

ALL'INTERNO

FRONTIERE

Dal Covid ai tumori: mRna oltre il Nobel

Elisabetta Gramolini a pagina

TESTIMONI

Giancarlo Rastelli chirurgo verso gli altari

Maria Cecilia Scaffardi a pagina

LA STORIA

Noemi e il suo Progetto aprono un nuovo reparto

Laura Badaracchi a pagina



vita

LA PERSONA
E LA CURA

INVECE, UN SAMARITANO

Non perdere la sanità pubblica

Un «patrimonio prezioso da difendere e adeguare»: così Sergio Mattarella ha definito il Servizio sanitario nazionale rivolgendosi lunedì a Torino ai presidenti delle Regioni e delle Province autonome di tutta Italia. Un inciso breve ma del quale non deve sfuggire il peso, mentre il governo cerca con fatica di far quadrare i conti dello Stato e di assegnare quote di spesa pubblica ai diversi comparti, incalzato non solo dall'opposizione ma soprattutto dalle stringenti esigenze di bilancio. A rimetterci si teme possano essere le prestazioni sanitarie: così si spiega l'accalorato dibattito politico sia - e in modo specifico - le parole misurate del capo dello Stato. Il rilevante dettaglio è stato colto al volo, non a caso, dal presidente degli Ordini dei medici Filippo Anelli, che ha voluto subito esprimere a Mattarella il suo «grazie per la costante attenzione al tema della salute, un diritto costituzionale riconosciuto a tutti», e «per il sostegno e la fiducia nei medici e negli operatori sanitari che oggi vivono con grande disagio la loro professione». Al valore universalistico del Servizio sanitario italiano ha fatto riferimento più volte anche il Papa: «Quando un Paese perde questa ricchezza che è la sanità pubblica - disse a Federsanità nel giugno 2022 - incomincia a fare distinzioni tra la popolazione; coloro che hanno accesso, che possono avere sanità, a pagamento, e coloro che sono senza servizio sanitario. Per questo è una ricchezza vostra, qui in Italia, la sanità pubblica: non perderla, per favore, non perderla!». Più chiaro di così. (F.O.)



La medicina cura, non dà la morte

Il nuovo caso di autorizzazione al suicidio assistito mette in discussione lo scopo del Servizio sanitario. E anche il rapporto tra medico e paziente

MARCELLO RICCIUTI

Una nuova richiesta di suicidio assistito, questa volta in Friuli Venezia Giulia, ha riportato nei giorni scorsi alla nostra attenzione il tema del fine vita e del modo con cui affrontarlo. Questo caso, come del resto quello di due italiani portati recentemente in Svizzera dalla «compagnia» di Marco Cappato, si caratterizzano per essere quelli di persone affette da una malattia cronica progressiva, ma non dipendenti da supporti vitali, come prevederebbe la Corte Costituzionale, nella sentenza 242 del 2019, se per supporti vitali intendiamo quelli che vicariano funzioni vitali, come ad esempio i ventilatori meccanici per l'insufficienza respiratoria, la dialisi per l'insufficienza renale, i supporti meccanici cardiaci e circolatori per l'insufficienza cardiaca.

In questi casi, superando ampiamente i «paletti» della Corte, si è voluto intendere per supporto vitale qualunque forma di terapia che permetta di restare in vita, aprendo di fatto alla possibilità di richiedere il suicidio assistito ogni volta che sussista una sofferenza giudicata non sopportabile, e non necessariamente nel fine vita vero e proprio. Al di là della violazione delle condizioni stabilite dalla Corte, almeno di una delle quattro («patologia irreversibile, grave sofferenza fisica o psicologica, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e capacità di prendere decisioni libere e consapevoli»), mi sembra di poter dire che si è giunti a considerare la medicina non più come un'alleata della vita e della cura ma una possibile minaccia da cui fuggire, ponendo fine alla propria vita. Questo proprio quando, attraverso lo sviluppo, sempre crescente, delle cure palliative, essa è in grado di offrire una presa in carico delle persone sofferenti, non solo nel fine vita ma in tutte quelle condizioni di malattia cronica evolutiva, anche quando caratterizzata da progressiva invalidità e perdita di funzioni autonome, come soprattutto nelle malattie neurodegenerative. La cura del dolore e degli altri sintomi che determinano sofferenze fisiche, il supporto psicologico e spirituale continuo, il sostegno sociale sempre più necessario, visto il cambiamento demografico e della composizione familiare, come mostrato dai recenti dati Istat, la compagnia offerta da organizzazioni di volontariato sia a domicilio che negli Hospice, costituiscono, nell'insieme, una «terapia della dignità» (Chochinov) che restituisce alla persona malata anzitutto la sua centralità nel percorso di cura, la possibilità di una pianificazione condivisa delle cure, fino alla decisione di stabilire quali terapie siano proporzionate alle proprie condizioni e aspettative e quali possano costituire una

