



Giovanni Paolo II e Cattolica, master biennale in bioetica

Sono aperte fino al 15 dicembre le iscrizioni al master di Bioetica e formazione promosso dal Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per le Scienze del Matrimonio e della Famiglia insieme all'Università Cattolica, che si aprirà in gennaio. Il master di secondo livello universitario è diretto da Gilfredo Marengo e Antonio G. Spagnolo ed è costituito da due anni accademici suddivisi in cinque aree per il primo anno (Antropologia di base, Etica generale, Giuridica, Ses-

sualità e vita nascente, Fase terminale della vita) e altrettante il secondo (Etica applicata, Area psicopedagogica, Genetica, Formazione, Bioetica e comunicazione). Il primo anno si strutturerà in tredici sessioni di due giorni ciascuna in Didattica a distanza, il secondo anno avrà undici sessioni di lezioni ed esercitazioni in modalità mista. A conclusione del master è prevista la redazione e discussione pubblica di un elaborato scritto. Info: master@isitutogp2.it.

Ru486 «facile», fronte del no più largo

Dopo la delibera del Piemonte per escludere i consultori dalla somministrazione, anche il Veneto pensa di disapplicare le linee guida ministeriali

DANILO POGGIO

Non si sono ancora sopite le proteste contro le regole sulla pillola abortiva in Piemonte. All'inizio di ottobre la Regione, nella propria autonomia, aveva lievemente attenuato le linee guida approvate dal governo nel blitz di Ferragosto, disponendo la distribuzione della Ru486 soltanto negli ospedali (e non nei consultori), la valutazione del medico sull'opportunità del ricovero ospedaliero e l'istituzione di sportelli gestiti da associazioni e gruppi di sostegno alla maternità. Piccole modifiche, con qualche paletto di prudenza, che non hanno impedito in alcun modo in queste settimane l'accesso all'aborto farmacologico per le donne piemontesi. Eppure, sono state molte e rumorose le polemiche, sia all'interno della maggioranza di centrodestra (con una presa di distanza da parte di alcuni esponenti leghisti) sia in alcuni settori dell'associazionismo. La

scorsa settimana, per contestare la Circolare di indirizzo regionale, c'è stato anche un sit-in a Torino perché, secondo le organizzatrici, le norme piemontesi «limiterebbero fortemente l'accesso alla Ru486» e l'attività *pro-life* porterebbe a «colpevolizzare le donne per la decisione di interrompere la gravidanza». A livello nazionale si estende il fronte delle Regioni che intendono correggere almeno parzialmente le linee guida del ministro Speranza. Il timore che il nuovo lockdown possa portare ad allargare nuovamente le maglie nella valutazione degli aborti farmacologici potrebbe così velocizzare l'adozione di nuove regole anche in altre Regioni. L'assessore alle Pari opportunità, Lavoro e formazione del Veneto, Elena Donazzan, si dice preoccupata per quanto sta accadendo: «A causa del Covid - spiega - si rischia di giustificare tutto. Vengono accettati e dati per scontati principi che avrebbero invece bisogno di approfondimento e

discussione. Con il pretesto del coronavirus e del rischio di passare dagli ospedali, c'è il pericolo di rendere la pillola abortiva ancora più veloce e facile da ottenere». Il Veneto si dice pronto a seguire il modello piemontese: «A breve - anticipa l'assessore - Fratelli d'Italia depositerà in Consiglio regionale una mozione per invitare la giunta a seguire la strada intrapresa dal Piemonte. Siamo fortemente critici verso la sbrigativa e pericolosa linea decisa dal governo all'improvviso, senza nemmeno tentare un approfondimento culturale». Il tema, più ampio, è quello della tutela e del sostegno al-

la vita: «Come possiamo procedere in questo modo - si chiede Donazzan - in un Paese che ha una natalità ridotta ai minimi termini? Viene chiamata in causa la Costituzione solo per difendere i diritti individuali, ma la famiglia è sempre stata il caposaldo della società, il luogo sicuro di ciascuno di noi, dove i bambini, che sono la nostra vera ricchezza, vengono accolti con gioia. Eppure oggi non si fa quasi nulla per tutelarla e sostenerla». Il rischio è un uso sconsiderato e troppo leggero della Ru486: «Il concetto che una semplice pillola risolve il "problema" della maternità in modo sbriga-

