

Oms

La denuncia:
il Sud del mondo
dove mali curabili
mietono vittime

ZAPPALÀ A PAGINA **22**

I mali curabili uccidono il Sud del mondo

L'Oms mette in fila dieci «killer»: bimbi i più colpiti

Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità nei Paesi poveri un terzo delle decessi è causato da polmonite, dissenteria, Aids o malaria. Nel Nord del pianeta, invece, si muore di ischemia, ictus, tumori e Alzheimer

DA PARIGI DANIELE ZAPPALÀ

È come se ogni anno un Paese popolato quasi quanto l'Italia scomparisse dal globo: 57 milioni di decessi nel 2008. Ma se nel mondo si muore in primo luogo di problemi al cuore e vascolari (13,5 milioni di variano), le cause variano secondo le aree economiche ed i continenti.

Nei Paesi poveri, in particolare, sono ancora infezioni da bacilli e virus a provocare stragi, spesso infantili, in buona misura evitabili con i moderni mezzi della medicina. Nel mondo industrializzato, si muore invece sempre più di malattie croniche. L'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) ha appena puntato la lente sulle cause della morte nel pianeta, offrendo una conferma lampante degli squilibri riguardanti il diritto di vivere a lungo e in buona salute. Su scala planetaria, la durata media di vita ha raggiunto i 68 anni. Ma nei Paesi a basso reddito, solo un quinto delle persone raggiunge i 70 an-

ni, contro i due terzi nel mondo più industrializzato. Lo squilibrio è ancor più sconcertante nel caso della mortalità infantile. Nel 2008, sono morti più di 8 milioni di bambini sotto i 5 anni, il 99 per cento dei quali in Paesi poveri o con reddito intermedio. A livello geografico, 3 decessi infantili su 4 avvengono in Africa o nel Sud-Est asiatico.

Negli Stati a basso reddito, un terzo della mortalità è dovuta a 4 grandi flagelli infettivi come le polmoniti e altre infezioni delle basse vie respiratorie (11,3 per cento), la dissenteria (8,2 per cento), l'Aids (7,8 per cento) e la malaria (5,2 per cento). Ma resta uno spaventoso killer pure la tubercolosi (4,3 per cento). Nei Paesi industrializzati, invece, uccidono soprattutto ischemie cardiache (15,6 per cento), ictus e altri incidenti cerebrali vascolari (8,7 per cento), tumori delle vie respiratorie (5,9 per cento), Alzheimer e altre forme di demenze (4,1 per cento).

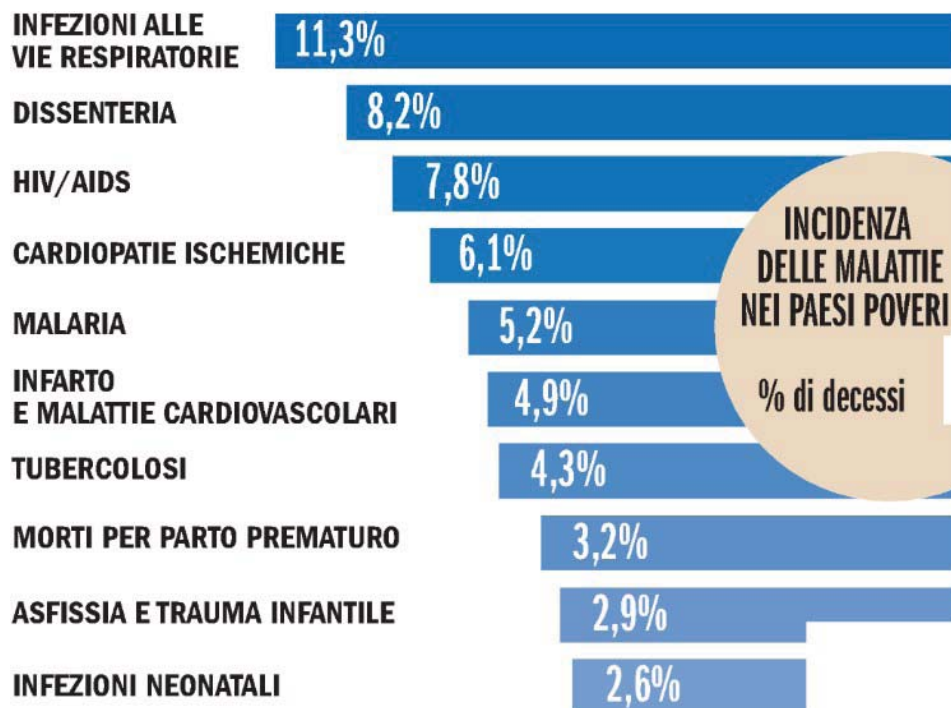
Su scala planetaria, le ischemie cardiache stroncano 7,3 milioni di persone l'anno, seguite da 6,2 milioni di morti per ictus e malattie cerebro-vascolari. Il tabagismo, inoltre, sarebbe nel mondo all'origine di circa un decimo delle morti fra gli adulti. Nei Paesi ad alto reddito, preoccupano in modo crescente i tumori e l'Alzheimer, entrati fra le prime 10 cause

di mortalità. Sono invece spesso infezioni conosciute da secoli e guarite da decenni a seminare ancora morte nei Paesi più poveri. Nel 2008, sono morte circa mille donne al giorno a causa di complicazioni legate alla gravidanza, quasi tutte in Africa ed Asia meridionale. Nei Paesi ad alto reddito, in confronto, si sono registrati mediamente 5 casi al giorno.

Si calcola che la diffusione delle principali vaccinazioni in 72 Paesi poveri o a medio reddito potrebbe salvare 6,4 milioni di bambini in 10 anni. Le malattie evitabili attraverso la vaccinazione uccidono 2,4 milioni di bambini l'anno. Fra le vaccinazioni più urgenti, figurano quelle contro polmonite, meningite, difterite, pertosse e morbillo. Un altro capitolo doloroso riguarda le malattie tropicali "trascurate" come lebbra, leishmaniosi, tracoma o infezioni da vermi parassitari.

Il Sud del pianeta non è più risparmiato neppure dall'inquietante progressione del diabete, responsabile in modo diretto o indiretto di 3 milioni di decessi l'anno nel mondo. Secondo le ultime stime, il numero dei diabetici è più che raddoppiato in meno di 30 anni, passando da 153 milioni di casi nel 1980 a 347 milioni nel 2008. Il problema è particolarmente drammatico nei Paesi del Pacifico.





