

ALL'INTERNO

LA CURA

Allarme salute mentale
l'emergenza invisibile

Paolo Lambruschi a pagina

RICERCA & SANITÀ

Sul diabete Casa Sollievo
«accende» gli smartphone

Vito Salinaro a pagina

SALUTE

Anziani, malattie e farmaci
prescrizioni da ripensare

Enrico Negrotti a pagina



INVECE, UN SAMARITANO

La Chiesa, l'umano e noi

«Mi rattrista l'approccio semplificato su alcune questioni vitali. Ci sono temi che non possono essere risolti a colpi di maggioranza o minoranza politica, né tantomeno essere affrontati in termini ideologici». È per questo che il cardinale Bassetti dice «no all'eutanasia: rappresenta una sconfitta di ciò che è umano. Si applichi, invece, la legge su cure palliative e terapia del dolore». Dal 27 settembre a ieri, quando «Famiglia Cristiana» ha pubblicato una sua intervista con queste battute, il presidente dei vescovi italiani è intervenuto quattro volte sul tema al centro della proposta referendaria dei radicali. Ha iniziato con il Consiglio permanente Cei («Non vi è espressione di compassione nell'aiutare a morire ma il prevalere di una concezione antropologica nichilista in cui non trovano più spazio né la speranza né le relazioni interpersonali»), ha proseguito a un convegno milanese dell'Istituto Auxologico («Alla solitudine individuale si aggiunge quella situazione contemporanea sociale e collettiva» che «arriva a produrre una "eutanasia nascosta", indiretta, da abbandono fisico, sociale, anche terapeutico») e al congresso dei Medici cattolici («Non dobbiamo cedere di fronte alla cultura dello scarto ma opporre invece una cultura della vita»). Ora torna a chiedere che si affrontino «temi simili nella prospettiva coraggiosa della solidarietà: aiutare, sostenere e accompagnare chi vive situazioni esistenzialmente impegnative». Ora tocca a noi. (Ev)



Sylvie, il cancro e le bugie sull'eutanasia

Parla l'oncologa Menard, allieva di Veronesi a Milano, convinta dalla malattia a cambiare idea sulla «morte a richiesta»



L'oncologa francese Sylvie Menard, a lungo ricercatrice all'Istituto dei tumori di Milano. Nel 2009 la sua autobiografia «Si può curare»

LO SGUARDO DEL MALATO



L'inganno mascherato del diritto di morire

SALVATORE MAZZA

Dietro ogni slogan, generalmente, c'è una bugia. Nel caso di quello radicale per il referendum pro eutanasia - «Liberi di scegliere, fino alla fine» - la bugia è colossale. Perché non cambierebbe nulla. Io, tanto per fare un esempio, ho la Sla, gran brutta malattia che mi ha costretto a letto, non mi posso muovere, non parlo, non mangio e non respiro in modo autonomo, non potrò mai guarire ma solo peggiorare. Quando dovessi aggravarmi, o non farcela più, potrei rifiutare quello che nel mio caso è solo accanimento terapeutico. Lasciamo da parte la Dottrina, sulla quale non dovrebbero esserci più dubbi dopo tutte le precisazioni dei Papi da Pio XII in poi. Come spiega il Catechismo, «non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire». Sulla legge, l'articolo 32 della Costituzione afferma che nessuno può essere costretto a subire cure non volute. E la sentenza della Corte costituzionale, che ha parzialmente depenalizzato il concorso al suicidio, ha messo paletti ben precisi: non è perseguibile chi agevoli l'esecuzione del proposito di suicidio, liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che reputi intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territoriale. Passasse il referendum, non si semplificherebbe l'iter per passare dalla decisione del soggetto all'atto. E per allargare i paletti della Consulta servirebbero comunque nuove leggi che estendano i casi in cui il suicidio assistito è applicabile. Il discorso qui si fa molto ambiguo, perché si scivolerebbe verso l'eutanasia attiva, dove un altro sarebbe autorizzato a decidere in mia vece. È questa la vera posta in palio con il referendum. Non quello che si vuole far credere. Una grande, enorme bugia, dunque. Si vuole il referendum per arrivare a decidere della vita altrui, degli scarti sociali, a cominciare dagli anziani. E poi gli handicappati e chi non viva una vita "dignitosa" secondo criteri dettati da altri, nel nome di un'affermazione dei diritti individuali come regolatori della convivenza civile al posto dei diritti personali. È davvero questa la società che vogliamo?

