

Aborto: per prevenire gravidanze, maternità e paternità indesiderate, si deve intervenire anche sugli uomini, non solo sulle donne

Il dott. Vincenzo Puppo ci spiega come l'educazione sessuale per il piacere e alla paternità per i ragazzi nelle scuole può essere utile anche per prevenire l'aborto



Negli ultimi mesi in Europa si parla molto delle leggi sulla interruzione di gravidanza, in Italia c'è la legge del 22 maggio 1978, n. 194 ([qui](#)), che precisa in quali casi una donna può decidere di interrompere una gravidanza, anche se **sette ginecologi su dieci** sembra siano obiettori di coscienza ([vedi articolo](#)).

Il Dott. Vincenzo Puppo, medico-sessuologo, ricercatore-scrittore del Centro Italiano di Sessuologia, ci aveva spiegato in una [precedente intervista](#) che argomenti come la gravidanza, la contraccezione, le malattie sessuali ecc. non sono pertinenti della sessuologia (vedi a es. "[Nuova Sessuologia](#)"), ma della ginecologia e andrologia. L'aborto quindi non è di sua competenza, ma ci aveva spiegato che **con l'educazione sessuale** si devono preparare i/le ragazzi/e anche ai vari imprevisti a cui potranno andare incontro quando cominceranno ad avere rapporti sessuali ([link](#)), quindi abbiamo pensato di fargli alcune domande su questo argomento.

Dott. Puppo, per iniziare, ci può spiegare brevemente e con semplicità cosa è l'aborto?

«L'aborto è l'interruzione prematura di una gravidanza. Questa può avvenire per cause naturali (aborto spontaneo) o essere provocata artificialmente (aborto provocato o interruzione volontaria della gravidanza); per chi vuole approfondire, troverà in [Wikipedia](#) anche le varie definizioni di aborto spontaneo e provocato, ecc. Ci sono anche alcuni dati statistici del Ministero della Salute sugli aborti in Italia».

Alcune settimane fa il Parlamento Europeo non ha approvato una risoluzione sulla salute e diritti sessuali e riproduttivi, la "risoluzione Estrela", di cosa parlava?

«Si trattava della relazione dell'eurodeputata Portoghese Edite Estrela ([link](#)), una proposta per i Paesi europei, che parlava di diritti sessuali e riproduttivi, di contraccezione, di aborto sicuro e legale, della lotta alle discriminazioni di genere, della prevenzione delle malattie sessuali, del diritto a una educazione sessuale completa ecc. Il Parlamento Europeo ha rifiutato questa risoluzione e ha adottato un altro, breve, testo che rimanda agli stati membri la competenza sulla salute riproduttiva ([link](#)). Chiaramente ci sono state molte proteste, con una mobilitazione partita dalla Spagna che si sta estendendo in tutta l'Europa: il primo febbraio a Madrid (e in molte altre città europee) ci sarà una manifestazione contro la proposta di legge del governo Rajoy che vuole limitare in Spagna l'aborto solo ai casi di grave pregiudizio per la salute delle donne o a quelli di violenza sessuale».

Dott. Puppo, torniamo alle sue competenze professionali, quando si parla di aborto, si parla poco dei maschi, perché?

«Perché quando una donna ha iniziato una gravidanza si parla solo della maternità. Per la prevenzione si fanno sempre i soliti discorsi rivolti più alle donne, come se la fecondazione fosse solo un evento femminile, e si parla di educazione sessuale solo dal punto di vista riproduttivo (vedi i ginecologi quanta pubblicità fanno alla pillola contraccettiva), insomma tutta la responsabilità viene fatta ricadere sulle “spalle” delle ragazze/donne, ma una gravidanza è sempre iniziata facendo “sesso” in due e con l’ejaculazione del pene in vagina. Sì, certo, si parla anche del preservativo, ma non si fanno mai discorsi sulla paternità e sulle responsabilità che gli uomini hanno nella fecondazione dell’uovo femminile».

Ma come si fa a responsabilizzare gli uomini alla paternità?

«La donna è feconda solo un giorno al mese; ci si preoccupa tanto delle possibili conseguenze e la si responsabilizza subito: alla ragazzina con la prima mestruazione (il menarca) si fa subito capire che dal quel momento in poi potrebbe procreare. L’uomo è fecondo tutti i giorni dell’anno e nessuno cerca di responsabilizzarlo: ancora oggi non esiste una educazione alla paternità e non c’è una presa di coscienza su questo nei ragazzi. La prima mestruazione si può paragonare nei ragazzi alle prime polluzioni notturne, cioè l’emissione involontaria di sperma durante il sonno, e alle ejaculazioni con le prime masturbazioni».

Dott. Puppo, cosa si deve spiegare ai ragazzi?

«Ai ragazzi bisogna spiegare che dalla pubertà in poi, con l’inizio della produzione di spermatozoi (che con il liquido seminale formano lo sperma), acquisiscono la capacità fecondante e possono mettere incinta una ragazza, possono procreare, quindi gli si deve spiegare che non è una cosa da prendere alla leggera l’ejaculazione durante un rapporto vaginale. I ragazzi quando cominciano a fare “sesso” non sono responsabilizzati o non sanno queste cose, raramente usano il preservativo nei primi rapporti sessuali, e non si preoccupano delle possibili conseguenze, cioè di una gravidanza indesiderata. Praticamente sperano nella fortuna, che quello non sia il giorno “giusto”, ovvero che la ragazza non sia nei giorni dell’ovulazione al momento della ejaculazione in vagina. Questa assenza di educazione alla paternità chiaramente interessa anche gli adulti: nei maschi a tutte le età, coinvolti in una gravidanza indesiderata, non c’è la presa di coscienza che è anche una paternità indesiderata (molti se ne fregano e lasciano poi la partner da sola...)».

Lei, dottore, ha parlato di “sesso”; fare l’amore è un’altra cosa?

«Oggi “sesso” e fare l’amore sono sinonimi di rapporto sessuale completo, viene fatto credere a tutti che quello che conta è solo il rapporto pene-vagina che deve sempre concludersi con l’ejaculazione dell’uomo, ma la vagina è un organo interno per la riproduzione non ha importanza per il piacere femminile: l’orgasmo vaginale non esiste, per questo dato che oggi praticamente (eccetto quando si fa proprio per avere una gravidanza) si fa sesso solo per il piacere; fare l’amore e il rapporto sessuale completo non può essere solo il rapporto vaginale, perché così solo l’uomo ha l’orgasmo».

Se l’ejaculazione in vagina non è importante per il piacere donne, è per questo che l’educazione a fare l’amore è importante anche per la prevenzione dell’aborto?

«Sì, avete capito bene. Se si insegna ai ragazzi e alle ragazze a fare l’amore, poi capiscono che l’ejaculazione in vagina non è più obbligatoria per essere considerati Uomini o Donne, non è l’evento principale del fare l’amore, e capiscono che l’orgasmo femminile non dipende dalla vagina ma, anche nelle donne, dipende dagli organi genitali esterni, cioè la vulva (con gli organi erettili: clitoride, piccole labbra ecc.): rapporto sessuale completo/fare l’amore/fare sesso deve significare sempre orgasmo per entrambi i partner, con o senza il rapporto vaginale (definizione per tutti gli esseri umani). Senza l’ejaculazione in vagina (attenzione, non sto parlando del coito interrotto) una gravidanza è impossibile (mentre nei rapporti vaginali sono importantissimi i metodi contraccettivi). L’educazione sessuale per il piacere, per fare l’amore, e l’educazione alla paternità nelle scuole, possono essere utili anche per la prevenzione delle gravidanze indesiderate e quindi dell’aborto, e anche per la responsabilizzazione dei maschi».

