

Pazienti anziani: la dignità non va in pensione di Enrico Negrotti

l'intervista



Marco Trabucchi

Nel nostro mondo che invecchia assistiamo al paradosso di una società che tende a dimenticare le necessità degli anziani, specie se malati. Ma la dignità della persona non va in pensione, né può essere sacrificata alla labilità dei conti pubblici. Sono temi di cui si occupa il 12° congresso nazionale della Associazione italiana di psicogeriatrics (Aip) a Gardone Riviera (Brescia), dal titolo «Vulnerabilità dell'anziano e le crisi», che vede da oggi a sabato la presenza di 500 specialisti alle prese non solo con malattie di Alzheimer e altre patologie degenerative, ma anche con la complessità delle cure e la qualità della vita. Non a caso l'appuntamento congressuale - accompagnato da corsi e simposi satelliti - viene inaugurato stasera con la *lectio magistralis* del cardinale Dionigi Tettamanzi, dedicata alla «ricostruzione» della cura. «Crediamo - spiega il presidente dell'Aip, Marco Trabucchi - che le persone anziane (e noi ci occupiamo di malati) abbiano bisogno di essere seguite nel tempo con cure adeguate: occorre ritrovare l'unità della persona, vincere la frammentazione degli interventi». **A che cosa punta il congresso?**

Dal presidente dell'Associazione italiana di psicogeriatrics Trabucchi il richiamo a garantire assistenza e cure che recuperino l'unità della persona. «Occorre vincere la frammentazione degli interventi». Da oggi il congresso nazionale, che viene aperto dalla lezione del cardinale Tettamanzi

dell'intera società. L'arcivescovo emerito di Milano, Dionigi Tettamanzi, ha un'ampia competenza bioetica ed è stato a lungo assistente ecclesiastico nazionale dell'associazione Medici cattolici italiani. Cosa vi aspettate dalla sua relazione? Il cardinale Tettamanzi non vanta solo una profonda conoscenza dei temi della pastorale sanitaria, ma è autore di molti interventi profondi e significativi in tanti ambiti della vita civile. Da ultimo penso al libro *La città in cui credo* con la sua volontà di unire, di mettere insieme i pezzi della società, per rendere le nostre città più vivibili. Abbiamo pensato di ascoltare una voce profetica nella Chiesa che ha

La Spagna vuole proteggere la maternità. Per avere più figli

La riforma della legge spagnola sull'aborto arriverà in Parlamento entro quest'anno. Lo ha confermato il ministro della Giustizia Alberto Ruiz Gallardon, che ha anticipato a grandi linee la portata della modifica legislativa: dai diritti del nascituro all'autorizzazione dei genitori per permettere a una minorenne di interrompere la gravidanza, in sostanza la riforma approvata in precedenza dal governo di José Luis Rodríguez Zapatero verrà svuotata. Ma rendere più rigida la normativa non basta. Pare proprio che la Spagna - in

preda a una gravissima crisi economica e demografica - l'abbia capito: servono aiuti, sovvenzioni, programmi concreti. Secondo alcune indiscrezioni, il governo del popolare Mariano Rajoy starebbe preparando una «legge di protezione della maternità» per evitare il ricorso all'aborto. Obiettivo: dribblare gli ostacoli che sempre più spesso sorgono nella vita professionale di una donna quando aspetta un figlio. Lo Stato dovrebbe pagare i contributi delle dipendenti incinte, anche quando sono lavoratrici di aziende private. Non solo: lo stipendio della

persona che sostituirà una donna in maternità potrebbe arrivare dalle casse pubbliche. In questo modo l'esecutivo di centrodestra vorrebbe recuperare il cosiddetto "doppio costo zero" (per il datore di lavoro), che era già in vigore durante il governo di José María Aznar poi eliminato con Zapatero. Non è ancora chiaro se Rajoy sfermerà una legge ad hoc in difesa della maternità o inserirà queste misure come paragrafi specifici nella prossima riforma dell'aborto.

