

Sanità e welfare Quando a pagare sono gli anziani

I tagli negli ospedali e all'assistenza colpiscono sempre di più la terza età
Serve una svolta, anche perché l'Italia invecchia a grande velocità

L'intervento

CARLA CANTONE
SEGRETARIA SPI CGIL

Le immagini dei pronto soccorso che hanno di recente invaso i giornali e le televisioni, con tutto il loro portato di dolore e di inciviltà, hanno rivelato alla coscienza collettiva non solo la condizione di una sanità allo stremo, ma anche che a pagare il prezzo maggiore di questa condizione inumana sono gli anziani, i vecchi, i più fragili e i più indifesi.

Sentiamo e leggiamo da più parti che ciò ha indotto riflessioni, commenti, posizioni disparate, che tuttavia sembrano convergere verso una richiesta comune: la sanità pubblica ha bisogno di una

La demografia italiana

Il 20 per cento dei cittadini ha più di 65 anni, tanti sono poveri

Il diritto alla salute

La sanità pubblica ha bisogno di grandi trasformazioni

grande trasformazione pena il suo inesorabile arretramento e con esso la cancellazione di un diritto costituzionale. Come organizzazione sociale che rappresenta tre milioni di anziani e pensionati è giusto partecipare a questa discussione con qualche considerazione e qualche proposta.

Vale la pena di ricordare che questo Paese invecchia a grande

velocità. I numeri sono inesorabili: il 20% dei cittadini ha più di 65 anni, molti di essi vivono in stato di povertà relativa o assoluta, 2 milioni sono in condizioni di non autosufficienza. Tutti questi indici sono destinati inesorabilmente ad aumentare. Si tratta di una condizione demografica e sociale inedita, anche se prevista e prevedibile.

Malgrado l'evidenza dei numeri e dei fatti, il governo precedente ha cinicamente cancellato il già esiguo fondo per la non-autosufficienza, mentre ad oggi l'integrazione socio-sanitaria e i percorsi di cura domiciliari registrano i livelli di attuazione più bassi d'Europa. Con un radicale taglio dei posti letto e la cronica penuria di servizi territoriali, la tragica conseguenza è che gli anziani, e ancora di più i «vecchi», sono espulsi da un sistema sanitario esangue che li tollera e più spesso li abbandona caricando il peso, oneroso e tragico, della cura e dell'assistenza su famiglie già duramente provate dalla crisi. Ecco cosa sta dietro quelle marea di teste bianche riversate sulle barelle: un'immagine che la coscienza civile di un paese non può tollerare.

I Paesi più avanzati, che hanno già percepito l'importanza del cambiamento demografico segnalandolo come una «svolta epocale», definiscono il lungo arco di vita che copre tre decenni, popolato da quelli che noi continuiamo a chiamare anziani, «generazione inedita» perché in effetti rappresenta la vera grande novità generazionale di questo millennio. Ma ciò che è inedito reclama inevitabilmente risposte inedite, soprattutto quando interroga i sistemi di welfare. Può un modello sanita-

rio come quello di cui disponiamo, vecchio anch'esso di più di trent'anni, offrire soluzioni adeguate a domande nuove?

A chi con solerzia - e anche con una qualche ignoranza degli studi disponibili - si affanna a considerare gli anziani i colpevoli dell'aumento insostenibile della spesa sanitaria, insinuando anche in ciò l'esistenza di un conflitto generazionale, noi vorremmo suggerire che tale supposto pericolo in termini di disponibilità e uso delle risorse può essere scongiurato, a patto però che i modelli vengano ripensati. Lo Spi-Cgil sostiene l'esigenza di riaprire una discussione su questi temi anche in considerazione del fatto che il 2012 è l'anno europeo dell'invecchiamento attivo.

Accenniamo, pertanto, a qualche semplice proposta. Bisogna creare le condizioni affinché nel nostro paese si invecchi bene e in salute e questo richiede robuste politiche di prevenzione, che sono le prime vittime del declino di una cultura ma anche dei tagli delle risorse.

Occorre, pertanto, riadeguare la formazione e i percorsi clinici perché le patologie di questa generazione sono complesse e richiedono interventi nuovi e organizzazioni articolate. È necessario, quindi, concepire e costruire un vero modello di integrazione socio-sanitaria, che non è solo competizione di risorse fra comparti di spesa o un mero quanto improbabile affiancamento di servizi. Bisogna, inoltre fare affidamento su un cittadino responsabile che ha dinanzi a sé tre decenni di vita fatti anche e soprattutto di lavoro stando all'ultima riforma previdenziale. Si tratta di un cittadino an-

ziano ma competente, non certo di un paziente passivo.

Occorre, infine, dare una risposta al più tragico dei bisogni, la non-autosufficienza, che condanna all'esclusione e al ricovero se non ci sono risposte adeguate e di profilo complesso. Gli anziani non si rassegnano ad essere il «problema» di questo paese e della sua sanità, op-

pressa dalla penuria di risorse ma anche di un pensiero autenticamente riformista: essi sanno che questa è l'anticamera dell'espulsione e della marginalizzazione da un sistema in affanno, che offrirà di questo passo solo risposte residuali e a costi più elevati. Gli anziani sanno al contrario di essere l'occasione di profondi ripensamenti.