Sanità. La stretta sui trasferimenti tra il 2013 e il 2014

Alle Regioni dote ridotta di quattro miliardi

Quanto costa la partecipazione

I ticket minimi e massimi. Dati in euro

Regioni	Farmaci *	Specialistica	Pronto soccorso
Piemonte	2-4	36,15	25
Valle d'Aosta	0	36,15	25
Lombardia	2-4	36,15	25
Bolzano	2-4	36,15	15-100
Trento	0	36,15	25-35
Veneto	2-4	36,15	18,5-36,15 (3)
Friuli	0	36,00	7,74-30,98
Liguria	2-4	36,15	25-36,15
Emilia R.	0	36,15	25-36,15
Toscana	0	36,15	25-50
Umbria	0	36,15	25
Marche	0	36,15	25
Lazio	2,50-4	36,15 (1)	25
Abruzzo	2-4	36,15	25
Molise	1-3	36,15 (1)	25
Campania	1,50+2	36,15-50 (2)	50
Puglia	2-5+1	36,15	25-36,15 (3)
Basilicata	0	36,15	0
Calabria	1+5	45,00+1,00	25-45
Sicilia	2,50-4,50	36,15	25
Sardegna	0	46,15	15-25

(*) I ticket si intendono sia per confezione che per ricetta o secondo la somma di entrambi; (1) tra 4 e 15 euro in più per determinati esami; (2) più ticket fisso per ricetta fino a 10 euro; (3) 36,15 ogni 8 prestazioni della stessa branca
Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità

LE RISORSE

Il prossimo anno le entrate per i ticket pagati dai cittadini supereranno i 5,5 miliardi contro i 4,2 di oggi

Roberto Turno

ROMA

Una riduzione dei trasferimenti alle Regioni per la sanità che tra il 2013-2014 sarà almeno di 4 miliardi l'anno. E contemporaneamente un super incremento delle entrate per i ticket pagati dai cittadini, che dai 4,2 miliardi di oggi nel 2012 supereranno i 5,5 miliardi, per diventare un potenziale (e al momento imprecisabile) salasso quando dal 2014 ai ticket regionali si potranno aggiungere altri ticket imposti dallo Stato su tutte le prestazioni sanitarie, chissà se anche sui ricoveri o sul medico di famiglia. Tra più entrate e meno spese, col carico da novanta del federalismo fiscale e dei costi standard alle porte, la sanità italiana darà sempre meno "tutto a tutti gratis". E reciterà una parte di prima grandezza nella manovra di taglio della spesa pubblica che approda oggi in Consiglio dei ministri.

Sebbene ancora da limare e da aggiustare, il capitolo del decreto dedicato alla «razionalizzazione della spesa sanitaria» sembra ormai essere consolidato nelle sue linee essenziali. Tanto da prenotare per questa mattina l'altolà dei governatori, che oltre al delicato (e per loro decisivo) fronte della spesa sanitaria, sono ora alle prese anche con tagli (si veda articolo a pag. 5) che potrebbero valere 2,4 miliardi nel 2013-2014 per quelle ordinarie e 3 miliardi per le "speciali".

Sul versante degli interventi sulla sanità non mancano misure in ordine sparso. Come il riconoscimento alle Regioni di 70 milioni fin dal 2011 per gli accertamenti medico-legali per le assenze di malattia dei lavoratori dipendenti. Ma anche le maggiori tutele, nelle realtà sotto piano di rientro dal deficit, dalle sospensioni dei pignoramenti da parte dei creditori di asl e ospedali. O ancora come l'invito perentorio ai governatori di intervenire (per risparmiare) sui livelli di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie dai privati accreditati. E poi la conferma delle regole stringenti della Finanziaria 2010 sui costi del personale: spese non superiori all'1,4%

sul 2004, organici (anche a tempo) necessari, parametri standard per le strutture e il personale di vertice. Magari con eccezioni, se accolte: come quella, anticipata ieri dal ministro Fazio, sulla possibile esenzione dal turn over per i primari nelle Regioni sotto piano di rientro dal debito.

Intanto grazie ai ticket il Governo conferma apertamente di voler fare cassa. «Vogliamo scoraggiare l'inappropriatezza delle prestazioni sanitarie», ha affermato ieri Fazio. La partita - oltre alle delicate implicazioni sociali - non sarà sicuramente delle più facili. Il decreto al momento prevede interventi in più fasi. Per quanto riguarda il superticket da 10 euro su visite specialistiche e analisi, assegna alle Regioni 486,5 milioni per la non introduzione della misura da giugno a dicembre di quest'anno. Ma dal 1 gennaio del 2012 lo Stato non interverrà più, proroghe di fine anno (il solito milleproroghe?) a parte: le Regioni o si pagheranno da sé (con poche risorse) i 900 milioni necessari, o faranno rinasce il super balzello introdotto con la Finanziaria 2007 da Prodi-Turco o ancora introdurranno micro ticket compensativi. Quan-

IN PREVENTIVO

0,5 - 1,4%

L'aumento dei fondi

L'aumento delle risorse per il fondo sanitario nel 2013 e nel 2014 rispetto allo stanziamento già previsto per il 2012

4 miliardi

Il taglio del fabbisogno

La riduzione del tendenziale di spesa per la sanità prevista nel 2013-2014, oltre ai costi standard

5,5 miliardi

Più gettito dai ticket

Il gettito possibile dei ticket sanitari a partire dal 2012, che vale un aumento almeno di 1,5 miliardi sul 2011



to al ticket da 25 euro sull'accesso ai pronto soccorso per i "codici bianchi" (prime prestazioni non gravi) non seguite da ricovero, nulla cambia: la misura (*si veda la tabella*) è ormai applicata quasi ovunque con la sola eccezione del Molise. In una vera e propria giungla di ticket e di esenzioni - dai farmaci alla franchigia per analisi e specialistica - che vede in genere il Sud pagare di più, soprattutto nelle regioni commissariate che per sovrappeso hanno anche le addizionali Irpef e Irap oltre il tetto massimo.

Una Babele, quella dei ticket, che peraltro aumenta di continuo il suo gettito, ultimamente sui farmaci col prezzo di rimborso sui generici. Oggi vale 4,2 miliardi - ma con almeno 1 miliardo di evasione l'anno dei falsi esenti - e nel 2012 crescerà quasi di 1,5 miliardi. Per non dire di quanto potrà avvenire dal 2014, quando i ticket aggiuntivi a quelli già esistenti potrebbero arrivare a valanga per tutte le prestazioni sanitarie, per garantire la copertura del 47% della manovra di quell'anno. Una sfida che è solo in apparenza rimandata di 30 mesi.

