

ALL'INTERNO

LINEE GUIDA

Più screening, meno tumori L'Ue chiede prevenzione

Giovanni Maria Del Re a pagina

IL CASO

La Ru486 nei consultori «silenzia» gli aborti

Assuntina Morresi a pagina

BIOETICA

Le pandemie del futuro esigono «preparazione»

Laura Palazzani a pagina



INVECE, UN SAMARITANO

Molto più di una medaglia

Ci sono giorni che arrivano come una benedizione, a conferma che la direzione intrapresa è quella giusta, dopo che tanto spesso difficoltà, incomprensioni, risorse insufficienti possono aver fatto dubitare. Quella giornata per la Casa dei Risvegli Luca De Nigris arriva domani, quando il prefetto di Bologna Attilio Visconti consegnerà la Medaglia del Presidente della Repubblica al suo fondatore Fulvio De Nigris per aver creduto non solo in una struttura - nata nel nome di un figlio perduto - per accompagnare chi patisce gli effetti di una «grave cerebrolezione acquisita» ma anche nella «Giornata dei Risvegli» che proprio domani arriva alla sua ventiquattresima edizione. La storia di Fulvio - una firma familiare ai lettori di queste pagine - della Casa e della Giornata è la storia di tante realtà cliniche e assistenziali, tante associazioni, tanti luoghi sanitari e umani dove la vita viene riconosciuta sempre "al naturale", nella sua piena dignità, senza considerarne mai uno scadimento prodotto da condizioni fisiche e neurologiche che oggi spesso diventano sinonimo di emarginazione. Una società che "scarta" chi ha perso la piezza delle funzioni e persino la coscienza di sé viene scossa da testimonianze come quella della Casa e di tutte le moltissime case che ovunque in Italia mostrano il primo bisogno della nostra umanità, quello con il quale veniamo al mondo e ce ne andiamo: la cura. E per chi ce lo ricorda una medaglia non basta.



IL PUNTO

DISUGUAGLIANZA: QUANDO POVERTÀ VUOL DIRE MALATTIA

MAURO COZZOLI

La salute disuguale è il titolo di un convegno organizzato dalla sezione romana dei medici cattolici Amci. Titolo tratto dal libro omonimo di Michael Marmot, fondatore dell'epidemiologia sociale, intervenuto al convegno con un collegamento da Londra. Alle denunce e linee d'azione tracciate nel volume si sono ispirati i diversi relatori, rileggendole nella condizione sociale del nostro Paese.

L'attenzione è polarizzata sui determinanti sociali della salute. Questo perché ci sono stretti legami tra lo status sociale e le ineguaglianze nelle condizioni di salute. A causare malattie, infatti, non ci sono solo fattori clinici. Ci sono condizioni sociali predisponenti. Prima tra tutte la povertà economica e, alla base, l'ingiusta distribuzione di risorse e opportunità. Per cui la prima disuguaglianza è tra Paesi ricchi, in grado di predisporre istituzioni e strutture di prevenzione e terapia, e Paesi poveri.

Il problema però lo ritroviamo anche nei primi, dove la stratificazione della società genera un'oscillazione decrescente di opportunità sanitarie, dagli strati più alti ai più bassi della piramide sociale. In essi interagiscono determinanti altamente differenzianti: sacche di emarginazione e scarso sociale, condizioni e retribuzioni di lavoro precarie, evasione scolastica, disparità di accesso a strutture sanitarie, cattivo funzionamento dei sistemi di welfare, periferie deteriorate, alti livelli d'inquinamento, habitat insalubri.

Tutti fattori di deprivazione, i quali sono causa di malattia. Sono, infatti, le persone socialmente più diseguate, con una scolarità più bassa e minore controllo sulla propria esistenza quelle che si ammalano di più, poiché le condizioni di povertà e lo svantaggio sociale sono associate a una maggiore frequenza di fattori di rischio individuali, a stili di vita non salutari e ad ambienti di vita più degradati. Ciò non toglie che vi siano incluse anche persone e fasce di popolazione non economicamente diseguate ma con un vissuto sregolato e disoluto. Pure questa è una forma di povertà, da annoverare tra le miserie spirituali e morali, incidenti anch'esse sulla salute.

Tutto questo sta a mostrarci come la salute non sia garantita solo dalla disponibilità ed efficienza delle strutture di cura, ma altresì dalle condizioni e condotte di vita delle persone. A conferma c'è l'esempio degli Usa che, pur avendo alti livelli di assistenza sanitaria, hanno un'aspettativa di vita più bassa di alcuni Paesi del Terzo Mondo. Dalla denuncia l'annuncio morale. La povertà non è un destino e le disuguaglianze di salute non sono inevitabili. Ogni disuguaglianza tra persone disattende un diritto. La salute e la sua tutela sono un diritto fondamentale, da riconoscere non solo a valle della cura ma, ancor prima, a monte dei determinanti sociali. Un diritto che fa appello a una responsabilità di giustizia sociale. Di essa è garante la politica, chiamata a fronteggiare le ineguaglianze con provvedimenti legislativi volti a incidere sui determinanti sociali della salute. Con la politica la società civile, chiamata a promuovere una consapevolezza pubblica diffusa di tali determinanti. E nella società civile la persona, perché ciascuno può e deve adoperarsi per condizioni e stili di vita sani e salutari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ENRICO NEGROTTI

«Operare in sanità significa fare il lavoro più bello del mondo, perché si punta al bene assoluto, la vita delle persone». Mario Colombo, direttore generale dell'Ircs Auxologico, offre uno sguardo ispirato ma concreto per affrontare i molti problemi dell'assistenza sanitaria: «Le risorse vanno orientate correttamente, ma occorre anche lavorare bene, con correttezza. Va compreso il valore della prevenzione, e bisogna chiarire un percorso istituzionale nelle decisioni che tenga nella giusta considerazione la sussidiarietà, valorizzando il privato non profit».

