

SE IL TUO GINECOLOGO OBIETTA A UN TUO DIRITTO

*«Ho una paziente che aspetta,
per l'aborto terapeutico è meglio
se ti rivolgi a un altro»*

Emma ha 37 anni e fa l'insegnante. Vuole un figlio che non arriva. «Gli esami dicono che è tutto a posto», la rassicurano i medici. «Devi rilassarti. Quando smetterai di pensarci, ti ritroverai incinta», la rassicurano le amiche.

Passano due anni, Emma forse si rilassa, forse si rassegna, forse pensa che non è destino. Resta incinta. La ginecologa le consiglia l'amniocentesi, una tecnica di diagnosi prenatale che si effettua tra il quarto e il quinto mese di gravidanza per rilevare eventuali anomalie del feto, «perché dopo i 35 anni i rischi aumentano». Emma si sottopone all'esame. Dopo due settimane arriva l'esito: «Trisomia 21», che poi vuol dire Sindrome di Down.

«E adesso?», chiede Emma. Adesso Emma è disorientata, impaurita e confusa, il suo compagno anche, la ginecologa parte per un congresso. «Tu rifletti. Noi ci sentiamo la prossima settimana», le dice.

Emma riflette, per una settimana. Poi telefona alla ginecologa. «Dottoressa, io non me la sento. Vorrei interrompere la gravidanza». La ginecologa conosce Emma da quando, diciottenne, si presentò da lei per la sua prima visita e per chiederle la ricetta per la pillola contraccettiva. Sono passati vent'anni, ma non sembrano contare. È evasiva, ha parecchi impegni in questo periodo, forse è meglio che Emma si rivolga a qualcun altro, dice. «A chi, dottoressa? Io non conosco nessuno». «Non saprei. Ora perdonami, ho una paziente che aspetta».

Emma si rivolge alla struttura, privata convenzionata, in cui ha effettuato la diagnosi prenatale. «Chi fa diagnosi su eventuali anomalie fetali, sarà certamente attrezzato per gli aborti terapeutici», pensava Emma, sbagliandosi. Quella struttura, come moltissime altre, è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale solo per la diagnosi prenatale ma non per quello che potrebbe seguirne.

La legge 194 («Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza») stabilisce, tra l'altro, che «L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata... quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna».

Emma si rivolge a un consultorio che le fissa un appuntamento con uno psicologo dopo dieci giorni, si rivolge a due ospedali pubblici che le danno tempi di attesa troppo lunghi. Non stupisce in un paese in cui i ginecologi obiettori di coscienza superano il 70%.

I giorni passano, la pancia di Emma cresce, insieme alla sua angoscia. Grazie a un'amica entra in contatto con il dottor S., uno dei due soli ginecologi non obiettori di un grande ospedale milanese, in cui si praticano 15-20 interruzioni volontarie di gravidanza la settimana.

Il dottor S. visita Emma, le parla, certifica «un grave rischio psichico» e si fa carico di lei, con umanità e professionalità, senza averla mai vista prima, come dovrebbe succedere sempre, in questi casi.

Ogni mercoledì il dottor S. accoglie una decina di donne, ognuna con il suo personale dramma, tutte per lo stesso intervento. «Per quanto riguarda le interruzioni volontarie nel primo trimestre, le italiane sono in calo, grazie alla crescente conversione alla contraccezione, mentre aumentano le gravidanze indesiderate tra le donne straniere, spesso senza documenti», racconta.

«Praticare un aborto non piace a nessuno ma la mia professione ha un aspetto sociale che comprende anche il consentire l'esercizio di un diritto delle donne», spiega aggiungendo che i giovani medici sono tutti obiettori e che probabilmente, quando lui e il suo collega («Siamo entrambi sessantenni») andranno in pensione, il suo ospedale si aggiungerà alla lista di quelli che chiudono le porte a Emma e alle altre.

E un diritto, un altro, verrà negato.

Appunti & divagazioni di una (non solo) mamma di *ELASTI*



I malati

Addio carriera per colpa del tumore

Per un malato di cancro poter tornare a lavorare dopo le cure è una necessità psicologica ed economica. È un diritto, troppo spesso negato. E così c'è chi perde il posto e chi parte dello stipendio, chi viene ingiustamente "degradato" e chi invece vorrebbe cambiare mansione ma non osa chiederlo. Secondo il rapporto del Censis sono oltre 274 mila gli italiani (quasi 85 mila solo negli ultimi 5 anni) che hanno perso il lavoro dopo una diagnosi di cancro: licenziati, dimissionati o costretti a cessare la propria attività autonoma. Nel complesso, circa l'80% dei pazienti ha subito cambiamenti in ambito professionale, dalla riduzione del reddito alla disoccupazione. «Siamo di fronte a una patologia sociale di massa — dice il presidente del Censis, Giuseppe De Rita —. Nel nostro Paese sono oltre 2,3 milioni le persone che hanno avuto nella loro vita una diagnosi di tumore. Il 57% ha superato la malattia da 5 anni e circa 800 mila da almeno 10 anni. Oggi circa 690 mila malati sono in età lavorativa».