Insomma, fare l’amore – e anche fare sesso – è sempre un dare/avere e, non dimentichiamolo, di fa in due: per questo motivo è fondamentale che tutti e due i partner siano consapevoli e informati di quanto si apprestano a fare, delle differenze e del ruolo degli organi sessuali coinvolti. L’aborto, come la gravidanza, sono dunque una questione non solo femminile, ma anche maschile e, forse, sarebbe ora che iniziassimo a prenderne coscienza.

<http://www.lastampa.it/2014/01/24/scienza/benessere/lifestyle/aborto-per-prevenire-gravidanze-maternit-e-paternit-indesiderate-si-deve-intervenire-anche-sugli-uomini-non-solo-sulle-donne-h5Uppoe22MIIZISQDnbuHP/pagina.html>

Tumori infantili Centri di cura ancora più efficaci

Organizzati come «raggi di una ruota»

I pionieri della pediatria italiana ebbero qu arant'anni fa un'intuizione fondamentale: per combattere con efficacia le neoplasie dei bambini occorreva costruire una rete di Centri in grado di garantire livelli omogenei di cura su tutto il territorio. Ci sono riusciti, grazie all'attività dell'Associazione italiana di ematologia e oncologia pediatrica (Aieop).

A oggi, sono 53 le strutture riconosci ute dall'associazione scientifica che condividono i pro tocolli di cura internazionali più efficaci e le terapie più innovative. Non solo: l'Aieop è riuscita anche a creare un registro di diagnosi dei tumori e per la maggior parte dell e patologie sono stati identificati laboratori centralizzati di riferimento per conferme diagnosti che o caratterizzazioni molecolari. Attraverso questo lavoro di cooperazione, la speranza di guarigione per i bambini e gli adolescenti colpiti da tumori e leucemie in Italia è passata da circa il 30 per cento a oltre l'80 per cento.

Il problema, adesso, è come diminuire ulteriormente il numero dei pazienti che non riesce a guarire. Questione di te rapie, certo, ma anche di miglioramento dell'organizzazione. «Con i protocolli e con la centralizzazione e revisione delle diagnosi è stato garantito uno standard assolutamente accettabile — spiega Andrea Biondi, presidente Aieop e direttore del Dipartimento di pediatria dell'ospedale S. Gerardo/Fondazione MBBM (Monza e Brianza per il bambino e la sua mamma) di Monza —. Ora però ci chiediamo se siano davvero necessari così tanti Centri». In Europa, (vedi articolo sotto, ndr) la question e della riorganizzazione de lle reti dell'oncologia pediatrica si sta affrontando sostanzialmente con l'adozione del modello hub and spoke (mozzo e raggio di una ruota), che prevede uno o più Centri di riferimento per le patologie più complesse e ospedali periferici fortemente integrati con i primi, modulato a seconda delle dimensioni del territorio.

«Ma per questo c'è bisogno di un progetto complessivo, di una visione — ag giunge Biondi —. Nell'ultimo Piano oncologico nazionale, l'oncologia pediatrica è stata inserita in extremis solo perché Maura Massimino, responsabile dell'Oncologia pediatrica dell'Istituto Tumori di Milano, ha fatto presente a Roma che di noi non c'era traccia. Questo la dice lunga su quale attenzione ci sia al problema».

In effetti, solo Piemonte e Veneto hanno una rete hub and spoke ufficialmente riconosciuta. Come funziona?«Nel nostro reparto viene fatta la diagnosi e impostato il protocollo terapeutico del paziente — dice Franca Fagioli, direttore della divisione di Oncoematologia pediatrica all'ospedale infantile Regina Margherita di Torino —. Negli spoke di secondo livello sono eseguiti anche alcuni cicli di chemioterapia, ma il tutto è consolidato in istruzioni operative. In tutti gli altri spoke di primo livello si fa il supporto di base e sono seguiti bambini anche in fase avanzata di malattia e nel follow up. Tutti i protocolli di diagnosi e cura, tutti gli studi clinici, partono dal nostro ospedale, tramite il nostro Comitato etico e sono validati anche dalle altre strutture. Questo presuppone che il personale dei centri spoke, medico e infermieristico, sia formato da noi». Di eccessiva parcellizzazione dei Centri, motivata però dal progetto iniziale di Aieop di cercare di garantire i migliori trattamenti nel luogo più vicino al domicilio del paziente, parla anche Franco Locatelli, direttore del Dipartimento di oncoematologia pediatrica e medicina trasfusionale dell'ospedale Bambino Gesù di Roma.

«Nel miglior interesse del bambino, credo che oggi il giusto compromesso possa essere questo: — dice Locatelli — i trattamenti meno impegnativi, più facilmente erogabili, possono certamente continuare a essere dispensati nelle sedi più vicine. I trattamenti più complessi, il trapianto, lo

sviluppo di nuovi farmaci, la terapia dei pazienti ricaduti o comunque ad alto rischio di complicanze, è meglio centralizzarli secondo il modello hub and spoke». Come nel resto della sanità, anche per i tumori infantili bisogna però tenere conto delle differenze territoriali. Nonostante la crescita dell'oncoematologia pediatrica sia sul piano dell'offerta che della qualità delle cure, il Sud infatti soffre ancora di un fenomeno di migrazione sanitaria verso il Centro e il Nord Italia, compresa tra il 20 e il 25% dei pazienti.

«Ma una certa quota di migranti è inevitabile — sottolinea Paolo D'Angelo, responsabile dell'Oncoematologia pediatrica all'ospedale Civico di Palermo —. Da noi, oltre al contingentamento delle neurochirurgie infantili, è assolutamente carente la chirurgia ortopedica ricostruttiva pediatrica che viene fatta sostanzialmente a Bologna, Firenze e Milano. I tumori dell'osso sono trattati solo in questi Centri, quindi i pazienti devono farsi curare là».

L'oncoematologia pediatrica deve fare i conti con un'altro problema: «Noi italiani siamo citati in tutto il mondo come organizzazione — dice Giuseppe Basso, responsabile dell'Oncoematologia all'ospedale di Padova —. Questo però è reso possibile dal fatto che a pagare sono le associazioni dei genitori e dei familiari. Non è ammissibile andare avanti con i privati che finanziano ciò che dovrebbe finanziare il Servizio sanitario nazionale. Dal punto di vista politico, lo sforzo economico non sarebbe travolgente».

