Giovedì
9 **novembre** 2023
798
vita@avvenire.it
Avvenire

è vita

LA PERSONA E LA CURA

ALL'INTERNO

I GIORNI DELLA RICERCA AIRC
«Da scienziato e papà così combatto il cancro»
Elisabetta Gramolini a pagina II

SUL CAMPO
«Un cuore che batte» per cambiare mentalità
Francesco Ognibene a pagina II

IDEE
«Strategia dell'eccezione» pendio verso l'eutanasia
Enrico Negrotti a pagina III

INVECE, UN SAMARITANO

Un'eredità che dà frutto

Si vuole diventare giornalisti per tanti motivi: perché è bello scrivere, perché c'è la passione di raccontare agli altri, perché si desidera conoscere i fatti da vicino per poterne riferire... Ma al centro di tutto dev'esserci la consapevolezza che si tratta anzitutto di un servizio: al prossimo, alle coscienze, alla verità dei fatti. A grandi cause decisive per la comunità. Da questo spirito erano mossi due "di noi", colleghi di *Avvenire*: Piergiorgio Liverani e Piero Pirovano. Diversissimi per carattere (ironico e sobrio il primo, passionale ed eloquente il secondo) e per curriculum (uno direttore, l'altro nei ranghi della redazione milanese), ma uniti dall'aver speso il loro talento per affermare il diritto alla vita, al fianco di quel leader naturale del popolo *pro life* in Italia che è stato Carlo Casini. Liverani ne fu il compagno di viaggio per lunghi anni, avendone l'incarico di dirigere *Sì alla Vita*, il periodico del Movimento per la Vita che compie i suoi primi 45 anni. Pirovano fu tra i padri fondatori del Movimento, unendo poi le forze a quelle di Casini. Scomparsi nel 2022, a pochi giorni l'uno dall'altro, vedono ora uniti i loro nomi in un originalissimo premio giornalistico che onora la famiglia di *Avvenire*, voluto dal Movimento per la Vita e dalla sua presidente Marina Casini. La prima edizione, nei giorni scorsi, è andata a Domenico Mugnaini, direttore di *ToscanaOggi*, settimanale delle diocesi toscane, a lungo vicino a Carlo Casini. Bello sapere che nella nostra redazione è passata gente così, lasciando un'eredità che continua a dar frutto. **(F.O.)**

La lunga marcia delle cure palliative

Sempre più conosciute tra i medici, che però stentano a proporle ai loro pazienti. E i due terzi dei cittadini non sa se ci sono sul loro territorio. La ricerca Vidas-Ipsos

ANTONELLA **GALLI**

Le cure palliative: quanto le conoscono i cittadini? E quanto i medici? La risposta arriva da una ricerca condotta da Ipsos per Vidas – associazione di volontariato che da 40 anni è impegnata nell'assistenza socio-sanitaria gratuita ai malati con patologie inguaribili e ai loro familiari – in occasione della Giornata nazionale delle Cure palliative, che si celebra l'11 novembre. Lo studio, realizzato in collaborazione con la Federazione Cure palliative e grazie al contributo della Fondazione Giulio e Giovanna Sacchetti, ha coinvolto quasi 2.500 persone – fra cittadini, medici del territorio e ospedalieri – ed evidenzia che negli ultimi anni molto è cambiato. Dal confronto con una ricerca del 2011, emerge come oggi si sia quasi azzerata la quota di chi non ha mai sentito parlare delle cure palliative, passata dal 41 al 6%. La conoscenza non è solo più ampia, ma anche più approfondita: il 54% degli intervistati infatti dichiara di sapere «bene o abbastanza bene di che cosa si tratta».

E seppure ancora il 18% le ritiene sinonimo di terapie inutili, "naturali" o alternative alla medicina tradizionale, è sempre più diffusa la consapevolezza (86%) che permettono di migliorare la qualità della vita di persone malate e delle loro famiglie. Otto cittadini su dieci sanno che sono un diritto (sancito dalla legge 38 del 2010) e che devono essere garantite gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale. Il 60% ha chiaro che possono essere erogate a casa, in ospedale o negli hospice. Il 57 però non sa se sono attive o meno sul proprio territorio.

«La ricerca ci dice che c'è ancora molto da fare ma che molto è stato fatto – sottolinea Gino Gobber, presidente della Società italiana cure palliative (Sicp) –. C'è una conoscenza più profonda, che porta a richieste concrete. C'è consapevolezza che le cure palliative servono e sono irrinunciabili per tutti coloro che ne hanno bisogno: sono un diritto che deve essere erogato in tutti i luoghi deputati alla cura. La normativa in Italia è coerente ed è completa, e quello che serve è un'applicazione. In un panorama nazionale che è talmente frammentato da avere al suo interno sia l'eccellenza che l'assenza assoluta, l'eccellenza dimostra che l'obiettivo è raggiungibile».

La maggior parte dei medici di medicina generale e degli specialisti ospedalieri si ritiene informata. Tra i pediatri, però, solo uno su tre si sente sufficientemente aggiornato sulle cure palliative pediatriche e solo il 20% ne ha avuto esperienza diretta con i propri pazienti. Interessante notare che, pensando ai destinatari, per i cittadini intervistati è più facile immaginare adulti o anziani (87 e 88%) ma molto meno bambini, e solo quattro persone su dieci pensano che le cure palliative possano riguardare anche i più piccoli. «Eppure, solo in Lombardia, sono 1.600 i bambini che ogni anno ne avrebbero bisogno» evidenzia Giada Lonati, medico palliativista e direttrice socio-sanitaria di Vidas. Tornando ai medici, oltre l'80% è a conoscenza del diritto riconosciuto per legge, ma resiste ancora una percentuale che lo ignora: il 21% dei pediatri, il 17 degli specialisti ospedalieri, il 15 dei medici di medicina generale. La quasi totalità dei clinici si dimostra propensa a proporle indipendentemente dalle patologie, ma nella pratica le suggerisce soprattutto a pazienti oncologici; oltre il 60% inoltre è orientato a prospettarle quando i trattamenti non incidono più sul decorso della malattia, prima di arrivare alla fase terminale.

