

LA RIVINCITA DEI CAMICI BLU

Cambia la sanità: l'infermiere di famiglia ci curerà a casa

Già in servizio in alcune regioni: segue i pazienti dimessi limitando i ricoveri. Ma tra i medici scattano i ricorsi

Enza Lusmai

■ Suona bene «infermiere di famiglia». Bisogna farci l'orecchio, ovvio, ma diciamo-celo, sono i 380 mila infermieri italiani che tirano avanti la baracca della sanità pubblica. E, a differenza dei bistrattati medici, non sono odiati dai pazienti. Non commettono gravi mancanze e sono indispensabili nelle corsie degli ospedali. Guai, insomma, se non ci fossero. Lo sa bene la Giunta regionale della Valle D'Aosta che ha deciso di farli uscire dalle corsie e di sguinzagliarli in giro per le case dei pazienti. Il progetto, che prenderà il via a giugno, è molto ambizioso ma se funzionerà riuscirà a migliorare la qualità di vita dei pazienti e a tagliare i costi della sanità pubblica. A livello nazionale, una degenza ospedaliera per malato costa, ottimisticamente, dai 600 ai 900 euro al giorno. E molti pazienti potrebbero essere dimessi prima di quanto avviene se fossero seguiti in modo competente a casa. Ed è qui che scatta l'intervento dell'infermiere di famiglia.

Spiega Giuliana Vuillermine, referente del progetto:

«Nel caso ad esempio di una persona infartuata l'infermiere di famiglia opera cercando le cause scatenanti dell'infarto, ad esempio stili di vita non adeguato e suggerisce dei correttivi». Insomma, si tiene sotto controllo il malato di cuore per evitare che si ripresenti in ospedale con un'altra complicazione. Ma non solo. Gli infermieri di famiglia avranno anche il compito di facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali, fornire assistenza infermieristica a domicilio; agire da tramite tra la famiglia e il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico. L'obiettivo generale del progetto è di mantenere la persona a domicilio, ridurre gli accessi alle strutture o i ricoveri.

Forse ai medici tutto questo spazio di manovra non piacerà. Qualcuno si sentirà surclassato, altri avranno paura di perdere il posto di lavoro. Ma è la rivincita dei cugini dei camici bianchi, che ormai hanno acquisiti competenze e professionalità di alto livello, con tanto di laurea e ma-

ster di specializzazione. Di

EVOLUZIONE La nuova figura svolgerà funzioni finora affidate alle famiglie e alle badanti

cui vanno fieri. «L'infermiere di famiglia rappresenta l'evoluzione della categoria ed è la sanità del futuro», spiega Andrea Bottega, segretario di Nursind, sindacato degli infermieri. «La guerra tra le due categorie non serve a nessuno, tanto meno ai pazienti. Purtroppo alcuni medici si sentiranno sminuiti e qualcuno solleverà questioni di competenze com'è successo in Emilia, ma alla fine i più si sentiranno sollevati da incarichi che attualmente li distolgono dalla loro funzione diagnostica e chirurgica». Insomma, per Bottega, introdurre la figura dell'infermiere di famiglia, significa garantire al paziente una continuità nelle cure per fargli guadagnare l'autosufficienza ed evitargli pericolose ricadute. Nei malati cronici, invece, si evitano ricoveri impropri e si garantiscono cure

mirate e appropriati stili di vita. «Un diabetico o un nefropatico che viene seguito dall'infermiere a casa, non corre rischi. Lo puoi chiamare per telefono quando hai dei dubbi, ti può venire a trovare per capire se mangi correttamente, se prendi le medicine adatte. Attualmente, tutto questo viene delegato alla famiglia o alle badanti che a volte non sanno neppure leggere l'italiano».

Anche per il presidente della Federazione nazionale dei colleghi infermieri, Annalisa Silvestro «l'infermiere di famiglia è un'idea rilevante che viene già sperimentata in Emilia e in Friuli dove il professionista, oltre a fare la prestazione, si prende cura del contesto familiare. Sta male la nonna? E lui controlla anche figli e nipoti offrendo utili consigli sugli stili di vita». Silvestro punta il dito anche contro le degenze ospedaliere. «Abbiamo ricoveri in ospedale che non sarebbero necessari se ci fosse-



ro interventi professionali sul territorio». Quanto ai medici, Silvestro non vede invasioni di campo. «Sono due professioni completamente diverse, il medico fa la diagnostica, l'infermiere la applica. Se i medici si sentono minacciati sbagliano, hanno una posizione arretrata. Oggi l'infermiere è dotato di una preparazione elevata che merita nuove opportunità. La sanità non può restare ferma a 30 anni fa».

