

**ACP: UN PERCORSO PER LA DIFESA
DEI DIRITTI DEI MINORI**

La partecipazione dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) al Tavolo interassociativo, promosso dall'UNICEF a seguito dell'approvazione del cosiddetto "Pacchetto Sicurezza", è il primo passo concreto del nuovo cammino intrapreso dall'Associazione (vedi l'editoriale di *Medico e Bambino* di giugno 2008). Il Tavolo ha lavorato, durante ripetuti incontri, mettendo a punto un documento contenente le "Osservazioni sugli effetti del Pacchetto Sicurezza sui diritti dei bambini e degli adolescenti stranieri". Il testo completo lo trovate a pag. 427.

Il Ministro dell'Interno Maroni ha accettato di incontrare le Associazioni del Tavolo, per discutere in merito ai contenuti del documento stesso in data 16 luglio 2008 nella sede dell'UNICEF. L'ACP e *Save the Children* erano state chiamate a presentare il documento al Ministro in rappresentanza di tutte le Associazioni firmatarie e aderenti, pertanto l'ACP è intervenuta accanto all'UNICEF, a *Save the Children*, al prof. Citarella (unico italiano membro del Comitato ONU per i Diritti dell'Infanzia) e al Ministro.

All'ACP è stato assegnato il compito di introdurre il Documento, analizzandone la premessa per dar modo alla rappresentante di *Save the Children* di entrare nel merito dei singoli articoli.

Per quanto il mandato fosse quello di attenersi ai contenuti stabiliti, si è ritenuto opportuno sottolineare il senso della presenza dei pediatri al Tavolo e quanto grande sia la convinzione, all'interno dell'ACP, di dover dare spazio a discipline che solo apparentemente sono lontane da un mondo fatto di clinica e farmacologia, se l'intento è "prendersi cura" di tutti i bambini e del complesso "sistema famiglia" nel quale vivono. Determinanti sociali della salute, indice di sviluppo umano, sviluppo umano inteso come libertà dai bisogni primari, equità e giustizia sociale sono argomenti che trovano uno spazio sempre più ampio nella nostra coscienza individuale e collettiva.

Necessaria l'enunciazione dei 4 principi generali della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (ratificata dall'Italia con la Legge n. 176/91), che rendono i diritti dei minori "incondizionati" e "non condizionabili" da alcuna legislazione interna, se incompatibile coi dettami della convenzione stessa.

1. Principio di non discriminazione, che stabilisce che tutti i diritti sanciti dalla convenzione siano realizzati per tutti i bambini e gli adolescenti senza discriminazione di alcun tipo. Tale principio è valido per tutti i bambini e gli adolescenti presenti sul territorio italiano, compresi i visitatori, i rifugiati, gli immigrati regolari e non. Il principio di non discriminazione è un principio trasversale, che dovrebbe essere tenuto in considerazione e applicato in tutti gli ambiti di vita dei minori.

2. Principio del superiore interesse del minore, che stabilisce che, in tutte le decisioni relative ai minori, il superiore interesse del minore deve avere una considerazione preminente.

3. Diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo.

4. Principio di partecipazione e rispetto per l'opinione del minore, che sancisce il diritto di bambini e adolescenti di essere ascoltati e considerati.

Con fermezza si è auspicato che qualsiasi misura riguardante i minori venga inserita all'interno di un nuovo Piano Nazionale dell'Infanzia (l'ultimo risale al 2004) e che si metta in atto

quanto possibile per favorire la definizione dei LIVEAS (livelli essenziali nelle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali) a garanzia di una uniforme attuazione dei diritti dei minori. Tra questi il diritto alla salute, garantito finora oltre che dalla Costituzione anche dall'attuale legislazione, rischia di venir annullato dalle norme in via di approvazione, partendo dal presupposto che la clandestinità sia un reato perseguibile con l'immediata espulsione.

L'intervento si è chiuso con una breve nota in relazione alla preoccupazione di quanti si troveranno ad affrontare situazioni intorno alle quali non esiste ancora una sufficiente chiarezza. Il Ministro, dopo aver ascoltato tutti gli interventi, si è detto disponibile a proseguire il confronto con il Tavolo, che racchiude competenze specifiche sicuramente maggiori di quelle presenti in Parlamento.

Riteniamo questo percorso irrinunciabile per la nostra Associazione a favore dei Diritti dell'Infanzia, in collaborazione con tutte le Organizzazioni portatrici di vari saperi. Vi terremo informati degli sviluppi che speriamo positivi, almeno in parte.