Dal punto d'osservazione dei medici, la percezione è che la popolazione sia poco informata sulle cure palliative (solo il 25% secondo i medici di famiglia, il 16 per gli specialisti ospedalieri, il 7 per i pediatri). Quando le propongono, però, i clinici devono rivedere la loro opinione, perché si trovano di fronte a una conoscenza più ampia del previsto. Questo aspetto si lega a un altro dato significativo: l'esperienza di assistere una persona con una malattia inguaribile in fase avanzata, sia diretta che riferita a familiari e conoscenti, riguarda due italiani su tre. E un quarto degli intervistati che ha avuto accesso alle cure palliative ne ha fatto richiesta spontaneamente.

«Secondo la ricerca, la pianificazione condivisa delle cure è un bene per oltre il 50% dei medici. E in quest'ottica allora credo sia fondamentale fare informazione per i cittadini, per accrescere la loro consapevolezza e renderli promotori della tutela dei loro diritti – riprende Lonati –. Lo studio però evidenzia anche un grande ostacolo che i clinici devono affrontare in relazione alla prescrizione delle cure palliative: parlare ai propri pazienti di malattia grave, prognosi infausta, morte. I medici sanno, in astratto, che cosa dovrebbero dire, ma per loro spesso è difficile trovare le parole giuste. Perché le cure palliative affrontano un dolore globale, che ha una dimensione fisica ma anche psicologica, sociale e spirituale. Per questo, a mio parere, è necessaria una formazione ad hoc, che deve essere non solo tecnica ma anche filosofica, umanistica e, soprattutto, comunicativa. Il palliativista sa lavorare sulle capacità specialistiche, per rispondere alle paure più concrete dei malati legate al dolore, alla perdita della dignità, dell'autosufficienza... Fra le sue competenze, però, deve esserci anche quella di vivere senza timore la dimensione relazionale con il paziente nel momento in cui si devono affrontare insieme temi difficili. Il nostro lavoro si fonda molto sulla dialettica, ma spesso si muove in un terreno di incertezza: per questo dobbiamo essere educati ad avere un linguaggio adatto alla comunicazione con i malati e i loro familiari. Per saper trasmettere la consapevolezza di quanto si può fare, di quanto è giusto fare, dei limiti, delle possibilità e di quanto le cure siano proporzionate rispetto al bisogno del paziente. Per sostenerlo, e sostenere chi gli è accanto, nella scelta migliore per dare qualità alla sua vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

AGENDA

«Salvifici doloris» corso della Cei

È in programma oggi (ore 15-16.30) il primo di quattro webinar di formazione organizzati dall'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute su «Il senso cristiano della sofferenza umana. A 40 anni dalla "Salvicifi "doloris», dal titolo «Il mondo dell'umana sofferenza», relatore don Andrea Gaino. Gli altri tre incontri sono su «Il senso della sofferenza» (fratel Davide Varasi, 16 novembre), «Il Vangelo della sofferenza» (don Maurizio Gronchi, 23 novembre) e «Il Buon Samaritano» (don Paolo Fini, 30 novembre). Info e iscrizioni: Salute.chiesacattolica.it. La lettera apostolica «Salvifici doloris» fu firmata da Giovanni Paolo II l'11 febbraio 1984, mentre è dall'anno successivo la creazione del Pontificio Consiglio degli operatori sanitari. La prima Giornata mondiale del malato reca invece la data dell'11 novembre 1993.

Cesena: cura, serve spiritualità

Domani alle 20.45 la Pastorale della salute della diocesi di Cesena-Sarsina organizza un incontro con don Tullio Proserpio, cappellano dell'Istituto dei Tumori di Milano, su «La spiritualità nella cura. Condivisione di una esperienza». Proserpio è autore di un libro sul tema, con prefazione di papa Francesco, scritto insieme allo psicoterapeuta Carlo Alfredo Clerici.

Roma, al Campus ecologia umana

Il 15 e 16 novembre l'Università Campus Bio-Medico di Roma organizza nella sua sede di Roma Trigoria un convegno internazionale su «Ambienti digitali ed ecologia umana». Tra i temi, l'etica delle tecnologie digitali, la neurgenomica, l'Intelligenza Artificiale con relazioni di Paolo Benanti, Adriano Fabris, Maria Chiara Carrozza, Roger Strand, Alfredo Marcos.

Sintomi di felicità

Le vite "stondate" e gli spigoli della realtà

MARCO VOLERI

Giorni fa ho parcheggiato l'auto. Il marciapiede era altro e spigoloso, ho toccato con la ruota anteriore e in un attimo si è sgonfiata come un palloncino. Sono sceso a vedere: avevo uno squarcio di almeno tre centimetri. Immaginatevi la scena: uno parcheggia, in mezzo a pensieri, impegni e la scansione del giorno che, inesorabile, corre sulle lancette, pensa a cosa dovrà fare dopo. E, improvvisamente, ha la gomma a terra. Il giorno dopo, di prima mattina, vado dal mio gommista, mi faccio dare una ruota, corro a cambiare la mia e gli porto l'auto. «È incredibile, Massimiliano – racconto –, ho appena toccato il marciapiede con la ruota ed ecco qua». «Ricordi come erano i marciapiedi anni fa? – mi risponde mentre alza l'auto col cric –. Stondati. Quando una ruota si avvicinava non gli davano il pizzicotto che ha preso la tua, e le ruote non si rompevano». Chiaro. Non è che abbiamo bisogno di una vita stondata, senza spigoli, senza marciapiedi quadrati e aggressivi. I marciapiedi "stondati" rappresentano un passato – neanche molto lontano – in cui le cose erano probabilmente più semplici, meno affilate e meno ostili. Questi marciapiedi simboleggiano, con un po' di fantasia (ma neanche troppa) una società più tollerante e inclusiva, dove le piccole imperfezioni venivano accettate senza conseguenze gravi. La nostra vita quotidiana è caratterizzata spesso da sfide spigolose e situazioni inaspettate che richiedono reazioni rapide e decisioni a volte improvvisate. Lo spigolo è in qualche modo il simbolo di una società più rigorosa e esigente, in cui il margine per l'errore è ridotto al minimo. La vera sfida, credo, possa risiedere nel trovare un equilibrio tra la rigidità e la flessibilità, nella vita e nelle relazioni. Non è necessario un mondo completamente "stondato", senza sfide o asperità. È altrettanto importante, però, non rendere tutto così "squadrato" da diventare ostile e privo di spazio per l'errore umano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL FATTO Il presidente di Mitocon