Fazio: ticket contro gli abusi

Il Pd accusa: pagano i malati

Il ministro contro l'«uso sbagliato dei codici bianchi»

I ticket, previsti dalla Finanziaria 2007, sono tuttavia già attivi in 12 regioni d'Italia, ma con tariffe molto diverse. Il Codacons: costeranno 41 euro a famiglia

DA ROMA ALESSIA GUERRIERI

Dovrebbe essere un deterrente per chi, al primo segno di malessere, si precipita al pronto soccorso o dallo specialista. Ma per ora le novità sanitarie contenute nella manovra agitano solo ancora di più il clima politico e fanno gridare allo scandalo le associazioni dei consumatori. Il ritorno al ticket dal 2012 servirà a combattere gli sprechi e la lunga coda di "codici bianchi" che intasano i reparti d'emergenza degli ospedali. Parola del **ministro della Salute**. «Servirà a scoraggiare l'uso inappropriato del pronto soccorso», spiega **Ferruccio Fazio**, una novità peraltro già presente in alcune regioni sin dal 2007. In un momento di crisi, aggiunge, «dobbiamo scoraggiare le iniziative inopportune, è questa la direzione intrapresa dal governo che noi abbiamo condiviso».

Le parole del capo del dicastero però non piacciono a nessuno. Mentre dall'opposizione arriva l'accusa di aver messo una tassa sui poveri che vedrà semplicemente ricadere il peso sui malati, le associazioni di consumatori, calcolatrice alla mano, quantificano il prezzo di una tassa definita «iniqua ed ingiusta». Quarantuno euro in più a famiglia. Tanto dovrebbe costare secondo il Codacons il ticket sanitario; un aumento che colpirà, gli fa eco la sinistra estrema, chi si rivolge alle strutture pubbliche, cioè i meno abbienti. È di fatto «una nuova tassa sulla povertà», chiosano. Pagheranno ancora i malati, rincara la dose Margherita Miotto, capogruppo Pd in commissione Affari sociali della Camera «è inaccettabile che il governo reintroduca il ticket per coprire il buco di bilancio». Stessa musica arriva dall'Udc che parla di

misura «intollerabile» e dall'Idv che va addirittura oltre: darà il colpo di grazia alla sanità italiana.

La via della lotta agli sprechi in sanità, una delle maggiori voci di spesa regionale e spesso causa di macroscopici buchi nei bilanci, verrà fatta in due fasi. L'antipasto, dal 1° gennaio del 2012, sarà il ritorno del superticket da 10 euro su visite specialistiche e analisi mediche. Ma dal 2014 scatterà una vera propria raffica di prelievi aggiuntivi imposti dallo Stato: sui farmaci e su tutte le prestazioni sanitarie. Sia la "tassa" sul pronto soccorso che quelle sulle visite ambulatoriali, però, non sono una novità dell'esecutivo Berlusconi. Già quattro anni fa la Finanziaria del governo Prodi aveva previsto che ogni anno dovesse scattare un ritocco al rialzo dei costi legati alla specialistica. Una decisione che ad oggi, però, non ha mai avuto seguito, visto che si è sempre trovata una copertura finanziaria per evitarne l'applicazione (511 milioni di euro). In realtà la compartecipazione alle spese per le visite è già prevista in tutte le regioni (il livello nazionale è 36 euro), ma ognuno fa un po' come vuole e il costo varia da 45 euro in Calabria a 55 in Campania.

Per la tassa da "codice bianco", sempre prevista nella manovra 2007, invece, la storia è ancora più ingarbugliata dato che da allora non è mai stata revocata. Anche qui le Regioni hanno sempre proceduto a macchia di leopardo, e dodici governatori lo hanno già introdotto da qualche anno. Vigel'anarchia: in alcuni territori si paga la semplice quota fissa di 25 euro, mentre in altri si aggiungono addizionali per particolari esami diagnostici e per i codici verdi (fino a 50 euro).



LE REGIONI

ERRANI: È PROVATO, LA MISURA È INEFFICACE

Il nuovo ticket non piace neanche alle regioni. La tassa sanitaria di dieci euro sulle visite specialistiche, dice il presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani, è una politica che in passato «ha già rivelato la propria inefficacia: non è efficiente per le entrate e colpisce i cittadini». Il governatore dell'Emilia Romagna ribadisce la sua contrarietà ad una manovra che rischia di avere solo un segno recessivo. Il governo, spiega, dovrebbe impegnarsi di più «sul fronte delle politiche europee» attuando una revisione dei criteri di redistribuzione dei fondi.

HANNO DETTO



**MARINO:
SI MIRA
A SANITÀ
PRIVATA**

«Non è solo un controllo della spesa, ma anche la volontà di ferire il servizio

sanitario pubblico – sottolinea il presidente della commissione d'inchiesta sul Ssn, Ignazio Marino (Pd) – per arrivare al 2013 con un servizio inefficiente e a una nuova visione che va verso la sanità privata».



**VENDOLA:
È TASSA
SUI POVERI**

«È chiara l'intenzione politica del governo Berlusconi: mettere la

patrimoniale sui poveri, sui ceti medio-bassi. Chi meno ha più paga, chi più ha più resta al riparo – è questo il giudizio del governatore della Puglia (Sel) –. Il ticket sul codice bianco è una tassa sulla povertà». Nel Paese, continua il leader del Sel, «non c'è consapevolezza di quanto sia drammatica la situazione».

SANITÀ E RISPARMI



2 miliardi di euro
il deficit previsto per il settore sanitario nel 2011



22,8 miliardi di euro
il deficit senza i "Piani di rientro" previsti per le Regioni in rosso



10,2
il numero medio di contatti medico-paziente nel 2009



863,5 euro
la spesa prescrittiva pro capite nelle Regioni in rosso tra il 2006 e il 2009 (-6,8%)



825,1
la spesa prescrittiva pro capite nelle altre Regioni (-1%)



74,1
il punteggio di soddisfazione dei cittadini per la sanità nelle Regioni in rosso (-2,4)



113,9
il punteggio nelle altre (+1,6)

LA SANITA'

Polemica sul ticket

Fazio: basta abusi

ROMA - Tornano i ticket sui pronto soccorso, sia pure annunciati a partire dal 2012, secondo la bozza della manovra finanziaria, ed è subito polemica.

«L'introduzione del ticket sui codici bianchi, peraltro già presente in alcune regioni va a scoraggiare l'uso inappropriato del pronto soccorso», dice il ministro della Salute Ferruccio Fazio. Che spiega: «Nella manovra sono stati trovati i fondi per non rendere obbligatorio il ticket del 2011 e si è deciso di reintrodurre, a partire dal 2012, il ticket sui codici bianchi, già presente nel 2007». Secondo il ministro l'obiettivo dell'operazione è quello di scoraggiare prestazioni sanitarie inutili. I ticket riguarderanno non solo i codici bianchi del Pronto Soccorso ma anche la specialistica ambulatoriale. «Due settori di spesa - sottolinea Fazio - cresciuti esponenzialmente negli anni all'insegna della inappropriata e dello spreco».

Sulla questione si è scatenata però una pesante battaglia politica. Il Codacons ha calcolato che il ticket sanitario peserebbe per circa 41 euro a famiglia.