Oncologia Indagine Censis sulle fatiche e le rinunce dei «caregivers»

Se per assistere un parente si rischia di perdere il lavoro

L'impegno

La malattia specie se grave «danneggia» tutte le persone legate da affetti

Le storie che malati di cancro raccontano parlano spesso di sofferenze e pregiudizi in ambito professionale subiti da chi si occupa di loro

“
Le famiglie finiscono in prima linea nella assistenza al malato

“
Un terzo dei caregivers accusa ansia e disturbi del sonno

Sono le famiglie, e soprattutto le donne, a sostenere la gran parte delle attività di supporto ai pazienti oncologici: assistenza in casa, accompagnamento, visite in ospedale... E, di questo impegno, pagano le conseguenze (ancora molto sottovalutate), sia sul lavoro che sulla propria salute.

L'impatto del tumore sulla vita non solo del malato ma anche di chi si prende cura di lui, i cosiddetti *caregivers*, emerge chiaramente dall'indagine del Censis «Ad alta voce, i bisogni e le aspettative dei malati di cancro e delle famiglie», condotta in collaborazione con la Federazione italiana delle associazioni del volontariato oncologico-Favo (con il sostegno di Roche), su un campione di oltre mille pazienti oncologici e di 700 *caregivers*. Secondo gli esiti della ricerca, nella maggioranza dei casi (56%) sono le donne (mogli, figlie, sorelle, altre parenti e persino amiche) il primo riferimento dei malati per risolvere le tante esigenze e criticità che la malattia mette all'ordine del giorno. Oltre la metà dei *caregivers* sono coniugi o conviventi; in un caso su tre hanno più di 60 anni e in uno su quattro hanno

un'età tra i 40 e i 59.

«Soprattutto — dice Francesco De Lorenzo, presidente Favo — più della metà di queste persone ha un lavoro al momento della diagnosi di cancro del loro parente, ma finiscono in prima linea nell'assistenza, giorno e notte, con un'impennata delle assenze lavorative e uno stress enorme che mette a dura prova la loro condizione fisica e psicologica». Il 29% degli intervistati dichiara infatti di avere riscontrato impatti negativi sulla propria salute, come stati di ansia, tristezza e alterazioni del sonno. Un mix esplosivo: oltre il 59% dei familiari di malati di tumore deve a sua volta assumere farmaci, poco più del 29% ha bisogno di rivolgersi a specialisti, il 4% ha subito ricoveri.

Familiari e malati vanno incontro a peggioramenti in ufficio e sul conto in banca: l'8% dei *caregivers* ha una diminuzione di reddito (in media del 30%), il 5,5% perde il posto, il 2% chiede di andare in pensione. Le spese, invece, aumentano, pesando sul bilancio di casa.

«Esistono precise leggi a tutela dei lavoratori malati e dei loro familiari — ricorda l'avvocato Elisabetta Iannelli, presidente di Aimac, associazione di ma-

lari da anni impegnata a sollecitare norme a garanzia dei diritti di chi deve fare i conti con il cancro — ma troppo spesso gli interessati stessi non ne sono informati. Ci sono norme che prevedono, ad esempio, il passaggio al part time, avvicinamenti di sede, permessi e congedi straordinari che consentono di mantenere la retribuzione e di riuscire ad affrontare con un po' più di serenità le fasi critiche della malattia». Manca invece completamente una prassi aziendale "standard" che agevoli la gestione di questi casi in ufficio. «Le storie che malati e *caregivers* raccontano parlano spesso di sofferenze e pregiudizi subiti in ambito professionale — dice Lucia Giudetti Quarta, presidente della Fondazione Giancarlo Quarta Onlus, che indaga da tempo sulle problematiche aziendali nella gestione dei malati critici e di chi li accudisce —. Avrebbero invece bisogno di poter parlare apertamente con i "capi" dei problemi legati alla malattia e delle loro necessità. Basterebbero un colloquio iniziale e verifiche successive per valutare la situazione insieme e decidere come organizzare turni e prestazioni, con maggiore tranquillità per tutti».

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I familiari del malato di tumore hanno diritto a

- **priorità nella trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale** *(se il malato è coniuge, figlio o genitore)*
- **trasferimento alla sede di lavoro più vicina** al domicilio della persona da assistere *(compatibilmente con le esigenze del datore di lavoro)*
- **3 giorni di permessi retribuiti mensili** *(se la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno)*
- **un congedo retribuito, continuativo o frazionato, fino a 2 anni** *(se il malato non è ricoverato a tempo pieno, salvo che la presenza del caregiver non sia richiesta dai sanitari)*
- **congedo non retribuito, continuativo o frazionato, per gravi motivi familiari fino a un massimo di 2 anni**
- **3 giorni di permesso retribuito all'anno per decesso o documentata grave infermità di un familiare**
- **non svolgere un lavoro notturno se hanno a carico un familiare in stato di handicap grave**

