



Il «Gaslini»: Tafida intubata le condizioni sono stabili

La piccola Tafida è «in condizioni stabili» e la sua famiglia «le è costantemente vicina». L'ha reso noto l'Ospedale Gaslini di Genova in una nota sulle condizioni della bambina inglese di 5 anni in stato di minima coscienza, arrivata nel centro pediatrico ligure il 15 ottobre dopo la battaglia legale dei genitori contro la decisione del Royal London Hospital di sospendere i trattamenti vitali. L'ospedale genovese informa che Tafida «è stata sottoposta a tracheostomia al fine di facilitare la funzione

respiratoria e di semplificare la gestione delle vie aeree; le è stata in seguito applicata la gastrostomia, finalizzata ad assicurare un corretto apporto alimentare e calorico, ed è stato ricalibrato il sistema di drenaggio liquorale interno» per «prevenire le possibili complicanze della gestione dei presidi a lungo termine», «semplificare le pratiche assistenziali» e «favorire la possibilità di un'eventuale gestione assistita al domicilio».

Adriano Torti

Basta «canne» in gravidanza

Un'équipe italiana documenta gli effetti negativi sul figlio del consumo di cannabis durante i nove mesi di attesa

FRANCESCO OGNIBENE

Niente alcol, sigarette non ne parliamo, no ai cibi grassi, molto movimento... Lo stile di vita delle donne in attesa di un figlio è giustamente diventato un tema importante, con il fiorire di consigli e divieti: per il bambino servono nove mesi di vita sana. Le rilevazioni sulle future madri certificano però il raddoppio negli ultimi 15 anni nei Paesi occidentali delle donne che in gravidanza fanno uso di cannabis: dal 6 al 12%. Eppure, nessuno ne parla. A diradare la nebbia arriva ora lo studio di Miriam Melis, professore associato di Farmacologia al dipartimento di Scienze biomediche dell'Università di Cagliari, condotto insieme all'Accademia delle Scienze di Budapest e all'Università del Maryland a Baltimora. Melis è alla guida di un team al quale tiene molto («perché nessuno vince da solo»): ne fanno parte Mauro Congiu, Francesco Tracis, Valeria Serra, Roberto Frau, Paola Devoto, Claudia Sagheddu e Pierluigi Saba. A tutti loro si deve un risultato che si è guadagnato spazio su *Nature Neuroscience* e che la scienziata sarda ci racconta così.

Cosa chiarisce la vostra ricerca?

Spiega alcuni dei meccanismi neurobiologici che sottendono ai disturbi del comportamento (come iperattività, impulsività, aggressività, propensione a episodi psicotici, uso precoce di sostanze d'abuso) e cognitivi (disturbi dell'attenzione e del-

l'apprendimento) dei figli di madri che hanno fatto uso di derivati della cannabis durante la gravidanza. Abbiamo svelato una iperattività dei neuroni dopaminergici che rappresenta di per sé una caratteristica della vulnerabilità a diversi disturbi neuropsichiatrici (come schizofrenia, depressione, tossicodipendenza).

Cosa l'ha indotta a seguire questo filone di ricerca?

Mi interessa comprendere quali siano i meccanismi che sottendono la vulnerabilità ai disturbi neuropsichiatrici. Questi dipendono dall'interazione tra fattori individuali - genetici e biologici - e ambientali. La vulnerabilità dipende soprattutto da quando questa interazione avviene durante il neurosviluppo (il nostro cervello matura completamente solo tra i 23 e i 25 anni). I fattori am-

bientali sono quelli che possiamo in qualche modo controllare e cambiare, e tra questi l'esposizione precoce a sostanze d'abuso come le droghe è un fattore predisponente che possiamo modificare. La cannabis rappresenta la droga illegale più usata dalle donne incinte nei Paesi occidentali, e il suo uso e consumo è aumentato con la legalizzazione perché percepita sicura e naturale. È addirittura prescritta negli Usa per le nausee mattutine e per l'ansia alle donne incinte. In più, siccome la si crede una droga «leggera», la popolazione americana al 40% pensa che non ci sia niente di male se una donna ne fa uso in gravidanza. Questo è il motivo per cui negli ultimi 15 anni la percentuale di donne che ne fa uso è raddoppiata, in netto contrasto con l'uso di alcol o il fumo di sigarette in gravidanza, che invece è diminuito.



