

Notiziario Acos del Lazio



Novembre 2007 2° numero

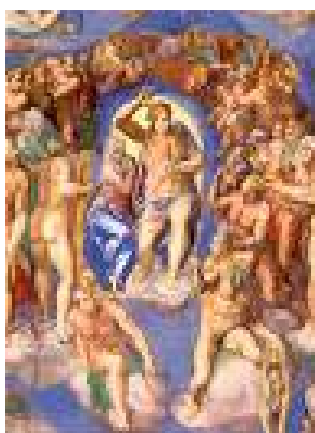
tre grandi medici si ammalano gravemente e raccontano la loro storia

*Dal libro "DALL'ALTRA PARTE"
a cura di Paolo Barnard*

Vi proponiamo un passaggio, nella sua "versione integrale che va da pag. 200 a 205" contro l'attuale organizzazione della sanità, controllata dai politici e lontana dal dolore dei malati.

....."Oggi si sente dire con sempre maggiore frequenza che la sanità è in crisi, che la stessa medicina è in crisi. Le discussioni sull' argomento, sotto forma di convegni, tavole rotonde e meeting non mancano e vengono messi sotto accusa il medico, lo stesso malato, la struttura ospedaliera, la sanità nel suo complesso, la medicina in quanto scienza.

Tutto insomma, credo che per evidenziare le cause di questo malessere sia indispensabile un resoconto di ciò che è avvenuto nella sanità negli ultimi trent'anni, anche se preferirei di gran lunga cimentarmi nel più difficile degli interventi chirurgici. Il nostro Servizio Sanitario è nato quasi trent'anni fa con un nobile intento: ridurre le disegualianze del cittadino di fronte ai bisogni sanitari e di armonizzare e modernizzare il Paese in modo da renderlo più giusto.



La programmazione avrebbe dovuto essere condotta secondo regole di efficienza, ma anche di economia perché i costi di gestione si

rivelarono da subito assai elevati. Si pensò di affidare al medico una responsabilità manageriale, oltre a quella clinica che già deteneva. Sarebbe stato un suo compito far quadrare i conti con un uso oculato delle risorse non disgiunto dall'appropriatezza della cura. Le Regioni si sarebbero fatte carico della ristrutturazione della rete ospedaliera mentre compito di tutti gli operatori del settore sarebbe stato quello di incrementare la medicina sul territorio e l'assistenza domiciliare, alla ricerca di una medicina meno costosa e anche più umana.

E' evidente quanto fosse giusta, negli intenti, questa riforma che prevedeva possibilità di cure adeguate per tutti, indipendentemente dalle condizioni economiche del singolo.

Se infatti volgiamo lo sguardo altrove, fa rabbrivire l'idea di una medicina così disumana come concepita in altri Paesi per esempio gli Stati

Uniti, dove solo il possesso di una tessera delle assicurazioni o di un carta di credito (e non tutte) consentono di accedere alle cure.

Questo concetto di una medicina per tutti va difeso e se il progetto non è realizzabile completamente, perché non siamo abbastanza ricchi, credo anche che l'introduzione del ticket sui medicinali e sui ricoveri per quelle categorie che raggiungono un certo reddito, sia una scelta giusta e antidemagogica da prendere in seria considerazione. Purtroppo nel nostro Paese, col 40% di evasione fiscale, il ticket finirebbero per pagarlo solo i lavoratori dipendenti. Come si vede i problemi sono correlati, tutto sarebbe più semplice se tutti pagassero le tasse.

Si sente dire spesso che tutti potremmo vivere meglio, anche con meno denaro, se, all'occorrenza, potessimo ricorrere a servizi efficienti e il Servizio Sanitario, quello che riguarda la nostra salute, è sicuramente il più importante.



Massimo Troisi, in una scena indimenticabile, all'amico che gli ricordava che l'amicizia era la cosa più importante nella vita, rispondeva convinto: **“no, quella è la salute!”**



A questa saggia considerazione si arriva purtroppo solo quando ci si ammala. Fra le persone sane, o che si credono tali, è scarsa la partecipazione ai problemi della sanità. E' avvenuto allora che i politici non rispettassero gli impegni presi, come quello per esempio, di ristrutturare la rete degli ospedali.



