ma anzi a portata di mano.

Si prospettano mesi "caldi" sul piano della mobilitazione e già nei prossimi giorni i comitati invitano tutti i cittadini a partecipare ad una grande assemblea metropolitana a Marghera con l'obiettivo di definire scadenze e iniziative di lotta.

Opzione Zero Medicina Democratica Assemblea Permanente Contro il Pericolo Chimico a Marghera, MalaCaigo - Riviera del Brenta, AmbienteVenezia Ecoistituto del Veneto Alex Langer Eddyburg COBAS Autorganizzati Comune Venezia Comitato No grandi navi Coordinamento Studenti Medi Venezia-Mestre Laboratorio Venezia Quartieri in Movimento Mira 2030 Fridays For Future - Venezia/Mestre Forum dell'Aria Comitato Difesa Ambiente e Territorio Associazione Valore Ambiente Associazione APIO".

I due manifesti appena citati ci dicono, nei fatti, quale sia il vero volto del modello salute Zaia.

La politica veneta, in vero, è dettata dagli interessi di una casta politico imprenditoriale, di recente formazione, senza retroterra culturale, priva di capacità egemoni e incapace di allargare la propria vision al contesto. Malgrado ciò, gode di un consenso diffuso su larga parte della popolazione.

Essa mira all'arricchimento veloce a scapito di quello che era una volta uno dei territori più ricchi di acque, montagne, laghi, mari e fertillissime pianure e di un patrimonio artistico e urbanistico tra i più belli del mondo.

L'attività della **casta veneta**, da sempre, è caratterizzata da una avida **estrazione di valore da un territorio** sempre più esausto e mutilato da continue ferite, per lo più subite dalla gente con indifferenza, causa evidente di un progressivo e rapido esaurimento delle basi stesse della sopravvivenza dell'intero territorio.

ACQUE SUPERFICIALI E PROFONDE

I dati pubblicati dall'**ISPRA** nel rapporto relativo al 2016 inseriscono il Veneto, insieme a Friuli Venezia Giulia, provincia di Bolzano e Piemonte, tra le regioni in cui la presenza dei pesticidi è molto più diffusa rispetto al dato nazionale, arrivando a interessare oltre il 90% dei punti di monitoraggio delle acque superficiali.

La pianura padano-veneta vanta infatti il primato nazionale della contaminazione ambientale: nelle acque superficiali, 371 punti di monitoraggio (23,9% del totale) hanno concentrazioni superiori ai limiti ambientali.

Contribuisce pesantemente a tale primato la monocoltura della uva Glera per la produzione del Prosecco: un disastro ecologico che riguarda intere province, molto redditizio però per i viticoltori.

Si pensi solo che nei mesi che vanno da marzo a ottobre i cartelli stradali avvertono del rischio di percorrere le strade adiacenti ai vigneti per decine di chilometri.

Rispetto alla media nazionale delle vendite relative alla Superficie Agricola Utilizzata (SAU), che è pari a 4,6 kg/ha, **il Veneto svetta con oltre 10 Kg /ha.**

Ancora più grave è la contaminazione prodotta da sostanze chimiche industriali tra le quali primeggiano i **PFAS** la cui propagazione nell'intero territorio non ha trovato nella politica regionale alcun piano di contrasto, eccetto i pozzi barriera creati all'interno e immediatamente a Sud dell'azienda Miteni⁸ nel 2018.

Complessivamente, fino a maggio 2018 sono stati estratti, dalle due barriere presenti, 29 kg di PFOA, 7 kg di PFOS e 22 kg di altri PFAS per un totale di circa 58 kg.

Inoltre sono stati estratti dalle acque sotterranee un totale di circa 490 kg di derivati dei benzotrifluoruri e 36 kg di solventi clorurati.⁹

Si tratta di quantità enormi di sostanze chimiche che effettuano la loro nocività già con grandezze che si misurano in nanogrammi.

Tuttavia, malgrado le barriere, l'intera area contaminata dalla azienda multinazionale Miteni, (ora chiusa) dovrebbe essere bonificata ma dal 2013, data ufficiale della scoperta della contaminazione di gran parte di tre province del Veneto Occidentale, non si è mossa una foglia.

⁸ L'azienda multinazionale Miteni residente a Trissino (VI) che, dagli anni 70, produce molecole idro e oleo repellenti a base di composti fluorurati, tra le quali molte appartenenti alla classe dei perfluorati (PFAS).

⁹ Dati ARPAV "Contaminazione da Pfas 2013/2018".

Più di 10.000 pozzi privati sovrastanti l'area inquinata che si estende da Trissino fino a Monselice, non sono stati controllati. **Colture e allevamenti** attingono l'acqua dalla falda profonda inquinata, trasmettendo la contaminazione ai loro prodotti.¹⁰

Gli alimenti vengono inviati ai mercati senza alcun controllo (riferito alla presenza di PFAS), diffondendo, di giorno in giorno, la contaminazione alla popolazione.

In tutto il territorio regionale **non esiste alcuna struttura dove i cittadini** possano accedere per controllare la presenza e la percentuale di contaminazione da PFAS nel proprio sangue.

I laboratori in grado di effettuare tali esami non sono accessibili ai privati cittadini nemmeno con eventuale ricetta medica, che comunque i medici di famiglia non sono autorizzati a rilasciare.

Non si sa quindi cosa si mangia e non si sa quanti PFAS si accumulano nel sangue dei veneti.

Attraverso i fiumi, parte della contaminazione raggiunge il mare e la laguna, contaminando pesci e molluschi. Ma nemmeno di questi alimenti viene comunicata la quantità di PFAS, oltre a quella del mercurio, presenti nelle loro carni.

Pensare che diagnosi e cura siano sufficienti a creare la cosiddetta eccellenza sanitaria del Veneto, ignorando l'esposizione di tutta la popolazione alle sostanze tossiche e cancerogene che contaminano acque, aria, terreni e alimenti, è indice di una mentalità incapace di concepire la salute in maniera olistica, comprendendo che **lo stato del territorio è parte integrante della salute umana.**

Quella che è prevalsa negli alti piani dirigenziali della sanità veneta, è una concezione arcaica della salute, considerata come questione che riguardi solo ospedali e specialisti, ignorando quindi il testo della stessa **legge 833** la quale considera **l'assistenza territoriale struttura principale delle cure e ruolo cardine dell'intero servizio sanitario.**

Il contesto della realtà socio sanitaria del Veneto e i dati che emergono e che abbiamo riportato fino ad ora, contrastano con l'incipit del PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2019/2023.