«ostinazione irragionevole» ma soprattutto gravosa, per la sostenibilità delle stesse. Tutto ciò può garantire l'evitamento di ogni forma di accanimento clinico, senza rinunciare a tutto ciò che possa portare sollievo alla persona, con un approccio olistico, e senza dover chiedere l'anticipazione della morte a motivo della sofferenza.

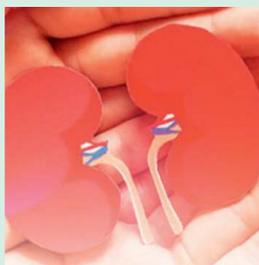
La necessità di assicurare buone cure palliative in tutto il Paese è sostenuta del resto sia dalla stessa sentenza della Corte che dalla legge 219 del 2017 sul consenso informato, proprio perché ritenute idonee a supportare i bisogni, spesso complessi, di pazienti e famiglie alle prese con l'evoluzione di una malattia inguaribile; sentenza e legge che pure aprono spiragli, calcati dai sostenitori della morte anticipata, al suicidio medicalizzato (anche semplicemente con l'interruzione di alimentazione e idratazione equiparate a supporti vitali, quando artificiali, non considerando che tutti hanno bisogno di mangiare e bere per vivere, tranne quando si è alla fine della vita, naturalmente).

Le cure palliative non nascono per prevenire le richieste di suicidio assistito, ma di fatto ottengono questo effetto quando intensivamente e ubiquitariamente applicate (e questa dovrebbe essere la sfida sanitaria, giuridica ed etica più urgente e necessaria), come dimostrato dalle innumerevoli esperienze sul campo nel mondo delle cure palliative. La vera sfida oggi è dunque la lotta alla sofferenza, almeno quella evitabile (ricordiamo il noto volume di Sergio Zavoli *Il dolore inutile*), la compagnia solidale, una organizzazione sanitaria centrata sul paziente e sempre presente. Tutto questo determina anche una più corretta allocazione delle risorse, un'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, una salvaguardia della autonomia della persona. La morte provocata, con suicidio o con eutanasia, non ha nulla a che vedere con tutto ciò e con la medicina e non dovrebbe averne anche con il Sistema sanitario nazionale, istituito, con la legge 833 nel 1978 con ben altre finalità, in particolare quelle di un welfare a tutela della salute e della vita di ciascuno. E anche i Comitati etici territoriali, come sottolineato da un recente parere del Comitato nazionale per la bioetica (marzo 2023), dovrebbero svolgere un ruolo di garanzia, di tutela della vulnerabilità di chi vive situazioni di particolare sofferenza, di verifica rispetto a possibili accanimenti clinici che contrastino con i desideri e i bisogni dei pazienti e che vanno accuratamente evitati, ma non di autorizzatori delle richieste di suicidio.

Direttore Hospice San Carlo Potenza
membro del Comitato nazionale per la Bioetica

© RIPRODUZIONE RISERVATA

AGENDA



Cultura del dono corso della Cei

Prende il via oggi il corso di formazione «L'amore che dà la vita. Per una cultura del dono», organizzato dall'Ufficio Cei per la Pastorale della salute. L'iniziativa, articolata in quattro webinar, è rivolta a cappellani ospedalieri, assistenti spirituali, operatori di pastorale della salute, ministri straordinari della Comunione, operatori sanitari e collaboratori di consulte e uffici diocesani. «Il potenziale donatore», «Il legame del dono», «La scelta del donatore» e «Il pensiero della Chiesa sulla donazione organi» i temi delle lezioni (dalle 15 alle 16.30, oggi, il 12, 19 e 26 ottobre). Info e iscrizioni sul sito dell'Ufficio Cei: Salute.chiesacattolica.it



