

La scomparsa del pediatra “Mancano i medici per due milioni di bambini”

Tagli alla sanità, chi va in pensione non è sostituito

CORRADO ZUNINO

ROMA — Ai nostri figli mancheranno anche i pediatri. Ad alcuni, perlopiù al Nord, perlopiù in provincia, già mancano. Il mulino dei pensionamenti sanitari sta espellendo seicento professionisti l'anno dalla rete dei medici per i bambini mentre la cucina delle scuole di specializzazione, sono 43 in Italia, ogni grande università ne ospita una, nel 2010 ha sfornato solo 229 giovani pediatri.

Il saldo umano netto tra chi esce e chi entra — meno 371 l'anno scorso — oggi mette in difficoltà pezzi interi della provincia italiana. Le prospettive future, con il dimezzamento dei professionisti italiani nei prossimi vent'anni, fa alzare l'allarme alla Società italiana pediatri: «Rischiamo di distruggere un gioiello della nostra Sanità copiato nel resto d'Europa». Quello della pediatria, ecco, sembra il percorso conosciuto dalla scuola elementare: un sistema d'eccellenza riconosciuto nel mondo azzoppato, nelle ultime stagioni, dai tagli di Stato.

L'Italia con la disoccupazione giovanile al trenta per cento e una difficoltà crescente ad erogare cure alla terza età oggi «lasciascoperti», sostiene lo studio Sip, due milioni e duecentomila bambini. Scoperti, spiegano i tecnici, significa che non c'è un pediatra di territorio nel quartiere o nel paese, né una struttura vicina che possa offrire questa figura iperspecializzata.

«La grande crisi oggi si registra negli ospedali», spiega Giovanni Corsello, vicepresidente della Sip, una cattedra di Pediatria all'Università di Palermo. «I pensionamenti coniugati alle politiche di risparmio lasciano posti vacanti e così crescono i

reparti che non possono garantire un pediatra di guardia ventiquattro ore su ventiquattro».

Sono storie contemporanee quelle di genitori che vivono nell'arco delle province del Nord, dal Piemonte al Veneto, e che per ottenere la ricetta per il farmaco antireflusso o tamponare un'emergenza clinica devono salire in auto e raggiungere un pediatra lontano. In altri casi conoscono — è la prima volta nel campo della cura dei bambini — le liste d'attesa.

L'associazione pediatri ha individuato nel 2020 il punto di non ritorno. «Senza politiche d'intervento entro dieci anni non saremo più in grado di curare i nostri figli». Le previsioni dicono che fra 15 anni il 50% dell'attuale “forza pediatrica” (14.300 specialisti) sarà in pensione e fra venti si arriverà al 76%: numeri che renderebbero impossibile la cura dei bambini nella fascia da zero a sei anni. Ad essere colpito dallo sbilanciamento sarà soprattutto il Centro-Sud, con le sue Regioni sottoposte ai piani di rientro finanziario e con minori risorse per collocare i pediatri. È già in atto un fenomeno migratorio verso il Nord, dove le erogazioni pubbliche sono superiori e la domanda per coprire gli organici più forte.

«Il ministero della Salute deve lasciare salire i numeri dei nuovi pediatri da immettere sul mercato e dare vita all'integrazione tra lo specialista di famiglia e gli ospedali». Potrebbe nascere un nuovo luogo, il presidio pediatrico, a metà tra l'ospedale e il medico di riferimento.

Chiude Corsello: «Non è pensabile arretrare in questo campo visto che si sta affermando una teoria di pensiero che chiede al pediatra di seguire un ado-

lescente oltre i quattordici anni, previsti oggi, arrivando fino ai diciotto».

Il presidente della Sip, Alberto Ugazio, per evitare di dover ragionare nei prossimi anni in una logica emergenziale ha chiesto ai ministri della Salute e dell'Istruzione, Ferruccio Eazio e Mariastella Gelmini, di aumentare le borse di studio per l'accesso alle scuole di specializzazione. Nell'ultimo anno sono state 212.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

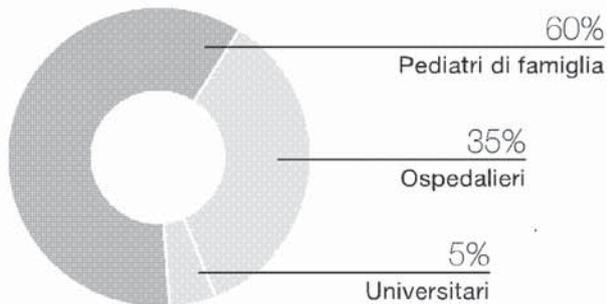
“In crisi soprattutto gli ospedali. Entro dieci anni non riusciremo più a curare i nostri figli”



I pediatri in Italia

Oggi

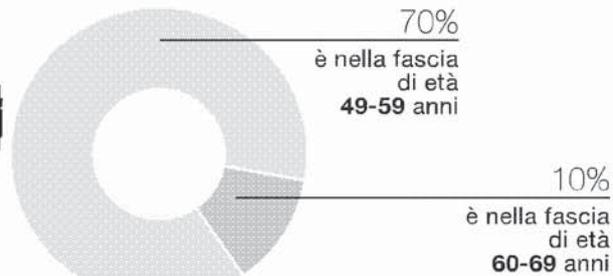
14.300



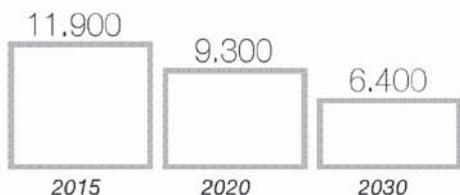
Pensionamenti

500-600 l'anno

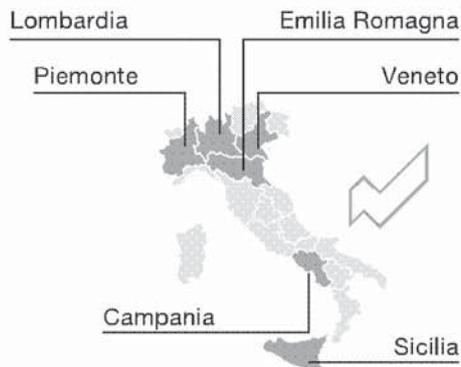
Pediatri in attività



Previsione



Regioni in difficoltà



Deficit al 2010

su 8 milioni e 700 mila bambini (0-14 anni)