LUCIA BELLASPIGA

Oncologa nata da una costola di Umberto Veronesi, Sylvie Menard lo considera il suo maestro: «Per anni ho osservato il suo modo di procedere, poi quando ha lasciato l'Istituto dei Tumori di Milano ho continuato sulla strada che ha dato origine a quei nuovi farmaci, chiamati intelligenti, che oggi permettono guarigioni prima impensabili». Menard come Veronesi sosteneva l'eutanasia come diritto: «Pensavo: se il corpo non funziona più, o ancor peggio la testa non è più perfettamente sana, non è vita: molto meglio abbreviarla». Una prospettiva che si è capovolta «quando ho indossato il pigiama», ovvero quando si è trovata dalla parte del sofferente, con una diagnosi di tumore inguaribile al midollo e un'aspettativa di vita brevissima. «Lì ti accorgi che tutte le certezze che avevi da sano, da malato non funzionano più» e ciò per cui combatti è il diritto alle cure, non a morire. «Il fatto che un milione e 300mila italiani abbiano firmato per un referendum sull'eutanasia mi ha fatto venire freddo alla schiena: sono persone certamente sane, convinte di agire per il meglio. Evidentemente non abbiamo saputo comunicare». La storia insegna che una narrazione «bugiarda» può portare l'opinione pubblica a trovare «normali» derive spaventose. Il fatto è che la comunicazione del malato verso il sano è quasi impossibile, perché fin quando si è sani e possibilmente giovani e belli non si riesce a intuire nemmeno da lontano che cos'è la malattia, la si rinnega anche solo nel pensiero. La voglia di eutanasia è il tentativo di dire al destino "non prendere me perché io non sopporterei". La paura della malattia e della sofferenza, senza averle mai sperimentate, è la tentazione dei sani. Ma quando ci sei dentro ti rendi conto che non è vero che la vita è invivibile, purché intimo a te ci sia un sistema di cure che ti dà tutto ciò di cui hai bisogno, sia dal punto di vista fisico che psicologico. Lei lo ha sperimentato direttamente? Prima del trapianto di midollo ho fatto chemioterapie che mi avevano distrutta, non riuscivo più nemmeno a leggere un libro, ma quel periodo era vivibile e l'ho superato perché curata da professionisti che rispondevano a ogni mia necessità. Prima della malattia però avrei rifiutato un futuro del genere, dicevo che se si deve dipendere dagli altri la vita non vale più la pena. Vale la pena eccome, invece, purché la società non ti faccia sentire un peso e tutto sia fatto con garbo e umanità. Anche perché c'è gente che così ci nasce... Certo, e dal momento in cui dicessimo "questa vostra vita è impossibile, dunque può essere interrotta", andremmo a dire a tutti i più fragili che la loro esistenza è inutile e che anziché spendere per migliorare la loro situazione è meglio dare loro una rapida alternativa, cioè l'eutanasia. La definizione di "suicidio assistito" invece fa pensare a una scelta volontaria. Il suicidio vero e proprio è considerato una malattia mentale, tant'è che chi non riesce a togliersi la vita viene poi curato nei reparti di psichiatria. Il punto in comune è la disperazione: per arrivare a buttarsi dal sesto piano o a spararsi è chiaro che si è disperati, esattamente come disperato può essere l'ammalato che non vede un'uscita. Perché allora i primi li curiamo in quanto malati psichici, mentre ai se-

condi dovremmo dare una spinta a "buttarsi sotto"? Allora dovremmo aiutare a farla finita anche uno che vuole gettarsi dal ponte: perché lo trattiamo? Perché la disperazione dell'ammalato è considerata più grave della disperazione di chi ha perso un figlio o è pieno di debiti, o depresso? Attenzione che non siamo molto lontani: se passasse l'eutanasia per i malati, presto arriveremmo all'eutanasia dei depressi. All'estero già avviene. Poi arriveremmo alle vite "indegne" per Alzheimer, poi ai neonati con malattie, ma avanti così dov'è il confine tra la persona che dobbiamo "aiutare a morire" e quella che se si impicca cerchiamo di salvare? La battaglia per l'eutanasia, ragione di vita per certi volti della politica, cerca i casi estremi e li propone come quotidianità... Chiunque di noi, anche paralizzato come era dj Fabo, può arrivare alla morte senza pretendere che a ucciderlo sia un medico: basta rifiutarsi di mangiare e bere, ed entro 5 o 6 giorni si muore, naturalmente sedati per non soffrire. La sedazione è un diritto e non viene negata a nessuno, non è eutanasia, anestetizza soltanto ed è usata per legge dalla medicina palliativa con grande umanità. Ma la risposta dei paladini dell'eutanasia è che ci sarebbe voluto troppo tempo, per Fabo 6 giorni erano troppi... Bugia: la battaglia mediatica che si è conclusa portandolo in Svizzera ha richiesto mesi. La vera domanda allora è: perché dovrebbe essere un medico a fare l'eutanasia? Che specialità abbiamo noi per saper maneggiare i veleni e uccidere qualcuno? In Svizzera non è un medico a darti la morte: ti passano un kit e tu ti suicidi... La gente non sa che questo non avviene negli ospedali - dove anche in Svizzera è proibito uccidere le persone - ma in centri privati. Un tempo lo facevano sui piazzali dei supermercati, ora pure in condomini, tant'è che hanno grossi problemi con i vicini, stanchi di vedere entrare persone e uscire bare. Comunque in Svizzera su 60mila decessi l'anno solo 400 sono per suicidio assistito: eppure se ne parla in modo spropositato. In Italia si ipotizza l'eutanasia "solo" per i "terminali". In alcuni disegni di legge per "terminali" si intende che abbiano meno di un anno e mezzo di vita... Qual è il medico così folle che sa predire se il malato ne ha per un anno e mezzo? A me ne avevano predetti 3 e ne sono passati 16. Intanto la ricerca corre e si trovano sempre nuovi farmaci. Inoltre quando davvero il malato è terminale, cioè a dieci giorni dalla morte, perché vogliono ucciderlo? Per infrangere il tabù: poi sarà a un mese dalla morte, poi a due, poi a un anno e mezzo, poi senza limiti di tempo. In questi giorni abbiamo visto rigurgiti di squadrismo contro il vaccino Covid per cui si è gridato al fascismo di ritorno. La nostalgia di eutanasia non dovrebbe preoccupare allo stesso modo? Questi estremisti il valore della vita non sanno neanche cos'è, il tabù di prendere una siringa e inoculare un veleno in un altro essere umano non lo sentono. Se passasse in Italia una legge per l'eutanasia sarebbe il crollo della nostra civiltà. Il mio messaggio alla gente allora è: non abbiate paura, però continuate a chiedere con forza la migliore assistenza possibile. La vera risposta alla deriva eutanasiaca deve arrivare dal sistema sanitario nazionale, che deve sempre andare incontro al malato.