PIÙ SPAZIO

Gli infermieri professionali con una formazione universitaria almeno triennale trovano impiego nei settori tradizionali (primo fra tutti quello ospedaliero) ma anche in ambiti professionali che una volta erano

appannaggio dei medici, come l'industria farmaceutica

➤ SUCCESSI

La laurea

Nel 2001 il diploma di infermiere è stato trasformato in laurea triennale. La formazione successiva prevede la laurea magistrale, il dottorato di ricerca e due livelli di master

Le opportunità

Con la laurea, l'albo e il codice deontologico, per gli infermieri sono aumentate le opportunità professionali. Ora per esempio sono ricercati anche dalle aziende farmaceutiche

La fama in tv

Definita «la dottor House al femminile», l'infermiera newyorchese Jackie è la protagonista della serie tv «Terapia d'urto». Nel bene e nel male celebra la figura dell'infermiere moderno

La cura dimagrante che piace ai vip ma divide gli esperti

Tutti per il sondino, anzi no

ROMA - Un sondino dal naso all'esofago e un sacchetto, collegato, legato al fianco. Per dieci giorni. Per dimagrire. Niente cibo, solo un'alimentazione attraverso una cannula. Nato per aiutare gli obesi a smaltire i chili, questo trattamento ormai è richiesto anche da chi deve solo snellire le forme prima dell'estate. In poco più di una settimana si perde dall'8 al 10% del peso totale. I pazienti sono soddisfatti ma, tra gli specialisti, scoppia la polemica. «Danneggia l'organismo» accusano i nutrizionisti. «Fa bene e disintossica», è la risposta.

Massi a pag. 17

Dimagrire con il naso? È guerra sul sondino

L'ultima tecnica piace ai vip ma divide gli esperti

Dieci giorni di alimentazione liquida per perdere fino al 10% di peso: la nuova arma dei forzati della linea

DIETE E SALUTE

di CARLA MASSI

ROMA - Un bicchiere d'acqua in una mano, la testa dritta e gli occhi che fissano avanti. Il medico infila un sondino nel naso e lo dirige verso l'esofago. A intervalli regolari, il paziente manda giù un sorso e aiuta il tubicino a scendere. In meno di un quarto d'ora, l'operazione è finita. Dal naso spunta una cannula che attraversa la guancia, viene fissata dietro l'orecchio e scende fino ai fianchi dove finisce in una sorta di zainetto carico del fabbisogno quotidiano. Ecco il nuovo forzato della dieta che, per perdere peso e ritrovare un sano rapporto

con il cibo, accetta di convivere con un sondino naso-gastrico e di rinunciare, per dieci giorni, agli alimenti da masticare. Una nutrizione liquida che, in una decina di giorni appunto, arriva a far perdere dall'8 al 10% del peso. Nato per gli obesi sfiancati da ogni tentativo di modellare le forme, questo trattamento sta lentamente diventando la boa a cui aggrapparsi anche per alleggerirsi solo di sei-sette chili.

Un'abbuffata di proteine liquide, neppure un'ombra di un carboidrato.

Nato per gli over cento che si chiudono in casa vergognosi del serpentello trasparente che dal naso si appoggia all'orecchio oggi, e in particolare in questo periodo pre-estivo, la cannula si è trasformata in un monile. un vezzo. Altro che vergo-



gna. Anche se, pubblicamente, quasi nessuno confessa di aver scelto la nutrizione artificiale. Una pioniera è stata Serena Grandi, che, con grande classe, ha fatto outing. Certo è che non si è guardati come marziani se ci si presenta ad una festa col tubo nel naso. Solo uno o due bicchieri d'acqua, un caffè e nemmeno una tartina. Week end all'ombra di una specie di digiuno sotto l'egida del medico. Sotto la protezione di una sigla, la Nec, nutrizione enterale chetogena messa a punto, poco meno di cinque anni fa, da Gianfranco Cappello responsabile del servizio Nutrizione artificiale del Policlinico Umberto I di Roma. Ventiquattro ore su ventiquattro una pompa elettrica inietta proteine liberando i chetoni, le sostanze che bloccano la fame.