2 milioni e 200 mila non hanno un pediatra di riferimento



Nuovi pediatri

229 l'anno

3 scuole di specializzazione

Numero di assistiti per pediatra 800 (massimo 1000)



L'intervista

Ma per il titolare della Salute non c'è un quadro generale del fabbisogno

Il ministro Fazio: "Giusto l'allarme allarghiamo gli accessi alle scuole"



SALUTE
Ferruccio Fazio,
 66 anni,
 ministro della
 Salute dal 15
 dicembre
 2009

ROMA — Ministro **Ferruccio Fazio**, perché non si possono allargare le quote di pediatri che escono dalle scuole di specializzazione?

«Noi le quote le stiamo allargando, nel 2011 si passerà da 212 pediatri specializzati a 266. E non è stata un'operazione semplice».

Perché?

«Per allargare le quote alle scuole di pediatria abbiamo dovuto toglierle ad altre scuole di specializzazione. In Italia, sa, sono cinquemila».

I pediatri mancano, è una certezza.

«Questo l'abbiamo capito in maniera inductiva, ma il problema è che non abbiamo il quadro completo del fabbisogno della Sanità italiana. Attendiamo le risposte delle Regioni, solo allora potremo fare un quadro d'intervento: dove consentire l'allargamento della borsa e in quali specialità, invece, restringere ulteriormente. Ci sono discipline dove i posti disponibili sono meno dei nuovi medici specializzati».

Quando interverrete, allora, in maniera strutturale?

«C'è già una bozza d'intenti firmata con il ministro dell'Istruzione Gelmini. Diciamo entro la fine dell'anno la situazione sarà più chiara. L'allarme pediatri, però, è concreto e così abbiamo concesso un allargamento in corsa».

(c.z.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

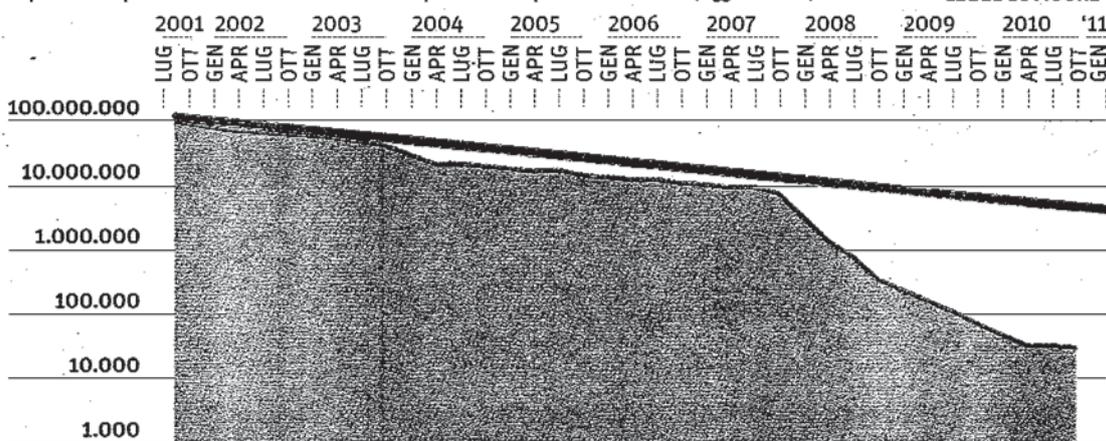


copertina > GENOMA PER NOI

È L'ALBA DELLA GENOMICA **personale**

Da 100 milioni a 10mila dollari

Curva del costo in \$ del sequenziamento del genoma nel periodo che va dal luglio del 2001 a ottobre 2010. Da notare: come la nostra capacità di produrre sequenze di Dna stia diventando molto superiore alla capacità di analizzarle (leggi di Moore)



Fonte: National Human Genome Research Institute

Costi a precipizio. Nel 2004, un sequenziamento era costato 3 miliardi, ma solo 4mila nel 2010. I costi dei laboratori Nhgri (nel grafico sopra) non sono ai valori di mercato. «L'anno scorso, due società offrivano il genoma a meno di 10mila \$», assicura Church.

Il pioniere George Church: «Nel 2012 un milione di persone analizzerà il Dna: è alla portata di tutti»

DI MARCO MAGRINI

Pubblichereste sul web il vostro genoma? Rendereste pubbliche le istruzioni, scritte nell'alfabeto ACGT del Dna, per fabbricare voi stessi? George Church non ha avuto dubbi. Anzi, è stato il primo a farlo.

Il 56enne, altissimo e barbuto professore di genetica a Harvard, è il donatore N.1 del Personal Genome Project da lui cofondato: una banca di dati genetici *open source* che punta a rendere noti i genomi di 100mila volontari (al momento soli cittadini

americani) con le informazioni sanitarie annesse. «Per raccogliere le enormi promesse della genomica, c'è bisogno di un'elevata qualità nell'interpretazione delle sequenze. Dunque, cosa c'è di meglio che condividerle su scala mondiale, via internet?», dice Church, famoso per i suoi numerosi contributi allo storico Human Genome Project.

A quei tempi, per il primo sequenziamento di un genoma umano, ci vollero 14 anni. Oggi, è questione di ore. Appena cinque anni fa, si favoleggiava dell'analisi genomica da mille dollari. A detta di Church, ce l'avremo fra due anni: «il nuovo obiettivo è 100 dollari». Siamo alla vigilia di una nuova era. L'era della genomica personale.

«Negli ultimi sei anni - spiega Church, raggiunto per telefono nel suo ufficio - i costi del sequenziamento sono scesi di un milione di volte. Oggi i costi nudi si aggirano sui 2 o 3mila dollari, anche se i prezzi

sul mercato vanno dai 9mila in su. Ma saremo a mille dollari entro un anno. E poi a 200 nel 2012».