Con la pandemia la sanità, defanziata per anni, ha mostrato tutta la sua importanza. Ma la questione risorse è un nodo: come si scioglie? Imprenditorialità significa organizzare correttamente risorse economiche e umane per raggiungere un risultato. Ma nella sanità è un risultato molto particolare: la vita di una persona, quindi il bene assoluto, primario (se uno è credente, un bene sacro e indisponibile), diverso dal mero profitto o dal miglioramento di una performance. Questo conferma la mia idea che facciamo il lavoro più bello del mondo perché curiamo un bene assoluto, che è la vita delle persone.



«Il risultato in sanità è la vita di una persona, il bene assoluto. Questo orienta ogni scelta»

Ma per quanto il bene sia di valore assoluto, le risorse economiche sono purtroppo limitate. Quindi c'è un problema di eticità nel lavorare in sanità, che ha almeno due aspetti: occorre fare scelte cliniche e di ricerca a favore della vita, che non mettano mai in discussione l'origine della vita stessa, il suo decorso, e la sua indisponibilità. In secondo luogo l'eticità si esplica nel fare bene il nostro lavoro: quindi non prescrivere inutili accertamenti diagnostici, non fare ricerche inutili, non indugiare nelle decisioni, essere sempre professionalmente aggiornati. Ma c'è anche un altro equilibrio, quello tra deriva tecnologica e conoscenza di problemi e fattori che determinano la salute delle persone. Oltre al rischio di spersonalizzare la relazione di cura, occorre interrogarsi sull'effettivo valore di investire in apparecchiature costosissime ma di cui beneficiano pochi, rispetto a interventi che riguardano molti pazienti. Le persone si ammalano perché hanno stili di vita non corretti, alimentazione povera, tasso di educazione insufficiente. E anche perché non hanno il lavoro. Oltre allo sviluppo della scienza, che è doveroso, bisogna puntare molto di più a una promozione dei fattori sociali ed economici che possano consentire alla persona una vita "normale".

Questo discorso chiama in causa la prevenzione. Come far capire che è un investimento e non un costo?

La prevenzione è uno dei grandi classici: tutti la condividono, tutti la vogliono, ma ci sono sempre difficoltà nell'attuazione, perché i risultati non sono immediati ma di lungo periodo. Tra ridurre il ticket sanitario di qualche euro o fare investimenti importanti sulla prevenzione, la politica spesso sceglie la prima opzione da cui può trarre subito risultati positivi. Eppure la prevenzione potrebbe portare a esiti ancora migliori per la salute dei cittadini e l'economia dello Stato. Crescono i pazienti cronici, che rimangono in contatto con la sanità per tutta la vita, generando costi. Ma per molte patologie l'approccio preventi-

vo potrebbe allontanare nel tempo la cronicizzazione e renderla meno gravosa per il paziente, la famiglia e il servizio sanitario. Un esempio è la lotta all'obesità, che comporta l'incremento di tante malattie: diabete, colesterolo, ipertensione, sindrome metabolica, tumori, dolore cronico.

Andrebbro anche potenziati gli screening?

Certo, sono ancora pochi. Quelli più diffusi, per il tumore al colon e al seno, non coprono il fabbisogno reale. Ma si muore anche per infarto, ictus, tumore ai polmoni, e per queste patologie non ci sono screening, che richiederebbero grossi investimenti. Prevenzione è anche la riabilitazione dopo un evento acuto traumatico (frattura, evento cerebro-cardiovascolare): se non si accede a un intervento riabilitativo adeguato, un anziano cronicizzerà la sua disabilità. Facciamo grossi investimenti nell'emergenza-urgenza, ma un'ampia fascia di popolazione anziana con problemi medici cronicizzati ha difficoltà ad accedere a un'offerta sanitaria qualificata.

Va rivista la regionalizzazione sanitaria?

In pandemia, in emergenza, si è ritenuto che centralizzare le decisioni fosse una scelta inevitabile. Ma la sanità è una competenza regionale o al più concorrente con lo Stato. E sono emerse difficoltà del nostro sistema di fronte alla necessità di assumere decisioni immediate

e urgenti a favore di tutta la nazione. Va definito in maniera migliore il ruolo dello Stato e quello delle Regioni. Anche in vista dei prossimi impegni, per esempio il seguito della campagna vaccinale. **Oltre a Stato-Regioni, in Italia c'è un dualismo pubblico-privato. Aiuta o è d'ostacolo?**

Anche qui c'è un equilibrio da raggiungere. Occorre dare più voce, ruolo e capacità alle organizzazioni nel sociosanitario, in particolare a quelle non profit. Tra sanità pubblica e privata for profit, c'è la terza via della sanità gestita da organizzazioni non profit, che ha molta maggior sinergia di obiettivi e di approccio con l'istituzione pubblica. Servono scelte coraggiose, valorizzando queste realtà, che svolgono una funzione di sussidiarietà rispetto a quella dello Stato, ma spesso sono relegate a un ruolo di integrazione di quello che fa lo Stato. Succede spesso, anche a noi di Auxologico, di curare tante persone senza che i sistemi regionali coprano i relativi costi per superamento dei budget assegnati. Ciò significa che i bisogni della gente sono superiori alle risorse stanziate. Ci deve essere un incremento di quello che lo Stato e le regioni riconoscono alle strutture sanitarie.

Il personale sanitario ha spesso lamentato scarsa attenzione. Quanto conta il fattore umano?