Fonte: Per maggiori informazioni www.almac.it e numero verde 840 503579

D'ARICO



Il mercato conteso. Esercizi di vicinato e Gdo: a noi solo 300 milioni

Sui farmaci di fascia C partita da 3,2 miliardi

LE PILLOLE CONTESE

Parafarmacie e corner ai margini delle vendite: con i prodotti da banco liberalizzati hanno incassato il 9% di tutto il fatturato

Sara Todaro

■ È una torta da 3,2 miliardi quella attorno a cui si sta scatenando la nuova guerriglia tra farmacie e parafarmacie, in attesa del Dl sulle liberalizzazioni segneposto della "fase 2" del Governo Monti. Tanto vale, infatti, nel suo insieme la contesa Fascia C, che alloggia i farmaci attualmente venduti esclusivamente su ricetta medica ma non rimborsati dal Ssn.

Ma nonostante la bagarre sollevata attorno alle ultime ipotesi sul tappeto, tenuto conto delle categorie che per legge sarebbero escluse dall'approdo al bancone della parafarmacia e dei corner Gdo (stupefacenti, farmaci iniettabili, ormoni, ricette non ripetibili) e delle quote di mercato già acquisite dal fuori canale nel ramo dell'automedicazione, la guerra si concentrerebbe attorno a cifre decisamente più contenute: poco più di 300 milioni di euro stando ai conti messi assieme dalle parafarmacie. Secondo altre fonti si arriverà invece a 700 milioni.

Oggi i punti vendita extra-farmacia sono circa 3.300: quasi 3mila esercizi di vicinato e 306 corner aperti nella grande distribuzione organizzata (105, un terzo del totale, quelli delle Coop), con 5mila farmacisti occupati. Dall'esordio i "vicini scomodi" delle farmacie

sono hanno conquistato circa l'8% del mercato dei farmaci da banco senza ricetta, gli unici che sono autorizzati a vendere. Rispetto a un giro d'affari 2010 per i farmaci di automedicazione di 2,2 miliardi le farmacie continuano a giocare la parte del leone, assorbendo il 92,8% del mercato (2 miliardi). Le parafarmacie gestiscono circa il 4,5% delle vendite (98,8 milioni), alla Gdo resta il 2,7% del mercato (61 milioni). Il dato è in leggera crescita nel 2011: il preconsuntivo Anifa-Federchimica (industria dell'automedicazione) assegna al fuori canale una quota totale del 9%.

Utilizzando le stesse quote di mercato sul segmento dei farmaci C l'universo del fuori canale acquisirebbe un fatturato complessivo di circa 316 milioni di euro. Secondo le parafarmacie la cifra è troppo bassa per mettere in crisi l'esercito dei titolari. Il fastidio di questi ultimi deriverebbe invece dal maggior afflusso in casa dei concorrenti di una clientela disposta a spendere per prodotti presenti in entrambi i canali che con le medicine poco o nulla hanno a che fare (nutrizonali, parafarmaci, prodotti per igiene e bellezza), terra da arare per entrambe le categorie.

Tornando alla contesa sulla fascia C quei 316 milioni - se mai parafarmacie e corner Gdo riusciranno a portarli a casa - varrebbero un utile mensile medio acquisito di circa 1.500 euro per il corner e di circa mille euro per l'esercizio di vicinato. Che di questa bocca d'ossigeno dicono di non poter più fare a meno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



VIAGGIO NELLE PROFESSIONI

Racca: le farmacie sacrificate alla grande distribuzione



Roberto Turno > pagina 14

MERCATI E MANOVRA

Viaggio nelle professioni



I farmacisti

Il presidente di Federfarma, Annarosa Racca, giudica la riforma Insostenibili 7mila esercizi in più, le medicine con ricetta non si toccano

Farmacie, identità a rischio

«C'è il pericolo di essere sacrificati a multinazionali e grande distribuzione»

IL RILANCIO

La categoria chiede di poter vendere anche i **farmaci** innovativi e di nuova generazione oggi dispensati soltanto dagli ospedali

LA PROTESTA

No stop da martedì a giovedì del direttivo, poi venerdì l'assemblea generale
La serrata? «Sono sicura che ci ascolteranno»

di **Roberto Turno**

Del tratto sognatore del nonno materno Arnoldo Sartori, per sei anni nel dopoguerra direttore del mitico Corriere dei piccoli e tra gli autori delle storie di Cane bassotto e sor Pampurio, non sembra aver ereditato granché. Neppure la farmacia: quella a Lambrate l'ha comprata «facendo vent'anni di debiti». Piedi ben piantati per terra, assolutamente concreta nella difesa della categoria, del suo mercato e del suo servizio, Annarosa Racca, 59 anni, presidente di Federfarma e dunque dei 16.246 farmacisti proprietari di farmacia, ha un primo e vero nemico davanti a sé: le multinazionali e la grande distribuzione che insidiano i fatturati delle farmacie su pillole e sciroppi pagati di tasca propria dagli italiani. Non sono tanto le parafarmacie i competitor, se è vero che almeno per un terzo sono già degli stessi farmacisti proprietari di farmacia: «Ma non l'aprirei mai, io credo nella farmacia».