Già, perché questa specie di briglia facciale ha il potere di bloccare la voglia di mangiare. Ma anche di scatenare furiose polemiche tra i fautori del sondi-

no e i nutrizionisti sostenitori ad oltranza della dieta alimentare come unico mezzo per dimagrire e restare in salute. Una battaglia scientifica che si sta facendo sempre più serrata. Durante i convegni come i salotti in tv. Oggi, ad Unomattina si fronteggeranno Gianfranco Cappello e Giorgio Calabrese, docente di Nutrizione. Mentre negli studi medici c'è la fila di quelli disposti a farsi iniettare il bibitone. Ovviamente a pagamento: una cifra che oscilla sui cinquecento euro, il servizio nazionale non passa il trattamento.

Ed ecco che, tra i due litiganti, esce una terza via. Una strada che porta la firma di Marco Gasparotti, chirurgo estetico e direttore scientifico del protocollo «Diet Tube». Sondino per dieci giorni o anche per meno (linea veloce dal giovedì al lunedì) e, dopo, un paio di settimane

di regime dietetico che permette la reintroduzione lenta dei carboidrati. «Si tratta di avviare un processo educativo - spiega Gasparotti -. Si dimagrisce, si prende l'avvio ma poi si decide di andare in palestra, di mangiare in un altro modo. L'uso diverso del sondino ora ci permette di unire il dimagrimento con un eventuale intervento. Prima si dice addio ai chili, e poi si modella. Pochi giorni a base di proteine ci permettono di snellire anche solo dove il grasso è localizzato. Pensiamo alle gambe. Senza intaccare le rotondità del viso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il sondino per dimagrire

CHE COS'È

Un tubicino flessibile che, introdotto in una narice, raggiunge lo stomaco dove rilascia sostanze proteiche in forma liquida

IL PERCORSO

- 1 Narice
- 2 Nasofaringe
- 3 Esofago
- 4 Stomaco

IL TRATTAMENTO

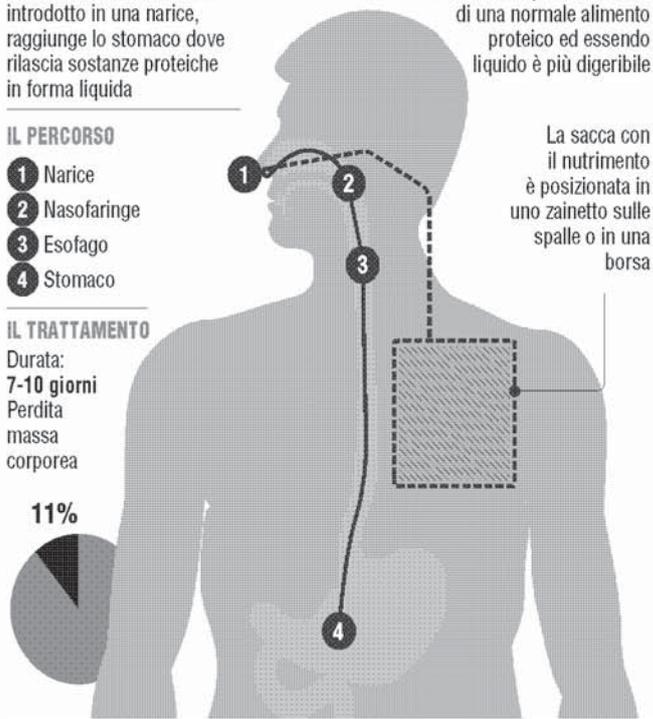
Durata:
7-10 giorni
Perdita
massa
corporea



IL NUTRIMENTO

È assorbito più lentamente di un normale alimento proteico ed essendo liquido è più digeribile

La sacca con il nutrimento è posizionata in uno zainetto sulle spalle o in una borsa