Il team dell'Università di Cagliari: Miriam Melis è la quarta seduta da sinistra

Come mai si insiste sui pericoli di fumo, alcol e alimentazione non corretta quando si attende un bambino, e non si parla mai di uso della cannabis tra le future mamme?

Per una mancanza di consapevolezza sui rischi dell'uso della cannabis - è considerata una droga «leggera», una «medicina», e poi è naturale - la cui legalizzazione è spinta sempre più in diversi Paesi, incluso il nostro. Quanto all'uso in gravidanza, l'Italia segue gli altri Paesi occidentali.

L'uso della cannabis «a scopo ricreativo» è assai diffuso tra gli adolescenti. Quali sono gli effetti neurologici?

Negli ultimi 20 anni la percentuale di Thc nei derivati della cannabis è aumentato esponenzialmente. A questo si aggiunge che il rapporto con l'altra molecola che in qualche modo ne attenua gli effetti (Cbd) è aumentato a favore del Thc: per intenderci, prima il rapporto era di uno a uno, adesso ci sono preparati in cui il Cbd non è neanche presente e il Thc è al 25%, fino all'olio in cui è intorno al 70-80%. Rispetto alle generazioni che ne hanno fatto uso negli anni 70 e 80 parliamo quindi di prodotti diversi. Bisogna comunque distinguere gli effetti immediati (sbalzi d'umore, paranoia, psicosi, difficoltà a ragionare e ricordare) da quelli da un uso prolungato (depressione, ansia, manie suicide, psicosi, schizofrenia). Infatti la manifestazione di malattie psichiatriche quali la depressione raddoppia se

un soggetto giovane adulto (18-25 anni) ha fatto uso di cannabis in adolescenza. Sono dati dell'agenzia americana che studia gli effetti delle sostanze d'abuso.

Che differenza c'è tra droghe leggere e pesanti?

Tutte le droghe modificano il cervello e in particolare il circuito della gratificazione e della motivazione, che siano legali (nicotina, etanolo) o illegali (cocaina, eroina, cannabis). Le droghe legali non hanno un impatto minore sul nostro cervello rispetto a quelle illegali: non è per questo che sono legali, ma solo per questioni economiche.

C'è dibattito sulle effettive proprietà terapeutiche della cannabis. Cosa ne pensa da scienziata?

Le proprietà terapeutiche della cannabis sono innegabili (ad esempio, contro la nausea da chemioterapici, per aumentare l'appetito in pazienti affetti da tumore o Hiv, ma anche nell'anorexia o nel trattamento della spasticità muscolare della sclerosi multipla) ma bisogna distinguere: innanzitutto tra chi è il destinatario (in termini di età, giacché interferisce con il neurosviluppo) e sulle indicazioni terapeutiche in base a studi clinici che ne dimostrino efficacia e sicurezza. È ovvio che il «fai da te» riduce di molto il profilo di sicurezza perché non si può controllare la percentuale di fitocannabinoidi presenti (come Thc e Cbd), e quindi non si possono prevedere le reazioni avverse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MALATTIE RESPIRATORIE

Il Veneto sblocca le procedure per il «Pio XII» di Misurina

La Regione Veneto ha confermato lo stanziamento di 1,2 milioni annui fino al 2022, per le prestazioni erogate dall'Istituto Pio XII di Misurina, gestito dall'Opera San Bernardo degli Uberti della diocesi di Parma, che tratta le patologie respiratorie nei bambini. La giunta regionale ha anche deciso di intraprendere le attese iniziative di semplificazione e diffusione della conoscenza dell'istituto da parte del mondo sanitario, pediatri in primis. «Con questo atto il Veneto ha fatto tutto quanto è nelle sue possibilità - ha detto il governatore del Veneto Luca Zaia -. Ora tocca al resto d'Italia, perché il Pio XII è una struttura a valenza nazionale, al punto che proprio noi abbiamo incardinato la questione in sede di Commissione nazionale salute».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA STORIA