Citiamo qui alcuni passaggi dell'introduzione che, a chi sta lottando contro i disastri ambientali del Veneto, suona come una insopportabile, grottesca beffa:

«Esiste una interdipendenza tra le persone e il loro ambiente di vita naturale e sociale; per poter migliorare tale equilibrio diviene necessario coinvolgere le comunità locali, i cittadini, adottando una prospettiva socio-ecologica e integrata sugli stili di vita. La comunità deve rappresentare quindi un luogo favorevole alla salute, "salutogenico", attraverso politiche di intervento specifiche per contesto di vita. Uno dei fattori chiave per la tutela e promozione della salute individuale e di comunità è quello di creare comunità resilienti e ambienti favorevoli, in grado di reagire a situazioni nuove o avverse. Appare dunque essenziale responsabilizzare prima di tutto chi è alla guida dell'amministrazione nelle scelte allocative, poi coloro che operano nelle strutture sanitarie e infine i cittadini. Nell'ambito del tema salute e ambiente si

¹⁰ Istituto Superiore di Sanità "sintesi dei risultati del piano di monitoraggio degli alimenti in relazione alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcuni ambiti della Regione Veneto." 04/12/2017

inserisce con particolare rilevanza l'orientamento sullo sviluppo sostenibile espresso dalle Nazioni Unite (Programma 2030), che fornisce un'indicazione chiara agli Stati affinché essi predispongano azioni sui temi ambientali di impatto sanitario caratterizzate dalla massima inter-istituzionalità e inter-disciplinarietà».

Non si può trattenere, leggendo questo testo, una amara, colossale risata.

La realtà del piano e di quelli che lo hanno preceduto, dove l'unico obiettivo perseguito è stato la riduzione della spesa con tagli orizzontali di servizi, di ospedali, di reparti e di personale che hanno scarnificato all'inverosimile la sanità pubblica del Veneto, è lontana mille miglia dalle idee scaturite dalla Conferenza Internazionale di Alma Ata, tenuta il 6-12 settembre 1978, in cui venne espressa e sottoscritta da 134 paesi e 64 organizzazioni internazionali, la **Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria** (Alma Ata Declaration on primary health care).

Per quanto riguarda le proposte politiche che da essa scaturirono sulla Salute, possiamo ritenerlo l'evento più importante degli anni 70 che determinò un totale cambio di rotta mondiale, un vero cambio di paradigma. Promotori e organizzatori dell'evento furono **OMS, Organizzazione Panamericana della Salute, UNICEF** sotto il patrocinio dell'**Unione Sovietica**.

La conferenza espresse la necessità urgente di azioni, da parte di tutti i governi, degli operatori della salute, e della comunità internazionale, per proteggere e promuovere un **modello di attenzione primaria della salute**, per tutti gli individui del mondo.

In tale occasione si definì, a livello internazionale, un **nuovo concetto di salute** espresso nel primo dei dieci punti della Dichiarazione.¹¹

11

I dieci punti della dichiarazione

La Conferenza ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale e riafferma che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario.

L'enorme disparità esistente nello stato di salute delle persone, in modo particolare tra i paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo ma anche all'interno delle nazioni, è inaccettabile dal punto di vista politico, economico, sociale e rappresenta una preoccupazione comune a tutti i paesi.

Lo sviluppo economico e sociale, basato su un Nuovo Ordine Economico Internazionale, è di importanza fondamentale per raggiungere appieno la salute per tutti e per ridurre il divario tra lo stato di salute dei paesi in via di sviluppo e quello dei paesi sviluppati. La promozione e la tutela della salute delle persone è indispensabile per un intenso sviluppo economico e sociale e contribuisce a una miglior qualità della vita e alla pace mondiale.

Le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno.

I Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini: essa può essere raggiunta solo mettendo a disposizione adeguate misure sanitarie e sociali. Nei prossimi decenni un obiettivo sociale essenziale dei governi, delle organizzazioni internazionali e dell'intera comunità mondiale dovrebbe essere il raggiungimento, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permetta a tutti i popoli del mondo di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. L'assistenza

sanitaria primaria è la chiave per conseguire questo risultato dentro la cornice dello sviluppo in uno spirito di giustizia sociale.

L'assistenza sanitaria primaria è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, che sono realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione. **L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria.**

L'assistenza sanitaria primaria:

riflette e si sviluppa dalle condizioni economiche e dalle caratteristiche socioculturali e politiche di un paese e delle sue comunità; essa si fonda sull'applicazione dei risultati significativi ottenuti dalla ricerca sociale, biomedica e nei servizi sanitari e sull'esperienza maturata in sanità pubblica;

affronta i principali problemi di salute nella comunità, fornendo i necessari servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione;

comprende almeno: l'educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli; la promozione di un sistema di approvvigionamento alimentare e di una corretta alimentazione; **un'adeguata disponibilità di acqua sicura** e il miglioramento delle condizioni igieniche fondamentali; l'assistenza sanitaria materna e infantile, compresa la pianificazione familiare; l'immunizzazione contro le principali malattie infettive; la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche locali; un appropriato trattamento delle malattie e delle lesioni più comuni; la fornitura dei farmaci essenziali;

coinvolge, oltre al settore sanitario, tutti gli altri settori e aspetti dello sviluppo nazionale e della comunità che sono collegati, in particolare l'agricoltura, la zootecnica, la produzione alimentare, l'industria, l'istruzione, l'edilizia, i lavori pubblici, le comunicazioni e altri settori; inoltre necessita del coordinamento delle attività tra tutti questi settori;

richiede e promuove al massimo l'autonomia dell'individuo e della comunità e la partecipazione alla progettazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell'assistenza sanitaria primaria stessa, usando appieno le risorse locali, nazionali e le altre disponibili; per questo fine sviluppa, attraverso un'adeguata educazione, la capacità delle comunità a partecipare;

dovrebbe essere sostenuta da sistemi di riferimento integrati, funzionali e di supporto reciproco che portano a un progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria globale per tutti e danno priorità a coloro che sono maggiormente nel bisogno;

a livello locale e ai livelli di riferimento l'assistenza sanitaria primaria dipende dagli operatori sanitari, comprendendo di volta in volta i medici, gli infermieri, le ostetriche, il personale ausiliario e gli operatori di comunità, come pure dalle figure professionali tradizionali quando necessario: essi devono essere adeguatamente preparati, dal punto di vista sociale e tecnico, a lavorare come una squadra per la salute e a rispondere ai bisogni di salute espressi dalla comunità.