tivo e indolore - conclude l'assessore veneto - è in realtà un modo violento per attaccare la vita e la famiglia. Accettarlo fa passare in subordine la creatura che dovrebbe nascere, e persino la salute stessa della donna. Un'idea sbagliata di libertà condanna così la donna a traumi profondi e un bambino a non poter nascere. Noi invece pensiamo che si debba poter dare un'opportunità a quella donna e a quel bambino. Se il problema è di tipo economico, abbiamo il dovere di risolverlo. Mettiamo a disposizione bonus per ogni cosa e non riusciamo a sostenere la vita? Se invece il problema è di tipo personale e relazionale, perché non dare l'opportunità a un uomo e una donna di cuore di poter diventare genitori?». Sul tema, in modo più sfumato, prende posizione anche la Regione Umbria, che ribadisce la necessità dell'accompagnamento della donna e della valutazione del medico per l'assunzione della pillola in un eventuale

ricovero ospedaliero. «La Giunta regionale dell'Umbria - spiega l'assessore alla Salute, Luca Coletto - da subito non ha inteso limitare il diritto di ogni donna all'utilizzo della pillola Ru486, al contrario: ha voluto in modo chiaro tutelare la salute di tutte le donne che decidono di ricorrere all'aborto farmacologico. Abbiamo preso atto delle disposizioni del ministro Speranza: la giunta regionale adotterà una delibera con la quale ci si allineerà a quanto scritto dal ministro, ribadendo però la volontà di offrire assistenza alla donna, in nome della tutela sia fisica che psicologica, in un momento così delicato della sua vita». Quindi, «fermo restando il diritto di ogni donna a ricorrere alla pillola abortiva - conclude Coletto -, sarà il medico a indicare se è opportuna la somministrazione in casa o con assistenza in ospedale, valutando caso per caso. Comunque, sarà fatta salva la libera scelta della donna di decidere».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ONCOLOGO DAVIDE MELISI E LA START-UP AIRC PER LA RICERCA

«Ho scelto l'Italia per battere il cancro»

ALESSANDRA TURCHETTI

«Solo chi si fa domande vere trova risposte vere: questa massima ha sempre ispirato il mio lavoro di scienziato. Le ipotesi di ricerca che sviluppo nascono dalla pratica clinica, ovvero dalla quotidianità del rapporto con i miei pazienti». Così si racconta Davide Melisi, professore di Oncologia medica e responsabile dell'Unità di ricerca di Oncologia molecolare e clinica dell'Università di Verona nella settimana che la Fondazione Airc dedica a promuovere la raccolta fondi anche in un momento delicato come questo. «Noi non ci fermiamo - dichiara Federico Caligaris Cappio, direttore scientifico della Fondazione -, manteremo nei prossimi anni l'impegno di finanziare i progetti pluriennali già approvati». «I Giorni della Ricerca» sono ormai un appuntamento tradizionale per far conoscere quanti e quali progetti e cure il sostegno alla ricerca italiana riesce a tradurre in realtà. Non si è fermato nemmeno Melisi che, dopo 5 anni in America nel prestigioso MD Anderson Cancer Center di Houston, è riuscito a rientrare in Italia grazie alla start-up della Fondazione Airc che ogni anno, oltre a supportare il lavoro di oltre 5.000 ricercatori, assegna a due di loro il compito di creare una nuova unità con un milione di euro. Sul carcinoma pancreatico, dopo 10 anni di lavoro, l'équipe di Melisi ha individuato

un nuovo biomarcatore, l'IL-8, utile per diversificare l'approccio terapeutico nei pazienti affetti da uno dei tumori più resistenti. «Specializzandomi su questo tipo di cancro, ho dovuto testare negli anni il fallimento di numerosi approcci e farmaci. Così, partendo da ciò che vedevo nei pazienti, ho cercato di indagare meglio la malattia mettendo a punto in laboratorio dei modelli per sviluppare le mie ipotesi - racconta l'oncologo -. Siamo così arrivati a identificare questa molecola che, in basse concentrazioni, permette ai pazienti una sopravvivenza dalla diagnosi due volte più lunga se trattati con uno specifico farmaco nanotecnologico sperimentale, il nal-IRI, rispetto a chi, invece, ha livelli alti di tale biomarcatore. Stabilire in anticipo chi avrà più successo nella terapia permette di agire tempestivamente». I risultati, pubblicati su *Clinical Cancer Research*, sono frutto del lavoro di 6 persone che si dedicano alla ricerca di laboratorio e altrettanti che formano l'équipe medica. «Sono particolarmente legato a questa scoperta perché mi ha permesso di chiudere un cerchio - conclude Melisi -. Definisco questo approccio circolare perché, partendo dal malato, si ritorna a lui con nuove possibili armi per la guarigione. Il nostro obiettivo rimane la personalizzazione del trattamento delle fasi più precoci della malattia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In Piemonte è ancora polemica: la protesta pro-aborto il 31 ottobre