Michele Gangemi
Presidente ACP

Carmela Di Maio
Pediatra di comunità, Napoli

EMERGENZA E URGENZA PEDIATRICA

L'emergenza/urgenza neonatale e pediatrica rappresenta una sfida quotidiana e speciale per noi pediatri e non solo, nel tentare di ridurre sempre più la morbilità e la mortalità che inevitabilmente sono correlate agli eventi critici e cercando di offrire agli sfortunati pazienti un sempre più adeguato e uniforme trattamento.

Le conseguenze della patologia pediatrica acuta, che non trova un'adeguata, tempestiva ed efficace risposta operativa all'interno e all'esterno dell'ospedale, possono essere gravissime, non solo dal punto di vista etico e umano, ma anche da quello sociale ed economico, a causa dell'enorme impegno assistenziale e riabilitativo che un bambino con esiti invalidanti richiede.

Nella nostra nazione il bambino critico, che necessita di un supporto terapeutico di rianimazione e terapia intensiva, salvo poche realtà locali, affrisce quasi inevitabilmente ai servizi di terapia intensiva dedicati all'adulto, che non hanno competenze specifiche e che necessiterebbero della collaborazione di un pediatra esperto in emergenza/urgenza. Il bambino critico non è un piccolo adulto e l'approccio assistenziale necessita di competenze culturali specifiche che sappiano cogliere rapidamente non solo le alterazioni fisio-biologiche e i segni e sintomi patognomici di gravità, ma posseggano anche gli strumenti culturali operativi per poter intervenire con efficacia.

La prevenzione dell'errore valutativo e operativo in area critica consiste non solo nell'ottimizzare, partendo dalle risorse ambientali, strutturali e umane disponibili, i percorsi assistenziali dedicati all'emergenza/urgenza, semplificando con linee guida condivise il modello di intervento in acuto, ma anche nell'analisi periodica degli inevitabili errori e delle omissioni, per proporre interventi correttivi quali l'implementazione di strumenti, guide e quanto altro possa essere ritenuto valido.

In quest'ottica la "Guida dei parametri vitali e dei segni di allarme in pediatria" di Quarantiello e collaboratori, presentata in questo numero di *Medico e Bambino* (pag. 441), rappresenta un riuscito esempio di uno strumento di semplice e facile consultazione, che raccoglie sinteticamente essenziali e rapidi indicatori clinici, condivisi dalla comunità pediatrica scientifica internazionale. La Guida può essere un importante e utile supporto a chi quotidianamente, nel proprio ambulatorio o nel Pronto Soccorso, si imbatte in una situazione critica improvvisa, spesso non preannunciata.

Il ruolo del pediatra dovrebbe essere finalizzato, oltre che alla prevenzione delle situazioni di rischio, che rappresenta sempre la migliore "cura", anche all'informare i genitori circa la gestione delle prime fasi dell'emergenza che interessa i propri figli. La SIP e La SIMEUP negli ultimi anni hanno sollecitato con maggiore forza gli organismi istituzionali, Ministero dell'Istruzione e della Salute, affinché nelle sedi preposte si realizzino percorsi formativi in emergenza/urgenza pediatrica per i futuri medici e pediatri. Contemporaneamente le due Società scientifiche hanno realizzato e continueranno a sviluppare iniziative culturali teorico-pratiche in questo campo dell'assistenza pediatrica, aperte a tutti gli operatori sanitari interessati e anche alla società civile.

Per le necessità di fornire un'assistenza pediatrica di maggior livello tecnico e per ottimizzare i modelli assistenziali, il gruppo di lavoro della SIP per le cure semi-intensive in pediatria, da me guidato, sta preparando una Consensus Conference per il Congresso Nazionale di Pediatria di Genova 2008. L'argomento ha risvolti di politica sanitaria di grande rilevanza; non è possibile infatti, nei normali reparti di degenza pediatrica come anche in quelli di alta specialità, trattare patologie complesse, con DRG di elevato peso, se non si è in grado di erogare livelli assistenziali complessi. Inoltre la contemporanea grave carenza nel territorio nazionale di questa tipologia di posti letto determina un sovrappollamento dei pochi reparti di terapia intensiva pediatrica, che a loro volta mancano della degenza semi-intensiva per una dimissione precoce del bambino dalle cure critiche. Non ultima la quasi totale assenza di posti di assistenza semi-intensiva dei reparti di emergenza pediatrica, che hanno difficoltà nella stabilizzazione e nel trattamento del bambino critico, terminato il primo intervento dell'area rossa. Praticamente una grave carenza territoriale che finisce per svilire l'assistenza che forniscono molti reparti pediatrici degli ospedali zonali, dei reparti pediatrici di alta specialità e dei PS pediatrici, mentre favorisce un uso improprio delle strutture sanitarie intensive non permettendo l'ottimizzazione dell'utilizzazione delle risorse pediatriche disponibili, che finisce per mostrare al Paese un modello assistenziale pediatrico non congruente con le aspettative che ha la popolazione di una moderna pediatria.