Tutti i governi dovrebbero formulare a livello nazionale politiche, strategie e piani d'azione per diffondere e sostenere l'assistenza sanitaria primaria come parte dell'intero sistema sanitario nazionale e in modo coordinato con gli altri settori. A questo scopo, sarà necessario esercitare una volontà politica, mobilitare le risorse del paese e usare razionalmente le risorse esterne disponibili.

Tutte le nazioni dovrebbero agire in uno spirito di stretta cooperazione e di servizio per garantire a ciascuno l'assistenza sanitaria primaria, dal momento che il raggiungimento della salute da parte delle persone di un qualsiasi paese interessa direttamente e rappresenta un beneficio per tutte le altre nazioni. In questo contesto il rapporto congiunto sull'assistenza sanitaria primaria curato dall'OMS e dall'UNICEF costituisce una solida base per lo sviluppo e le attività ulteriori dell'assistenza sanitaria primaria in ogni parte del mondo.

«La Conferenza ribadisce con forza che **la salute**, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è **un diritto umano fondamentale** e riafferma che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione **richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario**. ...

... **L'assistenza sanitaria primaria** è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la **funzione centrale e il punto principale**, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, **portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro**, e costituisce il primo elemento di un **processo continuo di assistenza sanitaria**».

Fu sulla base dei principi radicalmente innovativi, enunciati nella Conferenza di Alma Ata, che, alla fine degli anni settanta, in Italia fu emanata la **legge 833 "Riforma sanitaria"** che aboliva il sistema mutualistico e istituiva il **Servizio Socio Sanitario Nazionale, gratuito e universalistico** che rappresentò un capovolgimento del modo in cui fino ad allora era stata concepita la sanità, che era infatti fondata esclusivamente su diagnosi e cura.

L'intera società civile fu coinvolta nella nobile impresa di realizzare il **diritto alla salute per tutti i cittadini italiani**, finanziato in **base al reddito di ciascuno**.

La gratuità fu il presupposto fondamentale perché tutti, senza distinzione di reddito, potessero accedere liberamente al Sistema.

Si realizzava così, alla fine di un grande percorso di conquiste operaie, che erano partite dall'Autunno caldo del 1969, il dettato della nostra **Costituzione che nell'Articolo 32** afferma «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto ...*».

La salute pertanto, non solo era espressione delle condizioni socio sanitarie dei singoli individui, essa prevedeva una partecipazione democratica, individuale e collettiva, alla

Un accettabile livello di salute per tutte le persone del mondo può essere raggiunto entro l'anno 2000 grazie a **un migliore e più completo uso delle risorse mondiali, una parte considerevole delle quali è oggi destinata agli armamenti e ai conflitti militari**. Un'autentica **politica di indipendenza, di pace, di distensione e di disarmo** potrebbe e dovrebbe liberare risorse aggiuntive che potrebbero essere ben destinate a scopi pacifici e in particolare all'accelerazione dello sviluppo sociale ed economico: all'assistenza sanitaria primaria, come parte essenziale di tale sviluppo, dovrebbe essere assegnata una quota adeguata delle risorse rese disponibili.

Conclusioni

La Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria **richiede un'urgente ed efficace azione nazionale e internazionale** per sviluppare e implementare l'assistenza sanitaria primaria in ogni parte del mondo e in particolare nei paesi in via di sviluppo, secondo uno spirito di cooperazione tecnica e in accordo con un nuovo ordine economico internazionale. La Conferenza esorta i governi, l'OMS, l'UNICEF e le altre organizzazioni internazionali, le agenzie multilaterali o bilaterali, le organizzazioni non governative, le agenzie di finanziamento, tutti gli operatori sanitari e l'intera comunità mondiale a sostenere l'impegno nazionale e internazionale **a favore dell'assistenza sanitaria primaria** e a dedicarle un crescente supporto tecnico e finanziario, particolarmente nei paesi in via di sviluppo. La Conferenza si appella a tutti gli organismi appena citati perché collaborino a introdurre, sviluppare e mantenere l'assistenza sanitaria primaria in maniera coerente con lo spirito e il contenuto di questa Dichiarazione.

progettazione e alla realizzazione della assistenza socio sanitaria, intervenendo in tutti quegli aspetti della vita, come la **salubrità delle abitazioni e delle città e dei luoghi di lavoro, un reddito in grado di garantire una vita dignitosa** ai cittadini, scuole, asili e **un rapporto positivo con l'ambiente**.

Gli anni 80 furono l'epoca d'oro della riforma.

Il sistema si reggeva su una rete di assistenza territoriale garantita da 70.000 studi di medici di famiglia, integrati con equipe territoriali multidisciplinari.

Il distretto era il centro operativo in cui si programmava, tra l'altro, l'**assistenza a domicilio** dei pazienti fragili.

Erano coinvolte nella progettazione e nell'esecuzione anche le famiglie, in percorsi individualizzati che prevedevano la domiciliarità delle cure.

Ciò consentiva ai pazienti fragili di continuare a vivere, in relativa sicurezza, nello stesso contesto, casa, relazioni umane, quartiere, in cui avevano vissuto fino ad allora.

Siamo molto lontani da quanto sta avvenendo adesso, a quasi quarant'anni di distanza dalla sua attuazione, in un contesto di **controriforma neoliberista** che, particolarmente nelle regioni del Nord, con Lombardia e Veneto in testa, giorno dopo giorno, stravolge il senso e le finalità del progetto di salute della legge 833 del 1978.

La figura professionale al centro dell'assistenza territoriale era il **medico di famiglia**, così chiamato perché il suo rapporto con i propri assistiti era olistico. Scelto dai cittadini sulla base della **fiducia**, diventava la figura di riferimento cui si affidava il cittadino per tutta la vita. Tra medico, assistito e la sua famiglia si instaurava, come ricorda la maggior parte di coloro che vissero gli esordi della riforma, un rapporto empatico che travalicava l'aspetto meramente sanitario.

Era nata una figura professionale nuova, ben diversa dal "medico della mutua", che si andava integrando con il Sistema, diventando un osservatore sentinella dello stato di salute dell'intera popolazione, dei suoi bisogni esistenziali, sociali e sanitari.

Le patologie cui venivano esposti i lavoratori, prima ancora di emergere nelle stanze dello SPISAL¹², si rivelavano negli ambulatori dei medici di famiglia; i rischi ambientali approdavano nelle storie che il medico ascoltava nel proprio studio. I colloqui con i pazienti, frammenti di vite vissute, di dolori e di speranze, componevano un affresco di eventi e di racconti che descrivevano la storia sociale di un quartiere o del paese Italia, dei suoi cittadini, dei loro bisogni e dei loro sogni.