Sono settimane di fuoco in farmacia. E chissà che Silvio Berlusconi l'assist alle farmacie non lo abbia già servito: «Così rischiano di chiudere», ha piantato i paletti l'ex premier a commento della bozza di decreto del Governo. «Certo che apprezzo il sostegno di Berlusconi e di chi ci ascolta», ammette la Racca. Tant'è. Da martedì e per tre giorni di seguito, fino a giovedì 19 quando il decreto sbarcherà in Consiglio dei ministri, i farmacisti titolari saranno

no stop in riunione (e in frenetici contatti) in comitato direttivo. Venerdì poi assemblea generale, tanto per dire l'aria che tira. Vince-re o perdere alla roulette delle liberalizzazioni, non sarà indifferente nella scelta delle azioni della categoria. E se perdete farete la serrata? «Io sono convinta che ci ascolteranno», è sicura la Racca. E se non vi ascolteranno? «Non staremo certo a guardare se la situazione diventasse insostenibile. Deciderà l'assemblea. Ma ci ascolteranno, ne sono certa». Anche Catricalà? «Lo spero tanto».

I giochi si faranno nei prossimi cinque giorni. Ma intanto i farmacisti con farmacia, la vera miniera della vendita dei **farmaci**, hanno più di un sassolino da cercare di levare dalla bozza di decreto in arrivo. Non va bene, anzi va malissimo, l'aumento del numero di farmacie. Tuona Annarosa Racca: «Sarebbero 7mila in più, il 42% più di oggi, oltre a quelle che nasceranno negli aeroporti, nelle stazioni ferroviarie e marittime, sulle autostrade, nei grandi centri commerciali. Insostenibile, per noi come per qualsiasi settore: il sistema non potrebbe reggere». Per inciso: anche le parafarmacie contestano, ma per le loro ragioni. E quante farmacie in più accettereste, presidente? «Non voglio dare numeri, i numeri voglio farli col Governo e col ministro Balduzzi che incontrerò in settimana». Ma su, quante? «Il 10, massimo il 15% in più».

Troppe farmacie in più, dunque. Senza dire della possibilità di

trasferire quasi tutti i **farmaci** C con ricetta, ben oltre il decreto salva-Italia, anche fuori farmacia nelle regioni che non assegneranno almeno l'80% dei nuovi esercizi: «Allora, se una regione è inadempiente paghiamo noi? Vogliamo fare l'Italia a pezzetti? Sarebbe incostituzionale». Anche in questo caso, per altre ragioni, le parafarmacie non sono d'accordo.

Insomma, tutto (o quasi) da rifare. Le farmacie proprio non perdono il vizio del monopolio? «Ma quali monopolisti. Dal 2001 i **farmaci** innovativi e di ultima generazione sono negli ospedali, dal 2006 quelli da banco senza ricetta. Poi col decreto di dicembre in gran numero anche altri **farmaci** C diventeranno senza ricetta. Dopo 20 giorni cambiamo ancora?». Vi siete fatti tanti nemici, presidente. «L'attacco alla mia categoria è un omaggio ai grandi interessi». Di chi? «Delle grandi multinazionali e della grande distribuzione. So bene io, che ero lì 12 anni fa, lo scandalo della cessione qui a Milano delle farmacie comunali alle multinazionali. Ora i bilanci in perdita li pagano i milanesi. È allora che ho deciso di candidarmi a Federfarma. Qualcuno vuol fare in Italia quello che non s'è riusciti a fare in Francia e Germania». Vi spaventa che Blockbuster dedichi le sue catene alle pillole? «Una testimonianza in più di grandi capitali che acquistano per spostare la distribuzione dei **farmaci** dai professionisti alle loro catene. Urlerò finché avro voce se si sposta-



no i **farmaci** dalla farmacia per darli alle multinazionali».

Però anche lì c'è un farmacista, come nelle parafarmacie, davanti a chi compra. «E io giro la domanda: perché deve vendere fuori dalla farmacia? Il chirurgo opera forse nel supermercato? Opera in ospedale». Suvvia, presidente. «Dico davvero. Serve un sistema **farmaceutico** all'altezza. Siamo stati i primi a chiedere più sedi. Non certo come si propone, è chiaro. Riportiamo i **farmaci** in farmacia, piuttosto, anche cambiando il sistema di remunerazione. Perché non dare i **farmaci** innovativi con un sistema diverso alla farmacia che li controlla garantendo un servizio in più ai cittadini? C'è chi fa 240 chilometri per prendere l'insulina dall'ospedale. Ma che senso ha? Io capisco la cautela per certi **farmaci**, come gli anti tumorali, ma gli altri perché non assicurarli sotto casa alla gente?». Che fa, presidente Racca, rischia di perdere i **farmaci** C e invece rilancia? «Certo che rilancio. Sto da 36 anni dietro questo banco, mi hanno appena spedito due buste incendiarie e nel tempo ho subito diciotto rapine a mano armata. I farmacisti sono brava gente che lavora giorno e notte, stiamo attenti a criminalizzarli. Noi facciamo e vogliamo un servizio per i cittadini, che apprezzano».