Fioel e gli altri bimbi malati salvati dai «medici del Papa»

IGOR TRABONI

Fioel, 5 anni ancora da compiere, è tornato nella sua casa in Albania e ha ritrovato i giochi e gli amichetti di sempre, dopo che solo i medici italiani del Bambino Gesù di Roma hanno avuto la bravura e il coraggio di operare. Fioel è nato affetto dalla sindrome di Prader Willi, una forma di scoliosi estrema che ne facevano un paziente ad altissimo rischio, soprattutto per le conseguenze a cuore e polmoni. I genitori si sono visti respinti da tanti ospedali, ma non dal pediatrico romano: «Siamo stati accompagnati passo dopo passo - racconta il papà di Fioel -, sono profondamente grato per l'aiuto dato a mio figlio; spero che possa essere sal-

vata la vita di tanti altri bambini bisognosi di cure».

Proprio quello che succede al Bambino Gesù: nel 2018 sono stati 62 gli interventi (su un totale di 30.648 di tutti i tipi) che all'«ospedale del Papa» classificano come «umanitari»: i piccoli provengono infatti da Paesi poveri, dove non avrebbero alcuna possibilità di farcela, e il Bambino Gesù si fa carico dell'operazione e dell'assistenza pre e post operatoria. Sono attivi accordi con 12 Stati (Repubblica Centrafricana, Tanzania, Etiopia, Siria, Giordania, Cambogia, India, Russia, Haiti, Ecuador, Corea del Sud) per la formazione in loco dei sanitari e per ridurre la mortalità neonatale. Quando i casi sono particolarmente difficili, i bambini vengono portati e opera-

ti a Roma, anche se non ci sono accordi a monte.

L'intervento su Fioel «era ad alto rischio - racconta Pier Francesco Costici, direttore dell'Unità di Ortopedia del Bambino Gesù -, ci siamo interrogati a lungo prima di operare. Abbiamo valutato il rischio cardiologico e soprattutto quello anestesiológico, perché il piccolo poteva non farcela durante l'operazione. L'abbiamo detto anche ai genitori, ma il grande lavoro di squadra e la tecnica mini-invasiva utilizzata, con l'inserimento di due barre metalliche a scorrimento magnetico attraverso due piccole incisioni, ci hanno dato ragione». D'altro canto, non procedere all'operazione «voleva dire condannare il bambino a una qualità e a un'aspettativa di vita molto bas-



Il Bambino Gesù di Palidoro

sa», aggiunge Leonardo Oggiano, che ha coordinato l'équipe operatoria nell'intervento eseguito nella sede di Palidoro, a Fiumicino. A distanza di 4 mesi dall'intervento - divulgato dall'ospedale pochi giorni fa - il piccolo sta sempre meglio e la curva scoliotica è passata da 116° a 60°. Il centro clinico continuerà a seguirlo con controlli periodici delle barre di accrescimento (che hanno la finalità di guidare la crescita della colonna vertebrale) per arrivare a un altro e definitivo intervento nell'età puberale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il pensiero della morte, compagno di viaggio

SALVATORE MAZZA

Da quando so di avere la Sla, come non sarà sfuggito a chi segue questo diario anche solo saltuariamente, convivo con il pensiero della morte. Non è un pensiero angosciante, un qualcosa che mi tolga il sonno, né un incubo ricorrente; o, meglio, lo è stato all'inizio per qualche settimana, poi basta. Al contrario, per quanto assurdo - o almeno strano - possa sembrare, è diventata una presenza amica, e potrei dire perfino rassicurante, se non temessi di suonare stucchevolmente retorico. Però, in qualche strano e per me incomprensibile modo, è così. Forse è perché anch'io, come tutti, ho passato la mia vita esorcizzando quel pensiero, coltivando quella sorta d'illusione di immortalità che ciascuno di noi conosce molto bene: è