Un grande sindacato confederale

e generale come lo Spi-Cgil ha il compito di interrogare se stesso e quanto di meglio ci sia nel paese in termini di idee, di pensiero e di politiche nuove, perché la sanità torni ad essere una grande questione sociale, interpretando nell'attualità un diritto costituzionale fondamentale verso una cittadinanza compiuta e di tutti. ♦



L'ingresso del pronto soccorso dell'ospedale Santo Spirito di Roma

Chi è Da quattro anni leader dei pensionati della Cgil

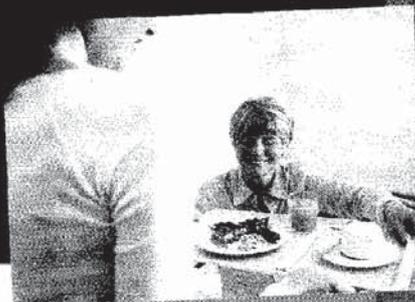
■ Carla Cantone, segretario generale dello Spi Cgil, il sindacato dei pensionati, dal 2008. Ha vissuto la sua carriera sindacale nel mondo della Sanità



ATTUALITÀ ▶ INCHIESTA

come si mangia (male) in ospedale!

Pasti inadeguati alle esigenze dei malati, serviti freddi e alle ore più strane. La guarigione dovrebbe passare anche attraverso l'alimentazione. Purtroppo, in Italia, non è ancora così. Salvo alcuni casi



Piatti poco gustosi o sgraditi, cibi caldi, ma serviti freddi, a cui si aggiungono orari di colazione, pranzo e cena a dir poco improponibili. Il risultato? Spesso, in corsia, l'appetito non "vien mangiando", ma finisce con l'arrivo del carrello delle vivande. Nonostante le linee guida del ministero della Salute per la ristorazione ospedaliera, l'attenzione alla dieta dei malati è ancora scarsa. Pochi i reparti attenti al cibo, forti gli squilibri tra le diverse strutture e un rischio di malnutrizione sempre più alto, anche in corsia. E se gli orientamenti ormai considerano l'alimentazione come parte integrante delle cure, da Nord a Sud dell'Italia, non mancano esempi di come farsi carico della salute delle persone prendendole anche per la gola.

Menu bocciati una volta su tre

In molte strutture della Penisola l'attenzione alla dieta dei malati è ancora scarsa.

Un esempio? Quasi la metà dei ricoverati rischia la malnutrizione. Il cibo scadente, infatti, è tra le principali cause che fanno peggiorare lo stato nutrizionale durante il ricovero, soprattutto negli individui più fragili, come i malati cronici, quelli oncologici e gli anziani.

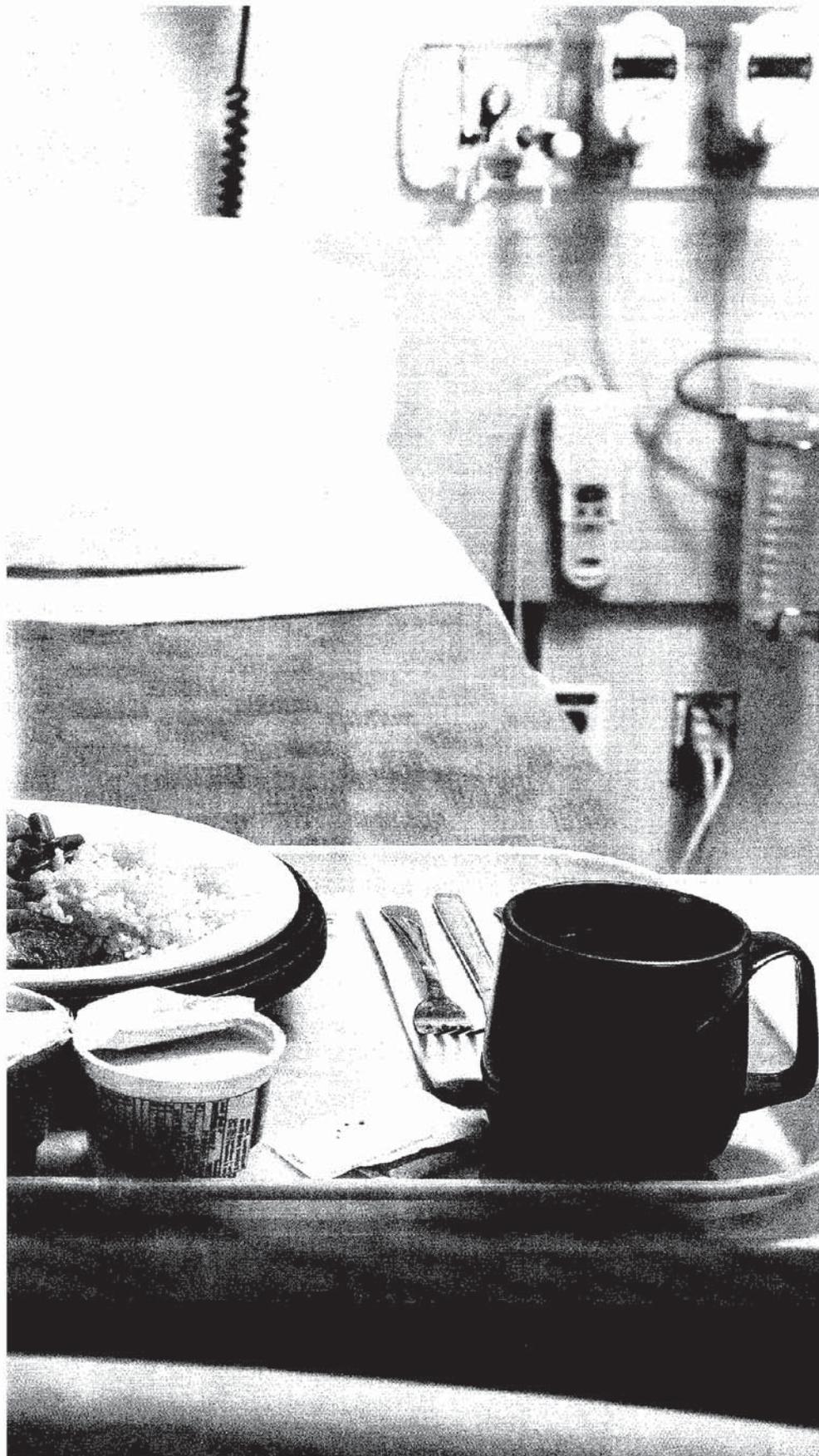
■ In Italia appena il 10% delle strutture ospedaliere, concentrate in particolare al Nord, può contare su un servizio di