Ancora oggi le costruzioni hanno un'età media di settant'anni, le vecchie strutture a padiglioni e la loro ubicazione in aree urbane rendono difficili collegamenti di ogni genere, con perdite incalcolabili di tempo e di denaro. E che dire di quegli ospedali cominciati e mai finiti oppure finiti e lasciati andare in malora, soprattutto nel Sud!



L'Italia è in coda a quasi tutti i partner

europei, sia per quanto riguarda la spesa sanitaria pro capite sia come percentuale sul PIL (prodotto interno lordo). Gli amministratori non vengono scelti per le loro capacità del settore sanitario, ma in base all'appartenenza politica e alla provata fedeltà al partito. Di questi amministratori, il direttore generale ha la facoltà di scegliersi un primario, da una rosa di idonei stabilita da un'inutile prova concorsuale e questa scelta non tiene conto assai spesso dei titoli e delle qualità del candidato.

Spesso si sente parlare degli alti costi che comporta la sanità pubblica, per giunta sotto tiro tutte le volte che la non legge finanziaria deve affrontare esigenze di bilancio, ed è vero. I costi lievitano in continuazione per l'invecchiamento della popolazione, per l'uso di



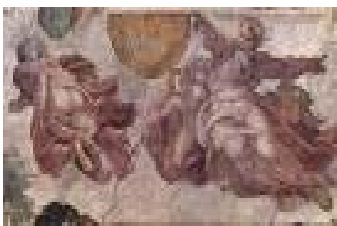
farmaci sempre più costosi, per lo sviluppo di nuove tecnologie e per le aumentate esigenze di una popolazione che richiede cure sempre più adeguate. Certo possiamo rivolgere un invito ai governi di turno ad avere un sussulto di fantasia perché attingono risorse altrove senza penalizzare la sanità e i soldi che mancano si possono trovare. Per esempio in Germania, la semplice abolizione di due festività in un anno ha permesso di finanziare un fondo che permette l'accoglimento degli anziani disabili. L'aumento dell'età pensionabile comporterebbe un risparmio previdenziale a favore della spesa sanitaria (Mario Pirani).



Ma che dire degli sprechi che ogni giorno si compiono sotto i nostri occhi! Basterebbe un serio controllo sull'enorme durata delle degenze medie nei letti degli ospedali per dichiarare insufficienti molte strutture e chiuderle. Nella pratica quotidiana i malati giungono alla nostra osservazione con pacchi di cartelle e di esami radiologici costosissimi.



Il volume dei pacchi è proporzionale alla durata delle degenze e all'ignoranza dei medici e sono tutti soldi buttati via, con l'aggiunta del malessere che avverte il paziente che si rende conto di aver perso tempo e di essere stato studiato male.





Non si può rinunciare al progresso, si può però evitare di distribuire a caso certe apparecchiature tanto costose, per ignoranza nella migliore delle ipotesi, perché in altri casi hanno sicuramente prevalso interessi personali. La conseguenza di ciò è che apparecchi sofisticatissimi sono indisponibili dove servono e giacciono inutilizzati altrove. Pensiamo ai disagi che può incontrare il malato costretto a spostarsi, anche di molti chilometri, per trovare l'apparecchio adatto al suo caso o allo sconcerto del cittadino romano che nella capitale non riesce a trovare, perlomeno nella struttura pubblica, un tomografo PET, macchina sempre più indispensabile nella diagnostica delle malattie neoplastiche e non solo. Per la verità neanche a Padova, prestigiosa città di medici, questo esame si può fare.



Anche l'uso scriteriato dei farmaci ha fatto aumentare i costi. Pensiamo a tutti i nuovi antibiotici messi in commercio anche perché i vecchi, usati inutilmente a sproposito, non funzionano più. Pensiamo ai farmaci inutili, assunti sulla base di una spinta pubblicitaria, con l'aggravante di una cattiva informazione e della mania, tutta italiana, di volere farmaci griffati e quindi più costosi. Il prodotto generico che costa meno, ma è di uguale efficacia, dal momento che contiene lo stesso principio attivo, viene rifiutato.