REGNO UNITO | Il 22 ai Lord «Morte con dignità» Londra riesamina la legge già respinta altre cinque volte

ANGELA NAPOLETANO

La legge sul suicidio assistito nel Regno Unito non s'ha da fare. È quanto avrebbe deciso il premier conservatore Boris Johnson che, secondo il quotidiano Telegraph, avrebbe maturato la scelta in estate dopo aver vagliato i pro e i contro del provvedimento a firma di Molly Meacher, presidente dell'associazione «Dignity in Dying» (Dignità nel morire), atteso in seconda lettura alla Camera dei Lord il 22 ottobre. Per la lobby britannica della "morte a comando" si tratta di un duro colpo. Dopo quasi vent'anni di campagna, i sostenitori dell'eutanasia sono riusciti a portare dalla propria parte autorevoli testate giornalistiche come il Times, a conquistare l'appoggio di qualche deputato Tory e persino a smuovere la posizione ufficiale della British Medical Association che a settembre, dopo una consultazione tra i 160mila medici che ne fanno parte, ha cambiato da "sfavorevole" a "neutrale" il giudizio sull'opportunità di aggiornare la legge attuale. Il provvedimento di Meacher intende modificare l'atto che dal 1961 classifica come illegale qualsiasi tipo di aiuto al suicidio, punibile con il carcere fino a 14 anni, e a introdurre la possibilità che un adulto, malato terminale ma ancora cosciente, possa ottenere l'eutanasia previo parere di due medici e autorizzazione di un giudice. L'altolà del governo potrebbe affondare definitivamente l'articolo non concedendogli lo spazio necessario ad approdare alla Camera dei Comuni nemmeno per il dibattito. Un portavoce di Downing Street ha sottolineato che sul tema «spetta al Parlamento decidere» e che «allo stato attuale «la volontà della Camera è che non ci siano modifiche alla legge». Il nodo è stato infatti affrontato a Westminster cinque volte in vent'anni e sempre con lo stesso esito: no all'eutanasia. L'ultima risale al 2015 quando il provvedimento sulla cosiddetta «morte con dignità» dell'allora deputato laburista Rob Marris fu affossato da 380 voti contrari (118 a favorevoli). I sostenitori dell'eutanasia contestano la posizione dell'esecutivo dicendo che non rifletterebbe la volontà dei cittadini. Secondo un sondaggio You Gov di giugno, il 73% della popolazione sarebbe infatti favorevole alla modifica della legge. La Chiesa cattolica ha invitato i fedeli a una novena di preghiera, da oggi, perché anche questa volta la legge venga respinta per fare spazio, piuttosto, ad adeguati investimenti sulle cure palliative.



IL TEMA

Disturbi psichici, le fragilità non viste

Un disagio esteso dalla pandemia, più tendenze suicide tra i giovani, risorse insufficienti: l'allarme degli specialisti

In sintesi

PAOLO LAMBRUSCHI

1

La Giornata mondiale della Salute mentale di domenica è stata dedicata alla denuncia delle disparità

2

Il messaggio del cardinale Turkson (Sviluppo umano integrale) ha reso omaggio ai «samaritani nascosti»

3

L'Ufficio Cei edita con Romani «Pandemia Covid-19: effetti sul benessere mentale e relazionale»

Sintomi di felicità

C'è una ruota che gira con noi

MARCO VOLERI



Le lancette di un qualsiasi orologio girano con lentezza calcolata. Non si fermano mai e vanno lontano, disegnando pian piano il futuro, come fosse un disegno da colorare momento dopo momento. Le lancette di qualunque orologio disegnano una ruota immaginaria: secondi, minuti e ore. Per gli orologi con datario gira addirittura il numero dei giorni che passano, sempre col sistema della ruota. Il tempo rotola avanti senza fermarsi mai. Ci fermiamo ad aspettare un treno, un amore, un risultato che sogniamo da tempo. La ruota dell'orologio va avanti nonostante tutto e ci ricorda che la vita stessa è una ruota che gira, in ogni suo attimo. A volte ci stritola, altre ci fa esplodere di felicità. Gira e ti taglia la strada mentre stai correndo, oppure decide di non mettere la freccia e tu, da dietro, sei costretto a frenare per non andargli addosso. Il concetto di ruota che gira, nella vita, dovremmo tenerlo più a mente. Ci permetterebbe di capire meglio gli altri, anche nei dettagli di vite che non conosciamo a sufficienza e che spesso giudichiamo per sentito dire, che vediamo anni luce lontane dalla nostra. E a volte, come per incanto, ci troviamo in situazioni identiche a quelle che vedevamo poco prima distanti dalle nostre, con la ruota che ha fatto un bel giro e ci ha portato sull'altra sponda del fiume. In altri casi gira nella direzione sbagliata. Siamo sicuri che noi, quando ci troviamo a fare una considerazione del genere, giriamo da quella giusta? Quante volte siamo impegnati a guardare le ruote degli altri senza curare la nostra? Le altre spesso le osserviamo con attenzione: colorate, sbiadite, grandi o cigolanti. E la nostra, quella che usiamo tutti i giorni, andrà oliata, pitturata? Gira bene, c'è qualche raggio da sistemare? Felicità è una ruota che gira, e non sa di girare. E non sa di essere felicità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il 10 ottobre va ricordata come una data storica per la Salute mentale. Per i malati anzitutto, e per gli operatori. La Giornata mondiale si è sviluppata attorno al tema «Salute mentale in un mondo diseguale» per denunciare il forte squilibrio nel mondo post-pandemico. Circa l'80% delle persone con disturbi mentali nei Paesi a basso e medio reddito non può accedere infatti ai servizi perché carenti o inesistenti. Nei Paesi ricchi come l'Italia i servizi di salute mentale risultano fra i meno disponibili seppure inseriti nei Livelli assistenziali di base. E a causa della pandemia molte persone con una malattia mentale non hanno ricevuto e non stanno ricevendo trattamenti adeguati.