nutrizione clinica. Mentre nei casi di eccellenza i malati possono usufruire di diete personalizzate, per la maggioranza dei ricoverati le pietanze sono perlopiù standardizzate e non sempre servite con le dovute accortezze. Qualche esempio? A malati ricoverati in una Stroke unit milanese (un reparto specializzato per l'ictus e altri problemi circolatori), vengono serviti: pasta al ragù, hamburger e patatine fritte. Un pranzo domenicale senz'altro gustoso, peccato che non sia l'ideale per il cuore e la circolazione del sangue.

■ L'attuale situazione italiana registra una disomogeneità marcata sia tra le regioni sia tra le diverse strutture nell'ambito dello stesso territorio. Diversità che si manifestano non solo a livello di qualità nutrizionale, ma anche nell'approccio alle varie problematiche come, per esempio, la modalità di distribuzione del pasto, il livello di competenza degli operatori, le figure professionali impiegate o la diversa consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella promozione della salute.

■ Il risultato? Secondo uno studio dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni, i pasti serviti in corsia vengono bocciati in un caso su tre. Altri dati, inoltre, indicano che circa il 40% del cibo finisce nel cestino perché poco gustoso, freddo o servito a orari inadeguati. Un vero spreco, visto che la spesa annuale a carico del Servizio sanitario nazionale (Ssn) per assicurare i pasti ai ricoverati negli ospedali supera il miliardo di euro.





IL MINISTERO: LINEE GUIDA UGUALI PER TUTTI

Ottimizzare la gestione, la prevenzione e la cura della malnutrizione e migliorare il rapporto con il cibo dei ricoverati in ospedale e nelle strutture di lungodegenza. Sono gli obiettivi delle "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale" emanate dal ministero della Salute. Le indicazioni, predisposte da un team di esperti e approvate a fine 2010 dalla Conferenza Stato-Regioni, sono entrate in vigore agli inizi di marzo 2011 dopo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (n. 37 del 15 febbraio 2011). Il documento ha lo scopo di stabilire i principi generali (tecnici e clinici) per la ristorazione ospedaliera e assistenziale per renderli omogenei a livello nazionale.

Le lamentele più comuni

Come evitare che il pasto servito in corsia finisca in pattumiera? A volte basterebbero semplici accorgimenti.

Pietanze fredde

In questo caso, si potrebbe offrire la possibilità di scegliere tra più portate, magari utilizzando vassoi termici che permettano di servire il pasto alla giusta temperatura. Inoltre, la possibilità di scelta da un menu di cibi più graditi (fra quelli consentiti) si impone anche come una nuova esigenza legata al rispetto delle etnie e degli usi alimentari. Non va dimenticato, poi, che anche l'occhio vuole la sua parte. È importante, dunque, che il cibo sia presentato bene, con le stoviglie e i servizi adeguati.

Orari completamente sballati

Chiunque abbia frequentato un ospedale si è trovato di fronte a pasti serviti a ore improbabili: prima colazione alle 6 del mattino, pranzo alle 11 e cena alle 18. Difficile pretendere che una persona abbia appetito quando è da sempre abituata a mangiare in altri momenti della giornata.

Difficoltà a consumare i pasti

Le persone che non riescono a mangiare da sole spesso devono aspettare il personale sanitario che le imbrocchi. Di solito, però, a svolgere questa funzione è una sola persona per reparto, il che allunga notevolmente i tempi e fa raffreddare il cibo. Non solo, in molti reparti è proibito l'ingresso ai familiari durante i pasti: quindi, non si può essere aiutati neanche dall'esterno.



OGNI OSPEDALE DOVREBBE AVERE UN "PRONTUARIO"

È prevista l'adozione da parte di ogni ospedale di un prontuario dietetico di ricette per un corretto apporto nutrizionale. Il tutto basato su un menu articolato su almeno 15 giorni con alternanza stagionale e che privilegi i prodotti del territorio e le tradizioni locali, come i giorni festivi o le ricorrenze in cui è previsto il consumo di cibi particolari. Le diete standard, inoltre, devono essere codificate sulla scorta delle caratteristiche nutrizionali e non solo della malattia. Tra loro sono previste diete ipocaloriche (basso apporto di calorie), ipercaloriche (incremento delle calorie), ipoproteiche (povera di proteine), prive di glutine o per disfagia (difficoltà a deglutire).