Anche le parafarmacie e tutti i vostri competitor, però. «Le parafarmacie sono un'anomalia solo italiana, in tutto il mondo non c'è la presenza di un farmacista. Dobbiamo arrivare certamente a un si-

stema ancora più capillare. I miei colleghi delle parafarmacie devono fare il percorso che fanno tutti per avere una farmacia. Gestire una farmacia è una cosa seria». E remunerativa, visto che la tramandate per generazioni. «La questione dell'ereditarietà non la accetto. Non si può parlare della categoria soltanto pensando agli eredi. Più del 60% delle farmacie sono state trasferite per acquisizione, quelle aperte per concorso sono più del 20 per cento. Una volta il passaggio familiare era una tradizione, una chance: io penso che qualsiasi attività possa passare di padre in figlio. Avviene così per qualsiasi impresa. Ma attenzione: il figlio che se la prende ha fatto cinque anni di laurea, l'esame di Stato, i due anni e i concorsi. Non è che l'erede se la prende per grazia divina».

Ma quanto vale una farmacia? «Con quest'aria, chi se la compra». Si dice mediamente un milione, presidente. «Ma no, ma no. Dipende dal giro d'affari, come ogni attività. Il grosso poi sono farmacie rurali in grandissima difficoltà». E senza concorrenza, chi fa gli sconti ai cittadini? «Non dipende da noi, decide lo Stato. Se decide di liberalizzare i prezzi, sono contenta e sarò la prima a fare una politica di prezzo. Ma i **farmaci** con ricetta devono restare in farmacia». Temete l'effetto valanga anche per i **farmaci** A pagati dallo Stato? «Sarebbe lo scardinamento totale. Ma mi sembra che il Parlamento in dicembre ha già fatto una scelta». Auguri, presidente. «Vedrò, ci ascolteranno».

IL CONFRONTO

IL DECRETO SALVA ITALIA

La ricetta resta in farmacia

■ I **farmaci** di classe C con ricetta (a totale carico dei cittadini) restano in esclusiva alle farmacie convenzionate con il Ssn, a cominciare da stupefacenti, ormoni, iniettabili e medicine con ricette non ripetibili. Il ministero della Salute, sentita l'Aifa (Agenzia italiana del **farmaco**), deve individuare entro fine aprile di quest'anno l'elenco completo periodicamente aggiornabile dei **farmaci** di classe C che resteranno con obbligo di ricetta

Cosa esce dalla farmacia

■ Gli altri **farmaci** diventeranno senza obbligo di ricetta (da banco) e potranno essere venduti anche dalle parafarmacie e nei corner della Gdo nei comuni con più di 12.500 abitanti. Parafarmacie e Gdo dovranno rispondere ai requisiti che saranno fissati entro fine febbraio dal ministero della Salute e potranno venderli in reparti ad hoc delimitati dal resto dell'area commerciale, garantendo l'inaccessibilità al pubblico. Su questi **farmaci** potranno essere praticati gli sconti, come già avviene per i medicinali da banco (automedicazione)

LA NUOVA PROPOSTA

Aumentano le farmacie

■ La bozza del decreto prevede una farmacia ogni 3mila abitanti (oggi i parametri sono 5mila e 4mila abitanti per i centri fino e oltre 12.500 residenti), riservate ai non titolari di farmacia. Le regioni, oltre a stabilire la nuova pianta organica, dovranno bandire concorsi straordinari. Ma potranno essere aperte altre farmacie (con prelazione riservata ai comuni fino al 2022), in aggiunta alla nuova pianta organica, anche nelle stazioni ferroviarie e marittime, negli aeroporti, sulle autostrade e nei grandi centri commerciali di oltre 10mila mq di superficie di vendita, purché non esista già una farmacia entro una distanza di 1,5 km

Farmaci C fuori farmacia

■ Nelle regioni che non avranno assegnato le nuove farmacie, da marzo 2013 i **farmaci** C potranno essere venduti anche nelle parafarmacie e nella Gdo, fatta eccezione per stupefacenti, ormoni, medicine iniettabili e con ricetta non ripetibile. In questo caso, dunque, non si applicherebbe il decreto salva-Italia che invece farà diventare senza ricetta una parte di **farmaci** C oggi con obbligo di ricetta

Libro bianco Esperienze modello per razionalizzare le attese e ridurre gli stress dei pazienti

Settanta «buone pratiche» da copiare per diffondere una migliore sanità



Al S. Maria Nuova di Firenze il reparto di rianimazione è aperto ai familiari per più di 10 ore al giorno

Ricevere cure appropriate in strutture efficienti, ma anche "dal volto umano", dove non si è soltanto un "numero"; fare una visita o un esame senza dover aspettare mesi; essere "seguiti" anche a casa, una volta dimessi dall'ospedale. Non per tutti è così quando ci si ammala. Per diffondere le migliori pratiche realizzate in Asl e ospedali, in modo che siano replicate altrove, la Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) ha raccolto alcune di esse nel primo «Libro Bianco della buona sanità». Una settantina le esperienze individuate, nel corso di un anno, da un comitato scientifico composto da rappresentanti dei cittadini, del mondo accademico e istituzionale.