Fra le cause la "mentalità dello scarto" denunciata da papa Francesco, che nel messaggio per la Giornata ha evidenziato come oggi «si prestano cure e attenzioni maggiori a chi apporta vantaggi produttivi alla società, dimenticando che

quanti soffrono fanno risplendere, nelle loro esistenze ferite, la bellezza insopprimibile della dignità umana». Fondamentale anche il suo forte richiamo all'Angelus quando ha parlato della necessità di eliminare lo stigma che circonda chi soffre di disturbi psichici e psichiatrici con i loro familiari e di chi è arrivato a togliersi la vita: «Vorrei ricordare i fratelli e le sorelle affetti da disturbi mentali e anche le vittime, spesso giovani, di suicidio. Preghiamo per loro e per le famiglie affinché non vengano lasciati soli né discriminati, ma accolti e sostenuti».

Il Tavolo sulla Salute mentale dell'Ufficio Cei per la pastorale della Salute è impegnato da tempo per rimuovere lo stigma e promuovere una "cultura della vita" che contrasti la logica dello scarto, fornendo informazioni utili a modellare l'azione pastorale. Ne parliamo con alcuni dei suoi esperti. «Il Piano d'azione per la salute mentale 2013-2030, recentemente aggiornato dall'Oms - afferma Alberto Siracusano, direttore Uoc di Psichiatria e Psicologia clinica a Roma Tor Vergata - indica tra le cause dei disturbi anche fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali. La definiamo "povertà vitale". Nel periodo del Covid molta gente ha capito l'importanza della salute mentale e del benessere psichico, e la Giornata 2021 ha ampliato il campo di interesse. Ma permane la carenza di risorse a fronte di un allargamento della domanda». La politica italiana però non sembra essersene ancora accorta. «Mi risulta che il Pnrr non preveda fondi per la salute mentale. Occorre ripensare l'assistenza psichiatrica a tanti livelli, tra cui quello del

Domenica il Papa nella Giornata della Salute mentale ha chiesto di non lasciare soli malati e famiglie

volontariato e del terzo settore. E poi c'è il grande allarme dei giovani, i più colpiti dalle conseguenze psichiche della pandemia, con disturbi dei comportamenti alimentari, atti di autolesionismo, aumento della violenza e dell'aggressività, perché si sentono esclusi dal futuro. Servono servizi per la transizione all'età adulta e vanno rilanciati i Livelli di assistenza».

Su giovanissimi e scarse risorse insiste anche lo psichiatra **Tonino Cantelmi**, docente e direttore sanitario dell'Opera Don Guanella. «In Italia la depressione è già la prima causa di invalidità lavorativa ed è la malattia con il più alto costo sociale, paragonabile al 4-5% del Pil». I dati dicono che ci sono circa tre milioni di depressi e nel corso del 2020 il 6,5% della popolazione italiana ha fatto ricorso ad antidepressivi. L'uso di ansiolitici nel 2020 è aumentato del 6,6% rispetto all'anno prima. «Investire in salute mentale sarebbe vantaggioso - prosegue Cantelmi -. Eppure in Italia siamo sotto organico di psichiatri, psicologi e infermieri, in alcune regioni anche del 60%. Intanto assistiamo a un aumento delle forme di dipendenza, come azzardo, social, pornografia, alcol e sostanze, fenomeni che si stanno precocizzando. La pornografia durante il

lockdown ha toccato i bambini di 10 anni. E aumentano in modo impressionante - il 20% - gli psicofarmaci somministrati ai bambini per gestire comportamenti aggressivi e incontrollabili».

Lo psichiatra **Pompili: tenere gli occhi aperti sui ragazzi, ci sono segnali che vanno riconosciuti**

L'unico dato positivo del 2020 è stata la riduzione del 10% del tasso di suicidi. Ma per **Maurizio Pompili**, psichiatra e docente alla Sapienza, va preso di petto il problema della prevenzione per la fascia giovanile. «Oggi il suicidio è la seconda causa di morte per i giovani - afferma - e il Covid ha creato fragilità. Occorre tenere gli occhi aperti perché sono aumentati i tentativi di suicidio». Difficile, tuttavia, per gli adulti intercettare i segnali d'allarme dei figli. «Il social spesso confina i giovani in uno spazio isolato e connesso con gli altri fittiziamente. I segnali d'allarme, oltre alla forte presenza sulle chat, sono le affermazioni di stanchezza della vita insieme a insonnia, ansia, irritabilità, problemi psicosomatici e cambi di umore repentini. Non è rischioso domandare a un figlio se ha mai pensato di voler morire: almeno trova un interlocutore. Le parole del Papa all'Angelus sul suicidio dei giovani sono storiche e daranno risultati importanti. Se si parla del suicidio il fenomeno si attenua. I sacerdoti possono svolgere un ruolo fondamentale per prevenire e le parrocchie per aiutare i parenti della vittima. La Chiesa vuole stare vicino a chi soffre».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SUL CAMPO L'allarme dei vescovi di Piemonte e Val d'Aosta sull'indebolimento delle reti di protezione per chi soffre di problemi mentali

«Emerge un'altra pandemia, ma non c'è vaccino»

In questo periodo di ripresa lenta e complessa, sta emergendo un'altra pandemia, per la quale non è possibile sperare in un vaccino efficace: i disturbi psichici che il Covid ha moltiplicato, in un contesto di progressivo e inarrestabile depauperamento, in termini di risorse umane ed economiche, dei Servizi territoriali di Salute mentale. L'hanno sottolineato i vescovi di Piemonte e Valle d'Aosta - rilanciati dall'agenzia Sir - diffondendo il messaggio della Consulta regionale per la Pastorale della salute, presieduta dal vescovo di Alba Marco Brunetti.