CONTINUIAMO

LA DENUNCIA

I fisioterapisti abusivi sono il doppio dei regolari

■ «Per ogni professionista ci sono due abusivi e tra quelli più a rischio ci sono i fisioterapisti. Per 50 mila censiti, infatti, ce ne sono almeno 100 mila abusivi». Ad affermarlo durante la manifestazione delle professioni sanitarie a Roma è Antonio Bortone, presidente del coordinamento Conaps. «I lavori parlamentari languono - aggiunge Bortone - e non se ne capisce il motivo. Le professioni sono ormai esauste di questa attesa ingiustificata. Il professionista viene abbandonato in una situazione penosa e il cittadino viene lasciato allo sbando». Quello dell'abusivismo, sottolineano i promotori della manifestazione, è un fenomeno gigantesco per un giro d'affari, naturalmente in nero, da milioni e milioni di euro. Di fronte a tutto ciò oggi un professionista sanitario vero e serio ha ben poche armi per difendersi: contrariamente ai medici, infatti, non dispone di un ordine professionale che lo tuteli e garantisca la qualità del suo lavoro. E che sarebbe utile non solo contro l'abuso di professione ma anche per promuovere l'aggior-

namiento, indispensabile per svolgere il proprio lavoro con correttezza e per essere parificati alle professioni sanitarie europee. «La richiesta di un Ordine - spiega la vicepresidente del Conaps, Tiziana Rossetto - non nasce dal caso, ma dal fatto che queste professioni si trovano all'interno di un'area sanitaria che necessita assolutamente di un controllo utile a garantire i pazienti in termini di professionalità, di qualità di prestazioni e servizi erogati, cioè di tutela dall'abusivismo. Per questo l'urgenza ha ormai raggiunto un livello oltre il quale non è più possibile andare. Sono quasi 15 anni che questo problema è stato posto, ora è il momento di chiudere il cerchio». Oltre ai problemi che riguardano le tariffe minime, la pubblicità e la formazione, argomenti comunque importanti, è importante anche quello della titolarità. A oggi infatti, non esiste un organismo di sorveglianza sui titoli di studio acquisiti.



Via libera al nuovo bando per i medici specializzandi

Via libera al nuovo bando per i medici specializzandi. Dopo circa otto mesi di attesa il ministero dell'università ha, infatti, firmato il decreto che dà avvio all'iter concorsuale per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria per l'anno accademico 2010/2011. Migliaia di medici aspiranti specializzandi potranno contendersi così 5 mila contratti di formazione ministeriale, a cui si aggiungeranno i posti aggiuntivi che ciascuna regione vorrà eventualmente finanziare. Il testo ha fissato al 5 aprile la data della pubblicazione dei bandi di concorso da parte degli atenei. Le prove si svolgeranno nei giorni 6, 7 e 10 giugno 2011 rispettivamente per tutte le scuole di specializzazione afferenti all'area medica, all'area chirurgica ed all'area dei servizi. La data di inizio delle attività didattiche, si legge nel testo, è fissata al 30 giugno 2011, quattro mesi prima della fine del corrente anno accademico 2010/2011. Le rappresentanze delle categorie interessate, dal Segretariato generale medici specializzandi ma anche la Federspecializzandi pur esprimendo soddisfazione per il superamento dell'impasse e revocando la mobilitazione annunciata per lo scorso 7 aprile, «intendono proseguire la loro opera di sensibilizzazione delle istituzioni e del legislatore al fine di ottenere la revisione della norma, che nell'attuale conformazione si è caratterizzata per uno stato di inapplicabilità delle scadenze codificate».

Benedetta Pacelli

—© Riproduzione riservata—





box **Legge sulle cure palliative: un anno dopo, più hospice**

Cresce in Italia la presenza di hospice, le strutture sanitarie residenziali destinate ad accogliere malati in fase terminale. Aumentano anche i posti letto mentre la rete della terapia del dolore non è ancora in fase avanzata di sviluppo e inoltre c'è un divario nell'offerta tra il nord e il centro-sud dell'Italia. Un gap evidente nel numero e nella qualità del servizio ai cittadini e per il quale il Ministero della Salute auspica una soluzione «nei prossimi 2-3 anni», come sottolineato nella relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge (38/2010) sulle cure palliative e la terapia del dolore, a un anno dalla sua emanazione. Gli hospice sono passati da 114 del 2006, ai 165 del 2009, ai 229 del 2010, su 256 strutture programmate. È aumentato anche il numero posti letto: dai 55 del 1999 ai 1.888 del 2009, a 2.592 nel 2011 e aumenteranno ancora fino a 2.615. Le regioni più avanti sono Lombardia, Emilia Romagna e Basilicata. La terapia del dolore si trova solo in 10 regioni, secondo la relazione al Parlamento del ministero della Salute.