La classe medica, investita di responsabilità manageriale, si dice non abbia risposto in modo adeguato perché non sufficientemente preparata ai nuovi compiti.

In realtà tutti i cambiamenti che dovevano rivoluzionare la sanità, forse perché soltanto annunciati o solo in minima parte attuati, non hanno cambiato di una virgola il comportamento di chi ha sempre lavorato con un certo rigore, evitando ricoveri impropri, non prolungando senza motivo una degenza, evitando gli sprechi non utilizzando farmaci troppo costosi, senza andare contro gli interessi del malato. E' vero invece che quanto è accaduto ha creato la figura del medico che ha perso l'entusiasmo per il proprio lavoro.

E non c'è nulla di più triste che un medico che si attiene al mansionario, aspetta la fine del mese per ritirare lo stipendio e pensa alla pensione. Sarà sempre il malato che ci andrà di mezzo.

L'incapacità politico-amministrativa continua a svolgere un ruolo importante. L'insufficienza o la poca efficienza del Sistema Sanitario è in gran parte conseguenza dell'inefficienza amministrativa. Il mancato ammodernamento della rete ospedaliera e la precaria organizzazione dei servizi ha più volte compromesso la possibilità di una gestione corretta del malato.

Il sistema politico-clientelare delle nomine è sicuramente sbagliato e premia persone per lo più mediocri.



I TRE AUTORI

hanno scritto un decalogo per una medicina rimodellata a partire dalle sofferenze dei pazienti e non dagli interessi dei politici.

PER STILARE UNA GRANDE RIFORMA DELLA SANITA'

propongono di creare una Consulta Nazionale composta da grandi medici seriamente ammalati che raccolga i suggerimenti di centinaia di loro colleghi, anch'essi affetti da patologie gravi.

Viene così a mancare nel complesso ospedaliero un'adeguata organizzazione e un preciso coordinamento, compito appunto dei dirigenti Sanitari.

Il politico non dovrebbe interferire nelle scelte, ma preoccuparsi della programmazione, ascoltando i consigli degli esperti, del reperimento dei fondi e dell'attuazione dei programmi. Come già detto per il medico, il manager dovrebbe svolgere il suo lavoro adeguatamente organizzando e coordinando.

Siamo infatti arrivati a un punto critico. Nei nostri ospedali non esiste ricambio, chi se ne va, medico o infermiere, non viene sostituito e neppure chi va in pensione, in gravidanza o muore. Il personale infermieristico, dal momento che non ha gratificazioni, abbandona le sedi di maggior responsabilità e maggior lavoro per rifugiarsi in periferia in realtà più tranquille. Le strutture sono spesso caotiche e/o fatiscenti, in alcune cominciano a mancare mezzi di prima necessità, dagli strumenti al banale materiale di consumo. In questo contesto i medici e il personale paramedico lavorano e i malati subiscono. Ciò che ancora si riesce a fare di buono dipende dalla buona volontà e dalla passione dei primi e dalla pazienza dei secondi. Il termine paziente non deve essere stato **coniato a caso!**".....

Parliamo di: “Lo SCALONE DELLA RIFORMA MARONI”: la situazione attuale dell’età di pensionamento

Secondo l’attuale sistema, i requisiti pensionistici per la pensione di anzianità a decorrere dal 1 gennaio 2008 è di 60 anni di età e 35 di contributi (oppure 40 anni di contributi).

A decorrere dal 1° gennaio 2010 passaggio a 61 anni di età e 35 anni di contributi, dal 1° gennaio 2014 62 anni e 35 anni di contributi, previa verifica (oppure 40 anni di contributi).

Passaggio da 4 a 2 “Finestre Pensionistiche” per la decorrenza della pensione di anzianità.

Quali sono i cambiamenti secondo il protocollo in esame al Parlamento?