quella che davanti a un incidente ci fa dire «c'è capitato, ma non a me», e lo stesso per una malattia, una sciagura, una calamità naturale... cose che capitano, ma non a me. Ed è sorprendente come, contro ogni logica, mentre magari riconosciamo che si tratta di un modo di pensare ovviamente sbagliato, sotto sotto, nel nostro intimo, continuiamo a essere graniticamente certi che «sicuro, può capitare, ma non a me». Cresciuti come siamo nell'era del «più sani, più belli», abbiamo respinto la morte e tutto ciò che ce la ricorda ai margini della coscienza personale e collettiva. In questa rincorsa all'immortalità abbiamo espugnato un'età sempre più avanzata, e ancora non siamo contenti e crediamo a chiunque ci prometta di vivere fino a centovevent'anni in ottima salute, ovviamente, e siamo fiduciosi che

davvero il segreto per campare mille anni sia vicino a essere scoperto. Malati, handicappati, invalidi, anziani malmessi sono immagini di una realtà inquietante per il nostro benessere, di cui disfarsi in ogni modo e al più presto. Non solo non sono sani, ma sono anche brutti a vedersi. Forse è anche per questo che l'idea dell'eutanasia sta avanzando sempre più? Poi succede che la vita ti catapulti da un giorno all'altro dal lato opposto della barricata, e vedi tutto con occhi diversi. E comprendi tante cose, persino perché san Francesco chiamava «sorella» la morte. Da cui, per quanto ci illudiamo, «nulli homo vivente pò scappare». Quando capisci questo, allora, non ti fa più paura, e diventa una compagna di viaggio. (24-Avenire.it/rubriche/Slalom)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Slalom

COMMEMORAZIONE DEI DEFUNTI

La Comunità Giovanni XXIII invita a pregare nei cimiteri dove riposano i bambini mai nati

In occasione della Festa di Ognissanti, la Comunità Papa Giovanni XXIII di Rimini ha organizzato per domani un momento di preghiera nei cimiteri di alcune città dove sono sepolti i bambini non nati. Spiega il presidente Giovanni Paolo Ramonda: «Ricorderemo i bambini morti per cause naturali e quelli che sono stati vittime di aborto. La preziosità della loro vita non dipende da quanti giorni è durata, ma dall'essere stata amata da Dio, creata a sua immagine, destinata all'immortalità». I momenti di preghiera si terranno presso i cimiteri di: Savigliano (Cn) alle 14, Fossano (Cn) alle 14.30, Cuneo alle 15, Rimini alle 14.30, Modena San Cataldo alle 15.45, Bologna, Certosa alle 11.45, Forlì Mo-

numentale alle 9.30, Rivignano Teor (Ud) alle 16. La Comunità Papa Giovanni XXIII si occupa di sepoltura dei feti dall'aprile 1999, quando don Oreste Benzi celebrò il funerale di Matteo, figlio di una donna che perse il bimbo a 19 settimane di gestazione. Da allora l'associazione ha aiutato centinaia di genitori a ottenere degna sepoltura del loro figlio, morto per lo più in seguito ad aborto spontaneo. Il Dpr 285/90, che regolamenta la polizia mortuaria a livello nazionale, prevede che anche sotto le 20 settimane i parenti possano chiedere la sepoltura del figlio entro le 24 ore. Senza richiesta, spesso i feti vengono gettati fra i rifiuti speciali dell'ospedale e inceneriti.

Quinto Cappelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Anche Bartolomeo aderisce al testo interreligioso sui nodi di fine vita

Si aggiunge la firma di Bartolomeo I, patriarca di Costantinopoli, alla Dichiarazione interreligiosa congiunta «sulle problematiche del fine vita» siglata lunedì in Vaticano dal presidente della Pontificia Accademia per la Vita monsignor Vincenzo Paglia e da rappresentanti dell'ebraismo e dell'Islam. «Il corso della vita umana sulla terra – scrive l'esponente ortodosso – inizia nel momento del concepimento, si estende dall'infanzia all'età adulta, e culmina alla fine nel sonno della morte corporale. Ma le fasi della vi-

ta umana differiscono per ciascuna anima, e ogni percorso che ogni persona può prendere, scelto e non scelto, conduce a opportunità di santità o di schiavitù spirituale». Citando il Concilio pan-ortodosso del 2016, Bartolomeo ricorda che «l'incontrollato uso della biotecnologia all'inizio, durante e alla fine della vita insidia la sua autentica piechezza». L'uomo così «rischia di trasformarsi in una macchina biologica, in un'unità sociale impersonale o in uno strumento meccanico di pensiero controllato».