Ruggiero Corcella

Tiroide: come operare senza cicatrici sul collo

di LARA LUCIANO

■ ■ ■ Il robot chirurgo Da Vinci, “telecomandato” dall’equipe dell’Unità Operativa di Chirurgia Endocrina e Metabolica del Policlinico universitario A. Gemelli di Roma diretta dal professor Rocco Bellantone, ha eseguito un intervento senza precedenti nel Lazio e nel Sud Italia: ha operato la tiroide di una giovane paziente senza lasciare alcun segno sul suo collo. Il robot ha raggiunto la ghiandola malata attraverso l’ascella. L’intervento di ‘Tiroidectomia robotica trans-ascellare’ è un’operazione indicata solo per pazienti giovani e con noduli non sospetti ed è stato effettuato su una donna di 37 anni affetta da gozzo nodulare, dimessa in ottime condizioni il giorno dopo l’operazione. La tecnica della Tiroidectomia robotica trans-ascellare, messa a punto in Corea e attualmente in via di diffusione anche nei Paesi occidentali, consente di evitare ogni cicatrice sul collo rispetto alle tecniche convenzionale e mini-invasiva, che vengono eseguite con un accesso chirurgico cervicale. Col nuovo intervento la tiroide viene infatti raggiunta dall’ascella, con un accesso chirurgico nascosto e poco visibile. Attraverso la singola incisione ascellare vengono introdotte la telecamera e gli strumenti robotici, che sono manovrati dal chirurgo comodamente seduto alla consolle. «La tiroidectomia robotica - spiega il professor Bellantone - è attualmente indicata per il trattamento della patologia tiroidea nodulare benigna. È però in corso di validazione il suo impiego per il trattamento della patologia maligna in pazienti a basso rischio».

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Confronti Si guarda con interesse a modelli di assistenza del Nord Europa

L'Olanda progetta l'ospedale unico

Germania e Olanda rappresentano i due esempi più significativi della riorganizzazione nel campo dell'oncoematologia pediatrica.

In Germania, sulla base di una direttiva nazionale del 2006 (entrata in vigore un anno dopo), bambini e adolescenti con malattie ematologiche oncologiche sono curati in ospedali secondo standard di qualità vincolanti verificati ogni anno.

«Questa normativa ha leggermente ridotto il numero di Centri, — spiega Martin Schrappe, responsabile dell'International BFM Study Group su leucemie e linfomi e direttore della Pediatria all'ospedale universitario di Kiel — che resta comunque alto, con circa 50 Centri a livello nazionale. La stessa direttiva obbliga tutti i Centri a iscrivere i loro pazienti in registri e studi clinici. Ai pazienti è dunque garantito il miglior livello di cura possibile».

In Olanda, dove le dimensioni territoriali lo consentono, le associazioni dei familiari e gli specialisti dell'oncoematologia stanno portando avanti il progetto di un unico Centro nazionale, che entro il 2016 sostituirà gli attuali sette. Il Princess Máxima Center for Pediatric Oncology» sarà un concentrato di tutto il meglio che si può offrire dal punto di vista delle terapie e della ricerca. Sorgerà nel campus scientifico di Utrecht, accanto al «Wilhelmina Children's Hospital». Dotato di 80 posti letto, più 40 in day hospital, sarà organizzato in dipartimenti per tipologia di tumore con percorsi completi all'interno di ogni singolo dipartimento. Le stanze di degenza saranno dotate di una camera attigua per la permanenza dei genitori.

La parte meno complessa delle terapie sarà eseguita in poliambulatori disseminati per il Paese, sotto la supervisione del Centro di Utrecht. Così i bambini viaggeranno solo per i problemi che necessitano di un'assistenza specialistica elevata.

«La concentrazione di cure e ricerca in un unico Centro nazionale — dicono gli oncoematologi Huib Caron e Ron Pieters — ci permetterà di trovare nuove e migliori opportunità di strategie di trattamento, per massimizzare la conoscenza e l'esperienza sui tipi di cancro, di integrare la ricerca e la cura, di educare nuovi talenti in oncologia e di fare sì che tutti i pazienti traggano beneficio da tutti i nuovi sviluppi».

L'obiettivo è di aumentare la percentuale di sopravvivenza dei malati dall'attuale 75% a oltre il 90% entro il 2025. Non solo: il nuovo Centro ambisce a diventare uno dei primi cinque istituti di ricerca nell'oncoematologia pediatrica a livello mondiale.

R. Cor.

In Germania

Dal 2007 criteri più severi per selezionare le strutture, ore ridotte a 50



Sanita': Mondì Vitali propone modello Italia. Intervista a Balduzzi

(ASCA) - Roma, 26 gen 2014 - Secondo seminario di studio promosso dall'Associazione Mondì Vitali, un network ispirato al pensiero e all'opera del sociologo cattolico-democratico Achille Ardigò, presidente l'on. Renato Balduzzi, al quale abbiamo chiesto un giudizio sui lavori, dedicati a "La sanita' e' un mondo vitale?".

D. Prima l'Europa, poi la sanita'. Quale il percorso di Mondì Vitali?

R. "Il nostro programma e' di investigare aspetti e settori importanti del nostro Paese, per verificare se e in quale misura riescono a favorire quelle relazioni intersoggettive dotate di senso, appunto quei mondi vitali secondo l'insegnamento di Ardigò, che costituiscono o possono costituire una speranza per il nostro Paese. Abbiamo avviato lo scorso novembre una riflessione sull'Europa, vista da noi non come la nemica fredda e distante, ma come la grande opportunita' per gli italiani, che hanno bisogno di piu' buona Europa in Italia e che al tempo stesso possono e devono portare piu' buona Italia in Europa. La sanita' era la continuazione naturale di questa prospettiva: comparto tra i piu' avanzati in Italia, certo non privo di problemi, ma soprattutto ricco di potenzialita' grandissime. Un vero e proprio modello Italia".

D. Perché la sanita' italiana costituisce un modello?

R. "Nel nostro incontro e' stato il presidente della Caritas italiana, il vescovo di Lodi mons. Giuseppe Merisi, a dire con grande chiarezza che se il sistema sanitario italiano merita un giudizio complessivamente positivo lo deve proprio alla capacita' di tenere insieme il momento del curare con quello del prendersi cura, riuscendo cosi' a non confondere il necessario rispetto della regola con la sua applicazione burocratica in senso deteriore. Si tratta, come ha detto con efficacia il rappresentante della sanita' religiosa dell'Arise, Domenico Galbiati, di riportare la malattia dentro l'orizzonte di senso della vita. E questo e' stato il filo conduttore dei numerosi interventi, cito per tutti quelli dello scienziato Angelo Vescovi, del presidente dell'Enpam Alberto Oliveti, della vicepresidente della Fondazione Cariplo Mariella Enoc, dell'oncologo Dino Amadori".

D. Ma in che senso la sanita' puo' essere descritta e intesa come un mondo vitale?

R. "Sappiamo che la sanita' e' anche una comunita' di esseri umani legati da relazioni non solo formali e, quindi, mondi vitali essi stessi. Nel sistema sanitario operano piu' soggetti (dalle diverse professionalita' mediche e sanitarie ai produttori, dai malati e dalle loro famiglie al volontariato) che costruiscono quotidianamente un tessuto vitale. Nel suo ultimo Rapporto annuale il Censis ha messo in risalto quanto sia importante per la buona sanita' fare leva sull'empowerment degli operatori in modo da ottenere importanti risultati anche in termini di efficacia e qualita' dei servizi. E, quanto al volontariato, interi sottosettori della sanita' italiana non sarebbero neppure pensabili prescindendo dal suo apporto. Si tratta di dimensioni da mettere a tema e da valorizzare".