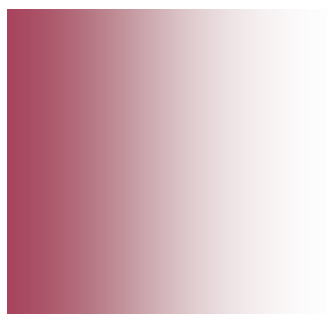
I requisiti per l’accesso al pensionamento d’anzianità sono:

- dal 1° gennaio 2008 con 35 anni di contributi o 58 anni d’età;
- dal 1° luglio 2009 al raggiungimento di una “quota” pari a 95, (la somma di età e contributi) con almeno 59 anni di età (60 anni di età e 35 di contributi o 59 anni di età e 36 di contributi);
- dal 1° gennaio 2011 al raggiungimento di una “quota” pari a 96 con almeno 60 anni di età (61 anni di età e 35 di contributi o 60 anni di età e 36 di contributi);
- dal 1° gennaio 2013 (previa verifica) al raggiungimento di una “quota” pari a 97, con almeno 61 anni di età (62 anni di età e 35 di contributi o 61 anni di età e 36 di contributi).
- in alternativa, rimane possibile l’accesso **alla pensione** di anzianità dopo 40 anni di lavoro, a prescindere dall’età anagrafica;
- L’accordo prevede che una Commissione di esperti del Governo o delle Parti sociali regolerà, ai fini dell’accesso alla pensione di anzianità dopo 40 anni di lavoro, la decorrenza della pensione con 4 finestre, in luogo delle due altrimenti previste;
- E’ prevista la salvaguardia dall’applicazione dei nuovi requisiti dal 1° gennaio 2008 per i lavoratori ammessi alla prosecuzione volontaria della contribuzione e ai lavoratori in mobilità.



ACCORDO SUI LAVORI USURANTI

Riportiamo solo quello inerente la sanità



L'accordo prevede un anticipo di tre anni del requisito anagrafico per l'accesso alla pensione di anzianità, con minimo 57 anni di età e 35 anni di contributi per i lavoratori che abbiano svolto attività particolarmente usuranti per almeno la metà della vita lavorativa o (nel periodo transitorio) per almeno 7 anni negli ultimi 10; .

I lavoratori particolarmente usuranti sono:

- Quelli impegnati nelle attività previste dal Decreto del Ministro del Lavoro del 1999;
- **I lavoratori considerati notturni** secondo le modalità stabilite dal D. Lgs 66/2003. Si tratta nella sanità:
 1. dei lavoratori che svolgono almeno tre ore del loro tempo di lavoro giornaliero durante il periodo notturno;
 2. di quelli che durante il periodo notturno abbiano svolto abitualmente, almeno una parte dell'orario di lavoro, secondo le norme definite dai contratti collettivi di lavoro (cioè i lavoratori che svolgono abitualmente lavoro in turni, regolati da un ciclo di 3 o 4 turni giornalieri).

Il gruppo ACOS del Policlinico Universitario A. Gemelli e l'AUCI

LA presidenza locale Acos ha intrapreso alcune iniziative con **L'AUCI** (Associazione Universitaria Cooperazione Internazionale), con l'auspicio di coinvolgere i nostri soci ad alcuni loro progetti. Sul prossimo numero vi annunceremo alcune attività. Su questo numero vogliamo presentarvi l'Associazione, che opera nelle sue attività di cooperazione mediante progetti per interventi umanitari.

Nei primi anni '80 l'Auci ha partecipato con il Ministero degli Esteri al progetto Somalia, operando nei campi profughi; nella seconda metà degli anni '80, in Kenya per la formazione di operatori sanitari; nel 2000, a una missione in Pakistan, dove una equipe di medici del Policlinico Gemelli composta da un anestesista, un chirurgo, una ginecologa, uno strumentista di sala operatoria e un infermiere hanno formato il personale locale.

Sempre nel 2000 in Camerun con 23 volontari tra studenti, specializzandi e docenti della Facoltà di Medicina della Cattolica gestendo tre ambulatori di villaggio ove affluivano diverse centinaia di persone al giorno.

Da due anni l'Auci lavora anche al progetto Romania "Ragazzi in gamba". Il progetto ha finalità di carattere socio-sanitario e si propone di intervenire sull'alto numero di soggetti giovani con esiti di amputazione di uno o più arti presenti in Romania e troppo spesso lasciati ad un destino di emarginazione e povertà.