ATTUALITÀ ▶ INCHIESTA



La cura passa anche dal piatto

Il Consiglio d'Europa ha recentemente ribadito che la ristorazione ospedaliera è parte integrante della cura clinica e che il ricorso al cibo rappresenta il primo e più economico strumento per il trattamento della malnutrizione. Una corretta alimentazione durante il ricovero, dunque, diventa parte integrante del percorso di cura, dove anche il menu si fa strumento curativo.

■ Il principio è ripreso anche dalle linee guida del ministero che, infatti, prevedono una valutazione del rischio nutrizionale del degente (con permanenza superiore a cinque giorni) effettuata sia al ricovero sia con continui monitoraggi.

■ All'arrivo in reparto si misurano statura e peso, si valutano alcuni parametri, come eventuali carenze di minerali, e i fabbisogni nutrizionali in base al dispendio energetico del singolo malato. Il controllo va ripetuto ogni sette giorni, fino al momento delle dimissioni. Lo scopo è chiaro: prevenire stati di malnutrizione ospedaliera e correggere situazioni precedenti.

»

l'esperto

«Manca una cultura dell'alimentazione»

«Nel nostro Paese bisognerebbe migliorare la cultura dell'alimentazione in ospedale» spiega il dottor Riccardo Caccialanza, responsabile del servizio di Dietetica dell'ospedale San Matteo di Pavia e segretario nazionale della Società italiana di nutrizione artificiale e metabolismo (Sinpe). «Se ne ricaverebbero vantaggi per la salute dei malati e per le casse dello Stato, perché in molti casi una dieta adeguata può ridurre le giornate e i costi di ricovero. Oggi si continua a considerare la nutrizione come uno strumento per perdere peso, mentre si tratta di una branca della medicina che offre enormi vantaggi. C'è una necessità di risorse che, una volta investite, aiuterebbero a evitare molti sprechi».



10% le strutture con un servizio di nutrizione clinica

Già malnutriti all'accettazione

Al momento del ricovero sono spesso già presenti fenomeni di malnutrizione. Secondo stime di settore, infatti, dal 30 al 50% dei malati ricoverati all'accettazione mostra un rischio di malnutrizione.

■ In molti casi, poi, la situazione può peggiorare nel corso della permanenza in ospedale, soprattutto nelle persone anziane e nei lungodegenti. Le conseguenze si traducono in costi elevati, sia diretti (legati alla malattia) sia indiretti (aspetti socio-psicologici, aumento della vulnerabilità alla malattia, ricoveri ripetuti).

■ «In molte situazioni la nutrizione è ancora troppo spesso vista come qualcosa di accessorio» sottolinea al riguardo il dottor Riccardo Caccialanza. «Questo crea problemi perché, in caso di malnutrizione, quando non si interviene si rischia anche di aumentare la mortalità». Spesso, insomma, si perde di vista il fatto che la malnutrizione può diventare una malattia nella malattia.

IN ATTESA DI UNA CARTA DEI SERVIZI PER IL MALATO

Le linee guida del ministero prevedono che la persona ricoverata sia informata su tutto quanto attiene ai pasti: dalla loro composizione al sistema di prenotazione e distribuzione delle portate. Allo scopo è prevista una Carta dei servizi sanitari da consegnare al momento del ricovero che, attraverso una facile e semplice lettura, fornisca alle persone tutte le informazioni sui servizi. Le indicazioni sulla ristorazione, inoltre, prevedono anche un programma di formazione, che deve essere esteso a tutto il personale ospedaliero coinvolto, e l'attivazione di una rete nazionale per il monitoraggio della qualità del servizio, della soddisfazione e dello stato di salute del malato, nonché dei costi sanitari e di gestione. A questo proposito il ministero della Salute ha richiesto alle strutture sanitarie del nostro Paese la compilazione di un questionario elettronico da restituire entro il 15 dicembre 2011. A breve dovrebbero essere resi noti i risultati.

Cucina: dentro o fuori?

In base alle caratteristiche della struttura ospedaliera, il servizio di ristorazione può essere gestito internamente o attraverso l'affidamento esterno. Secondo le indicazioni del ministero, ogni attività deve essere prevista nel capitolato del servizio di ristorazione, uno strumento essenziale sia per eliminare la discrezionalità sia per limitare eventuali contenziosi con le ditte appaltatrici.

■ A dire il vero sono pochi gli ospedali italiani che hanno mantenuto una cucina interna. Tra questi c'è l'Azienda ospedaliera universitaria Careggi di Firenze, dove lavorano una trentina di cuochi e dove il carrello del pasto permette al malato di scegliere fra tre diversi primi, secondi e contorni.

■ Il menu si alterna ogni due settimane e a seconda delle stagioni, ed è possibile richiedere piatti più vicini alle proprie abitudini alimentari o in base a fattori religiosi o etnici. Buoni anche i risultati sul piano della lotta allo spreco. Il numero dei pasti "rifiutati" è in calo, così come il costo: circa 11 euro a malato contro i 15 euro della media dei catering esterni.