«Codice deontologico, punto fermo»

Il presidente della Consulta etica dei medici italiani Pierantonio Muzzetto: suicidio assistito ed eutanasia sono estranei alla nostra professione

ENRICO NEGROTTI

«Si riafferma con chiarezza come suicidio assistito ed eutanasia siano estranei al medico». Commenta così Pierantonio Muzzetto, presidente dell'Ordine dei medici di Parma e coordinatore della Consulta deontologica nazionale della Fnomceo (Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri), la dichiarazione della Associazione medica mondiale (World medical association, Wma) sottoscritta pochi giorni fa a Tbilisi (Georgia) e che ribadisce che nessun medico dovrebbe essere obbligato a praticare l'eutanasia né ad aiutare un suicidio assistito. Parole che confermano quanto emerso al convegno sul suicidio assistito organizzato come giornata di studio e confronto dal gruppo di lavoro della Consulta deontologica e dall'Ordine dei medici di Parma, con il patrocinio della Fnomceo, in relazione all'ordinanza 207/2018 della Corte costituzionale (in attesa del testo della sentenza del 25 settembre 2019).

«Il rilievo della nostra tavola di valori è stato riconosciuto dalla legge sulle professioni sanitarie. Credo che ora il Parlamento debba dialogare con la categoria per giungere a una legge rispettosa dei diritti dell'uomo»

La Wma precisa che non agisce contro la deontologia un medico che rispetta la volontà di un paziente di rifiutare le cure, anche se ciò comporta un esito fatale della malattia. **Che cosa pensa della dichiarazione della Wma contro l'eutanasia e il suicidio assistito da un medico?** La dichiarazione della Wma rispetta quanto già acclarato e sul piano del principio consolida il presupposto etico delle beneficiarie delle cure e anche, allo stesso tempo, la rispettosa posizione verso la determinazione del paziente nell'accettare o meno. E riconosce al malato il diritto dell'esercizio del consenso e l'autodeterminazione a disporre della propria vita e della propria salute in qualsiasi momento. Sul piano etico si rafforza ulteriormente la posizione di garanzia del medico e si ria-

ferma con chiarezza come suicidio assistito ed eutanasia siano estranei al medico e al suo essere, così da escluderli dalla declinazione dell'atto medico. Concetti e presupposti che trovano espressione in alcune relazioni presentate e nei presupposti finali del convegno di Parma, dove ha avuto ruolo la precedente espressione del Wma dello stesso tenore. **Tornando al convegno di Parma, quali conclusioni ne trae?** Sono state presentate le varie posizioni di una riflessione ad ampio spettro sulle problematiche sollevate dalla depenalizzazione del suicidio assistito in talune specifiche circostanze indicate dalla Corte costituzionale. Le diverse anime della Fnomceo si sono trovate d'accordo sulla prevenzione dell'atto suicida-

rio, e sulla necessità di diffondere la palliazione e la terapia del dolore. D'altro canto è apparsa problematica la posizione della figura del medico di fronte all'ipotesi di aiutare nel suicidio; però al convegno è emerso che il suicidio può essere "socialmente" assistito, se la società così vorrà, piuttosto che medicalmente assistito. Anche perché il Codice deontologico ce lo vieta. **Manca la sentenza, ma il dibattito parlamentare è già in corso. Che cosa chiedete a una futura legge?** Nell'audizione alla Camera in rappresentanza della Fnomceo ho chiesto che non ci sia una dicotomia tra mondo parlamentare e mondo medico. Su questo tema noi medici siamo particolarmente esposti: credo che il Parlamento debba avere un'interlocuzione continua con noi, almeno a livello nazionale, con la Fnomceo, che rappresenta tutti i medici. Credo che dal confronto e dall'individuazione delle problematiche possa scaturire una legge rispettosa dei principi che regolano l'agire del medico nella società, secondo i criteri della Dichiarazione universale dei diritti umani e nella Convenzione europea dei diritti dell'uomo. **Che cosa comporterebbe una legge che imponesse ai medici l'aiuto nel suicidio? O lo prevedesse tra le prestazioni del Servizio sanitario?** La posizione Fnomceo oggi è ferma sui principi del Codice deontologico, ma siamo in una fase di attenta e