Oggi l'Auci è impegnata nel progetto Kenge nella Repubblica Democratica del Congo: si tratta di un importante progetto sanitario e formativo di operatori del posto, gestito insieme all'AIFO l'Associazione Italiana degli Amici di Raoul Follereau e al MLAL, il Movimento Laici America Latina, con la diocesi di Kenge. Inoltre l'Auci è impegnata, nella stessa realtà geografica, a sostenere e promuovere progetti di microcredito in collaborazione con l'Associazione locale TELEMA. Kenge.



progetto Romania

**“Ragazzi in
gamba”**

LA MESSA IN LATINO

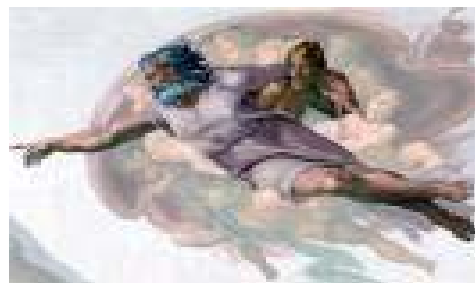


Sabato 7 Luglio è stato pubblicato il *Motu Proprio* (documento con cui il Papa esprime la sua libera e autorevole decisione su un tema specifico della vita della Chiesa, dopo essersi consultato con il Collegio dei Cardinali e con tutti i suoi più stretti collaboratori) “*Summorum Pontificum*”, con il quale Benedetto XVI concede ad ogni sacerdote la possibilità di celebrare la S. Messa senza popolo (cioè con almeno uno fedele presente) e con il popolo (un gruppo di almeno una trentina di fedeli) secondo il Messale Romano pubblicato dal beato Giovanni XXIII nel 1962, ultima revisione di quello promulgato da san Pio V dopo il Concilio di Trento. Dal 14 Settembre prossimo per celebrare la S. Messa nel rito preconciliare, cioè rigorosamente in latino, con il sacerdote che volge le spalle all’assemblea, con molti più inchini, segni di croce e meno dialogo, non c’è più bisogno di nessun particolare permesso del Vescovo locale.

Chi ha più di cinquant’anni della Messa in latino ha forse una lontana reminiscenza risalente alla propria fanciullezza o giovinezza, quando il celebrante se la vedeva quasi esclusivamente

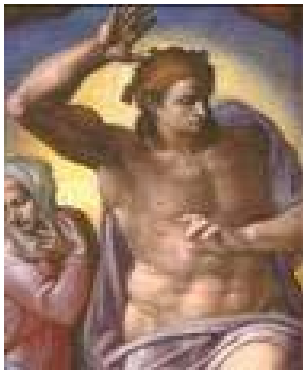
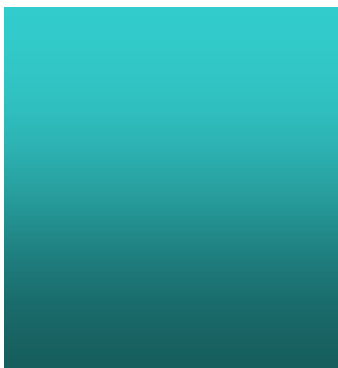
con il chierichetto e i fedeli erano tenuti occupati con altre preghiere e devozioni più o meno eucaristiche. Ricordo molto bene invece l'entusiasmo con cui i giovani preti di quarant'anni fa (oggi sessantacinquenni e oltre) accolsero e promossero le varie e progressive innovazioni liturgiche introdotte dal Concilio Vaticano II: prima la traduzione dell'antico rito in lingua volgare (in italiano) nell'Avvento del 1964; poi l'introduzione del nuovo Messale Romano di Paolo VI nel 1970, quello tutt'oggi in uso.

Il documento papale ha avuto grande risonanza anche tra i più indifferenti o lontani dalla Chiesa. Basta guardare il risalto che ha trovato sui mass media: Domenica 08/07 i maggiori quotidiani italiani sono usciti con degli speciali sull'argomento (vedi *Corriere della sera*, *Repubblica*, *Messaggero*, per citare i più noti); a quindici giorni di distanza si continuano a registrare reazioni pro e contro, sia dentro che fuori la Chiesa (cfr. <http://papatzingerblog>).