Dentro il rebus delle malattie mitocondriali

GRAZIELLA **MELINA**

«Noi stiamo dalla parte dei genitori, l'ultima scelta va data a loro». Il dramma della famiglia di Indi Gregory, la bimba affetta da una grave malattia mitocondriale il cui destino è appeso a un filo, riporta alla luce le difficoltà che vivono i genitori che si prendono cura di bambini con patologie rare e inguaribili. Marco Marmotta, presidente di Mitocon, l'associazione che dal 2007 affianca le famiglie e raccoglie e stanzia fondi per la ricerca (un milione e 500mila euro a partire dal 2011), lo dice con chiarezza: «Il fatto di sottrarre alla famiglia le decisioni, anche in una situazione così devastante, ci ha lasciati perplessi. Noi non entriamo nel campo etico ma ci mettiamo nei loro panni: i genitori devono poter dire dove far curare la bambina, come accompagnarla. Forse, in Italia è più semplice». Le malattie mitocondriali, patologie multisistemiche, che cioè colpiscono più organi, sono ancora un rebus per la scienza. Moltissime hanno un'insorgenza nei primi mesi, altre si possono manifestare anche in età adulta. «La diagnosi è devastante – spiega Marmotta –, ci vogliono anni per accettarla e non sempre ci si riesce: sono malattie degenerative che portano spesso al decesso o a patologie gravi. Sono molto complesse: anche se magari presentano la stessa mutazione potrebbero avere poi effetti diversi. Non ci sono cure, però esistono molte sperimentazioni in atto, alcune a livello clinico, tuttavia nulla di concreto, se non farmaci che rallentano il progredire della malattia. Poter decidere cosa fare, come agire, come accompagnare questi pazienti, per noi è importante».

Il problema è che gli operatori sanitari fanno fatica a riconoscere i sintomi e a indirizzare i genitori nei centri di eccellenza. «A livello di pediatria e medicina generale, alcuni passi avanti sono stati fatti – prosegue il presidente di Mitocon –. Dal punto di vista clinico e di ricerca abbiamo i migliori professionisti al mondo. Il problema è quando insorgono le crisi: e allora o si è fortunati e ci si può rivolgere subito, per esempio, a Roma al Bambino Gesù o al Policlinico Gemelli, o all'Istituto neurologico Besta a Milano, oppure non si sa cosa fare». Solo pochissime Regioni, infatti, hanno predisposto percorsi e protocolli specifici per la presa in carico di questi pazienti. «Uno dei problemi principali delle patologie sistemiche riguarda l'emergenza. Quando si arriva al pronto soccorso, spesso per crisi epilettiche, i pazienti affetti da malattie mitocondriali rischiano di ricevere gli stessi farmaci che si danno per gestire questa condizione. Purtroppo i genitori vengono messi alla porta, non potendo indirizzare i medici sui trattamenti da fare. E così per i malati tutto si complica. Anche per questo noi chiediamo che per le malattie mitocondriali la sanità sia nazionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSIyMjZDc4MTQzZjktMWViNS00NTliLWE1MjMtNDFjYTBlMTc0MDVhIyMjODk0MmRhNzAtMWFhMS00ZGIzLTgwMWEtMDJjMDhkMTgzYjM2IyMjMjAyMy0xMS0xM1QxMjowOTowOSMjI1ZFUg==

FRONTIERE

«Contro i tumori, da scienziato e papà»

L'oncologo Luca Boldrini, testimonial dei «Giorni della ricerca» Airc: tanto tempo sottratto alla famiglia, ma a mio figlio vorrei lasciare un mondo migliore

ELISABETTA **GRAMOLINI**

Senza cuore non si va avanti, nemmeno nella ricerca oncologica. Lontano dal microscopio, nelle stanze dei reparti, il dato scientifico si inserisce nei piani che attraversano la patologia, tocca la dimensione umana del paziente, coloro che gli ruotano attorno, e torna in mano al clinico, arricchito dall'esperienza. «In corsia nascono i dubbi e le necessità che il ricercatore in laboratorio non avrebbe l'opportunità di scoprire. In prima linea vediamo i problemi che paiono insormontabili, pensiamo come poterli tradurre in approcci sperimentali che ci aiutano a fare medicina traslazionale, cioè a generare evidenze nella pratica clinica», spiega Luca Boldrini, ricercatore e oncologo radioterapista del Policlinico Universitario Gemelli di Roma, titolare di un progetto nell'ambito del nuovo bando Next Gen Clinician Scientist sostenuto dalla Fondazione Airc per la ricerca sul cancro. Per parlare della sua ricerca, Boldrini è stato invitato al Quirinale il 30 ottobre dal presidente della Repubblica Sergio Mattarella per la cerimonia inaugurale della campagna di sensibilizzazione Airc «I Giorni della ricerca». «Il mio progetto, chiamato "Moreover" – dice Boldrini – va ad arricchire un'esperienza precedente, lo studio Thunder II, di ulteriori due variabili nella ricerca oncologica: la genomica e il microbiota. Si tratta di un lavoro complesso, che vede al centro la possibilità di trovare nuove strategie di ottimizzazione del trattamento radiochemioterapico del tumore del retto localmente avanzato, utilizzando l'analisi quantitativa delle bio-immagini, la cosiddetta radiomica». Volto della campagna di quest'anno, Boldrini appare sia con suo figlio Edoardo, due anni, sia con Marta, una giovane paziente oncologica. «Abbiamo cercato di dare l'immagine delle diverse anime di chi fa la ricerca – commenta –: quelle del ricercatore e del padre. A volte dobbiamo fare i conti con il lavoro in laboratorio, che toglie tanto tempo alla famiglia, ma spesso dico che voglio lavorare per mio figlio, per fare in modo che in futuro sia fiero del mio lavoro e felice di ricevere un mondo migliore di come l'ho trovato io».

L'équipe di ricerca di Luca Boldrini (al centro)

E grazie anche agli sforzi delle donne e degli uomini in laboratorio i passi compiuti dalla ricerca oncologica consentono oggi di raggiungere risultati fino a ieri impensabili. Secondo l'ultimo rapporto dell'Associazione italiana registri tumori (Airtum), circa 3,6 milioni di persone hanno superato una diagnosi di cancro, con un incremento del 37% nella sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi rispetto a solo dieci anni fa.

Il cancro però resta un'emergenza. In Italia lo scorso anno sono stati diagnosticati 390mila nuovi tumori, più di mille al giorno: si stima che il cancro abbia colpito solo nel nostro Paese 205mila uomini e 185mila donne, con un incremento in due anni di circa 14mila casi.

