Il fatto

Staminali per curare l'artrite del ginocchio

di **Alessandra Turchetti**

Ridurre il dolore cronico provocato dall'osteoartrite del ginocchio: è l'obiettivo del progetto Adipoa-2, sperimentazione europea che utilizza le cellule staminali per curare questa patologia fortemente invalidante e molto frequente fra la popolazione. Si stima che il disturbo colpisca oltre 70 milioni di persone in Europa. A oggi non esistono farmaci efficaci per arrestarne la progressione.
L'Italia partecipa allo studio finanziato per 6 milioni di euro con gli specialisti dell'Istituto Ortopedico Rizzoli e della Reumatologia dell'Università di di Padova. Il protocollo prevede l'utilizzo di staminali mesenchimali/cellule stromali derivate da tessuto adiposo che, una volta prelevato dal paziente in modo non invasivo, viene utilizzato per raccogliere le cellule che saranno poi reinfuse, dopo espansione in vitro, attraverso iniezioni intra-articolari nel sito della lesione.
La sperimentazione ha già superato il test di sicurezza: Adipoa-2 si basa sul lavoro di Adipoa per approdare a uno studio clinico su larga scala di medicina rigenerativa. Le staminali autologhe prodotte rispetteranno i più alti standard di qualità previsti dalla normativa nazionale ed europea in materia di terapie cellulari. «Si tratta di uno studio molto promettente – spiega Riccardo Meliconi, reumatologo e coordinatore del trial presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli – così come tutti i protocolli di medicina rigenerativa nell'ambito delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico». Sono davvero tante, infatti, le ricerche che avanzano in questo ambito: dalla rigenerazione delle cartilagini e del connettivo alla ricostruzione dell'osso a seguito di traumi o fratture utilizzando le staminali e le più alte tecniche di bioingegneria tissutale.
È possibile partecipare al trial se si ha un'età compresa tra i 45 e i 70 anni e una diagnosi di artrosi del ginocchio sintomatica da lieve a moderata, senza aver subìto traumi significativi o operazioni chirurgiche nel corso dell'ultimo anno, tra cui anche protesi del ginocchio o dell'anca. Per prenotare la visita di selezione si può telefonare al numero dedicato 051.6366947 dal lunedì al venerdì (ore 15.30-17.30) oppure scrivere all'email *adipoa@ior.it*.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Planned Parenthood, l'industria degli aborti

di **Elena Molinari**

Margaret Sanger, che nel 1916 fondò l'organizzazione statunitense oggi nota come Planned Parenthood, fino alla sua morte condannò pubblicamente l'aborto, sostenendo che «non dovrebbe essere necessario». L'associazione che Sanger ha presieduto per 50 anni era dedicata a fornire informazioni su gravidanza, cure prenatali e contraccettivi. Oggi, pochi mesi dopo il suo centesimo compleanno, Planned Parenthood è il più grande fornitore di aborto negli Stati Uniti e si trova al centro di un acceso dibattito che ne mette a rischio l'esistenza. La rete di cliniche infatti dipende, per la sua stessa sopravvivenza, dal mezzo miliardo di dollari abbondante che riceve ogni anno dal governo statunitense e che il Congresso potrebbe eliminare.
Planned Parenthood ha iniziato a ricevere fondi federali nel 1970. Nel 1976, tre anni dopo la sentenza della Corte Suprema che legalizzò l'interruzione di gravidanza negli Usa, i fondi sono stati limitati ai servizi che non portano all'uccisione di un feto. Ma chi critica l'organizzazione fa notare che anche se i 530 milioni di dollari in fondi annuali (pari al 41% delle entrate annuali del gruppo) non sono utilizzati direttamente per gli aborti, sono comunque indispensabili per mantenere aperte le 650 cliniche che Planned Parenthood gestisce in tutti gli Stati Uniti. Il dibattito sull'eliminazione dei contributi pubblici per questa organizzazione senza scopo di lucro riaffiora periodicamente negli Stati Uniti, ma si è intensificato nel 2015, quando un gruppo di difesa della vita ha filmato conversazioni nelle quali i vertici di Planned Parenthood discutevano il prezzo di tessuti fetali richiesti da istituti di ricerca. Lo scandalo ha portato alla formazione di una commissione d'indagine parlamentare che un mese fa ha concluso i lavori con la raccomandazione di tagliare i fondi governativi. La scorsa settimana due parlamentari repubblicani hanno dunque introdotto al Congresso un nuovo disegno di legge che dovrebbe eliminare il trasferimento dei 530 milioni annui e, allo stesso tempo, abrogare una misura che vieta ai singoli Stati americani di togliere i loro finanziamenti al gruppo.
Planned Parenthood ha fatto sapere che, senza denaro pubblico, potrebbe ancora funzionare ma dovrebbe chiudere molte cliniche e accogliere un numero molto inferiore di donne. L'organizzazione ha aggiunto che, oltre agli aborti, anche alcuni servizi sanitari che fornisce oggi alle donne americane sarebbero compromessi. Le voci critiche hanno risposto che le donne sarebbero in grado di ottenere i Pap test e la consulenza familiare in altri centri sanitari della loro comunità.
Di fronte ai due opposti punti di vista, vale la pena di osservare da vicino l'attività di Planned Parenthoood. Nel 2013 (l'ultimo anno per il quale esistono dati certi sul numero di aborti effettuati negli Usa) le cliniche del gruppo hanno eseguito 328mila aborti sui 664mila totali, pari quindi al 50 per cento delle interruzioni di gravidanza avvenute negli Stati Uniti in 12 mesi. Nello stesso lasso di tempo, le cliniche hanno eseguito l'1,5 per cento di tutti i Pap test (che sono 18,5 milioni all'anno negli Usa, stando ai Centers for Disease Control and Prevention, l'agenzia federale per la prevenzione delle malattie) e il 2 per cento di tutti gli esami al seno.