Ricciuti (in piedi) con i suoi collaboratori

L'ANALISI

NON RASSEGNAISI: È IL MESSAGGIO DEI «RISVEGLI»



FULVIO DE NIGRIS

È il 1999. Luca era morto da poco più di un anno, e nacque l'idea di istituire una «Giornata dei risvegli» il 7 ottobre, giorno in cui si era svegliato dal coma, per riflettere sui possibili risvegli, la ricerca e i problemi della disabilità da affrontare, mai da soli. Eravamo una famiglia colpita in maniera diretta, che aveva provato cosa voleva dire da un giorno all'altro trovarsi davanti all'impotenza della medicina, dei servizi, delle speranze. Non c'era empatia, non c'era alleanza terapeutica, non c'era soluzione se non quella di dire: «rassegnatevi». Contro la rassegnazione trovammo gli Amici di Luca, un gruppo di persone che, come noi, non volevano rassegnarsi. E così entrammo in un progetto che prima raccolse fondi per curare Luca e, dopo la sua morte, creò un percorso di cura dove anche chi sembrava inguaribile non era incurabile e dove il nostro sguardo insieme a quello di Luca viveva in noi e poteva rispecchiarsi in altri Luca. Nacque così a Bologna la Casa dei Risvegli Luca De Nigris, struttura pubblica capace di curare il coma e che ha cominciato a tessere progetti e alleanze, facendosi strada attraverso la «Giornata nazionale dei risvegli», poi diventata europea con l'Alto Patronato del Parlamento di Strasburgo. Quello che ci dà maggiori soddisfazioni è riuscire ancora a meravigliarsi. Ci siamo meravigliati ricevendo la Targa del Presidente della Repubblica per la 25ª edizione della Giornata, massimo riconoscimento del Capo dello Stato per una iniziativa di alto valore culturale e sociale. Ma ci meraviglia anche l'invito dell'Istituto italiano di cultura di Bruxelles che ospita il 19 ottobre il nostro spettacolo «Coma reading», realizzato da persone uscite dal coma che frequentano i nostri laboratori teatrali come mezzo per esprimersi, ritrovarsi e ritrovare sé stessi. Ne faremo un'anteprima al Teatro Dehon di Bologna e poi con Alessandro Bergonzoni andremo a Bruxelles dove ci aspetta anche un incontro sulle gravi cerebrolioni con Elisabetta Gualmini, il ministro per le Disabilità Alessandra Locatelli e, per il Comune di Bologna, la consigliera Cristina Ceretti. Perché un «coma reading»? Nel 2001 ne facemmo uno a Bologna con Alessandro Baricco, Pino Cacucci e Gabriele Romagnoli. Sono testi racchiusi dentro una bottiglia in una teca sul pavimento della Casa dei Risvegli, come una «capsula del tempo» che viaggia attraverso gli anni e ci sopravviverà. Vi trovate quella frase di Alessandro Bergonzoni che è per noi una preghiera: «Se esci dal coma, appena puoi fatti vivo».

Direttore Centro Studi per la ricerca
sul Coma «Gli amici di Luca»
nella Casa dei Risvegli Luca De Nigris

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INTERVISTA Il presidente di Scienza & Vita, il giurista Alberto Gambino, denuncia la distorsione di un concetto al centro di leggi e sentenze

Dai «trattamenti di sostegno vitale» all'incertezza del diritto

FRANCESCO OGNIENE

Decisivo quanto quello medico, l'aspetto giuridico degli ormai ripetuti casi di autorizzazione da parte di strutture pubbliche ad accedere al percorso di morte assistita esige che si faccia chiarezza. Anche perché di chiarezza, a ben vedere, ce n'è sempre meno. «Il diritto nutre certezze, altrimenti non è più un diritto ma un'opinione» argomenta Alberto Gambino, giurista e presidente nazionale di Scienza & Vita. In Italia l'aiuto al suicidio è tuttora un reato, salvo che ciò avvenga nell'ambito di quattro criteri specifici dettati da una sentenza della Corte costituzionale (la 242 del 2019, il caso Cappato). Uno di questi criteri riguarda il fatto che il paziente sia sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, che sono presidi sanitari invasivi come apparecchi e dispositivi applicati al corpo umano; nel più recente caso si tratta invece di una donna non autosufficiente e, dunque, assistita nello svolgimento della sua vita quotidiana ma non sottoposta a dispositivi medici. Interpretare tale assistenza co-

