

Editoriali

LE INCERTE SORTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

"Il tuo nuovo Servizio Sanitario Nazionale inizia il 5 luglio 1948. Esso ti fornirà tutti i servizi medici, odontoiatrici e infermieristici. Ognuno - ricco o povero, donna o bambino - lo può usare. Non ci sono pagamenti da fare, se non per qualche prestazione speciale. Non ci sono iscrizioni da fare all'assicurazione. Ma non è una forma di carità. Tutti noi stiamo già pagando per questo, soprattutto attraverso le tasse."
(Dal volantino che annunciava ai cittadini inglesi la nascita del *National Health Service*)

Questo numero ospita, nella rubrica "Oltre lo Specchio", la *lectio magistralis* tenuta da Giovanni Berlinguer in occasione dell'inaugurazione della nuova sede del Ministero della Salute, avvenuta a Roma lo scorso marzo. La *lectio* ripercorre la storia del nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN), a partire dai principi e dagli esempi ispiratori. La si pubblica perché, come si diceva un tempo, è importante sapere da dove veniamo, conoscere una storia che è ignota ai più e forse è stata dimenticata da altri. Ma soprattutto perché il futuro del nostro SSN è incerto. Più che nei suoi principi istitutivi, che pochi si azzardano a contestare, il SSN è messo in discussione in quanto realtà unitaria nazionale da una serie di atti e di politiche da parte delle Regioni, che stanno facendo sì che si stiano configurando cinque, sei, sette sistemi diversi. Vuoi per scelte consapevoli, a volte di segno opposto, vuoi per l'assenza di scelte e per l'influenza esercitata da gruppi di potere, alcuni dei quali addirittura legati alla criminalità organizzata.

Ma le ombre sul futuro del SSN italiano non vengono tanto dalla diaspora regionalista - che potrebbe in qualche misura anche costituire elemento di sperimentazione utile - quanto da mutamenti irreversibili, e non esclusivi del nostro Paese, nella domanda e nell'offerta di salute. Che si possono ricondurre a tre ordini di fattori: invecchiamento, sviluppo tecnologico, estensione dei bisogni percepiti. Il primo fattore aumenta la proporzione della popolazione bisognosa di cure mediche, il secondo il costo di queste cure, il terzo la richiesta di queste cure (anche a prescindere dal bisogno reale) e, corollario inevitabile, anche i contenziosi legali.

Ai mutamenti della domanda e dell'offerta si aggiungono, nel nostro Paese, sia pure in misura molto differenziata tra Regione e Regione, una robusta dose di clientelismo e di malgoverno, e una perdurante difficoltà di troppi professionisti a una pratica indipendente dall'influenza dell'Industria. Lasciata a se stessa, la situazione non può che evolvere verso costi crescenti (e benefici sempre più marginali per la popolazione). A tutto questo - a meno di un aumento della quota del bilancio dedicata alla salute, che sottrarrebbe però risorse a investimenti ancora più importanti nel proteggere la salute, la coesione sociale e la sicurezza collettiva - si può trovare risposta solo in una limitazione dei servizi offerti gratuitamente.

Esistono, semplificando, due modalità principali secondo cui questa limitazione può essere operata.

Una prima modalità è quella, purtroppo la più diffusa, del cambiamento surrettizio. Questo scenario prevede il mantenimento di un sistema in cui quasi tutto è gratuito, anche farma-

ci e prestazioni dai benefici questionabili, e in cui si sviluppa ulteriormente una rete di centri specialistici già pleonastica, con le aziende sanitarie in concorrenza tra loro e con il settore privato nel crearne di nuovi. Portando a conseguenze inevitabili: lo sviluppo - già in atto - di un sistema privato che assicura ai più abbienti quei tempi rapidi e quella qualità di albergo che il sistema pubblico fa sempre più fatica a garantire; crescenti disparità tra chi ha il sapere e il potere necessario per avere accesso rapido alle cure e chi non li ha; costi crescenti che il sistema tenderà a riversare sui cittadini sia direttamente sia, e soprattutto, indirettamente. Di questo scenario fa parte anche il mancato adeguamento dei salari di medici e infermieri, che porterà anche questi a preferire gradualmente il sistema privato, o a utilizzare il pubblico impropriamente come strumento per guadagni privati. Alle stesse conseguenze può contribuire, occorre dirlo, anche la crescita esponenziale delle procedure a garanzia della qualità e della sicurezza, che, in assenza di risorse aggiuntive e di applicazione *granu salis*, rischia di essere controproduttiva. In sostanza, questo primo scenario si può descrivere con una inversione della celebre frase del *Gattopardo*: "non cambiare nulla affinché tutto cambi".