650 cliniche, 530 milioni di dollari di contributi pubblici, 328mila interruzioni l'anno: viaggio nella discussa istituzione sanitaria Usa

Nei giorni scorsi il *Washington Post* ha spiegato inoltre in un lungo articolo che Planned Parenthood non fornisce mammografie, anche se i suoi sostenitori ripetono spesso il contrario. Il quotidiano della capitale americana ha fatto notare che la lista fornita dalla Food and drug administration (Fda), aggiornata settimanalmente, di tutte le strutture sanitarie certificate per fornire mammografie al pubblico non elenca alcuna clinica di Planned Parenthood. Lo stesso quotidiano ha evidenziato inoltre che la prevenzione di vari tipi di cancro prevalentemente femminili si concentra sulle donne che hanno superato i 40 anni, mentre, nel 2013, solo il 7 per cento delle pazienti di Planned Parenthood avevano più di 40 anni di età, stando alle cifre forniti dalla stessa organizzazione. Un dato rimasto costante negli ultimi anni.
È recente, inoltre, la pubblicazione di un'altra serie di filmati, registrati di nascosto dal gruppo *pro-life* «Live action», che rivelano come le cure prenatali che Planned Parenthood sostiene di fornire siano molto difficili da ottenere presso le cliniche dell'organizzazione. In almeno un decina di registrazioni è possibile sentire un addetto di una clinica che spiega a donne gravide che «facciamo soltanto gli ultrasuoni se si sta terminando», o che «non possiamo fare nulla per verificare che la gravidanza stia procedendo bene», o ancora che «non siamo in grado di dirvi se il bambino è sano, o il suo sesso. Siamo specializzati in aborti», e pure che «i nostri ultrasuoni sono per... per vedere a che punto… il, uhm, il paziente è prima di un aborto». O, come ha concluso un dipendente di Planned Parenthood di Albuquerque rivolgendosi a una donna incinta non intenzionata ad abortire, «mi spiace, qui non possiamo fare niente per aiutarla».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PRESS

«Trump difenda la vita in ogni condizione»

Continua negli Stati Uniti il dibattito all'interno dei gruppi di difesa per la vita sul significato che l'amministrazione Trump può avere per il movimento. Accanto alla soddisfazione per le mosse del presidente verso una maggiore protezione del nascituro – come lo stop ai finanziamenti federali per le organizzazioni non governative che forniscono o pubblicizzano l'aborto all'estero e la nomina di un giudice della Corte suprema pro-life – si levano voci che invitano a riflettere su altre iniziative del capo della Casa Bianca. Di due giorni fa è il commento pubblicato sul «New York Times» dal presidente di World Relief, organizzazione cristiana che sostiene attività a difesa della madre e del nascituro sia negli Usa che nei Paesi più poveri. «Centrale per la mia convinzione è la sacralità della vita – scrive Scott Arbeiter –. Per questo sono grato per il fatto che il presidente Trump abbia dichiarato che il valore di chi non è ancora nato è stato un criterio importante nella scelta del suo primo candidato alla Corte Suprema». Ma Arbeiter sostiene anche che la difesa della vita deve dare uguale attenzione anche alla madre che porta il figlio in grembo. «La nascita del bambino non è l'unico fine del mio operato. Devo difendere tutto ciò di cui quel bambino ha bisogno per nascere e prosperare, vale a dire istruzione, sanità e lavoro. E ho bisogno di resistere a ogni forma di ingiustizia economica, razzismo e avidità aziendale che distrugge la famiglia».
Arbeiter cita la crisi globale dei rifugiati: «Capisco le preoccupazioni di molti per la loro sicurezza. Ma il centro conservatore Cato Institute stima che la probabilità che un americano sia ucciso da un rifugiato è una su 3,64 miliardi. Non mi sento un difensore della vita se non sono risposto a rinunciare a un'infinitesima parte della mia sicurezza per far posto a qualcuno in fuga dalle bombe, senza casa e al freddo».