Salute Sostenere i sistemi sanitari dei Paesi in prima linea sul fronte dell'esodo
L'Oms: l'Europa deve aiutare l'Italia



Che cos'è

L'Organizzazione mondiale della sanità, agenzia specializzata dell'ONU, è stata fondata il 7 aprile 1948. Obiettivo: il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del livello più alto possibile di salute

■ **Aiutate l'Italia.** Sostenete i sistemi sanitari dei Paesi in prima linea nel fronteggiare i massicci flussi migratori in arrivo dai Paesi del Nord-Africa. Lo raccomanda Zsuzsanna Jakab, direttore dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'Oms, intervenendo al confronto romano sulla «Circolazione delle popolazioni migranti nei Paesi mediterranei della Ue».

«È importante in questa fase - avverte - fare del nostro meglio per sostenere questi Paesi, e preoccupa vedere che alcuni non sono pronti per assumersi questo impegno», ha detto Jakab, con un implicito riferimento a Francia e Germania. Nel documento finale che uscirà dall'incon-

tro capitolino «sarà importante - a detta dell'esperto dell'Oms - esplicitare» questo passaggio, perché «i Paesi europei sono colpiti in misura differente» e ci sono alcune realtà «come l'Italia in cui c'è già l'emergenza», visto che il nostro Paese «è impegnato in prima linea». Del resto i numeri, sottolineati sia dal sottosegretario alla presidenza del Consiglio Gianni Letta che dal **ministro della Salute Ferruccio Fazio**, la dicono lunga: 27 mila immigrati approdati in Italia dall'inizio della crisi ad oggi.

Mentre il nostro Paese «ha una grande tradizione nella ricezione di flussi migratori, ci sono altri che sono ancora in una fase di preparazione». Su tutti, in misura diversa e a seconda dell'esigenza, occorre intervenire per far fronte ai flussi in arrivo. Jakab si sofferma poi su alcune lacune presenti in alcune realtà, come i centri di accoglienza sovraffollati in Grecia e le carenze, a livello sanitario, dell'isola di Malta. E aggiunge: «La percezione pubblica è che gli immigrati portino malattie, ma non è così». Il rischio che dai massicci flussi migratori in arrivo dal Nord Africa possano nascere focolai di malattie infettive e propagarsi nelle popolazioni locali «è molto limitato, altamente improbabile».



Ministro Ferruccio Fazio



LA DENUNCIA

I fisioterapisti abusivi sono il doppio dei regolari

■ «Per ogni professionista ci sono due abusivi e tra quelli più a rischio ci sono i fisioterapisti. Per 50 mila censiti, infatti, ce ne sono almeno 100 mila abusivi». Ad affermarlo durante la manifestazione delle professioni sanitarie a Roma è Antonio Bortone, presidente del coordinamento Conaps. «I lavori parlamentari languono - aggiunge Bortone - e non se ne capisce il motivo. Le professioni sono ormai esauste di questa attesa ingiustificata. Il professionista viene abbandonato in una situazione penosa e il cittadino viene lasciato allo sbando». Quello dell'abusivismo, sottolineano i promotori della manifestazione, è un fenomeno gigantesco per un giro d'affari, naturalmente in nero, da milioni e milioni di euro. Di fronte a tutto ciò oggi un professionista sanitario vero e serio ha ben poche armi per difendersi: contrariamente ai medici, infatti, non dispone di un ordine professionale che lo tuteli e garantisca la qualità del suo lavoro. E che sarebbe utile non solo contro l'abuso di professione ma anche per promuovere l'aggior-