Un secondo scenario può essere immaginato, ma dovrebbe, per affermarsi, superare difficoltà che allo stato sembrano insormontabili. Innanzitutto, il governo della Sanità dovrebbe essere meno permeabile ai clientelismi politici: alla politica dovrebbe spettare di definire le risorse, nell'ambito dei budget nazionali e regionali, e le linee generali di indirizzo, ad esempio riguardanti le modalità di finanziamento; non dovrebbe spettare la individuazione dei manager e la programmazione dei servizi sul territorio. Sarebbe poi necessaria una migliore definizione - sul piano nazionale, con alcune, limitate, possibilità di adattamento regionale - di Livelli Essenziali di Assistenza che siano però tali. Con contestuale definizione delle tecnologie interventi e programmi di "fascia A", quindi riconosciuti come efficaci e con rapporto costi/benefici accettabile, inclusi i programmi di sanità pubblica, e con possibilità di revisione ogni qual volta emergano nuove evidenze. A guidare questo processo dovrebbe esserci una Autorità competente e indipendente, con una dimensione nazionale e delle proiezioni regionali. In realtà, già disponiamo dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali, cui corrispondono in molte regioni le Agenzie regionali. A questo sistema peraltro non sono mai stati concessi poteri adeguati, per il preponderante ruolo che le Amministrazioni regionali hanno chiesto per sé rispetto a una guida tecnica centrale, e per la "deriva politicista" in atto in molte Agenzie regionali. Di questo scenario dovrebbero invece far parte piani nazionali e opportune alleanze tra Regioni contigue per garantire una programmazione e distribuzione adeguata dei sempre più costosi centri di alta specialità; e, cosa molto importante, una Scuola nazionale di sanità pubblica, possibilmente concepita come entità policentrica per valorizzare le eccellenze già esistenti, che formi e diffonda una cultura di sanità pubblica e gestionale adeguata. L'Autorità centrale e regionale dovrebbe cooperare con le società professionali nell'assicurare piena indipendenza di raccomandazioni e linee guida da influenze improprie. Infine, sarebbe fondamentale attuare un programma, definito e attuato in collaborazione con gli operatori, di comunicazione per

la salute, che diffonda tra gli utenti le conoscenze utili a comprendere come proteggere la salute individuale e contribuire a quella collettiva, i reali benefici delle diverse cure, e a disporre di informazioni trasparenti su cosa ciascuna struttura è in grado di fare. Si tratta di un aspetto fondamentale se si vuole agire in profondità sul rapporto tra domanda e offerta. Un tale "patto per la salute" in realtà è stato già proposto dal Ministero della Salute, senza però indicare chi dovesse essere responsabile della sua attuazione, che richiede una scelta politica forte, e la collaborazione dei professionisti e delle loro organizzazioni. Gli operatori hanno infatti un ruolo centrale nel dialogo con i pazienti, al quale vanno formati, e nel diffondere nelle comunità consapevolezza rispetto alle scelte da fare per salvaguardare un sistema pubblico di qualità. Migliori salari potrebbero allora essere contrattati in cambio di prestazioni di qualità, operando una selezione e una valutazione di merito. Infine, un sistema di chiari riferimenti scientifici e professionali potrebbe anche ridurre la frequenza e i costi delle *litigation*.

In sostanza, questa strategia alternativa si propone di aumentare la cultura del sistema: tra i programmatori, tra i manager, tra i professionisti, e infine, tra i cittadini. Una strada, come si vede, stretta. Che prevede che si fissino dei limiti espliciti, che questi vengano motivati, discussi, presentati al pubblico, e che si vada oltre visioni e interessi particolari, spesso anche degli stessi professionisti. Ma una strada che pare obbligatoria se ci si vuole mantenere fedeli agli intenti fondatori del SSN.

Giorgio Tamburini

M&B vuole aprire un confronto sulle sorti dell'SSN. Se vuoi partecipare, scrivi a: redazione@medicoebambino.com oppure collegati al sito web (www.medicoebambino.com) nella sezione "Dibattiti".

IL PERCORSO NASCITA: ASPETTI ORGANIZZATIVI E ASSISTENZIALI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito come uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale il miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino. La tutela della salute materno-infantile rappresenta un impegno centrale per ogni sistema socio-sanitario, anche per le ripercussioni sul benessere psico-fisico della popolazione attuale e futura.