Per uno scienziato che si occupa di genetica da 35 anni e che, già da teenager, sognava di decodificare la struttura atomica degli esseri viventi, è qualcosa di più di un momento magico. «A questi prezzi, tutte le strutture sanitarie si doteranno presto degli strumenti per l'analisi genomica. Anche perché, viceversa, mi attendo lunghe file di gente davanti agli ospedali che ce l'hanno».

Ma non è finita qui. «Le macchine stanno andando sempre più veloci. L'anno scorso, sono stati sequenziati i genomi di 3mila persone. Quest'an-



no, mi aspetto che saranno dieci volte di più. Poi un milione nel 2012 e, da lì in poi, quasi tutti quanti».

Tutti quanti? Professore, non sta esagerando? «Non c'è bisogno di molte storie di successo, per convincere la gente. Pensi al recente caso di quel bambino del Wisconsin che, per problemi all'apparato digerente, era stato operato cento volte nei primi quattro anni di vita. L'analisi genomica ha rivelato che aveva in realtà un deficit immunitario; ora sta benissimo. Non sto parlando di trovare nuovi farmaci che richiedono anni e anni per arrivare sul mercato. Sto parlando di risolvere problemi clinici in una settimana».

Secondo Church, il celebre dilemma dei genitori che vorranno figli con gli occhi blu, è risibile. «I genitori desiderano per i figli una vita migliore. Siccome i test scolastici in genere determinano gli studi e quindi che lavoro farai, chi sposerai, dove vivrai, se potranno usare i geni a questo fine, non per il colore degli occhi, lo faranno».

Ma non è questo, quel che appassiona Church da quand'era ragazzino. «Semmai, tutti vorranno un'analisi del proprio genoma, quasi una polizza antincendio. Nessuno pensa: i miei genitori non hanno mai avuto un incendio, quindi posso fare a meno dell'assicurazione. Se è alla portata, tutti vogliono sapere i rischi che corrono, e prevenirli». Il professor Church, ad esempio, sa di essere incline alla dislessia, agli attacchi cardiaci, al carcinoma e alla narcolessia. Per chi sa leggerlo, c'è scritto anche nel suo genoma pubblico.

Ma qui sta il problema: come interpretare bene quei zupila geni nascosti fra miliardi di basi azotate ACGT. Ecco perché Church ha dato il via al Personal Genome Project, noto anche come Pgp. Ed ecco perché ha co-

fondato la Knome, società di servizi genomici che offre - giustappunto - interpretazioni del Dna di alta qualità grazie a software e tecnologie di proprietà. «Come professore, partecipo a una ricerca di base che può anche non avere applicazioni pratiche», dice Church nello spiegare le sue tre vite dedicate alla genomica. «Con il Pgp possiamo incrociare i dati genetici e personali di volontari, che non farebbero mai lo stesso con una società commerciale. E con la Knome non ci concentriamo sulla ricerca, ma sulla qualità unita alla velocità». Tre mestieri diversi, con un minimo comune denominatore: conoscere, innovare. Quindi curare.

Ai suoi occhi, c'è una prateria di possibilità: controllare il sangue per monitorare i fattori ambientali di rischio per il proprio profilo genetico; sequenziare il genoma di un tumore per formulare la terapia su misura del paziente. «Ma in generale - dice - sarà straordinario usare la genomica non per le diagnosi, ma per le cure». Domani. Non dopodomani.

L'alba della genomica personale è arrivata prima del previsto. «Quand'ero un ragazzino non immaginavo quanto la ricerca andasse lentamente», riassume Church. «Ma neppure immaginavo che si sarebbe messa a correre alla velocità di oggi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

❖ ... Il Dna non è
il nostro destino.
Anche misurare la pressione può
darci notizie negative sulla
nostra salute, ma
questo non è un buon motivo
per astenerci dal fare queste analisi
Thomas Goetz, Wired

MORBO DI ALZHEIMER L'origine è nel fegato

E se il cervello fosse solo il terminale, e non l'origine del danno della demenza? Se tutto iniziasse nel fegato? La suggestiva ed eterodossa ipotesi sui meccanismi che presiedono all'instaurarsi del morbo di Alzheimer è stata avanzata dai neurologi dello Scripps Institute di La Jolla sulle pagine del «Journal of Neuroscience Research». Lo studio è stato incentrato sugli mRNA, frammenti di materiale genetico con funzione regolatoria, che sono stati studiati in 40 diversi tipi di topi geneticamente modificati. È emerso che gli mRNA collegati alla produzione di presenilina 2, una delle proteine più importanti per la formazione delle placche amiloidi (i depositi che devastano il cervello) non si trovano nel sistema nervoso, ma nel fegato. La controprova è l'effetto di un farmaco già in uso come antitumorale, l'*imatinib*, che in vitro riduce la formazione delle placche: dopo una settimana di terapia, gli animali trattati con il farmaco mostrano una netta riduzione delle placche nel cervello e nel sangue. Gli autori sperano di poter presto procedere ai primi test nell'uomo. (a.cod.)



Dati confortanti sulle cure per il carcinoma renale

DI CAMILLA CACCIAMANI

I dati che riguardano gli ultimi cinque anni di ricerca farmacologica nel carcinoma renale danno buone speranze per immaginare un futuro sempre più positivo per i malati di questa patologia. “Medici e pazienti italiani dimostrano un ottimismo superiore alla media europea – conferma il Prof. Francesco Cognetti Direttore del Dipartimento Oncologia Medica dell’Istituto Regina Elena di Roma – che scaturisce



Francesco Cognetti

dalle risposte alle cure con farmaci di nuova generazione che, nel caso di una patologia rara come quella del carcinoma renale, hanno portato a significativi miglioramenti clinici. Rispetto al resto d’Europa gli oncologi italiani hanno dichiarato un ottimismo condiviso anche dai propri pazienti rispetto alle terapie con i nuovi farmaci biologici, come ad esempio il sunitinib, come trattamenti terapeutici innovativi che hanno reso complessivamente migliore la qualità della vita dei pazienti, oltre a prolungarne la sopravvivenza. Tali farmaci, andando ad interferire con i meccanismi di crescita cellulare e ad impedire l’afflusso di sangue al tumore, permettono di ottenere risultati clinici impensabili fino a pochi anni fa. La consapevolezza che una cura efficace porta a soddisfare l’esigenza clinica di una risposta positiva e migliorativa della vita del paziente nella gran parte dei casi trattati, giustifica l’entusiasmo dei medici italiani rispetto alle nuove opzioni terapeutiche. In generale, tuttavia, si lamenta una carenza di fondi destinati al trattamento di queste patologie e tempi approvativi lunghi per avere a disposizione nuove terapie innovative”.