«Il mio desiderio da ragazzo era capire i tumori per riuscire a curarli. Oggi questo sogno si sta realizzando – ricorda il direttore scientifico della Fondazione, Federico Caligaris Cappio –. Ci sono tumori che possono essere guariti, anche se oggettivamente rappresentano la minoranza. Per altri ci può essere una cronicizzazione facendo diventare il tumore come uno sgradevole "compagno di viaggio" con cui convivere, facendo una vita normale». Per quelli ancora non curabili la ricerca è indispensabile e ha bisogno di essere sostenuta, in Italia più che mai. «Mancano – sottolinea Caligaris Cappio – un importante investimento e la convinzione che la ricerca sia il passaporto verso un futuro migliore. La parte di Pil che l'Italia dedica alla ricerca è inferiore rispetto ad altri Paesi che hanno risultati migliori. Airc ha sempre creduto nella scienza: quest'anno abbiamo erogato nei progetti di ricerca oncologica 137 milioni di euro destinati a 6mila ricercatori. Cerchiamo di dare il buon esempio, e i risultati non fanno altro che confermare l'atteggiamento di fondo». Negli ultimissimi anni sono anche cambiate le tattiche per attaccare il cancro: «I tumori sono di 200 tipi diversi – rammenta il direttore scientifico –, non è possibile avere un'unica strategia. Per certi tumori, come quelli intestinali, l'indagine del microbioma è fondamentale. L'approccio genetico per dare una carta d'identità e conoscere le caratteristiche della neoplasia per attaccarla in maniera efficace, invece, vale per tutti. Un altro orientamento è rappresentato dalla immunologia, ovvero da come il nostro sistema immunitario reagisce o può essere convinto a reagire contro il cancro. Anche in questo caso si aprono diverse possibilità, ognuna delle quali può essere adattata al tipo specifico di tumore. Il vaccino terapeutico infine è un'ulteriore strada, e fa sempre parte del capitolo dell'immunologia, ovvero capire come usare il nostro sistema immunitario. Ma ne vedremo gli sviluppi nei prossimi anni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In sintesi

1

In Italia nel 2022 sono stati diagnosticati 390mila nuovi casi di tumore: 205mila uomini e 185mila donne In un solo anno si è registrato un aumento di 14mila casi

2

Nel totale, i casi più numerosi sono di cancro alla mammella (14,3%, il 30% di quelli registrati nelle donne), poi quelli al colon-retto (12,3%) Tra gli uomini prevalgono i tumori alla prostata (19,8%)

SUL CAMPO Convegno a Roma

Con i medici Unitalsi ogni pellegrinaggio diventa una "terapia"

Accompagnare i malati a Lourdes è un compito impegnativo per un medico. Lo sottolinea Anna Maria Biancucci, responsabile dei medici volontari che accompagnano i pellegrinaggi Unitalsi, nell'illustrare i risultati del convegno «Essere sempre preparati per aiutare i nostri amici in difficoltà», a fine ottobre a Roma. «Sentiamo di avere una responsabilità enorme, verso i e i familiari che ce li affidano – aggiunge –. Al convegno abbiamo esaminato le criticità del nostro compito durante i pellegrinaggi, che non sono tanto a Lourdes quanto durante il viaggio con i treni bianchi, che non sono propriamente treni-ospedale».

La possibili necessità dei malati sono le più varie: «Abbiamo con noi pazienti che hanno necessità molto differenti, dai cardiopatici ai pazienti oncologici, o anche malati che rischiano crisi respiratorie. E molti sono affetti da più patologie» racconta Biancucci. E d'altra parte «anche noi medici volontari abbiamo diverse specializzazioni: io sono anestesista, ma ci sono medici di medicina generale, chirurghi, nefrologi... Ma dobbiamo essere "pronti a tutto"».

Durante il pellegrinaggio nazionale a Lourdes di fine settembre, per esempio, ci sono state difficoltà legate allo sciopero delle ferrovie fran-

I medici Unitalsi al pellegrinaggio nazionale

cesi: «Per i malati ci sono stati grandi disagi – ricorda Biancucci –. Il nostro compito non è solo quello di accudire i pazienti noti ma anche di essere a disposizione per tutti i pellegrini. E abbiamo dovuto compiere alcuni interventi anche per dame e barellieri. Fortunatamente eravamo un bel gruppo: 55 camici bianchi (e 29 infermieri) da tutte le regioni, più di un medico ogni 80 pellegrini». Il convegno è stata l'occasione per approfondire le strategia per affrontare ogni tipo di emergenza, da quelle pediatriche a quelle del paziente adulto. «Ci hanno guidati Corrado Cecchetti, responsabile di Struttura complessa Area rossa, Dipartimento di Emergenza dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, e Luigi Carbone, direttore dell'Unità operativa complessa Pronto soccorso, Medicina d'urgenza e Medicina generale dell'Ospedale Fatebenefratelli Gemelli-Isola di Roma». Nel convegno «abbiamo ricevuto molte informazioni e consigli. Anche su quando fermare un paziente perché farlo viaggiare sarebbe un rischio troppo grande. E cosa fare in tutti i tipi di emergenza che possono capitare durante il viaggio. A Lourdes possiamo contare anche su un ospedale a breve distanza dal Santuario». Tra i consigli pratici anche l'utilizzo di un piccolo robot: «Sono sistemi non troppo costosi – puntualizza Biancucci – che permettono di controllare tutti i parametri vitali con un unico apparecchio. Abbiamo prefigurato la possibilità di dotarci di un modulo di accompagnamento che riporti tutte le caratteristiche cliniche del paziente e i nostri interventi, utile sia per il malato sia per il suo medico. Infine stiamo studiando la possibilità di semplificare i moduli che i medici di famiglia devono compilare per indicarci i dati clinici del loro assistito prima che parta in pellegrinaggio».

Trattandosi di pellegrinaggio a un santuario la dimensione spirituale è parte dell'assistenza, tema affrontato da don Romano De Angelis, parroco di San Luca a Roma, che «ha sottolineato l'aspetto fondamentale della speranza, che sostiene non solo i cristiani. È dimostrato scientificamente – conclude Biancucci – che in presenza di malattie che producono stress, come il tumore, migliora la sopravvivenza se il paziente è animato da una forma di speranza. Gli oncologi consigliano di non lasciarsi prendere dalla depressione perché un buon tono dell'umore aiuta a combattere la malattia».