Mi scuso dell'uso dell'imperfetto parlando di una figura professionale che esiste formalmente ancora, anche se radicalmente modificata dal ruolo che le era stato attribuito dalla legge 833.

¹² SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO.

Con il medico di famiglia si realizzava la vocazione del SSN e della convenzione di Alma Ata, di **avvicinare sempre più l'istituzione ai cittadini**. La rete nazionale degli studi metteva a disposizione in ogni quartiere, in ogni città o contrada un medico che **operava e viveva nell'ambito territoriale della comunità dei suoi assistiti**.

Il medico era reperibile in giornata, rispondeva personalmente al telefono, visitava in giornata, a domicilio del paziente, coloro che, per malattia, non erano riusciti a recarsi in ambulatorio.

Non esistevano diaframmi tecnici e burocratici tra il paziente e il SUO medico.

Lo studio era raggiungibile a piedi nella maggior parte dei casi, in una osmosi quotidiana che realizzava un sogno: l'accesso gratuito immediato alle parole e alle cure del tuo medico. Tante paure, disagi, problemi, non solo di salute, si scioglievano dopo il colloquio o la visita e si tornava a casa tranquilli o ben istruiti sui percorsi da intraprendere.

La cabina di regia del sistema era il **Distretto**.

Qui convergevano tutti i servizi territoriali e il **direttore di distretto**, su richiesta del medico di famiglia, coordinava gli incontri, riuniva le figure professionali destinate a configurare le specifiche **equipe per l'assistenza domiciliare**. Nel distretto si stabiliva il programma degli interventi e si fissavano le tappe per i controlli successivi.

Dopo qualche anno in cui il Sistema si rodava e conseguiva successi enormi, **considerato uno dei migliori del mondo**, assicurando ai cittadini italiani una speranza di vita tra le più alte del pianeta, i vertici del sistema si resero conto che questa figura professionale era poco governabile, godeva di troppa autonomia e di un consenso popolare che disturbava le fantasie dei politici.

Il motivo di ciò nasceva dal fatto che i medici di famiglia non avevano un contratto di dipendenza bensì un rapporto con il SSN di tipo convenzionale che faceva di loro delle figure di tipo parasubordinato.

L'operatività del medico era totalmente autonoma, libera da vincoli burocratici. Egli operava con scienza e coscienza stabilendo percorsi diagnostici e terapeutici appropriati, caso per caso, personalizzando gli interventi e le proposte, all'interno di un contesto di vita lavorativo e affettivo del paziente, tenendo conto di eventuali limiti e ostacoli che dovevano essere superati insieme. **Il medico di famiglia guidava** spesso i propri pazienti nel dedalo del mondo della specialistica, dei ricoveri e degli esami da effettuare, cercando di abbreviare al massimo i percorsi, telefonando spesso personalmente allo specialista di riferimento.

L'organizzazione del lavoro era totalmente autonoma e a carico del medico che provvedeva a tutte le incombenze relative allo studio (affitto, pulizie, accoglienza, materiale e attrezzature mediche, assicurazione, contratti di luce, gas, acqua, telefono trasporto, ecc.) Tutte queste spese erano incluse, come rimborso forfettario standard, nello stipendio basato sulla "quota capitaria" cioè sul numero di assistiti che, per ogni medico, non potevano superare la quota massima di 1800 iscritti, poi abbassata a 1500).

Le ferie erano anch'esse a carico del medico che pagava di tasca propria il sostituto. L'assenza per malattia, anche questa era a carico del medico di famiglia, rimborsata dall'ottavo giorno in poi dall'ENPAM, l'ente assicurativo della categoria.

Lo Stato era esonerato da tutte le incombenze organizzative e amministrative della gestione del lavoro del medico. Del resto gestire 70.000 studi, a livello nazionale sarebbe stata un'impresa quasi impossibile e soprattutto troppo onerosa.

I medici rispondevano dei compiti previsti nella convenzione che si rinnovava ogni tre anni. Questi compiti e mansioni erano molti e ben definiti e si integravano con progetti costruiti insieme ai colleghi che operavano nel distretto, finalizzati al miglioramento dell'assistenza.

I ragionieri delle ULSS scalpitarono, pretendevano misure che riducessero la spesa relativa a farmaci ed esami. Ne nacque, fin dall'inizio uno scontro sulla libertà prescrittiva tra i responsabili amministrativi delle ULSS e i medici, sebbene il costo dei 70.000 medici di famiglia non superasse il 5% di tutto il budget sanitario e quello dei farmaci raggiungeva il 18%.

I ragionieri dell'ULSS (chiamiamo così quanti dai vertici delle aziende, delle regioni e del ministero si adoprarono alla modifica del senso della Riforma Sanitaria) **decisero di imporre una nuova regola** che possiamo considerare l'inizio di un percorso di snaturamento della riforma. Per alcuni farmaci, particolarmente costosi, il medico di famiglia doveva sottostare al giudizio dello specialista, unico soggetto autorizzato a prescriverli. Questa misura, oltre che umiliante, in quanto subordinava a un'altra figura professionale l'autonomia prescrittiva, creava un aggravio burocratico non di poco conto ai cittadini che, per ottenere il farmaco che il proprio medico avrebbe prescritto in giornata, avrebbero dovuto invece farsi prescrivere una richiesta di visita specialistica dal proprio medico, prenotare la suddetta visita con la tempistica che tutti conosciamo, intasare l'ambulatorio dello specialista senza un vero motivo se non quello di ottenere l'autorizzazione della prescrizione di un farmaco da parte del proprio medico di famiglia, (che non sempre veniva rilasciata dallo specialista), ritornare dal proprio medico e ottenere così la ricetta.

Ricorrere a questi vergognosi sotterfugi burocratici, nella speranza che il medico desistesse dal prescrivere i farmaci più appropriati, testimonia della vergogna di un servizio pubblico che non era in grado di confrontarsi con le pretese delle "Big Farma", le case farmaceutiche che a volte immettono i loro farmaci sul mercato facendosi pagare a peso d'oro.

Era l'inizio di un percorso irreversibile che, grazie alla lungimiranza dei dirigenti sanitari e dei ragionieri credò, nel tempo, grandi disagi ai cittadini, sottoposti a lunghissime liste di attesa per ottenere autorizzazioni e prenotazioni che prima erano effettuate immediatamente nello studio del proprio medico, al quale furono imposte compilazioni di formulari e iter burocratici sempre più invadenti che erodevano i tempi che questi avrebbero dovuto dedicare ai propri pazienti.