A Pavia: il menu è su misura

Offrire un supporto nutrizionale non significa solo trattare il malato sottopeso, ma anche personalizzare la dieta durante l'ospedalizzazione. Così, per affrontare la malnutrizione, al San Matteo di Pavia da anni si investe per seguire i malati con maggiori problemi anche dopo le dimissioni. Difficile, però, farlo con le strutture oggi a disposizione. «In Italia ci sono poco più di 50 servizi di nutrizione clinica destinati ai 600 malati per milione di abitanti in nutrizione domiciliare (quelli che non possono nutrirsi da soli)» spiega il dottor Caccialanza. In ospedale le diete possono essere personalizzate in base alle specifiche esigenze dei ricoverati che, su indicazione del medico, vengono visitati da un dietista anche per capire perché un alimento non viene gradito.

In Veneto: mensa a km 0

La filiera corta è sbarcata anche in corsia. Il primo esempio in Italia di menu a km 0 spetta al Veneto, con un progetto partito alla fine del 2009 all'ospedale civile di Adria (Rovigo): piatti preparati con prodotti agroalimentari delle aziende del circondario, per migliorare la qualità dei pasti offerti e per abbattere l'inquinamento e i costi dovuti al trasporto.

A Milano: più freschezza

L'attenzione a un'alimentazione più fresca e genuina, legata alla stagionalità e alle produzioni locali, ha coinvolto anche grandi strutture ospedaliere, come il policlinico San Donato, alle porte di Milano. Qui, dal 2011, i fornitori sono tutti rigorosamente controllati e garantiti, con un occhio di riguardo alle produzioni delle aziende lombarde.

Ad Asti: è arrivato il biologico

Un altro esempio viene dal Piemonte, dall'ospedale Cardinal Massaia di Asti dove, grazie a un accordo tra Asl, Coldiretti e Slow food, la mensa ospedaliera offre solo il meglio della ristorazione biologica italiana. Il costo? Solo un euro in più rispetto alle spese affrontate mediamente dagli altri ospedali.

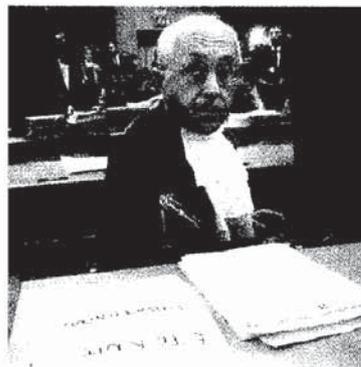


A Caserta: stop agli sprechi

Contro gli sprechi non mancano iniziative per il riutilizzo degli alimenti rifiutati dai malati. All'azienda ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta, per esempio, grazie a un accordo con la Caritas i pasti non ritirati dai degenti vengono distribuiti alla mensa dei poveri. I piatti, in confezione monodose e nel rispetto di tutte le norme igienico-sanitarie, vengono ritirati ogni giorno dai volontari e messi a disposizione di chi ne ha bisogno.

Servizio di Gianni Di Lascio.

ATTUALITÀ ▶ SE NE PARLA



I responsabili della Eternit sono stati condannati, ma in Italia ancora molti edifici, pubblici e privati, non sono stati bonificati. E la legge latita in molte Regioni

amianto

capitolo finale?

Il 13 febbraio 2012 sarà ricordato a lungo. Il tribunale di Torino ha condannato in primo grado a 16 anni di carcere il miliardario svizzero Stephan Schmidheiny (65 anni) e il barone belga Louis De Cartier (91 anni) per disastro doloso permanente e omissione dolosa di misure antinfortunistiche. Dopo due anni di processo il verdetto è chiaro: pur sapendo che l'amianto uccide, i due responsabili dei quattro stabilimenti italiani Eternit dal 1966 fino agli Anni 80, hanno lasciato che le fabbriche continuassero a lavorare senza adottare le precauzioni per evitare che migliaia di persone si ammalassero di tumore al polmone o di asbestosi. Oltre 2.300 vittime e migliaia di persone ammalate a causa della fibra killer, a cui andranno oltre 80 milioni di euro di risarcimento. La condanna vale per i reati commessi negli stabilimenti di Casale Monferrato (Al) e Cavagnolo (To). Prescritti, invece, quelli riguardanti le fabbriche di Bagnoli (Napoli) e Rubiera (Reggio Emilia).

UNA SENTENZA STORICA

«È una sentenza che si può definire storica» ha dichiarato il ministro della Salute Renato Balduzzi. «Ma la battaglia contro l'amianto non si chiude, continua nell'attività amministrativa e nell'impegno delle istituzioni e dei cittadini». «Ci siamo battuti per avere giustizia e oggi l'abbiamo avuta» ha commentato Bruno Pesce, presidente dell'Associazione dei familiari delle vittime dell'amianto. «È una sentenza che ha sancito la colpevolezza dei responsabili. Il dato economico è importante, ma la vita umana lo è di più». Il ministro dell'Ambiente, Corrado Clini, ha posto l'accento sui siti contaminati: «Il problema è che non abbiamo ancora una mappatura completa dei siti che devono essere risanati per l'inquinamento da amianto. Speriamo che la sentenza su Casale Monferrato faccia da battistrada per avviare un serio e organico programma di bonifiche».

È un isolante che uccide

L'amianto, o asbesto, è formato da sottilissime fibre di silicio. Ha la caratteristica di resistere molto bene al fuoco, a temperature elevate e agli acidi. Per questo è stato impiegato per anni come isolante nell'industria e nelle costruzioni, nelle coperture dei tetti o per ricoprire i tubi dell'acqua. L'amianto è un killer che non perdona ed è direttamente collegato alla comparsa del tumore al polmone.