Enrico Negrotti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANALISI

LA PILLOLA GRATIS RIMUOVE LA REALTÀ E LA FISIOLOGIA

EMANUELA **LULLI**

In un momento di grave denatalità del Paese e di pressione economica della spesa farmaceutica sul welfare sanitario la notizia della ormai prossima decisione delll'Aifa circa la rimborsabilità della pillola contraccettiva alle donne sotto i 26 anni induce diverse riflessioni non solo di natura economica.

Come medico ginecologo mi chiedo se la liberalizzazione dell'accesso al farmaco, non privo di ricadute sulla salute della paziente, possa portare all'adozione di comportamenti sessuali di ancor maggiore promiscuità, determinando, al di là di inevitabili ricadute infettivologiche, una ulteriore banalizzazione della dinamica della relazione sessuale.

L'età media del primo rapporto sessuale si è abbassata fino ai 17-18 anni, ovvero in una fase della vita della donna che vede nel corpo adolescente una immaturità ormonale del ciclo ovarico associata a una immaturità delle difese immunitarie delle mucose genitali. In questo contesto l'assunzione di un farmaco ormonale che ha come azione principale la soppressione dell'asse ormonale ipotalamo-ipofisi-ovaio può risultare devastante per la futura fertilità femminile. Inoltre la libertà di sentirsi "protette" favorisce comportamenti promiscui e annichilenti per la giovane donna. Non di rado, infatti, le ragazze giungono in ambulatorio impaurite e nella solitudine, pur vivendo diverse e poco appaganti relazioni sessuali. I ragazzi del XXI secolo pongono a noi adulti domande sul senso della relazione umana affettiva, prima che sessuale. E noi avremmo il dovere di regalare loro risposte piene e non semplici palliativi, kit usa-e-getta per la sopravvivenza. Il triste fenomeno diffuso della "pillola-dipendenza" che risolve tutti i nostri problemi fisici ma soprattutto comportamentali, e che spesso non ci vede protagonisti attivi ma passivi, non può che lasciare in queste ragazze un vuoto di crescita e di vita. Al pari del fumo e del cibo non controllato, anche il sesso finisce per dover essere regimentato da una pillola. Si pensa – erroneamente, a mio parere – che l'assunzione quotidiana di un farmaco (che contraddizione chiamare "farmaco" un presidio che non ha azione terapeutica e non viene usato nei confronti di una malattia...) possa silenziare le mille domande che dietro un gesto sessuale vissuto da un'adolescente. Ma la realtà della relazione d'amore prima che sessuale esige una risposta "alta" sia da parte degli educatori che da parte del mondo sanitario.

Medico di medicina generale e ginecologa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DA SAPERE

L'INIZIATIVA

Nelle piazze, online, in tivù per incontrare i nuovi donatori

L'iniziativa «I Giorni della ricerca» prosegue fino al 17 novembre con un ricco programma di iniziative per informare i cittadini sui progressi della ricerca oncologica e raccogliere nuove risorse per sostenere i ricercatori Airc. Fino al 12 novembre i palinsesti della Rai racconteranno i risultati dello sforzo compiuto dalla scienza per curare il cancro e le sfide del futuro attraverso le storie di ricercatori, medici, volontari e di chi ha affrontato la malattia. I ricercatori andranno anche nelle scuole di I e II grado per avvicinare i giovani alla bellezza della ricerca e nelle università, attraverso gli eventi promossi da AIRCampus. Sabato 11 novembre torna l'appuntamento con i Cioccolatini della Ricerca: i volontari Airc distribuiscono in 2mila piazze italiane una nuova confezione di cioccolato firmata Venchi. I cioccolatini saranno inoltre disponibili per tutto il mese di novembre online su Amazon.it e in 1.350 filiali Banco Bpm. Infine nelle giornate del 10, 11, 12 e 17 novembre, la campagna sarà anche sui campi di calcio della Serie A con «Un Gol per la ricerca». (E.Gr.)

Boldrini col figlio nella campagna Airc

L'INIZIATIVA La proposta di legge di iniziativa popolare sostenuta da una rete di associazioni

«Un cuore che batte», firme per cambiare

FRANCESCO **OGNIBENE**

È presto per stilare un bilancio della raccolta di firme sulla proposta di legge di iniziativa popolare «Un cuore che batte» lanciata da una rete di una cinquantina di associazioni e realtà territoriali impegnate nella promozione della vita umana (tra le più note, Pro Vita & Famiglia, Verità e vita, Ora et labora in difesa della vita, CitizenGo, Generazione Voglio Vivere). Ma quel che i promotori possono già dire, all'indomani della chiusura dei termini per le 50mila firme prescritte, è che si è raggiunto l'obiettivo prioritario: sensibilizzare le persone incontrate e aprire un confronto su un tema purtroppo diventato un tabù del dibattito pubblico come l'aborto. Nessuno si nasconde che l'eventuale percorso parlamentare sarebbe assai problematico, ma al network associativo che ha messo in campo i suoi volontari in tutta Italia premeva far incontrare la realtà della vita nel grembo materno attraverso l'idea al centro del progetto di legge. La proposta, depositata in Cassazione il 16 maggio, vuole infatti introdurre nell'articolo 14 della 194 il comma 1-bis: «Il medico che effettua la visita che precede l'interruzione volontaria di gravidanza ai sensi della presente legge è obbligato a far vedere, tramite esami strumentali, alla donna intenzionata ad abortire, il nascituro che porta nel grembo e a farle ascoltare il battito cardiaco dello stesso». «Il battito del cuore – spiega Jacopo Coghe, leader di Pro Vita – restituisce al bambino quell'umanità che gli è stata sottratta dalla legge e dalla mentalità che la difende». Un approccio che ha convinto molte persone, tra loro anche i vescovi di Terni, Lecce, Mileto, Sanremo e Vibo.