Otto marzo Ogni anno in Italia a 40.000 pazienti di età compresa tra i 35 e 40 anni viene diagnosticato un tumore al seno

Nell'ospedale di Caserta è attiva l'Unità operativa di senologia in grado di offrire ogni forma di assistenza, chirurgica e oncologica

Donne e salute, sfida all'assassino silenzioso

Claudio Coluzzi

Aumenta il rischio per le donne europee di ammalarsi di tumore al seno. Negli ultimi 10 anni l'incremento è stato stimato attorno al 25%. Particolarmente alto il rischio per le donne con meno di 40 anni.

In Italia il tumore al seno, secondo il rapporto che sarà presentato oggi al Senato, rappresenta la prima causa di morte nella fascia di età tra i 35 ed i 50 anni; ogni anno tale patologia viene diagnosticata a circa 40.000 donne.

A Caserta, presso l'ospedale civile è attivo un centro di eccellenza per la senologia che consente alle donne di evitare viaggi della speranza in nord Italia per operarsi e curarsi adeguatamente. Infatti la Direzione Generale dell'Azienda ospedaliera di Caserta istituiva già nel 2007 una Breast Unit - Unità Operativa di Senologia, diretta dal dottor Gianpaolo Pitruzzella.

«Nella Azienda Ospedaliera di Caserta - dice il dottor Pitruzzella - gli interventi chirurgici sulla mammella sono passati dal 25 del 2007 agli oltre 150 previsti per il 2010 (con un

incremento di oltre il 600%). Le visite ambulatoriali stanno seguendo lo stesso trend di crescita (oltre 1000 all'anno). Da noi alla paziente che si presenta in ambulatorio per qualsiasi problema inerente la mammella vengono assicurate tutte le tecniche diagnostiche e

terapeutiche su elevati standard professionali quali ad esempio Fnac (ago aspirato eco guidato), Core biopsy (tru cut per esame istologi-

co), Mammotome (prelievo istologico rguidato). Riusciamo quindi ad assicurare nella stessa giornata la cosiddetta tripletta diagnostica: visita, ecografia e citologico».

Del resto la senologia è un settore cui anche l'attuale commissario dell'azienda ospedaliera, Antonio Postiglione, sta prestando grande attenzione anche attraverso un piano di comunicazione e informazione esterna coordinato dal direttore dell'unità operativa complessa ufficio stampa, Michele Izzo.

In sostanza alla paziente che abbia bisogno di intervento chirurgico

per patologia neoplastica viene garantito nello stesso tempo sia la parte demolitiva che quella ricostruttiva con protesi secondo i moderni canoni dettati dai centri di senologia di riferimento nazionali ed internazionali.

Viene attuata di routine la tecnica del linfonodo sentinella che è il primo linfonodo ad essere raggiunto da eventuali metastasi a partenza da tumori maligni che diffondono per via linfatica.

«La donna che si rivolge a noi - aggiunge il dottor Pitruzzella - segue un percorso prioritario che comprende tutte le figure professionali

atte a fornirle l'assistenza di cui ha bisogno: a partire dall'equipe chirurgica dedicata comprendente anche il chirurgo plastico e proseguendo con l'anatomopatologo, l'oncologo, il radiologo, il fisiatra, la psicologa dedicata.

La psicologa dedicata è sempre presente nel seguire la donna in questa delicatissima fase della propria esistenza accompagnandola durante tutto il percorso diagnostico terapeutico e continuando a seguirla per tutto il tempo necessario».

Ogni anno la senologia di Caserta ha due appuntamenti fissi, a Natale ed a maggio, per le periodiche inizia-

”
Screening
In un anno
oltre 1000
persone
sono state
visitate
negli
ambulatori

”