Michela Coricelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ricerca

Hiv, cellule per terapie «personali»

Che le staminali fossero una risorsa dalle applicazioni infinite lo si sapeva da tempo. Ma crescono le indicazioni su nuovi possibili utilizzi. Un gruppo dell'Università della California ha messo a punto un metodo per combattere l'infezione da Hiv proprio attraverso staminali umane che, mediante ingegneria genetica, sono rese capaci di attaccare le cellule infettate dal virus in un organismo vivente. Il risultato, pubblicato su «PLoS Pathogens», parte da un precedente lavoro in cui erano stati prelevati da un paziente sieropositivo i linfociti T citotossici CD8, ovvero le cellule in grado di uccidere. La ricerca ha individuato la molecola alla base di questa azione, nota come recettore delle cellule T. Questo recettore chiave è stato clonato ed inserito geneticamente nelle staminali del sangue periferico. Ponendo tali staminali nel tessuto del timo umano impiantato in alcuni topi, è stato visto che possono diventare cellule T mature in grado di attaccare l'Hiv proprio in loco a livello dei tessuti.

L'esperimento è avvenuto in «topi umanizzati» in cui l'infezione da Hiv è molto simile alla malattia umana ma potrebbe, con i dovuti approfondimenti, essere il primo passo per lo sviluppo di un approccio più aggressivo nel correggere i difetti nelle risposte delle cellule T umane che consentono al virus di sopravvivere nelle persone sieropositive. Rimangono, tuttavia, delle perplessità legate alla fonte delle staminali utilizzate: si parla, infatti, di staminali ematopoietiche di origine fetale ma potrebbero essere ottenute da feti abortiti spontaneamente, come molte altre indagini scientifiche attualmente impiegano. «I risultati ottenuti - spiega Mario Milco D'Elisio immunologo e ricercatore di fama internazionale dell'Università di Firenze - dischiudono potenziali orizzonti terapeutici importanti per l'Aids. Infatti l'impiego di queste tecnologie che consentano di "ingegnerizzare" le cellule staminali ematopoietiche armandole contro Hiv potrebbe portare allo sviluppo di terapie personalizzate».

Alessandra Turchetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

un valore profetico anche per la vita civile. **Recentemente è stato ripetuto che l'invecchiamento della popolazione è un rischio per la tenuta dei conti pubblici. Come valuta questa impostazione?** Credo che come cittadini (ma anche come cristiani) dovremmo essere capaci di vedere come un dono gli anni di vita media che

sono stati guadagnati come una straordinaria conquista umana, e non vedere solo un rischio. Mi pare un pessimismo fuori dal tempo, che ha precedenti nella storia - per esempio - quando alla fine del Settecento si credeva che il mondo non sarebbe sopravvissuto alla pressione demografica. Poi le scoperte scientifiche e il progresso hanno portato benessere.

Occorrerebbero però anche più fiducia e impegno: è necessario che vengano dati servizi in base ai bisogni di salute e non in base all'età. Penso per esempio che, se si riorganizzasse la rete ospedaliera, si potrebbe risparmiare un 15-20% di spesa: con quei 10 miliardi di euro sarebbero possibili molte cure per le persone non autosufficienti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Morti di compassione

Quello dell'«omicidio misericordioso» - *mercy killing* in inglese - è un argomento molto usato dai sostenitori della legalizzazione di eutanasia e suicidio assistito. La strategia mediatica è chiara: presentare al grande pubblico casi pietosi, in cui la soppressione di un disabile o di un malato viene indicata come gesto di compassione, per porre più o meno esplicitamente una domanda: vogliamo davvero che questa persona continui a soffrire essendo illegale porre fine alla sua esistenza?