«Isolamento sociale, timore del contagio o

di perdere i propri cari, situazione economica precaria e incerta, sono solo alcuni dei fattori di rischio particolarmente presenti in questi mesi di pandemia», mentre «nello stesso periodo vari fattori protettivi per la salute mentale sono stati compromessi: le relazioni sociali e l'attività fisica, la dimensione lavorativa, di studio e ricreativa, l'accesso ai servizi sociali e sanitari». Inoltre «tra gli anziani le situazioni di solitudine e depressione, realtà già particolarmente diffuse anche in epoca pre-Covid, stanno pesantemente aumentando, gravando anche sulle famiglie».

Secondo la Consulta piemontese «il tempo

della pandemia può essere comunque propizio per rilanciare» la «prossimità di comunità. La ripresa graduale dei rapporti sociali e delle attività può essere ripensata partendo proprio dai rapporti umani, dalla fraternità, dalla solidarietà tra vicini, amici, familiari, dal supporto reciproco attraverso l'ascolto e l'aiuto concreto». La Consulta invita infine le comunità cristiane «alla preghiera e alla riflessione su questi temi così carichi di umanità», chiedendo di «stimolare a scelte coerenti di vicinanza verso i fratelli più fragili, come manifestazione concreta di misericordia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANCONA Il Casale Angelini La «care house» che sa accogliere



VINCENTO VARAGONA

Restituire dignità e umanità alla sofferenza: una risposta marchigiana è il «Casale Angelini», struttura di 800 metri quadrati nella campagna anconetana, vicinissima all'ospedale regionale di Ancona, con spazi esterni di 5mila metri quadrati, ristrutturato e arredato per pazienti oncologici e loro familiari.

Si tratta di un "modello europeo" adottato nelle Marche grazie a una sinergia fra Regione, Comune, Università Politecnica, Ospedali Riuniti e - soprattutto - Fondazione Angelini, braccio dell'omonima casa farmaceutica che ha sede nel capoluogo regionale. Il casale, la prima care house in Italia, può ospitare fino a 18 persone, malati oncologici e familiari, il cui ingresso è regolato con un protocollo di ammissione definito con l'ospedale. La gestione è affidata all'associazione Artis, orientata alla ricerca sulla terapia infermieristica. «Il progetto - spiega Thea Paola Angelini, figlia di Francesco e vice presidente della Fondazione - si ispira ai valori che da sempre animano la Fondazione: attenzione verso le persone e presa in carico dei più deboli».

«L'idea di creare questa realtà - aggiunge Michele Caporossi, direttore generale degli Ospedali Riuniti - è venuta visitando un hotel-hospital londinese che ci ha molto colpito. Era necessaria un'importante partnership: l'abbiamo trovata e ora l'idea si è concretizzata». Non è stato semplice, perché il valore dell'intervento è di tre milioni di euro, ma - precisa il rettore dell'Università Politecnica Gianluigi Gregori - la collaborazione ha permesso di realizzare un format che funziona e può essere replicato. «In tutti questi anni - sostiene Franca Pulita, presidente di Artis - abbiamo toccato con mano, seguendo i malati a domicilio, quanto sia difficile affrontare una malattia così impegnativa e come a questa purtroppo si affianchino tanti problemi, come di sporre di un appoggio logistico, specie subito dopo la dimissione ospedaliera». La ristrutturazione è stata eseguita in un'ottica di sostenibilità ambientale, attenti a ricreare un ambiente familiare dotato anche di spazi comuni. «La scelta di colori e arredi - precisa Thea Angelini - è stata studiata anche seguendo le indicazioni del personale specializzato dell'ospedale. Ogni stanza ha un colore diverso, anche gli arredi sono stati selezionati per far sentire a proprio agio gli ospiti, come se fossero a casa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il reclutamento dei pazienti a Casa Sollievo della Sofferenza

L'ospedale arruola 100 pazienti e userà l'Intelligenza artificiale per predire l'evoluzione della malattia, unendo esami convenzionali e i dati sugli stili di vita raccolti dai dispositivi indossabili

SANITÀ Al via uno studio osservazionale alla Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo

Il diabete? Ora si può controllare con un orologio e un cellulare

VITO SALINARO

Un telefonino e un orologio. Meglio: uno smartphone e uno smartwatch. Strumenti con i quali si potrà prevedere l'evoluzione del diabete di tipo 2. Come? Sfruttando l'Intelligenza artificiale che analizzerà gli esami convenzionali e i dati sugli stili di vita di 100 persone. Tanti sono i pazienti arruolati dall'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (Foggia) per realizzare il progetto "Gatekeeper" che, grazie ai fondi europei di Horizon 2020, mette in sinergia 43 partner con l'obiettivo di indicare strategie, percorsi e tecnologie che favoriscano una vita indipendente e in

salute per la popolazione che, in Europa, invecchia velocemente. In particolare, l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs), fondato da san Pio, chiede ai pazienti interpellati di utilizzare i due dispositivi, forniti da Samsung, con l'indicazione di indossare lo smartwatch per un anno, giorno e notte. Nello stesso periodo, spiega l'ospedale, verranno sottoposti periodicamente ad un day service per i prelievi di sangue e ad un check-up completo della malattia. I 100 pazienti dovranno inoltre compilare un registro alimentare dove indicheranno, per periodi di tempo più limitati, i cibi assunti durante l'osservazione. I valori "non convenzionali" raccolti dai dispositivi - fre-