La sanità è fatta di persone: da una parte le persone con malattia e le loro famiglie, dall'altra quelle dell'organizzazione sanitaria che cura. Oggi come amministratori della sanità percepiamo che è sempre più difficile far capire ai nostri giovani come un percorso lavorativo che abbia al proprio centro la cura dell'altro sia soddisfacente dal punto di vista professionale ed economico. Oltre che un dovere dal punto di vista etico. Ci devono essere soddisfazione economica e carriera, ma anche la libertà di fare il medico senza condizionamenti che non siano la malattia del paziente.

«Tra sanità pubblica e privata, c'è la nostra via della sanità gestita dal non profit»

Parla Mario Colombo, direttore generale dell'Ircs Auxologico: «Va compreso il valore della prevenzione e tenuta nella giusta considerazione la sussidiarietà»

Personale medico e sanitario dell'ospedale Auxologico San Luca di Milano. A centro pagina, Mario Colombo, direttore generale dell'Ircs

Sintomi di felicità

Tutta la vita come un libro

MARCO VOLERI

Oggi compio gli anni. Prima o poi sarebbe accaduto, dopo sette anni di rubrica, di arrivare al momento in cui avrei scritto festeggiando il compleanno. Quarantasette anni volati, scivolati addosso come una carezza calda. Alla fine, come ha scritto un'amica qualche giorno fa, siamo ogni giorno nuvola nuova e diversa, in continua trasformazione. Questo pensiero mi mette euforia ma anche paura. Oggi è giorno speciale per me, come lo è per tutti noi quando soffiando sulle candeline ci mette davanti a un altro anno passato e ci pone davanti a un bilancio di ciò che è immediatamente stato e di quello che sarà. Il lume diventa come quei vecchi proiettori che coloravano i muri di casa dopo una vacanza, anni fa. In un attimo vedi quello che hai perso per strada, ciò che hai guadagnato col sudore della passione e molte altre cose. Scorrano immagini vissute, punti esclamativi e interrogativi: chi ero ieri? Chi sarò domani? Cosa mi chiederà la vita? E, ancora: cosa chiederò io a lei?

Più passa il tempo e più so di non sapere. Ogni giorno è come una puntata di una serie o una scena thriller, oppure d'amore. Ogni giorno una puntata, dicevamo: cosa succede oggi, a parte tirate di orecchie, messaggi e telefonate di auguri? Accade una cosa per me molto importante: esce ufficialmente, sulle più importanti piattaforme dedicate, l'audiolibro di *Sintomi di felicità* letto da Neri Marcorè. Questo mi riempie di gioia, non solo perché il libro si trasforma in un supporto accessibile anche a chi non può leggere, ma soprattutto perché tutto il ricavato andrà a sostenere i progetti de «La lega del filo d'oro». Un racconto che affronta un tema delicato come la sclerosi multipla, letto da un'eccellenza come Neri, il cui risultato è fare qualcosa di concreto per chi è meno fortunato. Direi che oggi la puntata della serie è particolarmente felice, e che mi sono fatto un bel regalo di compleanno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tumori, questione di screening

La Commissione Europea lancia nuove linee guida che, con le diagnosi in rapida crescita, puntano sulla prevenzione di più tipi di neoplasie

In sintesi

1

A quasi vent'anni dal precedente testo, la Ue ha emanato le nuove indicazioni operative agli Stati membri per mettere un freno alla progressione dei malati oncologici (2,7 milioni l'anno) e dei morti (1,3 milioni)

2

Entro il 2035 il tumore potrebbe diventare la prima causa di decessi nell'Unione. Ma il 40% dei casi è evitabile, anzitutto allargando le categorie di carcinomi prioritari per lo screening e l'età per gli esami

GIOVANNI MARIA DEL RE

Prevenire è sempre meglio che curare. La Commissione Europea lancia la battaglia per rafforzare la lotta alla diffusione dei tumori. E lo fa all'insegna di una proposta di raccomandazioni che hanno come punto centrale l'ampliamento dello screening, e cioè i controlli per individuare per tempo la presenza di carcinomi. Non c'è tempo da perdere, visto il dilagare delle malattie oncologiche: «Nel 2020 – avverte la commissaria alla Salute Stella Kyriakides – nel 2020 è stato diagnosticato un cancro a 2,7 milioni di persone che vivono nell'Ue e oltre 1,3 milioni di persone hanno perso la vita a causa di questa malattia». In effetti, sottolinea una nota della Commissione, il cancro è già «la prima causa di morte per gli europei con meno di 65 anni». Peggio, «le vite perdute a causa del cancro nell'Ue secondo le previsioni aumenteranno di oltre il 24% entro il 2035», divenendo così la prima causa di morte nell'Unione. «Sappiamo – sottolinea Kyriakides – che la diagnosi precoce salva vite umane e migliora la qualità della vita». «Il tempismo nella diagnosi dei tumori – chiosa il vicepresidente della Commissione, Margaritis Schinas, responsabile per la Promozione dello stile di vita europeo – può fare davvero la differenza perché aumenta le opzioni terapeutiche e salva vite umane». La Commissione sottolinea che «il 40% dei tumori può essere prevenuto».

Le proposte di raccomandazioni (che andranno approvate dagli Stati membri) aggiorneranno quelle in vigore, che risalgono al 2003. «In vent'anni – precisa Kyriakides – la medicina e la tecnologia hanno fatto incredibili progressi». Si tratta anzitutto di estendere le categorie di carcinomi considerati prioritari per lo screening: accanto a quello del seno, della cervice uterina e del colon-retto, vengono aggiunti quelli alla prostata, ai polmoni e, a determinate condizioni, anche quello gastrico. «Con le nostre nuove raccomandazioni – spiega ancora la commissaria – il programma europeo di screening dei tumori garantirà la copertura di tipi di tumori che, messi insieme, rappresentano quasi il 55% di tutti i nuovi casi diagnosticati ogni anno nell'Ue».