In questo ambito il periodo perinatale è comunque quello più critico: il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008, ad esempio, sottolinea come la patologia perinatale incida per circa l'85% sulla mortalità nel primo anno di vita.

Da ormai più di 30 anni si sa che i tassi di mortalità materna, fetale e neonatale possono essere ridotti se le madri in gravidanza e i loro neonati ad alto rischio vengono identificati precocemente e vengono di conseguenza applicate le tecniche ostetriche e pediatriche più adeguate.

Su questa base, negli anni '70 l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* con lo scopo di migliorare la qualità delle cure e diminuire i costi, aveva formalizzato l'importanza dell'organizzazione delle cure perinatali con 3 diverse categorie o livelli di servizi in precise raccomandazioni (The American College of Obstetricians and Gynecologists "Toward Im-

proving the Outcome of Pregnancy - Recommendations for the Regional Development of Perinatal Health Services". *Obstet Gynecol* 1975;46:375-384).

Nell'ottica di implementare gli obiettivi di salute, garantire unità, efficienza e coerenza degli interventi e uniformare i livelli assistenziali, il PSN per il triennio 1998-2000 aveva previsto uno specifico Progetto Obiettivo materno-infantile. Il capitolo 3 del Progetto è intitolato "Percorso nascita" e rappresenta nelle intenzioni del legislatore la risposta dello Stato a due richieste del cittadino, la sicurezza per la madre e per il neonato, associate a una sempre maggiore umanizzazione dell'evento nascita. Il capitolo inizia con queste parole: "La gravidanza e il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il feto e per il neonato. È necessario che a ogni parto venga garantito un livello essenziale e appropriato di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica".

Il PSN 2006-2008 sottolinea come "malgrado i progressi realizzati negli ultimi anni, non sono ancora stati raggiunti gli obiettivi indicati dal precedente PSN 2003-2005, che faceva proprie molte delle indicazioni del Progetto Obiettivo materno-infantile del PSN 1998-2000, i cui standard relativi al numero minimo di parti/anno per struttura, al bacino di utenza per unità operativa di pediatria risultano ancora validi e del quale andrebbe monitorata l'attuazione".

L'attuazione di questi obiettivi è caratterizzata da alcuni aspetti essenziali:

- offerta assistenziale, cioè servizi ospedalieri ostetrici e pediatrico-neonatologici, articolata sui 3 livelli già indicati nelle raccomandazioni dell'*American College of Obstetricians*, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali per garantire la massima corrispondenza tra necessità assistenziali ed efficacia delle cure erogate;
- uniformità di livello delle cure perinatali tra unità operative ostetriche e unità operative neonatologico-pediatriche, nel senso che a una unità operativa ostetrica di III livello dove corrispondere, cioè deve essere collegata fisicamente e funzionalmente, un'unità operativa neonatologica di III livello e viceversa; il fatto che ogni neonato nasca dove può essere poi adeguatamente assistito ha come conseguenza una diminuzione del trasporto postnatale di emergenza, che si sa essere associato a un aumento della mortalità;
- il livello superiore deve comunque sempre garantire le prestazioni del livello inferiore;
- deve esistere una rete su base regionale o inter-regionale.

Per l'individuazione dei tre livelli assistenziali il progetto indica funzioni e standard di organizzazione strutturale e di personale che le Regioni devono adattare alle proprie esigenze di programmazione sanitaria. Le Regioni devono anche formalizzare il Servizio di Trasporto Materno (STAM) e il Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN).

Nel testo del PSN viene inoltre sottolineato che "la rete ospedaliera pediatrica, malgrado i tentativi di razionalizzazione, appare ancora ipertrofica rispetto ad altri Paesi europei. Il numero dei punti nascita con meno di 500 parti all'anno, che dovrebbe essere considerato lo standard minimo, è ancora molto elevato". Anche per quanto riguarda l'assistenza dei neonati pretermine di peso molto basso, una recente indagine di Corchia e Orzalesi (*Acta Paediatrica* 2007;96:35-

Editoriali

8) ha dimostrato che esiste in Italia una grande disomogeneità nell'organizzazione e nella qualità dell'assistenza perinatale, con significative differenze nella mortalità fra le varie aree geografiche.

Le indicazioni organizzative e le strategie operative contenute nel PSN costituiscono dunque ancora oggi il modello di riferimento e l'obiettivo da perseguire nel percorso di miglioramento della qualità dell'assistenza perinatale in Italia.