quenza cardiaca, quantità e qualità del sonno, attività motoria - fa sapere l'ospedale, contribuiranno all'elaborazione, «grazie agli algoritmi di Intelligenza artificiale, di un modello matematico che prevede il controllo del diabete» da parte dello stesso paziente. Lo studio osservazionale su questa diffusa patologia fa parte delle tre linee di ricerca del progetto "Pilota Puglia", al quale partecipano anche l'Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale (Aress Puglia), InnovaPuglia, la Fondazione Politecnica di Milano e MultiMed Engineers. «La novità - spiega Francesco Giuliani, responsabile Innovazione e ricerca dell'Ircs - consiste nell'utilizzare disposi-

tivi di uso quotidiano per raccogliere informazioni fondamentali per comprendere quale può essere la gestione ottimale dei pazienti per ottenere un controllo glico-metabolico adeguato, finalizzato alla prevenzione delle complicanze croniche. Un giorno dispositivi di uso comune potrebbero essere inseriti tra gli strumenti per la prevenzione, la cura e il monitoraggio della malattia». Dopo un periodo di grande complessità, «Casa Sollievo è ripartita spedita - afferma il direttore generale dell'Ospedale, Michele Giuliani -. Per troppo tempo sono state trascurate malattie croniche come il diabete che, se non controllato, può portare a gravi complicanze. Il progetto Ga-

tekeeper ci darà nuovamente la possibilità di lavorare e confrontarci, in un contesto scientifico stimolante, con importanti enti ed istituti di ricerca pugliesi di rilevanza nazionale e con partner internazionali del calibro di Samsung». Il diabete mellito di tipo 2 rappresenta circa il 90% dei casi di diabete; si presenta in genere in età adulta anche se, negli ultimi anni, un numero crescente di casi viene diagnosticato in età adolescenziale e va di pari passo con l'obesità infantile. Gli italiani affetti da diabete di tipo 2 sono circa il 5% della popolazione, oltre 3 milioni. Ma si stima che un altro milione, pur avendo la malattia, ne ignora l'esistenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA RICERCA

Troppi farmaci: anziani «a dieta»?

Iper-prescrizione dopo i 65 anni, una medicina per ogni disturbo. «È l'ora dell'appropriatezza». Il primo studio italiano

In sintesi

1

La fragilità degli anziani è stata resa evidente dal Covid: in Italia le persone con più di 65 anni costituiscono il 20% del totale dei soggetti infettati e il 91,1% dei decessi

2

La pandemia ha impresso una frenata nel consumo dei farmaci fra gli anziani, in particolare per le malattie croniche: nel confronto tra 2020 e 2019 il calo maggiore si registra per gli antibiotici (-22,9%) e i farmaci per l'osteoporosi (-16,7%)

AGENDA La proposta Lumsa
Questioni bioetiche,
una comunicazione
spesso inadeguata
Qui ci vuole un Master

GRAZIELLA MELINA

C'è tempo fino al 29 ottobre per iscriversi alla IV edizione del Master di secondo livello in Bioetica e Comunicazione organizzato dall'Università Lumsa di Roma in collaborazione con la Fondazione Giorgio Brunelli di Brescia. Rivolto a laureati in Scienze della comunicazione, Medicina e chirurgia, Scienze politiche, Giurisprudenza, Scienze dell'amministrazione, Lettere, Filosofia e agli operatori della comunicazione (giornalisti, uffici stampa, social media manager), il percorso di studi, diretto da Laura Palazzani, consente di qualificare il profilo di esperto nella comunicazione specializzato soprattutto nelle problematiche bioetiche. «La situazione della pandemia, durante la quale ricercatori, medici e operatori sanitari dovevano comunicare i risultati delle loro ricerche o aspetti rilevanti del loro lavoro, per esempio sui vaccini, ha messo in evidenza la necessità di sapere veicolare contenuti così rilevanti per la società - spiega la coordinatrice Margherita Daverio -». Il master è importante anche per i giornalisti che si trovano a dover scrivere di temi che hanno a che fare con la vita umana, ma anche in relazione al progresso scientifico e tecnologico biomedico. A livello teorico si offrirà un quadro completo dei temi bioetici grazie ai massimi esperti di ambito medico, etico e giuridico, con attenzione a fonti accreditate di informazione, nazionali e internazionali. A livello pratico ci saranno sessioni specifiche dedicate alla comunicazione su temi di bioetica con l'intervento di giornalisti e medici; verranno inoltre analizzate le problematiche etiche e tecniche della comunicazione in bioetica nell'era delle Ict nell'infosfera.



Le lezioni, che si terranno a partire da novembre, si svolgeranno interamente online. Compatibilmente con la situazione sanitaria, saranno organizzati due incontri in presenza nella sede della Lumsa a Roma e altri a Brescia. Per iscriversi, basta collegarsi alla piattaforma online (<https://bit.ly/3oZSR5S>).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ENRICO NEGROTTI

La popolazione italiana è una delle più longeve ma anche delle più vecchie del mondo: uno su quattro, pari a 14 milioni di persone, ha più di 65 anni, una quota destinata a crescere nei prossimi anni. Questa fascia di popolazione assorbe oltre il 60% dei consumi e della spesa a livello nazionale. Ecco quindi che il primo rapporto «L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia» (riferito al 2019), realizzato dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed) con il coordinamento dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) e dell'Istituto superiore di sanità (Iss) assume un valore di punto di partenza per valutare l'appropriatezza prescrittiva. «Con l'avanzare dell'età le patologie insorgono e sono spesso più di una» ha osservato Silvio Brusaferrò, presidente dell'Iss. Ma l'approccio prevalente è quello «somatico», cioè risposte singole a ogni patologia: «Ci troviamo in situazioni dove i farmaci e i principi attivi prescritti sono moltissimi», ha concluso Brusaferrò. Dal Rapporto, ha detto il direttore generale di Aifa, Nicola Magrini, emerge che «c'è spesso un gradiente Nord-Sud, con il Sud che, per diverse categorie di farmaci, consuma il doppio rispetto al Nord, che è un segnale importante di ridotto accesso ai servizi integrati alle cure, come se il farmaco fosse uno strumento di supplenza». E oltre al noto improprio utilizzo di antibiotici (il 50% ne ha ricevuto almeno uno in un anno), Magrini ha segnalato l'eccessivo consumo di vitamina D: «È il primo farmaco per consumi negli over 65. Sono preoccupanti gli echi di proprietà che non ha protezione dalle infezioni e qualche efficacia rispetto al Covid». Possibile inapproprietezza anche nei farmaci usati in associazione: Fans, anticoagulanti e antiaggreganti. Infine il rapporto affronta la «de-prescrizione», cioè la rinuncia a farmaci di cui non sia più certo il beneficio terapeutico.