Interventi
Nel 2010
è stato
registrato
un aumento
del 600%
delle
operazioni

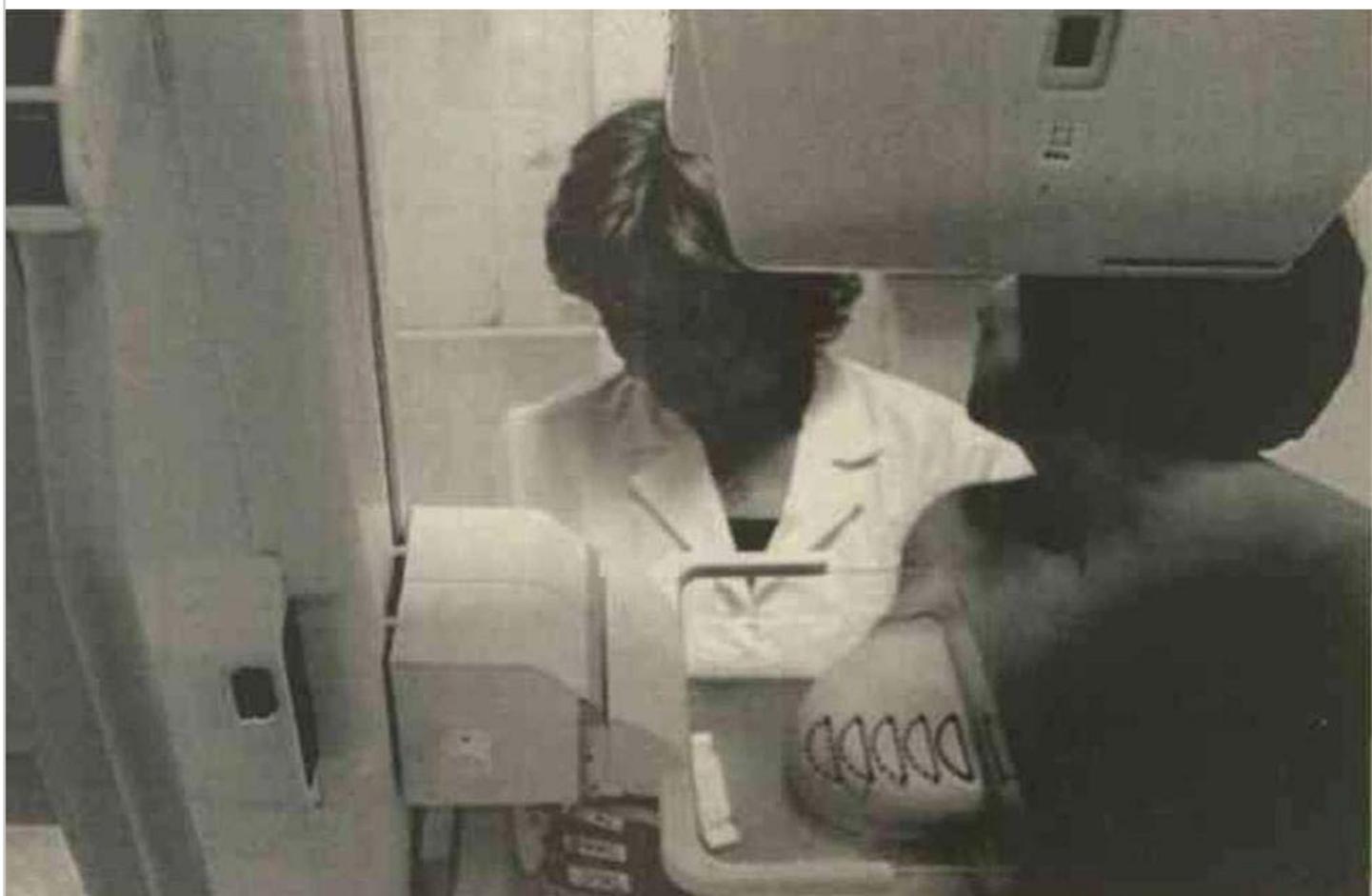
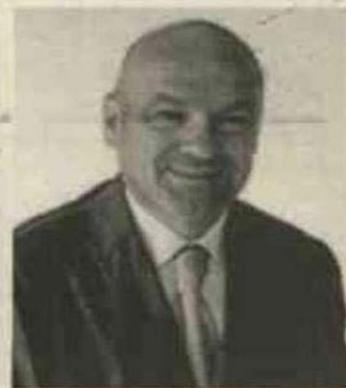


tive gratuite di visite di prevenzione delle patologie mammarie.

I medici di base sono stati sensibilizzati alla preparazione di liste di loro pazienti per le quali si ritiene necessario uno screening mirato. L'equipe dei medici senologi della Breast Unit di Caserta ha inoltre aderito con entusiasmo all'invito delle associazioni di volontariato femminili per effettuazione di visite presso i Comuni della provincia di Caserta più sensibili ai problemi della prevenzione.



Prevenzione Un esame presso l'Azienda Ospedaliera di Caserta e a lato il responsabile della Senologia, Gianpaolo Pitruzzella



Vivere insieme

a cura di Marta Raffinetti

DALLA TUA PARTE

Sanità: così le liste d'attesa si accorciano

In base all'ultimo rapporto del **Tribunale per i diritti del malato** di **Cittadinanzattiva** (www.cittadinanzattiva.it) nel nostro Paese per un'ecografia all'addome si deve aspettare fino a 340 giorni, per una Tac circa 220 giorni, l'anno per un intervento di chirurgia generale e 18 mesi per uno di ortopedia. Però, quello che rimane, nonostante i tanti interventi legislativi (nazionali e regionali), uno dei più gravi problemi del nostro sistema sanitario (e che, con molte famiglie sempre più impossibilitate per ragioni economiche a ricorrere alla sanità privata, rischia di compromettere il diritto di tutti alla salute) quest'anno potrebbe finalmente cominciare a ridimensionarsi. O almeno si spera, grazie al Piano per le liste di attesa 2010-2012 varato dal Governo alla fine dello scorso novembre e che dava un paio di mesi alle Regioni per emanare i propri ordinamenti (altrimenti varranno le regole nazionali).

Le novità Il nuovo Piano ha suddiviso le prestazioni presso le strutture pubbliche o convenzionate in 4 classi di priorità (urgente, a breve, differibile e programmata), fissa un tetto di 30 giorni per le prime visite e di 60 per i primi esami strumentali, individua 58 prestazioni da monitorare e crea percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie cardiovascolari e oncologiche. E se applicato dalle Regioni, ha spiegato il ministro della Salute Ferruccio Fazio, dovrebbe cambiare realmente le cose. Se le Regioni non lo faranno o perderanno tempo, spiega **Francesca Moccia, coordinatrice nazionale del Tribunale per i diritti del malato Cittadinanzattiva**, i tempi massimi di attesa rimarranno quelli previsti dal Piano nazionale, che sono comunque buoni. Anche se l'obbligo di rispettare i tempi d'attesa riguarda le prime visite e i primi esami diagnostici.

I codici di priorità In base al nuovo Piano sulle liste d'attesa (che si accompagna a quello sui **Centri unici di prenotazione, Cup**, nazionali, che saranno messi in

È uno dei più gravi problemi del nostro sistema sanitario, ma grazie al nuovo Piano la situazione dovrebbe migliorare



RICORDA CHE...

...quando una lista d'attesa è molto lunga e non è possibile effettuare

una prestazione entro i tempi massimi stabiliti, previo consenso della tua Asl di riferimento, potrai usufruire della prestazione in regime intramurario versando solo la quota del ticket se dovuta.