Su questa base vi è probabilmente lo spazio per elaborare e implementare modelli di assistenza finalizzati a una ancora migliore utilizzazione delle risorse, in una visione di "economie di scala".

Volendo dare un'indicazione di massima per il futuro occorre tener presente che nelle raccomandazioni originali dell'*American College of Obstetricians and Gynecologists* già nel 1975 si sottolineava che, dove esistano più centri di I livello che possono essere accorpatisi a formare un centro di II livello, questo accorpamento dovrebbe essere incoraggiato e quindi, fatte salve le considerazioni relative alle zone montane e disagiate, l'obiettivo potrebbe essere, a 30 anni di distanza dalle raccomandazioni americane e a 7 dal primo progetto italiano, quello di avere un'organizzazione su tutto il territorio nazionale basata principalmente su centri di II e III livello con una piena attuazione del "trasporto in utero", vale a dire della concentrazione delle gravidanze a rischio nei centri ostetrico-neonatologici di III livello.

In considerazione dell'evoluzione della qualità dell'assistenza in medicina perinatale, abbinata alla necessità di un utilizzo sempre più razionale delle risorse, la Società Italiana di Neonatologia ha promosso la costituzione di un panel multidisciplinare di esperti con lo scopo di produrre un documento sugli standard assistenziali neonatali in Italia, che è attualmente in corso di elaborazione. Poiché l'obiettivo della Neonatologia è quello più generale di migliorare la qualità delle cure e il benessere del neonato e della sua famiglia, nel documento verranno presi in considerazione non solo aspetti strettamente legati all'organizzazione dei livelli di assistenza e alla loro distribuzione territoriale, ma anche molti altri non meno importanti. Fra questi citiamo la formazione continua del personale di tutti i Centri Nascita sulla rianimazione e stabilizzazione, sul counselling e sulla promozione e sostegno dell'allattamento al seno e l'adozione di strategie di assistenza personalizzata, sempre meno invasiva, capace di cogliere i segnali individuali e rispettare le esigenze dei neonati anche di quelli più critici e immaturi, coinvolgendo in questo percorso anche i genitori, la cui presenza attiva in Reparto fin dai primi giorni costituisce una risorsa indispensabile in terapia intensiva neonatale.

Claudio Fabris

**Cattedra di Neonatologia, Università di Torino
Presidente della Società Italiana di Neonatologia**

LA GESTIONE DELLA BRONCOPOLMONITE IN FRIULI VENEZIA GIULIA: UN MODELLO DA SEGUIRE

Su questo numero di *Medico e Bambino* a pag. 244 viene pubblicata una ricerca osservazionale, coordinata dal Dipartimento materno-infantile di Monfalcone (Gorizia), sulla gestio-

ne ambulatoriale e ospedaliera di 759 casi di broncopolmonite (BPM), osservati prospetticamente durante l'anno 2004 nella regione Friuli Venezia Giulia (FVG). La ricerca fa seguito a uno studio, molto simile, condotto sempre in FVG 20 anni prima e a una ricerca multicentrica (103 pediatrie ospedaliere), con il reclutamento di 1190 casi di BPM (*Medico e Bambino* 1999;18(4):236-41).

I risultati dello studio mostrano che la gestione della BPM è molto migliorata nel corso degli anni. In particolare merita di essere sottolineato che: a) vi è stata una diminuzione dei casi di ricovero (di circa 1/3) rispetto a 20 anni fa; b) la maggioranza dei bambini con BPM che arriva in ospedale (in ambulatorio o in pronto soccorso) non viene "automaticamente" ricoverata; c) la terapia antibiotica è molto aderente a quelle che sono le raccomandazioni formulate nel 2002 dalla *British Thoracic Society* (BTS); in particolare colpisce favorevolmente l'alta percentuale di prescrizione dell'amoxicillina nei casi con presunta eziologia da *Streptococcus pneumoniae* (SP) (61% da parte del PdF, 73% da parte del pediatra ospedaliero) e il basso ricorso alle cefalosporine. Quasi nessuno, in un contesto ambulatoriale, ha utilizzato un antibiotico per via intramuscolare. Anche in regime di ricovero ben il 49% delle BPM è stato trattato con un antibiotico orale; i bambini trattati per via endovenosa (51%) in 1 caso su 3 sono stati curati con l'ampicillina. Nello studio multicentrico del 1999 a domicilio meno del 20% dei bambini era stato trattato con amoxicillina (nel 40% e nel 30% era utilizzato un macrolide o una cefalosporina, rispettivamente); in ospedale l'uso delle penicilline (comprese quelle protette) non raggiungeva il 20%.