Accanto all'estensione del tipo di tumori, la Commissione punta ad ampliare la platea di pazienti interessati. Anzitutto si tratta di estendere lo screening al seno dall'attuale fascia di donne 50-69 a 45-74 anni. Priorità inoltre al test del papilloma virus (Hpv, causa del tumore all'utero) per le donne tra i 30 e i 65 anni ogni cinque anni. Non basta: la Commissione raccomanda di utilizzare test di tria-

ge per il carcinoma del colon-retto nelle persone di età compresa tra i 50 e i 74 anni mediante test immunochimici fecali per determinare la necessità di un follow-up tramite endoscopia/colonoscopia. Raccomandato anche il test per il carcinoma polmonare nei forti fumatori e negli ex fumatori di età compresa tra i 50 e i 75 anni; il test per il tumore alla prostata negli uomini fino a 70 anni sulla base dell'analisi dell'antigene prostatico specifico e tomografia computerizzata a risonanza magnetica nucleare (Mri) come follow-up. Infine, lo screening dell'Helicobacter pylori (un batterio associato a varie forme di tumori allo stomaco) e la sorveglianza delle lesioni pre-cancerose dello stomaco nei luoghi che presentano tassi di incidenza e di mortalità elevati per il carcinoma gastrico. La Commissione chiede agli Stati membri di creare le condizioni affinché entro il 2025 il 90% della popolazione Ue abbia accesso a questi controlli. In generale, grande attenzione viene data all'equità di accesso. «Si dovrà dare debito conto – è scritto nella proposta di raccomandazione – alle specifiche necessità di donne, anziani, disabili, gruppi svantaggiati e marginalizzati, persone appartenenti a minoranze razziali o etniche, persone difficili da raggiungere o gruppi a basso reddito». Molto però dipenderà dall'efficacia delle misure prese dagli Stati membri. Proprio per questo la Commissione propone di creare un sistema di monitoraggio centralizzato per valutare la situazione nei vari Stati membri, anche se le raccomandazioni rimangono su base volontaria. Non mancano i fondi, tra cui 38,5 milioni di euro dal programma EU4Health (la Commissione proporrà per questo programma ulteriori fondi nel 2023) e altri 60 milioni da Horizon Europe.

Le proposte della Commissione sono state ben accolte dalla comunità scientifica. Dall'Organizzazione europea sul cancro (Eco). «Era da tempo – commenta Jan van Meerbeek, noto oncologo belga e copresidente di Eco – che la comunità europea sul cancro insisteva sull'introduzione nelle raccomandazioni di programmi aggiuntivi di screening per i tumori a polmoni, prostata e stomaco, siamo ora lieti di vedere la loro inclusione nelle proposte della Commissione. L'individuazione precoce salverà migliaia di vite. È un imperativo morale assistere i Paesi a tradurre in realtà queste raccomandazioni». In effetti, avverte anche la chirurga spagnola dei tumori al seno Isabel Rubio (altra copresidente di Eco), «la sfida è ora assicurare una robusta applicazione e un solido quadro di monitoraggio per passare dalle parole ai fatti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Humanity
2.0

Fibrillazione con l'algoritmo

PAOLO BENANTI



Con l'obiettivo di ridurre la prevalenza della fibrillazione atriale non diagnosticata e dell'ictus, i ricercatori della Mayo Clinic, negli Stati Uniti, hanno testato una strategia di screening basata sull'intelligenza artificiale (AI) e il 22 settembre hanno reso pubblici i dati del loro studio.

La fibrillazione atriale è un battito cardiaco irregolare che può provocare coaguli di sangue, causando potenzialmente un ictus. Per migliorare il rilevamento della fibrillazione atriale, i ricercatori hanno valutato una strategia guidata da un algoritmo di intelligenza artificiale precedentemente sviluppato dall'azienda di software nference e da Mayo Clinic e concesso in licenza ad Anuman Inc. L'algoritmo è progettato per identificare la fibrillazione atriale in ritmo sinusale normale da un elettrocardiogramma (Ecg).

«Riteniamo che lo screening della fibrillazione atriale abbia un grande potenziale, ma attualmente la resa è troppo bassa e il costo troppo elevato per rendere lo screening diffuso una realtà – ha dichiarato Peter Noseworthy, elettrofisiologo cardiaco della Mayo Clinic e autore principale dello studio –. Questo studio dimostra che un algoritmo AI-Ecg può aiutare a indirizzare lo screening verso i pazienti che hanno maggiori probabilità di trarne beneficio». Lo studio ha incluso 1.003 pazienti che hanno partecipato al monitoraggio continuo e 1.003 che hanno ricevuto l'assistenza abituale. Tra i pazienti del gruppo di intervento, l'algoritmo ha rilevato la fibrillazione atriale in sei dei 370 pazienti a basso rischio e in 48 dei 633 pazienti ad alto rischio. «Lo studio dimostra che un algoritmo di AI è in grado di selezionare un sottogruppo di adulti anziani che potrebbero trarre maggiori benefici da un monitoraggio intensivo. Se questa nuova strategia venisse implementata su larga scala, potrebbe ridurre la fibrillazione atriale non diagnosticata e prevenire ictus e decessi in milioni di pazienti in tutto il mondo», ha detto l'autore senior dello studio Xiaoxi Yao, ricercatore sugli esiti sanitari al Dipartimento di Medicina Cardiovascolare e alla Mayo Clinic. I ricercatori intendono condurre uno studio ibrido multicentrico per determinare l'applicabilità dei flussi di lavoro AI-Ecg in diversi contesti clinici e popolazioni di pazienti. Questi metodi di indagine, se si riveleranno affidabili per un grande numero di pazienti, potrebbero portare a una sanità più efficiente e anche meno costosa, in grado di anticipare le patologie e ridurre il "costo" in termini di salute delle diagnosi intervenendo in maniera precoce sulle patologie. Questo avviene mediante un utilizzo sempre più diffuso dell'AI per migliorare le pratiche di diagnosi. Tuttavia sembra urgente un framework etico e legale unitario per evitare distorsioni indotte da logiche di mercato. Abbiamo bisogno di guardrail etici per queste nuove strade in medicina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Pillola gratis? L'Aifa ci sta pensando