(E.M.)

Contro l'infertilità maschile c'è una terapia tutta italiana

di **Graziella Melina**

Per curare l'infertilità maschile in alcuni casi basta solo un farmaco. Secondo uno studio pubblicato sulla rivista *Andrology*, l'assunzione per circa un mese del prednisone, cortisonico utilizzato per le proprietà anti-infiammatorie, è in grado di «migliorare significativamente sia il numero che la motilità degli spermatozoi». Il nuovo approccio terapeutico, che potrebbe evitare a molte coppie il gravoso ricorso alla fecondazione in vitro, è stato realizzato grazie alla collaborazione tra Università di Padova, di Perugia e Istituto scientifico internazionale (Isi) dell'Università Cattolica di Roma. «Circa il 30% della popolazione infertile – spiega **Andrea Garolla**, andrologo dell'Ospedale Università di Padova e coordinatore dello studio – ha una situazione di sub-ostruzione delle vie seminali o difficoltà maturativa delle ultime fasi. Con gli esami diagnostici, sappiamo con precisione chi ha pochi spermatozoi perché il testicolo non funziona o perché c'è una compromissione ostruttiva nella fuoriuscita. In quest'ultima situazione, il prednisone è la terapia migliore perché anti-infiammatorio per eccellenza».

L'Isi dell'Università Cattolica di Roma insieme agli atenei di Padova e di Perugia ha messo a punto una cura farmacologica di alcune disfunzioni Per evitare la provetta

Lo studio, condotto su 90 soggetti infertili, ha dimostrato che con una piccola dose quotidiana di prednisone per circa un mese è possibile migliorare i parametri spermatici e la fertilità. «Con questa nuova terapia siamo riusciti a cercare la fertilità naturale, e laddove non è possibile possiamo aiutare le coppie a ottenere una gravidanza con tecniche molto semplici di primo livello, che non prevedono quindi fecondazione in vitro. Anche in soggetti azoospermici qualcuno ha avuto recupero di spermatozoi. La terapia però – avverte Garolla – non può essere prescritta se prima non viene fatta una diagnosi accurata della causa e dei fattori di rischio di infertilità. Perché funzioni occorre infatti accertare che non vi sia un danno testicolare ed escludere concause, come le infezioni». La novità è che per i pazienti affetti da «severa riduzione della produzione di spermatozoi da cause ostruttive post-infiammatorie» la cura ora esiste, il problema però è che non sempre la diagnosi è accurata. «Questo tipo di infertilità maschile – rimarca **Domenico Milardi**, endocrinologo andrologo dell'Isi, guidato da **Riccardo Marana** – viene classificata come idiopatica, ossia non spiegata. Per le infezioni della prostata e delle vescichette inseminali, definite ghiandole sessuali accessorie, non sempre si procede nel percorso diagnostico». Eppure, si tratta di una patologia abbastanza frequente, anche se spesso silente. «L'infezione detta prostatite cronica – aggiunge Milardi – interessa circa il 40% dei giovani. Noi curiamo prima l'infezione con l'antibiotico e poi somministriamo gli anti-infiammatori, tra cui questa terapia con derivato cortisonico. Con una diagnostica più attenta e mirata, la ricerca di *marker* infiammatori del liquido seminale, e grazie a quest'arma terapeutica in più, possiamo spiegare e curare circa il 20% delle infertilità idiopatiche».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La morte a richiesta tenta altri Stati Usa

Il tema della legalizzazione del suicidio assistito continua a essere dibattuto nei parlamenti locali degli Stati Uniti. Gli ultimi casi riguardano il Nuovo Messico e le Hawaii, il primo a guida repubblicana con Susana Martinez, le seconde con la democratica David Ige. Alle Hawaii è stata presentata al Senato di Honolulu la proposta di legge 357 per la quale «i malati terminali hanno il diritto fondamentale a determinare le opzioni del loro trattamento medico quando sono vicini alla fine della vita». La proposta stabilisce che "malati terminali" sono coloro che hanno un'aspettativa di vita non superiore a sei mesi. La definizione presenta numerose zone grigie. Il testo si rifà a quello in vigore nell'Oregon, con pazienti maggiorenni e consenzienti, affetti da malattie inguaribili e irreversibili, che chiedono un «aiuto medico a morire» tramite prescrizione di farmaci letali.
In Nuovo Messico la scorsa settimana la proposta 171 è stata approvata con 4 voti a favore e 3 contrari dalla Commissione per i Servizi umani e di salute della Camera dei rappresentanti di Santa Fe. Attualmente il suicidio assistito è legale nella capitale Washington Dc, nello Stato di Washington, in Oregon, Montana, Vermont e California.