D. Nell'incontro di mercoledì alla Camera molti interventi, hanno sottolineato la necessita' dell'empatia con il paziente e con il suo sistema di relazioni personale, familiare e sociale?

R. "La base di partenza ideale della nostra riflessione e' stata proprio un passaggio di un recente discorso di Papa Francesco a un convegno internazionale di medici cattolici, dove si afferma che "la credibilita' di un sistema sanitario non si misura solo per l'efficienza, ma soprattutto per l'attenzione e l'amore verso le persone, la cui vita e' sempre sacra e inviolabile". E' il tema cruciale di ogni sistema sanitario, la ricerca del difficile equilibrio tra le esigenze di cura e quelle dell'efficienza dei servizi erogati".

D. Che e' poi il tema della sostenibilita' dei nostri sistemi sanitari ...

R. "Si, con la precisazione che si tratta di una sostenibilita' non solo economica. Certo, dobbiamo confrontarci con i temi della messa a regime del sistema di valutazione delle prestazioni sanitarie e dei loro esiti, della creazione di un sistema di compartecipazione alla spesa piu' equo-omogeneo-trasparente e della capacita' di organizzare meglio la spesa privata cosiddetta out of pocket. Ma ugualmente dobbiamo porci il tema della sostenibilita' istituzionale del nostro sistema e, ultimo ma non minore, quello della sua sostenibilita' etico-culturale".

D. Che cosa intende Mondì Vitali per "sostenibilita' istituzionale"?

R. "Significa dare un assetto stabile al rapporto tra l'autonomia professionale-organizzativa-territoriale e la tutela della salute, cosi' come molto saggiamente delineato nel disegno costituzionale. La scelta del nostro Costituente, ribadita nella revisione costituzionale del 2001, di affidare i compiti in materia di salute alle Regioni, dentro un quadro di principi statali comuni, richiede, ai fini di una sua attuazione ed applicazione idonee ad assicurare una, almeno tendenziale, omogeneita' nella tutela della salute su tutto il territorio nazionale, il consolidamento di tecniche e di percorsi di autonomismo responsabile. La prossima revisione costituzionale dovrebbe muovere proprio da questa esigenza".

D. Voi avete insistito molto anche sulla "sostenibilita' etico-culturale" ...

R. "Esatto. Sembra diffondersi tra i cittadini un indebolimento della fiducia nella bonta' del disegno di fondo, universalistico e decentrato, del nostro sistema sanitario. Ecco perche' la domanda sulla sanita' come mondo vitale e' centrale. Come migliorare in sanita' quella che Ardigo' chiamava l'"empatia sistemica"? Non sempre tutti gli operatori sanitari sono realmente orientati piu' a risolvere la problematica in esame che non ad adempiere ad una prescrizione normativa. Per migliorare tale empatia, e' appunto importante tenere insieme, da un lato, curare e prendersi cura e, dall'altro, professionalita' (intesa come conoscenza delle regole e della pratica dell'arte) e vitalita' (come capacita' di adattarsi alla situazione, massimizzando l'appropriatezza e l'efficacia dell'azione). Qui la riflessione etica-spirituale (al convegno hanno preso parte anche il cardinale Giuseppe Versaldi e il vescovo Lorenzo Leuzzi) si e' legata con la riflessione scientifica e con quella organizzativa".

D. C'e' stata una riflessione sul ruolo del profitto in sanita'.

R. "Si, siamo stati molto chiari. Il profitto in sanita' non va, in se', demonizzato, lo hanno detto molto bene la dottoressa Enoc e l'ex-ministro Maria Pia Garavaglia. Quella che va evitata e' la ricerca del massimo profitto, che tende a mettere in ombra lo scopo primo dell'azione sanitaria e la assoggetta ad altre logiche, non vitali e distruttive del bene comune (da questo punto di vista, la sanita' "pubblica" potrebbe essere maggiormente vitale di quella "privata"). Cosi' pure vanno identificate ed evitate le cattive pratiche del cosiddetto difensivismo, cioe' l'azione volta, piu' che a risolvere il problema dell'altro, a proteggere se stessi da possibili rischi e responsabilita' (una sanita' che sbaglia non e' certo una sanita' vitale, ma una sanita' troppo bloccata dalla paura di sbagliare e' ancor meno vitale) e il suo fratello gemello, il burocraticismo, che troppo spesso si accompagna con la mancanza di capacita' di relazionarsi al paziente e di trovare la soluzione ai suoi bisogni (e, da questo punto di vista, la sanita' "privata", non sottoposta a troppe norme, potrebbe essere piu' vitale di una sanita' "pubblica" soffocata dai regolamenti e dai controlli burocratici)".

D. Nelle conclusioni del Convegno il sen. Mario Monti ha auspicato con forza che Mondì Vitali prosegua il cammino avviato in questi mesi. Quali sono i prossimi appuntamenti?

R. "Il professor Monti ha riassunto con puntualita' il senso e le intenzioni del seminario e, piu' in generale, dell'Associazione. Pur essendo nati da pochi mesi, esiste gia' una promettente rete territoriale, animata per lo piu' da giovani. Abbiamo voluto che ciascuna associazione locale sia autonoma dal punto di vista organizzativo e operativo. Fanno da collante il sito nazionale(www.associazionemondivitali.it) e i seminari alla Camera (sinora, oltre a Europa e sanita', abbiamo proposto una riflessione sul rapporto tra politica e mondi vitali, con un importante intervento di Giuseppe De Rita). A febbraio, esattamente il 26, ci interrogheremo su "Le Regioni sono un mondo vitale?" e, a marzo, e' una proposta dello stesso Monti, proporremo la rilettura di un lavoro di Ardigo' del 1980, intitolato "Crisi di governabilita' e mondi vitali" che, a distanza di anni, e' sorprendentemente attuale".

http://www.asca.it/news-Sanita_Mondi_Vitali_propone_modello_Italia_Intervista_a_Balduzzi-1357886-ATT.html

Sabato 25 GENNAIO 2014

Specializzandi. Risarciti 4 milioni a medici non pagati durante specializzazione post-laurea

Altro risarcimento milionario oggi a Torino a favore di medici che non hanno ricevuto il giusto compenso durante il corso di specializzazione post-laurea secondo quanto prevedono le direttive europee in merito. Il rischio di esborso per lo Stato italiano stimato in oltre 4 miliardi di euro.

Sono stati restituiti oggi a Torino assegni per oltre 4 milioni di euro, come rimborso per i medici che hanno frequentato le scuole di specializzazione post-laurea, ma a cui lo Stato italiano non ha riconosciuto la borsa di studio loro dovuta secondo le direttive europee in merito. Grazie all'ennesima vittoria in tribunale dei medici tutelati da Consulcesi, associazione italiana di tutela dei professionisti sanitari, la Presidenza del Consiglio dei ministri e i ministeri competenti sono stati obbligati a pagare questa somma imponente per il ritardo con cui sono state percepite le norme comunitarie che prevedevano l'obbligo di retribuire gli specializzandi.

Coinvolti anche i camici bianchi provenienti da Torino e dal Piemonte nella restituzione di queste somme completamente esentasse (i medici della regione hanno percepito in tutto oltre 400 mila euro) di cui si è fatta promotrice proprio Consulcesi. Si stima inoltre che soltanto in Piemonte questo diritto sia stato negato ad altri 6 mila camici bianchi. È infatti, imminente la partenza di un'altra azione collettiva di rimborso per tutti i medici specializzati tra il 1982 e il 2006.