namiento, indispensabile per svolgere il proprio lavoro con correttezza e per essere parificati alle professioni sanitarie europee. «La richiesta di un Ordine - spiega la vicepresidente del Conaps, Tiziana Rossetto - non nasce dal caso, ma dal fatto che queste professioni si trovano all'interno di un'area sanitaria che necessita assolutamente di un controllo utile a garantire i pazienti in termini di professionalità, di qualità di prestazioni e servizi erogati, cioè di tutela dall'abusivismo. Per questo l'urgenza ha ormai raggiunto un livello oltre il quale non è più possibile andare. Sono quasi 15 anni che questo problema è stato posto, ora è il momento di chiudere il cerchio». Oltre ai problemi che riguardano le tariffe minime, la pubblicità e la formazione, argomenti comunque importanti, è importante anche quello della titolarità. A oggi infatti, non esiste un organismo di sorveglianza sui titoli di studio acquisiti.



Fazio: «In Italia adottate le misure sanitarie necessarie»

DA ROMA PAOLA SIMONETTI

«Il fenomeno non è da considerarsi emergenziale: i flussi migratori proseguiranno nel corso dei prossimi anni, sull'onda dell'instabilità politica dei paesi di provenienza. Kosovo e Albania insegnano. Dunque occorre programmare risposte con una visione comune». Questo l'assunto da cui è partito il **ministro della Salute Ferruccio Fazio** ieri, al termine vertice internazionale promosso proprio dal suo dicastero mirato a rafforzare la cooperazione e il coordinamento internazionale sugli aspetti sanitari della crisi migratoria.

L'emergenza umanitaria che ne deriva, nei territori del Maghreb, ma anche nei paesi che accolgono chi fugge, vede la risposta sanitaria come una delle priorità, «non certamente per fronteggiare epidemie» ha sottolineato Fazio, «quanto per garantire cure adeguate agli immigrati, ma anche alta sorveglianza e un efficace screening». Organizzato anche dietro forte impulso di Grecia e Malta, due dei paesi più coinvolti, oltre all'Italia, nei flussi migratori dal Nord Africa e dal Medio Oriente, l'incontro ha prodotto un programma congiunto di intenti e iniziative sostenute con convinzione impegno dall'Oms Europa. In primis il rafforzamento della risposta alla domanda sanitaria, soprattutto verso le malattie croniche di cui spesso soffrono i migranti, un training sul tema, ma anche la rapida identificazione dei problemi di salute e uno stretto collegamento con le istituzioni.

Sottolineato da Fazio anche il necessario sostegno economico, attraverso un aumento della cooperazione internazionale, ai paesi di provenienza, dove nei casi di crisi si indeboliscono le strutture sanitarie e le cure garantite. «Fondamentale - ha aggiunto il Ministro - il coinvolgimento anche della società civile: no

profit, università, ospedali privati». «L'Italia - ha spiegato Fazio - ha adottato tutte le misure di sorveglianza necessarie che sono state rese operative sia nei punti di sbarco che nei campi allestiti nelle diverse Regioni per dare ospitalità agli immigrati». Al momento, ha assicurato, «non si registrano particolari problemi di salute», ma «dobbiamo mantenere l'attenzione alta» e considerare «i rischi potenziali a cui la popolazione generale potrebbe improvvisamente trovarsi esposta».

Al richiamo di un coinvolgimento serio di tutta l'Europa auspicato da Fazio, il commissario europeo per la Salute, John Dalli, ha risposto sottolineando che l'Ue è impegnata in interventi per gestire i problemi di salute legati al fenomeno migratorio «in modo efficace, rapido e congiunto», assicurando che «a seguito della crisi del Nord Africa, tutti i meccanismi per contrastare le minacce di salute sono stati messi in atto» e che «la Commissione europea è tutt'oggi impegnata ad identificare le possibili minacce alla salute pubblica e le risposte più efficaci per fronteggiare una situazione in continuo cambiamento».

Secondo Dalli, l'Europa è già fornita di un ottimo sistema di allerta rapida e di condivisione delle informazioni sulle patologie trasmissibili, al quale collaborano costantemente l'Oms e l'Ecdc. «Mi attendo - ha concluso Dalli - che dall'incontro di oggi possano emergere proposte condivise da attuare in modo coordinato».