Secondo il presidente della Regione Puglia e leader di Sel, Nichi Vendola, il ticket di 25 euro per i codici bianchi in pronto soccorso colpisce i poveri che si rivolgono di più alle strutture pubbliche. «E'

una tassa sulla povertà», sottolinea Vendola. Per Margherita Miotto, capogruppo Pd in commissione Affari sociali della Camera: «E' inaccettabile che il governo introduca una nuova tassa, aumentando i ticket che pagheranno i malati, per coprire il buco di bilancio».

Condanna dei provvedimenti emersi dalla bozza di manovra economica anche dalla Cgil: «La spesa sanitaria in Italia è già più bassa della media Ue e dei Paesi Ocse. Insistere con i tagli, invece che riqualificare la spesa, vuol dire programmare il disavanzo delle Regioni, compromettendo il difficile percorso di risanamento di quelle impegnate nei piani di rientro», hanno detto la segretaria confederale, Vera Lamonica, e il responsabile salute, Stefano Cecconi.

Il senatore del Pd e presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale Ignazio Marino vede dietro al ticket e al blocco del turn over: «Non solo il controllo della spesa ma anche la volontà di ferire gravemente il servizio sanitario pubblico per arrivare al 2013 con un servizio inefficiente e a una nuova visione che va verso la sanità privata».

Per il presidente della Regione Emilia-Romagna e della conferenza delle Regioni, Vasco Errani, la politica del ticket «in passato ha già rivelato la propria inefficacia». L'Udc parla di misura «intollerabile» e l'Idv di colpo di grazia alla sanità italiana. Infine, il ticket è una misura «odiosa ed iniqua» per il Tribunale dei diritti del malato secondo il quale è meglio usare la «fiscalità generale».

Vendola: «E' solo una tassa sui poveri»

Marino: «Vogliono aiutare i privati»



«I TICKET? PER I POVERI NON CI SARANNO»

GIUSEPPE PALUMBO: «IL MINISTRO DEL TESORO? LO CONOSCO DA 14 ANNI, MAI VISTO ACCOMODANTE»

◆ *Adriano Scianca*

O

ddio, arrivano i ticket. E giù previsioni apocalittiche di stravolgimenti sociali e rigurgiti classisti. Giuseppe Palumbo, professore ordinario di ginecologia e ostetricia ma soprattutto presidente della commissione Affari sociali della Camera, spiega invece che la novità inserita nella manovra voluta da Tremonti non comporterà affatto la distruzione della sanità pubblica.

—■ **Allora, onorevole: si è fatto tanto rumore, ma il ticket c'era già nel 2007...**

Esatto, è proprio così. C'erano nel 2007 e poi furono tolti per motivi politici che ora non sto qui a raccontare. Ricordo, peraltro, che non tutti erano d'accordo nella loro soppressione...

—■ **Come mai?**

Be', era un momento in cui stavamo contenendo le spese e il ticket limitava l'accesso a determinati servizi che spesso sono necessari ma che a volte possono tranquillamente essere evitati. Ora, però, i conti non tornano di nuovo, quindi crediamo sia necessario reinserirli...

—■ **Però qualcuno lo interpreta come un provvedimento iniquo, che colpisce le fasce sociali più deboli...**

Guardi, io non sono contrario ai ticket. Il fatto è che tutto a tutti, purtroppo, non si può dare. Ovviamente bisognerà prevedere che chi abbia un reddito inferiore a una certa soglia possa evitare di pagare, questo è evidente. Ma non è giusto nemmeno che chi se lo può permettere non paghi un ticket di soli 10 euro...

—■ **Il ministro ha parlato di «scoraggiare la inappropriata delle prestazioni sanitarie». Insomma, davvero gli italiani non sanno usare il pronto soccorso?**

Di sicuro c'è stato, talvolta, un uso inappropriato di alcuni servizi, questo è indubbio. Per tanti fattori, ad esempio, sono stati richiesti esami in misura eccessiva. Il 90%, beninteso, sono necessari, ma c'è sempre una quota superflua. Magari con il ticket gli stessi medici saranno scoraggiati a richiedere prestazioni non essenziali...

—■ **La sanità italiana, insieme a punte di eccellenza, presenta anche situazioni con sprechi eccessivi ed evitabili. Avete già individuato qualche settore in cui intervenire per contenere ulteriormente le spese?**

Intanto abbiamo controllato la spesa **farmaceutica** con dei tetti di spesa. Purtroppo è ancora troppo alta quella ospedaliera, ma ci metteremo mano. Va inoltre ripristinata l'efficacia delle prestazioni sanitarie, tramite apposite linee guida. In molte regioni, inoltre, esistono reparti che spesso sono doppiati di altri.

—■ **Insomma, c'è molto da lavorare...**

Certo. E aggiungo un ulteriore punto: bisogna controllare le spese delle aziende sanitarie sui vari appalti: pulizie, lavanderia, etc. Per esperienza dico che in quel settore è possibile risparmiare molto...

—■ **Ignazio Marino, del Pd, ha detto che il governo intende «ferire gravemente il servizio sanitario pubblico per arrivare al 2013 con un servizio inefficiente e a una nuova visione che va verso la sanità privata». Che c'è di vero?**

Nulla. E poi che logica c'è? I ticket saranno nell'ordine dei 10 euro: c'è forse qualche privato che fa visite a questa cifra? E allora in che modo li favoriremmo? No, non è così: nessuna preferenza per la sanità privata, ma quella pubblica deve essere concorrenziale...

—■ **Tornando alla manovra in generale: qualcuno ha parlato di un Tremonti più dialogante e accomodante, dopo le critiche ricevute...**

Conosco Giulio da 14 anni e francamente accomodante non l'ho mai visto. Io direi che prima di esprimere giudizi dovremmo conoscere bene il decreto. Intanto rendiamogli merito di aver tenuto saldi i conti in un momento difficile.



Quando la sanità è senza par condicio

CREDITI E DEBITI FISCALI

La manovra poteva essere l'occasione per intervenire sulla dispar condicio fra lo Stato, che con l'accertamento esecutivo ha diritto di incamerare risorse nate da pretese erariali tutte da discutere, e i suoi creditori, che non possono rivalersi sulle Aziende sanitarie quando non li pagano se la Regione è in dissesto per i conti della salute. L'occasione è stata sfruttata, ma la condicio è più dispar di prima. L'accertamento esecutivo è stato rinviato a ottobre, ma senza correttivi sui suoi meccanismi costitutivi, e il blocco ai pignoramenti è stato ritoccato addirittura estendendone per certi versi la portata. Le richieste di pignoramento da parte dei creditori esasperati dall'attesa non sono più «sospese» fino all'anno prossimo, come prevedeva la legge di stabilità, ma sono bollate tout court come «improcedibili». I vincoli posti sulle somme prima dell'entrata in vigore della legge di stabilità scompaiono d'incanto, e la super-tutela non è più limitata ad aziende sanitarie e ospedaliere, ma abbraccia tutti gli «enti e istituti pubblici dei servizi sanitari» e, per non sbagliare per difetto, copre anche i bilanci delle stesse Regioni-canaglia. Un passo in avanti, ma nella direzione sbagliata.