■ Il primo a evidenziarlo fu, negli Anni 60, lo scienziato statunitense Irving Selikoff, che diede il via alle prime cause legali per malattie attribuite all'esposizione all'amianto.

■ Le minime dimensioni delle fibre di amianto favoriscono la loro dispersione nell'aria e l'inalazione nei polmoni provocando, tra l'altro, l'asbestosi, una malattia polmonare cronica per cui non esiste una cura efficace: la prima malattia professionale ufficialmente riconosciuta in Italia.

■ L'amianto è il principale responsabile del mesotelioma pleurico, un tumore inguaribile provocato dall'inalazione di fibre di amianto. Ma non basta. L'origine del 10% dei tumori polmonari è da attribuire all'amianto. Le fibre, inoltre, possono colpire in misura minore anche laringe, peritoneo e ovaio.



LA STRAGE CONTINUA

Il processo di Torino riguarda oltre 2mila decessi, ma sono decine di migliaia le vittime non censite: 120mila all'anno secondo l'Onu. L'Istituto superiore di sanità stima che in Italia il picco di mortalità per malattie legate all'amianto si avrà tra il 2015 e il 2020, perché possono passare diversi decenni dall'inalazione della fibra e lo sviluppo del tumore. Dal 1992 in Italia è vietata l'estrazione, la produzione e l'impiego dell'amianto. È ancora molto diffuso, invece, in diversi Paesi emergenti: Cina, Kazakistan, Brasile e Russia sono i principali produttori mondiali.

Le regole per lo smaltimento

L'eternit è un composto di fibrocemento a base di amianto. In Italia è ancora presente in molte strutture, pubbliche e private: 2,5 miliardi di metri quadrati di coperture (circa 32 milioni di tonnellate) secondo una stima del Consiglio nazionale delle ricerche.

■ Secondo Legambiente, solo 13 Regioni hanno approvato un Piano per la bonifica, ma solo due hanno fissato una data entro cui completarlo: la Lombardia nel 2016 e la Sardegna entro il 2023.

■ Per legge lo smantellamento dei manufatti che contengono amianto è obbligatoria solo se si trovano in uno stato di degrado (certificato da un tecnico) tale da poter formare delle particelle che possono essere inalate.

■ Il lavoro può essere svolto solo da ditte autorizzate che procedono prima all'incapsulamento (per evitare il rilascio di polveri) e poi allo smaltimento in apposite discariche.

Servizio di Gianni Di Lascio.

Policlinico Dopo il Piano industriale, i sindacati respingono le proposte

«Basta tagli o il Gemelli diventa come la Fiat»

«Non possono essere sempre i lavoratori a pagare la cattiva gestione degli ospedali». I sindacati replicano così al Piano industriale del Policlinico Gemelli, illustrato ieri per la prima volta sul *Corriere della Sera* da Marco Elefanti, direttore amministrativo dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Cgil, Cisl e Ugl, dopo avere proclamato lo stato di agitazione nell'ospedale del Papa, respingono «la disdetta dei contratti aziendali, il blocco del turn over, la riduzione del costo del lavoro e l'aumento della produttività». Ma dalla Regione, Renata Polverini, annuncia «Si stanno valutando vari percorsi, ancora sono tutti in fase di elaborazione, ma siamo tutti convinti che al più presto troveremo una soluzione per rendere definitivo il rapporto con il Gemelli».

Opinione molto diversa, invece, da Gianni Nigro, segreta-

rio della Cgil Funzione pubblica di Roma e Lazio: «Non vorremmo che il Gemelli facesse la fine della Fiat. Per questo abbiamo rispedito al mittente la disdetta dei contratti: è in corso una trattativa al ministero della Salute tra Regione Lazio e Policlinico. Quando il negoziato sarà chiuso, siamo disponibili a discutere con gli amministratori dell'ospedale eventuali interventi sul personale. Prima però vogliamo verificare i bilanci. Il personale è uno dei fattori di spesa, non l'unico». Parole condivise da Claudio Di Bernardino, segretario generale della Cgil regionale: «Se queste sono le scelte del Gemelli — precisa — questi provvedimenti li rifiutiamo perché sono un chiaro attacco ai diritti dei lavoratori. E quindi non potremo che opporci con una mobilitazione molto dura». E sul Piano di rientro dal deficit nel Lazio, Di Bernardino chiede alla Regio-

ne «di avviare una nuova fase di confronto con i sindacati per discutere come riorganizzare il sistema in grave crisi».

Più cauto Tommaso Ausili, segretario generale della Cisl di Roma e Lazio, che annuncia di avere chiesto «un parere legale sulla disdetta del contratto unilaterale». Poi parlando della situazione del «Vaticano Tre», come lo aveva ribattezzato Karol Wojtyła, «anche noi siamo preoccupati per il prevedibile abbassamento di offerta di servizi sanitari da parte del Gemelli — aggiunge —. Quello dei finanziamenti è un problema serio in una struttura di eccellenza che attrae malati da tutta Italia. Prima di fare proclami, era meglio confrontarsi con noi, anche sul futuro status giuridico e sull'organizzazione dell'ospedale». Antonio Cuozzo, segretario Ugl Sanità di Roma e Lazio, rincara la do-

se: «I vertici del Policlinico mi sembrano inopportuni. Di fronte a una delicata situazione finanziaria, prima di decidere di ridurre il personale di 200 unità, bisogna capire prima dove finiscono i fondi pubblici e che fine fanno gli 800 milioni di crediti che il Gemelli vanta con la Regione».