E' quanto accaduto nel programma tv «Dr.Phil Show», in onda negli Stati Uniti. Il 13 aprile è stata raccontata la storia della madre di due figli affetti dalla sindrome di Sanfilippo, rara malattia genetica che causa grave disabilità. «Pietà o omicidio?» ci si è chiesti, con la madre che reclamava il diritto di morire per i propri figli i quali a suo dire, «se fossero capaci di prendere una decisione sulla propria vita opterebbero per il suicidio». Storia analoga ha avuto risalto mediatico nel Regno Unito: la moglie del 57enne Tony Nicklinson, con sindrome Locked-in, sta chiedendo il suicidio assistito per il marito. «Stiamo chiedendo che diventi legale porre fine alla propria vita - ha affermato la donna alla Bbc - . L'unico modo per alleviare le sofferenze di Tony è ucciderlo. Non c'è

nient'altro che possa essere fatto per lui». L'Alta Corte britannica ha stabilito che la famiglia Nicklinson può percorrere le vie legali su due fronti: chiedere che chi collaborerà al suicidio dell'uomo non venga perseguito e ottenere che, in base all'articolo 8 della Convenzione europea per i diritti dell'uomo, il diritto al suicidio assistito sia riconosciuto come forma di rispetto della propria vita privata.

Dall'Inghilterra agli Usa, cresce la pressione per l'ok all'eutanasia in «casi pietosi»
La realtà del suicidio assistito dice però che quando si parte da casi particolari, facendo intendere che ci si vuole fermare lì, il rischio è di trovarsi con un fenomeno fuori controllo. A fine marzo sono stati resi noti in Svizzera i dati sul suicidio assistito (tollerato dalla legge): si è passati dai 43 casi del 1998 ai 300 del 2011. Altrettanto preoccupanti i numeri che giungono dall'Oregon, dove il suicidio assistito è legale dal 1998: il primo anno si sono registrate 16 morti a fronte di 24 prescrizioni di sostanze letali; nel 2011 le morti sono state 71 con 114 prescrizioni; quasi 600 le morti complessive dal 1998 ad oggi. L'Associazione dei medici per le cure palliative (Pccf) ha fatto notare come alcuni medici abbiano acconsentito al suicidio dei pazienti pur essendo venuti a conoscenza dei loro casi solo da una settimana.

Lorenzo Schoepflin

© RIPRODUZIONE RISERVATA

il tema

Cancro, terapie in tempo di tagli



Cinque raccomandazioni: sugli esami di diagnostica da non eseguire, se ritenuti inutili, sul non accanirsi sui pazienti con terapie che non portino effettivi benefici, sulla parsimonia negli esami da laboratorio - i cosiddetti «marcatori tumorali» - che nel seguire il percorso di guarigione da alcuni particolari tipi di tumore possono non essere così fondamentali. Tempi di ristrettezze economiche anche in sanità o buonsenso? La domanda non è di così facile risposta, ma sta di fatto che a diffondere anche in Italia uno studio pubblicato dalla rivista americana *Asco*, «American society of clinical oncology» che indica alcune pratiche di contenimento di diagnostica ed esami è stato nei giorni scorsi il Cipomo, il collegio italiano dei primari oncologi italiani il cui presidente è Roberto Labianca, primario agli Ospedali riuniti di Bergamo. «La situazione statunitense è molto diversa da quella italiana - ammette - ma ci è sembrato che le considerazioni dei colleghi statunitensi potessero essere assunte in modo critico anche in Italia». A insinuare il dubbio è però il primario dell'hospice dell'ospedale Pierantoni di Forlì, Marco Maltoni. «La task force dell'Asco che ha prodotto le

Il contenimento della spesa nell'oncologia al centro del dibattito fra i medici italiani. Dagli Usa un report che indica alcune pratiche di risparmio. Ma c'è chi critica le proposte: non basta il fattore economico

raccomandazioni - fa notare - non si chiama "task force appropriatezza", ma "task force costi delle cure oncologiche", e il primo movente per lo studio non è stata l'appropriatezza degli interventi, ma il progressivo e quasi incontrollabile aumento dei costi per le cure contro il cancro. Negli Usa, peraltro, si sta assistendo ad un grande sviluppo delle cure palliative, ma il sospetto è che questo sviluppo, purtroppo, sia guidato anche dal fatto che esse vengono viste come possibile risparmio di tecnologie costose. Sappiamo bene, però, che in tutto il mondo non sono nate per questo ma per un'effettiva attenzione nei confronti della persona».