“In un momento storico in cui lo Stato chiede, tassa e toglie denaro, anche qui abbiamo fatto in modo che invece restituisse quanto giustamente dovuto, in una positiva controtendenza”. Commenta il Vicepresidente di Consulcesi **Edoardo Pantano**, che aggiunge “nel 2013 abbiamo raggiunto la cifra di 327 milioni di euro riconosciuti dai tribunali di tutta Italia, con cause sempre più brevi e una giurisprudenza ormai consolidata in favore dei medici. Nel 2014 non rallenteremo. Non abbiamo alcuna intenzione di fermarci finché l'ultimo medico sul territorio nazionale il cui diritto sia stato leso non venga adeguatamente risarcito”.

“Il ritardo con cui lo Stato italiano ha recepito le Norme europee – spiega l'Avvocato **Marco Tortorella** - non solo ha privato i medici del giusto compenso, ma li penalizza ancora oggi sia nei concorsi pubblici che nello svolgimento della professione all'estero perché il titolo non è riconosciuto. Abbiamo agito direttamente con l'Avvocatura dello Stato per giungere a un accordo che contemperasse gli interessi dei medici con il contenimento dei costi per le casse pubbliche”.

Salute

Il numero

Medici sempre più in difficoltà con la copertura assicurativa

Secondo l'indagine dell'Osservatorio nazionale sui sinistri di Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari) nel 2012 sono state oltre 12 mila le denunce di sinistri nelle strutture sanitarie pubbliche. Il dato, pubblicato sulla rivista Monitor, presenta un andamento sostanzialmente stabile negli ultimi tre anni e va correlato all'enorme numero di prestazioni sanitarie fornite: oltre 9 milioni di ricoveri e circa un 1 miliardo di prestazioni specialistiche. Circa il 63% dei sinistri registrati riguarda casi di lesioni personali; i decessi sono stati l'11%. Un tema «caldo» quello della responsabilità professionale, collegato all'obbligo dell'assicurazione per i medici e tutti i professionisti della salute introdotto dal decreto Balduzzi del 2011 e slittato al 15 agosto 2014. Sia l'Ordine sia i sindacati dei medici hanno più volte denunciato le difficoltà incontrate nello stipulare le polizze: le compagnie rifiutano di assicurare decine di migliaia di medici, specialmente ostetrici-ginecologi, ortopedici, chirurghi, oppure impongono costi impossibili da sostenere.

12 mila

È il numero di denunce di sinistri registrato nelle strutture pubbliche nel 2012 secondo Agenas. Circa il 63% riguarda casi di lesioni personali, l'11% invece è costituito da decessi



CARDIOLOGIA Spesso ignorati i corretti principi terapeutici

Le cure giuste per il dolore

In Italia prescritti troppi antinfiammatori non steroidei: un rischio per i pazienti

www.ecostampa.it

Luigi Cucchi

■ Il 26 per cento degli italiani combatte contro un dolore cronico. Siamo al terzo posto in Europa per numero di questi di pazienti. «Le cause del dolore cronico - afferma il cardiologo napoletano Giovanni Giovanni Zito, presidente delle Associazioni regionali dei cardiologi ambulatoriali (Arca) - possono essere molto diverse fra di loro. Il dolore, non quello di origine oncologica, si manifesta con il progredire dell'età, a causa di disturbi che possono colpire le ossa e le articolazioni. Altre cause sono costituite da lesioni ai nervi, danni muscolari che non riescono a giungere ad una guarigione completa, artrite reumatoide o osteoartrite. Quando invece il dolore cronico non compare in tarda età, può essere causato da patologie come la scoliosi o una lesione traumatica». Il dolore cronico diviene nel paziente il punto centrale della sua vita. «Adesso - precisa il dottor Zito - è riconosciuta una memoria che influenza non solo l'intensità dello stimolo percepito, ma può agire determinan-

do la stessa sintomatologia. I sintomi che più frequentemente si associano al dolore cronico sono: terrore, isolamento, spossatezza, insonnia, irascibilità, depressione. Il dolore cronico richiede una corretta terapia farmacologica, ma è determinante anche un sostanzioso supporto psicologico».

Nel 2012 a Firenze si è tenuto un convegno multidisciplinare (Impact) dedicato alla terapia del dolore. La legge 38 approvata nel 2010 è ignorata da un medico su tre. «In Italia - ricorda Zito - nel 2011 sono stati spesi 181 milioni di euro per farmaci antinfiammatori (Fans), a cui si devono aggiungere i costi per i gastroprotettori che spesso si devono associare per limitare gli effetti collaterali. Nello stesso periodo per gli oppioidi, sono stati spesi 65 milioni di euro. Con le attuali risorse limitate va applicata la massima appropriatezza nella prescrizione dei farmaci. L'Aifa ha sancito che i Fans e gli inibitori selettivi della Cox-2 sono controindicati nei pazienti interessati da scompenso cardiaco moderato e grave, cardiopatia ischemica, patologie cerebrovascolari e arteriose, periferiche. Ancora oggi, se-

condo il Rapporto **Osmed** 2011 sull'uso dei farmaci in Italia, quasi il 4% dei soggetti a rischio cardiovascolare fa un uso improprio di Fans, assumendoli per oltre 90 giorni all'anno. In Italia abbiamo il primato europeo per la prescrizione di farmaci antinfiammatori non steroidei. Spendiamo per loro il triplo rispetto agli oppioidi, che sono spesso più appropriati e utili per la gestione del dolore cronico. Persiste una paura dell'uso che è del tutto ingiustificata. Risultato: il dolore è tuttora gestito in maniera inadeguata. L'Oms ha stabilito linee guida per la terapia antalgica: il dolore va affrontato con l'impiego sequenziale di tre categorie di farmaci (Fans, oppiacei minori, oppiacei maggiori), con una progressione a gradino. Fans alla comparsa del dolore, anche associati a ansiolitici, antidepressivi, anticonvulsivanti, cortisonici. Quando non sono più sufficienti si introducono gli oppiacei minori (ossicodone, eventualmente associato al naloxone), che possono essere associati ai Fans e agli adiuvanti. In caso di ulteriore necessità si ricorre agli oppiacei maggiori (morfina)».



RECORD In Italia il primato europeo nell'uso degli antinfiammatori non steroidei

SQUILIBRIO

Per i cosiddetti «Fans» spendiamo il triplo che per gli oppioidi



FILOSOFIA MINIMA**Cosa imparare
dal mostro
Iene-Stamina****Armando
Massarenti**

@Massarenti24



Riccardo Iacona, autore dell'ottima puntata di *Presadiretta* su Rai3 del 13 gennaio scorso, così riassume il comportamento dei media nei confronti del caso Stamina: carta stampata 2, televisione 0. Ma il modo mostruoso con cui il solo programma *Le Iene* ha insistito nell'intervistare Vannoni e Andolina sulle meraviglie del loro inesistente "metodo", mettendo alla berlina gli scienziati seri che cercavano di dire la più semplice delle verità (o cercando di attirarli nei loro programmi, per poi esporli a noti "taglia-e-cuci", smorfie, "va beh" e supponente ignoranza) fa sprofondare la tv nell'abisso. Perché pur avendo le informazioni a disposizione, *Le Iene* non le hanno «raccontate» ma «selezionate e condizionate» riuscendo a un certo punto a influenzare anche parte della stampa (persino a Celentano è stato permesso di intervenire!), troppo spesso pronta ad adottare il deprecabile metodo dell'equidistanza tra "compassione" menzognera e dolorosa realtà. Ora che quest'ultima è a tutti più chiara, questo caso, come già quello di Di Bella, deve farci riflettere sulla fragilità deontologica dell'intero sistema della comunicazione.