Anche noi ci chiediamo perché si è riesumato un rito di cui la stragrande maggioranza dei fedeli non ricorda più nemmeno l'esistenza, e qual è il senso di una simile decisione di Papa Ratzinger. Prima del *secondo me*, riportiamo in sintesi il pensiero del Pontefice. Nel *Motu Proprio* egli fa riferimento al principio secondo cui, per evitare errori e trasmettere l'integrità della fede, le Chiese particolari devono concordare con la Chiesa universale nella dottrina della fede, nei segni sacramentali e negli usi riconosciuti come parte della tradizione apostolica, perché *la legge della preghiera corrisponda alla legge della fede*. Nel corso dei secoli *il Rito Romano*, che ha trovato una sua mirabile sintesi nel Messale di san Pio V, è diventato la forma liturgica della fede, della pietà e della cultura della Chiesa Universale.

Per cui il Messale Romano di Paolo VI del 1970 resta la *forma ordinaria* della legge della preghiera della Chiesa Cattolica latina, mentre il Messale Romano del 1962 si deve considerare una sua *forma straordinaria* da tenere comunque nel debito onore "*per il suo uso venerabile e antico*".



Nella lettera di presentazione indirizzata a tutti i Vescovi, il Papa prende in considerazione le due principali obiezioni al suo provvedimento: il rischio di vedere intaccata l'autorità del Concilio Vaticano II e il pericolo di possibili disordini o addirittura spaccature all'interno delle Parrocchie.

Al primo punto risponde, oltre che con l'argomento della forma *ordinaria* e della forma *straordinaria* a cui abbiamo già accennato sopra, facendo esplicito riferimento alle *deformazioni della Liturgia al limite del sopportabile* a cui si è giunti in nome della fedeltà al Concilio. Riguardo al secondo punto, pensando alle comunità cristiane di oggi, è sua convinzione che nella stragrande maggioranza si continuerà a usare il Messale di Paolo VI, auspicando che la celebrazione conciliare venga contagiata dalla sacralità, propria dell'antica tradizione.

Oltre le reazioni emotive, del tipo *mi piace* o *non mi piace*, o quelle ideologiche dei progressisti contrari per principio ad ogni rigurgito tradizionalista, se non ho capito male, in questo documento il Papa afferma chiaramente che, come **“Non c'è nessuna contraddizione tra l'una (s. Pio V) e l'altra (Paolo VI) edizione del Missale Romanum”**, così anche nella Chiesa non c'è nessuna contrapposizione tra passato, presente e futuro.

Questo vale soprattutto per il Concilio Vaticano II, la cui forza normativa sta proprio nella sua comprensione in continuità (e non in discontinuità) con tutta la tradizione della Chiesa. Un secondo aspetto che mi ha colpito nella riflessione del Santo Padre è quando in modo accorato dice ai confratelli Vescovi:

“Apriamo generosamente il nostro cuore e lasciamo entrare tutto ciò a cui la fede stessa offre spazio.” Parole che ricordano quelle di Gesù, quando rimprovera gli Apostoli per aver proibito ad un tale di fare miracoli nel suo nome, perché non era dei loro: **“Chi non è contro di noi è per noi.”** (Mc 9,40). L’unità della Chiesa si fonda sul bene della fede, non sul comune sentire e/o appartenere psico-sociologico.

Sembra quasi che il Papa voglia ricordare ai Vescovi che in nome e in forza del Concilio Vaticano II non è sempre stato così. La Chiesa non è un partito, dove gli interessi di alcuni, anche se maggioranza, debbano prevalere sul bene di tutti, né i Pastori devono mostrarsi più preoccupati di se stessi, che del gregge loro affidato, evitando prese di posizioni che fanno più di arroganza del potere, che di servizio ecclesiale, tanto da lasciare dietro di sé più ferite che guarigioni, più lacerazioni che riconciliazione, più discordia che fraternità nel Signore Gesù. In ogni caso per giudicare le cose di Chiesa, si tratti di Messa in latino o di qualsiasi altra questione, è buona regola ricorrere all’infalibile criterio evangelico: **“Dai loro frutti li riconoscerete”**. (Mt 7,20). Stiamo quindi a vedere che cosa succede, tutto il resto sono chiacchiere che lasciano il tempo che trovano.

Don Marco Belladelli