Di poliprescrizione ha parlato Graziano Onder (Iss), evidenziando gli effetti paradossali di alcuni farmaci, che rischiano di causare ulteriori complicazioni sugli stessi soggetti. Caso tipico sono gli antipsicotici somministrati insieme a quelli per chi soffre di Parkinson: «Un cane che si morde la coda: trattare una malattia e dare un farmaco che la genera». Se «le Rsa sono state un punto debole durante la recente epidemia di Covid», ha ricordato Magrini, il rapporto rivela che si è fatto ampio ricorso a psicotropi, benzodiazepine, antidepressivi e antipsicotici. Quello che preoccupa è il futuro, ha spiegato Francesco Trotta (Aifa): «Si sono ridotte diagnosi e visite specialistiche, circa il 30% in meno nei primi nove mesi del 2020». Dalle analisi del registro Reposi (illustrate da Alessandro Nobili, Istituto

Mario Negri), sui consumi di farmaci nei reparti ospedalieri di Medicina interna e di Geriatria, emerge che il 61% dei nuovi ricoverati assume almeno cinque farmaci, che tendono a crescere alla dimissione. La nota positiva è che negli ospedali che partecipano alla raccolta dei dati sui pazienti si è registrata «una maggiore attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni». Il punto di vista dei medici di medicina generale è venuto da Ignazio Grattagliano (Società italiana di medicina generale, Simg), che ha mostrato i dati dell'osservatorio Health Search, che coinvolge 800 medici di famiglia: l'alta quota di anziani che non ricevono farmaci protettivi dopo una frattura, o anticoagulanti dopo un ictus. Quanto alle prescrizioni, ha puntualizzato Grattagliano, è possibile se «ci si orienta al paziente e non alla malattia». Un approccio che viene richiesto anche dai pazienti, ha detto Paola Kruger (Eupati), lamentando il trattamento insufficiente di osteoporosi e scarsa terapia anticoagulante, e «le grandi differenze regionali nella spesa e nella quantità dei farmaci». In più «nel rapporto manca il punto di vista del paziente e della sua soddisfazione. E questo serve anche

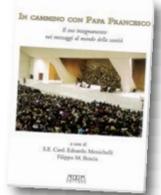
La terza età assorbe oltre il 60% della spesa, ma i benefici non sempre sono certi

per migliorare l'aderenza alle terapie». Silvio Garattini (presidente dell'Istituto Mario Negri) ha richiamato alcune debolezze «storiche»: assenza degli over 65 nelle sperimentazioni cliniche, anche se sono i maggiori consumatori di farmaci; molteplicità di prodotti farmaceutici in circolazione con gli stessi effetti e indicazioni «senza evidenze e studi comparativi, che le industrie non vogliono fare»; assenza di informazione indipendente. Occorre, ha concluso Garattini, mettere al primo posto la prevenzione. Anche Pier Mannuccio Mannucci (Fondazione Policlinico di Milano) ha chiesto di coinvolgere geriatra e medico di medicina generale per coordinare gli specialisti d'organo. E Roberto Bernabei, geriatra della Fondazione Policlinico Gemelli Ircs di Roma, contro il consumo eccessivo di farmaci propone di inserire nel fascicolo clinico elettronico un software che lavora sulle indicazioni appropriate e sulle interazioni; di sensibilizzare sul tema gli studenti di medicina; di lavorare sugli indicatori di aderenza alle terapie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LETTURE Il libro dell'Amci
Salute, bioetica, cura:
il Papa in 750 pagine

In cammino con papa Francesco. Il suo insegnamento nei messaggi al mondo della sanità (Adda Editore) è la pubblicazione realizzata in occasione del XXVII Congresso nazionale dell'Associazione medici cattolici italiani (Amci), che si è svolta la scorsa settimana a Roma. Si tratta di 750 pagine che permettono di conoscere a tutto tondo il magistero sanitario del Pontefice dal 2013 al 2021, non solo i messaggi per la Giornata mondiale del malato, o i discorsi a personale medico e infermieristico o associazioni di malati. Sono compresi discorsi a udienze generali, Angelus, oltre a esortazioni apostoliche, messaggi, discorsi a Pontifici consigli, Accademie, convegni di associazioni cattoliche o enti internazionali, interventi durante viaggi apostolici, incontri con i migranti, celebrazioni in carcere... Frutto di un lungo lavoro di spoglio e selezione dei testi del Pontefice. Il volume (non destinato alla vendita) è stato curato dall'assistente ecclesiastico nazionale dell'Amci, il cardinale Edoardo Menichelli, e dal presidente Filippo Maria Boscia, nonché dall'ex presidente Amci, Domenico Di Virgilio, da poco scomparso. Boscia lo ha ricordato nel congresso Amci alla presenza della vedova Paola, come «un grande medico, che ha sempre privilegiato gli umili e i fragili, battendosi contro le disuguaglianze e per la difesa della vita. Fu sottosegretario alla Salute e parlamentare, impegnandosi contro l'eutanasia e come relatore della legge sulle cure palliative. A noi di Amci mancheranno molto i suoi consigli e la sua amicizia». (En.Ne.)