Un esempio lampante del caos creato dai sapienti burocrati è **quanto avvenuto adesso a causa dell'epidemia di Covid 19** con disposizioni contraddittorie tra stato, regioni e comuni, rimpallo delle responsabilità, carenza di farmaci e materiale sanitario, ecc., un film che tutti conosciamo e stiamo tragicamente vivendo.

Tuttavia il disagio burocratico non era sufficiente a provocare la desistenza dei cittadini alle cure, bisognava introdurre dei nuovi elementi di disincentivazione per realizzare "risparmi".

Nacquero così i **Ticket**, una tassa ingiusta, che pesava di più su coloro che avevano minori risorse economiche, malgrado il fatto che i costi per il sostegno del servizio sanitario erano già stati dedotti dal loro reddito. Il nuovo odioso pedaggio intaccava così il principio di universalismo sancito dalla riforma. Veniva esclusa dal pagamento del ticket solo una piccola fascia di cittadini totalmente indigenti.

L'imposizione dei ticket a livello nazionale non suscitò la rivolta dei cittadini ma solo il mugugno individuale.

Si tenga presente che la nuova tassa comportò nuove pratiche da compilare, nuove visite dedicate solo ad essa, impiegati che dovevano segnare le eventuali esenzioni, cassieri per i pagamenti aggiuntivi, insomma un nuovo carico burocratico che gravava sul sistema e che consumava così, gran parte del ricavato dall'imposta.

I ragionieri del Servizio Socio Sanitario si sbizzarrirono su ogni tipo di nuovi balzelli e nuove disposizioni per raggiungere lo scopo prefisso quando, finalmente, gran parte dei cittadini, cominciarono a valutare la possibilità di ricorrere alla **sanità privata** con un costo ormai quasi uguale, a volte minore, di quello del balzello.

Si decise anche che le ricette non potessero contenere più di un certo numero di richieste di esami per cui, se si eccedeva il numero prescritto, bisognava utilizzare una seconda ricetta, raddoppiando così il costo del ticket. Non contenti inventarono il **Super ticket**. Quindi aggredirono i protocolli riservati alla esenzione del ticket per patologie o altro, escludendo man mano alcuni esami o visite che precedentemente facevano parte del protocollo specifico e che invece divennero facoltativi e a pagamento da parte dell'assistito. Con ciò la prevenzione secondaria cominciò ad affievolirsi o a sparire del tutto.

Non ancora contenti stabilirono arbitrariamente e al di fuori di ogni paradigma scientifico, nuove scadenze per i controlli sempre più procrastinate nel tempo.

Infine, vedendo che alcuni clienti non rinunciavano agli esami e alle visite, battendosi con accanimento contro balzelli, regolamenti mostruosi, lunghe file agli sportelli e chiamate telefoniche senza risposta, i burocrati decisero di rendere il percorso per le prenotazioni sempre più impervio, rendendo quasi impossibile il raggiungimento dell'obiettivo attraverso una prenotazione telefonica e, ancor peggio, online.

Nel frattempo **diminuivano drasticamente le autorizzazioni per le cure domiciliari e aumentarono le rette delle case di riposo**, in gran parte privatizzate. Ultima

ratio, cancellarono intere specialità dall'offerta della sanità pubblica, costringendo i cittadini a ricorrere direttamente a quella privata. La pandemia del Coronavirus con la sua sequela di morti e disastri, proprio in Lombardia ha messo drammaticamente in evidenza l'inconsistenza dei servizi del welfare privato che anche in Veneto ha tra i suoi sostenitori il presidente Zaia. In realtà il nuovo Piano Socio sanitario Regionale del Veneto (2019/2023) è pieno di ottime intenzioni, parla di integrazione tra territorio e ospedale, cita la carta di Ottawa, di cui riporta una messe di copia-incolla che nobilitano il piano con propositi che non saranno mai realizzati. Ma il diavolo si sa, si nasconde nei dettagli e, uno di questi riguarda proprio **l'assistenza domiciliare da affidare, a scelta del paziente (bontà loro), a società private**. Sparisce così la **figura del medico di famiglia** nell'assistenza domiciliare e si spezza quell'unità del sistema che garantiva, tra l'altro, anche percorsi epidemiologici e misure di prevenzione collettiva.

Cosa accadeva nel frattempo ai medici di famiglia? Con promesse di aumenti salariali li convinsero ad abbandonare i propri ambulatori che coprivano quartieri, periferie, frazioni e piccoli comuni, e li spostarono al centro di città e paesi, in poliambulatori nei quali, per poche ore, esercitavano la famosa medicina di gruppo, con prenotazione effettuata dalla segretaria, in nome della ancor più famosa assistenza H 24.

Si disse che tale nuova organizzazione della sanità territoriale avrebbe sollevato i pronto soccorso da un eccesso di accessi impropri. Tuttavia i medici di famiglia non sono medici di pronto soccorso, non hanno nessuna delle strutture di cui dispongono questi ultimi, non hanno a disposizione un laboratorio per gli esami più semplici, hanno competenze diverse.

I pronto soccorso infatti non si accorsero del "grande beneficio" apportato dalle medicine di gruppo, mentre i cittadini poterono finalmente usufruire dell'H 24, prenotando una visita con la segretaria del poliambulatorio, che niente sapeva e niente poteva sapere dei loro problemi. Si allungarono così, all'infinito, le liste di attesa per visite che prima di questi "miglioramenti" della organizzazione del territorio si effettuavano tranquillamente in giornata.

Già si sentono delle voci secondo cui c'è chi pensa di **portare i medici di famiglia alla dipendenza**. Ormai sono tutti chiusi dentro le scatole vuote dei poliambulatori, svolgono gran parte dei compiti, una volta appannaggio degli impiegati amministrativi delle ULSS, scomparsi progressivamente quasi del tutto grazie al blocco del turn over.

Poco è rimasto del vecchio medico di famiglia inserito nella collettività dei propri assistiti. Non sono stati utilizzati nemmeno per combattere la pandemia del Coronavirus e coloro che lo hanno fatto son stati costretti a farlo a proprie spese e a proprio rischio, senza coperture adeguate (camici monouso, mascherine VERE e non quelle di Zaia, schermo in plastica per proteggere gli occhi, guanti monouso, possibilità di effettuare i tamponi a domicilio).

Gli effetti di siffatti rimaneggiamenti della 833 li abbiamo constatati nella recente pandemia. I commenti di tutti gli operatori sanitari li abbiamo già pubblicati. La sanità, come è gestita in Veneto, e nelle regioni del Nord, è quella descritta da Giorgetti, quella cioè in cui sono state modificate e stravolte quelle norme sul territorio enunciate nel documento di Alma Ata e ora vanificate.