La Croce Rossa cerca soccorso

Il commissario Rocca: «Mai sentito parlare di privatizzazione. E se si fa dovrà essere graduale»

**I tagli coinvolgono
1300 dipendenti civili
e 300 militari
I precari tutti a casa**

FLAVIA AMABILE
ROMA

Braccio di ferro sulla Croce Rossa Italiana. Il ministro dell'Economia Giulio Tremonti sta facendo di tutto per privatizzarla e mettere in bilancio quello che ne ricaverà. E ha fatto scrivere un corposo articolo, il numero 2 che occupa ben 4 pagine della bozza della manovra messa a punto dal governo. Il testo è chiaro: dal 2012 non sarà più un ente di diritto pubblico ma avrà «personalità giuridica di diritto privato e piena capacità giuridica e patrimoniale». Sarà un'associazione umanitaria a carattere volontario e il contributo pubblico sarà stabilito di anno in anno dalla legge di bilancio.

La vecchia Cri sarà messa in liquidazione dalla data di approvazione del testo e il personale civile a tempo indeterminato verrà messo in mobilità, i precari verranno spediti a casa e il personale militare trasferito al ministero della Difesa. Questo è quanto è scritto nell'articolo 2.

Diverso il punto di vista di chi sulla Cri ha competenze e poteri. Il commissario straordinario Francesco Rocca smentisce con decisione: «La privatizzazione? Non esiste. Non so come sia nata questa notizia ma posso assicurare che nella bozza entrata in preconsiglio non c'era alcun riferimento alla Croce Rossa». Inutile quindi chiedere commenti o spiegazioni, Rocca aggiunge soltanto che «qualunque sarà la soluzione che si sceglierà dovrà essere graduale». Una posizione molto simile a quella espressa dal **ministro della Salute Ferruccio Fazio**: «Il problema della privatizzazione della Cri va affrontato - sostiene - anche perchè tutte quelle internazionali lo sono. Non so se deve essere fatto nella manovra ma il problema va affrontato con la dovuta calma e, verosimilmente, in modo graduale».

Insomma, dopo anni di annunci, sembra che stavolta per la Croce Rossa sia davvero il momento della privatizzazione. Che cosa accadrà? I tagli coinvolgeranno almeno 1600 dipendenti civili e circa 300 militari, tutti con contratto a tempo determinato, a fronte di 1.300 dipendenti effettivi che verranno messi in mobilità. Per i sindacati un'ecatombe sociale che rischia di mettere a dura prova anche i servizi di emergenza-urgenza assicurati in numerose città italiane dalla Cri. L'Usb, l'organizzazione sindacale di base della Cri ha organizzato due giornate di protesta dei dipendenti e precari Cri, martedì scorso e domani alle 10 a piazza Montecitorio. «Nel provvedimento tanto annunciato per ridurre la spesa e raggiungere l'obiettivo del pareggio di bilancio, ancora una volta si colpiranno i lavoratori e, in particolare i lavoratori precari di Cri che saranno liquidati dopo anni di onorato servizio a tutela dei cittadini in vari servizi, dal 118 in Italia al Cem di Roma, gestiti da Cri», denuncia Massimiliano Gesmini del coordinamento nazionale Usb/Cri. «Altro che alla frutta! Stanno per servirci l'amaro - aggiunge».

Un capitolo a parte meritano invece i militari: molti di loro sono già stati dislocati in diverse regioni italiane, in base al piano di riordino a cui il Commissario Francesco Rocca sta lavorando da due anni. Per loro infatti è previsto il ritorno al Ministero della Difesa in un ruolo ad esaurimento. «Si è arrivati - conclude l'Unione sindacale di base della Cri - a ridurre un'Associazione e un Ente glorioso come la Cri, ad una vecchia prostituta il cui unico obiettivo è quello di far cassa infischiansene se poi ci rimettono i poveri malati, disabili, lavoratori».

www.lastampa.it/amabile



Per gli Ordini spunta l'ipotesi di un collegato

ROMA

■ Per la riforma delle professioni il Governo prende in considerazione l'ipotesi di un disegno di legge collegato alla manovra. La norma sulla liberalizzazioni e sulla cancellazione delle «indebite restrizioni all'accesso» è stata stralciata l'altra sera dalla bozza del decreto legge dopo il confronto a Palazzo Chigi (si veda «Il Sole 24 Ore» di ieri).

Tuttavia, nell'Esecutivo c'è chi insiste nel proporre un intervento sulle professioni anche se l'utilizzo di un disegno di legge collegato, al posto del decreto legge, assicura più tempo al confronto parlamentare e sottrae la materia dalle insidie del voto di fiducia, motivato dai tempi della manovra.

Così, nella serata di ieri si è diffusa la voce che all'esame del Consiglio dei ministri di oggi ci sarebbe anche il collegato per la riforma. Tuttavia, se il Governo vorrà procedere nel segno della deregulation e dell'abrogazione delle restrizioni all'accesso agli Ordini - così come prefigurato nella bozza del Dl sulla manovra - non resterà che la via dello scontro, soprattutto per evitare che passi l'idea degli Albi come strumenti corporativi e non di garanzia per i cittadini. «Per come ora sono scritte, le misure contro le restrizioni ingiustificate - afferma Claudio Siciliotti, presidente del Consiglio nazionale dei dottori commercialisti - non hanno ricadute, visto che l'articolo fa salvi notai e farmacisti, le uniche professioni che hanno un numero programmato e regole per la distribuzione territoriale delle sedi. D'altra parte aver enumerato - accanto a notai e farmacisti - architetti, ingegneri, avvocati e autotrasportatori suona come una provocazione per le altre profes-

ni: i medici, per esempio».

Sulla stessa linea il presidente dell'Ordine degli psicologi del Lazio, Marialori Zaccaria. «Con l'eccezione dei farmacisti, la norma escluderebbe dall'esercizio del ruolo di tutela gli Ordini delle professioni sanitarie, gli unici deputati a certificare la bontà dei titoli e l'eticità dei comportamenti dei professionisti». D'altra parte la norma non parla mai dell'esame di Stato, disciplinato dall'articolo 33 della Costituzione, ma solo di «autorizzazioni o licenze» per l'esercizio, una formula che mal si addice alle professioni in-

LA PRIMA FORMULAZIONE

Le norme per eliminare le restrizioni nell'accesso alle professioni risultano stralciate dal decreto legge

telle e che forse si riferisce alle professioni commerciali e artigianali. Nell'articolo, inoltre, si fa riferimento alla possibilità di esercizio in società e alla possibile limitazione delle riserve.