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Stamy

E con questo referendum c'è il rischio che la facciamo finita, ma per davvero.

graz

IN PARLAMENTO

CAMERA

Legge sul fine vita, il nodo dei tempi

Slitta a martedì 19 ottobre l'inizio delle votazioni da parte delle Commissioni Giustizia e Affari sociali della Camera del disegno di legge su «Rifiuto di trattamenti sanitari e licità dell'eutanasia» (relatore Alfredo Bazoli, Pd). L'ha deciso ieri l'ufficio di presidenza delle Commissioni per poter avere tutti i pareri del governo sul complesso dei 398 emendamenti. Il provvedimento è stato calendarizzato in aula per il 25 ottobre, ma tra i deputati che vorrebbero correggere un testo molto delicato e altrettanto discusso c'è malumore per il tempo del tutto insufficiente a valutare le proposte.

SENATO

Malattie rare, ok al testo unico

La Commissione Sanità del Senato ha approvato ieri all'unanimità il Testo unico sulle malattie rare, atteso da due milioni di malati. Le «Norme per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani e della cura delle malattie rare» forniscono una cornice legislativa per rendere uniforme il trattamento in tutto il Paese, prevedono l'attuazione del Piano diagnostico terapeutico assistenziale personalizzato, che comprende trattamenti a carico del Servizio sanitario, e istituiscono un Fondo di solidarietà per l'inserimento lavorativo dei malati. Già approvato alla Camera, il ddl dev'essere ora votato dall'aula del Senato.

Humanity 2.0

Sulla genetica
il fantasma
dell'entropia

PAOLO BENANTI



Oggi la nostra vita conosce una nuova comprensione dello spazio e del tempo grazie all'impatto delle tecnologie digitali e delle tecnologie di telecomunicazione: smartphone, Internet e dispositivi connessi ci permettono di vivere perennemente online. Tuttavia la comprensione di questa trasformazione richiede di mettere a fuoco il suo momento sorgivo: la nascita della teoria dell'informazione a opera di Claude Shannon. Sebbene la maggior parte delle teorie prenda forma lentamente, la teoria dell'informazione di Shannon invece è arrivata improvvisamente e già pienamente formata in un testo del 1949 che al momento della pubblicazione non attirò molta attenzione. Solo A.W.Burks, in una recensione per *Philosophical Review* del 1951, aveva intravisto la portata rivoluzionaria del concetto. A suo giudizio la questione meritevole di attenzione era che Shannon sviluppava un concetto di informazione che, con una certa sorpresa, si rivelava un'estensione del concetto termodinamico di entropia. Il concetto che maggiormente ha cambiato la nostra vita - l'informazione - nasce da una teoria sviluppata a partire da una similitudine con un altro concetto della fisica: l'entropia. Il celebre fisico Maxwell sviluppò l'entropia come un sottotipo di energia: l'energia indisponibile per il lavoro. Riflettendoci, si era reso conto che la ter-

modinamica aveva bisogno di una misura completamente diversa. Questa grandezza, divenuta ora misurabile come la temperatura, diventò un concetto chiave: con l'entropia i "principi" della termodinamica potevano essere formulati in modo elegante. Tuttavia l'entropia è rimasto un concetto alquanto arduo e difficile da capire. Shannon fece una cosa analoga. Rendendo l'informazione qualcosa di connesso all'entropia rese in maniera formalmente elegante la sua teoria dell'informazione rendendola una grandezza misurabile e quindi controllabile. Tuttavia l'informazione porta con sé le difficoltà concettuali dell'entropia. Ai Bell Labs, dove all'epoca Shannon lavorava, si diceva che il matematico statunitense l'avesse presa da John von Neumann, che gliel'aveva consigliata: avrebbe trionfato in qualsiasi discussione perché nessuno l'avrebbe capita fino in fondo. Sebbene Shannon stesso in un'intervista del 1984 abbia smentito la cosa, l'origine del concetto di informazione connesso all'entropia è notevolmente significativo. Concetto elastico ma fosco, ha prodotto un vero e proprio tsunami epistemologico e tecnologico. Ma contemporaneamente ha reso molto incerti i significati che a questa attribuiamo quando parliamo di informazione genetica come di informazione digitale.

(2-Avvenire.it/rubriche/humanity-2-0)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NUOVO GALLES DEL SUD

Morte assistita, l'Australia non si ferma
Il Parlamento di Sydney valuta la legge

Oggi lo Stato australiano del Nuovo Galles del Sud inizia il dibattito sul disegno di legge della morte medicalmente assistita. Il Parlamento locale di Sydney è chiamato a esaminare il testo presentato dal deputato indipendente Alex Greenwich. Il Nuovo Galles del Sud è l'unico Stato dell'Australia a non avere una legge in materia: l'ultima approvazione è del Queensland, in precedenza da Victoria, Australia del Sud, Australia dell'Ovest e Tasmania. Il testo presentato da Greenwich è simile a quello degli altri Stati: la maggiore età del richiedente che deve fare tre distinte richieste, malattia terminale o degenerativa che provoca sofferenze insopportabili, aspettativa di vita tra i 6 e i 12 mesi, valutazione di due medici. È prevista la creazione di un consiglio per monitorare l'esecuzione della pratica nella Stato. La legge di Sydney differirebbe su un punto: che la morte medicalmente assistita possa avvenire per auto-somministrazione oppure per somministrazione da parte del medico. Nel 2017 il Nuovo Galles del Sud votò un testo simile, bocciato dalla Camera Alta per un voto.

Simona Verrazzo

© RIPRODUZIONE RISERVATA