Il ministro sottolinea: «I flussi migratori continueranno, occorrono risposte adeguate»
Avviate iniziative comuni
sostenute dall'Oms Europa
Ok dal commissario Ue Dalli



La vita si allunga, merito dell'Italia che sta bene e non dei geni selettivi

Nei dieci anni tra il 1998 e il 2008 la speranza di vita o vita media degli italiani è cresciuta di 2,5 anni per quanto riguarda le femmine, superando gli 84 anni, e di ben 3,3 anni per quanto riguarda i maschi, sfiorando i 79 anni. Al compimento degli ottanta anni arrivano quasi sei maschi su dieci e tre femmine su quattro. Numeri formidabili, attestati dalle ultimissime tavole di mortalità dell'Istat. Destinati a crescere ancora, anche se a ritmi che non potranno rimanere così alti – e infatti si va profilando, negli ultimi anni, un rallentamento, del resto inevitabile, dell'aumento della speranza di vita che riguarda particolarmente le donne, arrivate a soglie che hanno già dell'incredibile solo che si pensi che di centomila italiane ben tremila arriveranno al compimento dei cent'anni. A certi numeri non si arriva per caso, o in virtù di un destino particolarmente benevolo. Qui è il punto. Che non c'è modo di sfuggire alla tirannia della speranza di vita o vita media, nel senso che se le condizioni dell'esistenza peggiorano sensibilmente, se le prospettive si fanno fosche, se declinano stili e tenori di vita, allora è inevitabile ritrovare nell'abbassamento della speranza di vita il segno, pressoché immediato, di tutto questo. Non c'è chi non ricordi l'Unione sovietica, il suo tonfo, il caos che ne seguì in termini tanto politici che economico-sociali e perfino culturali. Bene, la vita media registrò un brusco balzo all'indietro, allontanandosi sensibilmente dai livelli europei. Ci sono voluti anni perché cominciasse il recupero.

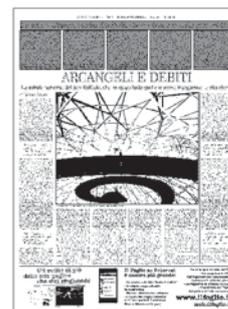
Se negli ultimi dieci anni l'Italia è riuscita a guadagnare quasi 2,9 – un aumento enorme – la conclusione è inequivocabile: comunque la si metta il nostro paese tra il 1998 e il 2008 non è andato a far naufragio contro alcuno scoglio, non ha attraversato alcuna fase di impoverimento, il suo spirito pubblico e d'intrapresa non è tracollato. E se sembra che sia così allora vuol dire che gli indicatori "minori" (pure quelli economici sono tali) non funzionano e nascondono più di quanto non mostrino.

All'interno del dato generale si deve però annotare un doppio segnale di attenzione. Il primo è in verità atteso già da qualche anno, vale a dire il rallentamento della crescita della vita media, se non proprio il suo ristagno – tanto più plausibile, e in certo qual senso giustificato, quanto più cospicui sono stati i traguardi raggiunti. Nel corso del 2008 la vita media è cresciuta di poco più di un mese, ovvero a una velocità di neppure la metà del periodo e questo, ed eccoci al secondo elemento di attenzione, perché la vita media delle donne è aumentata di pochissimo, appena un terzo di mese. In effetti il divario femmine maschi quanto a speranza di vita si è ridotto in Italia di quasi un anno, passando dagli oltre sei del 1998 a poco più dei cinque attuali. E' un avvicinamento destinato con ogni probabilità a proseguire, in quanto figlio dell'altro, quello di stili e ritmi di vita socio-relazionali tra maschi e femmine.