me se fosse un trattamento medico di sostegno vitale introduce nel nostro ordinamento un diritto incerto, insidioso e drammatico. Incerto perché si allontana dalla lettura comune di cosa sia un trattamento di sostegno vitale sul quale la Corte costituzionale ha fondato la sentenza che legittima in alcuni casi l'aiuto al suicidio. Insidioso perché può portare a interpretazioni difformi e distanti con riflessi giudiziari anche in ordine alle responsabilità civili e penali. Drammatico perché fa intendere che l'aiuto umanitario che abitualmente si presta verso le persone non autosufficienti sia un atto invasivo e non dovuto così rompendo il legame solidaristico che invece la nostra Carta costituzionale afferma tra i principi fondamentali del

nostro ordinamento democratico.

Già due corti (Massa e Genova) hanno assolto chi accompagnò un malato di sclerosi multipla a morire in Svizzera. È possibile torcere la sentenza della Consulta in questo modo?

In effetti anche sentenze di merito hanno ampliato la definizione di trattamento di sostegno vitale. Il problema rispetto al contrasto con la sentenza della Corte Costituzionale sta nel fatto che essa ha dato per presupposto cosa si intendesse per «sostegno vitale» senza esplicitarlo. A questo punto ecco che il diritto nella sua applicazione diventa l'opinione dei giudici.

Qual è la ratio della sentenza della Corte?
La sentenza si radica nei meccanismi della



«Io, il cancro e la scoperta da Nobel»

Maria Rescigno studia come usare l'Rna messaggero per ottenere vaccini antitumorali. «La mia ricerca grazie alla strada aperta da Karikò e Weissman»

In sintesi

1

Il premio Nobel per la Medicina 2023 è stato assegnato dal Karolinska Institutet di Stoccolma alla biochimica ungherese Katalin Karikò e a Drew Weissman, immunologo americano

2

Gli studi dei due scienziati hanno «portato alla approvazione di due vaccini Covid-19 basati su mRNA di grande successo alla fine del 2020. I vaccini hanno salvato milioni di vite»

3

La stessa tecnica a Rna messaggero (o mRNA) è alla base di numerosi studi in corso per mettere a punto vaccini mirati per alcuni tumori, ma anche contro malaria e tubercolosi

BioLingua

Tra coscienza e figli in provetta

RENZO PEGORARO



Procreazione medicalmente assistita (Pma): con questo termine si indicano le tecniche applicate all'essere umano per ottenere un concepimento e quindi una gravidanza. Tali tecniche si sono sviluppate per affrontare situazioni di sterilità; ma oggi si prospetta l'applicazione anche a coppie con malattie ereditarie e altre situazioni cliniche e sociali. Esse possono essere classificate come: tecniche di fecondazione intracorporea, cioè l'inseminazione artificiale con cui si trasferisce nelle vie genitali femminili il seme maschile; o tecniche di fecondazione extracorporea, come la Fivet, dove la fecondazione avviene in vitro (in laboratorio) e vi è poi il trasferimento dell'embrione/embrioni nell'apparato femminile. Le tecniche possono essere di tipo omologo (utilizzando i gameti della coppia) o eterologo (utilizzando uno o entrambi i gameti provenienti dal di fuori della coppia).

La Chiesa cattolica è intervenuta sull'argomento con l'istruzione *Donum vitae* del 1987, indicando quattro criteri antropologici ed etici per valutare gli interventi artificiali nella procreazione umana: l'unione matrimoniale della coppia, il legame tra procreazione e atto coniugale, il concepito non sia un "prodotto" della tecnica ma sempre riconosciuto come un dono, la garanzia dell'integrità e della vita degli embrioni.

Alla luce di questi principi, l'istruzione ricorda la differenza tra un "aiuto" perché l'atto coniugale possa essere fecondo (moralmente lecito) e l'intervento della tecnica in sostituzione di esso (moralmente illecito). Quindi nel caso della Fivet dà un giudizio negativo, pur riconoscendo la maggior gravità di quella eterologa rispetto all'omologa. D'altra parte la Fivet omologa, per una coppia sposata e garantendo la tutela degli embrioni (non congelati e non esposti a selezione), è considerata da diversi teologi moralisti come una questione che necessita di ulteriori approfondimenti per comprendere meglio il giudizio morale.