profonda riflessione a 360 gradi, pronti a ragionare con tutti nella società, e il convegno di Parma lo ha dimostrato. Alla Camera abbiamo portato la posizione approvata a marzo dalla Consulta deontologica, che ha ribadito come la "stella polare" della nostra professione sia il Codice deontologico, che all'articolo 17 prescrive che «il medico anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte». Ricordo che il valore del Codice deontologico per il medico è stato riconosciuto dalla legge 3/2018 sul riordino delle professioni sanitarie. E a chi in Parlamento ci ha chiesto di cambiarlo ho risposto che i suoi principi hanno più di 2mila anni di storia e sono tuttora validi. Di fronte a una legge in contrasto con il nostro Codice deontologico rivendicheremo il diritto all'obiezione di coscienza. **Altrettanto un problema sarebbe prevedere il suicidio all'interno del Servizio sanitario perché la legge 833 che lo ha istituito dice tutt'altro. Penso che il vero "nodo" in Italia nel fine vita sia garantire le cure palliative, compresa la sedazione profonda, visto che i dati della Società italiana delle cure palliative segnalano che – nonostante la legge 38/2010 – sono disponibili, e in modo disomogeneo, per il 20% di coloro che ne avrebbero bisogno, e per poco più del 14% in pediatria.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PASTORALE DELLA SALUTE

«La Chiesa con chi soffre Nessuno sia lasciato solo»



I delegati diocesani alla giornata Cei

Oltre 80 direttori diocesani per una giornata di studio comune su temi emergenti e soluzioni possibili nella pastorale della salute. Li ha coordinati don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio nazionale della Cei: «La nostra azione pastorale, sulla scia di quanto avviato, continua a rappresentare la prossimità della Chiesa presso i sofferenti, gli operatori sanitari e tutte le famiglie che assistono i loro cari – spiega –. Su queste tre direttrici costruiamo un dialogo continuo per accompagnarli in questa esperienza». La presenza e l'azione di chi opera nel settore stanno cambiando: «La pastorale della salute, come prossimità al mondo della sofferenza, subisce i cambiamenti dei luoghi e dei modi di cura – riflette Angelelli –. La malattia è sempre meno ospedalizzata, se non per le fasi acute, e si sposta al domicilio delle persone. Così anche l'azione pastorale si avvicina ai territori, tramite la rete delle parrocchie e dei molti operatori pastorali. Ricordando, però, che visitare e assistere i malati è un compito di tutti i credenti, in forza del comandamento dell'amore reciproco». L'Ufficio Cei ha attivato diversi tavoli tematici. Che a parere del direttore nazionale stanno dando risultati «molto incoraggianti. Lavorare per area tematica ci permette di raccogliere le esperienze, condividerle, per poi crescere nelle buone pratiche da applicare a livello nazionale. Spesso si trovano operatori di centri sanitari cattolici che offrono lo stesso servizio di cura in diverse regioni d'Italia: non si conoscevano e ora possono lavorare insieme. L'agire ecclesiale mutua i riferimenti scientifici della medicina e dalla ricerca, per poter meglio modulare la sua proposta pastorale. È un proficuo ascolto reciproco». Sulla scena grava l'ombra delle decisioni in tema di fine vita: «È una fase di transizione molto delicata, siamo in attesa di leggere le indicazioni della Corte costituzionale – conclude Angelelli –. Poi seguirà, probabilmente, un intervento legislativo. Le nostre posizioni sono note, la scelta è univoca, deriva dal Vangelo: difendere la vita della persona e la sua dignità nel tempo della maggiore vulnerabilità, accompagnarla a sollevare il dolore, esserle accanto per testimoniare che nessuno deve rimanere solo». (F.O.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Una camera del nuovo hospice di Castelfranco Emilia