Troppo spesso ci si dimentica che i fatti contano più delle opinioni e devono avere la priorità assoluta, fin dall'inizio. Come abbiamo fatto in queste pagine, fin dal primo esplodere dell'increscioso caso, dall'agosto 2012. Altrimenti le pur legittime opinioni, e relative discrezionalità dei decisori pubblici, prendono derive insensate. E la confusione diventa totale. Al punto che Mauro Ferrari, presidente del nuovo Comitato scientifico ministeriale chiamato a valutare Stamina, nell'indecente puntata di mercoledì scorso de *Le Iene* - pensata per far intendere di non aver mai fatto alcuna pubblicità o propagandato l'efficacia di Stamina (il banner di Stamina è ora rimosso dal loro sito), ha fatto i complimenti a *Le Iene* per la loro «chiarezza», stigmatizzando «gli aspetti negativi associati a questa asprezza

e violenza nel dibattito». Così Ferrari ha mostrato di non essere all'altezza del delicato incarico. Non solo per ciò che ha detto (che è inqualificabile e offensivo per chi si è battuto per tenere accesa in tali difficili condizioni la fiaccola della ragione e della verità e scongiurare terribili rischi per il nostro SSN), ma per il suo intervento in una trasmissione che tanto inganno aveva già amplificato.

Cosa impariamo da un caso così disastroso? Che i politici (che di errori ne hanno fatti) e gli operatori dei media possono cadere in balia delle più viscerali emozioni, suscitate da chi aveva loschi interessi. Vanno quindi salutati con grande favore il premio Igor Man al giornalista di «La Stampa» Niccolò Zancan e la menzione speciale conferita dalla giuria del premio Galileo di Padova (di cui chi scrive fa parte) a Paolo Bianco, Elena Cattaneo, Gilberto Corbellini e Michele De Luca che, insieme ad altri scienziati, hanno difeso con efficacia e coraggio le ragioni della scienza e i malati. Si impara anche che è necessario che la politica si riappropri di un rapporto più stretto con la conoscenza (di qui la proposta di una riforma del Senato delle competenze e del saper fare). E che gli strumenti di comunicazione di massa evitino di rifugiarsi in un malinteso e ipocrita diritto di cronaca e invece facciano emergere la tensione della ricerca delle prove contro opinioni infondate e facili illusioni che, oltre a ingannare malati e Stato, mutilano ogni compassione e umana dignità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DROGA: USA, IN AUMENTO ALLARME MARIJUANA SINTETICA

(AGI) - Washington, 26 gen. - Dovremmo prepararci a fronteggiare un numero in crescita di patologie e decessi causati dalle droghe artificiali, tra cui la marijuana sintetica. A lanciare l'allarme e' un nuovo studio condotto dalla University of Colorado School of Medicine pubblicato sul 'New England Journal of Medicine'. L'indagine illustra i pericoli associati a queste droghe sempre piu' popolari ed e' partita da un'insolita emergenza registratasi a Denver, dove nell'estate del 2013 c'e' stato un notevole aumento di ricoveri correlati all'uso di marijuana sintetica. Lo studio ha valutato i casi di 263 persone arrivate al pronto soccorso tra il 21 agosto e il 19 settembre 2013 con sintomi simili, tra cui alterazione dello stato mentale, battito cardiaco irregolare e convulsioni. Circa il 10 per cento dei pazienti era stato ricoverato in terapia intensiva per difficolta' respiratorie con l'assistenza di un ventilatore. La marijuana sintetica e' spesso etichettata come incenso, pot-pourri o miscela di erbe da fumare. Si vende sotto una vasta varieta' di nomi, tra cui Black Mamba, K2 e Spice, ed e' una miscela di erbe e spezie essiccate spruzzate con sostanze chimiche che, quando affumicate, creano uno stordimento che dovrebbe essere simile a quello del tetraidrocannabinolo, il principale ingrediente attivo della marijuana. In realta', si tratta di prodotti che possono causare sintomi molto piu' gravi della comune erba. "Le persone non si rendono conto di quanto possano essere pericolosi per la loro salute questi prodotti sintetici", hanno spiegato gli autori dello studio. "La mariujana sintetica ha effetti sulla serotonina e su altri recettori stimolanti del cervello e puo' portare a delirio, convulsioni e ictus", ha concluso.

stampa | chiudi

PRIME LINEE GUIDA

Sì allo sport per i giovani con cardiopatie congenite

La maggior parte può fare esercizio senza rischi e con molti benefici. Essenziale valutare cinque parametri per la scelta

NOTIZIE CORRELATE

FORUM - Cuore

Fra tutti i bambini con cardiopatie congenite, appena uno su cinque, almeno una volta, ha ricevuto dal suo medico indicazioni per praticare un'attività fisica. È nella consapevolezza di dati come questo che gli specialisti dell'European Society of Cardiology e dell'European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation hanno deciso di stilare le prime linee guida mondiali sull'esercizio fisico nei bambini, adolescenti e giovani con patologie cardiache.

RACCOMANDAZIONI - Fino a oggi la maggioranza dei pazienti è stato infatti "protetto" e incoraggiato alla sedentarietà, piuttosto che all'attività fisica. «Invece la maggioranza dei pazienti può fare movimento, vedendo così migliorare sia la propria forma fisica che il benessere psicologico: i benefici dello sport sono gli stessi anche nei cardiopatici - spiega Werner Budts, cardiologo dell'Università belga di Lovanio e coordinatore delle linee guida del Working Group of Grown Up Congenital Heart Disease dell'EACPR -. La chiave è individuare l'attività fisica più adatta a ciascuno. Le nostre raccomandazioni vogliono rassicurare medici e pazienti, incoraggiandoli a uno stile di vita attivo che garantisca il massimo dei benefici unito al minimo rischio possibile». Oggi le cose sono infatti molto diverse rispetto a quando, appena due generazioni fa, gran parte dei bimbi nati con cardiopatie congenite moriva nel primo anno di vita: attualmente, segnalano i cardiologi, la popolazione di piccoli pazienti che arriva all'età adulta cresce al ritmo del 5 per cento annuo e sono sempre di più i soggetti che grazie ai progressi della medicina possono avere una vita praticamente normale, sport compreso.