Su tale linea (ammettendo solo la Fivet omologa ed evitando embrioni soprannumerari congelati) si era mossa la legge italiana, la n. 40 del 2004, però modificata con gli interventi successivi della Corte Costituzionale così che ora eterologa ed embrioni soprannumerari sono ammessi. La tematica della Pma sollecita tutti a riflettere sul significato, i valori, le responsabilità della generazione umana. Interpella su come prevenire le cause della sterilità (ad esempio, gli stili di vita e il procrastinare la gravidanza a un'età femminile avanzata) e come promuovere approcci medici e chirurgici per curarla (leciti). Vanno aiutata le coppie ad affrontare con più serenità le eventuali condizioni di sterilità, comprendendo la loro sofferenza per un figlio desiderato, che non diventa però un "diritto". Siamo tutti impegnati ad affrontare queste sfide, nel rispetto della procreazione umana, accettando certi limiti della natura e delle stesse tecniche di Pma, esplorando le soluzioni possibili tra cui anche l'adozione.

Cancelliere Pontificia Accademia per la Vita

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ELISABETTA GRAMOLINI

Hanno gettato le basi sulle quali è stata costruita la forza per difendersi dagli effetti più gravi del Covid-19. L'ungherese Katalin Karikò e l'americano Drew Weissman sono i vincitori premio Nobel per la medicina 2023 grazie agli studi sull'interazione dell'Rna messaggero con il sistema immunitario. Una scoperta che ha aperto varie strade per la scienza. Una di queste è stata la possibilità durante l'inizio della pandemia di sviluppare in poco tempo un vaccino anti Covid-19, proprio sfruttando il meccanismo dell'Rna messaggero (mRna). Ma sono molte altre le vie che la ricerca persegue basate sulla scoperta dei due premiati con il Nobel. Contro i tumori, per esempio, da anni si sta lavorando a un vaccino terapeutico che sfrutta la molecola per indurre una risposta immunitaria contro il melanoma e una forma di cancro del pancreas. E sono poi allo studio anche altre terapie a mRNA contro la malaria e la tubercolosi. Lo scopo dei ricercatori è dare alle cellule immunitarie nuove istruzioni per attaccare i nemici dell'organismo, utilizzando come mezzo l'Rna messaggero. Per Maria Rescigno, ordinario di Patologia generale, pro-rettore vicario dell'Humanitas University e *group leader* dell'unità di Immunologia delle mucose e microbiota dell'Humanitas research hospital, l'assegnazione a Karikò e Weissman era attesa.

La scoperta dei due Nobel ha spalancato nuovi mondi per la scienza...

Si, sebbene la tecnologia fosse nata per essere sviluppata per la terapia genica, via che poi non è stata più perseguita, è andata avanti per la formulazione di vaccini antitumorali. Questo a dimostrazione che non si tratta di una scoperta limitata al contrasto degli agenti infettivi, come nel caso dei vaccini anti Covid-19. L'assegnazione del Nobel dimostra che bisogna provare tante strategie diverse perché più se ne provano e più esistono chance per arrivare al bersaglio, ovvero il trattamento più efficace. La scoperta del meccanismo del mRNA è tra l'altro un risultato multidisciplinare poiché Katalin Karikò è una biologa molecolare mentre Drew Weissman è un immunologo. All'inizio negli anni 80 le ipotesi di Karikò non erano accolte dalla comunità scientifica ma ha avuto molto coraggio nel proseguire.

Contro i tumori quali sviluppi possiamo attendere dalla tecnologia a base mRNA?

È possibile sviluppare contro gli antigeni asso-

ciati ai tumori dei vaccini più generali, cioè adatti a trattare più persone che hanno in comune gli stessi antigeni. Oppure, grazie alla versatilità e velocità di generazione, è possibile creare dei vaccini personalizzati, diretti alle proteine mutate di un singolo paziente. Il vaccino di questo tipo quindi è difficile che possa essere diffuso su larga scala o per un numero elevato di persone ma sarà sviluppato principalmente in centri specializzati anche nei prossimi anni.

Nel suo ambito di ricerca invece vi state focalizzando su un vaccino antitumorale differente che ha lo scopo di colpire i punti deboli mostrati dalle cellule tumorali.