Negli ultimi anni sono stati compiuti molti progressi finalizzati al miglioramento delle cure in emergenza in età pediatrica, grazie anche alla codifica di linee guida internazionalmente riconosciute, come il *Pediatric Basic Life Support - Defibrillation* (PBLSD) e il *Pediatric Advanced Life Support* (PALS), ma molto resta ancora da fare.

L'auspicio è che si arrivi a figure professionali sanitarie sempre più specializzate nell'organizzazione dell'urgenza/emergenza pediatrica "a misura del bambino", che permettano al pa-

ziente in età evolutiva di essere assistito da personale a lui dedicato, in ambiente idoneo, al fine di migliorare il suo *outcome* di sopravvivenza.

Pasquale Di Pietro
Presidente della Società Italiana di Pediatria

LE STATINE PER I BAMBINI? POCHE LUCI, MOLTE OMBRE

Le nuove raccomandazioni dell'*American Academy of Pediatrics* (AAP)¹ sulla salute cardiovascolare in età pediatrica considerano la possibilità di trattare con le statine i bambini di età > 8 anni che hanno livelli di colesterolo LDL persistente > 160 mg/dl dopo un adeguato programma dietetico e che hanno altri fattori di rischio cardiovascolare: l'obesità, l'ipertensione, sono fumatori o hanno una ipercolesterolemia familiare (IF). Sempre nei bambini di età > 8 anni, che non presentano i fattori di rischio ma hanno un persistente valore di colesterolo LDL >190 mg/dl, l'intervento farmacologico viene consigliato. Queste raccomandazioni non riportano nessun grading di evidenza e si basano pertanto sull'opinione di esperti (livello di evidenza C).

Stante queste indicazioni, la famiglia di un bambino obeso di 9 anni con un valore di colesterolo LDL ad esempio di 180 mg/dl potrà trovarsi di fronte al consiglio di iniziare un trattamento con statine. Le domande, a cui le raccomandazioni dell'AAP danno risposte molto parziali, sono: con quale obiettivo sul breve e sul lungo periodo, per quanto tempo, con quali effetti collaterali?

Non è facile rispondere in modo preciso a questi quesiti perché le evidenze prodotte in letteratura sono davvero scarse. Quello che è noto, e che probabilmente ha indotto gli esperti dell'AAP a fornire una serie di raccomandazioni molto forti per lo screening del colesterolo, a ribadire l'utilità dei programmi dietetici e di stile di vita (individuali e di comunità) e ad autorizzare anche l'uso delle statine in casi selezionati, è che quanto maggiore è il BMI in età pediatrica tanto più alto è il rischio di evento coronarico in età adulta² (vedi il Digest a pag. 459). Ma non è sicuramente dimostrato che nel bambino, correggendo precocemente lo stato di dislipidemia che si associa all'obesità, si possa ridurre l'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori e della mortalità. Gli unici dati disponibili in questo senso si riferiscono agli studi di prevenzione primaria condotti negli adulti, che sono ancora oggi oggetto di discussione e di controversie³.

L'aspetto cruciale è relativo ai dati di efficacia e sicurezza disponibili in termini di uso in età pediatrica delle statine. Tutti gli studi clinici hanno riguardato la popolazione affetta da IF^{4,5}. Nessuno studio è stato condotto nei bambini obesi con ipercolesterolemia. Gli 8 RCT hanno arruolato complessivamente una popolazione di 947 pazienti con IF. L'età media dei soggetti trattati è di 14,7 anni (range 8-18 anni). La durata media del trattamento/osservazione è stata di 27 settimane (range 6-96). I livelli del colesterolo LDL sono diminuiti mediamente del 32,5% (IC 95%: 24,3-40,7), con un incremento del colesterolo HDL del 3,4% (IC 95%: 0,8-6,0)⁴. In alcuni di questi RCT l'efficacia della terapia è stata valutata attraverso l'applicazione di modalità di valutazione non invasiva della

degenerazione aterosclerotica precoce (end point surrogati) ed è stata osservata una riduzione significativa rispetto ai controlli dello spessore dell'intima media.