L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) sta esaminando l'ipotesi di introdurre la rimborsabilità (cioè la gratuità) della pillola contraccettiva sotto i 25 anni d'età. La Commissione tecnico-scientifica e il Comitato prezzi e rimborso stanno esaminando la praticabilità di una soluzione auspicata dal ministro della Salute Speranza. I costi dell'operazione – si stimano 200 milioni l'anno – consigliano di procedere con cautela perché per molte malattie non è ancora prevista la rimborsabilità di farmaci che gravano sul bilancio familiare assai più dei contraccettivi. Secondo dati Aifa, sarebbero 2,5 milioni le donne italiane che prendono la pillola contraccettiva con frequenza.

IN BREVE

Il «camper per gli aborti» di Planned

Planned Parenthood, la principale rete americana di cliniche per gli aborti, lancia il «consultorio mobile» che si sposterà lungo il confine meridionale dell'Illinois per accogliere le donne degli Stati confinanti (come l'Indiana) nei quali l'interruzione di gravidanza è soggetta a restrizioni dopo la sentenza della Corte Suprema di giugno. Si tratta di un camper dotato di «sale per le visite in grado di fornire un ampio spettro di servizi»: nella fase iniziale, la prescrizione di pillole abortive fino all'undicesima settimana, oltre all'assistenza per la contraccezione e a test per malattie sessualmente trasmissibili. In un secondo tempo si prevede di attrezzare il camper anche per gli aborti nel primo trimestre.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PEDIATRIA

La storica struttura dolomitica della diocesi di Parma verso la cessazione dell'attività. Ma resta la sua importante eredità sanitaria

Per il respiro dei bambini le conquiste del «laboratorio» di Misurina

MARIA CECILIA SCAFFARDI

Con la chiusura dell'Istituto Pio XII di Misurina, Centro di diagnosi, cura e riabilitazione dell'asma infantile della diocesi di Parma, si chiude un'eccellenza, così come è stata definita, riconosciuta come tale da soggetti sanitari e politici ma non supportata in modo adeguato perché potesse svolgere appieno la sua missione. Una "morte" non improvvisa, ma preannunciata. E, come ogni chiusura, oltre a un sapore amaro in bocca e a domande aperte, lascia anche un vissuto prezioso. Fatto di bambini e delle loro famiglie – grate e consapevoli dell'importanza che il Pio XII ha rivestito nella loro vita, tanto da costituirsi in associazione –, come di professionisti che ci hanno creduto. Tra loro, le suore Piccole Figlie che hanno arricchito la competenza dei professioni-

sti con la premura materna. Un vissuto fatto di studi e di ricerche, di monitoraggio dei dati acquisiti, come si conviene a un "laboratorio d'alta quota".

Un vissuto che rimane come eredità ma anche come campo su cui ancora scommettere. In primis, c'è la scelta di intervenire precocemente sui problemi respiratori già durante l'infanzia, prevenendo così problemi cronici e più gravi nell'età adulta, considerando la correlazione documentata tra patologie respiratorie della prima infanzia e quelle dei "grandi". Nel Pio XII si è sempre lavorato alla presa in carico del bambino e della sua famiglia con un approccio olistico,

che ha unito alla climatoterapia (grazie all'aria che si respira a Misurina) la terapia educativa e un programma di riabilitazione aerobica personalizzata, affiancando i pazienti e le loro famiglie non solo nel periodo della permanenza al Centro ma anche al rientro a casa e alla ripresa dell'attività ordinaria, insegnando a "curare il respiro", e riducendo così il ricorso a farmaci. Si è investito sulla formazione, grazie all'iniziativa «Scuola

dell'asma» non solo degli ospiti ma anche di pediatri, pneumologi, medici dello sport, infermieri e tecnici di fisioterapia, per condividere esperienze, allargare sguardi e confrontarsi sulle problema-

tiche di bambini e ragazzi asmatici. Tanti gli intrecci e le collaborazioni, con università, ospedali pediatrici e centri di ricerca, nella convinzione che l'asma è una sfida che coinvolge tutte le istituzioni cliniche e scientifiche e richiede la messa in atto di sinergie tra i modelli di cura e riabilitazione più indicati a ogni singolo caso, creando le condizioni per un'accurata valutazione dei piccoli pazienti e una reale continuità assistenziale con l'età adulta. Di qui la necessità, come auspicato nel luglio dello scorso anno in occasione della presentazione della collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, «di poter disporre di una rete di centri di eccellenza che garantisca una reale condivisione e contribuisca così a un salto di qualità nella cura dei disturbi del respiro in età pediatrica». Rete che ora si trova a fare i conti con una falla non piccola.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il «Pio XII» sul Lago di Misurina

IL CASO

Ru486 a casa, l'aborto «silenziato»

La pillola per interrompere la gravidanza anche nei consultori? Una forzatura della legge 194, che non prevede di lasciare sole le donne