Simona Verrazzo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Letture

Madri in affitto, così si maschera l'inganno

di **Viviana Daloiso**

C'è l'equivoco delle parole, col linguaggio che maschera la realtà: così la "gestazione per altri" cambia le carte in tavola dell'"utero in affitto", aggiungendo l'amore, l'altruismo, togliendo il mercato, il business. C'è l'esplosione della teoria del gender, che disintegra le coordinate della sessualità lasciando spazio all'individuo che sceglie chi essere in base ai propri desideri: uomo, donna, nessuno dei due, e poi anche madre, padre, attraverso gli altri. C'è l'Europa dei no alla maternità surrogata, ci sono i Paesi che invece la cavalcano, le sentenze choc che hanno segnato il dibattito culturale degli ultimi anni, il mercato nudo e crudo della compravendita di bambini e dello sfruttamento delle donne. E poi c'è il nostro Paese, in bilico su tutto, indeciso davanti a una fra le più grandi sfide etiche del terzo millennio. Sarà presentato domani, a Roma, nella Sala del Refettorio di Palazzo San Macuto, il libro che Paola Binetti – deputato Udc, membro della Commissione Affari sociali, una lunga esperienza in campo educativo e bioetico – ha dedicato alla *Maternità surrogata: un figlio a tutti i costi* (Magi). Sessanta pagine facili da leggere e dense di contenuto, per raccontare che cosa vuol dire diventare madri (e padri) attraverso il corpo di un'altra donna e perché su questa pratica aberrante si gioca il futuro della nostra civiltà.
Riferimento imprescindibile dell'autrice è il panorama giuridico internazionale, messo in crisi negli ultimi dieci anni dalla progressiva cancellazione della certezza della maternità. Il libro ripercorre i casi più clamorosi di "bimbi contesi", dagli Stati Uniti all'Inghilterra, sottolineando tutte le problematicità messe in campo dalla gestazione per altri. A cominciare da quel legame imprescindibile e documentato in tutti gli studi recenti di psicologia dell'età evolutiva per cui l'identità di un bambino si determina proprio nel rapporto «primitivo e carnale» che si crea durante i 9 mesi di gestazione. Immaginarsi i danni irreparabili – e mai presi in considerazione nei calcoli della nuova "bio-economia" – di un distacco, di un'estraneità addirittura tra madre e figlio, eventi invece scientificamente normati nel "contratto" di gestazione per terzi.
Inediti i riscontri documentati da Binetti circa le ricerche condotte dall'Osservatorio italiano istituito dopo l'approvazione della legge 40, che negli ultimi anni ha fotografato il fenomeno nel nostro Paese. Secondo i dati raccolti nel 2012 – gli ultimi disponibili – e legati strettamente a quelli della fecondazione eterologa, ci sono state almeno 32 coppie che hanno richiesto maternità surrogate nei centri esteri. I prezzi? Dai 100mila euro in su, in una filiera dell'evento nascita dove – volutamente – si muovono soltanto figure femminili: spregiudicate *broker* capaci di convincere le aspiranti mamme che sì, grazie a quel piccolo sforzo potranno pagare l'università ai propri di figli, che no, quello che porteranno in grembo non è figlio loro, «che non si tratta di maternità, solo di lavoro retribuito». E poi dottoresse preparate e disinvolte, infermiere dolci e comprensive, tutto «per spogliare il rituale di qualsiasi connotazione affettiva ed emotiva con la figura maschile», continua Binetti, perché in fondo che c'entra un legame, che importano l'amore e il progetto condiviso alle cliniche delle provette da vendere ai migliori offerenti? La questione cruciale allora resta quella di una legge che nel nostro Paese affronti finalmente la questione, senza cadere nella insidiosa trappola «di volerla regolamentare»: una strategia, quest'ultima, che finirebbe secondo Binetti col riconoscere formalmente «il diritto ad avere un figlio e negare quello dei figli ad avere una famiglia». Alla maternità surrogata («alla donna contenitore – scrive l'ex ministro della Salute Livia Turco nella prefazione al libro –, al figlio venduto, a ogni forma di narcisismo che calpesta le relazioni umane») l'Italia deve dire forte e chiaro di no.

Esce il breve saggio divulgativo con il quale Paola Binetti spiega gli aspetti di un fenomeno proposto sotto le apparenze di un gesto per donare una gioia, ma che camuffa la realtà

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSIyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VplyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxNy0wMi0wOVQwOTo1NDozOSMjI1ZFUg==

«Si garantiscano cure palliative senza rincorrere le scorciatoie»