La connivenza dei Governi italiani degli ultimi 20 anni e delle Regioni alle direttive della BCE e dalla Commissione Europea è alla base della progressiva degenerazione del sistema, dove interessi economici innominabili e scelte scellerate hanno concorso al degrado della qualità dell'aria, delle acque, dei terreni e abbassato enormemente la qualità della vita.

Il processo controriformista europeo ha trovato passiva accettazione da parte di tutti i partiti di destra e di sinistra. I "governatori" delle grandi regioni industrializzate del Nord, hanno avuto campo libero per privatizzare un bene che era di tutti.

Veneto, Lombardia e Piemonte sono infatti le regioni dove questo processo ha avuto la spinta maggiore.

Malgrado ciò, come a suo tempo Formigoni, Zaia viene additato come colui che ha realizzato il migliore servizio sanitario in Italia.

La tutela della salute pubblica non è il suo forte né il suo obiettivo principale. Zaia ha ereditato un ottimo servizio sanitario pubblico figlio della 833. Nei suoi dieci anni di governo **tale servizio è stato stravolto**, le ULSS che originariamente erano 24 sono state ridotte a 9, troppo grandi per essere vicine ai cittadini.

Il personale sanitario ridotto all'osso, i contratti degli operatori affidati in parte ad agenzie o a partite iva. La gestione delle case di riposo affidata ai privati mentre la prevenzione primaria e secondaria sono solo l'ombra di quello che potevano essere in passato.

Il diritto alla salute è diventato una parola vuota. L'accesso alle cure e alle diagnosi è diventato, sempre più, **privilegio di chi ha potuto pagarselo**. La sanità privata è diventata un enorme affare e il mondo delle assicurazioni non vede l'ora di prendersi la sua parte di business.

La pandemia continua il suo corso, costringendo l'intero pianeta a misure di emergenza che, tuttavia, non scongiurano una ripresa rapida della contaminazione. **Si vive in permanente stato di emergenza.** Malgrado ciò, pur avendo preso atto che l'attuale stato di precarietà che ha colpito l'intera umanità è il portato di un attacco all'ambiente, quale non si era mai visto in precedenza, pur sapendo che il Covid 19 è solo uno dei possibili mali che potrebbero scatenarsi da un momento all'altro e che noi tutti siamo impotenti contro di essi, pur avendo preso coscienza che il riscaldamento globale continua inesorabilmente ad avanzare, scatenando uragani, alluvioni, grandinate mai viste, innalzamenti oltre i 50 gradi delle temperature in vari paesi del mondo, scioglimento dei poli e dei ghiacciai con una velocità imprevedibile dagli scienziati, chi governa il paese continua a proporre cascate di cemento per "rilanciare l'economia". Si tralascia di affrontare i reali problemi del Paese che

non sono rappresentati dalla mancata costruzione del ponte di Messina bensì dall'avanzare catastrofico della disoccupazione e della povertà, dallo stato miserando in cui si trova la scuola, dalla condizione dei lavoratori massacrati dalla precarizzazione del lavoro e dalla cancellazione di tutti i progressi **che un secolo di lotte aveva costruito attorno al diritto fondamentale primo costitutivo della nostra Carta Costituzionale**. È qui il male che corrode il Paese e distrugge la società civile. La sanità sta male. Certo, ma cosa significa in buona sostanza questa frase. Ce lo spiega un documento che riguarda i medici ospedalieri e che riporto per intero affinché tante ipocrisie e falsi buoni propositi siano messi a nudo davanti alla realtà che riguarda i medici (gli eroi elogiati dai politici) e l'intera comunità cui si sta sottraendo l'assistenza sanitaria.

*

Da Doctor 33 dell'8 luglio 2020:

POLITICA E SANITÀ

Addio posto fisso in ospedale: ecco i numeri della Corte dei Conti.

Carlo Palermo (Anaa): senza assunzioni rischi enormi

*Addio posto fisso tra i medici e gli infermieri in ospedale, anche se lo spazio per assumere c'è. **Il Rapporto 2020 della Corte dei Conti** sul coordinamento della finanza pubblica sottolinea come dal 2008 al 2018 il Servizio sanitario abbia **perso 41 mila unità**, scendendo da 669 a 626 mila addetti (-6,1%) mentre tra 2012 e 2017 aumentavano i contratti a tempo determinato e di lavoro interinale rispettivamente del 36 e del 45%.*

Diverso il comportamento tra regioni: in quelle in piano di rientro c'è stato un crollo di 16 mila unità, in parte rimpiazzate da contratti a tempo determinato, nelle regioni "virtuose" sono diminuiti i contratti e basta, dell'1,7% i tempi pieni e del 7% i part-time. Il medico ospedaliero non lavora più con le spalle coperte, condizione chiave per chi al servizio a volte dà letteralmente la vita. Conferma Carlo Palermo segretario nazionale Anaa Assomed:

«In sanità è difficile lavorare in condizioni di precarietà. Si opera in équipe, multidisciplinari e multiprofessionali, con una qualità mantenuta e migliorata da una costante tensione all'aggiornamento, alla formazione e alla crescita delle capacità professionali e tecniche. Come è possibile fare investimenti sui professionisti senza nemmeno sapere se tra 6 mesi saranno ancora in servizio a causa del loro contratto a tempo determinato o libero professionale? Le équipe professionali non sono catene di montaggio ma sistemi complessi dove etica, relazioni umane, tecnica, scienza, economia e organizzazione si mescolano e si integrano per raggiungere faticosamente un equilibrio che va presidiato e mantenuto ogni giorno con un impegno che si sviluppa nel tempo. Il lavoro precario mal si addice a caratteristiche che sono alla base dell'erogazione di prestazioni sanitarie di qualità».

Interessante che a Sud si perda più personale in parte rimpiazzato da precari, mentre a Nord quel poco di personale che si perde non è rimpiazzato...