WORLD MEDICAL ASSOCIATION

«Fronte contrario all'eutanasia in tutto il mondo»

GRAZIELLA MELINA

Sul fine vita i medici fanno fronte comune a livello mondiale. Il nuovo no a eutanasia e suicidio assistito appena espresso dalla World Medical Association (Wma) che rappresenta associazioni sanitarie di 114 Paesi, conferma la posizione dei medici italiani e il Codice deontologico. «Il punto qualificante della risoluzione Wma – spiega Massimo Antonelli, direttore del Centro di Ateneo di Bioetica e Scienze della Vita dell'Università Cattolica di Roma e a capo del dipartimento di Scienze dell'emergenza anestesio-logiche e della rianimazione della Fondazione Policlinico Gemelli – è il forte pronunciamento sui principi dell'etica e del massimo rispetto per la vita umana. Nessun medico può in alcun modo essere costretto a partecipare al procedimento eutanasico o al suicidio assistito, né dovrebbe essere posto alcun obbligo di decisione da parte sua in tal senso».

Una posizione che si fonda sulla distinzione, ancora non sempre molto chiara, tra «eutanasia, che è un gesto attivo del medico che deliberatamente somministra un farmaco o una sostanza letale per causare la morte del paziente», suicidio assistito, che si attua quando il medico su richiesta del paziente «prescrive farmaci o fornisce sostanze che abbiano l'intento di provocare la morte», e la sospensione o non inizio delle terapie, «per evitare cure futili, pur essendo consapevoli che questo può portare alla morte». Situazioni diverse, troppo spesso però semplificate e strumentalizzate. «L'aspetto più preoccupante – ribadisce Antonelli – è il modo con cui vengono esplicitate presso l'opinione pubblica: a volte infatti si crea confusione tra eutanasia e sospensione di cure sproorzionate. Per molti questi concetti rimangono astratti, non confrontandosi con la sofferenza dei casi reali al letto del malato». Purtroppo sovente viene ignorata l'esistenza del diritto alle cure palliative. «In realtà, quando il malato non ha obiettive opportunità di recupero e le terapie servono solo a dilazionare una fine inevitabile – prosegue Antonelli – abbiamo il dovere di alleviare la sofferenza fino agli ultimi momenti della vita, mai interrompendo l'alleanza terapeutica con il paziente, che rappresenta la nostra stella polare. Noi medici siamo contro l'eutanasia e il suicidio assistito. Come indica il nostro Codice deontologico, il nostro compito è curare, non dare la morte».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Apri oggi a Castelfranco Emilia il primo centro interamente dedicato alle cure palliative in provincia di Modena: per i malati terminali 15 posti letto, spazi per le famiglie e un grande parco

MARIA SILVIA CABRI

Lavorare con la morte è una "vocazione", è difficile, doloroso. Prendersi cura di chi muore, di chi rimane, ma anche degli operatori che con dedizione e sensibilità dedicano la loro attività a questo percorso di accompagnamento: sono questi i pilastri degli hospice, luoghi di assistenza accoglienti, a supporto delle persone con patologie croniche in fase avanzata e progressiva, con una sintomatologia che ha un significativo impatto sulla qualità di vita dell'ammalato e della famiglia. Viene inaugurato oggi il primo hospice della provincia di Modena, a Castelfranco Emilia – Comune di 33mila abitanti, in diocesi di Bologna –, alla presenza del presidente della Regione Emilia-Romagna Stefano Bonaccini. «È un traguardo importantissimo – spiega Antonella Dallari, direttrice del Distretto sanitario Castelfranco Emilia –, Salute è anche accompagnamento delle persone quando soffrono di patologie inguaribili». Attraverso un'assistenza personalizzata e multidisciplinare l'hospice garantisce le migliori cure per rispondere ai bisogni fisici, psicologici, spirituali e relazionali. L'hospice di Castelfranco,