...se ti trovi di fronte a una prestazione negata e a un tempo d'attesa superiore ai limiti stabiliti, puoi inviare una denuncia all'Assessorato regionale della Sanità della tua Regione, al direttore generale della Asl e anche a PIT Salute di **Cittadinanzattiva**, sul cui sito trovi anche i moduli stampabili per i reclami.

...per accedere a esami, visite e terapie, si deve pagare un ticket che al massimo per ogni ricetta è di 36,15 €, ma in qualche Regione, come ha dimostrato una ricerca di **Altroconsumo**, può essere anche più caro (46,15 € in Sardegna, 45 € in Calabria) o prevedere voci aggiuntive per alcuni esami (Lazio e Molise). Esiste, però, una lunga serie di esenzioni per patologie, condizioni sociali (pensionati, invalidi, disoccupati) e reddito. Per questo informati presso la tua Asl.

rete con quelli regionali), il medico dovrà apporre sulla ricetta relativa alla prescrizione richiesta una lettera che indica il Codice di priorità assegnato.

"U" se si tratta di una prestazione urgente (entro 72 ore); **"B"** entro 10 giorni; **"D"** entro 30 giorni se si tratta di visite specialistiche ed entro 60 per accertamenti diagnostici; **"P"** se è una prestazione programmata. Sempre sulla ricetta il medico deve specificare se si tratta di prima visita/esame o di un controllo. Purtroppo i tempi massimi di attesa saranno rispettati solo per le prime visite e i primi esami e sono escluse le prestazioni di controllo e la prevenzione (screening). Sono infine previsti anche i tempi d'attesa per i ricoveri e i day hospital. In alcuni casi i tempi massimi d'attesa dipendono dal codice di priorità assegnato alla patologia e all'intervento (con classi da A a D, a partire da 30 giorni per le urgenze) in altri sono già determinati: entro 30 giorni per tumori a mammella, prostata, colon retto, utero, 60-120 per la coronografia e 90-180

giorni per la protesi d'anca). Il nuovo Piano, infine, prevede anche percorsi diagnostici terapeutici per l'area vascolare e quella oncologica per cui non possono trascorrere più di 30 giorni per la visita o l'inizio della terapia (intervento, chemioterapia, radioterapia).

Achille Perego

giornalista economico de Il Giorno

● La **Granarolo** di Bologna seleziona **20 neolaureati** ad alto potenziale da assumere dopo un percorso di selezione che passa attraverso un incontro di gruppo e poi un colloquio individuale. L'iniziativa, che rientra nel progetto **YounGranarolo**, prevede l'inserimento in aree come la ricerca e sviluppo, il marketing, l'assicurazione di qualità, la logistica e l'amministrazione e finanza. Un requisito importante è il possesso di una laurea (magistrale o specialistica) con un punteggio elevato (almeno 105/110). Chi supera le selezioni

FINE VITA CHI DISTORCE LA RELIGIONE

Filippo Di Giacomo

Le riflessioni di don Autiero sui temi etici:
«La vita è un dono di Dio, ma Dio non è un
arrogante padrone che spadroneggia sulla vita»

Don Antonio Autiero è un prete ambrosiano, insegna teologia morale all'università di Münster in Germania e martedì scorso, è stato intervistato da Eleonora Martini per Il Manifesto. Letta e meditata, la bella pagina che ci hanno consegnato ha tutti i numeri per essere segnalata come lodevole invito a non usare la legge sul fine vita, in discussione nel nostro parlamento, per scopi che non riguardano né il pensiero religioso né quello laico. Perché strumentalizzare i temi bioetici per irrigidire ancor più la politica italiana su un «appiattimento indecoroso sul presente», significa porre la nostra politica in condizione di collezionare ulteriori ritardi sulle grandi sfide imposte dalla modernità. Per un prete italiano, ciò che i confratelli di Milano pensano ha sempre molto valore, a maggior ragione se insegnano in Germania, Paese dove nel 2003 cattolici e luterani (lo ha ricordato Giovanni Pons sul settimanale Riforma) hanno firmato un documento comune sul fine vita apprezzato non solo per la conformità alla dottrina cristiana, ma anche per quella con la costituzione tedesca. Quella ambrosiana è vissuta, nel mondo cattolico del nostro Paese, come la Chiesa antagonista al centralismo romano. Infatti per mezzi, istituzioni, tradizione e carismi, è sempre stata l'unica diocesi a permettersi una serena autonomia morale. Una dimensione questa, altrove spesso negata ai cattolici italiani da chi subisce la tentazione di identificare nella prossimità con il potere, la missione specifica dell'agire ecclesiale. Dice don Autiero: «Se si considera la vita come un dono di Dio, non bisogna dimenticare che il Dio cristiano non è un arrogante padrone che spadroneggia sulla vita e sul diritto di disporre. Da un punto di vista teologico questo approccio al tema mi preoccupa molto, perché finisce per di-

ventare un pensiero non più sanamente religioso. Noi abbiamo ridotto in maniera troppo rozza questa idea di padronanza sulla vita ad un'idea di signoria di Dio sulla vita. Dio non è il padrone della vita ma è uno che signorilmente ne fa dono, e mette nella mente, nelle mani, nella volontà e nella responsabilità di ciascuno la capacità di farne qualcosa di dignitoso. Allora il discorso dall'indisponibilità si sposta su cosa ne facciamo della vita donata e in che modo abbiamo coltivato questo bene vivendo dignitosamente questa vita, sulla cura della dignità e della preziosità del dono che ci è stato affidato». Anche quando riflette sul fine vita infatti, un cristiano non sostiene di «avere» il corpo ma, testimonia di «essere» il proprio corpo. Giovanni Paolo II ha ricordato più volte: «il Creatore ha assegnato all'uomo come compito il corpo». L'incarnazione, il cuore del cristianesimo, il mistero ricordato a Natale ma celebrato dai battezzati in ogni istante della vita, afferma che Dio incontra l'uomo nel corpo, unica via per incontrarlo. «Il fine di tutto l'agire di Dio», ha scritto il teologo Friedrich Oetinger, «è la corporeità». Vivere la condizione umana significa vivere la propria corporeità. «Noi siamo stati santificati per mezzo dell'offerta del corpo di Cristo», insegna l'autore della lettera agli Ebrei, il quale, al capitolo 10 della stessa, prega Dio dicendo: «Tu non hai voluto né sacrificio né offerta per i peccati, un corpo invece mi hai preparato». Il corpo è il nostro modo di essere al mondo. Ma non bisogna essere esperti in questioni sociali per accorgersi che la nostra soggettività è ormai imprigionata in ciò che ci circonda, che entriamo in relazione solo con ciò che il conformismo culturale ci suggerisce di dire, sentire, vedere, annusare... Non parliamo, ma «siamo parlati» da ciò che le incursioni della mentalità dominante deposita nella no-