In merito al profilo di sicurezza, non sono state osservate differenze tra il gruppo di bambini-adolescenti trattati con statine e il gruppo placebo rispetto all'occorrenza complessiva di eventi avversi, tossicità epatica e muscolare, sviluppo sessuale e staturale^{4,5}. Sebbene i dati di sicurezza nei bambini trattati con statine per l'IF appaiano rassicuranti, va sottolineato come questi risultati siano da considerarsi non conclusivi per la brevità di durata del follow-up, specie se si considera che l'avvio della terapia in un bambino di età > 8 anni espone a una dose cumulativa di gran lunga superiore a quella dell'adulto.

Tornando al nostro bambino obeso di 9 anni con un valore di colesterolo LDL di 180 mg/dl e senza altri fattori di rischio, come possiamo rispondere alle domande che ci siamo posti in merito all'efficacia e sicurezza del trattamento con statine? Dovremmo dire che la probabilità a distanza di 15 o 20 anni, in base alle tabelle di rischio, estrapolate dall'adulto, di avere un evento cardiovascolare è estremamente remota; l'uso delle statine sembrerebbe avere la possibilità di ridurre la comparsa di placche aterosclerotiche che potrebbero essere determinanti per "proteggerlo" dai danni che potranno verificarsi. Ma questo dipende da tante variabili e dall'insieme dei fattori di rischio. Vi è inoltre la possibilità che il ragazzo, magari dopo 4-5 anni, possa dimagrire, con una riduzione significativa del livello di colesterolo. Se fossimo nei genitori, quello che diremmo è: "ma non è più ragionevole attendere?".

Inoltre è da considerare il problema della compliance al trattamento (non adeguatamente studiato e menzionato dall'AAP) e la necessità di controlli periodici degli enzimi epatici e muscolari. E la domanda è sempre la stessa in questa tipologia di pazienti (che non possono essere identificati necessariamente con quelli con IF severa): ma per quanto tempo? Da non sottovalutare poi il pericolo che la via farmacologica faccia passare in secondo piano, o persino dimenticare, l'adozione di un corretto stile di vita sia alimentare che comportamentale.

La crescente incidenza del problema dell'iperlipidemia nel bambino e nell'adolescente, in gran parte correlata al problema dell'obesità, impone una presa in carico in termini di strategie di riduzione del rischio cardiovascolare da attuare a partire dall'età pediatrica. È ben noto che proporre un intervento preventivo differisce notevolmente dall'offrire una cura a un paziente malato. Mentre nel secondo caso si agisce per risolvere o migliorare un problema presente, nel primo si interviene per ridurre una probabilità che, nel futuro, si verifichi un evento; cosa che, peraltro, potrebbe anche non realizzarsi mai. L'arteriosclerosi è una malattia cronica a eziologia multifattoriale e concentrarsi su un singolo fattore di rischio, o meglio sulla sua modificazione, può comportare errori di valutazione. Nell'adulto le evidenze disponibili riguardano sperimentazioni farmacologiche per modificare un solo fattore (come è il caso delle statine), mentre esistono poche sperimentazioni multifattoriali che coinvolgano anche mezzi non farmacologici. Queste considerazioni sono ancora più pertinenti se si parla di una popolazione in età pediatrica e adolescenziale.

Stante queste considerazioni, al momento, a nostro avviso è

necessario distinguere due diverse categorie di pazienti e situazioni cliniche: a) da un lato i bambini/adolescenti con severa IF o i singoli casi (rari) in cui vi siano più fattori di rischio per malattie cardiovascolari (ad esempio severa obesità con importante ipercolesterolemia associata a sindrome metabolica e/o ipertensione, fumo attivo); in questi casi la correlazione con il rischio di eventi cardiovascolari nell'età giovane-adulta è presumibilmente forte e pertanto la raccomandazione dell'uso delle statine può essere presa in considerazione caso per caso; b) dall'altro lato si collocano, invece, tutti quei bambini/adolescenti (popolazione questa molto più numerosa della precedente) con sovrappeso o obesità lieve o moderata e ipercolesterolemia non familiare. In questo caso un approccio farmacologico così esteso con statine, secondo quanto raccomandato dall'AAP, potrebbe risultare prematuro, rischioso ed economicamente dispendioso, specie alla luce della scarsità di dati precisi di efficacia su end point maggiori e di sicurezza a lungo termine. In altre parole, allo stato attuale, appare evidente la necessità di poter disporre di dati di efficacia certa (riduzione della mortalità e morbilità) delle statine in termini di prevenzione primaria e di dati di sicurezza a lungo termine, prima di poter pensare all'introduzione di questa classe di farmaci in una popolazione di bambini obesi e con ipercolesterolemia. Tali dati si possono ottenere nel giro di diversi anni attraverso studi multicentrici, che dovrebbero coinvolgere i pediatri di famiglia e i medici di medicina generale nell'individuazione dei casi, anche per una presa in carico che deve mettere in atto in primo luogo tutte quelle misure in grado di correggere lo stato di obesità e di eventuale dislipidemia (approccio dietetico motivante, attività fisica ecc.)^{6,7}.