Marina Calderone, presidente del Cup (il Comitato unitario degli Ordini), ricorda come nei mesi scorsi si sia avviato il confronto con il ministro della Giustizia, Angelino Alfano, per arrivare a un testo condiviso. Il ministro potrebbe aver deciso di sfruttare l'occasione e di veicolare nel Ddl i risultati degli incontri. Oggi si vedrà se avranno prevalso i fautori degli Ordini o i portavoce della deregulation o se, in attesa di nuovi equilibri, si sarà deciso per il rinvio della partita.

M.C.D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A Torino

Si blocca l'ossigeno in ospedale Un bambino muore

La centrale di distribuzione dell'ossigeno si blocca: muore un bambino di 9 anni. Uno stop improvviso forse legato ai lavori di manutenzione in corso nel reparto, all'ospedale Regina Margherita di Torino. Nel sangue del piccolo Luis, 9 anni, venezuelano, operato venti giorni fa per un trapianto di midollo, il livello di ossigeno risulta essere crollato. Salvi invece gli altri otto bambini coinvolti nell'incidente. Luis era in condizioni molto critiche: in cura da cinque anni per una grave forma di leucemia, era arrivato in Italia un mese fa. I genitori: ora è un angelo e prega per noi.

A PAGINA 23 Bardesono, Santucci

Torino La vittima, un venezuelano, era già in condizioni molto critiche. I genitori: ora è un angelo e prega per noi

Guasto in ospedale, muore a 9 anni

Black out nell'impianto per l'ossigeno. Salvati altri otto bambini

Castellaneta

Otto morti nel 2007

Fra aprile e maggio di quattro anni fa otto degenti muoiono nel reparto terapia intensiva coronarica

«Avvelenati»

Lo scambio dei tubi

Per gli inquirenti c'è stato un errore nell'impianto di tubazione per cui fuoriusciva azoto invece che ossigeno

TORINO — La macchina elettronica è accanto al letto, da quella macchina partono tubi e fili attaccati al corpo del bambino, sullo schermo scorrono i numeri e i diagrammi che raccontano i segnali del suo corpo. Alle tre e mezza di ieri pomeriggio quella macchina emette un segnale d'allarme. Nel sangue di Luis, 9 anni, venezuelano, operato venti giorni fa per un trapianto di midollo, il livello di ossigeno è crollato. In pochi secondi medici e infermieri si radunano intorno al letto di nove bambini (due sono in sala operatoria), portano le bombole d'emergenza, accostano i respiratori. Venti minuti dopo, tra i dottori radunati

intorno a otto piccoli si allenta la tensione. Solo accanto a un letto i medici sono ancora affannati, provano e riprovano con la bombola, poi con il massaggio cardiaco. Luis in quel momento è morto. Si scopre che la centrale di distribuzione dell'ossigeno è andata in blocco per un paio di minuti. Un guasto. Un black out forse legato ai lavori di manutenzione in corso nel reparto, all'ospedale Regina Margherita di Torino.

Qualche ora dopo i responsabili della struttura sanitaria spiegano: «Gli altri bambini coinvolti nell'incidente stavano respirando una miscela di aria e ossigeno, per cui non si sono neanche accorti della momentanea carenza». Il bambino venezuelano era invece in

condizioni molto critiche. In terapia da cinque anni per una grave forma di leucemia, è stato portato a Torino grazie a un progetto di collaborazione con il Venezuela per la cura dei bambini sudamericani in Piemonte. In Italia era arrivato un mese fa, accompagnato dai genitori, che in queste ultime settimane hanno vissuto a contatto quotidiano con i medici. Di fronte a quei medici, ieri, il padre di Luis è riuscito a bisbigliare solo poche frasi: «Ora c'è un angelo in cielo che prega per noi. Sapevamo quel che sarebbe potuto succedere a nostro figlio, ma ora non riusciamo a smettere di piangere».

Dopo il trapianto di midollo il bambino venezuelano era stato trasferito nel reparto Rianimazione e terapia intensiva, ma le sue «condizioni — spiega uno dei medici che lo seguiva — erano già gravissime, dav-

vero molto critiche, e per questo aveva bisogno di respirare ossigeno puro al cento per cento». Da quel respiratore, a differenza degli altri otto bambini coinvolti nell'incidente, Luis dipendeva completamente. Ed è per questo che non è riuscito a sopravvivere.

La Procura di Torino ha aperto un'inchiesta, affidata al procuratore aggiunto Raffaele Guariniello, che nel tardo pomeriggio di ieri è arrivato al Regina Margherita per un sopralluogo



vero molto critiche, e per questo aveva bisogno di respirare frammentarie: erano in corso lavori di manutenzione nella centrale dei macchinari che «pompano» ossigeno nella rete di distribuzione dell'ospedale, ma sembra che l'intervento riguardasse un «canale» diverso rispetto a quello andato in blocco. Se questa ricostruzione risulterà corretta, bisognerà capire quale sia stata l'origine del malfunzionamento. «Si è trattato di un'anomalia assolutamente inedita e imprevedibile», ha detto il primario della Terapia intensiva, Giorgio Ivani.

La Direzione regionale della sanità del Piemonte sottolinea che «il prodigarsi del personale in occasione dell'emergenza ha evitato che l'incidente avesse ulteriori drammatiche conseguenze». Una prima relazione delle autorità sanitarie dovrebbe essere già oggi a disposizione del magistrato. Al lavoro della Procura si affiancheranno gli approfondimenti della Commissione d'inchiesta sul servizio sanitario nazionale. Il presidente, Ignazio Marino, spiega che «la Commissione avrà bisogno di dettagliati chiarimenti sul protocollo usato per garantire la regolare distribuzione dei gas durante la manutenzione delle attrezzature».

Marco Bardesono
Gianni Santucci

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un gas vitale

La sopravvivenza senza ossigeno



Un paziente cui viene somministrato ossigeno

normalmente può sopravvivere 10-15 minuti all'interruzione dello stesso, nei pazienti gravi il tempo di sopravvivenza si riduce a pochi minuti

Sistemi centralizzati e misura del flusso



In ospedale l'ossigeno viene erogato attraverso

sistemi centralizzati. La regolazione, a parete, avviene attraverso sistemi di verifica a flusso per minuto. Vengono erogati fino a 4-15-30 litri di ossigeno per minuto

Bombole di scorta per le emergenze



Ogni ospedale dispone di una scorta di bombole di ossigeno per far fronte ad eventuali esigenze o a imprevisti come la rottura dell'impianto centralizzato di distribuzione dell'ossigeno e altri gas, quali l'azoto.

Scorte insufficienti per tutti i pazienti



Le bombole di scorta, però, sono normalmente poche.