CINQUE ELEMENTI - Le linee guida coprono un'ampia gamma di attività sportive e sottolineano l'importanza di una "prescrizione" di esercizio estremamente personalizzata, fatta dal cardiologo tenendo conto di cinque parametri emodinamici: la funzione ventricolare, la pressione arteriosa polmonare, il diametro dell'aorta, la saturazione arteriosa e la presenza di aritmie. «Una volta valutati questi elementi si può introdurre un programma di attività fisica di intensità appropriata per ciascun paziente: per questo le linee guida prendono in esame numerosi sport, così che ciascuno possa essere incoraggiato a trovare quello più adatto e più gradito - osserva Budts -. Abbiamo considerato sport "statici" come il canottaggio, per esempio, così come giochi di squadra: questi ultimi peraltro sono sempre da raccomandare per

l'effetto psicologico positivo che comportano, specialmente nei giovanissimi. Essenziale è tuttavia l'auto-monitoraggio da parte del paziente stesso: è importante che venga misurata spesso la frequenza cardiaca e vengano riferiti eventuali sintomi, così come è fondamentale non eccedere nella dose. Se poi ci si accorge che il proprio livello di forma è diverso da quello dei compagni di squadra è bene discuterne con il medico per trovare alternative». Sì allo sport quindi ma con ovvie cautele, per far sì che ciascuno possa praticarlo traendone vantaggi ma in tutta sicurezza. «Chi ha parametri emodinamici normali può sostanzialmente fare tutto ciò che farebbe una persona senza cardiopatie, solo chi ha lesioni residue deve attenersi a limitazioni: in alcuni specifici casi certe intensità di sforzo possono rivelarsi pericolose ed è quindi necessario essere un po' più restrittivi nella prescrizione dello sport per evitare danni. Detto ciò, la maggioranza dei giovani con cardiopatie congenite può praticare esercizio fisico, con un'influenza positiva sullo stile di vita in generale e perfino sul profilo di rischio cardiovascolare complessivo», conclude il cardiologo.

stampa | chiudi

Salute

Copie giovanissime I dati drammatici di una ricerca italiana

Anche l'adolescenza è brutale

Aggressioni per una ragazza su dieci

Per molti studenti
gelosia, controllo,
dominazione
risultano essere
«accettabili»

Nel nostro Paese solo
rare iniziative
per prevenire
la prevaricazione
tra partner

Molto diffusa sembra essere la violenza all'interno delle coppie adolescenti. Lo indica uno studio realizzato su studenti liceali italiani da Patrizia Romito, del Laboratorio di Psicologia Sociale e di Comunità, Unità di Psicologia - Dipartimento di Scienze della Vita dell'Università di Trieste, con la partecipazione di suoi collaboratori. Lo studio è stato pubblicato sulla rivista *Violence Against Women*. Da esso risulta che oltre il 43% delle ragazze e il 34% dei ragazzi sono stati oggetto di una qualche forma di violenza psicologica, sessuale, o fisica perpetrata dal partner, e una ragazza su dieci ha subito un insieme di violenze gravi. Un fenomeno non privo di conseguenze, dal momento che c'è una relazione tra violenza subita ed esiti psicologici.

«Effettuato un controllo rispetto ad altri possibili tipi di violenza e ad altre possibili variabili, lo studio ha fatto emergere un'associazione tra violenza messa in atto dal partner e salute mentale delle studentesse, con una probabilità almeno doppia di incorrere in sintomi da attacchi di panico, di depressione, in problemi di comportamento alimentare, e pensieri suicidi» dice Romito. Meno evidenti le conseguenze psicologiche sugli studenti maschi, che hanno reazioni soggettive meno intense all'atto di soprano condotto dalla partner, al limite dell'indifferenza. Le studentesse, invece, hanno reagito con pa-

ura, umiliazione e rabbia e si sono sentite ferite da un punto di vista psicologico.

Quello che la ricerca condotta dalla dottoressa Romito non è riuscita a sciogliere è l'incertezza sulle due ipotesi oggi più diffuse tra gli addetti ai lavori rispetto alle differenze di risposta psicologica esistenti tra adolescenti maschi e adolescenti femmine. Secondo l'ipotesi "vulnerabilità femminile", le donne sarebbero per loro natura più vulnerabili agli effetti della violenza e quindi ne subirebbero maggiori conseguenze psicologiche; secondo l'ipotesi della "esposizione differenziale", invece, le ragazze mostrerebbero maggiori problematiche psicologiche o veri e propri disturbi psichici, proprio perché sono oggetto di più frequenti e più intensi episodi di violenza, e quindi non per una loro intrinseca fragilità. «La ricerca non offre una risposta definitiva poiché troppo diverse sono le vite e le esperienze di maschi e femmine per confrontarli automaticamente — spiega Romito —. Tuttavia, due punti sono chiari: se consideriamo le violenze in ambito familiare o relazionale, le ragazze e le donne subiscono violenze più frequenti e più gravi; ma anche i ragazzi e gli uomini possono essere vittime, e anche loro, al di là di una facciata di insensibilità, possono risentirne psicologicamente».

Un aspetto inusuale di questo

studio è consistito nel ritorno che i ricercatori hanno dato ai licei che erano stati coinvolti. Sono stati effettuati meeting con ragazzi e professori, durante i quali c'è stata una possibilità di ulteriore confronto. «Per molte coppie di studenti comportamenti come la gelosia estrema, il controllo, la dominazione, la pressione sessuale e anche un certo livello di violenza fisica risultava essere praticamente accettabile — dice la professoressa Romito —. In Italia sono rari gli interventi finalizzati a informare gli adolescenti sulla violenza e a prevenire quella del partner. Si tratta comunque di interventi per i quali non è stata fatta alcuna valutazione sulla loro possibile efficacia reale, e al momento in cui abbiamo realizzato la nostra ricerca non esisteva neppure un sito Internet dedicato proprio alla violenza tra adolescenti». Così il sito è stato poi realizzato dallo stesso gruppo di ricerca: www.units.it/noallaviolenza e successivamente migliorato man mano, proprio grazie alle indicazioni giunte da parte degli stessi studenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanita': Mondì Vitali propone modello Italia. Intervista a Balduzzi

(ASCA) - Roma, 26 gen 2014 - Secondo seminario di studio promosso dall'Associazione Mondì Vitali, un network ispirato al pensiero e all'opera del sociologo cattolico-democratico Achille Ardigò, presidente l'on. Renato Balduzzi, al quale abbiamo chiesto un giudizio sui lavori, dedicati a "La sanita' e' un mondo vitale?".

D. Prima l'Europa, poi la sanita'. Quale il percorso di Mondì Vitali?

R. "Il nostro programma e' di investigare aspetti e settori importanti del nostro Paese, per verificare se e in quale misura riescono a favorire quelle relazioni intersoggettive dotate di senso, appunto quei mondi vitali secondo l'insegnamento di Ardigò, che costituiscono o possono costituire una speranza per il nostro Paese. Abbiamo avviato lo scorso novembre una riflessione sull'Europa, vista da noi non come la nemica fredda e distante, ma come la grande opportunita' per gli italiani, che hanno bisogno di piu' buona Europa in Italia e che al tempo stesso possono e devono portare piu' buona Italia in Europa. La sanita' era la continuazione naturale di questa prospettiva: comparto tra i piu' avanzati in Italia, certo non privo di problemi, ma soprattutto ricco di potenzialita' grandissime. Un vero e proprio modello Italia".