L'INIZIATIVA SOLIDALE DELLA DIOCESI

Napoli, al «Santobono» le mamme restano con i bebè via smartphone

«Mai più soli», per un ospedale a misura di bambino: la diocesi di Napoli e l'Ospedale Santobono Pausilipon hanno presentato ieri il progetto per superare la solitudine dei piccoli ricoverati. Nell'ospedale pediatrico - eccellenza del Sud Italia - sono state installate telecamere per consentire ai genitori di poter vedere da casa il neonato ricoverato e ricevere notizie sanitarie anche a distanza. «Un'app dedicata e un sistema di 10 telecamere installate nel reparto di Patologia neonatale - spiega Anna Maria Minicucci, direttore generale dell'ospedale - abilitano i genitori a osservare a distanza i loro piccoli: attraverso il telefonino possono vederli nelle culle, perché nessuna mamma può stare separata dal suo piccolo». Nell'emergenza Covid il sistema è stato già usato per 4 ricoverati, i cui genitori non potevano accedere alla struttura. «L'allontanamento da casa oltre ad aumentare le difficoltà economiche della famiglia spesso comporta la disgregazione del nucleo familiare - ha spiegato il cardinale Crescenzio Sepe -: da qui l'attenzione a che il piccolo resti in contatto con i familiari, i fratelli, i nonni che lo aspettano a casa». Le telecamere sono l'unico mezzo di contatto possibile tra genitori e figli nel periodo del ricovero. Oggi ci sono 8 bimbi positivi al Covid. «Il progetto - ha aggiunto Sepe - è il risultato dell'asta che annualmente Napoli e tanti benefattori (tra cui il Papa e il presidente della Repubblica) mettono in atto. Un inno alla carità, grazie al quale ora possiamo essere accanto ai piccoli sofferenti».

Rosanna Borzillo

POLONIA ANCORA DIVISA SULL'ABORTO

Il Papa: preghiamo per i bimbi non nati

ELISABETTA PITTINO

«In tutta la Polonia, la preghiera comune Rosario fino ai confini del cielo unisce le vostre famiglie. Questa supplica ottenga la guarigione delle ferite causate dalla perdita dei bambini non nati, ed effonda nei vostri cuori la speranza e la pace»: con queste parole nei saluti in lingua polacca al termine dell'udienza generale di ieri è tornato a riferirsi alla sofferta vicenda che sta travagliando la Polonia dopo la sentenza con la quale il Tribunale costituzionale ha escluso dai criteri per accedere all'aborto la malformazione del feto (l'aborto «eugenetico») suscitando un'ondata di proteste di piazza che non si è ancora placata. Ma c'è una parte del Paese che appoggia la sentenza in modo civile e convinto. Di «decisione pionieristica e giusta» parla Mariusz Frukacz, giornalista del settimanale cattolico *Niedziela* di Czeszochowa, che aggiunge: «Uccidere bambini non nati sospettati di avere una grave malattia è contro la Costituzione». La sentenza ha scatenato i circoli anti-cattolici e i gruppi della sinistra radicale che hanno organizzato le manifestazioni di piazza mettendo sotto attacco anche le chiese, mostrando che l'obiettivo della protesta non è solo la sentenza: «Si interrompono le Mes-