«Si parla sempre di casi di *malpractice*, ma la buona sanità esiste, anche in tempo di crisi — afferma Fabio Valerio Alberti, vicepresidente di Fiaso —. L'obiettivo è mettere sempre più "in rete" il patrimonio di buone pratiche, innescando un circolo virtuoso di scambi, contenuti, idee». Due le principali sfide da affrontare, secondo Alberti: «Migliorare i servizi, tenendo conto delle scarse risorse a disposizione; garantire sul territorio la presa in carico dei pazienti cronici, sempre più numerosi». Ma ecco alcuni esempi di buona sanità contenuti nel Libro Bianco. Per assicurare la continuità dell'assistenza, a Crema l'Azienda Ospedale Maggiore ha attivato un "Centro per cure intermedie", con venti posti letto: qui vi sono i degenti che non necessitano più di ricovero in reparti per acuti, ma non possono essere dimessi per vari motivi, compresi quelli sociali. «In questa struttura, ricavata in un'ala dell'ex ospedale di Soncino, l'intensità di cura è di livello inferiore — chiarisce Giancarlo Fiorini, primario dell'Unità di medici-

na dell'Ospedale Maggiore e referente del Centro —. Vi sono ospitati i pazienti che hanno bisogno di rimanere in un ambiente "protetto" prima di tornare a casa o andare in un istituto di riabilitazione». Su 288 ricoverati in un anno presso il Centro di cure intermedie, il 60% non ha avuto bisogno di un nuovo ricovero in ospedale. Inoltre, la degenza media nel reparto di medicina interna è diminuita di due giorni.

A Trento, i tempi massimi di attesa per visite ed esami sono garantiti in base a bisogni di ciascun assistito. «Le prenotazioni avvengono con la formula dei tre Rao, Raggruppamenti di attesa omogenei, attraverso fasce di priorità individuate secondo criteri clinici, concordati tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ospedalieri» riferisce Giuliano Mariotti, direttore medico dell'Ospedale di Rovereto, dove più di dieci anni fa è stata avviata la prima esperienza pilota, poi estesa a tutta l'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Se il medico di famiglia, al momento della prescrizione, indica la lettera "A", la prestazione va eseguita entro 3 giorni, se scrive "B" va fatta entro 10 giorni, se "C" entro un mese. «In circa l'85% dei casi i tempi massimi di attesa sono rispettati, per gli altri si slitta solo di qualche giorno», fa notare Mariotti.

"Rianimazione aperta", invece, è l'esperienza virtuosa dell'ospedale Santa Maria Nuova dell'Azienda sanitaria di Firenze: i familiari possono far visita ai loro cari non solo per pochi attimi in orari stabiliti, come di solito avviene in questi reparti, ma per più di 10 ore al giorno. «Il supporto dei parenti fa parte del processo di cura — spiega il direttore dell'Unità di terapia intensiva, Armando Sarti —. Il maggior contatto coi propri cari aiuta a ridurre lo stress del ricovero in rianimazione, come dimostrano diversi studi scientifici e migliora il rapporto dei familiari dei malati con gli operatori sanitari».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PAESI «PER VECCHI» NON SOLO «DI VECCHI»



I sistemi sanitari e sociali possono attrezzarsi per l'invecchiamento della popolazione

di NICCOLÒ MARCHIONNI*

I sistemi sanitari europei non sembrano in grado di garantire un'assistenza sanitaria adeguata alla crescente popolazione anziana. L'allarme viene lanciato da oltre 1.100 medici di Paesi della Ue, intervistati dall'Economist Intelligence Unit, e da un editoriale del *British Medical Journal*. L'80% degli interpellati è molto preoccupato per le cure che riceverà da vecchio, il 50% crede che i sistemi sanitari siano impreparati a fornire cure individualizzate e integrate, sanitarie e sociali, necessarie per gli anziani. E quasi il 50% è convinto che il principale ostacolo all'accesso degli anziani a trattamenti ottimali sia legato al pervasivo *ageismo* della sanità: neologismo col quale si intende «atteggiamento di discriminazione verso gli anziani sulla base della loro età cronologica». Rimangono quindi ancora in cerca di soluzione problemi antichi, ma ineludibili, nei Paesi occidentali, dove la popolazione è in progressivo invecchiamento, con gli ultra 65enni destinati a superare il 33% entro 20 anni in Italia. La soluzione richiede, prima di tutto, un ottimistico cambio di prospettiva. L'invecchiamento della popolazione, spesso paventata causa di tracollo socio-sanitario, deve essere visto invece come una buona notizia, un successo delle migliorate condizioni responsabili dell'accresciuta aspettativa di vita. Forse, questo positivo cambio di visione è già in atto. Nel 2011, i posti nelle scuole di specializzazione in Geriatria italiane sono aumentati, in controtendenza nel panorama nazionale. L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ed il suo omologo europeo European Medicines Agency (EMA) hanno fondato comitati di geriatri con il mandato di promuovere la ricerca di cure appropriate per gli anziani. Infine, il 2012 è dedicato dall'OMS allo sviluppo di programmi di invecchiamento attivo e in buona salute. Qualcosa, quindi, si muove in una prospettiva opposta a quella temuta — e per il momento a ragione — dai medici intervistati. Prospettiva che garantisca che l'Europa si attrezzi a sostenere la spinta dell'invecchiamento della popolazione, diventando Paese per vecchi, e non solo di vecchi.