«È una falsa compassione quella che priva della volontà di affrontare la sofferenza e di accompagnare chi soffre e porta alla cancellazione della vita per annientare il dolore, stravolgendo così lo statuto etico della scienza medica». L'ha detto monsignor Francesco Cavina, vescovo di Carpi, a un convegno su cure palliative e accanimento terapeutico rivolto a medici e giuristi. «Oggi – ha aggiunto – non si accetta più la condizione di malattia e la stessa morte come una possibilità concreta della vita. Si è caduti nell'equivoco che lo scopo della sanità sia quello di dare più farmaci, più strutture, tralasciando il cuore della cura che sta nel rapporto personale tra chi cura e chi è curato, fatto di accoglienza, ascolto, di rispetto della dignità, di vicinanza, di sostegno». Va dunque dato più spazio alle cure palliative che «hanno lo scopo di lenire una vasta gamma di sintomi, di sofferenze di ordine fisico, psichico, mentale, e richiedono perciò l'intervento di équipe di specialisti con competenza medica, psicologica e religiosa». Chi ha responsabilità politiche, ha concluso il vescovo, eviti di «rincorrere facili scorciatoie legislative frutto di condizionamenti ideologici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

L'eutanasia in Parlamento, Portogallo diviso

di Lorenzo Schoepflin

La legalizzazione dell'eutanasia ha mosso i primi passi al Parlamento portoghese. Il dibattito si sta estendendo dalla società civile alle aule parlamentari per l'iniziativa dell'associazione «Derecho a morir con dignidad» (Diritto a morire con dignità), la cui petizione è stata presa in esame dai 230 membri dell'Assemblea della Repubblica. Proprio per l'avvio della discussione all'esterno della sede del Parlamento si è tenuta una manifestazione dell'associazione «Stop eutanasia», contraria alla depenalizzazione della morte procurata per legge.
Ma sulla necessità di dibattere approfonditamente l'accordo politico sembra trasversale – solo il partito di area popolare Cds (Centro democratico sociale) ha manifestato subito la propria contrarietà – seppure sussistano dubbi sulla possibilità di conciliare una legge su eutanasia e suicidio assistito con l'articolo 24 della Costituzione portoghese che parla di vita umana «inviolabile». Proprio sull'inviolabilità della vita è imperniata la protesta di «Stop eutanasia». Secondo Sofia Guedes, tra i sostenitori del divieto di procurare la morte dei pazienti, «i portoghesi non sono informati sulle conseguenze di una legge sull'eutanasia. E sono ingannati da una falsa compassione». Anche il vescovo di Leiria-Fatima, Antonio Marto, si è espresso senza mezzi termini: «Ogni individuo ha diritto a una morte dignitosa, ma nessuno venga ucciso», ha affermato il presule, denunciando la cultura dello scarto che si cela dietro proposte come quella di legalizzare l'eutanasia.
I Verdi hanno però sfruttato l'occasione annunciando che presenteranno in Parlamento una proposta di legge per legalizzare la morte a richiesta. Anche il Bloco de Esquerda (Be, formazione di sinistra) ha manifestato il proprio favore nei confronti del varo di una legge che – secondo José Manuel Pureza – estenderebbe il campo delle libertà individuali.
La speranza ora è che il Parlamento portoghese non trascuri la petizione dal titolo «Ogni vita ha dignità» sottoscritta da oltre 14mila cittadini – contro le 8mila in calce a quella pro-eutanasia –, dove si afferma che «l'eutanasia è sempre un omicidio appoggiato dallo Stato» e che non si può sostenere il diritto di una persona a essere uccisa da qualcuno. La petizione è stata consegnata agli organi competenti affinché venga presa in esame dall'Assemblea della Repubblica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Il medico non esegua volontà di morte»

25 anni di Giornata del malato (in calendario sabato), 20 di Ufficio Cei per la pastorale della salute: parla il direttore don Carmine Arice Che sul fine vita ricorda i criteri non derogabili

di Enrico Negrotti

«È un'occasione per riflettere sul cammino svolto dalla pastorale della salute, per compiere un esame della situazione sanitaria nel nostro Paese. E ricordare l'impegno di molti, sia nelle istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana sia in quelle pubbliche, in una situazione con vede crescere la povertà sanitaria. Ma anche per tenere un occhio attento alle scelte che si vanno compiendo in Parlamento: nel disegno di legge sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento è preoccupante che il medico debba essere solo un esecutore di volontà del paziente al di là del suo giudizio in scienza e coscienza». È ad ampio raggio la riflessione che, in vista della 25ª Giornata mondiale del malato di sabato, svolge don Carmine Arice, direttore dell'Ufficio di pastorale della salute della Cei (istituito 20 anni fa) che domani sarà ricevuto in udienza da papa Francesco, con la Commissione episcopale per il servizio della carità e la salute, ai vescovi delegati e ai direttori diocesani di pastorale della salute.

Cosa significa la Giornata del malato per la pastorale sanitaria?

Vogliamo riflettere su quale deve essere la nostra risposta evangelica al mondo della salute nelle attuali circostanze, sia sociali sia ecclesiali, per saper stare accanto alle persone che soffrono portando luce e grazia. E la gioia di incontrare il Papa sarà un'occasione per metterci alla scuola del suo magistero, per capire in che direzione deve andare la Chiesa che lavora nella sanità per una pastorale in uscita, ed essere dentro le situazioni in modo significativo, che non lascia le cose come stanno, secondo quanto dice l'*Evangelii gaudium*.