Ma questo è un problema (di approccio comunitario al problema) che coinvolge l'intera società nella doverosa modifica degli stili di vita e dei programmi dietetici, a partire ad esempio dalla scuola, ma i cui risultati, anche in questo caso, devono essere dimostrati ancora con sicurezza.

Bibliografia

1. Daniels SR, Greer FR. Committee on Nutrition. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. *Pediatrics* 2008;122:198-208.
2. Baker JL, Olsen LW, Sørensen TI. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med* 2007;357:2329-37.
3. Abramson J, Wright J. A lipid-lowering guidelines evidence-based? *Lancet* 2007;369:168-9.
4. Arambepola C, Farmer AJ, Perera R, Neil HA. Statin treatment for children and adolescents with heterozygous familial hypercholesterolemia: a systematic review and meta-analysis. *Atherosclerosis* 2007;195:339-47.
5. Cannioto Z. Statine, iperlipidemia e obesità. *Stato dell'arte. Medico e Bambino* 2008;27:309-18.
6. Chiarelli F, Capanna R. L'obesità in età pediatrica. *Medico e Bambino* 2005;24:513-25.
7. Davis MM, Gance-Cleveland B, Hassink S, et al. Recommendations for prevention of childhood obesity. *Pediatrics* 2007;120:S229-53.

Federico Marchetti, Zemira Cannioto
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo"
Università di Trieste

IL DISASTRO DELLA SCUOLA E LE SUE IMPOSSIBILI CURE

Ci lamentiamo, ci si lamenta, non si può fare a meno di lamentarsi, anzi di addolorarsi, per l'impressione di disimpegno, di cinismo, di edonismo disperato, di mancanza di allegria, di pretesa di un credito infinito nei riguardi della vita; impressione che danno, anche solo a guardarli e a parlargli, i ragazzi e gli adolescenti di oggi, improvvisamente e assai più di quelli di ieri. Non è strano: quella che viene chiamata la fine delle ideologie (in realtà, il crollo del teorema marxiano, apparentemente non trasferibile alla realtà senza trasformarsi in mostro); il consumismo come sentimento diffuso (in parte indotto, anche, dalla filosofia e prassi dei cari politici), l'oscura incertezza del domani.

Ma certamente c'è sotto anche un vizio di formazione, che a sua volta ha molte radici, la famiglia atomizzata, il ruolo incerto del padre/mammo e della madre/lavoratrice, il loro vano bisogno di accontentare i figli per ingraziarsi o per compensarli della propria assenza, l'iperprotezionismo rivolto ai figli nei riguardi della scuola. Ma certamente, anche nella scuola in sé, oltre che nella perduta alleanza con la famiglia, sta un pesante difetto/disordine/disperazione istituzionale; un collasso che la serie dei tentativi di riforma, e certo anche un facile e malinteso lassismo/liberismo/conformismo di sinistra e poi un debole e malinteso pragmatismo/modernismo/efficientismo di destra hanno contribuito a far precipitare. I fatti sono i fatti.

Il rapporto PISA (*Program for International Student Assessment*), basato sulla valutazione diretta di un largo campione di allievi per ogni Paese, ci bocchia senza pietà. Per l'insieme delle conoscenze siamo molto al di sotto della media dei Paesi OCSE. Per scienza, siamo davanti solo a Portogallo, Grecia, Turchia e Messico, ma le cose non vanno meglio in matematica e addirittura in lettere; e il divario aumenta col procedere del corso di studi. In più, i perversi risultati delle autonomie regionali, speciali o meno speciali, sommandosi ai guasti della storia d'Italia, hanno approfondito il solco tra le due metà del nostro Paese, producendo un divario di più 100 punti (facendo 500 la media OCSE) tra i punteggi delle regioni del Nord e di quelle del Sud, il cui punteggio è inferiore a quello di TUTTI i Paesi europei. Altro che G7 o G8.