In sintesi

- 1** L'articolo 8 della 194 prevede che l'aborto sia praticato «da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale»
- 2** Si parla anche di «poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati», ma in nessuna parte della legge è previsto il ricorso ai consultori
- 3** Eppure il Ministero della Salute ha aperto i consultori a chi vuole abortire, una strada su cui si muovono alcune Regioni, con approcci molto diversi

ASSISI Invitati dalla Cei Medici e infermieri «pellegrini di vita» da san Francesco

ELISABETTA GRAMOLINI

Pellegrini fra i pellegrini, nella giornata di celebrazione di san Francesco d'Assisi. I rappresentanti delle professioni sanitarie hanno risposto all'invito del presidente della Conferenza episcopale italiana, il cardinale Matteo Zuppi, partecipando alla Messa nella Basilica di Assisi vestiti con camici bianchi e tute da lavoro. Proprio Zuppi nell'omelia li ha paragonati a lampade perché nelle giornate più buie, offuscate dal Covid e dalla solitudine, i sanitari hanno portato una luce alimentata dall'umanità e composta da gesti semplici: uno sguardo, una carezza, una parola. A loro il presidente della Cei e il Capo dello Stato, Sergio Mattarella hanno rivolto un grazie fraterno non solo per la dedizione professionale ma anche per la familiarità, per nulla scontata durante le prime ondate di contagi.

Per Filippo Anelli, presidente della Federazione degli Ordini dei medici, nella celebrazione di Assisi è stata rivalutata la figura del professionista sanitario, in passato troppo spesso classificato come "tecnico" della salute, «uno al quale – spiega – era demandato il compito di risolvere la malattia, non di prendersi cura della persona». Nei momenti difficili, invece, i sanitari hanno testimoniato come alcuni valori siano nel loro Dna. «Hanno mostrato – dice Anelli – quanto la vita sia importante, quanto la violenza e la guerra ne violino la sacralità. La pace per noi è qualcosa di concreto: ogni giorno i nostri atti non fanno altro che tutelare la vita. Mai faremo qualcosa contro la salute e la vita». Alle parole dei medici fanno eco quelle degli infermieri. «L'invito a partecipare è stato una gioia – commenta Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione degli Ordini delle professioni infermieristiche –. Essere citati fra le persone che hanno combattuto contro il nemico invisibile del virus ha dato un senso etico a tutto il lavoro fatto». La presidente sottolinea un momento emozionante per la delegazione ad Assisi: «Quando è entrato, il cardinale Zuppi si è avvicinato ai nostri banchi e ci ha chiesto sorridendo se eravamo medici e infermieri. Si è fermato per conoscerci. Ci ha implicitamente ringraziato e restituito il senso del lavoro che abbiamo fatto in questi anni di pandemia». Sul senso di esercitare una professione così vicina al prossimo Mangiacavalli all'immagine di "missione" preferisce quella di «"vocazione", che può essere anche laica. Senza la vocazione non si affronta una attività come la nostra. Gli infermieri toccano le persone, vivono l'intimità e si relazionano con l'altro, verso il quale c'è massimo rispetto. Non decidiamo chi assistere ma di assistere indipendentemente da tutto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ASSUNTINA MORRESI

La polemica sull'aborto che ha infiammato la campagna elettorale ha fatto emergere con chiarezza la volontà di cambiare la legge 194 da parte di chi quella legge dice di voler difendere.

L'obiettivo è smontarla, allentare la regolamentazione per togliere l'aborto dallo spazio pubblico, confinarlo nel privato delle donne e non considerarlo più un problema che investe tutti, un fatto negativo – la soppressione di una vita umana – di cui si dovrebbe cercare di rimuovere le cause, ma una decisione medica individuale che riguarda solo chi la compie. Diventerebbe invisibile, pur continuando a essere praticato ma con scarsa assistenza sanitaria, e non ci sarebbe più motivo di occuparsene.

È difficile però riuscire ad abbattere la legge in Parlamento. Si cerca allora di raggiungere l'obiettivo forzando i protocolli medici con la pillola abortiva Ru486: solo con il metodo farmacologico è possibile far abortire le donne a domicilio, allontanandole dalle strutture sanitarie pubbliche che, in questo modo, risparmierebbero risorse economiche, di personale e strutturali. È avvenuto in Francia, la patria della Ru486, dove nuovi protocolli hanno portato alla modifica della legge sull'Ivg (Interruzione volontaria di gravidanza), in origine molto simile alla 194. E sta succedendo in Italia, soprattutto con le linee di indirizzo dell'agosto 2020 del ministro della Salute Roberto Speranza, che hanno cambiato radicalmente quelle precedenti, senza motivazioni scientifiche: usando gli stessi prodotti chimici si è esteso l'uso della Ru486 da 7 a 9 settimane di gravidanza e, soprattutto, si sono indicati i consultori come luogo possibile per abortire. Un'indicazione esplicita contro la 194, fra gli applausi di chi quella legge dice di voler difendere. L'articolo 8 è chiaro: compiere reato chi non abortisce nelle strutture elencate, e fra queste i consultori non ci sono. Paradossalmente, quindi, chi seguisse le indicazioni del ministro Speranza dovrebbe essere punito con la reclusione fino a tre anni (art.19). La parola passa alle Regioni, che hanno un comportamento difforme. Al netto di dichiarazioni a effetto del presidente Bonaccini, è indicativa la sua prudenza: nel dicembre 2021 – più di un anno dai nuovi indirizzi ministeriali – è pubblicato un «aggiornamento dei profili di assistenza» di chi richiede l'Ivg, con 43 pagine di procedure per l'aborto chirurgico e farmacologico. In tutti i casi, per confermare la gravidanza e datarla ovviamente c'è un'ecografia prima dell'aborto, e quindi la possibilità di rilevare il battito cardiaco.