se, vengono vandalizzati i monumenti a San Giovanni Paolo II. Gruppi di cattolici si sono organizzati per difendere le chiese dagli attacchi di chi le imbratta scrivendo "L'inferno delle donne è in Polonia", "L'aborto è una legge", "Questa è guerra". I difensori della vita vengono anche attaccati fisicamente». Frukacz riferisce che il mondo cattolico e i volontari per la vita rispondono «con preghiere e iniziative concrete. I *pro-life* animano un Rosario quotidiano per la Polonia. Su Facebook è nata l'iniziativa "Gioventù per i giovani-Crociata di preghiera". Le comunità giovanili dell'arcidiocesi di Czeszochowa stanno avviando l'iniziativa #AmoLaChiesa. I circoli a sostegno della vita hanno preparato una dichiarazione congiunta, "Rispettiamo la sentenza del Tribunale costituzionale"». Il presidente Andrzej Duda ha proposto di introdurre la possibilità di interrompere una gravidanza in caso di anomalie fetali che portino alla morte del nascituro attirandosi le critiche del fronte pro-vita. «L'iniziativa del presidente Duda - commenta Frukacz - introdurrebbe una nuova forma di eugenetica, in violazione dell'ordine costituzionale, e allo stesso tempo è la più grande ingiustizia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cosa dice la mia voce (e un robot non può)

SALVATORE MAZZA

Non non parlo più. D'accordo, non è una notizia. Qualcuno forse ricorda cosa scrissi poco più di un anno fa, riprendendo questo diario dopo la pausa estiva: raccontavo proprio di come dal giugno precedente la mia voce si fosse guastata al punto che il programma di controllo vocale e dettatura con cui governavo il mio computer non riusciva più a capire comandi e parole. Ciononostante ho continuato per quasi un anno a far finta di niente, illudendomi che i grugniti sempre più inintelligibili che uscivano dalla mia gola potessero essere ancora definite "parole" e fossero comprensibili. Solo moglie e figlie riescono ancora a decifrare quello che, con sempre maggiore fatica, cerco di dire, ma credo che sia più lettura del pensiero che decifrazione dei suoni. La cosa più divertente - se di divertimento

si può parlare in questo caso - è quando ci sono ospiti, e devono (mia moglie in particolare) fare da interprete. Io grugnisco e lei traduce. Che dà anche a un incontro tra amici un po' il tono di una visita di Stato. Ma questo, appunto, fino a quando non ho fatto pace con la realtà, e non mi sono detto: ok, non parlo più. E ho iniziato a usare davvero - non solo per giocare - il programma di comunicazione regalatomi un anno fa da amici tedeschi assieme al puntatore oculare che uso per scrivere (con gli occhi, appunto). Una cosa che non avevo preso troppo sul serio, un po' perché mi illudevo di non averne davvero bisogno, un po' perché molto onestamente la voce un po' robotica che viene fuori dal pc non è che sia proprio bella, anzi. So che adesso, a chi ha la Sla come me ma è ancora in grado di parlare, fanno

registrare il maggior numero possibile di parole che poi verranno immesse nel programma di comunicazione di quello stesso paziente, così che alla fine il computer "parli" con la voce propria di quella persona, e non col risultato di un sintetizzatore vocale. Quello che però mancherà, sempre, è l'intonazione, quella capacità che abbiamo di significare con un accento, un tono, una pausa in più o meno, la profondità di un sentimento, la sincerità, il desiderio che abbiamo di metterci in relazione con l'altro. Nessun computer potrà mai dire alle mie figlie "ti voglio bene" come lo direi io, come davvero uscirebbero dalla mia bocca quelle parole se solo potessi ancora parlare. E lo stesso per molte altre cose. Invece per dire solamente "ho fame", "ho sete", "ho sonno", la voce di un robot basta e avanza.

(41 - *Avenire.it/Rubriche/Slalom*)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Slalom

IL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

Sperimentazioni di farmaci contro il Covid-19: rispettare criteri etici e non escludere nessuno

Dopo un parere sul triage e uno su libertà individuale e salute pubblica, il Comitato nazionale per la Bioetica (Cnb) ha approvato all'unanimità un terzo documento sulle problematiche relative al Covid: «La sperimentazione biomedica per la ricerca di nuovi trattamenti terapeutici nell'ambito della pandemia Covid-19: aspetti etici». Partendo dalla constatazione che sono in corso numerose sperimentazioni di farmaci contro il Sars-CoV2 e che l'urgenza di avere risultati nella pandemia potrebbe rappresentare una sfida rispetto ai requisiti per le sperimentazioni cliniche, il documento ribadisce la necessità che siano rispettati i consueti criteri scientifici, etici e giuridici, con particolare attenzione alla giustizia nella allocazione delle risorse e agli standard di qualità. Sull'uso *off-label* di farmaci e sulle cure compassionevoli il Cnb sottolinea l'esigenza di una chiara comunicazione sui rischi ai pazienti e di procedere secondo i disegni sperimentali ordinari. Inoltre la sperimentazione finalizzata a cure per il Covid-19 deve includere tutti i soggetti, senza esclusioni (pur mantenendo un adeguato rapporto rischi-benefici). Sottolinea il ruolo dei comitati etici e le trasformazioni del consenso informato per la partecipazione a una sperimentazione nel contesto emergenziale della pandemia. (En.Ne.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Medicina e bioetica:
il pensiero di Martini
in una raccolta
di testi e riflessioni**