nel quale lavoreranno 15 professionisti e operatori, è collocato all'interno della Casa della Salute Regina Margherita, dove si trova già anche l'ospedale di comunità. La nuova struttura dispone di 15 posti letto (11 stanze singole con balcone e 2 doppie), di un'ampia zona relax e di un grande parco. «La struttura – prosegue Dallari – è parte integrante della Rete di Cure palliative della provincia di Modena che garantisce la continuità di cura tra ospedale, domicilio e ambulatorio. Particolare attenzione è dedicata alla formazione dell'équipe di professionisti. Abbiamo già preso accordi con il direttore dell'Ufficio di pastorale della salute della diocesi di Bologna don Francesco Scimè per garantire l'assistenza spirituale. Nei giorni scorsi abbiamo anche ricevuto la visita del cardinale Zuppi che ha elogiato la nostra opera». Era stato il presidente della Repubblica Sergio Mattarella, in occasione della recente cerimonia al Quirinale per «I giorni della ricerca», a ricordare l'importanza di queste strutture in quanto «la persona malata non può essere mai abbandonata, e ha sempre diritto a una terapia accurata, un'assistenza rispettosa della sua dignità, anche quando la malattia non può guarire».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN CANADA

«Non posso più leggere, voglio morire». E i medici lo accontentano

ASSUNTINA MORRESI

«Non si tratta di espandere la nostra legge... È una maturazione della comprensione di cosa stiamo facendo». A parlare è Stefanie Green, che presiede la Camap-Canadian association of Maid assessors and providers, l'associazione canadese cui aderiscono i professionisti coinvolti nel somministrare la morte medicalmente assistita («Medical assistance in dying», Maid, dal nome della legge), cioè «infermieri, farmacisti, logoterapisti, amministratori, legislatori, avvocati, as-

sistenti sociali, consulenti, analisti politici...», e ovviamente i medici, a cui la Camap offre corsi di formazione accreditati per renderli in grado di procurare la morte secondo i più elevati livelli di professionalità. La dichiarazione della Green riguarda il primo caso canadese reso noto di eutanasia a una persona con demenza: secondo lei non si tratta di un'applicazione indebita della norma quanto di una maggiore consapevolezza nell'applicarne i criteri. Evidente *excusatio non petita* visto che quando era entrata in vigore la Maid, nel 2016, sembrava condivisa l'idea

che le persone con diagnosi di demenza non potessero accedervi. La legge, che non distingue fra eutanasia e suicidio assistito, prevede infatti che la morte con assistenza medica possa essere procurata a persone maggiorienni che la chiedono liberamente e in grado di dare il proprio consenso, i qua-

li si trovino in una condizione medica irrimediabile e grave: non necessariamente in condizioni di terminalità, ma in un declino irreversibile, in previsione ragionevole di morte e in uno stato di sofferenza fisica o psichica intollerabile. Gayle Garlock, 75 anni, rientrava in questi criteri, se-

condo Stefanie Green, che lo ha fatto morire il 26 agosto: gli era stata diagnosticata cinque anni fa la demenza da corpi di Lewy, simile all'Alzheimer, che gli procurava una sofferenza intollerabile innanzitutto perché gli impediva di leggere. Secondo Barbara, la moglie di Gayle, lui ne aveva una vera e propria necessità: la lettura era parte integrante della sua persona. Green lo aveva già incontrato nel 2018, ma all'epoca non era sicura che la condizione di Garlock rientrasse nella legge, e non volendo rischiare 14 anni di prigione aveva respinto la richie-

© RIPRODUZIONE RISERVATA

sta. Nel frattempo, però, ad alcuni medici che hanno dato l'eutanasia a una malata di Alzheimer è stato riconosciuto di aver agito correttamente, e la Camap ha elaborato linee guida per individuare le condizioni in cui la Maid possa essere applicata anche ai malati di demenza. In primavera, quindi, la dottoressa Green ha valutato di nuovo la richiesta di Garlock, stavolta ritenendolo idoneo, anche se nel frattempo gli era capitato di non riconoscere la moglie, mettendo in dubbio quindi la sua reale capacità di dare il consenso.