I responsabili del Gemelli, nel quale lavorano 4.500 tra medici, infermieri, tecnici e amministrativi, hanno invitato i sindacati a aprire la trattativa entro il 9 marzo: nelle lettere che preannuncia la disdetta del contratto aziendale, il direttore amministrativo Elefanti annuncia l'obiettivo di raggiungere una intesa con le organizzazioni sindacali entro 90 giorni. Viste le premesse la vertenza si preannuncia infuocata.

Francesco Di Frischia

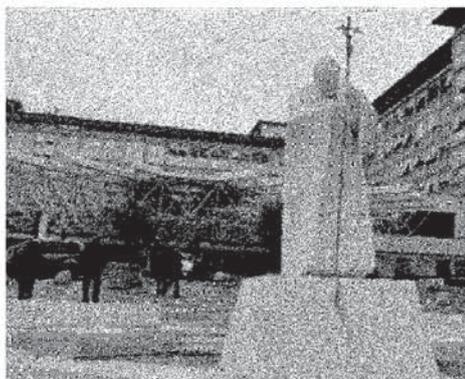
I protagonisti



»
Maurizio Guizzardi
È una straordinaria opportunità professionale e così mi riavvicino a casa



»
Marco Elefanti
Blocco del turn over selettivo per 5 anni: così nessuno sarà licenziato



«Il Vaticano Tre» Come Karol Wojtyła chiamava l'ospedale universitario



200
Lavoratori
La riduzione del numero di dipendenti a causa del blocco del turn over in 5 anni

800
Milioni il credito che il Gemelli vanta con la Regione dal 2006 al 2011 per prestazioni erogate



**TRE PROPOSTE
PER LA SANITÀ/1**

L'articolo pubblicato su *Il Riformista* di mercoledì 29 febbraio del Professor Eugenio Santoro offre parecchi spunti di riflessione per un dibattito sulla situazione attuale della sanità pubblica italiana. Le tre proposte riportate nell'articolo sono ampiamente condivisibili e, in buona sostanza, se trovassero accoglienza reale da parte dell'opinione pubblica, potrebbero essere di stimolo per un vero cambio di marcia da parte delle forze politiche. Il momento attuale sembra essere favorevole perché con l'avvento del governo dei tecnici molte delle cose che sono state più volte enunciate e puntualmente non realizzate, stanno trovando soluzioni condivise a vantaggio dei cittadini. In questa accelerazione di interventi la sanità non ha ancora avuto l'attenzione che meriterebbe; è pertanto apprezzabile che un quotidiano di opinione abbia ritenuto di ospitare l'articolo di un esperto che mostra di conoscere i problemi e che si pone in una ottica realistica e pragmatica. D'altra parte è personale convinzione, non soltanto mia ma di molti opinionisti, che la crisi economica che stiamo attraversando non deve essere un alibi per rovesciare i principi fondanti del nostro servizio sanitario ma deve invece esser di stimolo per ricercare soluzioni che assicurino il

mantenimento della universalità delle cure sia pure in un contesto economico generale fortemente compromesso. Alle proposte enunciate nell'articolo vorrei aggiungere alcune riflessioni per dare un modesto contributo al dibattito: è necessaria una revisione dell'attuale sistema organizzativo del servizio sanitario che con l'aziendalizzazione, che pure è stata fortemente voluta, non ha portato quegli effetti desiderati di una migliore ottimizzazione delle risorse per il miglioramento della qualità delle prestazioni. È auspicabile invece un sistema che, nel rispetto del dettato costituzionale, ponga realmente al centro la "persona", di cui tanto si parla, ma che da cardine del sistema con il passare degli anni ha perso questa posizione e gli interessi si sono via via spostati verso un progressivo disallineamento tra domanda e offerta di salute. La persona non è più, infatti, il punto di incontro tra domanda ed offerta in quanto gli interessi economici sembrano predominare, rispetto a tutti gli altri indicatori di salute, senza alcuna o scarsa attenzione agli esiti, alla salute del paziente, al suo recupero funzionale e, soprattutto, a quegli aspetti umani che si riscontrano nei desideri delle persone. Non c'è tempo da perdere; la sanità pubblica, di cui anche le strutture private accreditate sono parte integrante, deve peraltro, misurarsi

oggi con scenari assai diversi dal passato ed è chiamata a dare risposte più adeguate e più appropriate a queste nuove esigenze, per garantire l'attenzione più ampia alla qualità della vita in tutte le sue fasi, per poter guardare con maggiore concretezza ai cittadini, per poter assicurare lettura ed interpretazione precoce dei loro bisogni, offrendo interlocuzione pronta, intervento preventivo, presa in carico di cronicità e disabilità, appropriate azioni, oltre che curative, anche preventive. Bisogna agire presto: è necessario che da parte della politica e delle istituzioni sia presa consapevolezza che è giunto il tempo per il superamento di una fase confusa, caratterizzata da provvedimenti che vanno in direzione opposta e che pongono ostacoli e generano difficoltà ad una vera e programmata riorganizzazione dell'intero sistema sanità, coinvolgendo tutte le forze in campo, sia pubbliche che private, anche nella considerazione che l'invecchiamento della popolazione, con tutte le inevitabili conseguenze in termini di salute, richiederà sempre più nuove risorse che in un contesto così compromesso, avrebbero scarse possibilità di essere soddisfatte.