«Curare la persona. Medicina, sanità, ricerca e bioetica nel pensiero di Carlo Maria Martini» (Ancora, 134 pagine, 16 euro) è il prezioso volumetto curato da Giorgio Lambertenghi Delillers che raccoglie i contributi al convegno che sul tema si svolse a Milano l'11 novembre di un anno fa. Alla prefazione di Marco Garzonio, presidente della Fondazione Amrosianum, seguono gli interventi del gesuita Carlo Casalone, presidente della Fondazione Martini, di Mario Colombo, direttore generale dell'I-

stituto Auxologico italiano, di Mariella Enoc, presidente dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, e dello stesso Lambertenghi, oggi presidente della Fondazione Matarelli. In appendice l'articolo di Martini «Io, Welby e la morte» pubblicato dal «Sole 24 ore» il 21 gennaio 2007, una riflessione di Casalone sulle decisioni di fine vita e il contributo di Martini (da «Aggiornamenti sociali» del 2007) e una «rilettura a più voci» della tragedia di Welby a cura del Gruppo di studio sulla bioetica.



Terapie intensive, niente «selezione»

Principi e novità nel documento sulle cure d'emergenza a pazienti Covid firmato da anestesisti e rianimatori insieme alla Federazione dei medici

ASSUNTINA MORRESI

Niente più limiti di età per l'accesso alle Terapie Intensive (TI). Cambia passo la Siaarti - la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva - dopo che, all'insorgere della pandemia da Covid-19, agli inizi di marzo, aveva ipotizzato che «può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI» qualora la numerosità dei malati che ne avesse bisogno fosse di gran lunga superiore alle risorse sanitarie disponibili, a partire dai trattamenti intensivi nelle strutture ospedaliere. In un recente documento, elaborato insieme alla Fnomceo - Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - dedicato allo stesso problema (e del quale *Avenire* ha dato conto), fra i criteri da seguire per l'allocatione delle risorse in situazione di emergenza sanitaria come Covid-19 non compaiono più le soglie di età. Ma per capire bene i termini di un cambiamento importante dobbiamo ripercorrere le tappe di questa discussione.

Nel documento Siaarti del 6 marzo erano 15 le «Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili», un testo che affrontava il dramma di come utilizzare le risorse sanitarie a disposizione, nella consapevolezza che con il dilagare del contagio sarebbero presto diventate insufficienti. La terza raccomandazione era proprio l'ipotesi dell'età come criterio per ammettere o meno i malati Covid-19 ai reparti di TI, respinta immediatamente dall'opinione pubblica italiana tutta, che in generale ha percepito la proposta come discriminatoria e stigmatizzante nei confronti degli anziani, con rare eccezioni. D'altra parte i medesimi estensori del documento avevano avvertito la necessità di spiegare il criterio adottato, puntualizzando che «non si tratta di compiere scelte meramente di valore». E mentre nei maggiori quotidiani italiani campeggiavano titoli come «Dobbiamo scegliere chi curare e chi no. Come in ogni guerra» (*Corriere della Sera*, 9 marzo), i medici ospitati nelle varie trasmissioni televisive negavano di essere costretti a fare scelte di quel tipo.