Quali sono oggi le principali criticità della sanità in Italia?

La regionalizzazione del 2001 ha evidenziato in un modo macroscopico le regioni ricche e quelle povere: rischiamo di avere venti sanità diverse. Inoltre il sistema aziendale ha portato a offrire non la cura a tutti coloro che ne hanno bisogno ma in base ai fondi disponibili. E dobbiamo affrontare un forte aumento della povertà sanitaria.

Quali le emergenze più acute?

Undici milioni di italiani rinunciano a curarsi perché non hanno le risorse per farlo. E si innesta un circolo vizioso: la crisi economica porta povertà, anche sanitaria, che fa crescere le malattie e alla fine il bisogno di curarsi ulteriormente. Due emergenze ci condizioneranno a lungo: l'aumento delle malattie neurodegenerative e di quelle psichiatriche, già ora seconda causa di disabilità. Quanto al primo problema, i pazienti sono oggi un milione e 200mila e i posti di ricovero per anziani 290mila. Sulle malattie psichiatriche abbiamo istituito, come Ufficio di Pastorale della salute, un tavolo-osservatorio per offrire un'attenzione particolare alle famiglie: il 30% di esse ha una persona con sintomi riferibili a depressione. Lo Stato deve fare la sua parte, ma occorre vigilare (cittadini e comunità ecclesiale) perché i diritti dei deboli non diventino anche diritti deboli.

Questo richiamo tocca da vicino la questione del fine vita. Come valuta il disegno di legge (ddl) in discussione alla Commissione Affari sociali alla Camera?

La questione di fondo è culturale e antropologica. Se ho un'ontologia funzionale legata a ciò che una persona può fare mi muovo in un certo orizzonte, che cambia completamente se ho un'antropologia fondata sull'essere della persona. Devo mettere il morente nelle condizioni di non soffrire grazie alla terapia del dolore, e accompagnarlo. Nel ddl ci sono però alcuni punti veramente critici.

Quali?

Da sempre una civiltà si è misurata sul fatto che il malato può contare su un medico che, con Ippocrate, giura di essere a favore della sua vita e di prendersi cura di lui. Capisco che una persona è libera di voler morire. Ma non può obbligare un'altra persona a essere lo strumento attraverso il quale realizzare questa scelta di morire, costringere un medico a contraddire le sue motivazioni di coscienza. Non è in gioco solo il rispetto della volontà del paziente o l'autodeterminazione. Noi ci occupiamo di salvare anche le persone che vogliono uccidersi: se dovessimo rispettare la loro volontà che cosa dovremmo fare? È eccessivo ritenere sufficiente che le dichiarazioni siano rese davanti a due testimoni e non a un medico.

E la possibilità di sospendere l'idratazione e la nutrizione?

È stata appena ripubblicata la Carta degli operatori sanitari, che esprime in modo chiaro il pensiero della Chiesa sulle questioni cruciali (con i documenti del Magistero). Su questo punto dice: «La sospensione non giustificata può avere il significato di un vero e proprio atto eutanasico, ma è obbligatoria nella misura in cui e fino a quando mostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente». Del resto già Pio XII diceva che occorre che ogni cura sia proporzionata, cioè non vada né verso l'accanimento terapeutico né verso l'eutanasia. E lo può decidere solo il medico, nel confronto con il paziente: ma se il giudizio terapeutico gli è sottratto, l'alleanza terapeutica si trasforma in una mera esecuzione di volontà. Mi stupisce anche che non vi siano riferimenti a un comitato etico. Questo ddl è ancora in discussione, mi auguro che intervengano attenti emendamenti per una visione non confessionale ma che risponde alla verità delle questioni. Non solo i cattolici non sono contenti di questo ddl ma anche persone non credenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DA SAPERE

Una mappa sulla «Carta»

Il tema più caldo della legge sul fine vita arriva al paragrafo 152: «La nutrizione e l'idratazione, anche artificialmente somministrate, rientrano tra le cure di base dovute al morente, quando non risultino troppo gravose o di alcun beneficio». La «Nuova Carta degli operatori sanitari» messa a punto dal Pontificio Consiglio per la pastorale della salute e presentato lunedì in Vaticano non lascia dubbi. E dice cose diverse da quanto si legge al comma 5 dell'articolo 1, quello che nella legge sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento parla di alimentazione assistita, spiegando che il paziente «ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento, ivi incluse la nutrizione e l'idratazione artificiali», concetto poi ribadito all'articolo 3. La «sospensione non giustificata» della nutrizione, precisa la Carta (pubblicata dalla Libreria editrice vaticana, 150 pagine, 10 euro) «può avere il significato di un vero e proprio atto eutanasico». Citando la Congregazione per la dottrina della fede, la Carta aggiunge che «la somministrazione di cibo e acqua, anche per vie artificiali, è in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita. Essa è quindi obbligatoria, nella misura in cui e fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente. In tal modo si evitano le sofferenze e la morte dovute all'inanizione e alla disidratazione».