Con la Ru486 la donna può scegliere ricovero ospedaliero, ordinario o in day hospital, o in ambulatorio, con l'indicazione che dalla settimana alla nona settimana di gravidanza «è preferibile che avvenga in regime ospedaliero», e che «è importante non essere sola al proprio domicilio nei primi giorni dopo l'assunzione dei farmaci abortivi». Per l'aborto nei consultori la Regione ha selezionato quelli che rispondono alle indicazioni

dell'art.8 della 194, quando si prevede che l'Ivg sia effettuata «presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali e autorizzati dalla Regione». Si tratta quindi di aborti non «nei consultori», come strumentalmente rivendicato nel dibattito pubblico, ma in poliambulatori con caratteristiche molto precise, fra cui: «Distanza ravvicinata (almeno 30 minuti) da un presidio ospedaliero di riferimento; percorsi definiti di interfaccia con il presidio ospedaliero; adeguati attrezzature e rifornimenti farmacologici per gestire l'emergenza e il trattamento di effetti collaterali (emorragie, dolore e vomito)», oltre a personale adeguato sia numericamente che professionalmente, e gli spazi necessari. La donna che volesse abortire con questa procedura «deve essere accompagnata per il ritorno a casa; non deve essere sola al proprio domicilio; deve poter raggiungere facilmente l'ospedale; è maggiorenne», e la gravidanza può essere solo fino a 7 settimane. Il tutto accompagnato da uno studio di 12 mesi delle Ivg farmacologiche effettuate, sia in ospedale che in consultorio, per poterne valutare i risultati.

Tante precauzioni dovrebbero far riflettere chi pensa sia facile abortire con la Ru486: se fosse veramente un metodo poco invasivo e preferibile al chirurgico dovrebbe essere consigliato, e non vietato, alle minorenni, «in consultorio».

Tutt'altra la direzione del Lazio, che il 31 dicembre 2020 pubblica un protocollo operativo dell'aborto farmacologico in Day Hospital o in «regime ambulatoriale», e per quest'ultimo per gravidanze fino a 7 settimane è possibile somministrare a domicilio (a casa, non in ambulatorio o in consultorio) il secondo farmaco – le prostaglandine – che provocano le contrazioni e quindi l'espulsione: il documento dice che «numerosi studi» dimostrano che non è necessaria l'ospedalizzazione per questa fase, in linea con molti Paesi europei. Una palese violazione della legge 194, quindi. Niente si dice per le minorenni. Si raccomanda di organizzarsi e non restare sole a casa «nelle 6 ore dopo aver preso il farmaco», affidando ad altri eventuali bambini piccoli. Resta misterioso il motivo per cui nel Lazio da ben due anni le donne possono anche restare a casa (quindi senza medico presente) mentre abortiscono, purché tranquille e in compagnia, mentre in Emilia Romagna abbiano bisogno di ambulatori selezionati e adeguatamente attrezzati per le emergenze. Rimane comunque la tendenza generale a diminuire fino a eliminare l'assistenza medica all'aborto confinandolo a casa, come sta avvenendo anche negli Usa, dove è possibile addirittura ricevere per posta i prodotti abortivi.

Che gli aborti casalinghi esponano le donne a un maggior rischio sanitario e rendano più difficile accertare pressioni da parte dei partner o dei familiari per interrompere forzatamente la gravidanza, come paventato da organizzazioni britanniche («abusi e violenze rimangono nascosti») non sembra essere rilevante.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANALISI

LE PANDEMIE DEL FUTURO UNA SFIDA ALLA BIOETICA



LAURA PALAZZANI

Si è svolto a Lisbona il 13° Global Summit of National Bioethics Committees, evento internazionale per la bioetica di grande importanza, che si svolge in genere ogni due anni, promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con la stretta collaborazione dell'Unesco e la partecipazione di rappresentanti dei Comitati nazionali per la Bioetica di 90 Paesi del mondo. Relatori e partecipanti si sono confrontati su alcuni temi ritenuti di prioritaria importanza nell'agenda globale della bioetica, delineando le sfide emergenti. Tre le principali aree tematiche: pandemia, salute globale e dibattito pubblico.

Il tema della pandemia è stato affrontato a partire dai dati dal mondo, mettendo a fuoco alla luce delle lezioni che stiamo apprendendo in questi anni le linee guida essenziali per una preparedness (preparazione) in grado di renderci il più possibile "pronti" per prossime future crisi di questa portata per la salute globale. Nell'ambito delle diverse regioni del mondo sono emerse analogie e differenze: certamente, tra le prime, una convergenza nell'esigenza di un'etica per la pandemia fondata sui valori di relazionalità, cooperazione, solidarietà.

Un tema riconosciuto come centrale per la discussione globale è stato l'impatto sulla salute nell'ambito dei cambiamenti climatici, dei mutamenti demografici e della mobilità umana. Si tratta di promuovere ricerche a livello regionale e globale che tengano conto del presente e si proiettino nel futuro, identificando analogie e differenze nelle diverse aree del mondo, senza dimenticare che le strategie per mitigare i rischi e promuovere la salute devono essere orientate al "bene comune universale". In particolare un concetto più volte emerso è quello di "vulnerabilità": ci sentiamo tutti vulnerabili di fronte ai grandi cambiamenti che stiamo vivendo, dobbiamo però prendere coscienza che essi non sono un "destino" ma esistono strumenti per – insieme – trovare percorsi comuni per mitigarne le conseguenze gravi, che si proiettano sulle generazioni future.