► **ENZO COLAIACOMO**
Presidente Federlaziosalute



**TRE PROPOSTE
PER LA SANITÀ/2**

Ho letto, con grande interesse, l'articolo del mio amico e collega Eugenio Santoro e devo dire che sono d'accordo con la sua analisi che mette il dito nella putrida piaga della sanità nel nostro paese e anche sulle proposte per cercare di uscire fuori dalla bufera che ha investito la sanità pubblica.

Ma se il quadro è apocalittico per tutta la nazione, ancora peggiore è la situazione nelle Regioni del Sud ed in particolare in Calabria. Tutti noi siamo convinti che i tagli alla spesa sanitaria sono una necessità, ma questi vanno fatti più gradualmente e soprattutto con intelligenza. È sbagliato operare tagli indiscriminati che mettono in ginocchio le attività più produttive a favore della medicina preventiva che andrebbe fatta sul territorio anziché ingolfare gli Ospedali. La sanità italiana ed in particolare quella calabrese è pragonabile ad una "pianta molto malata" e se si vuole salvarla è necessario tagliare i rami secchi e non quelli verdi e coltivarla con acqua e fertilizzanti! Voglio dire che le poche risorse disponibili vanno impiegate per incentivare le attività più produttive. Se, per esempio, si toglie all'Ospedale dell'Annunziata di Cosenza la possibilità di eseguire i trapianti d'organo, così come qualcuno vorrebbe, decine di pazienti dovranno necessariamente emigrare a spese naturalmente della Regione, così, anziché risparmiare, si finisce per spendere di più!

► **ANTONIO PETRASSI**, *primario chirurgo emerito dell'Ospedale dell'Annunziata, past-president dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri italiani*



**TRE PROPOSTE
PER LA SANITÀ/3**

Nel condividere quanto efficacemente descritto dal Professore Eugenio Santoro, intendo aggiungere quanto segue: la formazione del medico, svolta nella Facoltà di Medicina delle Università del nostro Paese è fortemente orientata verso

la diagnosi e la cura della malattia, piuttosto che verso la prevenzione dagli eventi morbosi primari che causano la malattia stessa.

Questo fatto spinge il medico generalista ad indirizzare il malato verso lo specialista e da questi verso accertamenti strumentali sempre più costosi ed impegnativi per il Servizio Sanitario Nazionale. A ciò si deve aggiungere una domanda di salute da parte del cittadino sempre più crescente e sempre più esigente, sicché mentre, fino a qualche decennio fa ad esempio, lo zoppo si accontentava del bastone, oggi pretende dal medico l'arto protesico della cui esistenza ne sente discutere in televisione

nel corso di qualche trasmissione di informazione pseudoscientifica. L'intricco perverso di tali comportamenti concorre inesorabilmente a far lievitare la spesa sanitaria di tutto il mondo occidentale dove ha raggiunto oramai livelli non più sostenibili e compatibili con le altre esigenze di bilancio come la scuola, i trasporti, gli investimenti per le opere pubbliche ecc ecc ecc.

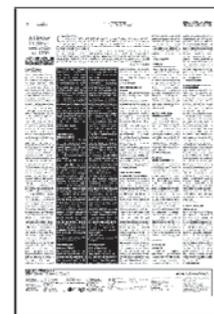
È oramai stranoto che esiste una ben documentata relazione tra abitudini alimentari scorrette, aumento di peso, obesità e fattori di rischio per le malattie cardiache e vascolari fino all'infarto del miocardio e/o all'ictus cerebrale ma non si riconosce e non si previene il danno metabolico come causa primitiva per l'innesto della drammatica sequenza che inesorabilmente porta verso esiti fatali: allora è inutile e vano lamentarsi della spesa sanitaria che tende inevitabilmente ad andare fuori controllo.

Una profonda riflessione su questi semplici fatti porta a concludere che occorre

modificare i curricula scolastici delle Università e spostare gradualmente l'orientamento nella formazione del medico più verso la prevenzione delle cause degli eventi morbosi piuttosto che verso la cura degli stessi, nella convinzione sempre più scientificamente condivisa che ciò porterà non solo ad un maggiore allungamento delle aspettative di vita, ma soprattutto ad una migliore "qualità" della vita stessa.

Insegnare ad individuare e ad evitare le cause prime che determinano manifestazioni patologiche sempre meno curabili significa praticare ed affinare le pratiche mediche che sono alla base della prevenzione primaria degli stati morbosi e significa soprattutto ridurre in maniera significativa la spesa per la tutela della salute altrimenti ingovernabile e non più sostenibile.

► **ALDO BRANCATI,**
già Rettore dell'Università degli Studi di Tor Vergata



**TRE PROPOSTE
PER LA SANITÀ/4**

Molto interessante l'intervento del professore Santoro «Tre proposte sulla Sanità» sulla sanità delle spese mediche: basterebbe ritornare all'assistenza indiretta e al successivo rimborso agli interessati. Gli ambulatori si vuoteranno ed

il medico di famiglia si dedicherà ai veri ammalati. Altro risparmio può venire dalle cosiddette spese termali, spesso motivo per farsi delle belle vacanze a poco prezzo.

► **LUIGI MENGONI**