* Chairman, Geriatric Expert Group
European Medicines Agency, London

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. Agitazione su quattro giorni per ambulatoriali, guardie mediche e operatori del soccorso

Medici di famiglia e «118» in sciopero a febbraio

IL NODO PENSIONI

Servizi essenziali assicurati
La protesta è per le misure
che sono state decise
dal Governo
sulle Casse di previdenza

MILANO

■ Chiusi gli studi dei medici di famiglia per due giorni, il 10 e il 13 febbraio: garantite solo le visite urgenti e per malati gravi. L'11 e il 12 saranno invece i medici dell'ex guardia medica e quelli del 118 a scioperare.

La protesta è stata decisa dalla Fimmg (la Federazione italiana dei medici di famiglia) contro le norme della Manovra che riguardano le casse previdenziali. Si tratta dell'obbligo di un saldo previdenziale in equilibrio nell'arco di 50 anni, pena l'obbligo di convertire il sistema di calcolo delle pensioni (dal retributivo dei medici) al contributivo e di imporre un contributo di solidarietà del 2% per le annualità 2012 e 2013.

Si partirà, quindi, con quattro giorni di sciopero: il 10 e il 13 febbraio con lo sciopero dell'assistenza primaria (medici di famiglia) e della medicina dei servizi. In questi giorni verranno chiusi gli studi medici ed effettuate solo le prestazioni indispensabili, come le visite domiciliari urgenti e quelle programmate a domicilio di pazienti gravi o anziani. I medici di «Continuità assistenziale» (ex guardia medica) e quelli dell'emergenza ter-

ritoriale 118 si fermeranno sabato 11 e domenica 12 febbraio, garantendo solo il minimo indispensabile del servizio.

«I medici di famiglia - ha spiegato il segretario nazionale della Fimmg, Giacomo Milillo - di fronte alla grave crisi economica, non si sono sottratti alla propria parte di sacrifici, ma non si faranno scippare i propri risparmi». La protesta prevede, dunque, quattro giorni di sciopero in febbraio. «Cientiamo costretti ad avviare queste azioni di lotta sindacale - ha aggiunto Milillo - in quanto il governo, in sede di approvazione della manovra, non solo ha detto no alle nostre richieste, ma non ci ha dato nessuna garanzia di ascolto». Milillo ha ricordato che «quando i medici tanti anni fa hanno deciso di accettare la privatizzazione del proprio ente di previdenza, l'Enpam, in cambio della gestione autonoma hanno rinunciato all'ombrello protettivo dello Stato. Il nostro meccanismo previdenziale - ha concluso Milillo - è virtuoso e non pesa sulla collettività». Anche Roberto Lala, segretario nazionale del Sumai-Assoprof (Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana e altre professionalità), che aderirà alla protesta ha spiegato a sua volta che «l'ultima manovra ha visto un attacco insensato e senza precedenti alle nostre pensioni».

L.Ca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il calendario

01 | MEDICI AMBULATORIALI

Chiusi gli studi dei medici di famiglia per due giorni, il 10 e il 13 febbraio: garantite solo le visite urgenti e per malati gravi

02 | GUARDIA MEDICA E 118

L'11 e il 12 febbraio saranno invece i medici dell'ex guardia medica e quelli del 118 a scioperare. La protesta è stata decisa contro le norme della manovra di Natale che riguardano le Casse previdenziali



«Tassa di scopo sul cibo spazzatura»

DI ANDREA ZAGHI

Gli italiani sono pronti ad una tassa sul cosiddetto cibo spazzatura. L'ipotesi pare già allo studio e presto potrebbe diventare realtà così come lo è già in Francia e in Danimarca. Ad indicare il "gradimento" dei consumatori è stata un'indagine che Coldiretti ha eseguito attraverso il proprio sito Internet. Una «tassa di scopo» sul cibo spazzatura (*junk food*) troverebbe il consenso dell'81% della popolazione «a patto – spiegano i coltivatori – che le risorse siano destinate al sostegno dei cibi genuini del territorio».