Emerge con sempre maggior forza l'esigenza di una "competenza bioetica" (bioethics literacy), che parta dall'informazione e dall'educazione, unici strumenti che possono consentire la partecipazione attiva, consapevole e responsabile di tutti gli individui al dibattito pubblico. La bioetica va discussa dagli esperti, in modo interdisciplinare e pluralista: i Comitati nazionali per la Bioetica sono luoghi importanti di confronto e di lavoro, sempre più dovranno coinvolgere la politica per suggerire linee di azioni urgenti e coinvolgere la società civile sulle evoluzioni dei problemi bioetici.

Da Lisbona è emerso un messaggio forte: bisogna riconoscere e rinforzare il ruolo dei Comitati nazionali per la Bioetica nell'ambito della politica pubblica e della società civile. L'etica è chiamata a svolgere un ruolo cruciale a fronte delle rapidissime innovazioni scientifiche e tecnologiche che si stanno delineando e alle profonde trasformazioni sociali, un ruolo di adattamento ed evoluzione, nel rapporto tra scienza, politica e società.

Ordinario di Filosofia del diritto, Lumsa, componente del Comitato internazionale per la bioetica dell'Unesco

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE ASSOCIAZIONI

Pillola abortiva un'esperienza «traumatica e dolorosa»

«Con la pillola abortiva le donne che vivono una gravidanza indesiderata diventeranno invisibili e non sarà possibile ascoltarle e sostenerle. Chiediamo al presidente Bonaccini e all'assessore alla Sanità Donini di non lasciare ancor più sole le donne». Lo dichiarano la Comunità Papa Giovanni XXIII e FederVita Emilia-Romagna – riferisce

l'agenzia Sir – sulla decisione della Regione Emilia-Romagna di distribuire la Ru486 anche nei consultori. «L'uso della pillola abortiva – spiegato in una nota – risulta molto più doloroso per una donna a causa delle prolungate emorragie ed i dolori addominali, senza contare che «le donne vedono l'espulsione del feto», un fatto «traumatico».

LA STORIA La struttura sanitaria padovana delle Elisabettime non ce la fa più, malgrado il crescente bisogno di cure palliative. Le suore: abbandonate dalle istituzioni

Cresce la domanda di hospice, ma «Casa Santa Chiara» deve chiudere

ROMINA GOBBO

«È davvero brutto quando tu chiedi aiuto e nessuno risponde. Abbiamo lottato con le unghie e con i denti, ma abbiamo dovuto arrenderci. Evidentemente chi rappresenta la nostra Repubblica non sta rimuovendo gli ostacoli "che impediscono il pieno sviluppo della persona umana", come dice la Costituzione». Suor Claudia Berton, delle suore Francescane Elisabettime, nei giorni scorsi ha inviato ad *Avvenire* una lettera accorata. Dopo ventotto anni, la congregazione religiosa ha dovuto chiudere la struttura che oggi accoglie l'hospice «Casa Santa Chiara». Era stata aperta nel 1994 a Padova dopo la beatificazione della fondatrice, Elisabetta Vendramini, inizialmente per accogliere i malati di Aids, e dal 2006 per accompagnare malati in fase terminale. «Si tratta di una struttura accreditata, che opera per conto del Sistema sanitario regionale, e gratuita per l'utenza – chiarisce suor Claudia –. La Regione eroga 210 euro giornalieri per posto letto, ma solo quando occupato. Mentre gli stipendi – giustamente – vanno pagati ogni mese. Parliamo di 25 persone, 20 a contratto pieno, alcuni a part ti-

me. Sulla base della graduatoria stilata dall'Ulss 6 Euganea, abbiamo accolto oltre 2.000 persone di tutte le età, storie segnate dal dolore, volti che non dimenticheremo. Il libro posto all'ingresso testimonia l'affetto delle tante famiglie che negli anni si sono rivolte a noi».

Data la mancanza di risposte alle richieste di aiuto, dal 1° ottobre la struttura ha «abbassato le serrande», come da dichiarazione della superiora generale, suor Maria Fardin, pubblicata nel sito. «Dal 13 dicembre 2021, quando è stata inviata la prima lettera ufficiale, tutti erano al corrente della situazione drammatica, dal punto di vista economi-



Il «pallium» che copre la recinzione di Casa Santa Chiara

co e, quindi in termini di risorse umane – dice ancora suor Claudia –. Lo sapevano il presidente Luca Zaia, così come i dirigenti della Ulss 6 Euganea, i servizi sociali, il sindaco di Padova. Questa indifferenza resta per noi l'amarezza più grande». «Dal 2006 a oggi i costi sono notevolmente aumentati, perciò già da un annetto si profilava la chiusura. Non è stato un fulmine a ciel sereno, come si vorrebbe far credere. Noi speriamo solo che la Regione prenda atto dell'importanza degli hospice, affinché altri possano continuare a funzionare», afferma suor Lia Ragagnin.

Il 1° settembre Casa Santa Chiara ospitava ancora undici pazienti, dal 5 non sono stati più accettati nuovi ingressi, ma il 26 c'erano ancora pazienti, trasferiti nell'altro hospice di Padova, il «Paolo VI». Ma i posti sono insufficienti rispetto al continuo aumento delle richieste di cure palliative. «Pallium significa mantello – conclude suor Claudia –. Lo scorso anno abbiamo chiesto alle famiglie di realizzare mattonelle di lana; con questo patchwork abbiamo colorato le nostre mura. Ma adesso, chi poserà questo "mantello della cura e della dignità" sulle spalle dei sofferenti?».

© RIPRODUZIONE RISERVATA