Il secondo spunto di riflessione ci porta nei paraggi del genoma. Per restare alle donne italiane: su cento, circa quattro non arrivano ai sessant'anni, mentre tre su cento tagliano il filo di lana dei cento. Ciò vuol dire che si registra un "addensamento" assai pronunciato della speranza di vita delle donne italiane attorno a età assai alte e che risulterebbero ancora più alte se si escludessero le cause di

morte non collegate all'eredità genetica, come quelle non dovute a malattie. Non mi sembra di vedere in giro molte riflessioni attorno a un elemento così significativo che illustra, dati alla mano, quanto la vita sia, almeno quando può esplicitarsi ed esprimersi al di là dei bisogni più essenziali, ovvero una volta che la loro soddisfazione sia assicurata a tutti o quasi, straordinariamente poco selettiva. Non è questione di considerare semplicemente l'alta vita media delle donne italiane (84 anni), la questione ancora più importante è che la variabilità attorno a essa è minima, se si pensa che ancora a settant'anni di cento donne italiane 93-94 (escludendo dal computo quelle morte di una causa violenta) sono ancora in vita. Ciò sta a significare che, grazie alle più favorevoli condizioni generali di esistenza, che consentono una maggiore, e per così dire più distesa, esplicazione delle potenzialità individuali del dna, proprio le potenzialità collegate alla durata della vita risultano molto "equidistribuite" nella grande platea della popolazione femminile italiana. A tal punto equidistribuite, anzi, che la tanto decantata "costellazione dei geni che predispongono all'invecchiamento" che si va scoprendo proprio adesso appare ben diversa da come molti genetisti lasciano intendere che sia, ovvero una rarità che bacia pochi quanto fortunati individui. Quella costellazione di geni favorevoli è pane pressoché corrente, altro che rarità, viene da pensare leggendo le tavole di morte delle donne italiane. L'eredità genetica è generosa, dunque, distribuisce di buon grado le sue migliori caratteristiche. Non separa, ma unisce. E lo fa del tutto spontaneamente, solo che la si lasci lavorare in pace.

Roberto Volpi



San Raffaele, al via 1431 licenziamenti

Il gruppo Angelucci annuncia la chiusura di 12 case di cura: "Colpa dei tagli"

La Cgil: "La società aspetti l'esito del confronto, non coinvolga i pazienti e i dipendenti"

CARLO PICOZZA

SONO partite 113 raccomandate indirizzate a sindacati, consociate del gruppo, istituzioni, per annunciare «la cessazione dell'attività» e l'avvio della «procedura di licenziamento collettivo» per i dipendenti di 12 case di cura (nel Lazio e in Abruzzo) della società San Raffaele della famiglia Angelucci. Mille 431 addetti (non 3.171, come fatto trapelare nelle settimane scorse) rischiano di finire prima sotto la scure della mobilità e dopo della perdita del lavoro.

Nel «bilancio consolidato al 31 dicembre 2009» è la stessa società San Raffaele che, a pagina 135, dichiara 1.515 tra «dirigenti, quadri, impiegati, sanitari, operai e ausiliari». Ma da allora il numero è sceso di un altro centinaio. E sotto tiro ci sono ora anche centinaia di collaboratori destinatari di un'altra lettera che paventa la rescissione del contratto.

Tra «i motivi all'origine della cessazione dell'attività» il presidente della San Raffaele spa, Carlo Trivelli, indica «i nuovi provvedimenti contro il deficit sanitario firmati dalla commissaria-governatrice, Renata

Polverini, e che incidono profondamente sull'attività di riabilitazione». Ma gli assetti degli Angelucci avevano cominciato a scricchiolare già dal febbraio 2009 con la San Raffaele di Velletri finita sotto inchiesta e l'arresto dei suoi vertici: il gip Roberto Nespeca nelle 836 pagine dell'ordinanza di custodia cautelare che mise sotto accusa l'impero sanitario, immobiliare, editoriale e finanziario di Antonio e Giampaolo Angelucci segnalava che otto ricoveri su dieci sarebbero stati fatti per finte riabilitazioni, ma nessuno controllava né denunciava quanto accadeva, neanche di fronte a casi di Tbc.

«Siamo preoccupati per i nostri figli», si sfoga Alessandro Peru, presidente dell'Arca di Noialtri, associazione delle famiglie dei bimbi disabili, «dagli uffici della commissaria Polverini, arrivano segnali di riduzione, se non di interruzione delle terapie riabilitative». E dalla Funzione pubblica Cgil, Gianni Nigro, ammonisce: «Nel conflitto tra il gruppo e la Regione, non vanno chiamati in causa i pazienti, i dipendenti e i collaboratori della San Raffaele spa che farebbe bene, perciò, a sospendere le procedure di licenziamento aspettando l'esito del confronto in corso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