La scorta, in realtà, è destinata alle sale operatorie e alle rianimazioni. In caso di guasti centralizzati, quindi, la speranza è che i black out siano brevissimi

Che cosa accade se manca ossigeno



L'ipossia è il ridotto apporto di ossigeno ai tessuti. I sintomi più frequenti sono confusione mentale, eccitazione, cefalea, nausea, disorientamento; spesso si riscontrano tachicardia e tachipnea. Se l'ipossia è grave, subentra l'incoscienza

Focus Presentata in Parlamento la relazione ministeriale sulla legge 40. Aumenta il ricorso alla procreazione assistita ma pesano i divieti di fecondazione eterologa e diagnosi preimpianto

Due bambini su cento sono figli della “provetta”

Costanza Picozzi

Nel 2009 sono venuti al mondo 10.819 bambini con le tecniche di procreazione medicalmente assistita, pari all'1,9 per cento dei bambini nati in Italia. E anche se il 55,1 per cento dei centri è privato, la maggior parte delle prestazioni è eseguita nelle strutture pubbliche o private convenzionate. Sono alcuni dei dati che emergono dalla relazione annuale sulla legge 40 presentata dal ministero della Salute al Parlamento. «Nel 2009 le coppie trattate sono state 63.840 - spiega Giulia Scaravelli, che gestisce il registro italiano sulla Procreazione medicalmente assistita (Pma) presso l'Istituto superiore di sanità - e i cicli procreativi iniziati 85.385. Sono state ottenute 14.033 gravidanze, ma se ne sono riuscite a monitorare 11.691: da queste, sono nati vivi 10.819 bimbi, di cui 8.043 con le tecniche della Fivet e dell'Icsi». Rispetto al 2008, sono aumentati i cicli iniziati (+8,8 per cento), le gravidanze ottenute (+12,3), e i bambini nati vivi (+7,3). Sono invece calate le complicanze da iperstimolazione ovarica, da 0,45 ogni cento a 0,28. La quota dei parti gemellari è rimasta costante nel 2009, mentre si è ridotta quella dei trigemellari, arrivata al 2,4 per cento.

«Questi dati non cancellano il fatto che il Paese ha bisogno di una normativa nuova in materia di Pma» ha commentato Antonio Palagiano, responsabile nazionale sanità dell'Italia dei Valori nel ricordare la sentenza della Consulta dell'aprile 2009. «Il pronunciamento della Corte costituzionale - ricorda il deputato Idv - ha scardinato completamente l'impianto della legge

40 ed è ovvio che da allora si sia registrato un trend più positivo per la fecondazione assistita in Italia, assistendo ad un maggior numero di successi e soprattutto ad un minor rischio per le donne e per i nascituri». Ma questa non è solo l'unica differenza interregionale. Sui 350 centri presenti in Italia, 130 sono pubblici, 27 privati convenzionati e 193 privati. Vi sono alcune realtà più virtuose con moltissime strutture pubbliche (circa il 60 per cento del totale al Nord) e altre meno. Le regioni con il minor numero di centri pubblici o convenzionati sono Lazio, Sicilia e Calabria. Quest'ultima ha una sola struttura.

«C'è anche da sottolineare - ribadisce Scaravelli - che molti centri, sia pubblici che privati, fanno pochi cicli in un anno. Alcuni poco di più di 20. Inoltre 150 centri offrono solo tecniche di Pma di I livello, cioè l'inseminazione intrauterina e il congelamento dello sperma».

«Eliminando dalla norma l'obbligo del contemporaneo impianto di tre embrioni e grazie anche alla possibilità di eseguire trattamenti differenziati per fasce di età - nota in conclusione Palagiano - è stato possibile migliorare le tecniche di Pma ed evitare parti tri o quadrigemellari. Restano ancora da sciogliere i nodi del divieto di diagnosi pre-impianto» per le coppie fertili affette da malattie genetiche «e della fecondazione eterologa. Temi più volte affrontati nelle recenti sentenze ordinarie in materia «e che rappresentano ancora un ostacolo per la felicità di molte coppie italiane, costrette ad un esilio riproduttivo». ■



Interventi & Repliche

Graduatoria unica per i test di medicina

In politica a volte le decisioni sono semplici, non richiedono leggi, decreti e nemmeno il voto del Parlamento. Spesso basta un provvedimento di un ministro per cambiare le cose ed è, infatti, un atto semplice che si chiede a Mariastella Gelmini per migliorare i meccanismi di accesso alle facoltà di medicina. Ogni anno, per superare la selezione legata al numero chiuso, migliaia di studenti accedono a un test uguale per tutti e che si svolge lo stesso giorno in ogni facoltà d'Italia. I risultati, però, vengono stilati da ogni singolo ateneo e le ammissioni tengono conto del punteggio ottenuto e dei posti disponibili nella facoltà. Questo significa che nelle università dove ci sono più posti si può ambire a entrare anche con un punteggio inferiore mentre, dove il numero di posti è minore, per essere ammessi è indispensabile un punteggio più elevato. Il paradosso è evidente, come le disparità che questo metodo crea. Per ovviare alla singolare anomalia bisogna correggere il sistema in modo che tutti i risultati confluiscono in una graduatoria unica a livello nazionale, indipendente dalla sede in cui si è sostenuto il test. In questo modo si creerebbe una vera e propria classifica, in cui i candidati migliori potrebbero godere del vantaggio di scegliere a quale ateneo iscriversi e coloro che hanno ottenuto un buon punteggio avrebbero comunque la garanzia di entrare a medicina. Se si vogliono premiare i più meritevoli non è logico orientare gli studenti a sostenere il test sulla base del numero dei posti messi a disposizione. Con la graduatoria nazionale si offrirebbe, invece, un'opportunità in più ai giovani sulla base del loro merito e, allo stesso tempo, si darebbe un maggiore riconoscimento agli atenei eccellenti che diventerebbero automaticamente anche i più ambiti. Inoltre, benché le differenze tra le varie facoltà sono note, un diverso meccanismo di selezione degli studenti potrebbe rappresentare anche uno stimolo a migliorare e a diventare più competitivi. Questa proposta è stata sottoposta al ministro Mariastella Gelmini già da tempo ma, pur non riscontrando obiezioni, non si sono visti fatti concreti. Anche molti rettori sono orientati a questa riforma, come è stato confermato pochi giorni fa da tre di loro nell'ambito della commissione ministeriale creata ad hoc. Il ministro approfitti allora di questa uniformità di vedute, rompa gli indugi e introduca subito la riforma tenendo conto che i test si svolgeranno il prossimo settembre e quindi, anche se in corsa, c'è ancora il tempo per modificare le regole. Non c'è ragione, né giustificazione, nel perdere un altro anno per fare un passo avanti nella selezione dei medici che ci cureranno domani.

sen. **Ignazio Marino**, Pd
Presidente della Commissione
parlamentare d'inchiesta sul Ssn



FATTI & CREDENZE LUCA RICOLFI



utti proclamano che scuola, università, cultura, ricerca sono il motore del progresso, e che senza grandi investimenti in istruzione l'Italia non ce la può fare. Però la storia dell'università sembra andare nella direzione opposta: fra i paesi avanzati siamo al penultimo posto (prima dell'Austria) in fatto di percentuale di laureati, e negli ultimi anni, anziché cercare di colmare il gap che ci separa dagli altri paesi, sembriamo avere risolutamente imboccato la retromarcia.