Che la gestione della BPM sia una degli ambiti più controversi e meno aderenti alle raccomandazioni formulate, si ricava anche da altre esperienze (poche) internazionali. Nella nobile Inghilterra, nel biennio 2001-2002 (prima della pubblicazione delle LG della BTS), in 13 ospedali del North England, a meno della metà dei bambini che aveva l'indicazione a un trattamento con una penicillina questa era stata prescritta; un bambino su 5 ha ricevuto (impropriamente) una cefalosporina e, anche al di sotto dei 5 anni, si è osservato un uso dei macrolidi molto più largo di quello ragionevolmente atteso (Clark JE, et al. *Arch Dis Child* 2007;92:394-8).

In Italia non sappiamo se il modello di gestione delle BPM osservato in FVG stia seguendo gli stessi percorsi virtuosi (anche se sicuramente ancora migliorabili). Sarebbe interessante verificare la possibilità di applicabilità di quelle che sono ormai le chiare evidenze che si ricavano dalla pubblicazione di recenti RCT (Atkinson M, et al. *Thorax* 2007;62(12):1102-6; Hazir T, et al. *Lancet* 2008;371:49-56;) e che confermano quanto già in parte noto: la pari efficacia dell'amoxicillina per via orale (ad alta dose) rispetto al trattamento parenterale, nei casi che non hanno l'indicazione elettiva per un trattamento parenterale (i casi gravi, ad esempio con versamento che richiede il drenaggio). I benefici di questa pratica terapeutica essenziale sono ovviamente di grande rilevanza sia per i Paesi in via di sviluppo (2 milioni di morti all'anno per BPM, uno ogni 4 minuti), per la facilità di accesso alla cura, ma anche da noi perché può favorire un maggiore rispetto (*evidence based*) del bambino e della famiglia e un rilevante risparmio economico.

Federico Marchetti

L'IPOTESI DI BARKER APPLICATA AL MONDO (E ANCHE UN SALUTO A CHIARA LUBICH)

Dunque, sta succedendo al mondo quello che succede nell'ipotesi di Barker: il fatto che alcuni, o molti, feti si trovino in difficoltà nutrizionale, da noi in Occidente per insufficienza fetoplacentare, e in Africa, o in India, o in Sud America, o magari anche in Cina, perché semplicemente molte gravide non mangiano, o mangiano dopo i mariti, o comunque sono a dieta mediamente scarsa/scadente. In queste situazioni il feto elabora, già "epigeneticamente", una sua strategia di sopravvivenza, all'insegna del risparmio, che però rimane scritta, sia pure a matita, nel suo flessibile DNA, o ai margini di questo; e, guidati da questo DNA "corretto" vanno poi incontro, se si trovano nell'abbondanza, o almeno nella non carenza, da bambini e da adulti, ai rischi del benessere, obesità, sindrome metabolica, diabete, patologia cardiovascolare, ridotta qualità di vita. Questo è un problema pediatrico, addirittura neonatologico; ma poi passa nella pediatria tradizionale e in seguito diventa forse il principale problema della medicina dell'adulto; riguarda dunque tutta la nostra professione, dalla neonatologia in poi.

In realtà va ancora oltre: è qualcosa di più.

Questa cosa che accade al feto cresciuto in un utero povero sta accadendo (e a noi è già accaduto) nel mondo, già povero ed ora divenuto, o in via di diventare ricco.

Tutto il mondo ne soffre: le malattie croniche figlie della sindrome metabolica stanno colpendo duramente l'Asia e iniziano a colpire anche l'Africa; e il loro rapido procedere epidemiologico è già ben registrato; dei loro effetti biologici, diabete e ipertensione (che sono anche un problema economico-politico di spesa sanitaria), quella parte del mondo povero che è però sulla strada dello sviluppo, ha già cominciato a soffrire.

Ma la metafora dell'ipotesi di Barker estesa al mondo ci porta dell'altro. Oggi, e ancor più domani, il mondo povero soffre già di alcuni altri vizi del nostro mondo ricco: l'ingordigia dei potenti, la collusione (non basta più dire mafiosa) tra politica e finanza, l'aumento del gap di potere d'acquisto tra disoccupati, precari, lavoratori, finanziari, politici, banchieri, consulenti, conduttori televisivi, faccendieri e manager (pensate al manager Alitalia, tanto più pagato quanto più aumentano le perdite dell'impresa).