A livello internazionale, però, il documento Siaarti è stato spesso considerato rappresentativo della comunità medica italiana: le prese di distanza erano solo individuali, rilasciate in interviste e dichiarazioni di singoli. Il primo documento istituzionale italiano che se ne è discostato è stato quello del Comitato nazionale per la Bioetica (Cnb) dell'8 aprile: «Covid-19: la decisione clinica in condizione di carenza di risorse e il

criterio del "triage in emergenza pandemica" - approvato con un solo voto contrario -, testo nel quale si afferma che «il Cnb valuta il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento per l'allocatione delle risorse medesime: ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età anagrafica, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto ai comportamenti che han-

Il lungo percorso di consapevolezza etica e clinica della professione medica davanti alla crisi sanitaria della pandemia dalle assai discusse «Raccomandazioni» di marzo, passando per l'intervento del Comitato nazionale per la Bioetica

no indotto la patologia, i costi, è ritenuto dal Comitato eticamente inaccettabile». Il Cnb ha cioè espresso un netto a ogni criterio che aprioristicamente escludesse una categoria di persone dall'accesso ai trattamenti intensivi, come avverrebbe se si adottasse una soglia di età come criterio di scelta, extra-clinico, in questo caso. Nel documento del Cnb si suggeriscono invece le parole chiave «appropriatezza clini-

ca» e «attualità»: di ogni persona va valutata la situazione clinica, in base alla quale stabilire chi ha maggiore possibilità di sopravvivenza, mentre l'età non è criterio di scelta ma uno degli elementi di valutazione. Si invita poi a considerare i pazienti «attuali», cioè quelli esaminati personalmente dai medici, sia se presenti in ospedale che eventualmente rimandati a casa perché al momento meno gravi.

La visione del Cnb, radicalmente differente da quella iniziale della Siaarti, riecheggia con chiarezza nel recente documento Fnomceo-Siaarti, elaborato da una commissione paritetica delle due sigle mediche, istituita su mandato della Fnomceo che era rappresentata dal suo presidente Filippo Anelli. L'iniziativa per un nuovo documento sul tema è quindi da ascrivere alla Fnomceo, e va anche ricordato che Anelli partecipa ai lavori del Cnb tramite un suo delegato, che ne aveva condiviso il parere sul triage in emergenza pandemica.

Interessante il duplice scopo del mandato per il documento Fnomceo-Siaarti: «Avviare una riflessione in senso deontologico sulle posizioni espresse dalla Siaarti e valutare quegli aspetti che possano portare a una modifica/integrazione del Codice deontologico sul tema delle scelte tragiche in occasione di episodi straordinari ed eccezionali» come Covid-19. Potrebbero quindi esserci aggiornamenti nel Codice deontologico, per precisare che in situazioni emergenziali e di squilibrio fra necessità e risorse disponibili si applicano criteri clinici - «rigorosi, espliciti, concorrenti e integrati, valutati sempre caso per caso, quali: la gravità del quadro clinico, le comorbidità, lo stato funzionale progressivo...» - e non extraclinici come l'età («età biologica», nel testo, senza chiarimenti nel suo significato), che è un elemento di valutazione ma «non può mai assumere carattere prevalente».

La tematica in discussione non è nuova, e ovviamente Covid-19 l'ha fatta divampare: il confronto internazionale ha visto una pluralità di posizioni, grossomodo riconducibili alle due del primo documento Siaarti e del Cnb. In alcuni Stati americani, come New York, Alabama, Minnesota, Utah, Colorado, Tennessee e Oregon, si invitava a valutare il livello di abilità fisica o intellettuale prima di effettuare interventi salvavita, tanto che è dovuto intervenire l'Ufficio per i Diritti civili competente per escludere discriminazioni. Sempre negli Usa l'Università di Pittsburgh ha inserito nei criteri del triage l'aspettativa di vita a breve termine: quella a lungo termine, secondo alcuni studiosi, risente delle disuguaglianze sociali, perché le persone povere e marginalizzate hanno un livello base di salute più basso di chi vive agiatamente, e quindi i criteri di triage che premiano le aspettative di vita a lunga scadenza li vedrebbero svantaggiati. In Svezia il Karolinska Institutet ha individuato per l'ammissione alle TI fasce di età insieme a criteri pre-stabiliti, ad esempio la compromissione significativa di uno o due organi, andando quindi a stabilire ancora una volta categorie di persone escluse a priori dai trattamenti intensivi.

Il Comitato di Bioetica spagnolo ha invece elaborato un documento in linea con quello italiano, così come anche quello redatto dalle società scientifiche tedesche di anestesisti e rianimatori, omologhe della Siaarti. Sono prese di posizioni importanti: i criteri seguiti per le scelte dell'emergenza pandemica costituiranno inevitabilmente un precedente per le politiche del futuro.