Costi, dunque, che lievitano, soluzioni che si devono trovare visto che è di pochi giorni fa il report della Banca mondiale che evidenzia come i conti pubblici esploderanno se la vita media di ogni persona continuerà a crescere. Ma Labianca ne fa anche una questione di

non accanimento. «Non sono per niente pochi i pazienti che nelle ultime settimane di vita ricevono una chemioterapia come cura, perché a volte è molto difficile fare una previsione su quelle che sono effettivamente le ultime settimane. Per questo oncologi e palliativisti stanno portando avanti la concretizzazione delle cure simultanee per il malato oncologico». E così le cure palliative non rimangono più le cure degli ultimi giorni. Uno degli elementi di prospettiva rispetto a come cambierà l'oncologia in Italia negli anni a venire e su cui nelle prossime settimane proprio il Cipomo proporrà un documento di visione fino al 2020. I tagli, prevedibili anche con il Patto per la salute, la cui approvazione è stata rimandata a ottobre, però non possono orientare le scelte all'interno di una relazione di cura. «Prima di negare (o meglio, sconsigliare) un intervento a un singolo paziente - puntualizza ancora Maltoni - bisogna che vi siano ben chiare le evidenze della inefficacia di quell'intervento. Tutto questo processo decisionale, infine, non può che essere svolto all'interno della relazione di cura. Mi pare che il problema economico, pur rilevante, non possa essere il primo motore di una valutazione della appropriatezza degli interventi sanitari, ma che, al contrario, dentro una valutazione seria dell'appropriatezza possano rientrare tutti gli aspetti che concernono gli interventi sanitari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

il punto

Cure palliative avanti adagio

Puntare a potenziare le cure domiciliari, per costruire finalmente la rete delle cure palliative. A due anni dall'approvazione della legge 38, che regola questo tipo di medicina e la terapia del dolore, in Parlamento si fa il punto attraverso l'annuale relazione prevista dalla legge stessa. Il ministro della Salute Renato Balduzzi spiega: «Siamo indietro non tanto sugli hospice ma sul portare fino alla fine la logica della legge, che è quella di lasciare l'hospice come ultima» carta da giocare laddove «non c'è o non è possibile la domiciliarità». I numeri ripropongono però l'immancabile gap nord-sud, anche delle strutture residenziali. Gli hospice attivati sono ancora inferiori rispetto al fabbisogno e a quanto previsto dalla legge: 166 invece di 201 previsti già negli ultimi due anni come un obiettivo possibile da raggiungere, e che erano già previsti nella prima legge che regolava gli hospice, quella del 1999.

La relazione parlamentare, con i dati del 2011, evidenzia come siano ancora poche le regioni con una struttura di coordinamento per le cure palliative: l'hanno attivata solo Piemonte, Sicilia, Liguria, Veneto, Lazio, con la Liguria e il Veneto che avevano istituito organismi simili già negli anni precedenti. Delle 166 strutture residenziali attivate, 120 sono nate grazie a fondi statali e 46 con finanziamenti regionali o privati. Circa l'utilizzo dei finanziamenti, sebbene la percentuale totale di utilizzo sia dell'88,28%, la Sardegna ne ha impiegati solo il 15,91%. La Regione con più hospice è la Lombardia (23), seguita da Emilia Romagna (16), Toscana (13), Veneto (12), Piemonte (11) e Sicilia. La legge 38 prevede anche la semplificazione nella prescrizione degli oppioidi. Va dunque letto anche alla luce di questo aspetto il dato sull'aumento dei consumi: 1,17 euro pro capite. In Europa si consumano più che nel nostro Paese - sono le donne a richiederne maggiormente rispetto agli uomini - ma di certo si tratta di una crescita che fa riflettere. (F.Lo.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

di Francesca Lozito