Ma quale risultato può conseguire in termini culturali un'iniziativa come questa? «Può rimettere al centro del dibattito culturale l'aborto ed entrambi i soggetti coinvolti – risponde Maria Rachele Ruiu, portavoce di Pro Vita –: le mamme che meritano un *counselling* onesto su cosa sia l'aborto e aiuti concreti quando sono in difficoltà, e soprattutto il troppo dimenticato figlio, quel piccolo essere umano nel grembo della mamma che è innegabilmente vivo e uno di noi. È violento, nel 2023, all'epoca delle ecografie raccontare che quello è un grumo di cellule». Una proposta di legge così congegnata mette radicalmente in discussione la 194: portarla avanti serve ad «aprire un dibattito franco sull'aborto – prosegue Ruiu –. Oggi sembra quasi che aborto e nascita, morte e vita, siano scelte equivalenti. Non possiamo arrenderci a un mondo che abbandona le donne all'aborto, alle sue conseguenze fisiche e psicologiche, e indica loro i figli come un problema da eliminare. Una donna oggi è aiutata solo ad abortire, ed è vergognoso. Nessuna condizione personale può essere motivo di discriminazione, né può determinare il valore di un essere umano». Raccogliere firme in banchetti per strada, sedi associative e Comuni (cui erano stati inviati documentazione e moduli), è servito a «riconoscere che ciascuno di noi, sin dal primo istante dopo il concepimento, con la nostra unicità irripetibile, corredati da un Dna straordinariamente inedito, diverso da quello di mamma e papà, abbiamo iniziato un viaggio con uno sviluppo continuo e prodigioso che ci ha portati fino a qui», oltre che ad «affiancare le mamme per sostenerle anche nelle difficoltà e nelle paure di questo misterioso viaggio che è la vita».

L'immagine-simbolo della campagna sul sito ufficiale

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSIyMjZDc4MTQzZjktMWViNS00NTliLWE1MjMtNDFjYTBlMTc0MDVhIyMjODk0MmRhNzAtMWFhMS00ZGIzLTgwMWEtMDJjMDhkMTgzYjM2IyMjMjAyMy0xMS0xM1QxMjowOTo1NiMj1ZFUg==

IDEE

Strategia dell'eccezione, via di morte

Dai casi umani drammatici allo scardinamento del diritto alla vita che lo Stato deve garantire: come si costruisce il percorso verso il suicidio assistito per legge

ENRICO **NEGROTTI**

Da bambini giocando ripetevamo "l'eccezione non fa la regola"; da tempo sembra diventata un'abitudine, talvolta nel legiferare, spesso nelle aule di giustizia, la volontà di "tutelare" l'eccezione. Salvo poi cercare, per successivi aggiustamenti, di allargare il varco creato con una eccezione a un numero di casi sempre maggiore. O addirittura, sulla base del principio di uguaglianza sancito dall'articolo 3 della Costituzione, buttare letteralmente all'aria ogni limite imposto dalle norme, anche costituzionali. E capovolgere i principi della legge originaria. Questa "strategia dell'eccezione" viene utilizzata soprattutto nei casi di fine vita: da un caso pietoso, estremo, si finisce con lo scardinare il diritto alla vita, che è preciso dovere dello Stato e principio di garanzia per tutti i cittadini. Dietro alla difesa del diritto all'autodeterminazione di ogni essere umano si cela un atteggiamento orientato a favorire la morte. Negli ultimi tempi, le "battaglie" in tema di diritti dei malati e di fine vita a suon di casi utilizzati mediaticamente si stanno moltiplicando, con un innalzamento del livello dello scontro giuridico e delle pretese dell'Associazione Luca Coscioni, che quasi sempre sostiene questi malati e cerca di affermare un inesistente diritto all'eutanasia. Eccone un breve catalogo.

A metà settembre la Procura di Milano ha chiesto al giudice per le indagini preliminari (gip) di archiviare la posizione di Marco Cappato, che portò a uccidersi in Svizzera due persone malate nel 2022. Nessuna delle due aveva le condizioni stabilite dalla Corte Costituzionale, nella sentenza 242/2019, per considerare non punibile l'aiuto al suicidio. Ricordiamole: la Consulta aveva deciso non di cancellare il reato dell'aiuto al suicidio (art. 580 del Codice penale) ma di considerare non punibile il comportamento di chi «agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e 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 ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli».

> Nei Paesi in cui è stata varata una legge sull'eutanasia questa pratica si è progressivamente allargata

Quindi la Corte costituzionale aveva stabilito che si potesse fare eccezione alla regola di punire l'aiuto al suicidio in ben determinati e ristretti casi. Una sentenza "tagliata su misura" sul caso di Fabiano Antoniani (dj Fabo) anch'egli, nel 2017, portato in Svizzera da Cappato per uccidersi: tuttavia, proprio perché riconosceva che la materia è delicatissima e che devono essere evitati abusi (irrimediabili) a danno delle persone più vulnerabili, la Corte circoscriveva a pochissime circostanze la possibilità di non punire chi favorisce un suicida. Invece i due casi di cui dovrà occuparsi il gip del Tribunale di Milano non corrispondono ai limiti posti dalla Consulta per almeno un parametro: nessuno dei due malati dipendeva da mezzi di sostentamento vitale, quali respiratore meccanico o alimentazione artificiale. Senza trascurare il fatto che un malato che, nel 2022 (cioè tre anni dopo la sentenza della Consulta), cercasse un aiuto per uccidersi senza mettere nei guai chi questo aiuto gli avesse prestato avrebbe dovuto ottemperare anche alle altre due indicazioni della stessa sentenza della Corte costituzionale: cioè che le «condizioni (del paziente) e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente». Attività che né i malati che si sono poi tolti la vita, né Cappato stesso si sono premurati di fare.
Tuttavia i pubblici ministeri sembrano non accontentarsi dello spiraglio aperto dalla Consulta nel 2019 e hanno argomentato che l'indagato andrebbe assolto per non violare l'uguaglianza tra le persone, cioè – traduciamo – per non discriminare i malati che non dipendono da sostegni vitali. Addirittura hanno sostenuto che questi sostegni vitali sarebbero stati rifiutati dai malati in questione, sulla base del principio – tutelato dalla Costituzione all'art. 32 e ribadito dalla legge 217/2019 sul consenso informato – che nessuno può essere sottoposto a un trattamento sanitario contro la sua volontà. E hanno già prefigurato di ricorrere di nuovo alla Corte costituzionale se il gip chiederà l'imputazione coatta dell'indagato.

Un secondo tentativo di "allargamento" delle regole è quanto deciso a fine settembre a Trieste per permettere ad "Anna", affetta da sclerosi multipla, di togliersi la vita. In questo caso l'azienda sanitaria ha verificato preventivamente il sussistere delle condizioni per non punire l'aiuto al suicidio, e le ha riconosciute ancora una volta senza che risulti che la malata dipenda da trattamenti di sostegno vitale. Ma l'associazione Luca Coscioni non si accontenta e parla di requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito che addirittura vorrebbe fosse realizzato dal Servizio sanitario nazionale, travalicando il perimetro della sentenza 242/2019, che aveva esplicitamente sottolineato che «la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici», e quindi tanto meno in capo alle strutture del Servizio sanitario, che tra i suoi compiti (legge 833/1978 art. 2) non ha quello di uccidere le persone.