I PUNTI FERMI DEI MEDICI CATTOLICI (AMCI)

«Ultimo letto» nodo insoluto

FILIPPO MARIA BOSCIA

La pandemia ci ha fatto scoprire più fragili, in una società, governata da economia e sviluppo, che genera scarti, discriminazioni e disuguaglianze. Strutture sanitarie, asfittiche per inarrestabili diete dimagranti non sopportano il peso di sopraggiunte emergenze. Di qui discende il problema dell'«ultimo letto»: è scandaloso che dopo mesi persista questo tragico dilemma. Considero apprezzabile il faticoso lavoro di stesura di un protocollo condiviso portato avanti da Fnomceo e Siaarti per un consenso sul bilanciamento di diritti e doveri: è un positivo dialogo tra medici che lavorano in situazioni difficili. Ma non basta. Chiediamo che la Federazione degli Ordini dei Medici faccia valere le proprie ragioni nelle sedi istituzionali, non chiami solamente i medici a esaltare una responsabilità già esercitata in scienza e coscienza, ed esprima a politica e società civile il disagio dei professionisti che lavorano in condizioni estreme. Spettano ai medici i criteri di selezione di cura, specie in condizioni eccezionali, ma gli squilibri tra necessità e risorse vanno sanati da quel mondo politico che appare persino indifferente. Questa è un'emergenza soprattutto politica e istituzionale, che tra contraddizioni e omissioni costringe i medici a trovare impossibili rimedi. I «criteri di selezione di cura», seppur solo nei casi di assoluta necessità, rappresentano una forzatura inaccettabile e dagli sviluppi imprevedibili. Ne sono coscienti anche i componenti della Commissione che hanno avvertito un pericolo così imminente da scrivere che «il ricorso a tali criteri non può essere inteso come il diniego del principio non negoziabile dell'uguaglianza dei valori di ogni essere umano». Reale è la preoccupazione in loro e in noi medici cattolici che nei fatti avvenga il contrario. Noi medici Amci non accettiamo per nessuna ragione l'obiettivo, riportato in premessa nel testo Fnomceo-Siaarti, di modifiche del Codice di deontologia medica. Sono proprio gli esclusi dall'assistenza a richiedere un affinamento delle coscienze in ospedali e Rsa, nell'applicazione delle cure palliative, nel sostegno delle famiglie. Una possibilità sta nel riconvertire le opere assistenziali esistenti adattandole alle nuove necessità affinché nessuno sia abbandonato da rianimazioni sature.

Presidente nazionale
Associazione Medici Cattolici (Amci)



La Terapia Intensiva ai Giovanni XXIII di Bergamo

RIFORMA IN CANADA

«Morte assistita», sparisce la terminalità della malattia

In Canada si punta a cambiare il «Bill C-14» del 2016, la legge che regola la morte medicalmente assistita, rendendo più facile l'accesso. Il testo - il «Bill C-7» - è stato approvato in linea di principio dalla Camera dei Comuni del Parlamento federale con 246 voti a favore, mentre quelli contrari, espressi dai conservatori, sono stati 78. L'emendamento prevede che venga eliminato il criterio sinora vigente della morte «ragionevolmente prevedibile», cioè la terminalità della malattia. La decisione fa seguito alla sentenza del 2019 nel Québec, che aveva abrogato questo criterio tra quelli per l'accesso alla morte medicalmente assistita, mentre i conservatori chiedevano che si esprimesse la Corte Suprema. La legge C-7, inoltre, eliminerebbe l'attesa di 10 giorni tra il via libera finale e l'attivazione della procedura, ridurrebbe da due a uno i testimoni necessari e toglierebbe il secondo atto di consenso. Ora il testo passa alla Commissione Giustizia. Sia C-14 (del 2016) sia C-7 sono modifiche al Codice penale.

Simona Verrazzo

IL CONTRIBUTO ALLA GIORNATA NAZIONALE PER LE CURE PALLIATIVE DELL'11 «Per noi l'hospice è...»: ecco il manifesto della Cei