Non sembrano più credere nell'università le famiglie, visto che la percentuale di 19enni che tenta l'avventura della laurea è in costante diminuzione da parecchi anni: erano oltre il 56,5 per cento nel 2003, sono scesi al 47,7 nel 2009 (ultimo dato disponibile). Ma non sembra più lavorare per l'università nemmeno l'università stessa, almeno a giudicare dall'andamento della sua produttività. Uno dei modi più semplici di misurarla è calcolare il rapporto tra il flusso delle uscite, ossia il numero di laureati, e il flusso delle entrate, ossia le immatricolazioni 6-7 anni prima (è questo, ormai, il tempo medio di permanenza nell'università). Ebbene quel rapporto ancora nel 2005 superava il 70 per cento, ma nel 2009, appena 4 anni dopo, non raggiungeva il 58 per cento.

È dire che, per aumentare il numero di laureati e fare bella figura nelle statistiche europee i governi, tutti i governi degli ultimi 20 anni, ne avevano inventate di tutti i colori. Nel 1990 ave-

vano istituito i diplomi universitari, corsi di 2-3 anni che conferivano una quasi laurea. Nel 1999 avevano introdotto il cosiddetto 3+2, ossia la possibilità di ottenere la laurea in soli 3 anni. Nel 2010, con un colpo di magia, hanno reso i vecchi diplomi universitari di tre anni equipollenti a una laurea vera e propria. Per non parlare dello sciagurato programma «laureare l'esperienza», con cui, attraverso generosi riconoscimenti di crediti formativi, decine di migliaia di occupati,

spesso dipendenti della pubblica amministrazione, hanno potuto raggiungere l'ambito pezzo di carta senza l'impegno e i sacrifici richiesti agli studenti normali.

Tutto questo immane sforzo per alzare il numero di laureati è stato vano. Né si può dire che la colpa sia degli scarsi investimenti in istruzione, almeno sotto il profilo del personale: nel 2006 il numero di titolari di insegnamento (ordinari, associati, ricercatori, professori a contratto, lettori) ha toccato la cifra record di 100 mila unità, e il numero di titolari di insegnamento per studente ha raggiunto il massimo storico.

Forse, prima di invocare nuovi investimenti in istruzione, varrebbe la pena cominciare a chiederci perché le cose siano andate così. ■

All'università professori e ricercatori abbondano, ma **sempre meno studenti si laureano**. Non sarà che la protesta sugli investimenti è solo un alibi?



ATTUALITÀ / secondo Stella



STELLA PENDE
GIORNALISTA,
ogni settimana racconta
il coraggio, i successi, le sfide
e le battaglie delle donne
di oggi. Potete scriverle a
attualita@mondadori.it.

Sì, il cancro può regalare una nuova vita

Grande successo, su Fox Life, per *The big C*: storia di Cathy, colpita da un male incurabile, che reinventa se stessa per un'ultima, felice stagione. Non è solo fiction: è la capacità femminile di trasformare la malattia in una seconda chance

Ridere del cancro. Una blasfemia, una vergogna che non avremmo mai concesso a nessuno. Eppure il 21 giugno più di due milioni di spettatori devono averlo fatto. Almeno a quanto risulta dai numeri che Fox Life ha diffuso sull'ascolto della sua fiction mandata in onda quella sera. Titolo: *The big C*. Dove C sta come cancro. Cominciamo da capo. Laura Linney, non certo "una topona" di quelle da mancamento come Eva Mendes o Cameron Diaz, ha accettato di interpretare una parte azzardata nella nuova commedia di Fox. Quella di Cathy, un'insegnante americana che si ritrova addosso un melanoma incurabile. L'attrice, che abbiamo già goduto in pellicole come *Love actually* e *The Truman Show*, racconta d'abitudine i suoi personaggi con commozione, ma la critica, anche la più bastarda, la osanna soprattutto perché riesce a passare dai ruoli drammatici a quelli comici senza deludere mai. Si dice però che quella di Cathy diventerà la sua interpretazione più riconosciuta. «Ho detto di sì subito» racconta l'attrice «perché ho capito che non era un film sul cancro, ma su una donna che trasforma la sua malattia in una chance per riprendersi la vita in mano. Per non lasciare al destino l'ultima parola». Vero. Cathy-Laura non si piange addosso. Decide di non curarsi perché il suo male non dà scampo, ma anche di non confessare a nessuno (nemmeno a figli e marito) che è con-

dannata. Poi riagguanta la sua esistenza. La osserva per capire come può illuminarla, reinventarla. Ha un matrimonio stanco da anni? Sì, ma potrebbe innamorarsi di quell'uomo che è stato la più grande passione. Ha un figlio adolescente e confuso? Potrebbe aiutarlo a seminare il futuro di germogli che faranno la sua felicità. Ha un'aria un filo impolverata? Può dar luce alla sua bellezza opaca anche se il cancraccio le dà poco per godersela. Ebbene: fa tutto questo. E nell'affrontare la sua corsa contro il tempo riesce perfino a ridere del mostro che la divora. Non mi stupisce dunque il successo di questa fiction. Ho conosciuto nella vita più di una donna capace di cavalcare quell'alien chiamato cancro che si impadronisce del tuo corpo. Una, in particolare, dolce amica e brava giornalista, si chiamava Laura Dubini. Era una donna bella e gentile. Ha lottato contro quella bestia (così la definiva)

come una guerriera antica, ma sempre illuminata dal sorriso. Le hanno fatto di tutto. Aveva pezzi di ferro al posto delle ossa e una specie di marchingegno sperimentale dentro un polmone. Si è mossa per un periodo anche con la carrozzella. Ma io l'ho sempre vista volare. Dentro i suoi sogni, dentro la passione che aveva per la musica di cui scriveva così sapientemente. Dentro la voglia di regalare lapilli della sua luce a chi le voleva bene. Laura, come Cathy nel film, prima della malattia non era una donna felice. Ma poi, incredibilmente, ha usato il suo cancro per diventare un'altra. "Laura bionica" si firmava nei suoi sms quando mi raccontava di qualche nuovo e planetario esperimento di cui era protagonista. Infine lei, come nessuna, ha imparato ad apprezzare l'attimo fuggente. Per tuffarsi nel mare della vita e nuotare felice. Fino all'ultima spiaggia.

ORGOGGIO DONNA

Stella Pende