Un terzo caso è l'archiviazione chiesta a metà ottobre dalla Procura di Firenze per un caso analogo, sempre a carico di Marco Cappato. Anche questo paziente, affetto da sclerosi multipla, non era sostenuto da "trattamenti di sostegno vitale". E ancora una volta i pm hanno prefigurato un ricorso alla Consulta per far dichiarare incostituzionale questa condizione, sempre sulla base del principio di uguaglianza dell'art. 3 della Costituzione. Infine il caso di questi giorni: la Asl Roma 1 ha verificato che la signora Sibilla Barbieri non aveva trattamenti di sostegno vitale. E allora è stata accompagnata in Svizzera per togliersi la vita. Ora il mondo radicale protesta e accusa addirittura di "tortura" la Asl romana. Dando forse per scontato quello che scontato non è: il "diritto" al suicidio. Ma la Corte costituzionale – proprio nella sentenza 242/2019 – ricorda che dall'articolo 2 della Costituzione («La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo») «discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire». E ribadisce che anche la giurisprudenza della Corte europea dei diritti umani (Cedu), che già nel 2002 ("caso Pretty") aveva stabilito che non esiste «un vero e proprio diritto a morire».

Vale la pena di ricordare che nei Paesi in cui è stata approvata una legge sull'eutanasia, questa pratica si è progressivamente allargata, da poche e limitate condizioni, a un numero sempre maggiore di fattispecie, fino alle sofferenze psichiche e persino – è stato proposto – per impossibilità a pagarsi le cure. Fino a chi sostiene il "diritto a chiedere la morte" da parte di ogni paziente, grave o no. Gli "alfieri della morte" sono sempre in azione, infaticabili, ma le civiltà si costruiscono sulla difesa del diritto alla vita. Per tutti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In sintesi

1
Non è vero che in Italia "manca una legge sul fine vita", come si sente ripetere quando vengono lanciati sui media i casi drammatici di persone che hanno scelto di morire per non soffrire

2
Il nostro ordinamento è centrato sul diritto alla vita e sul diritto alla salute, che lo Stato deve garantire Dunque mai è tenuto a erogare farmaci che danno la morte

3
A questi diritti è ispirata la legge 38 che dal 2010 definisce le cure palliative come un diritto. E la legge 219 sulle Disposizioni anticipate di trattamento non introduce il diritto di morire

BOLOGNA Sabato il workshop

Le sfide del fine vita tra spinte eutanasiche e diritto alla salute

«Insieme per Cristina» con Ipsser, Veritatis Splendor e Avvenire: una giornata per capire

«Tutela della vita umana, disponibilità e scelte sulla propria vita, sollievo dal dolore, compiti della comunità: sono i grandi temi evocati dalle possibilità della scienza nell'assistenza sanitaria in situazioni estreme. In questo campo entrano in gioco le possibilità e i compiti della medicina, i diritti e le scelte del paziente, la vicinanza della comunità». Lo scrive don Fiorenzo Facchini, antropologo e bioeticista, introducendo i temi al centro del workshop sul fine vita che ha contribuito a organizzare a Bologna per sabato 11 su «La tutela della vita tra eutanasia, suicidio assistito e cure palliative», promosso da Ipsser (Istituto petroniano di studi sociali Emilia Romagna), Istituto Veritatis Splendor della diocesi, Associazione Insieme per Cristina e *Avvenire*.
«La materia – spiega Facchini in un articolo pubblicato su *Bologna Sette*, inserto diocesano domenicale di *Avvenire* – si presta a una casistica molto ampia, oscillando fra due estremi: il suicidio assistito e l'accanimento terapeutico, entrambi da evitare sul piano etico. La competenza e le cure del personale sanitario restano fondamentali in queste situazioni. Ma resta il tema della disponibilità della propria vita, resta il problema del suicidio assistito, una forma di eutanasia, finora non ammesso nella nostra legislazione, ma di cui è stata sollecitata una regolamentazione da una sentenza della Corte Costituzionale, la 242/2019. Essa sembra avere aperto un varco in questa materia. In ogni caso, l'assistenza al suicidio non può essere considerata un diritto. Ferma restando la liceità di trattamenti sanitari anche se, con l'alleviamento del dolore, possono accelerare la fine della vita, va riaffermato il principio della indisponibilità della vita umana insieme con il diritto-dovere di alleviare la sofferenza. Ma la scelta del paziente potrebbe confliggere con i doveri della professione medica? Al di là degli aspetti strettamente giuridici, la dimensione etica trova un alleato nella terapia del dolore e nelle cure palliative».
L'appuntamento di sabato (dalle 9 alle 13 nella sede di Fondazione Ant in via Jacopo di Paolo 36 a Bologna) è il sesto di una serie sul fine vita che vede la diocesi di Bologna da tempo in prima linea nel promuovere la riflessione e l'impegno sulle frotniere più complesse e sofferte della vita. Tra i relatori, Ivo Colozzi, Paolo Cavana, padre Giorgio Maria Carbone, Danila Valenti, Silvia Varani, Maria Caterina Pallotti, Gianluigi Poggi e Francesco Ognibene, moderati da Lucia Bellaspiga. Per partecipare è richiesta l'iscrizione online (www.ipsser.it/11novembre2023. Info: fondazione@ipsser.it ; 0516566289).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Humanity 2.0