stre ormai sedate intelligenze. Il nostro giudizio diventa "conforme" quando imita quello di massa. Scommettere sul rispetto di se stessi invece, equivale a credere nella propria personalità e nella sua unicità. Per questo, affermano i fratelli Goncourt, solo quando l'ultimo poeta si sarà arreso, Dio sarà costretto a dirci: «Signori, si chiude». Per un cristiano avere fede consiste nel legare all'intelligenza il proprio cuore, uno spazio infinitamente sottovalutato dalla modernità e, di conseguenza, altrettanto infinitamente non coltivato. E non è solo un problema da cristiani. Più che di "grandi credenti" oggi c'è bisogno di "grandi viventi", persone che senza meditare su grandi teorie teologiche, senza perdere troppo tempo su vecchie storie laiciste, e senza tante parole, aprano il cuore alla vita, allo stupore per il bene, alla forza dell'amore. Alla fin fine, il cattolicesimo contemporaneo riassume così tante esperienze di amicizia, di bellezza, di preghiera, di gratuità che parlare di vita, dai suoi inizi al suo termine naturale, solo come mera dottrina morale appare quasi una caricatura. ❖



I RITARDI? LA RESPONSABILITÀ È DELLE ASL

«Partiamo da un dato di fatto: il fenomeno dei falsi invalidi è molto diffuso, anche fra chi si dichiara non vedente. Detto questo, le disfunzioni segnalate dall'Uic sono fondate». **Massimo Piccioni** (foto) è il presidente della Commissione medica superiore per l'invalidità civile dell'Inps. «Le prestazioni erogate dall'Inps per i ciechi totali sono 63 mila, quelle per i ciechi parziali 79 mila. A fronte di questi numeri, nei nostri archivi non vi sono informazioni sanitarie fino al 2007 e quindi, se non ce le forniscono le Asl, siamo costretti a chiedere ai beneficiari di verificare la loro condizione. **Solo un dato: nel 2009 su 200 mila disabili da controllare c'è arrivato solo il 9 per cento dei fascicoli». Le pensioni sospese prima dei controlli programmati? «La responsabilità è delle Asl che non rispettano**



i tempi previsti per le visite periodiche. Quando i nostri medici accertano che l'invalidità permane, reintegriamo i mesi indebitamente persi». Stesso discorso per i ritardi nelle concessioni delle indennità. «Sarebbe opportuna una maggiore collaborazione fra gli uffici pubblici. Intanto, auspichiamo la creazione di un tavolo permanente con le associazioni dei disabili: possono aiutarci a scoprire i furbi e ridurre i disagi di chi ha davvero bisogno». **E.Arc.**

Prima Conferenza nazionale delle donne in sanità, parla il sottosegretario **Francesca Martini**

Il futuro del Ssn? Rosa

di Ester Maragò

“L’aver scelto per la prima volta nella storia della sanità, un giorno per dire grazie alle donne è il minimo che si poteva fare”. Così il sottosegretario **Francesca Martini** presenta, l’8 marzo, la prima Conferenza nazionale “Il ruolo delle donne nell’evoluzione del Ssn. Da Maria Montessori ai giorni nostri”.

Sottosegretario Martini, diciamolo francamente, il nostro non è ancora un sistema per donne. Ora arriva la Conferenza nazionale, la prima del genere, e questo la dice lunga. È un segnale concreto di una svolta reale?

A mio avviso sì. Il Ssn è composto per la maggioranza da personale femminile e se si parla dell’Italia come una delle migliori sanità al mondo vuol dire che le donne qualche cosa hanno fatto. È quindi importante l’aver dedicato questa Conferenza al loro ruolo nell’evoluzione del Servizio sanitario nazionale partendo da Maria Montessori, che per me è un esempio e un faro di grande lungimiranza, qualità umana e scientifica. Una donna che ha impresso una svolta storica a una visione della medicina strettamente incentrata sulla patologia spostandola sulla persona. Da lei è nata la concezione della salute come stato di benessere, poi ripresa dall’Oms. Maria Montessori è il simbolo del cambiamento. E da questa Conferenza partiamo per girare pagina.

A proposito di svolte, nonostante la presenza delle donne abbia superato numericamente quella maschi-

Tante, ma ancora poco valorizzate. Ma per Martini la revanche delle donne è inevitabile: la sanità deve appropriarsi delle loro doti e della loro empatia



le, quelle che sono riuscite a infrangere il “tetto di cristallo” per accedere alle stanze dei bottoni sono appena una su dieci. Possiamo sperare in un cambiamento di marcia anche su questo fronte?

Fin ora la scalata delle donne è stata lenta, ma sono convinta che ci sarà presto un’accelerazione.

Infatti, istituiremo al Ministero un tavolo di monitoraggio permanente

sullo sviluppo delle carriere femminili in sanità con l’obiettivo di presentare una Relazione annuale al Parlamento proprio per focalizzare l’attenzione su questo tema e trovare soluzioni specifiche. I risultati che scaturiranno da questa opera di monitoraggio saranno sicuramente un prezioso strumento di lavoro e di riflessione per le Commissioni parlamentari competenti e in generale per tutti i parlamentari, tenendo conto che l’obiettivo prioritario è diffondere una cultura della crescita professionale delle donne sul territorio coinvolgendo le Regioni in questo percorso fondamentale.