(F.O.)

Cinema

Dentro gli occhi c'è una voce che non mente

di Emanuela Genovese

Locked in, paralizzati nel corpo ma non nell'anima. Con *La voce negli occhi*, il regista Rosario Neri e l'Associazione Risvegli riporta all'attenzione il caso di Salvatore Crisafulli, l'uomo che in seguito a un incidente stradale ha vissuto per dieci anni bloccato nel suo corpo, fino alla morte nel 2013. Dopo la presentazione in alcuni cinema italiani, *La voce negli occhi* viene proiettato stasera a Lecco, nel giorno dell'ottavo anniversario della morte di Eluana Englaro, alla presenza del regista e di alcuni attori. Ispirato al saggio *Non può il diritto di morire diventare la nuova frontiera dei diritti umani* e alle vicende raccontate nel libro *Con gli occhi sbarrati*, il film è una commovente ricostruzione del calvario medico di Salvatore. Un percorso lungo ed estenuante, sopportato con la speranza e supportato dal coraggio dei familiari, alla prese con una mediazione non facile con gli istituti medici di eccellenza. Nel film, che ha la capacità di far riflettere, il regista sceglie di raccontare la vita di Salvatore Crisafulli (per il ruolo è stato scelto Carmelo De Luca) prima dell'incidente: l'infanzia normale trascorsa tra maestri autoritari e quotidiane partite al pallone, il primo vero amore e la paternità introducono lo spettatore nel dramma del protagonista, al centro di una vicenda di cronaca con episodi anche controversi. L'arco narrativo poi coinvolge, rispettando gli eventi della realtà, altri due protagonisti: la madre (interpretata da Maria Maugeri) e il fratello Pietro Crisafulli (nei panni di se stesso). La capacità dell'amore di guardare oltre e di non farsi schiacciare da diagnosi mediche scoraggianti conduce, nonostante le difficoltà anche economiche, madre e fratello a capire quanto Salvatore fosse cosciente, in grado di comprendere quello che avveniva intorno a sé. «Si presenta sveglio e attento. Vorrebbe parlare e accenna alla risata. Gira la testa». Una diagnosi, l'ultima operata da un centro specializzato di Arezzo, che diventa ossigeno e che ripaga le fatiche della famiglia Crisafulli. Le immagini di repertorio, intrecciate alla finzione, dimostrano quanto in Italia abbiamo ancora da riflettere con serietà sui grandi temi della bioetica. Il film, che sarà presentato alla Camera dei deputati il 15 febbraio, è una produzione *low budget*, e talora ne risente in alcuni passaggi narrativi didascalici. Nonostante questo, *La voce negli occhi* ha il non piccolo merito di mostrare quanta dignità abbia la vita umana quand'è più ferita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il punto

«Stati vegetativi dimenticati a 8 anni da Eluana»

di Fulvio De Nigris*

Oggi si ricorda Eluana Englaro, la sua scomparsa e le lacrime versate per lei otto anni fa. In questo stesso giorno si celebra la «Giornata nazionale sugli stati vegetativi» voluta dalle associazioni e dalla Presidenza del Consiglio, una giornata che si unisce a quelle, ormai storiche, dei Risvegli per la ricerca sul coma e del Trauma cranico. Questa Giornata ricorda di tutelare le persone in stato vegetativo e di essere vicini alle loro famiglie, che hanno la capacità di comunicare con chi sembra non esserci e invece c'è. Una giornata frammentata in piccole iniziative orfane di una centrale (che una volta promuoveva il Ministero della Salute), con l'intento di ricordare con forza un problema: quello di una minoranza civile formata da migliaia di persone, con un indotto di famiglie e amici di uguale numerosità che naviga in mare aperto e cerca sponde, sostegni, porti dove approdare.
È di questi giorni l'email del senatore Luigi Manconi che ci trasmette la petizione per Dj Fabo, il giovane disabile che chiede di poter decidere della propria sorte e attende che il testamento biologico diventi legge. Una legge rispetto alla quale si è abbassata la guardia al punto non solo da aver rimosso una data per paura che divida troppo, ma anche da non percepire più che, così com'è scritta, apre alla soppressione di persone inconsapevoli e alla rinuncia dei medici alla loro professione. E tutto questo perché? In nome di chi? In nome di Fabo? Ma chi si esprime in nome di Ermanno, di Gaetano, di Cristina, di Moira (persone in stato vegetativo) e dei loro familiari Monica, Angela, Romano e Faustino, solo per citare alcune delle tante migliaia di persone che chiedono e aspettano? Qualche politico è in grado di aprire una petizione per loro, senza contrapporre il testamento biologico al diritto di cura? Morire bene è altrettanto importante del vivere bene, e vivere bene nella malattia. È possibile dunque ridisegnare la vita, i servizi, i contesti ambientali di famiglie che si occupano di persone con disabilità estrema? Chiedono rappresentanza, proprio come Fabo, versano le stesse lacrime e fanno parte della stessa straordinaria umanità. Le associazioni, impegnate in coordinamenti nazionali nel territorio, hanno stretto un patto di alleanza per stabilire indicatori di qualità condivisi tra mondo sanitario e associazionismo, e invitano la politica a una maggiore responsabilità. Si fanno portavoce di familiari che chiedono a uno "Stato giusto" e a "Regioni giuste" provvedimenti che garantiscano ai cittadini di avere valore anche quando sono imperfetti e poco produttivi. Vorremmo rispecchiarci in uno Stato che sappiamo imperfetto ma che sia deciso nell'applicare l'equità espressa nella Costituzione e affermata nella Convenzione Onu per i diritti delle persone con disabilità. Uno Stato i cui esponenti abbiano la capacità di condividere i nostri progetti ed emozionarsi come noi, anche di piangere, con la differenza di avere l'obbligo di trovare soluzioni.