IA promettente ma i medici già diffidano

PALO BENANTI

Negli scorsi giorni il presidente americano Biden e il primo ministro inglese Sunak hanno fatto importanti passi nella regolazione delle intelligenze artificiali (IA): il primo emanando un ordine esecutivo destinato ad avere una grande influenza su come questi sistemi saranno sviluppati; il secondo radunando i leader del mondo in un incontro che ha visto la storica firma su un documento di intesa internazionale in un incontro sulla sicurezza delle IA. Tuttavia, se queste sono le intenzioni politiche, la prassi che oggi abbiamo nell'uso di queste tecnologie è piuttosto diversa. In particolare nella cura della salute. Ad investigare la distanza tra la frontiera internazionale e la vita in corsia è stato un articolo del *New York Times* in cui emerge come i medici si scontrino con l'IA nell'assistenza ai pazienti, a loro dire per una scarsa supervisione sull'uso e gli effetti di questi strumenti. La Food and Drug Administration, l'agenzia Usa sui farmaci, ha dato il via libera a molti nuovi programmi che utilizzano l'IA, ma i medici sono scettici sul fatto che gli strumenti migliorino l'assistenza o siano supportati da una solida ricerca. Ci sono stati numerosi incidenti di percorso: il programma destinato a prevedere quando i pazienti avrebbero sviluppato la sepsi ha innescato una valanga di falsi allarmi, un altro, destinato a migliorare le cure di follow-up per i casi più seri, che sembra aver aggravato le già preoccupanti disparità sanitarie. Tutto questo sembra si sia tradotto in una tendenza del personale medico a mantenere l'IA in disparte: come assistente, scriba, secondo parere casuale, organizzatore di back-office.
Tuttavia l'AI è un argomento caldo: sta aiutando a scoprire nuovi farmaci, potrebbe individuarne effetti collaterali inattesi, può aiutare il personale oberato da compiti routinari. Nell'inchiesta del *New York Times* il ruolo della Fda è però stato oggetto di aspre critiche sul modo in cui esamina e descrive i programmi che approva per aiutare i medici a individuare qualsiasi cosa, dai tumori ai coaguli di sangue, ai polmoni collassati. Jesse Ehrenfeld, presidente dell'American Medical Association, ha dichiarato che la condizione per cui i medici incorporino queste cose nel loro flusso di lavoro è avere la certezza che gli strumenti funzionino. Questo elemento è lo stesso che compare nell'ordine esecutivo di Biden: «È importante supervisionare lo sviluppo e la sicurezza dell'IA e costruire sistemi di cui le persone possano fidarsi». Il problema più grande al momento è che nessuna agenzia statunitense governa l'intero panorama delle IA. Emerge che i medici stanno sollevando altre domande mentre cercano di utilizzare i circa 350 strumenti software che la Fda, trovando poche risposte alle domande di base: come è stato costruito il programma? Su quante persone è stato testato? È probabile che identifichi qualcosa che sfugge a un normale medico?E così i medici si tirano indietro, diffidando di una tecnologia che sembra così promettente. L'algoretica ci chiede di superare questo impasse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

BIOPOLITICA Il Consiglio regionale ammette alla discussione dell'aula la proposta sulla quale i radicali hanno raccolto 11mila firme

Il Piemonte apre l'iter sul suicidio assistito, ma prevalgono i dubbi

Una legge locale non sarebbe costituzionale Per questo i presidenti delle Assemblee legislative regionali attendono un parere "pro veritate" dalla Consulta

DANILO **POGGIO**

Anche se il Consiglio regionale del Piemonte ha approvato l'ammissibilità della proposta di legge di iniziativa popolare sul suicidio assistito, il provvedimento «non avrà sicuramente possibilità di proseguire il suo iter a causa dell'incostituzionalità della materia». A dirlo è il presidente dell'assemblea Stefano Allasia (Lega), dopo la votazione che ne ha riconosciuto la possibilità della discussione in aula. Il testo, elaborato dall'Associazione Luca Coscioni e già presentato in Veneto e Friuli Venezia Giulia, mira a definire tempistiche e procedure certe nelle organizzazioni delle Asl sul territorio regionale, facendo riferimento ai criteri stabiliti dalla sentenza della Consulta 242/2019.
«Abbiamo votato in Aula l'ammissibilità della proposta di legge di iniziativa popolare dell'Associazione Coscioni – spiega Allasia – perché nell'ufficio di presidenza io e il vicepresidente Graglia abbiamo ritenuto che il sì non fosse costituzionalmente accettabile. La commissione di garanzia ha valutato all'unanimità ammissibile la proposta a livello tecnico per le procedure di presentazione e per le 11.000 firme raccolte, ma sono emersi profondi dubbi sulla competenza regionale a proposito del tema trattato. Per questo, si è preferito demandare la decisione all'Aula». I dubbi però restano. «La proposta – continua Allasia – si rifà a una sentenza della Corte Costituzionale che ricusa un articolo del Codice penale, per cui nelle more di questa ricusazione alcune associazioni hanno tessuto alcune idee sul suicidio assistito. Noi però riteniamo inaccettabile proporlo a livello regionale, perché non è una competenza della Regione. È un problema che non vale solo per il Piemonte. Da mesi, nell'ambito della Conferenza dei presidenti delle Assemblee legislative delle Regioni, abbiamo chiesto un pronunciamento alla Corte costituzionale, e a breve dovrebbe arrivare anche un parere "pro veritate" di un costituzionalista. Pare evidente che non possano essere le Regioni a occuparsi di suicidio assistito, perché sarebbe inammissibile un trattamento diverso nei diversi territori italiani. Forse questa scelta di presentare le leggi nelle differenti Regioni è stata presa per arrivare all'annullamento da parte della Consulta e, di conseguenza, portare il Parlamento a legiferare».
L'ammissibilità in Aula è stata approvata a larga maggioranza, con 34 sì, due no e tre astenuti, ma già durante la discussione la Lega aveva rimarcato una presa di distanza, motivata dal capogruppo leghista Alberto Preioni con la considerazione che si trattasse di un voto tecnico, senza esprimersi sul merito della questione. Nel corso del dibattito generale sono intervenuti i capigruppo Silvana Accossato (Luv), Giorgio Bertola (Europa verde), Sarah Disabato (M5s), Raffaele Gallo (Pd) e Francesca Frediani (M4o-Up) che, con sfumatura diverse, hanno dichiarato il proprio voto convintamente favorevole. Il presidente Allasia conferma la propria contrarietà: «Non sono per l'accanimento terapeutico, ma sono contrario al suicidio di Stato. Personalmente penso che le istituzioni debbano tutelare la vita. Nelle corsie degli ospedali molte persone vogliono essere curate e cercare di vivere al meglio anche la fine della propria esistenza. Ecco perché dobbiamo lavorare al meglio per la salute dei cittadini. È questa la competenza della Regione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSIyMjZDc4MTQzZjktMWViNS00NTliLWE1MjMtNDFjYTBlMTc0MDVhIyMjODk0MmRhNzAtMWFhMS00ZGIzLTgwMWEtMDJjMDhkMTgzYjM2IyMjMjAyMy0xMS0xM1QxMjowOTo1NiMj1ZFUg==