Conciliare lavoro e vita privata per le donne è sempre più difficile. Non è un caso che tra le donne si registri la più alta adesione al part time e una grande richiesta di permessi. La richiesta di una maggiore flessibilità del lavoro è quindi fortissima. C’è una soluzione a questo?

La domanda tra le donne è così forte perché, al contrario di quanto avviene in altri Paesi europei, in Italia il peso della famiglia è tutto sulle loro spalle e la nostra cultura fa ancora fatica ad accettare una flessibilità lavorativa. Bisogna quindi da una parte operare un cambiamento culturale profondo e dall’altra iniziare a investire risorse per facilitare la vita delle donne nel proprio ambito lavorativo. Una delle chiavi di vol-

Il futuro del Ssn? Rosa

ta sono i servizi interni alle strutture. L’ospedale è ormai una realtà complessa con un’alta concentrazione di personale, deve quindi necessariamente iniziare a destinare una parte dei servizi alla prima infanzia. Noi, come anche altre realtà sul territorio, lo abbiamo realizzato aprendo un asilo nido nella nuova sede del **ministero della Salute**.

Quale valore portano le donne alla sanità?

Il Servizio sanitario nazionale ha obiettivi ben precisi da raggiungere. Abbiamo la necessità di una sempre maggiore umanizzazione, di riportare l’attenzione sulla centralità del paziente, di offrire continuità assistenziale, di incentivare il lavoro di équipe. Tutto questo richiede capacità specifiche. Qualità che sono intrinseche nelle donne. Hanno, infatti, grandi doti di relazione e di mediazione che si sposano perfet-

tamente con questi obiettivi. Soprattutto le donne hanno un’importante dote: l’empatia. Una qualità vincente in un mondo sanitario dove oggi più che mai i pazienti e familiari sono sempre più attenti e informati sui bisogni di salute, e chiedono quindi una sempre maggiore attenzione e coinvolgimento ai medici.

E allora come valorizzare questa componente così preziosa?

Il Ministero sta mettendo in atto una serie di misure organizzative e cul-

turali per facilitare e collocare sotto la giusta luce, il ruolo della donna. Sono però convinta che la loro valorizzazione avverrà in modo naturale. Infatti, se quello tra le donne e il mondo sanitario è stato amore a prima vista sarà inevitabile che si trasformi in un matrimonio duraturo. Un sodalizio che darà i frutti proprio perché il percorso di rinnovamento del Ssn richiede da parte di chi ci lavora doti particolari che sono di appannaggio del mondo femminile.

Bicamerale. Proroga al 23 marzo Mini-rinvio per il federalismo delle regioni

**Eugenio Bruno
Roberto Turno**

Una miniproroga di 12 giorni per cercare di arrivare mercoledì 23 marzo a un parere bipartisan sottoscritto da maggioranza e opposizioni. La trattativa in bicamerale sul federalismo regionale e sanità prova a uscire dalle secche. Dove invece resta arenato il confronto tra governo e regioni sulla restituzione dei 475 milioni per il trasporto pubblico locale tagliati dalla manovra estiva. Nel vertice di ieri i ministri Bossi, Fitto e Calderoli hanno confermato che il governo terrà fede agli impegni, senza però indicare quando e con quale vagone legislativo manterrà la parola. «Atti concreti o nessun accordo», ha ripetuto per i governatori Vasco Errani (Emilia Romagna, Pd). Una risposta precisa potrebbe arrivare fra sette giorni quando i governatori dovrebbero vedere Giulio Tremonti.

Questa partita è legata a doppia mandata con quella in parlamento sul fisco regionale. Lo slittamento del termine per il parere in bicamerale servirà a sveltire le tensioni politiche e a mettere a punto emendamenti almeno in parte condivisi. Per ora sul tavolo ci sono solo quelli del Pd, dalle addizionali Irpef all'Irap, dai Lep alla sanità. «Alcuni temi sono condivisibili», ha anticipato Calderoli confermando che l'obiettivo è di evitare le stesse spaccature consumate sul fisco municipale. Un auspicio che ha trovato d'accordo il presidente della bicamerale Enrico La Loggia (Pdl) e i due relatori Massimo Corsaro (Pdl) e Francesco Boccia (Pd). La trattativa vera e propria partirà la settimana prossima, per concludersi sul filo di lana il 23 marzo. Unavolta incassato il sì del parlamento sul fisco regionale, ha confermato il Governo, approderà in Consiglio dei ministri il Ddl per la proroga di quattro mesi - dal 21 maggio al

21 settembre - dell'intera delega.

Intanto dal Senato sono arrivate ieri le osservazioni della commissione Igiene e sanità, che con un voto pressoché unanime (18 a 3) ha approvato il parere dei relatori Raffaele Calabrò (Pdl) e Lionello Cosentino (Pd). La commissione chiede che la rosa del benchmark consideri 5 regioni anziché 3. E soprattutto che il riparto dei fondi alle regioni avvenga non solo in base all'età della popolazione ma anche dell'«indicatore di deprivazione culturale e socioeconomica». Una richiesta che nasce dai governatori del Sud. Ma che ieri ha ricevuto un doppio «no» da due ministri. Maurizio Sacconi (Lavoro) lo ha detto senza perifrasi:

LA PARTITA

Lo slittamento di 12 giorni serve per ricercare un parere condiviso
Confronto ancora in stand by sui tagli al trasporto locale

«Non credo alla deprivazione, appartiene più alla sociologia che alla scienza. È solo un criterio della furbizia senza basi oggettive». Ma anche per **Fernuccio Fazio** (Salute) la deprivazione è «inapplicabile»: in 2-3 anni, ha dichiarato al question time alla Camera, si arriverà a un indice che consideri «la prevalenza delle malattie» aggiornando comunque «i criteri imperfetti, utilizzati oggi, legati all'età».

Un passo avanti infine sul federalismo demaniale. Governo e autonomie hanno fissato per il 24 marzo la conferenza unificata che darà l'intesa sulla lista di beni statali trasferibili a regioni ed enti locali. Intesa condizionata all'aumento da 12mila a 14mila degli immobili decentrabili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