«È l'intero SSN che perde. Il Sud perché sottoposto a crudeli piani di rientro, improntati solo all'equilibrio economico, che hanno determinato una vera e propria desertificazione ospedaliera. Il blocco del turn over ha agito in particolare in Molise, Campania, Lazio, Calabria e Sicilia. Oltre al personale sono stati **abbattuti i posti letto: meno 45 mila nell'ultimo decennio, meno 80 mila se risaliamo all'alba del nuovo secolo**. Il peggioramento dell'aspettativa di vita nelle regioni del Sud rispetto al Centro-Nord è anche legato a questi fenomeni, così come la difficoltà nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza e la migrazione sanitaria verso le regioni del Nord. Queste ultime rischiano di perdere il livello di qualità raggiunto. Il pericolo è stato evidenziato dalla crisi epidemica. Posti letto in terapia intensiva insufficienti, difficoltà nel ricovero nei reparti specialistici come pneumologia o malattie infettive, problemi nei PS per l'enorme numero di malati riversatisi su strutture strutturalmente non pronte anche a causa di un territorio carente nei processi di contrasto all'epidemia Covid-19».

La fotografia della Corte dei Conti è del 2018. Le scelte successive e il Covid possono averla migliorata?

«L'emergenza epidemica con la relativa legislazione ha cambiato alcune scelte di fondo di politica sanitaria ancora presenti nel 2019, anche se le limitazioni alle assunzioni di personale erano state lievemente ridotte con il Decreto legge Calabria. I nuovi assunti sono circa 27 mila, di cui 6 mila medici, 12 mila infermieri, 6 mila Oss. Purtroppo, si tratta in prevalenza di contratti precari, quelli per intenderci "usa e getta". Questo è due volte ingiusto, sia perché quel personale è vitale per la sopravvivenza del SSN e per affrontare una eventuale seconda ondata epidemica, che nessuno si augura ma che rientra nel novero delle possibilità, sia perché si tratta di professionisti che, con abnegazione e alta assunzione di responsabilità, hanno contribuito a contrastare un nemico sconosciuto, subdolo, altamente diffusivo e pericoloso senza neppure essere adeguatamente protetti come dimostra l'elevato numero di morti e di contagi. Per questo come Anaao abbiamo chiesto di trasformare tutti i contratti libero professionali in assunzioni a tempo determinato fino allo svolgimento dei concorsi per il tempo indeterminato».

Il Rapporto sottolinea infine le difficoltà per i neo-specialisti a trovare sbocchi. Anche i 6 mila posti in più del DL Rilancio sono un rischio per chi punta a diventare medico dirigente del Ssn?

«Francamente spero si capisca che la risorsa più preziosa per contrastare una pandemia è il personale sanitario. Siamo arrivati fiaccati all'improvviso emergere delle infezioni da Sars-CoV-2. Se confrontiamo i dati del 2009, punto più alto delle assunzioni, con quelli del 2018 mancano almeno 6 mila medici e 2 mila dirigenti sanitari, oltre che a 34 mila altre figure professionali. Dal 2020 al 2025 usciranno per pensionamento almeno 36 mila medici. L'incremento di 3500 posti letto in terapia intensiva e l'upgrade di 4225 letti di sub-intensiva, previsti dal DL "Rilancio", richiede l'assunzione di ulteriori 4 mila medici. Lo spazio per assumere è abbondante. Abbiamo bisogno di risorse economiche ... e noi vogliamo proprio risorse subito disponibili, utili per rafforzare il Ssn e per trasmettere la fiducia a tutti i cittadini che, in caso di malaugurata seconda ondata epidemica, la capacità di risposta delle strutture sanitarie

sarà ancora più efficace e resiliente. Senza questa fiducia anche la ripresa economica sarà più problematica perché i cittadini avranno scarsa propensione agli acquisti e agli investimenti».

Mauro Miserendino

Il nodo che emerge da quest'ultima testimonianza è quello della centralità della **destrutturazione del lavoro** all'interno della crisi che stiamo vivendo. Anni di lavaggio del cervello sulla cosiddetta flessibilità, anni di inni alla nuova concezione del lavoro, liberato da contratti fissi e opprimenti per la cosiddetta economia, hanno generato la situazione di cui la testimonianza di Carlo Palermo è uno degli aspetti più drammatici. Non dimentichiamo che questo è il panorama occupazionale che la società liberista offre a giovani che, tra laurea e specializzazione hanno dedicato dieci anni della loro vita allo studio.

Le conseguenze del "pensiero unico" si riverberano sulla vita di tutti e ci mostrano una situazione senza uscita che nessun finanziamento straordinario europeo, pur necessario, potrà sanare se non si risolve **il nodo del lavoro come diritto assoluto e centrale nella nostra società.**

La salute è il primo dei nostri beni aggredito direttamente e indirettamente dal sistema, evidenza che emerge durante tutto il percorso infernale di questo articolo.

La testimonianza del CENSIS conclude questo viaggio con i dati duri e inoppugnabili delle statistiche.

La lettura del comunicato stampa di "Repubblica" sulla presentazione del **IX Rapporto Rbn-Censis al "Welfare Day 2019"**, del 6 giugno 2019, sulla sanità pubblica, privata e intermediata, è la più puntuale testimonianza della sofferenza di un popolo che vantava il migliore servizio sanitario pubblico mondiale. Non c'è bisogno di ulteriori commenti, le cifre parlano da sé.

Sanità: 19,6 milioni di italiani costretti a pagare di tasca propria per ottenere prestazioni essenziali prescritte dal medico

IL CALVARIO DELLE LISTE D'ATTESA: SERVONO IN MEDIA 128 GIORNI PER UNA VISITA ENDOCRINOLOGICA, 97 PER UNA MAMMOGRAFIA, 75 PER UNA COLONSCOPIA, 65 PER UNA VISITA ONCOLOGICA. E IL 35,8% DEI CITTADINI LE HA TROVATE CHIUSE ALMENO UNA VOLTA. COSTRETTI A METTERE MANO AL PORTAFOGLIO PER PRESTAZIONI NECESSARIE DIETRO PRESCRIZIONE MEDICA, NON PER CONSUMISMO SANITARIO.

LA SPESA PRIVATA SALE A 37,3 MILIARDI DI EURO: +7,2% DAL 2014 (-0,3% QUELLA PUBBLICA)

Roma, 13 giugno 2019 – I forzati della sanità a pagamento. Sono 19,6 milioni gli italiani che nell'ultimo anno, per almeno una prestazione sanitaria, hanno provato a prenotare nel Servizio

sanitario nazionale e poi, constatati i lunghi tempi d'attesa, hanno dovuto rivolgersi alla sanità a pagamento, privata o intramoenia.

Ecco i forzati della sanità di tasca propria, a causa di un Servizio sanitario che non riesce più a erogare in tempi adeguati prestazioni incluse nei Lea (Livelli essenziali di assistenza) e prescritte dai medici.