D. Perche' la sanita' italiana costituisce un modello?

R. "Nel nostro incontro e' stato il presidente della Caritas italiana, il vescovo di Lodi mons. Giuseppe Merisi, a dire con grande chiarezza che se il sistema sanitario italiano merita un giudizio complessivamente positivo lo deve proprio alla capacita' di tenere insieme il momento del curare con quello del prendersi cura, riuscendo cosi' a non confondere il necessario rispetto della regola con la sua applicazione burocratica in senso deteriore. Si tratta, come ha detto con efficacia il rappresentante della sanita' religiosa dell'Arise, Domenico Galbiati, di riportare la malattia dentro l'orizzonte di senso della vita. E questo e' stato il filo conduttore dei numerosi interventi, cito per tutti quelli dello scienziato Angelo Vescovi, del presidente dell'Enpam Alberto Oliveti, della vicepresidente della Fondazione Cariplo Mariella Enoc, dell'oncologo Dino Amadori".

D. Ma in che senso la sanita' puo' essere descritta e intesa come un mondo vitale?

R. "Sappiamo che la sanita' e' anche una comunita' di esseri umani legati da relazioni non solo formali e, quindi, mondi vitali essi stessi. Nel sistema sanitario operano piu' soggetti (dalle diverse professionalita' mediche e sanitarie ai produttori, dai malati e dalle loro famiglie al volontariato) che costruiscono quotidianamente un tessuto vitale. Nel suo ultimo Rapporto annuale il Censis ha messo in risalto quanto sia importante per la buona sanita' fare leva sull'empowerment degli operatori in modo da ottenere importanti risultati anche in termini di efficacia e qualita' dei servizi. E, quanto al volontariato, interi sottosettori della sanita' italiana non sarebbero neppure pensabili prescindendo dal suo apporto. Si tratta di dimensioni da mettere a tema e da valorizzare".

D. Nell'incontro di mercoledi' alla Camera molti interventi, hanno sottolineato la necessita' dell'empatia con il paziente e con il suo sistema di relazioni personale, familiare e sociale?

R. "La base di partenza ideale della nostra riflessione e' stata proprio un passaggio di un recente discorso di Papa Francesco a un convegno internazionale di medici cattolici, dove si afferma che "la credibilita' di un sistema sanitario non si misura solo per l'efficienza, ma soprattutto per l'attenzione e l'amore verso le persone, la cui vita e' sempre sacra e inviolabile". E' il tema cruciale di ogni sistema sanitario, la ricerca del difficile equilibrio tra le esigenze di cura e quelle dell'efficienza dei servizi erogati".

D. Che e' poi il tema della sostenibilita' dei nostri sistemi sanitari ...

R. "Si, con la precisazione che si tratta di una sostenibilita' non solo economica. Certo, dobbiamo confrontarci con i temi della messa a regime del sistema di valutazione delle prestazioni sanitarie e dei loro esiti, della creazione di un sistema di compartecipazione alla spesa piu' equo-omogeneo-trasparente e della capacita' di organizzare meglio la spesa privata cosiddetta out of pocket. Ma ugualmente dobbiamo porci il tema della sostenibilita' istituzionale del nostro sistema e, ultimo ma non minore, quello della sua sostenibilita' etico-culturale".

D. Che cosa intende Mondì Vitali per "sostenibilita' istituzionale"?

R. "Significa dare un assetto stabile al rapporto tra l'autonomia professionale-organizzativa-territoriale e la tutela della salute, così come molto saggiamente delineato nel disegno costituzionale. La scelta del nostro Costituente, ribadita nella revisione costituzionale del 2001, di affidare i compiti in materia di salute alle Regioni, dentro un quadro di principi statali comuni, richiede, ai fini di una sua attuazione ed applicazione idonee ad assicurare una, almeno tendenziale, omogeneità nella tutela della salute su tutto il territorio nazionale, il consolidamento di tecniche e di percorsi di autonomismo responsabile. La prossima revisione costituzionale dovrebbe muovere proprio da questa esigenza".

D. Voi avete insistito molto anche sulla "sostenibilita' etico-culturale" ...

R. "Esatto. Sembra diffondersi tra i cittadini un indebolimento della fiducia nella bontà del disegno di fondo, universalistico e decentrato, del nostro sistema sanitario. Ecco perché la domanda sulla sanità come mondo vitale è centrale. Come migliorare in sanità quella che Ardigo chiamava l'empatia sistemica"? Non sempre tutti gli operatori sanitari sono realmente orientati più a risolvere la problematica in esame che non ad adempiere ad una prescrizione normativa. Per migliorare tale empatia, è appunto importante tenere insieme, da un lato, curare e prendersi cura e, dall'altro, professionalità (intesa come conoscenza delle regole e della pratica dell'arte) e vitalità (come capacità di adattarsi alla situazione, massimizzando l'appropriatezza e l'efficacia dell'azione). Qui la riflessione etica-spirituale (al convegno hanno preso parte anche il cardinale Giuseppe Versaldi e il vescovo Lorenzo Leuzzi) si è legata con la riflessione scientifica e con quella organizzativa".

D. C'è stata una riflessione sul ruolo del profitto in sanità.

R. "Sì, siamo stati molto chiari. Il profitto in sanità non va, in sé, demonizzato, lo hanno detto molto bene la dottoressa Enoc e l'ex-ministro Maria Pia Garavaglia. Quella che va evitata è la ricerca del massimo profitto, che tende a mettere in ombra lo scopo primo dell'azione sanitaria e la assoggetta ad altre logiche, non vitali e distruttive del bene comune (da questo punto di vista, la sanità "pubblica" potrebbe essere maggiormente vitale di quella "privata"). Così pure vanno identificate ed evitate le cattive pratiche del cosiddetto difensivismo, cioè l'azione volta, più che a risolvere il problema dell'altro, a proteggere se stessi da possibili rischi e responsabilità (una sanità che sbaglia non è certo una sanità vitale, ma una sanità troppo bloccata dalla paura di sbagliare e è ancor meno vitale) e il suo fratello gemello, il burocraticismo, che troppo spesso si accompagna con la mancanza di capacità di relazionarsi al paziente e di trovare la soluzione ai suoi bisogni (e, da questo punto di vista, la sanità "privata", non sottoposta a troppe norme, potrebbe essere più vitale di una sanità "pubblica" soffocata dai regolamenti e dai controlli burocratici)".

D. Nelle conclusioni del Convegno il sen. Mario Monti ha auspicato con forza che Mondì Vitali prosegua il cammino avviato in questi mesi. Quali sono i prossimi appuntamenti?

R. "Il professor Monti ha riassunto con puntualità il senso e le intenzioni del seminario e, più in generale, dell'Associazione. Pur essendo nati da pochi mesi, esiste già una promettente rete territoriale, animata per lo più da giovani. Abbiamo voluto che ciascuna associazione locale sia autonoma dal punto di vista organizzativo e operativo. Fanno da collante il sito nazionale(www.associazionemondivitali.it) e i seminari alla Camera (sinora, oltre a Europa e sanità, abbiamo proposto una riflessione sul rapporto tra politica e mondi vitali, con un importante intervento di Giuseppe De Rita). A febbraio, esattamente il 26, ci interrogheremo su "Le Regioni sono un mondo vitale?" e, a marzo, è una proposta dello stesso Monti, proporremo la rilettura di un lavoro di Ardigo' del 1980, intitolato "Crisi di governabilità e mondi vitali" che, a distanza di anni, è sorprendentemente attuale".

http://www.asca.it/news-Sanita_Mondi_Vitali_propone_modello_Italia_Intervista_a_Balduzzi-1357886-ATT.html