Stiamo cercando di fare un vaccino universale che vada a bersagliare una caratteristica delle cellule tumorali. Avendo così tante mutazioni, infatti, queste cellule risultano stressate e fanno fatica a convivere. Abbiamo identificato una sorta di "bandierine" dello stress, per cui stiamo studiando un vaccino. Il punto è che le bandierine sono diverse per ogni tipo di tumore. Il nostro lavoro, sostenuto da Fondazione Airc per la ricerca sul cancro grazie ai fondi raccolti con il 5 per mille, ha l'obiettivo di identificarle per sviluppare vaccini, sfruttando con un approccio nuovo le caratteristiche della cellula tumorale. Si tratta di un progetto grande che ha al suo interno otto unità operative proprio perché non era così semplice identificare le bandierine e formulare il vaccino. Inol-



Maria Rescigno. Sopra, con l'équipe

tro vogliamo portare i nostri risultati nella clinica, per osservare gli effetti del vaccino e il meccanismo d'azione. Il progetto durerà ancora quattro anni ma prevediamo nel 2024 di produrre già un primo protocollo clinico.

Un'altra area della sua ricerca è focalizzata sul ruolo del microbiota nel trattamento dei tumori. Ci sono sviluppi?

Studiamo il microbiota sia nei meccanismi di inizio e progressione della malattia sia come possibile agente terapeutico. Abbiamo scoperto che potevamo sfruttare a nostro vantaggio lo stress delle cellule tumorali, proprio valutando gli effetti provocati da un batterio. Ciò ci ha permesso di amplificare il fenomeno e di poterlo osservare. Oggi il trapianto del microbiota è già in uso per alcune malattie e al momento si sta sperimentando la possibilità di usarlo anche nella terapia antitumorale perché esistono profili del microbiota che agendo sul sistema immunitario aumentano l'efficacia dell'immunoterapia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ABRUZZO Nasce il primo reparto Con Progetto Noemi la terapia intensiva anche per i bambini

LAURA BADARACCHI

«Abbiamo lavorato senza sosta per la sua apertura: ha rappresentato la leva che in questi anni ha mosso il nostro operato e che finalmente ci permette di tendere una mano a tanti bambini in condizione critiche, con i loro genitori». Emozionato, Andrea Sciarretta, presidente e fondatore nel 2013 dell'associazione Progetto Noemi (www.progettonoemi.com), annuncia un traguardo importante che ha perseguito con dedizione per oltre un decennio: oggi alle 10.30 verrà inaugurato all'Ospedale Santo Spirito di Pescara «il primo e unico reparto di Terapia intensiva pediatrica in Abruzzo». Inoltre sarà presentata l'opera di umanizzazione del reparto "L'isola dei colori di Noemi", che include i quadri della bambina, donata dall'associazione e curata dall'artista Silvio Irlilli, fondatore del progetto "Ospedali dipinti". Noemi nasce il 31 maggio 2012 e a tre mesi viene diagnosticata la Sma 1 (atrofia muscolare spinale di tipo 1). Un anno dopo i genitori fondano l'associazione per sostenere da Guardiagrele (Chieti), altre famiglie come la loro, sensibilizzando l'opinione pubblica sulla Sma e le disabilità gravissime pediatriche per raccogliere fondi e garantire sostegno e qualità nell'assistenza. Hanno lottato «contro l'immobilismo dettato dalla burocrazia, lo scetticismo diffuso, l'apparente impossibilità a fare qualcosa in più per chi necessita di supporto ogni singola ora della sua piccola vita». Così questo reparto inaugurato oggi «non è un punto di arrivo, bensì un punto di partenza per il futuro assistenziale abruzzese: è il risultato raggiunto con il massimo sforzo dalla grande famiglia di Progetto Noemi, con la generosità di tanti. Per tutti i bambini che hanno gravi problemi di salute e per cui non smetteremo mai di batterci». Infatti assistere pazienti pediatrici in unità di terapia intensiva dedicata significa «migliorare la prognosi rispetto ai bambini che vengono ricoverati in terapie intensive per adulti», sottolinea Sciarretta, ringraziando «la Regione Abruzzo, l'Asl Pescara, il personale sanitario, l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma per la formazione del personale locale, tutti i sostenitori». Già in luglio l'Asl di Pescara aveva attivato nell'ospedale Santo Spirito i primi due posti letto di Terapia intensiva pediatrica nell'Unità operativa complessa di Terapia intensiva, Anestesiologia e Terapia del dolore, a cui ora se ne sono aggiunti altrettanti. Una risposta concreta per le famiglie, che non dovranno più andare fuori regione per garantire le cure migliori ai loro figli. E nel marzo 2018, sempre grazie all'impegno instancabile di presidente e volontari di Progetto Noemi, è stato reso operativo il primo e unico reparto regionale di terapia sub-intensiva pediatrica, con particolare riferimento alle malattie muscolari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Gian», il cardiocirurgo tra scienza e carità