Nessuno si occuperà seriamente della scuola. Il sistema democratico è per sua natura miope. La responsabilità dei governi elettivi è cronologicamente ristretta a pochi anni; e molte grazie a Dio dovrebbero andare se davvero, almeno per quel periodo ristretto, i governi in carica si sentissero davvero responsabili di qualcosa, e non solo di far quadrare i bilanci (che è già difficile). Il futuro non li interessa; per come li conosciamo, non li può interessare abbastanza (questo vale anche per il "nostro" tendenziale modello statunitense). Non si spiega altrimenti l'ignavia sui problemi della Terra, del clima, dell'inquinamento, dell'esaurimento dell'energia.

In alcuni Stati, e un tempo, forse, anche da noi, i governi si appoggia(va)no a solide e stabili amministrazioni ministeriali, caratterizzate da professionalità e dedizione, e a figure di servitori dello Stato, *civil servant*, indipendenti dai partiti; oggi, da noi, questo è stato spazzato da un avido, cieco e devastante *spoils system*. Per rifare la scuola non bastano le "riforme", che

potrebbero servire in un sistema a cui la solidità conferirebbe anche la necessaria elasticità per seguire il mutare dei tempi, e un poco per condizionarlo. E specialmente non bastano 5 anni; e neanche 10. Ma ne bastano molti di meno per precipitarla.

Il Ministro Gelmini è stato certamente ferito dai dati del rapporto PISA (e forse a questi è dovuto anche il suo scivolone sui docenti del Sud); ed è difficile dire che i suoi provvedimenti-nostalgia, il cinque in condotta, i voti in pagella, forse anche l'insegnante unico alle elementari (e gli 80.000 esuberanti? Altro che Alitalia), e (perché proprio no?) anche il grembiolino egualitario, con il pur fragile, ma sincero, desiderio di rigore che queste misure evocano, siano senza senso. Alla opposizione di sinistra niente di questo piace; ma forse, se ripensa al suo passato, e magari anche al suo presente, su questo, la sinistra potrebbe stare zitta, o cercare di ragionare in positivo. Non piace neanche agli studenti; ma potrebbero stare zitti anche loro, una volta tanto.

Ma è chiaro che nessuna di queste misure, anche se indicano una direzione possibile, può bastare. Siamo troppo sotto. Occorrono, occorrerebbero, un rinnovamento, una riqualificazione, una rivalutazione, culturale, economica, sociale, del corpo insegnante, che richiede tempo, denaro, e il lento acquisto di una autorevolezza perduta, e assieme la consapevolezza da parte dei cittadini del ruolo centrale di questa grande agenzia educativa dalla quale dipende, davvero, la capacità del Paese di affrontare il futuro, e per il quale non dovrebbe esser sentito con tanto dolore il dovere di pagare le tasse.

Un'altra scivolata ha però fatto, mi sembra, il Ministro, molto più grave del suo giudizio (poi rimangiato, come ormai è costume) sui docenti del Sud: l'idea grandiosa di trasformare le scuole, tutte le scuole di ogni ordine e grado, in Fondazioni. Una proposta già avanzata per gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (per quelli, forse, non irragionevole) e poi ri-proposta per le Università (questa seconda assai più mal praticabile e discutibile): il tutto in omaggio al culto del privato (e probabilmente e occultamente anche alla scuola confessionale).

Ohi, Ministro: si tratta di più di 5 milioni di ragazzi; si tratta, se tanto mi dà tanto, del futuro del Paese, che tutti vogliono "competitivo" e che io mi accontenterei diventasse maturo e responsabile, in un tempo che io non vedrò, ma che non posso non sognare; si tratta di dare a questi milioni di ragazzi effettive ed eguali opportunità; e anche di riequilibrare (di riunire?) le due Italie; di ridare a quei ragazzi e a noi tutti orgoglio e speranza; infine, di dare dignità e compattezza a un sistema che le ha perse. Per tutto questo si propone una arlecchinata? Tante Fondazioni, una buona, una scadente e una così così, con una *bad company* delle scuole che nessuno vorrà lasciare allo Stato? Chiederemo per questo al privato i soldi che lo Stato non vuole o non può più erogare e le competenze disinteressate (!) che lo Stato ha smarrito? E dove li trova, il privato, tutti quei soldi e quelle competenze, e quel disinteresse? E su questo l'opposizione sta zitta? Non capisce? Non capisce.

Franco Panizon