Sono i contenuti del nuovo documento «Una presenza per una speranza affidabile. L'identità dell'hospice cattolico e di ispirazione cristiana», messo a punto dall'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute con un lungo lavoro di équipe, il contributo che la Chiesa italiana offre alla Giornata nazionale per le Cure palliative, in programma l'11 novembre. Valori e idee sintetizzate in un manifesto (nella foto) in cui sono proposti per slogan i punti chiave del documento («per noi l'hospice è...»). Cos'è dunque un hospice nell'esperienza delle strutture ispirate al Vangelo? Anzitutto «un luogo che apre alla speranza, aiutando la persona a riscoprire il senso stesso della vi-



ta, nella consapevolezza dell'ineludibilità della morte». E' poi «il luogo delle cure palliative», nel quale si risponde «con una presenza amorevole accanto al morente ai bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali, co-

sì che la vita possa essere degna di essere vissuta fino all'ultimo istante». L'hospice cattolico è poi «un luogo che risponde ai bisogni spirituali e religiosi del paziente, accompagnando la persona nella ricerca di senso e di significato della malattia, della sofferenza e della morte stessa». Nessun intento di esclusione: l'hospice cattolico infatti è «un luogo che accoglie fedi diverse, nel rispetto della sfera spirituale e religiosa di ciascuno» mentre «si prende cura della famiglia accogliendone i bisogni e le difficoltà senza pregiudizi e con rispetto». Decisivo lo «stile di cura», che «restituisce dignità alla persona» in quanto «figlia di Dio». E come tale «degnata di profondo rispetto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA PRESIDENTE NAZIONALE DEGLI ANESTESISTI E DEI RIANIMATORI

«Vanno sempre garantite cure appropriate anche quando le risorse sono scarse»

ENRICO NEGROTTI

«Abbiamo proposto di adottare criteri come in ambito chirurgico, dove non si sottopone a stress inutili un paziente che non trarrà benefici da un intervento invasivo. Ma le cure palliative per noi sono un trattamento nobile, che comporta la presa in carico del paziente». Flavia Petri, presidente della Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (Siaarti), spiega il documento elaborato con la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), che indica come gestire le terapie intensive di fronte a emergenze sanitarie: «Abbiamo ribadito l'importanza di garantire cure appropriate

sempre, anche in carenza di risorse». Cosa ha insegnato la pandemia ai rianimatori? Abbiamo capito quanto sia importante impegnarci nell'organizzazione e quanto gli ospedali abbiano sempre sottovalutato questa disciplina, nonostante le terapie intensive siano i reparti più costosi. Riusciamo ad aprire nuovi posti letto in terapia intensiva perché molti anestesisti sono stati dirottati da altri reparti. Se chiudiamo le sale operatorie, come nella prima ondata, possiamo dare specialisti di terapia intensiva; se evitiamo di cancellare interventi chirurgici o chiudere gli ambulatori di terapia del dolore, è chiaro che facciamo fatica. Cosa cambia nel testo condiviso con Fnomceo rispetto al vostro di marzo? Ormai tutti sanno di che cosa stiamo



Flavia Petri (Siaarti): la pandemia sta mostrando quanto gli ospedali abbiano sempre sottovalutato la nostra specializzazione

parlando: in marzo c'era incredulità, la popolazione era impreparata a sentirsi dire che in un Pronto soccorso non c'era posto. La Siaarti fu rapida a produrre documenti tecnici di assistenza e le raccomandazioni di marzo facevano notare che l'ammissione ai trattamenti intensivi in condizioni di eccezionale squilibrio tra richiesta e risorse disponibili doveva seguire criteri che vengono normalmente utilizzati nelle maxi emergenze (guerra, terrorismo, terremoto). Ditemmo che il posto di terapia intensiva non va dato al primo che arriva ma a chi ha più possibilità di essere rianimato: tra i criteri c'è anche l'età, ma non solo. Il documento non piacque a Fnomceo, e su proposta del presidente Filippo Anelli fu avviato un tavolo paritetico di esperti di scienza e bioetica: ora il documen-

to congiunto è rivolto a tutti i medici, non solo ai rianimatori, e stabilisce l'importanza di offrire cure anche quando c'è carenza di risorse. Tra i criteri c'è il «beneficio duraturo»: non si rischia di minare il rapporto di fiducia tra medico e paziente? È lo stesso discorso quando si valuta il rischio chirurgico: non si lesinano interventi in base all'età, ma nella chirurgia geriatrica si applicano punteggi, per cui tanto più è alta la fragilità tanto maggiore è la possibilità che il paziente non superi l'intervento. Insieme a paziente, chirurgo e familiari si sceglie il male minore. Così in condizioni di estrema criticità non si ricovera in terapia intensiva chi corre un rischio maggiore della soluzione che si può ottenere con cure palliative.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

© RIPRODUZIONE RISERVATA