Il tema è già nei ragionamenti del governo. Nella bozza di Patto per la salute 2013-2015 inviata dal **ministro Balduzzi** alla Conferenza delle Regioni sono, infatti, contenute alcune delle ipotesi che riguardano nuove regole su ticket, esenzioni, rimodulazione dei tetti per la spesa farmaceutica ma anche una tassa di scopo su questi alimenti. Certo, la strada verso la penalizzazione del cosiddetto *junk food* non sarà facile, ma il cammino è già stato avviato da altri Paesi. In Danimarca nel 2011 è stata introdotta una tassa sul cibo ricco di grassi saturi come merendine,

patatine e snack con un aumento di 16 corone: 2,15 euro al chilo. Mentre in Francia, dal primo gennaio di quest'anno esiste la *taxe soda* sulle bibite gassate che vale 7,16 euro per ettolitro, cioè 2 centesimi di euro a lattina di bevanda gassata. In questo modo dovrebbero arrivare 280 milioni di euro nelle casse dello Stato che saranno utilizzati per ridurre il costo della raccolta di frutta e verdura. Gli sciroppi, i succhi di frutta senza zucchero aggiunto, i frullati, gli yogurt da bere, i latti per l'infanzia, le bevande nutritive mediche, precisa la Coldiretti, non sono toccati dal provvedimento. Al di là degli aspetti nutrizionali, Coldiretti

vede in un'operazione di questo genere un'opportunità economica in favore delle produzioni ortofrutticole nostrane e della dieta mediterranea. Per questo, sempre i coltivatori hanno avviato il progetto "Educazione alla Campagna Amica" che coinvolge oltre 100mila giovani e che ha l'obiettivo di formare dei consumatori consapevoli sui principi dell'alimentazione e della stagionalità dei prodotti. La tassa sul cibo potrebbe aiutare molto, se le industrie che verranno colpite lo permetteranno.

La Coldiretti:
un'idea che piace
a 8 italiani su 10
Destinare risorse
ai piatti genuini



LA PROPOSTA SUL TAVOLO DELLE REGIONI

Il governo pensa a una mini-tassa sui cibi spazzatura

Servirebbe per finanziare l'edilizia sanitaria
Coldiretti non ci sta: sosteniamo l'agricoltura

MAURIZIO TROPEANO

Il ministro della Salute, Renato Balduzzi, ha pensato all'introduzione di una tassa sul cibo spazzatura come una delle possibilità per recuperare una parte degli otto miliardi che lo Stato taglierà alle Regioni nei prossimi anni. Per ora è solo un'ipotesi, un titolo di poche righe inserito nell'indice di un documento di lavoro consegnato in vista della trattativa per il nuovo patto della Salute. Nelle intenzioni del governo quei soldi dovrebbero servire per finanziare l'edilizia sanitaria. In attesa

In Francia imposta di 2 centesimi sulle bevande gassate Danimarca anti-snack

di capire che cosa faranno le Regioni la Coldiretti scende in campo e chiede invece di destinare quelle risorse per sostenere i cibi genuini del territorio così «come ha fatto la Francia con l'introduzione della *taxe soda*», spiega il presidente Sergio Marini.

Dal primo gennaio 2012, infatti, è operativa un'imposta, che ha superato anche il vaglio del Consiglio costituzionale francese, che pesa due centesimi su ogni lattina di bevanda gassata. Secondo le stime dovrebbero entrare nelle casse del governo di Parigi 280 milioni che saranno utilizzati per ridurre il costo del lavoro di raccolta in agricoltura e sostenere così la frutta e verdura. Gli sciroppi, i succhi di frutta senza zucchero aggiunto, i frullati, gli yogurt da bere, i lattini per l'infanzia, le bevande nutritive a finalità medica e i prodotti destinati all'esportazione non sono toccati dalla misura.

L'iniziativa francese segue di qualche mese quella della Danimarca che ha introdotto una tassa sul cibo spazzatura ricco di grassi saturi come merendine, patatine e snack con un aumento di 16 corone, 2,15 euro, al chilo. Coldiretti vorrebbe che Palazzo Chigi seguisse l'esempio di questi governi. Secondo Coldiretti la situazione in Italia è drammatica proprio per effetto del pro-

gressivo abbandono dei principi della dieta mediterranea a favore del consumo di cibi grassi e ricchi di zucchero come le bibite gassate da parte delle giovani generazioni. I risultati del monitoraggio effettuato dal progetto «Okkio alla Salute» parla di un milione di bambini in sovrappeso (22,1 per cento del totale) e di 400 mila obesi. Dall'indagine è emerso che il 23% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e verdura e che il 48% assume quotidianamente bevande zuccherate e gassate.

Marini si dice pronto a «dare un forte sostegno per scoraggiare il consumo di cibo spazzatura». Coldiretti però chiede di individuarlo con criteri oggettivi e seri «mentre deve essere contestualmente sostenuto il cibo genuino e del territorio anche a scuola». E questo potrebbe essere «un'opportunità per un Paese come l'Italia che è leader europeo nella produzione di frutta e verdura e degli altri alimenti base della dieta mediterranea».