***direttore Centro studi per la ricerca sul coma nella Casa dei Risvegli Luca De Nigris-Gli amici di Luca**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Qui Montecitorio

Cento dottori: no a questa legge

di Angelo Picariello

Oltre 100 medici prendono posizione contro il disegno di legge sul fine vita in discussione alla Camera. I professionisti, in massima parte romani, hanno sottoscritto un manifesto: «Il rispetto per l'agire in scienza e coscienza, proprio del medico, è messo seriamente in discussione nella proposta di legge, che fa dell'autodeterminazione del paziente l'unico criterio organizzatore della condotta del medico», scrivono. Coordinatore dell'iniziativa Stefano De Lillo, medico di famiglia e senatore nella passata legislatura in cui è stato presidente dell'intergruppo sulla vita. «La ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente vanno rispettati. Ma il medico non è mero esecutore e ha il diritto-dovere di sottrarsi a volontà contrarie alla propria coscienza», sottolineano. Non è possibile, in particolare, negare nutrizione e idratazione artificiali, «cure di base dovute a ogni paziente che ne abbia bisogno, anche allo stadio terminale; a meno che non risultino troppo gravose o senza alcun beneficio. Una loro sospensione non giustificata – avvertono – può avere il significato di un vero e proprio atto eutanasico». Auspicano quindi una profonda revisione del testo. Preoccupato anche l'Ordine dei Medici di Roma: «Una legge deve muoversi affermando principi e delineando situazioni, piuttosto che definendo comportamenti», dice il presidente Giuseppe Lavra, che vede il rischio

«Sospendere la nutrizione, atto eutanasico»: manifesto di decine di professionisti contro il testo in discussione, mentre alla Camera si pensa a sedute notturne per serrare i tempi

di «cortocircuiti». Soddisfatte invece la Società italiana di Cure palliative (Sicp) e la Federazione Cure palliative (Fcp) per «la pianificazione anticipata delle cure che copre un vuoto normativo vissuto come critico da malati e sanitari».
Intanto alla Camera continua il muro contro muro in commissione Affari sociali. Nel corso dell'ufficio di presidenza il presidente Mario Marazziti (Demos) ha proposto ai gruppi di concentrare la discussione sui punti più critici, essendo già stata fissata una data per l'approvazione della legge. Per far approdare in aula il testo il 20 febbraio sarebbe necessario licenziarlo in Commissione entro martedì, ricorrendo anche alla seduta notturna, per dar tempo ad altre commissioni di esprimere pareri. Ma la discussione è ancora ferma all'articolo 1 e al nodo irrisolto del comma 5 su alimentazione e idratazione artificiali. «Credo sia interesse di tutti – sottolinea Marazziti – fare in modo che il testo possa avere in commissione una valutazione approfondita per poterlo migliorare. Ma per questo serve un cambio di passo. A fronte di un avanzamento nei lavori significativo potrei chiedere alla presidenza della Camera qualche giorno in più e una nuova data certa a febbraio per l'inizio della discussione, evitando che la strozzatura si ripercuota sui lavori d'aula». La valutazione è rimandata a un nuovo ufficio di presidenza, oggi.
Le posizioni restano distanti. «Abbiamo dato la nostra disponibilità a snellire i lavori – dice Antonio Calabrò (Ncd), che ieri è arrivato, a nome del fronte che si oppone al testo, a minacciare di abbandonare la commissione –. Ma non si può accettare una tagliola alla discussione su un tema così delicato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSIyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VplyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxNy0wMi0wOVQwOTo1NDozOSMjI1ZFUg==