In 28 casi su 100 i cittadini, avuta notizia di tempi di attesa eccessivi o trovate le liste chiuse, hanno scelto di effettuare le prestazioni a pagamento (il 22,6% nel Nord-Ovest, il 20,7% nel Nord-Est, il 31,6% al Centro e il 33,2% al Sud).

Ecco la prima verità elementare della sanità vista e vissuta dagli italiani, emersa dalla grande indagine Rbm-Censis realizzata su un campione nazionale di 10.000 cittadini maggiorenni statisticamente rappresentativo della popolazione.

Transitano nella sanità a pagamento il 36,7% dei tentativi falliti di prenotare visite specialistiche (il 39,2% al Centro e il 42,4% al Sud) e il 24,8% dei tentativi di prenotazione di accertamenti diagnostici (il 30,7% al Centro e il 29,2% al Sud). **I Lea, a cui si ha diritto sulla carta, in realtà sono in gran parte negati a causa delle difficoltà di accesso alla sanità pubblica.** È quanto emerge dal IX Rapporto Rbm-Censis presentato oggi al «Welfare Day 2019».

Lunghe o bloccate: invalicabili le liste d'attesa. In media, 128 giorni d'attesa per una visita endocrinologica, 114 giorni per una diabetologica, 65 giorni per una oncologica, 58 giorni per una neurologica, 57 giorni per una gastroenterologica, 56 giorni per una visita oculistica. Tra gli accertamenti diagnostici, in media 97 giorni d'attesa per effettuare una mammografia, 75 giorni per una colonscopia, 71 giorni per una densitometria ossea, 49 giorni per una gastroscopia. E nell'ultimo anno il 35,8% degli italiani non è riuscito a prenotare, almeno una volta, una prestazione nel sistema pubblico perché ha trovato le liste d'attesa chiuse. Ecco la insormontabile barriera all'accesso al sistema pubblico, che costringe a rivolgersi al privato anche per effettuare prestazioni necessarie prescritte dai medici.

Surfare tra pubblico e privato a pagamento per avere le prestazioni necessarie. Il 62% di chi ha effettuato almeno una prestazione sanitaria nel sistema pubblico ne ha effettuata almeno un'altra nella sanità a pagamento: il 56,7% delle persone con redditi bassi, il 68,9% di chi ha redditi alti. Per ottenere le cure necessarie (accertamenti diagnostici, visite specialistiche, analisi di laboratorio, riabilitazione, ecc.), tutti – chi più, chi meno – devono surfare tra pubblico e privato, e quindi **pagare di tasca propria per la sanità.**

E sono **13,3 milioni le persone** che a causa di una patologia hanno fatto visite specialistiche e accertamenti diagnostici sia nel pubblico che nel privato, per verificare la diagnosi ricevuta (una caccia alla «second opinion»). Combinare pubblico e privato è ormai il modo per avere la sanità di cui si ha bisogno. Spendere per la salute è ormai inevitabile e necessario per tutti.

I rassegnati. Oltre a tentare di prenotare le prestazioni sanitarie nel sistema pubblico e decidere se attendere i tempi delle liste d'attesa oppure rivolgersi al privato, di fronte a una esigenza di salute stringente, molti cittadini si sono rassegnati, convinti che comunque nel pubblico i tempi d'attesa sono troppo lunghi. **Nell'ultimo anno il 44% degli italiani si è rivolto direttamente**

al privato per ottenere almeno una prestazione sanitaria, senza nemmeno tentare di prenotare nel sistema pubblico. È capitato al 38% delle persone con redditi bassi e al 50,7% di chi ha redditi alti. Ancora una volta: tutti, al di là della propria condizione economica, sono chiamati a mettere mano al portafoglio per accedere ai servizi sanitari necessari.

Obbligo per tutti di spendere per la sanità. **Nel 2018 la spesa sanitaria privata è lievitata a 37,3 miliardi di euro: +7,2% in termini reali rispetto al 2014.** Nello stesso periodo la spesa sanitaria pubblica ha registrato invece un -0,3%. La spesa privata riguarda prestazioni sanitarie necessarie o inutili? Di sicuro tutte quelle svolte nel privato dopo il fallito tentativo di prenotazione nel sistema pubblico sono state prescritte da un medico.

Tra quelle effettuate direttamente nel privato hanno una prescrizione medica il 92,5% delle visite oncologiche, l'88,3% di quelle di chirurgia vascolare, l'83,6% degli accertamenti diagnostici, l'82,4% delle prime visite cardiologiche con Ecg. Sono numeri che **riguardano prestazioni necessarie, non un ingiustificato consumismo sanitario.**

La spesa sanitaria privata media per famiglia ha raggiunto quota 1.437 euro. Nella maggior parte dei percorsi di cura gli italiani si trovano a dover accedere privatamente a una o più prestazioni sanitarie.

E la necessità di pagare di tasca propria cresce in base al proprio stato di salute (per i cronici la spesa sanitaria privata è in media del 50% più elevata di quella ordinaria, per i non autosufficienti è in media quasi 3 volte quella ordinaria) e all'età (**per gli anziani la spesa sanitaria privata è in media il doppio di quella ordinaria**)», ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. «La situazione è aggravata dal costante allungamento delle liste d'attesa (dai 128 giorni per una visita endocrinologica ai 97 giorni per una mammografia).

Fiducia nel **Pronto soccorso** (anche in caso di non emergenza). Il 48,9% dei cittadini che nell'ultimo anno hanno avuto una esperienza di accesso al Pronto soccorso ha espresso un giudizio positivo (la percentuale sale al 54,5% al Nord-Est). Ma solo il 29,7% si è rivolto al Pronto soccorso in una condizione di effettiva emergenza, per cui non poteva perdere tempo. Mentre il 38,9% lo ha fatto perché non erano disponibili altri servizi, come il medico di medicina generale, la guardia medica, l'ambulatorio di cure primarie. Il 17,3% lo ha fatto perché ha maggiore fiducia nel Pronto soccorso dell'ospedale rispetto agli altri servizi. Si tratta di una domanda sanitaria drogata dalle non urgenze, a caccia della migliore soluzione per il proprio problema, che trova impropriamente risposte nel Pronto soccorso.

*

È difficile sintetizzare in poche parole quello che sta accadendo, tuttavia i termini più appropriati, a mio avviso sono: "spoliazione dei cittadini" e "genocidio territoriale".

Giovanni Fazio



Il Veneto con la salute allo sbaraglio. Il caso PFAS è emblematico. Manifestazione del 20 ottobre 2019 a Venezia per i ritardi della Regione Veneto sulla bonifica della Miteni >> [Archivio PFAS.land](https://www.pfas.land/archivio) foto di Federico Bevilacqua.