Con questo, si è venuto, o si viene, perdendo il capitale sociale, su cui i Paesi si sostengono, e trovano motivo di identità: il capitale sociale che è fatto, prima di ogni altra cosa, della solidarietà, inter-generazionale, intra-familiare (in Africa la grande famiglia è il tessuto naturale di sostegno dell'intero popolo, oltre che un fattore di conflittualità e di guerra etnica), intra-nazionale; quella solidarietà intra-nazionale che ha salvato dal tracollo l'Argentina, e che, comprensibilmente, mostra qui, ora, in Italia tutta la sua recente e antica fragilità, nelle spinte "neo-federaliste", compreso il federalismo fiscale, e si che esprime a livello popolare, in Campania, come in Sardegna, come in Piemonte o in Friuli Venezia Giulia, col rifiuto non immotivato di cooperare allo smaltimento dei rifiuti, colpevolmente e pericolosamente ammuccchiati in una ricca e disastrosa Regione nel cuore del Paese.

L'aumento della ricchezza nel mondo e del mondo, frutto an-

che di un globalismo solo in piccolissima misura controllato, comporta anche degli inevitabili confronti nei Paesi in crescita: una giusta invidia per i ricchi (individui ricchi, ma anche Paesi ricchi, che siamo poi noi); e quindi è ancora causa di diminuita solidarietà internazionale, di chiusure, di conflitti sulle risorse e sull'ambiente (pensare a Kyoto). Nello stesso tempo è causa, universale, di aumento dei rifiuti, cioè di inquinamento, il cui effetto diretto, già misurabile, è sulla fertilità (*Endocrine Disrupting Agents*), sui tumori pediatrici (e naturalmente anche sui tumori dell'adulto), e in singoli luoghi, anche sullo sviluppo neuropsichico dei neonati.

Come facilmente si comprende da questa lettura, quello che è pediatria torna alla pediatria, i rapporti tra pediatria e vita, mondo, globalità politica sono più stretti che mai, e questo giustifica, forse, alcune mie piccole fissazioni, alcune prediche "trite e ritrite" sulla responsabilità individuale, personale, di ciascuno, e dei pediatri in modo particolare.

E ora un saluto a Chiara Lubich. Non credo che sia nei compiti di *Medico e Bambino* il necrologio; eppure negli ultimi due numeri, e ora in questo, abbiamo doverosamente, e con dolore mescolato alla fierezza, ricordato persone, medici, che ci hanno lasciato.

Lasciate ora, a me, fare un saluto a Chiara Lubich, non medico ma persona che, in contro-tendenza, ha contribuito alla crescita di quel patrimonio sociale che io penso sia alla base della tenuta dei popoli.

Chiara Lubich molti, ma non tutti, la conoscono; alla sua morte (ma, giustamente, non prima di allora) ha avuto l'onore dei giornali. Era una persona semplice come voi e noi (no, veramente, pur essendo semplice era anche una di quelli che io chiamo "eroi" perché decidono di dedicare la loro vita a un compito di solidarietà, come è stato Pasquale Raffa, che abbiamo salutato nel numero di marzo, o il caro e generoso rompiscatole Pasquale Causa, salutato a febbraio, o Maria Bonino, morta di Marburg - un virus Ebola - in Africa, due anni fa, e Carlo Urbani, morto anche lui nella epidemia di SARS che ha saputo arrestare con la sua morte, così come ha fatto Maria Bonino per l'epidemia emorragica).

Chiara era una ragazza semplice e senza mezzi, che quasi senza volere aveva fondato, e fatto crescere, il movimento dei Focolari, da cui sono nate le comunità, anche urbane, di Mariapoli, nel mondo; comunità fatte di un quasi-comunismo-imprenditoriale-umano-e-solidale, qualcosa che potrebbe somigliare alle comunità cristiane del primo secolo, ma industrializzate; e anche magari alla Compagnia delle Opere, che però, senza offesa (e forse e altrettanto umanamente, e non senza giustificazioni) ha avuto una sorta di devianza in senso di potere politico (come, sempre forse e senza offesa, ha avuto la gerarchia ecclesiale); o al Piccolo Credito; una delle rivoluzioni socio-esistenziali più commoventi e al tempo stesso più rivoluzionarie e di successo, e forse più in grado di aiutare il mondo a cambiar faccia; oppure alla Banca Etica.

Credo di dover dire che, come lei stessa, Chiara, ha voluto dirci, e come forse è vero per tutti noi, che la sua morte non è stata vissuta (quasi-un-ossimoro, ma non lo è) come non-morte, come entrata nell'eternità.

Franco Panizon