MARIA CECILIA SCAFFARDI

A Parma il processo di canonizzazione di Giancarlo Rastelli, luminare delle tecniche operatorie pediatriche, innamorato della medicina, dei suoi malati. E di Dio



Giancarlo Rastelli (1933-1970)

Sabato nella Cattedrale di Parma è in programma la riapertura del processo di canonizzazione del servo di Dio Giancarlo Rastelli. «Gian» per gli amici, cardiocirurgo, era pescarese di origine (nato il 25 giugno 1933), ma parmigiano di fatto, essendosi trasferito nella città ducale all'età di 11 anni, dove è cresciuto e si è formato alla scuola dei Gesuiti, e dove la corrisposta alla sua vocazione di diventare medico. Una esistenza, la sua, dalle mille passioni che trovavano casa e acquistavano senso nella passione per l'uomo e per la vita. Una vita da assaporare, nella contemplazione dell'arte e della natura, nella pratica degli sport, nelle tante amicizie coltivate; una vita da servire e da «salvare». Così scrive la sorella, Rosangela: «Credeva fermamente che gli ammalati fossero «ammalati da vivere», non da morire, e che, in ogni modo, vada salvata la loro dignità di persone totali, integrali» (Giancarlo

Rastelli. Un cardiocirurgo con la passione dell'uomo). Questo lo trasmetteva ai giovani studenti, offrendo anche uno stile di visita al malato: «Incontro come fratello di un comune destino, non come un numero o come un carcerato dell'ospedale. Incontro in Cristo. L'ammalato è l'altro da servire». Una vita da vivere in pienezza, fino all'ultimo, anche quando lui stesso viene aggredito dalla malattia, contratta nell'esercizio della professione, e autodiagnosticata al ritorno dal viaggio di nozze (siamo nel 1964). Gli concederà 5 anni e qualche mese di vita, il morbo di Hodgkin. Anni in cui ha speso le sue energie nella ricerca, nella cura e nelle cure per gli ammalati, mai indulgendo a forme di vittimismo o di autocommiserazione, mai tirandosi indietro per non deludere attese di ammalati e dei lo-

ro familiari, e cercando di vivere e far vivere anche questa tappa nella normalità. Ma qual è il segreto e la forza di Rastelli? «Ho sempre pensato che la prima carità che l'ammalato deve avere dal medico è la carità della scienza. È la carità di essere curato come va. Senza di questo è inutile parlare delle altre carità. Senza di questo si fa del paternalismo e del pietismo soltanto». La carità della scienza. Una sintesi che bene esprime la sua parabola. Parabola breve, ma intensa, sempre contrassegnata da questa molla. Vincitore, all'età di 28 anni, di una borsa di studio Nato, da Parma vola alla Mayo Clinic di Rochester (Minnesota), dove scopre e mette in atto due tecniche innovative di intervento (denominate col suo nome "Rastelli 1" e "Rastelli 2") per correggere malformazioni congenite al cuore che hanno

guarito e continuano a guarire migliaia di bambini nel mondo ancora oggi. Accompagnando e sostenendo (anche economicamente) i piccoli pazienti e le loro famiglie, ospiti spesso nella sua modesta casa. La carità della scienza. Ma anche la scienza della carità. «Saper senza amare è nulla, è meno di nulla». Vangelo vissuto, in una testimonianza che prende tutta la sua vita di uomo. «Acqua», come lui stesso la definisce, che solo «il Cristo» trasforma in vino. «Ciò che affascina di Gian - così Giovanni Lucentini, in occasione della presentazione della mostra su Rastelli al Meeting di Rimini, nel 2018 - è che è un uomo, è stato uno studente, un amico negli anni dell'Università a Parma, un padre di famiglia; è stato un marito; è stato anche un paziente, oltre a essere medico, eppure era sempre lui. C'era una grande unità nella sua vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA