

il punto

confronti su medicina e sanità

La guerra in Ucraina: un punto di vista sanitario

**L'equità alle
cure ai non
vaccinati.**
Da Singapore
agli Usa,
passando
per l'Italia

Pandemia:
ma che colpa
ne abbiamo
noi?

Legiferare
sull'**aiuto
medico
al morire:**
un ddl da
modificare



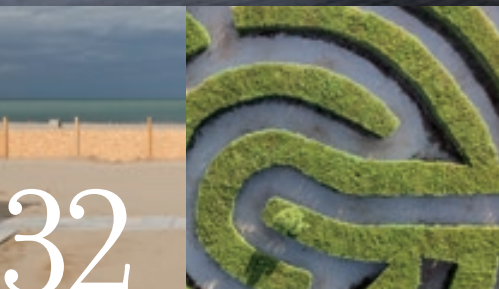
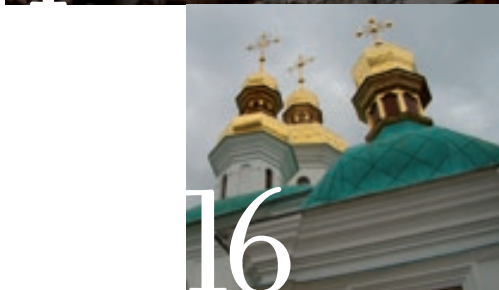
1 | 2022
LA RIVISTA
DELL'OMCeO TORINO



Il Pensiero Scientifico Editore

Sommario

il punto | 1 | 2022



3

Il nostro nuovo progetto editoriale:
ilpunto.it
Guido Giustetto

IL PUNTO
SULLA GUERRA

4

Agire subito per la pace in Ucraina
Filippo Anelli

8

La guerra in Ucraina: un punto di vista sanitario
Pirous
Fateh-Moghadam

13

La speranza di una vita degna. Per i bambini ucraini
Maurizio Bonati

16

Non c'è alternativa alla guerra?
Gianni Tognoni

18

Impegnarsi per i colleghi delle nazioni sanzionate
Sandro Galea

22

Fare la guerra ai cardiologi russi e bielorusi. Perché?
Camilla Alderighi,
Raffaele Rasoini

26

Padri e figli, in guerra
Giorgio Tamburlini

29

L'equità delle cure ai non vaccinati
Alessandro Magini

32

È giusto ed etico l'obbligo vaccinale?

33

Pandemia: ma che colpa abbiamo noi
Luca De Fiore

36

L'aiuto alla dolce morte volontaria
Massimo Sartori

40

Legiferare sull'aiuto medico al morire
Undirittgentile

43

LESSICO DI BIOETICA
Autoderminazione
Maria Teresa Busca

44

LESSICO DI BIOETICA
Bioetica
Maurizio Mori

45

LETTURE
Medicina e biopolitica secondo Foucault

46

LETTURE
Sistemi complessi: che meraviglia

il punto

confronti su medicina e sanità

ANNO I, NUMERO 1
GENNAIO-MARZO 2022

Direttore scientifico
Guido Giustetto

Direttore editoriale
Rosa Revellino

Comitato redazionale
Gianluigi D'Agostino, Venera
Gagliano, Andrea Gatta, Guido
Regis, Angelica Salvadori,
Emanuele Stramignoni, Rosella
Zerbi.

Laura Tonon e Luca De Fiore
(Il Pensiero Scientifico Editore)
Collaboratori: Giulia Annovi,
Viola Bachini, Luciano De Fiore,
Alessandro Magini

Comitato editoriale
Marco Bobbio, Michela Chiarlo,
Giampaolo Collecchia, Lucia
Craxi, Fabrizio Elia, Elena
Gagliasso, Libero Ciuffreda,
Giuseppe Gristina, Roberto
Longhin, Giuseppe Naretto,
Luciano Orsi, Elisabetta Pulice,
Lorenzo Richiardi, Massimo
Sartori, Vera Tripodi, Marco
Vergano, Paolo Vineis

**Consiglio direttivo
dell'OMCeO di Torino**
Guido Giustetto (presidente),
Guido Regis (vicepresidente),
Rosella Zerbi (segretaria),
Emanuele Stramignoni (tesoriere),
Domenico Bertero, Patrizia
Biancucci, Tiziana Borsatti,
Vincenzo Michele Crupi, Gianluigi

D'Agostino (presidente CAO),
Riccardo Falcetta, Riccardo
Faletti, Gilberto Fiore, Ivana
Garione, Aldo Mozzone, Fernando
Muià, Angelica Salvadori, Renato
Turra, Roberto Venezia

Sede e contatti
OMCeO Torino
Corso Francia 8 - 10143 Torino
email: info@ilpunto.it

Produzione e amministrazione
Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 8,
00138 Roma
tel. 06862821 | fax 0686282250
e-mail: pensiero@pensiero.it
internet: www.pensiero.it
c/c postale: 902015

Direttore responsabile
Giovanni Luca De Fiore

**Progetto grafico
e impaginazione**
Typo85, Roma

Stampa
Ti Printing, Roma

Autorizzazione Tribunale di
Torino numero registro stampa
65/2021 del 29/12/2021
(già 793 del 12/01/1953).

Immagini

In copertina: "CioccolaTò"
di Daniele Bertin.
Nelle pagine interne le foto
non firmate sono di iStock.
Tutti i diritti sono riservati.

Diritti d'autore

Tutto il materiale pubblicato
in queste pagine è disponibile
sotto la licenza "Creative
Commons Attribuzione -

Non commerciale - Condividi
allo stesso modo 4.0
Internazionale". Significa che
può essere riprodotto a patto
di citare ilpunto.it, di non
usarlo per fini commerciali e
di dividerlo con la stessa
licenza.

Finito di stampare
11 aprile 2022



Gli articoli raccolti in
questo numero sono
post pubblicati sul
sito www.ilpunto.it



@ilpunto_OMCeO

Il nostro nuovo progetto editoriale: **ilpunto.it**

Per confrontarsi
ogni giorno
con le questioni
più importanti
per la nostra
professione

L'Ordine di Torino ha una lunga tradizione di informazione e comunicazione con i propri iscritti e questa nuova rivista digitale **ilpunto.it** che state leggendo ne rappresenta l'evoluzione. Il progetto che sta alla base ha l'intenzione di raccogliere e presentare, con un taglio interdisciplinare e dialettico, una documentazione originale che aiuti il lettore a muoversi con consapevolezza e autorevolezza tra le molte questioni, non solo di tipo strettamente clinico, che la nostra attività di medici implica: l'etica e la deontologia, la politica sanitaria, i problemi della ricerca, il rapporto tra le professioni, la relazione di cura, la comunicazione clinica, la responsabilità professionale.

L'ambizione de **ilpunto.it** è quella di essere un riferimento e una risorsa culturale per medici, odontoiatri e professionisti sanitari che abbiano il piacere di aggiornarsi e confrontarsi su temi il più delle volte controversi e per questo particolarmente coinvolgenti. Con questo obiettivo in mente, vogliamo andare oltre la semplice informazione e costruire un poco alla volta, di settimana in settimana, in maniera sistematica un insieme di approfondimenti tematici continuamente aggiornati e ridiscussi che possano rappresentare uno strumento concreto utile a ciascuno per chiarire le proprie idee e per indirizzare il proprio comportamento.

Per rendere più fruibile questa opportunità abbiamo deciso che **ilpunto.it** avrà anche una edizione stampata. Ogni tre mesi gli argomenti principali pubblicati on line saranno ripresi in una rivista cartacea che potrà essere inviata a chi ne farà richiesta.

L'Ordine di Torino non avrebbe potuto affrontare questa avventura da solo e così ha scelto un partner autorevole: Il Pensiero Scientifico Editore. La sua competenza, insieme al lavoro della redazione, del comitato editoriale e della direzione, garantirà la

qualità dei contenuti, l'efficacia dei diversi canali di comunicazione del progetto e, ancora di più, ci consentirà di inaugurare un nuovo percorso editoriale e culturale. Se questa iniziativa raggiungerà il risultato che speriamo sarà merito di tutti coloro che ci hanno creduto, hanno lavorato e soprattutto hanno letto con attenzione i contenuti confrontandosi ogni giorno con le questioni più importanti per la nostra professione. ▲

Guido Giustetto

*Presidente OMCeO Torino
Direttore scientifico **ilpunto.it***



Noi medici abbiamo giurato di curare tutti, senza discriminazione alcuna.

Noi medici siamo pronti a metterci a disposizione: il richiamo al giuramento professionale del presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri

Agire subito per la **pace** in **Ucraina**

Filippo Anelli
Presidente FNOMCeO

La cronaca quotidiana della drammatica situazione in Ucraina ci dà conto di un conflitto che ha spazzato via ogni minimo rispetto della vita umana e di quei principi etico-deontologici che costituiscono, tradizionalmente, le fondamenta della professione del medico che esercita in autonomia di giudizio, perseguendo la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore, il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della dignità e libertà della persona.

Mi sembra doveroso il richiamo al giuramento professionale del nostro codice di deontologia medica



Mi sembra doveroso il richiamo al giuramento professionale del nostro codice di deontologia medica, soprattutto se si prende atto della situazione, da considerare emblematica, in cui versa l'ospedale regionale di terapia intensiva di Mariupol occupato dalle truppe russe, con il personale e i pazienti presi in ostaggio e usati come scudi umani. Le testimonianze dei pazienti e dei medici presi in ostaggio sono terribili.

In queste interminabili giornate di conflitto ci sono stati ospedali colpiti, bombardati, donne incinte, puerpere, bambini in fuga alla ricerca di un qualsivoglia riparo, per non essere feriti e uccisi. Un documento congiunto dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), dell'Unicef e dello United Nations population



fund ci dice che in Ucraina, dall'inizio della guerra, il sistema di sorveglianza degli attacchi all'assistenza sanitaria dell'Oms ha documentato trentuno attacchi diretti a presidi di assistenza sanitaria.¹ Secondo questo rapporto, in 24 casi le strutture sanitarie sono state danneggiate o distrutte, mentre in cinque casi sono state danneggiate o distrutte ambulanze. Alla data del 13 marzo scorso, questi attacchi hanno provocato almeno 12 morti e 34 feriti e hanno avuto un impatto forte e diretto anche sull'accesso e sulla disponibilità dei servizi sanitari essenziali. Fermiamoci a considerare il dramma che sta colpendo la maternità e la salute materno-infantile: dall'inizio della guerra in Ucraina si sono verificate più di 4300 nascite e si prevede che 80.000

Le cicatrici a lungo termine delle ferite fisiche e dei traumi psicologici subiti da milioni di persone in Ucraina si faranno sentire molto tempo dopo che questa guerra sarà passata

The Lancet Regional Health-Europe

donne ucraine partoriranno nei prossimi tre mesi.

Allo stesso tempo, anche la condizione degli anziani desta enorme preoccupazione e angoscia: una breve nota pubblicata nei giorni scorsi su una delle riviste del gruppo editoriale del Lancet ha sottolineato la terribile situazione di smarrimento e di stress nelle decine di migliaia di persone

avanti negli anni che hanno superato i confini ucraini affollando le zone di frontiera di nazioni vicine. Persone che nei decenni passati hanno vissuto sotto regimi illiberali o, addirittura, hanno attraversato nella propria infanzia le atrocità del nazismo o dello stalinismo.² È una sfida terribile per molti Paesi europei, anche se la triste realtà è che i più bisognosi avranno meno probabilità di intraprendere un viaggio così difficile e pericoloso per trovare sicurezza fuori dall'Ucraina. “Le cicatrici a lungo termine delle ferite fisiche e dei traumi psicologici subiti da milioni di persone in Ucraina si faranno sentire molto tempo dopo che questa guerra sarà passata”.

Il nostro primo pensiero è all'Ucraina e ai suoi abitanti. Mal' impatto di questi eventi si fa sentire già oggi, e continuerà a farsi

sentire anche nei mesi a venire, dagli abitanti della Russia e della Bielorussia a seguito dell'imposizione di sanzioni economiche senza precedenti. I sistemi sanitari di queste nazioni stanno affrontando gravi carenze, comprese le terapie di cui diverse industrie hanno sospeso la fornitura. Le tensioni sociali, economiche e politiche peggioreranno le condizioni di vita di un'ampia parte della popolazione e potrebbero potenzialmente innescare un aumento sostanziale della mortalità simile a quello visto dopo il crollo dell'Unione Sovietica.³

La Convenzione di Ginevra per la protezione delle persone civili in tempo di guerra sancisce chiaramente che “gli ospedali civili organizzati per prestare cure ai feriti, ai malati, agli infermi e alle puerpere non potranno, in nessuna circostanza, es-



sere fatti segno ad attacchi; essi saranno, in qualsiasi tempo, rispettati e protetti dalle parti belligeranti”. La Convenzione applica le disposizioni per la protezione della popolazione civile, e in particolare dei più fragili, “senza alcuna distinzione sfavorevole che si riferisca specialmente alla razza, alla nazionalità, alla religione o alle opinioni politiche, e tendono a mitigare le sofferenze cagionate dalla guerra”. Sono principi che si appellano alla solidarietà, alla tolleranza, al rispetto tra uomini. Come medici non possiamo tacere, non possiamo rimanere indifferenti a questa deriva disumana con il suo inaccettabile carico di morte e distruzione.

Di qui la sollecitazione alla presidente Ursula Von der Leyen per garantire il massimo impegno per far cessare subito questi crimini e implementare la rete di assi-

stenza sia sui territori coinvolti dalla guerra, sia nei Paesi dell’Unione europea, sollecitando la creazione di corridoi umanitari, volti a liberare i pazienti e il personale e a trasferirli in luoghi neutrali dove proseguire le cure in sicurezza. Come spiega il documento prima citato delle organizzazioni internazionali, gli enti umanitari e gli operatori sanitari devono essere messi nelle condizioni di mantenere e rafforzare in sicurezza la fornitura di servizi sanitari essenziali, comprese le vaccinazioni contro covid-19 e la poliomielite, e la fornitura di medicinali salvavita per i civili in tutta l’Ucraina e per i rifugiati che attraversano i Paesi vicini. I servizi sanitari dovrebbero essere sistematicamente disponibili ai valichi di frontiera, comprese le procedure di assistenza rapida e di riferimento per i bambini e le donne in gravidanza. È fondamentale che gli attori umanitari abbiano un accesso sicuro e senza ostacoli per raggiungere tutti i civili bisognosi ovunque si trovino.

Senza contare che l’impatto della guerra sulla salute non si esaurisce con il trauma dei combattimenti. Una stima approssimativa spesso citata in questi giorni suggerisce che per ogni persona uccisa direttamente dalla guerra, nove saranno uccise indirettamente, anche se molto dipenderà dalla natura del conflitto e dalle condizioni di salute sottostanti nei Paesi in cui viene combattuto.⁴

Senso di solidarietà e smarrimento. Noi medici abbiamo giurato di curare tutti, senza discriminazione alcuna. Noi medici siamo pronti a metterci a disposizione, e molti di noi già lo hanno fatto, per offrire il nostro aiuto sui territori colpiti o nell’accoglienza ai profughi, in particolare a coloro che necessitano di cure. ▲

Come medici non possiamo tacere, non possiamo rimanere indifferenti a questa deriva disumana con il suo inaccettabile carico di morte e distruzione

Bibliografia

¹ Stop attacks on health care in Ukraine. Joint statement from Unicef, Unpf e Who. Who.int, 13 marzo 2022.

² Piotrowicz K, Rzeźnik M, Gryglewska B, Grodzicki T, Gąsowski J. Geriatrics in the face of war. Lancet Healthy Longev 2022 Mar 9.

³ Leon DA, Jdanov D, Gerry CJ, et al. The Russian invasion of Ukraine and its public health consequences. Lancet Regional Health–Europe 2022 Mar 8.

⁴ Sheather J. As Russian troops cross into Ukraine, we need to remind ourselves of the impact of war on health. BMJ 2022; 376: o499.

Il 24 febbraio 2022 l'esercito russo invade l'Ucraina violando il diritto internazionale e scatenando una guerra sanguinosa di aggressione che perdura da circa tre settimane nel momento di stesura di queste note. La responsabilità della decisione dell'invasione e conseguente conflitto armato ricade unicamente sul governo Putin che persegue da due decenni una politica imperialista ultrareazionaria. La nostra solidarietà di professionisti sanitari va al Paese aggredito e alla sua popolazione e a coloro che in Russia si oppongono alla politica bellicista del proprio governo.

La Nato e diversi dei singoli Paesi occidentali che la compongono perseguono a loro volta una politica imperialista che nella storia ha, a più riprese, fatto ricorso all'uso della guerra, violando il diritto internazionale e provocando stragi tra la popolazione civile. Questo fatto, incontestabile, non può tuttavia essere addotto come attenuante della politica scellerata del governo russo.

Obiettivo della riflessione che segue è di dimostrare che analizzare l'attuale situazione dal punto di vista sanitario, vale a dire dal punto di vista della difesa e promozione della salute intesa come benessere fisico, psichico e sociale, può invece costituire una guida per trovare un posizionamento genuinamente umanitario rispetto alla guerra in corso e far intravedere contemporaneamente un percorso di fuoriuscita dall'attuale disordine globale verso un mondo più pacifico, resiliente ai cambiamenti climatici e con salute e benessere per tutti. Per assumere il punto di vista sanitario non occorre essere medici o infermieri, ma chi esercita una professione sanitaria ha una scusa in meno per non farlo.

La natura della guerra moderna

La conduzione da manuale di una guerra moderna prevede la distruzione di dighe, centrali elettriche, sistemi di approvvigionamento idrico, ospedali, strade, ponti, ferrovie, aeroporti, industrie. L'attuale

La prevenzione della guerra è responsabilità dell'intera società

La guerra in Ucraina: un punto di vista sanitario

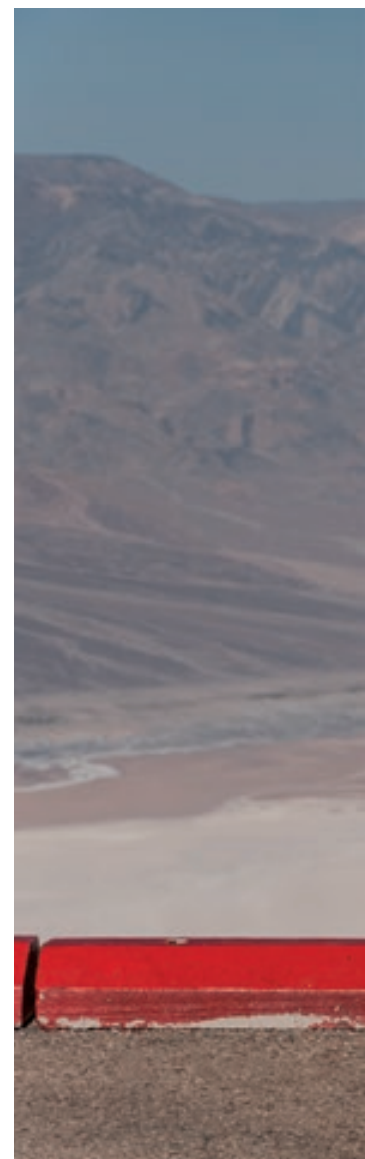
Pirous Fateh-Moghadam

*Responsabile Osservatorio epidemiologico
Dipartimento di prevenzione
Azienda provinciale per i servizi sanitari
Provincia autonoma Trento*

conflitto in Ucraina non si distingue da quanto è stato già osservato durante gli interventi di alleanze Onu (Golfo 1991), o della Nato (Repubblica federale di Jugoslavia, 1999), e della coalizione angloamericana (Afghanistan 2002, Iraq 2003) o della Russia in Cecenia e in Siria, di Israele a Gaza e nel Libano, ecc. Obiettivo finale è sempre quello di distruggere deliberatamente l'ambiente fisico e sociale di un intero paese/territorio.

Gli impatti diretti e indiretti sulla salute

Non abbiamo a disposizione dati attendibili su morti e feriti dell'attuale conflitto in Ucraina a causa del blackout di informazioni, invariabilmente un prodotto della guerra stessa. Tuttavia è noto che anche soltanto per gli effetti diretti si conta solitamente almeno un morto civile ogni soldato ucciso. Inoltre sappiamo anche che morti e feriti per effetti indiretti rappresentano un multiplo di quelli diretti.



PER APPROFONDIRE

Caratteristiche comuni ai conflitti armati con il coinvolgimento di moderni eserciti

1. Il ricorso ad armamenti e strategie militari che rendono impossibile la discriminazione tra obiettivi civili e militari. l'importanza degli effetti indiretti nella determinazione delle conseguenze sanitarie immediate e a lungo termine.
2. La sottrazione di risorse economiche al settore sociale e sanitario a favore di quello militare.
3. L'aumento delle diseguaglianze sociali (sia nel Paese aggredito sia in quello aggressore).
4. La parziale privatizzazione della guerra (mercenari) e l'erosione dei diritti civili (sia nel Paese aggredito sia in quello aggressore).
5. Il rischio di utilizzo di armi termonucleari (anche per errore) e la spinta per lo sviluppo di esse.
6. L'erosione di limiti spaziali, temporali e giuridici nel quadro di un crescente disordine mondiale.

Gli effetti indiretti sulla salute possono essere provocati dalla distruzione o dai danneggiamenti del rifornimento con energia elettrica, delle strutture sanitarie, dell'approvvigionamento alimentare, idrico/smaltimento liquami; dal bombardamento di industrie (chimiche, o di centrali nucleari); dagli effetti a lunga latenza di armi (nucleari/chimiche, mine, bombe a grappolo e altri ordigni non esplosi); dall'interruzione delle attività culturali e dell'istruzione; dal caos generale; dalle migrazioni forzate di profughi. Inoltre le priorità cambiano, le persone sono comprensibilmente concentrate sulla sopravvivenza immediata e problemi quali la salvaguardia dell'ambiente o la promozione della salute a lungo termine diventano irrilevanti.

Un esempio concreto di questo concetto (tra i tanti possibili) emerge da un'analisi dei conflitti armati sul continente africa-

Marco Vergano



no¹ nella quale viene documentato che il numero di bambini morti per cause indirette risulta maggiore di 3-4 volte rispetto al numero di bambini morti durante la fase dei combattimenti. L'effetto perdura inoltre per molti anni dalla fine del conflitto con un alone fino a 100 chilometri dalla zona dei combattimenti ed è tale da essere equiparabile a quello della malnutrizione.

Quindi, le caratteristiche dei conflitti armati moderni – in particolare, la mancanza di limiti di spazio, di tempo e giuridici; l'impossibilità di discriminare tra obiettivi militari e civili; gli effetti indiretti a lungo periodo e la sempre possibile evoluzione in guerra atomica – sono tali per cui nessun fine umanitario può giustificare il ricorso a un tale mezzo. L'unico atteggiamento possibile è quello dell'opposizione e della prevenzione.

La prevenzione della guerra a tre livelli

La prevenzione della guerra è compito dell'intera società, ma chi esercita una professione sanitaria ha una scusa in meno per non impegnarsi in quanto la guerra rappresenta un importante fattore di rischio per la salute pubblica mondiale. Da un punto di vista di sanità pubblica, militarismo e guerra devono essere considerati almeno al pari di altre cause prevenibili di malattie e morte. Analogamente agli altri ambiti di sanità pubblica, anche nella prevenzione della guerra possono essere distinti tre livelli:

- 1) *la prevenzione primaria*: prevenire lo scoppio di guerre o fermare una guerra cominciata;
- 2) *la prevenzione secondaria*: prevenire e ridurre al minimo le conseguenze su salute e ambiente di una guerra in atto;
- 3) *la prevenzione terziaria*: trattamento delle conseguenze della guerra (tra cui l'accoglienza dei profughi).

In tale senso va anche l'appello delle associazioni dei medici in formazione specialistica sulla guerra in Ucraina e la crisi umanitaria in corso in Europa² “per fer-

Da un punto di vista di sanità pubblica, militarismo e guerra devono essere considerati almeno al pari di altre cause prevenibili di malattia e morte



mare questo conflitto, coadiuvando una soluzione che preveda la cessazione immediata delle ostilità”. Nell’appello si sottolinea inoltre l’essere chiamati non solo ad alleviare le sofferenze e a curare le malattie ma anche ad affrontare i determinanti della salute.

Chi scrive è convinto che tra questi vanno considerati anche i determinanti delle guerre per affrontare correttamente i

compiti di prevenzione primaria prima descritti. Occorre quindi interrogarsi sul ruolo delle professioni sanitarie (e non solo), nell’affrontare e contrastare in maniera esplicita il militarismo, l’esistenza stessa di un sistema militare (che provoca danni ingenti alla salute e all’ambiente anche in tempi di pace) e impegnarsi attivamente per la riduzione/eliminazione delle spese militari, per la messa al bando delle armi nucleari nel mondo, del commercio di armi, ecc. La fornitura di armi in una zona in guerra è da questo punto di vista un punto nevralgico, che attualmente divide l’opinione pubblica italiana ed europea. Valutare quanto la fornitura di armi alla popolazione civile ucraina sia in coerenza con gli obiettivi sanitari di prevenzione o di cessazione immediata delle ostilità può essere una utile bussola per orientarsi meglio in questo dibattito e prendere posizione da un punto di vista professionale.

Così facendo risulta evidente che l’invio di armi sul teatro di guerra in Ucraina, benché possa essere discutibile sul piano politico, sia in contraddizione rispetto ai doveri di sanità pubblica e debba essere contrastato da parte di chi si pone in un’ottica di promozione della salute. La richiesta di armi o di altro sostegno militare da parte di chi è impegnato in una lotta armata di difesa all’aggressione subita è legittima. Altrettanto legittimo deve essere considerato il rifiuto di tale richiesta per motivi di prevenzione di una ulteriore escalation del conflitto e in applicazione del principio medico del *primum non nocere*.

Sul ruolo professionale degli operatori sanitari nell’ambito della prevenzione delle guerre devono far riflettere le seguenti parole di Giorgio Cosmacini in riferimento alle prime due guerre mondiali:³

“Il fatto che nessuno – o pochissimi – tra i protagonisti della medicina (...) si sia posto il problema della prevenzione di una tra le più micidiali pandemie della storia delle società umane, deve far riflettere sull’effettiva coerenza di una scienza me-

I medici devono esplorare una nuova provincia della medicina preventiva: la prevenzione della guerra

Giorgio Cosmacini



dica che, nel mentre si professa al servizio della vita, rifiuti di accamparsi e si dichiari neutrale. (...) Se l'ideologia e la politica al potere portano seco, o non contrastano efficacemente, una calamità sociale e biologica come la guerra, la medicina, se non vuol essere 'un modo del potere', deve esercitare una critica coraggiosa del calamitoso contesto ideologico-politico. (...) I medici devono esplorare una nuova provincia della medicina preventiva: la prevenzione della guerra".

Che fare, dunque?

Difficile negare che il militarismo, la presenza di armi nucleari (anche sul suolo italiano), le spese militari e il commercio delle armi fanno parte di quello che Cosmacini chiama "calamitoso contesto ideologico-politico".

Richieste di sanità pubblica da promuovere anche attraverso le diverse società scientifiche del settore e da parte degli ordini dei medici potrebbero quindi comprendere un appello pubblico al governo italiano a favore della firma e della ratificazione del trattato di messa al bando delle armi nucleari (ancora non firmato dall'Italia); l'impegno a favore della riduzione delle spese militari, da convertire a favore della promozione della salute globale (se vuoi la pace investi in salute e benessere) da sbloccare subito per poter essere impegnate per l'assistenza delle vittime della guerra in corso e a sostegno delle strutture sanitarie ucraine; della trasformazione dell'esercito in una organizzazione di protezione civile disarmata; dell'ac-

coglienza di tutti i migranti costretti a lasciare il proprio Paese a causa di conflitti, condizioni politiche, ambientali ed economiche disastrose.

Ad alcuni questi obiettivi sembreranno incidere troppo poco sul conflitto attualmente in atto. La nostra impotenza è in effetti frustrante. Tuttavia raggiungerli sarà fondamentale per evitare che uno storico del 2050 debba fare una riflessione analoga a quella di Cosmacini a commento del futuro che abbiamo davanti.

Ad altri invece questo approccio apparirà utopistico. In verità l'unica utopia in questo ambito è la convinzione di poter evitare future guerre lasciando immutate le condizioni economiche e sociali che le favoriscono. Come ha osservato trent'anni fa

In verità l'unica utopia in questo ambito è la convinzione di poter evitare future guerre lasciando immutate le condizioni economiche e sociali che le favoriscono

Rodolfo Saracci in un editoriale su Epidemiologia e Prevenzione⁴ "tentativi dell'ultima ora per evitare una guerra, quando tutte le condizioni determinanti sono ormai operanti, porteranno invariabilmente all'insuccesso. La prevenzione della guerra deve cominciare ben prima attraverso azioni di lungo respiro alle quali noi, in qualità di professionisti di sanità pubblica, siamo chiamati a contribuire".

Se non ora quando? ▲

Bibliografia

¹ Wagner Z, Heft-Neal S, Bhutta ZA, et al. Armed conflict and child mortality in Africa: a geospatial analysis. *Lancet* 2018; 392: 857-865.

² Comunicato congiunto Federspecializzandi, CoSMEU e MeSLO sulla guerra in Ucraina e la crisi umanitaria in corso in Europa. Le associazioni dei medici in formazione specialistica sulla guerra in Ucraina e la crisi umanitaria in corso in Europa. Saluteinternazionale.info, 15 marzo 2022.

³ Cosmacini G. Storia della medicina e della sanità in Italia. A pagina 426-427. Roma-Bari: Editori Laterza, 1987.

⁴ Saracci R. Prevenire la guerra. *Epidemiologia e Prevenzione*, n. 47, 1991.



La speranza di una **vita degna**. Per i bambini ucraini

Maurizio Bonati

*Dipartimento di salute pubblica,
Istituto Mario Negri - Irccs, Milano*

Che la speranza per ogni neonato ucraino sia di una vita degna è da incoraggiare e sostenere, ma anche che duri più a lungo

Proteggere i minori dalle bombe e dalla violazione dei loro diritti

La salute dei bambini è stata colpita dal conflitto in Ucraina. Oltre a uccidere e ferire direttamente i bambini, l'invasione russa impedisce ai bambini di ricevere le cure di cui hanno bisogno.¹ Ma questa, purtroppo, non è un'infesta novità.

Pochi nati e molti per altri

L'aspettativa di vita alla nascita in Ucraina è di 72,1 anni (in Italia 83,5), 66 anni per la popolazione maschile e 76 anni per quella femminile. Che la speranza per ogni neonato ucraino sia di una vita degna è da incoraggiare e sostenere, ma anche che duri più a lungo. Dagli anni novanta, la popolazione ucraina (43 milioni) è in calo a causa degli alti tassi di emigrazione, dei bassi



tassi di natalità (9,2 nascite ogni 1000 persone) e degli alti tassi di mortalità (15,2 morti ogni 1000 persone). Si muore quindi troppo e presto, già a partire dal primo anno di vita: 7,7 bambini morti ogni 1000 nati vivi (Italia 2,75 ogni 1000 nati).

Si nasce poco, ma si nasce per altri. L'Ucraina è uno snodo internazionale per la maternità surrogata, uno dei pochi a permettere agli stranieri di stipulare contratti con le donne del posto. Si stima che siano almeno 2500 ogni anno i bambini nati da maternità surrogate. I contratti vengono stipulati con le donne del posto da coppie provenienti da Stati Uniti, Cina, Germania o Italia attraverso apposite agenzie, come la Delivering dreams con sede in New Jersey. Il mercato della maternità surrogata regolata anche con dispositivi legislativi è alimentato da 33 cliniche private e 5 pubbliche per un costo di 35-50mila euro a gravidanza contro i 125mila in California, il 70 per cento va alle cliniche. In Ucraina

essere una gestante per altri è un lavoro, un lavoro ben pagato, sebbene ti possa costringere a stare lontana dalla tua famiglia. Un lavoro che quando iniziato non può essere interrotto per almeno nove mesi, neppure con la guerra. Le cliniche della fertilità, come la BioTexCom di Kiev, hanno chiuso per la guerra e queste donne sono alla mercé di traffici imprevedibili.²

I minori ucraini abbandonati

Un flusso verso l'estero per molti iniziato presto. Nel Paese oltre 100.000 sono minori abbandonati, soli o in difficoltà familiare ospiti degli orfanotrofi. Dopo trent'anni di indipendenza del Paese, il numero dei bambini ospiti negli istituti è in aumento e la guerra non contribuirà a ridurlo rapidamente. Nel 2017 era stata programmata la chiusura degli orfanotrofi, anche per ridurre le spese a carico dello Stato per il loro mantenimento circa 15 miliardi di grivne ogni anno (465 milioni di euro). In media un orfanotrofo per ogni bambino riceve 12.000 grivne (372 euro) al mese, per bambini da 0 a 3 anni d'età è possibile ricevere fino a 100.000 grivne al mese (3097 euro).⁵

La riforma riguardante la deistituzionalizzazione, per prevenire l'inserimento del bambino in orfanotrofo, non decolla. L'obiettivo di dare supporto alle famiglie, in modo che non vi sia più bisogno degli orfanotrofi, rimane un desiderio e l'unica alternativa per questi bambini è l'adozione internazionale. Delle 563 adozioni internazionali del 2021 in Italia l'Ucraina è stato il terzo Paese di provenienza degli accolti, dopo Colombia e India; 119 le procedure pendenti.⁶

Il numero dei bambini ospiti negli orfanotrofi è in aumento e la guerra non contribuirà a ridurlo rapidamente

PER APPROFONDIRE

Lavoratori ucraini all'estero

La popolazione non cresce di dimensione e la diminuzione non cessa, e la guerra non contribuirà ad invertire l'andamento. Molte persone lasciano il Paese perché l'Ucraina è la seconda nazione più povera d'Europa dopo la confinante Moldavia; è afflitta dalla corruzione, in conflitto civile a est dal 2014 con i separatisti filorusi, vittima della guerra di invasione russa ora. Posta al 74esimo posto nel mondo (Italia 29esimo) nella classifica dell'indice di sviluppo umano,³ l'Ucraina ha un reddito nazionale lordo pro capite di 13.216 dollari (Italia 42.776 dollari) in parte determinato dalle rimesse dei lavoratori ucraini all'estero (l'Ucraina con 300 milioni di euro è il nono Paese destinatario delle rimesse all'estero dall'Italia).⁴

L'altro volto dell'emergenza

Al 21esimo posto mondiale per numero di positivi (5 milioni), 108.000 morti con covid-19, 34,5 per cento della popolazione vaccinata con almeno due dosi, prevalentemente (42 per cento dei vaccinati) con il cinese Coronavac (virus inattivo), nessuno con quelli russi.⁷ Una copertura vaccinale così bassa non è sufficiente per controllare un virus altamente trasmissibile come sars-cov-2. In tale contesto, lo sconvolgimento provocato dalla guerra potrà alimentare cluster e ondate di infezioni, ma anche il rischio dell'emergere di nuove varianti, che mettono a rischio il mondo intero. Un sistema sanitario già fragile quello ucraino, di bassa qualità, i cui costi sono coperti per il 47 per cento con finanziamento pubblico e dove l'integrazione è rappresentata anche da emolumenti del beneficiario a favore dell'operatore e/o della struttura. Nella classificazione del *Global burden of disease* la prevalenza delle malattie e i relativi fattori di rischio pongono l'Ucraina tra i Paesi più svantaggiati dell'intera area geografica.⁸

Sono 2,7 milioni i profughi, per quello che la Nazioni Unite hanno definito il più grande esodo di sfollati dalla seconda guerra mondiale. Nelle prime settimane di conflitto sono entrati in Italia 34.851 profughi: 17.685 donne, 3040 uomini e 14.126 minori. Un impegno solidale che dovrebbe mantenersi nel tempo guardando e operando in modo diverso per i diritti universali ovunque in particolare per i più vulnerabili. Già nel 2019 un rapporto di Save the Children riportava che i bambini nell'Ucraina orientale devono affrontare una moltitudine di rischi e difficoltà a seguito del conflitto (allora nel Donbass, oggi nell'intera nazione).⁹

Il riconoscimento dei diritti all'istruzione, salute, gioco e protezione è rimandato, mentre aumentano i rischi fisici dei bombardamenti, degli abusi da parte del personale militare e degli effetti psicologici traumatici del conflitto. Oggi sono in tanti a sventolare la bandiera dell'Ucraina, eppure è da tempo che (anche) i bambini ucraini sventolano la loro bandiera per attrarre l'attenzione, per richiedere soccorso... reclamando il diritto a una vita degna. ▲

Oggi sono in tanti a sventolare la bandiera dell'Ucraina, eppure è da tempo che (anche) i bambini ucraini sventolano la loro bandiera per il diritto a una vita degna

Bibliografia

¹ Ahsan S. Children's health caught up in Ukraine conflict. The Lancet 2022; 399: E14.

² Motluk A. Il dilemma delle gestanti per altri nella guerra ucraina. Internazionale, 10 marzo 2022.

³ United Nations Development Programme. Human development report 2022.

⁴ Openpolis. I soldi che i lavoratori stranieri in Italia spediscono all'estero.

⁵ Amici dei Bambini. Ucraina. Ucraina. Come stanno i 100 mila bambini ospiti degli orfanotrofi? Abi.it, 18 febbraio 2022.

⁶ Commissione per le adozioni internazionali. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Procedure pendenti e adozioni divise per Paese, anno 2021.

⁷ World Health Organization. Coronavirus disease (covid-19) pandemic.

⁸ GBD 2019 risk factors collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global burden of disease study 2019. The Lancet 2020; 396: 1223–49.

⁹ Listen to us. Girls' and boys' gendered experiences of the conflict in eastern Ukraine. Toronto: Save the Children, 2019.

Sembra tanto tempo fa quando su *Volare la luna* domandavo se era proprio proibito pensare in termini di pace, come unico modo di non far ‘scoppiare’ la guerra.¹ Come nelle vecchie filastrocche, la guerra è più che scoppiata. Ha invaso tutto. E tutti.

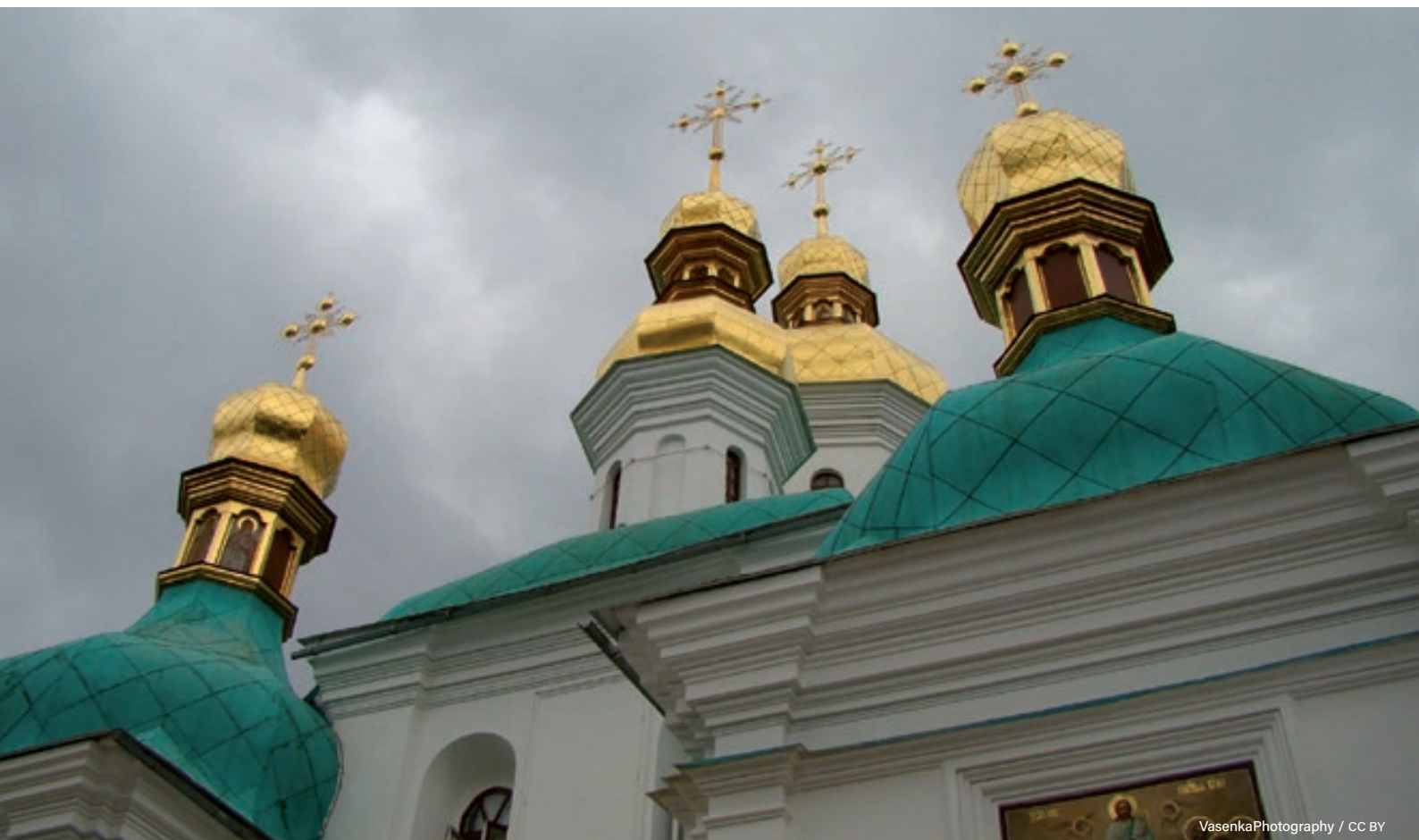
Strana esperienza: in fondo non c'è nulla, ma proprio nulla di nuovo. Come quando si vedono o vedevano film di guerra. O le cronache in diretta di Iraq, Yemen, Sudan e via elencando. Cambiano fotogrammi, inquadrature, colori: ma il contesto e i racconti profondi sono uguali: tra cinema e storia reale cambiano solo le immagini degli umani: comparse vs umani veri morti e feriti, profughi... Del resto non si sa nulla, al di là delle cronache fattuali, più o meno ripetute, e le tante opinioni e interpretazioni. È vero che l'Ucraina è più vicina (ma non tanto di più se soltanto si pensa alla Libia, a Gaza, alla Siria) e c'è di mezzo l'immaginario del nucleare, ma

Non c'è alternativa alla guerra?

Non dobbiamo accettare
che non ci sia alternativa al conflitto

Gianni Tognoni

*Medico e ricercatore, segretario generale
del Tribunale permanente dei popoli*



VasenskaPhotography / CC BY

non tornano i conti: né concreti, né nell'immaginario.

Forse la guerra "in" Ucraina toglie, come la pandemia, il velo a qualcosa: a una nostalgia dei "poteri" di giocare a essere nemici sul campo: sul serio: con armi vere: come negli antichi duelli: appena fuori le mura: per sapere chi è più bravo. Perché nel mondo globale queste emozioni non sono più personalizzabili: sono impersonali. Sistemiche. Hanno le cose e le merci come protagonisti. E i morti, tanti tanti tanti, per fame o migrazione o repressioni-guerre "locali", hanno l'accortezza di essere presenti solo nei racconti, come al cinema. Era da tempo evidentemente che "giocare" alla guerra in diretta covava: il mercato delle armi tirava, ma aveva certo bisogno

La guerra ha svelato che il fattore più critico è l'assenza di un'ipotesi forte, alternativa, motivata, documentata di pace

di una scossa, che togliesse le resistenze psicologiche. Ed è meraviglioso l'accordo pieno e rapido sulle spese/competizioni al riarmo, dei governi, delle industrie: avere l'emozione di "mandare" armi: non di nascosto, travestite da doveri di difesa.

Il racconto si potrebbe trascinare: come si trascina la guerra (o meglio: le trattative segrete tra dittatori armati fino ai denti), senza sapere qual è l'oggetto reale del contendere, e ancor meno *chi e quanto e come e*

se deve uscire come vincitore o vinto: e tra chi? Russia vs Ucraina? Non è questa, e tutti lo sappiamo o lo sanno, la partita vera. Che svela anche che l'intenzione è quella di ridare formalmente alla guerra un suo diritto di cittadinanza da tempo messo in dubbio, e ridotto a essere un capitolo del mercato, o un evento per tutte le periferie... Che fare? La risposta è vecchia: TINA. Come per l'economia negli anni Ottanta, che rese obbligatorio il colonialismo dei sempre più pochi, perché il capitalismo classico non era più sufficiente.

La guerra "periferica-centrale" (è questa la novità) ha svelato (come TINA) che il fattore più critico è l'assenza di un'ipotesi forte, alternativa, motivata, documentata di pace. Che è diversa da "movimenti per" la pace. L'Europa, luogo di una guerra di non si sa chi contro chi, ma certo profondamente sua, per la storia e per il presente, è l'assenza più drammatica e riassuntiva: non per scelte politiche. Per tante, frammentate alleanze con tutti gli attori: e un bagaglio di guerre di interessi che la rendono paralitica nel pensiero prima ancora di immaginarsi in una trattativa.

TINA è la dichiarazione di guerra. Non l'accetterò mai. Speriamo di essere in tanti. Nei tanti quotidiani. Magari non discutendo, nelle diverse, piccole o grandi, sinistre ed etiche, chi è, come e se si è pacifisti, più o meno invisibili e impotenti. Prendendo eventualmente un obiettivo politico-economico, concreto per le sue implicazioni molto dirette: non accettare TINA per le spese militari: spostare le spese già previste ora per il riarmo, in Italia, all'ambiente, alle aree della sanità che escludono e non includono, allo *ius soli*. ▲

PER APPROFONDIRE

Cosa vuol dire TINA?

È l'acronimo della frase in inglese: "there is no alternative". In italiano significa "non c'è alternativa". Un'espressione cara alla prima ministra conservatrice britannica Margaret Thatcher. Se è vero che le decisioni nelle democrazie vengono assunte secondo percorsi trasparenti e condivisi, la retorica di "non c'è alternativa" (TINA) solleva non pochi interrogativi. Nella storia recente, il metodo TINA ha mostrato di poter facilitare e giustificare decisioni politiche sgradevoli e normativamente complesse, ostacolando però le procedure democratiche e deliberative.²

Bibliografia

¹ Tognoni G. È permesso immaginare la pace? Volere la luna, 3 marzo 2022.

² Séville A. From 'one right way' to 'one ruinous way'? Discursive shifts in 'There is no alternative'. European Political Science Review 2017; 9: 449-70.

Impegnarsi per i colleghi delle nazioni sanzionate

Un boicottaggio accademico della Russia è controproducente. Qualsiasi azione che intraprendiamo dovrebbe essere mirata a fare la differenza

Sandro Galea

Preside della School of public health della Boston university

Dura ormai da quasi un mese la guerra della Russia contro l'Ucraina. La violenza di questa invasione ingiusta e non provocata è stata davvero scioccante. Assistendo a tale orrore, viene naturale chiedersi: qual è l'azione giusta da intraprendere?

Ho scritto in precedenza della nostra responsabilità individuale, per come la vedo io, in questi momenti. In questo articolo voglio porre una domanda più ampia: che risposta dovremmo dare, come comunità accademica e come individui impegnati a costruire un mondo migliore, a un male così spudorato? Dall'inizio dell'invasione, molti Paesi hanno tagliato i ponti con la Russia, interrompendo le relazioni economiche, politiche e culturali. Abbiamo assistito a un distacco simile messo in atto

da istituzioni chiave, poiché società, squadre sportive, organizzazioni artistiche e università hanno valutato il boicottaggio della Russia. Questo fa sorgere una domanda: dovremmo, come comunità scientifica, andare in questa direzione?

PER APPROFONDIRE

La complessità dei conflitti d'interesse

Nell'articolo citato da Sandro Galea, l'autore ha sottolineato come i conflitti d'interesse non di ordine economico pongano sfide particolari per la sanità pubblica. Sebbene i finanziamenti economici – e i potenziali conflitti che ne derivano – siano facili da definire e in parte anche da determinare, è molto più difficile giudicare i comportamenti motivati dal desiderio di avanzamento professionale, dall'appartenenza a network di ricerca disciplinari o a un'ideologia di riferimento. Esplicitare questi "conflitti" migliorerebbe la ricerca? Anche il definirli "conflitti" è appropriato oppure sarebbe meglio chiamarli in altro modo?

È importante non semplificare eccessivamente la complessa questione delle collaborazioni scientifiche in tempo di guerra



Una simile domanda, che emerge dalla complessa realtà della guerra e della politica internazionale, richiede una risposta che rifletta questa complessità. Non è una novità riconoscere come la complessità del mondo si intersechi con il nostro lavoro. Lo facciamo, ad esempio, ogni volta che dichiariamo i nostri conflitti di interesse riguardo un documento di ricerca. Proprio come dovremmo fare attenzione a non semplificare eccessivamente il modo col quale affrontiamo i conflitti di interesse (argomento che ho toccato sull'*American Journal of Public Health*), è importante non semplificare eccessivamente la complessa questione delle collaborazioni scientifiche in tempo di guerra.

Cominciamo, tuttavia, da ciò che è semplice. L'invasione russa dell'Ucraina è un atto criminale. Nella misura in cui qualsiasi azione a livello nazionale o internazionale possa servire ad aiutare a porre fine al conflitto e dissuadere i Paesi dall'impegnarsi in aggressioni del genere in futuro, dovrebbe essere messa in atto. Dovremmo anche aver chiare le nostre responsabilità, in quanto ricercatori che si occupano del-

la salute della popolazione, nel contribuire a far luce sulle conseguenze della guerra sulla salute, chiarendo in ogni modo che un mondo in salute è un mondo senza guerra. Per chi fosse interessato, la nostra School of public health della Boston university si è occupata ulteriormente di questo argomento durante un dialogo che abbiamo ospitato il 29 marzo, "Le conseguenze della guerra sulla salute".

Vale anche la pena notare che il mondo accademico ha alle spalle un lavoro di anni teso a cambiare il comportamento dei governi che perseguono politiche ingiuste, attraverso boicottaggi e altre forme di

Rifiutarsi di lavorare con collaboratori accademici russi che non hanno legami con l'establishment politico o militare del Paese: queste azioni sono - nel migliore dei casi - controproducenti e - nel peggiore - un tradimento dei nostri valori come società e come comunità

pressione. Basti pensare, ad esempio, al boicottaggio accademico del Sudafrica durante l'apartheid. Si tratta di azioni coerenti con quelle di un attivista per la sanità pubblica impegnato a promuovere un cambiamento nel senso del progresso e con l'importanza ancora maggiore del sentirsi dalla parte giusta della storia di fronte a stringenti questioni morali. A volte è importante, anzi necessario, tracciare una linea.

Ma dobbiamo fare attenzione quando lo facciamo. Il disimpegno ha dei costi e non favoriamo la nostra ricerca di un mondo migliore respingendo i popoli delle nazioni oggetto di boicottaggio. Se non stiamo attenti, le azioni di boicottaggio condotte con mano pesante possono compromettere lo stesso dialogo che è alla base delle soluzioni avanzate in tempi di conflitto. Possono anche privarci della diversità e della ricchezza culturale che rendono la nostra società quello che è. Mettere al bando il lavoro degli artisti russi, ad esempio, è controproducente. Tali azioni, inoltre, non fanno nulla per impedire l'aggressione russa in Ucraina. Questo è un altro punto chiave. Qualsiasi azione che intraprendiamo dovrebbe essere mirata a fare la differenza. Interrompere i rapporti tra i ricercatori di quella nazione e il governo russo, disimpegnarsi dalle relazioni economiche, pronunciarsi chiaramente contro la guerra sia come ricercatori in ambito di sanità pubblica sia come angosciati esseri umani: queste sono tutte azioni utili che possono aiutare a informa-

re la risposta globale all'aggressione russa. D'altra parte, stigmatizzare i singoli russi, rifiutarsi di lavorare con collaboratori accademici russi che non hanno legami con l'establishment politico o militare del Paese: queste azioni sono – nel migliore dei casi – controproducenti e – nel peggiore – un tradimento dei nostri valori come società e come comunità.

Ciò premesso, mi sembra possano essere tre i punti chiave capaci di guidare il nostro pensiero in questo momento.

In primo luogo, le conseguenze delle nostre azioni contano. Non dovremmo esitare ad agire laddove possiamo fare la differenza. Ad esempio, al momento, interrompere il dialogo con il governo russo e le istituzioni ad esso legate è ragionevole e giusto. Interrompere la collaborazione con i colleghi russi che non sono dichiaratamente allineati alle azioni del loro governo, tuttavia, non ha alcuno scopo. È contrario ai valori su cui poggia il lavoro di ricerca e indebolisce il nostro ambito disconnettendoci dalle idee che aiutano a sostenerlo. Da una prospettiva puramente consequenzialista, un boicottaggio accademico della Russia aiuterebbe poco e danneggerebbe molto la nostra ricerca di un mondo in migliore salute.

In secondo luogo, c'è un'importante distinzione da fare tra le azioni di un governo e i cittadini di una nazione. Il presidente russo Putin è solo una persona tra milioni e molti di quei milioni pensano che sia in errore. In effetti, alcuni dei più coraggiosi e accesi oppositori della guerra sono russi. Identificare con la guerra tutti i cittadini russi non fa che rafforzare le divisioni che ostacolano la pace ed è ingiusto nei confronti dei russi che non hanno nulla a che fare con ciò che sta accadendo in Ucraina.

Terzo, dovremmo stare sempre attenti a tracciare delle linee. Pochi Paesi non sono colpevoli di qualche forma di ingiustizia, che si tratti di guerra aggressiva, persecuzione di cittadini, azioni irresponsabili riguardo al cambiamento climatico o qualsiasi altra trasgressione. Sono consa-

PER APPROFONDIRE

Cosa intendiamo con consequenzialismo?

È una classe di teorie etiche normative e teleologiche che sostiene che le conseguenze della propria condotta sono la base ultima per il giudizio sulla correttezza o scorrettezza di tale condotta. Quindi, da un punto di vista consequenzialista, un atto è moralmente giusto (o un'omissione dall'agire) se produrrà un buon risultato. È un approccio opposto all'etica deontologica nella quale regole e dovere morale sono centrali a prescindere dall'esito del proprio comportamento.

Nei momenti in cui la storia ci chiede di schierarci in un conflitto tra il bene e il male, la giustizia e l'ingiustizia, è necessario agire in modo da poter giustificare le nostre istituzioni, i nostri pari e i nostri bambini

pevole della potenziale accusa di “whataboutism” (con il termine “whataboutism” si intende – in inglese – il rispondere a una accusa sostenendo che vi sono altre situazioni equivalenti o peggiori che l'accusatore tace, *ndr*).

I comportamenti spregevoli di altri Paesi non esonerano neanche per un momento i danni perpetrati in queste settimane dalla Russia e, ovviamente, è necessario sostenere con forza che le azioni della Russia in Ucraina costituiscono una violazione continua e fuori dal comune dei diritti umani e della decenza. Per questo motivo, è opportuno che nazioni e istituzioni intraprendano le azioni che hanno messo in atto contro il regime di Putin. Ma se tagliamo i legami con i ricercatori russi a causa delle azioni del loro governo, significa che dobbiamo fare lo stesso con gli accademici dell'Arabia Saudita, un Paese che ha appena decapitato 81 persone in un solo giorno? O con gli studiosi cinesi, il cui governo sta commettendo un genocidio nei confronti degli uiguri nello Xinjiang? O, in effetti, nei riguardi dei ricercatori statunitensi, a causa della nostra stessa interferenza con il funzionamento democratico di altri Pa-

esi? C'è ampia disponibilità di prove contro la maggior parte dei governi da esibire dinanzi al giudizio dell'opinione internazionale, ma questo non ci ha impedito di distinguere tra le azioni dei governi e quelle dei singoli cittadini. Né dovrebbe trattenerci dal farlo ora.

La scorsa settimana, Springer Nature ha inviato un'e-mail in cui spiegava la sua decisione di continuare ad accettare i contributi dei ricercatori russi. Diceva, a un certo punto: “Nel corso della storia, durante molti conflitti, abbiamo lavorato per garantire che i ricercatori di tutto il mondo, indipendentemente da razza, genere, religione o nazionalità, siano in grado di collaborare a progetti di ricerca in modo che non siano isolati nello scambio delle idee. Compresi gli autori che si trovano in territori sottoposti a sanzioni per ragioni a loro non imputabili e che, se in grado di connettersi con la comunità più ampia, avrebbero ancora un contributo positivo da dare”. Sono d'accordo. Nei momenti in cui la storia ci chiede di schierarci in un conflitto tra il bene e il male, la giustizia e l'ingiustizia, è necessario agire in modo da poter giustificare le nostre istituzioni, i nostri pari e i nostri bambini. Dovremmo fare attenzione, tuttavia, a farlo con ponderatezza, consapevoli delle sfumature e della realtà complessa del mondo in cui viviamo. In questo momento travolto dalla guerra, dovremmo bilanciare il tracciamento delle linee con la costruzione di ponti, mentre seguiamo nell'impegno costruttivo per costruire un mondo migliore. ▲

Questo post è stato pubblicato sul blog The Healthiest Goldfish di Sandro Galea con il titolo “On engaging with colleagues from sanctioned countries” e riprodotto su ilpunto.it con il consenso dell'autore.

Sulla controversa presa di posizione della Società europea di cardiologia: *vis unita fortior agit*

Il 4 marzo scorso, a poco più di una settimana dall'inizio dell'invasione dell'Ucraina da parte dell'esercito russo, la Società europea di cardiologia (Esc) ha pubblicato un comunicato¹ in cui si dichiara la sospensione temporanea della qualifica di membri Esc nei confronti delle società di cardiologia russa e bielorusse. Nel comunicato si sottolinea come questa decisione si sia resa necessaria per "fornire un messaggio alle leadership russa e bielorusse che sia chiaro e inequi-

vocabile". Ma la presa di posizione dell'Esc ha fatto molto discutere la comunità scientifica.

Da un sondaggio promosso su Twitter da un cardiologo di Boston, Ali Elzieny, è emerso che su 1332 rispondenti il 61 per cento è in disaccordo con la società scientifica europea, mentre il 39 per cento è in accordo. Altre società cardiologiche, come l'American college of cardiology e il Telecardiology working group dell'International society for telemedicine and eHealth, hanno pubblicato dichiarazioni in contrapposizione alla decisione dell'Esc, sottolineando da un lato come l'esclusione di membri dalle società scientifiche possa essere discriminante, e ribadendo d'altra parte il proprio appoggio e supporto ai colleghi in Ucraina.

Fare la guerra ai **cardiologi russi e bielorusi**. Perché?

Camilla Alderighi e Raffaele Rasoini
*Associazione Alessandro Liberati -
Cochrane affiliate centre*



Di fronte all'invasione arbitraria di uno Stato indipendente e alle gravissime ripercussioni della guerra soprattutto sui civili, in molti hanno giustificato la posizione dell'Esc con la necessità di dover dare una risposta di ferma opposizione a quello che sta accadendo. Alcuni hanno anche visto in questa dichiarazione un continuum coerente con le sanzioni che molti governi, e anche molte aziende private, stanno applicando nei confronti della Russia. L'obiettivo delle sanzioni, infatti, non è solo quello di generare un danno economico al Paese che le subisce, ma anche di creare disservizi a vari livelli, così da sviluppare pressioni nei confronti della leadership russa affinché quest'ultima interrompa le violenze.

Le conseguenze sui pazienti

Tuttavia, non è chiaro — e il brevissimo comunicato dell'Esc non aiuta nella comprensione di questo aspetto — in che modo e misura l'esclusione dalle attività dell'Esc sia in grado di favorire questo obiettivo. D'altra parte, questa esclusione acuisce l'isolamento culturale dei cardiologi russi e bielorusi, con potenziali conseguenze negative sui loro pazienti.



**Non cerchiamo i colpevoli
e non giudichiamo nessuno.
La nostra missione è salvare vite umane**

*Lettera aperta degli operatori
sanitari russi a Vladimir Putin*

Marco Vergano



PER APPROFONDIRE

La lettera aperta a Vladimir Putin

I medici, infermieri e paramedici russi scrivono a Putin di opporsi fermamente alle azioni militari condotte dalle forze armate russe sul territorio dell'Ucraina. "Non cerchiamo i colpevoli e non giudichiamo nessuno. La nostra missione è salvare vite umane. È difficile immaginare una professione più umana di un medico. E ora, in questo momento difficile per entrambi i Paesi, chiediamo l'immediata cessazione delle ostilità e la risoluzione di tutte le questioni politiche esclusivamente con mezzi pacifici. Come sempre, non dividiamo le persone in amici e nemici. Abbiamo giurato di aiutare qualsiasi essere umano, indipendentemente dalla nazionalità, religione o opinioni politiche. Ma oggi il nostro aiuto non basta. La guerra richiederà molte vite e parizzerà così tanti destini che non avremo il tempo di aiutare nonostante tutti gli sforzi possibili. Tutti urleranno di dolore e grideranno alle madri nella stessa lingua. (...) La vita umana non ha prezzo. Ci vuole un momento per essere uccisi in azione, mentre il trattamento e il recupero delle vittime possono richiedere anni. E per i momenti della guerra di oggi, pagheremo molti anni dopo. Non importa come l'uso di armi letali sia giustificato, rimangono mortali. Mortale e causando dolore e sofferenza. Pertanto, seguendo i nostri giuramenti e mantenendo un trattamento umano e paritario di tutte le vite, chiediamo l'immediata sospensione di tutte le operazioni con l'uso di armi letali".²

Qualcuno ha giustificato la posizione dell'Esc ipotizzando che una parte non trascurabile della classe medica russa si collochi in accordo con il potere centrale. In un Paese in cui viene sistematicamente praticata la censura del dissenso, nessuno può affermare di conoscere la posizione di ogni membro della comunità medica russa nei confronti dell'invasione dell'Ucraina; tuttavia, almeno è ben evidente la posizione dei 15.000 operatori sanitari russi che, tre giorni prima del comunicato dell'Esc, hanno firmato una lettera aperta diretta a Vladimir Putin per richiedere la cessazione immediata dell'invasione.²

La guerra è il simbolo di questo mondo umano senza diritti, a cominciare da quello di restare vivi

Gino Strada

Mentre in Russia le informazioni alla popolazione sono dirottate e distorte, e ogni forma di opposizione alle decisioni del potere centrale viene sistematicamente cercata, intercettata e punita, una presa di posizione pubblica e riconoscibile di dissenso come quella da parte dei colleghi russi è un atto di grande coraggio che comporta anche dei rischi.

Un'altra considerazione sulla posizione dell'Esc non può prescindere dalle conseguenze della guerra, proprio dal punto di vista delle malattie cardiache. Una rassegna di 65 studi condotti in 23 conflitti armati ha osservato come, oltre alle conseguenze sanitarie più immediate dei conflitti sui civili, come traumi, malattie infettive e malnutrizione, tra le conseguenze a medio e lungo termine sia da includere un netto aumento di infarti cardiaci e di ictus cerebrali.³ Le cause di questo sarebbero da attribuire a un insieme di fattori come l'impatto dello stress sulla pressione arteriosa, la disgregazione dei sistemi sanitari, la sospensione di screening e il ridotto accesso a visite, farmaci e interventi. In maniera analoga, un aumento netto della mortalità per cause cardiovascolari è stato osservato in Paesi andati incontro a recessione economica, sociale e politica, proprio come l'ex Unione Sovietica nei primi anni novanta.⁴

La mission dell'Esc, come riportato sul suo sito web, è quella di "ridurre il carico delle malattie cardiovascolari". Dalla sua posizione rappresentativa di società cardiologiche anche al di fuori dell'Unione europea, non è quindi difficile immaginare un ruolo attivo e centrale di Esc verso contesti di grande necessità sul piano cardiovascolare.

E non è difficile neanche immaginare che gruppi di sanitari russi e ucraini, favoriti dall'asset comunicativo e organizzativo comune che Esc sarebbe in grado di fornire, potrebbero svolgere un lavoro molto importante, non solo di supporto diretto, ma anche di ricerca sulle conseguenze cardiovascolari e sui loro possibili rimedi nell'ambito di conflitti armati e di situa-

zioni di recessione ad essi connesse. Lo sviluppo di linee guida di prevenzione e gestione di questi stessi effetti rientrerebbe pienamente tra gli obiettivi anche formativi per cui l'Esc si è costituita.

Unirsi per il diritto alla salute

Come ha scritto Gino Strada, chirurgo di guerra e fondatore di Emergency, “la guerra è il simbolo di questo mondo umano senza diritti, a cominciare da quello di restare vivi”.⁵ Lavorare nell'ambito della cura significa anche farsi garanti della tutela del diritto inalienabile alla salute soprattutto dei più vulnerabili, indipendentemente da ogni input divisivo.

A questo proposito, un articolo pubblicato nel 2019 dall'European Heart Journal – la rivista principale di Esc – ricorda e celebra i cardiologi Bernard Lown, statunitense, ed Eugene Chazov, russo, che nel 1980, all'apice della guerra fredda, ebbero l'idea di unirsi per fondare il Gruppo internazionale di medici per la prevenzione della guerra nucleare, ponendo il loro servizio di tutela della salute della popolazione al di sopra di ogni divisione, e ricevendo per questo il premio Nobel per la Pace. Nonostante la diversità del contesto storico, il presupposto rimane lo stesso: la prima vittima della guerra è la salute di tutti coloro che vi si trovano coinvolti, direttamente o indirettamente.

Di fronte a questo, le società scientifiche non possono aspettarsi di affermare un loro ruolo attraverso dichiarazioni divisive, ma dovrebbero rintracciare quel ruolo proprio nello scopo stesso per cui sono nate: fornire risposte che siano atti inclusivi e propositivi, nell'ottica di costituire un riferimento per il dialogo e l'unione di tutta la comunità scientifica.

Come cardiologi di un Paese membro, ci auguriamo una posizione dell'Esc che sia coerente con la propria mission. Ponendosi al cuore della comunicazione internazionale tra tutti i sanitari, l'Esc si porrebbe soprattutto come un organo al servizio di tutti i vulnerabili. ▲



Bibliografia

¹ ESC Statement on the war in Ukraine.

² Russian doctors, nurses, and paramedics demand to end hostilities in Ukraine. BMJ 2022; 376: o535.

³ Jawad M, Vamos EP, Najim M, et al. Impact of armed conflict on cardiovascular disease risk: a systematic review. Heart 2019; 105: 1388-94.

⁴ Brainerd E. Mortality in Russia since the fall of the Soviet Union. Comp Econ Stud 2021; 63: 557-76.

⁵ Strada G. Una persona alla volta. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 2022.



Gonzalo de Cárdenas / CC BY

Padri e figli, in guerra

Ci sono cose da dire, i padri ai figli
e i figli ai padri, senza attendere domani

Giorgio Tamburlini

Medico pediatra,
Centro per la salute
del bambino onlus

Questa maledetta guerra che, a torto o a ragione, sentiamo così vicina incombe anche su queste pagine, e non potrebbe essere diversamente. Certamente, non è la prima, né la sola nel tempo presente: si combatte con ferocia in Siria, in Yemen, in Etiopia, per citare le aree di conflitto più prossime a noi. Morte, violenze di ogni tipo, distruzioni, esodi, perdita delle proprie case, famiglie, comunità. A pagare sono, sempre di più, i civili, e tra questi soprattutto gli ultimi, quelli che non hanno i mezzi per fuggire, e per sopravvivere. Scrive Bertolt Brecht, ne *La guerra che verrà*: “La guerra che verrà/Non è la prima/ Prima ci sono state

altre guerre/Alla fine dell'ultima c'erano vincitori e vinti/ Fra i vinti la povera gente faceva la fame/ Fra i vincitori faceva la fame la povera gente egualmente”¹

Ancora più che in passato, le guerre di oggi mettono uno contro l'altro genti simili, accomunate da vicende storiche e territori di nascita. In Yemen gli sciti combattono contro i sunniti, ciascuno con una potenza alle spalle che di fatto ne fa truppe mercenarie e fratricide. In Etiopia il governo di oggi perseguita chi governava ieri, in Siria Assad ha trucidato soprattutto i suoi sudditi. Solo tre decenni fa erano gli ex-jugoslavi serbi a combattere contro ex-jugoslavi croati, bosniaci, kossovani. Gli esperti non hanno difficoltà a spiegarci le radici etniche, geopolitiche, economiche che mettono popolazioni le une contro le altre. A leggerli, pare che ci siano sempre delle ragioni storiche, che sempre si possa dire “ma certo, è per il petrolio, per l'acqua, per il controllo di questa o quell'asset strategico...”.

Ma sono in buona parte stolte razionalizzazioni di ciò che razionale non è. Senza negare le tensioni che queste competizioni per la “roba” generano, e pur nella complessità di cause e concause, il fattore decisivo, la vera radice generatrice della violenza, la pulsione che muove i cannoni appartiene, nella gran parte dei casi, a un'altra dimensione, a un'altra pulsione: la *hybris* piuttosto che l'avidità e il calcolo. Al sonno della ragione che si genera a poco a poco dove dominano autocrati che hanno perso il senso della realtà, che hanno cresciuto un ambiente paranoico di cui loro stessi si nutrono. E che scatenano conflitti che hanno alcune caratteristiche: quella di colpire il vicino di casa, quello con cui giocavi da piccolo, quella di ordinare violenze e distruzioni che vanno ben oltre la

nostro tempo. Se per millenni la guerra è stata il luogo dove sono stati i padri disperati a dover seppellire i figli, al contrario di quanto accade in tempo di pace (Erodoto), ora sono questi padri/padroni a uccidere su larga scala i loro propri figli, fratelli, vicini. Come nei versi di Salvatore Quasimodo in *Uomo del mio tempo*: “T’ho visto: eri tu, / con la tua scienza esatta persuasa allo sterminio, / senza amore, senza Cristo. Hai ucciso ancora, / come sempre, come uccisero i padri, come uccisero / gli animali che ti videro per la prima volta / E questo sangue odora come nel giorno / quando il fratello disse all’altro fratello: / «Andiamo ai campi». E quell’eco fredda, tenace, / è giunta fino a te, dentro la tua giornata. / Dimenticate, o figli, le nuvole di sangue / Salite dalla terra, dimenticate i padri: / le loro tombe affondano nella cenere, / gli uccelli neri, il vento, coprono il loro cuore”.³

Da dove nascono “la scienza esatta persuasa allo sterminio, senza amore”, dove si produce “quell’eco freddo, tenace”, quelle “nuvole di sangue”? Si producono in ferite antiche, in mancanze antiche – appunto, di amore – nella freddezza, nelle nuvole scure. In carezze, parole e abbracci mancati. Tra padri e figli, tra figli e padri.

Un’ultima riflessione sulla guerra ci porta a reconsiderarne l’effetto come una forbice che si avventa improvvisamente sulla tela del tempo, sia quello passato (senza fare abbastanza...) sia quello che resta (troppo breve per fare). Seneca scriveva: “Fate presto a godere dei vostri figli e a farli godere di voi, tracannate senza indugio ogni gioia: nessuno vi assicura questa notte è un rinvio troppo lungo, nessuno quest’ora. Forse agire con chi è vicino, ma cercare di guardare lontano, per creare condizioni per la pace, come non siamo stati capace di fare abbastanza finora, è il messaggio che ci viene portato, da queste lettere e da questi versi”.

E allora si dicono le cose che non si sono mai dette, i padri ai figli e i figli ai padri. Perché non c’è più tempo per rischiare di non dirle mai.⁴ Scrive Paolo Braccini, di anni 36, docente universitario, nato a Canepina (Viterbo) nel 1907, partigiano, fu-

Il conflitto si produce in carezze, parole e abbracci mancati tra padri e figli

Giorgio Tamburlini

necessità di prevalere su un nemico, e che prima ancora che di muri e di vite vogliono distruzione di cuori. Come scrive Ungaretti in *San Martino del Carso*: “Nel cuore/ nessuna croce manca. / È il mio cuore/il paese più straziato”.² Non si spiegherebbero altrimenti le atrocità a cui abbiamo assistito nella ex-Jugoslavia, in Siria, in Etiopia, ora in Ucraina, dove l’autocrate distrugge prima di tutto la terra, le genti che vuole sottomettere, ne compromette lo stesso futuro, distrugge ponti, porti, ospedali, scuole. Provoca la morte dei suoi propri sudditi, mandandoli a combattere i vicini quando non i fratelli. Anche per i sudditi dunque il nemico principale è lui, l’autocrate. Scrive ancora Brecht: “Al momento di marciare molti non sanno/che alla loro testa marcia il nemico. / La voce che li comanda/è la voce del loro nemico. / E chi parla del nemico / è lui stesso il nemico”.

Forse è questo che è cambiato, e forse è questo che si può leggere nelle guerre del

cilato il 5 aprile 1944 al Poligono nazionale del Martinetto in Torino, con altri sette. 3 aprile 1944:

Gianna, figlia mia adorata, è la prima ed ultima lettera che ti scrivo e scrivo a te per prima, in queste ultime ore, perché so che seguito a vivere in te. Sarò fucilato all'alba per un ideale, per una fede che tu, mia figlia, un giorno capirai appieno. Non piangere mai per la mia mancanza, come non ho mai pianto io: il tuo Babbo non morrà mai. Egli ti guarderà, ti proteggerà ugualmente: ti vorrà sempre tutto l'infinito bene che ti vuole ora e che ti ha sempre voluto fin da quando ti sentì vivere nelle viscere di tua Madre. So di non morire, anche perché la tua Mamma sarà per te anche il tuo Babbo: quel tuo Babbo al quale vuoi tanto bene, quel tuo Babbo che vuoi tutto tuo, solo per te e del quale sei tanto gelosa. Riversa su tua Madre tutto il bene che vuoi a lui: ella ti vorrà anche tutto il mio bene, ti curerà anche per me, ti coprirà dei miei baci e delle mie tenerezze. Sapessi quante cose vorrei dirti ma mentre scrivo il mio pensiero corre, galoppa nel tempo futuro che per te sarà, deve essere felice. Ma non importa che io ti dica tutto ora, te lo dirò sempre, di volta in volta, colla bocca di tua Madre nel cui cuore entrerà la mia anima intera, quando lascerà il mio cuore. Tua Madre resti sempre per te al di sopra di tutto. Vai sempre a fronte alta per la morte di tuo Padre.

Scrivi Bruno Parmesan, di anni 19, meccanico tornitore, nato a Venezia nel 1925, partigiano, fucilato l'11 febbraio 1945, contro il muro di cinta del cimitero di Udine, con altri ventitré:

Caro Papà e tutti miei cari di famiglia e parenti, dalla soglia della morte vi scrivo queste mie ultime parole. Il mondo e l'intera umanità mi è stata avversa. Dio mi vuole con sé. Oggi 10 febbraio, il tribunale militare tedesco mi condanna. Strappa le mie carni di cui tu mi avevi fatto dono, perché ha sete di sangue. Muoio contento perché lassù in cielo rivedrò la mia adorata mamma. Sento che mi chiama, mi vuole vicino come una volta, per consolarmi della mia dura sorte. Non piangete per me, siate forti, ricevete con serenità queste mie parole, come io sentii la mia sentenza. Ore mi

separano dalla morte, ma non ho paura perché non ho fatto del male a nessuno; la mia coscienza è tranquilla. Papà, fratelli e parenti tutti, siate orgogliosi del vostro Bruno che muore innocente per la sua terra. Vedo le mie care sorelline Ida ed Edda che leggono queste ultime mie parole: le vedo così belle come le vidi l'ultima volta, col loro dolce sorriso. Forse qualche lacrima righerà il loro volto. Dà loro coraggio, tu Guido, che sei il più vecchio. Quando finirà questa maledetta guerra che tanti lutti ha portato in tutto il mondo, se le possibilità ve lo permetteranno fate che la mia salma riposi accanto a quella della mia cara mamma. Guido abbi cura della famiglia, questo è il mio ultimo desiderio che ti chiedo sul punto di morte. Auguri a voi tutti miei cari fratelli, un buon destino e molta felicità. Perdonatemi tutti del male che ho fatto. Vi lascio mandandovi i miei più cari baci. Il vostro per sempre Bruno.

Forse ci sono cose da fare e da dire, i padri ai figli e i figli ai padri, senza attendere domani. ▲

Una versione di questo articolo è stata pubblicata sulla rivista *Medico e bambino*, numero 4, anno 2022.

Bibliografia

¹ Le poesie di Bertolt Brecht sono pubblicate in Italia da Einaudi.

² La poesia fa parte della raccolta *Il porto sepolto* di Giuseppe Ungaretti. Ultima edizione: Venezia, Marsilio, 1990.

³ La poesia è l'ultima della raccolta *Giorno dopo giorno* pubblicata per la prima volta da Mondadori nella collana "I poeti dello Specchio" nel febbraio del 1947.

⁴ I due testi riportati di seguito sono tratti dalle *Lettere di condannati a morte della Resistenza italiana*. A cura di Piero Malvezzi e Giovanni Pirelli. Torino: Einaudi, 2015.





Marco Vergano

L'equità delle cure ai non vaccinati

Da Singapore agli Stati Uniti, passando per l'Italia, una breve panoramica sui dibattiti in corso

Si può negare il diritto di cura a chi rifiuta di vaccinarsi? È giusto far pagare loro i costi delle cure? Tra i pochi, pochissimi effetti positivi della pandemia di covid-19 c'è quello di aver costretto l'opinione pubblica a riflettere sull'importanza di un diritto, quello alla salute e alle cure, che nei Paesi più sviluppati viene dato quasi per scontato.

Se il dibattito tra favorevoli al vaccino e antivaccinisti risulta privo di qualsiasi significato perché vede contrapporsi posizioni supportate da dati scientifici incontrovertibili a tesi ideologiche e irrazionali, quello in merito all'opportunità di garantire le stesse cure ai vaccinati e ai non vaccinati è decisamente più interessante. Si tratta infatti di una discussione che interessa la medicina, l'etica, il diritto, definendo i principi che regolano le collettività, rivelandone i valori più profondi.

A Singapore, che vanta uno dei sistemi sanitari più efficienti al mondo, dall'8 dicembre scorso chi non si vaccina per scelta dovrà pagarsi le cure in caso di ospedalizzazione. Il ministro della sanità del Paese

I non vaccinati continuano a costituire in modo sproporzionato la maggior parte dei casi gravi e in terapia intensiva e mettono a dura prova il nostro sistema sanitario

Ong Ye Kung, ministro della sanità di Singapore

asiatico ha annunciato il provvedimento con queste parole: “I non vaccinati continuano a costituire in modo sproporzionato la maggior parte dei casi gravi e in terapia intensiva e mettono a dura prova il nostro sistema sanitario”, affermando che era necessario “dare loro un segnale”. La notizia ha fatto il giro del mondo e ad oggi lo Stato asiatico è l’unico ad aver adottato questa politica sanitaria.

Solidarietà sociale e ingiuste disparità

Ma la discussione è in corso in diversi Paesi europei, negli Stati Uniti e nel Regno Unito, e non riguarda soltanto l’opportunità di garantire la gratuità delle cure per i no vax, ma anche le decisioni da prendere nel caso in cui le terapie intensive risultassero saturate e si dovesse ricorrere alla drammatica scelta tra chi curare e chi no. “È possibile stabilire che chi si è vaccinato abbia la priorità rispetto a chi non lo ha fatto?”. Posta sotto forma di proposta concreta, sfogo o provocazione, questa è la domanda che si pongono sempre più spesso politici e medici ad ogni latitudine.

Non possiamo usare il sistema sanitario per fare giustizia. Noi non puniamo le persone per le loro scelte

Matthew Wynia, The Atlantic

In Germania, per esempio, il presidente del Bundesland della Turingia Bodo Ramelow ha ventilato l’ipotesi di non curare più i no vax nel caso in cui si dovesse arrivare alla saturazione delle strutture ospedaliere; mentre in Francia il direttore sanitario degli Ospedali di Parigi, Martin Hirsch, durante un dibattito televisivo, ha espresso la propria frustrazione nel vedere i costi della sanità lievitare “per colpa del comportamento irresponsabile di chi mette a rischio la solidarietà sociale”. “Quando è disponibile uno strumento di prevenzione gratuita – ha domandato Hirsch – riconosciuto dalla comunità scientifica come qualcosa di utile, e qualcuno vi rinuncia, è giusto che questa rinuncia non debba portare nessuna conseguenza?”. “Noi offriamo le cure, ma perché non dovrebbero esserci conseguenze per chi rifiuta il vaccino, dal momento che a causa di questo comportamento ci saranno conseguenze per quelli che invece si sono vaccinati e che avremo difficoltà a curare?”. C’è sicuramente frustrazione, forse anche rabbia, nelle parole di chi si ritrova a dover fare sforzi straordinari per curare – e troppo spesso veder morire – persone che si sarebbero potute salvare grazie a un semplice vaccino. In Europa, dove il concetto di welfare pubblico è nato ed è più forte, questi sfoghi, per quanto comprensibili, non si sono tradotti in provvedimenti concreti.

Anche negli Stati Uniti, dove il diritto all’assistenza sanitaria non è su base universale, il dibattito è in corso. Ma, interrogati dalla stampa, importanti professionisti della salute si sono detti contrari ad adottare priorità e trattamenti diversi per chi ha il vaccino e chi si è rifiutato di farlo. Per Matthew Wynia, medico, bioeticista e direttore del Centro per la Bioetica dell’Università del Colorado, ridurre le cure per i non vaccinati non si tradurrebbe necessariamente in un miglioramento della qualità delle cure per gli altri. Intervistato da The Atlantic, ha evidenziato come il compito di far rispettare la giustizia è proprio dei tribunali e non degli ospedali:

“Non possiamo usare il sistema sanitario per fare giustizia. Noi non puniamo le persone per le loro scelte”. Negli Stati Uniti, analizzando le differenze socioeconomiche tra chi ha scelto di vaccinarsi e chi non lo ha fatto, si è osservato come tra i non vaccinati la percentuale di coloro che non possiedono un’assicurazione sanitaria è doppia rispetto alla popolazione che invece ha ricevuto il vaccino. Secondo Carla Keirns, professoressa di etica medica presso l’Università del Kansas, negare il diritto alle cure ai no vax vorrebbe dire “aumentare le ingiuste disparità che questi già si trovano ad affrontare”.

Si cura chi ha bisogno

Quanto all’Italia, avevano suscitato clamore le dichiarazioni dell’assessore alla sanità della Regione Lazio Alessio D’Amato, che in un’intervista al Messaggero aveva dichiarato l’intenzione di far pagare le cure ai no vax, prima di fare marcia indietro parlando di “provocazione”. Per chiudere ogni possibile proposta di discriminazione medica nel nostro Paese, sono intervenuti il ministro della salute Roberto Speranza, dichiarando che “se una persona sta male, va curata. Non conta se uno è ricco, il colore della pelle, dove è nato. Non conta nemmeno se è vaccinato” e il costituzionalista Sabino Cassese, che ha affermato come sia impossibile, dal punto di vista legale, escludere i non vaccinati dalle cure mediche, mentre sarebbe possibile far pagare loro il conto.

Dieci anni fa, nel tentativo di screditare un chirurgo che aveva deciso di girare il mondo curando le popolazioni di Paesi colpiti dalla guerra e dalla fame, alcuni politici lo accusarono di “curare i talebani”. Lui rispose attraverso una lettera su La Repubblica con queste parole: “Noi curiamo anche i talebani. Certo, e nel farlo teniamo fede ai principi etici della professione medica. (...) Li curiamo, innanzitutto, per la nostra coscienza morale di esseri umani che si rifiutano di uccidere o di lasciar morire altri esseri umani. Curiamo chi ha bisogno, e crediamo che chi ha bi-

PER APPROFONDIRE

Ripensare il codice etico di priorità

Il tema sulla scelta a chi dare la precedenza in situazioni di emergenza e di poche risorse era stato ampiamente dibattuto all’inizio della pandemia: a fronte di risorse ospedaliere limitate i medici erano purtroppo costretti a dover scegliere quali pazienti salvare e quali lasciar morire. Per dare una guida e un supporto in queste scelte eticamente e clinicamente difficili, la **Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva** aveva formulato delle raccomandazioni etiche da seguire nella cura dei pazienti covid-19 critici in terapia intensiva, tra necessità e risorse disponibili. Ora le condizioni sono diverse, ma la discussione è ancora attuale e non riguarda solo le priorità nella cura di pazienti covid e non covid, vaccinati e non vaccinati. In un comunicato stampa la **Consulta di bioetica** ha sollecitato una riflessione sul perché va ripensato il codice etico di priorità in caso di scelta tragica.

sogno abbia il diritto ad essere curato”. Si chiamava Gino Strada, aveva fondato Emergency e quando è morto, nell’agosto del 2021, alcuni no vax hanno fatto circolare la vergognosa bufala secondo cui a ucciderlo sarebbe stato il vaccino. Lui, che i no vax li definiva senza mezzi termini “cretini” e “irresponsabili”, li avrebbe curati ugualmente. ▲

Alessandro Magini

Il Pensiero Scientifico Editore

**Se una persona sta male, va curata.
Non conta se uno è ricco,
il colore della pelle, dove è nato.
Non conta nemmeno se è vaccinato**

Roberto Speranza, ministro della salute

È giusto ed etico l'obbligo vaccinale?

A confronto il punto di vista del giurista e quello del bioeticista

L'introduzione dell'obbligo vaccinale in Austria o di ammende per chi si sottrae a tale imposizione in altri stati ha suscitato un acceso dibattito sia sul piano giuridico che morale. Il giurista è chiamato a rilevare le violazioni della legge o dei diritti. Il bioeticista è invece coinvolto in tutti quei giudizi che riguardano il valore di una scelta.

Di fatto, dal punto di vista giuridico, l'obbligo non contrasta con la difesa dei diritti umani. Lo spiegano in un commento sul *Lancet* tre giuristi.¹ “La nostra opinione si basa su un'ampia discussione e analisi svolta nell'ambito del progetto *Lex-Atlas: Covid-19*, una rete mondiale di giuristi che sta producendo e curando l'*Oxford compendium of national legal responses to covid-19*”. Tale analisi conclude che l'obbligo vaccinale è compatibile con la difesa dei diritti umani perché la restrizione della libertà personale è giustificata nel momento in cui essa permette di prevenire un possibile danno arrecato ad altri. Anche l'articolo 8 della Convenzione europea sui diritti umani afferma che il diritto all'integrità fisica è un diritto “qualificato”, cioè che può essere limitato in nome della protezione della salute. Inoltre, tra i diritti umani non rientra solo la libertà, ma anche il diritto alla salute, al lavoro e all'istruzione. Tuttavia, i giuristi riconoscono l'importanza di introdurre nella maniera più corretta un siffatto obbligo. Per esempio, impostando un confronto con tutte le parti sociali, un

dibattito pubblico ispirato ai principi della Costituzione e focalizzato sull'efficacia dei vaccini e sulla risposta sociale.

Ma la liceità dell'obbligo non può essere stabilita solo dalla legge. È importante anche fare considerazioni morali: per stabilire un obbligo, occorre ponderare i benefici ottenuti. Ma come? Sulla base di cosa? Sul *Journal of Medical Ethics* il bioeticista Julian Savulescu dell'università di Oxford aveva proposto una sorta di albero decisionale per capire se “l'obbligo vaccinale è eticamente giustificato solo quando saremo in grado di valutare la natura del vaccino, la gravità del problema e i probabili costi/benefici delle alternative”.² Il punto resta come valutare l'utilità della vaccinazione obbligatoria rispetto alle alternative, anche in un'ottica di equità. ▲

Bibliografia

¹ Jeff King, Octávio Luiz Motta Ferraz, Andrew Jones. Mandatory covid-19 vaccination and human rights. *Lancet* 2021; 399: 220-2.

² Savulescu J. Good reasons to vaccinate: mandatory or payment for risk? *J Med Ethics* 2021; 47: 78-85.





Marco Vergano

Pandemia: ma che colpa abbiamo noi

Non possiamo mai avere una visione obiettiva delle prove. Mettiamo sempre in gioco le nostre personalità, credo, e la mia purtroppo è molto ottimista ed è per questo che sono molto contento di non essere un consigliere del governo. Non penso sarei molto bravo perché tendo sempre a sperare il meglio e in qualche modo mi aspetto anche il me-

I dati possono rispondere ad alcune domande ma ne generano molte di più

David Spiegelhalter

glio". Non poteva essere più sincero David Spiegelhalter in un'intervista a BBC Desert Island Discs.¹

Ma di chi stiamo parlando? Sir David Spiegelhalter è uno statistico britannico che per molti anni ha diretto il Centro per la comprensione del rischio presso la Cambridge university. La comprensibilità delle statistiche è al centro del suo interesse. Bravissimo didatta, i suoi tweet sono una palestra per chi volesse imparare i concetti chiave del comunicare i numeri (su Twitter è @d_spiegel). Il suo libro più recente è "Covid by numbers". Da non perdere e da affiancare alle sue conferenze.² Spiegelhalter ha chiesto pubblicamente scusa per aver sottovalutato inizialmente la pandemia. A pochi giorni di distanza da altri ricercatori molto noti che hanno confessato al quotidiano britannico The Guardian i propri errori di valutazione.³ Peter Openshaw, infettivologo all'Imperial college di Londra: "I vaccini si sono mostrati molto più efficaci di quanto sperassi. Come persona che ha studiato l'immunità ai virus per trent'anni, avrei dovuto essere in grado di prevederlo". Allyson Pollock, famosa esperta di sanità pubblica e docente alla Newcastle university: "Sapevamo quasi subito, quando è stato introdotto il lockdown generale nel marzo 2020, che i bambini erano il gruppo meno a rischio e la loro istruzione avrebbe dovuto essere tutelata. Vorrei averlo detto in modo più forte. C'erano alcune aree del Paese che non avevano quasi nessun caso e avrebbe dovuto essere possibile mettere in atto un cordone sanitario attorno alle aree remote e rurali come le isole Orcadi. Le chiusure delle scuole non avrebbero dovuto durare più di qualche settimana". Neil Ferguson, epidemiologo dell'Imperial college di Londra: "In primo luogo, abbiamo sottovalutato la percentuale di infezioni da covid importate nel Paese perché non rilevate dai test sui viaggiatori a febbraio/marzo 2020. Abbiamo stimato che fosse intorno al 70 per cento, mentre l'analisi retrospettiva indica che oltre il 90 per cento è passato inosservato. In secondo luogo, mentre



Peter Kurdulija / CC BY

mi aspettavo che il virus si evollesse, l'entità dell'evoluzione è stata una sorpresa, sia quando è sorto per la prima volta l'Alfa, sia per quanto è aumentata la trasmissibilità (e, in misura minore, la gravità). Infine, con l'aumento dell'immunità nella popolazione (a causa di infezione e vaccinazione) nell'ultimo anno, le misure di distanziamento sociale sono state allentate e sono emerse nuove varianti, così che prevedere il corso futuro dell'epidemia, anche a breve termine, è diventato ancora più difficile di quanto mi aspettassi”.

Riconoscere di avere sbagliato non è cosa frequente. Walter Ricciardi, docente di Igiene e medicina preventiva all'Università cattolica di Roma, ricostruisce i due anni di pandemia nelle pagine del suo libro “Pandemonio” pubblicato recentemente da Laterza. Ricciardi spiega le ragioni delle sue posizioni – talvolta ascoltate dal governo, altre volte meno – tracciando una descrizione molto interessante dei rapporti tra la ricerca in sanità pubblica e i decisori politici.

Prevedere il corso futuro dell'epidemia è diventato ancora più difficile

Neil Ferguson

Cosa ci trattiene dall'ammettere di avere sbagliato, cogliendo così lealmente l'occasione per cambiare ciò che deve essere cambiato? “Credo che dipenda da un certo livello di arroganza e di presunzione, che poi tra l'altro è inversamente proporzionale alla competenza delle persone. Spiegelhalter è un ‘grande’ ed è stato molto umile. Altri che invece non sono né ‘grandi’ né altrettanto umili continuano a pontificare, a distanza di due anni, senza rimpiangere o pentirsi di aver detto cose sbagliate nei mesi passati. Il fatto drammatico è che i media e l'opinione pubblica li ascoltano. È una situazione connaturata alla natura della democrazia ed è l'attuale civiltà della comunicazione. Meglio però avere una democrazia imperfetta che una dittatura così perfetta che impedisce l'espressione di voci libere. Quindi teniamocene e cerchiamo però di combattere con un ruolo più attivo da parte delle istituzioni nel gestire la comunicazione”. Ancora oggi c'è grande discussione sul comportamento dell'Organizzazione mondiale della sanità. Qualcuna delle voci più critiche ha ammorbidito la propria posizione. Altri hanno cambiato idea nella direzione opposta. Eppure, c'è voluto solo un mese per dichiarare la “public health emergency of international concern”; a distanza di due anni non sembra essere un tempo eccessivo, qual è il suo giudizio sulla tempestività dell'Oms nel prendere le decisioni iniziali? “Certamente la colpa di un ritardo è da ascrivere alla mancanza di unanimità nel primo Comitato scientifico” risponde Ricciardi sul blog Sentichiparla. “Quindi non mi sentirei di addossarla al direttore generale, che quando appunto è stata raggiunta l'unanimità nel board ha subito preso una decisione. È chiaro, decisioni così importanti sono difficili da prendere, non mi sento di dire che ci sia stato un ritardo”.

Nel suo libro, scrive che l'impreparazione italiana fu subito chiara dalla decisione di chiudere i voli dalla Cina, oltre a non prescrivere la quarantena per chi giungeva da quel Paese. Com'è possibile che a distanza

di diciotto mesi l'errore si sia ripetuto nei riguardi del Sudafrica che segnalava la variante omicron? Quanto incidono decisioni del genere sui rapporti e sulla credibilità internazionale? "La mancanza di coordinamento ha giocato un ruolo importante; nella prima fase l'Italia ha preso una decisione unilaterale, insieme agli Stati Uniti, non seguita dall'Unione europea. Questo ha fatto sì che in Italia i cittadini contagiati siano arrivati tramite voli che avevano fatto scalo in altre nazioni, tanto è vero che quando la catena del contagio è stata ricostruita è stato appurato che il primo era arrivato dalla Germania. Chiaramente la situazione è adesso molto migliorata nell'Unione europea. Resta il punto debole del Regno Unito, che ha fatto penetrare la variante indiana e ha agevolato la diffusione della variante sudafricana. È chiaro che fino a quando non ci sarà un trattato pandemico globale e un'armonizzazione vera questi fenomeni si ripeteranno, incidendo negativamente sulle decisioni, sui rapporti e sulla credibilità internazionale".

Centralizzare catena di comando e comunicazione:⁴ dopo due anni, il pandemonio è diminuito o siamo rimasti ai livelli iniziali? "Non è migliorato. Di fatto sotto questo punto di vista siamo rimasti ai livelli iniziali, come spiego nel libro. Anche supportato da posizioni come quella del Presidente emerito della Corte costituzionale Sabino Cassese, ho chiesto più volte che fosse avocata al centro la responsabilità per il coordinamento della catena di comando e di comunicazione. Questo non è stato fatto dal governo Conte. Credo quindi che – se non è stato fatto in una pandemia che provocava morti in modo incontenibile come sembrava in quella fase – non credo che sarà mai fatto. Penso che in Italia nell'assumere decisioni si scelga più un meccanismo di concertazione e di conciliazione; questo naturalmente va a detrimento della tempestività e dell'efficacia delle decisioni". Lei definisce la pandemia da covid-19 come uno tra gli eventi più prevedibili della storia: cosa ha impedito

In futuro nessuno potrà più dire che le pandemie sono eventi improbabili e imprevedibili. Ma sarà necessario ripensare al modo in cui la specie umana vive sulla Terra

Walter Ricciardi

che la preparazione fosse migliore? "Gli psicologi dicono che la mente umana non sa calcolare il rischio e poi tende a rinviare decisioni gravi e in qualche modo impopolari nel momento in cui i rischi sono percepiti come non immediati. Quindi, nonostante che dal 1995 con Laurie Garret,⁵ poi Peter Piot nel 2012,⁶ anche David Quammen nel 2013⁷ e sostanzialmente poi anche Bill Gates nel 2015 e nel 2017⁸ e l'Organizzazione mondiale della sanità nel 2019, questi allarmi non sono stati ascoltati. È in qualche modo la tendenza da parte dell'opinione pubblica a non voler sentire, anche attualmente; chi dice la verità è molto spesso accusato di essere un menagramo piuttosto che qualcuno che vuole evitare danni maggiori". ▲

Luca De Fiore

Il Pensiero Scientifico Editore

Questo articolo è stato pubblicato su [Sentichiparla.it](https://www.sentichiparla.it) il 15 febbraio 2022.

Bibliografia

¹ <https://www.bbc.co.uk/programmes/m0014644>

² Spiegelhalter D. Trustworthy communication of statistics and risk in the age of covid-19. You Tube, 9 dicembre 2020.

³ Devlin H, Davis N. 'The case for masks became hugely stronger': scientists admit their covid mistakes. The Guardian, 4 febbraio 2022.

⁴ Ambrosino F. Da minaccia a emergenza nazionale. Un mese di comunicazioni ufficiali sul coronavirus. Sentichiparla.it, 9 marzo 2020.

⁵ Garret L. The coming plague. Londra: Penguin 1995.

⁶ Piot P. No time to lose. A life in pursuit of deadly viruses. New York City: W W Norton & Co Inc, 2013.

⁷ Quammen D. Spillover. New York City: W W Norton & Co Inc, 2013.

⁸ Gates B. La prossima epidemia? Non siamo pronti. TED.com marzo 2015.

Dal primo imperatore romano a oggi.
Le principali tappe legislative e uno sguardo al resto del mondo

L'aiuto alla dolce morte volontaria

Massimo Sartori

Medico internista

e membro della Consulta di bioetica onlus

L'imperatore Augusto, che spirò a settantasei anni assistito dalla moglie e dagli amici, "ebbe in sorte una morte serena e quale aveva sempre desiderato: infatti, quasi tutte le volte che aveva sentito che qualcuno era morto rapidamente e senza sofferenze, invocava per sé e per i suoi una simile *εὐθανασία* – di solito usava proprio questo vocabolo".¹

Soltanto nella seconda metà del diciannovesimo secolo il termine eutanasia assunse un differente significato, più vicino a quello riconosciuto ai giorni nostri: quello di una dolce morte provocata in modo attivo da chi assiste il morente. Dopo che Samuel Williams – un filosofo dilettante britannico – ebbe indicato la possibilità di andare incontro all'eutanasia, intesa come una morte tranquilla indotta direttamente dai medici,² si accese un dibattito fra i fautori e gli oppositori della proposta, che si sviluppò in una prima fase tra la fine dell'Ottocento e i primi due decenni del Novecento.³

Il confronto sull'eutanasia è ripreso in seguito con forza a partire dagli anni sessanta del Novecento. Da più di mezzo secolo, infatti, i progressi della medicina, pur contribuendo a prolungare la vita delle persone, non sono riusciti a garantire sempre una qualità delle loro esistenze da esse stesse considerata accettabile. In tali casi la morte può trasformarsi da "evento" in "processo" riducendo la probabilità di



andare incontro, in modo naturale, a una “buona morte”. In quegli anni crebbe anche, nella pubblica opinione, la percezione che la medicina moderna tendesse a rendere la morte un evento privo della necessaria dignità.⁴

Secondo Dowbiggins, i medici e le loro organizzazioni risposero a questi rilievi e a questi cambiamenti di atteggiamento nei confronti del loro operato, in due modi diversi. Da un lato, essi riconobbero nei documenti ufficiali delle associazioni e degli ordini il diritto dei pazienti a esprimere il proprio parere vincolante sulle opzioni di trattamento loro offerte,⁵ dall'altro propo-

sero le cure palliative per i malati terminali, che, nelle intenzioni della loro fondatrice, l'infermiera e medica Cicely Saunders, grazie alla terapia del dolore e al counseling spirituale, avrebbero rappresentato “un potente strumento per togliere le fondamenta al movimento per l'eutanasia attiva”.⁶ Nonostante questi importanti cambiamenti, in molti Paesi è proseguita la richiesta di legalizzare, in determinate circostanze, l'aiuto alla morte volontaria (eutanasia o suicidio assistito), sino a che tale obiettivo è stato raggiunto.

In Italia, il dibattito sulla liceità dell'aiuto alla morte volontaria è in pieno svolgimento. Quattro anni fa, la legge n. 219/2017 ha sancito quanto era già contenuto *in nuce* nella nostra Costituzione, nonché nelle ultime revisioni del codice di deontologia medica, vale a dire che “nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge”.⁷

In questo modo, la legge n. 219/2017 ha preso atto del radicale mutamento nel rapporto medico-paziente avvenuto negli ultimi decenni, che ha incluso il rovesciamento della tradizionale visione ippocratica, secondo cui spettava al medico – in ultima analisi – farsi carico delle decisioni finali per il bene del paziente. Benché questa legge non abbia in nessun modo aperto all'aiuto alla morte volontaria, essa appare tuttavia imperniata sull'inviolabile diritto all'autodeterminazione della persona e sull'altrettanto irrinunciabile diritto a rifiutare i trattamenti sanitari indesiderati, anche quando siano necessari alla sopravvivenza.

Nell'ottobre 2018 la Corte costituzionale, in seguito all'autodenuncia del radicale Marco Cappato, che aveva accompagnato un uomo tetraplegico (Fabiano Antoniani, detto “DJ Fabo”) in Svizzera per accedere al suicidio assistito, aveva sollecitato il Parlamento a una revisione dell'intera materia, in quanto “l'attuale assetto normativo concernente il fine vita lascia prive



di adeguata tutela determinate situazioni costituzionalmente meritevoli di protezione e da bilanciare con altri beni costituzionalmente rilevanti”.

Un anno più tardi la stessa Corte, di fronte all'inerzia del Parlamento, con la sentenza 242 del 2019, ha stabilito la parziale illegittimità costituzionale dell'articolo 580 del codice penale, escludendo la punibilità per chi agevoli il proposito di suicidio, quando ricorrano quattro condizioni: che il proposito dell'interessato, pienamente capace di prendere decisioni consapevoli, si sia formato liberamente, che egli sia tenuto in vita da un trattamento di sostegno vitale, che sia affetto da una patologia irreversibile e che questa patologia sia fonte di sofferenze intollerabili.

Nel febbraio 2020, la Federazione nazionale degli ordini dei medici, adeguandosi alla sentenza della Corte costituzionale, ha integrato l'articolo 17 del codice deontologico, che recita: “Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare

né favorire atti finalizzati a provocarne la morte”. L'attuale indirizzo applicativo dell'articolo 17 prevede ora che “la libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare”.

Il resto è storia di questi mesi: i media hanno dato risalto alla richiesta di poter disporre di un farmaco letale da parte di “Mario”, nome di fantasia di un quarantatreenne tetraplegico che risiede nelle Marche, soddisfatta dopo un lunghissimo iter burocratico. Parallelamente sta pro-

PER APPROFONDIRE

L'eutanasia e il suicidio assistito possono essere considerati come atti moralmente giusti, perlomeno in determinate circostanze?

La risposta è sì, se si accetta un presupposto: quello di considerare la vita umana come un bene disponibile (ovvero un bene di cui è possibile disporre, dando inizio o ponendo termine alla vita stessa). Per chi, invece, non accetta questo punto di partenza, ad esempio perché considera la vita come un dono che l'uomo non può mai rifiutare, la giustificazione morale è problematica. E la risposta è no. Per chi condivide la premessa che la vita può essere disponibile, la giustificazione dell'eutanasia (o del suicidio assistito) si basa in primo luogo sul principio del rispetto per l'autonomia. Secondo questo principio, ogni persona autonoma ha diritto ad autodeterminarsi. In questa prospettiva, l'unica limitazione all'esercizio dell'autodeterminazione è rappresentata dalla clausola che essa non deve causare danno ad altri.

La maggior parte degli autori che

riconoscono integralmente questo diritto all'autodeterminazione, tuttavia, ritengono che esso, per quanto forte, non generi obblighi per gli altri, e non comporti così il dovere da parte di terzi di aiutare a morire. Invece, obblighi morali per gli altri possono derivare dal principio di beneficenza. In base a questo principio, chi si trova nella posizione di poter alleviare la sofferenza di un altro, senza eccessivi costi per sé stesso, ha il dovere morale di farlo.

La pratica dell'eutanasia sembra di fatto entrare in conflitto con un principio di base dell'etica medica, quello di non maleficenza, che impone di non arrecare volontariamente danno o ingiustizia al paziente (*primum non nocere*). Il modo di interpretare il principio di beneficenza, così come quello di non maleficenza, è tuttavia andato incontro negli ultimi decenni a una evoluzione concettuale, che mette in risalto la valutazione soggettiva da parte del paziente di ciò che per lui è male o bene e abbandona un'identificazione oggettiva del bene del paziente con il perseguimento della vita e della salute.

cedendo in Parlamento l'iter di un disegno di legge sull'aiuto alla morte volontaria che tenga conto dell'indirizzo dato alla materia dalla sentenza 242/2019 della Corte costituzionale.

Nel febbraio 2022 la Corte, con una ulteriore sentenza di cui il 3 marzo ha depositato le motivazioni,⁸ ha giudicato inammissibile il quesito di un referendum popolare, in cui si chiedeva l'abrogazione parziale dell'articolo 579 del codice penale (omicidio del consenziente). Secondo la Corte, l'abrogazione parziale che ne sarebbe risultata (qualora gli elettori l'avessero approvata) avrebbe "privato la vita della tutela minima richiesta dalla Costituzione".

Questo pronunciamento della Corte costituzionale non dovrebbe essere letto come una battuta d'arresto sulla strada che conduce alla legittimazione dell'aiuto alla morte volontaria, ma come un'ulteriore sollecitazione al legislatore perché consideri tutte le necessarie esclusioni di punibilità per i reati previsti dagli articoli 579 e 580 del codice penale. In data 10 marzo 2022 la Camera dei deputati ha approvato un disegno di legge sul fine vita,⁹ che dovrà ora essere esaminato dal Senato. ▲

PER APPROFONDIRE

Eutanasia, suicidio assistito, sedazione continua profonda

Si parla oggi di eutanasia quando un medico pone fine alla vita di un paziente sofferente e inguaribile, che ne ha fatta esplicita e giustificata richiesta, ad esempio attraverso l'iniezione di un farmaco mortale.

L'Olanda è stato il primo Paese che ha depenalizzato l'eutanasia. La legge olandese, entrata in vigore il primo aprile 2002, prevede che il medico che pratica l'eutanasia o che presta assistenza al suicidio non è perseguibile, purché abbia soddisfatto i criteri di accuratezza richiesti e abbia comunicato che la morte non è stata naturale alla Commissione regionale di controllo eutanasia. Alla legge olandese si sono ispirati i testi delle leggi belga (2002) e lussemburghese (2009). Sempre in Europa, le Corti generali della Spagna hanno approvato una legge sull'eutanasia nel giugno del 2021. Nel resto del mondo, l'eutanasia è consentita dalla legge in Colombia (2014), in Canada (2016) e nello Stato di Victoria, in Australia (2019). Più numerosi sono i Paesi che consentono soltanto il suicidio medicalmente assistito. Fra questi, in Europa, vi sono la Finlandia, la Germania, la Svizzera, l'Austria e, nel resto del mondo, La Nuova Zelanda e alcuni Stati degli Stati Uniti (Oregon, Vermont, Washington, Montana, Nuovo Messico e California).

In Italia l'eutanasia è vietata.

Nel caso del suicidio assistito, il paziente sofferente e inguaribile assume da sé il farmaco letale, che ha chiesto e che gli è stato consegnato. In Italia, la sentenza della Corte costituzionale 242 del 2019 esclude la punibilità del medico che – in circostanze specificate – aiuti un malato a suicidarsi.

La sedazione continua profonda non rappresenta mai, al contrario, un atto che può essere riferito all'eutanasia o al suicidio assistito. In questo caso il paziente – che può avere anche rinunciato alle cure che lo mantengono in vita – muore per le conseguenze della propria patologia, senza dolore e in stato d'incoscienza. In Italia è prevista e disciplinata dalle leggi 219/2017 e 38/2010.

Bibliografia

¹ Svetonio. De Vita Caesarum. Divus Augustus, Libro II, paragrafo 99.

² Cfr. Williams SD. Euthanasia. London: Ed. Williams and Norgate, 1872; pag. 90.

³ Cfr. "Life-Sustaining Treatment and Euthanasia: II. Historical Aspects". Encyclopedia of Bioethics".

⁴ Dowbiggin I. A concise history of euthanasia. Life, Death, God and Medicine. Lanham (Usa): Rowman & Littlefield Publishers Inc, 2005; p. 121-122.

⁵ Ivi, p. 120.

⁶ Ivi, p. 112.

⁷ Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. Gazzetta Ufficiale, Serie generale n.12 del 16-01-2018.

⁸ Sentenza n. 50, anno 2022. Commenti alla decisione di: 1. Simonetta Trozzi, Aspetti de iure condito e prospettive de iure condendo in materia di fine vita. La Consulta si pronuncia per l'inammissibilità del referendum sull'art. 579 c.p., per g.c. di Dirittifondamentali.it; 2. Gabriella Luccioli, Le ragioni di un'inammissibilità. Il grande equivoco dell'eutanasia, per g.c. di Giustizia Insieme. Disponibile su Consulta online.

⁹ Atto Camera: 3101. Proposta di legge: Trizzino: "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita". Disponibile su Camera.it

Proposte di modifiche del ddl Bazoli-Provenza da parte del gruppo Undirittogentile per una discussione gentile

Nelle scorse settimane il gruppo Undirittogentile ha discusso sulla questione dell'aiuto medico al morire. Dopo la decisione della Corte costituzionale che ha respinto la proposta di referendum, l'evento più rilevante è stato l'approvazione da parte della Camera del disegno di legge Bazoli-Provenza che ora è all'esame del Senato.

Il documento

La lettura del testo (del disegno di legge "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita", *ndr*) ha suscitato nel gruppo molte e gravi perplessità sull'insieme del progetto.

▼ A confronto con la legge 219/2017, che si segnala per lo sforzo di adeguare il linguaggio all'oggetto della disciplina, il *linguaggio del progetto* appare inutilmente e esasperatamente burocratico; l'approccio al problema, e la soluzione – rispetto a questioni come la manifestazione di volontà del paziente e la sua certezza – non sono commisurati alle esigenze e alla situazione del malato, ma seguono *modelli formalistici difficilmente praticabili* nelle condizioni – che la legge stessa prevede – in cui si trova la persona. Nell'insieme, la legge è pensata e scritta *come se* la richiesta di aiuto e la sua attuazione *non fossero destinate a collocarsi in una relazione di cura* tra medico e malato.

▼ Le *modalità di presentazione della richiesta* ne risultano complicate e il percorso della stessa segnato da una serie di possibili rifiuti o rigetti avverso ai quali la tutela del paziente è affidata al ricorso "*al giudice territorialmente competente*": prospettiva di arduo accesso e utilità per un



Legiferare sull'aiuto medico al morire



paziente nelle condizioni che *la legge stessa* stabilisce.

▼ *L'organo di controllo* (Comitati) non ha una chiara connotazione (se di carattere *clinico* o *"etico"* o di entrambi).

▼ Quanto agli aspetti più strettamente attinenti al ruolo del medico, il testo sembra supporre una impropria e riduttiva concezione della palliazione, come approccio *alternativo* alle cure e non *simultaneo*: creando così un possibile equivoco anche nel rapporto tra palliazione e sedazione profonda.

Questo insieme segna un arretramento brusco e intenso rispetto al dovere del legislatore di *considerare la complessa realtà dei rapporti e delle situazioni* per rendere la norma *idonea al suo scopo*. Ci si chiede

quale riflessione sui problemi reali del paziente che si avvicina alla morte e del medico che ne ha cura abbia preceduto e guidato ideazione e scrittura del testo.

La disposizione che suscita le maggiori perplessità è quella dell'art. 3, ai punti 1 e 2b.

Quanto al primo punto (art. 3, punto 1), si prevede come condizione di accesso alla domanda di aiuto al morire che la persona *"sia stata previamente coinvolta in un percorso di cure palliative al fine di alleviare il suo stato di sofferenza e le abbia esplicitamente rifiutate"*. Il testo è insidioso, perché può essere letto nel senso che la persona, per poter chiedere l'assistenza medica a morire, non solo *debba* previamente accedere ad un percorso di cure palliative, ma *debba*

poi rinunciare e vivere senza alcun supporto per il dolore e la sofferenza per tutto il tempo in cui la pratica viene istruita.

Si propone quindi di sostituire il testo: *“che sia stata previamente coinvolta in un percorso di cure palliative al fine di alleviare il suo stato di sofferenza e le abbia esplicitamente rifiutate”* con il seguente: *“che abbia già intrapreso un adeguato percorso di cure palliative il quale si sia rivelato insufficiente ad alleviare il suo stato di sofferenza psicofisica e a preservarne la dignità, o che lo abbia volontariamente interrotto o esplicitamente rifiutato”*.

Quanto al secondo punto (art. 3, punto 2b) è qui che emerge la preoccupazione maggiore degli estensori e la scelta politica del progetto: quella di trasporre in legge le quattro “condizioni” che la Corte costituzionale pone per delimitare l’incostituzionalità della disposizione dell’art. 580 del codice penale.

Scelta politica, si sottolinea, perché non necessaria. Mentre, com’è ovvio, una legge che prevedesse, anche sussistendo le quattro condizioni, una pena per chi aiuta il suicidio cadrebbe nel contrasto con la sentenza della Corte e conseguentemente nell’incostituzionalità, rimane invece libero il legislatore di seguire una politica diversa e scegliere, per legittimare l’aiuto al suicidio, di non prevedere una delle condizioni cui la Corte connette l’incostituzionalità dell’art. 580.

Ora, pare evidente che la *condizione umana* della persona che sia affetta da patologia irreversibile e che soffra perciò di sofferenze intollerabili sia in molti casi molto vicina, vicinissima a quella della persona che in situazione analoga è soggetta a trattamenti di sostegno vitale, considerata anche – cosa che forse non è stata medita-

PER APPROFONDIRE

Un breve excursus sulle sentenze della Corte costituzionale che hanno portato al disegno di legge sull’aiuto medico al morire in discussione al Senato

[27 febbraio 2017] Un paziente italiano, affetto da una gravissima disabilità post-traumatica (dj Fabo), muore in Svizzera seguendo la procedura del suicidio medicalmente assistito, accompagnato da un membro dell’Associazione Luca Coscioni (Marco Cappato) che – dopo essersi autodenunciato per violazione dell’art. 580 del codice penale (“Istigazione o aiuto al suicidio”) – viene sottoposto a procedimento penale per il reato connesso.

[24 settembre 2019] La Corte costituzionale, interpellata dalla Corte d’Assise di Milano in merito al caso Cappato, dichiara l’illegittimità costituzionale dell’art. 580, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 219/2017 (“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”), agevola l’esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona nei casi in cui siano soddisfatti i quattro requisiti: (1) la persona è affetta da una patologia

irreversibile e (2) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili; (3) la persona è tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, (4) ma è capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente (sentenza n. 242/2019).

[15 febbraio 2022] La Corte costituzionale giudica inammissibile il quesito del referendum, che chiedeva l’abrogazione parziale dell’art. 579 del codice penale che vieta l’omicidio del consenziente, “perché non sarebbe preservata la tutela minima costituzionalmente necessaria della vita umana, in generale, e con particolare riferimento alle persone deboli e vulnerabili” (sentenza n. 33/2022).

[10 marzo 2022] La Camera dà il via libera al disegno di legge Bazoli-Provenza “Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita” (atto Camera n. 3101), che recepisce la sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019. Il disegno di legge è attualmente all’esame del Senato (atto Senato n. 2553).

ta da chi ha steso la legge – la relativa ampiezza che la nozione di *trattamenti di sostegno vitale* assume quando si estende ai mezzi farmacologici, già affiorata in giurisprudenza.

Esiste quindi una *evidente probabilità* che, se il disegno sarà approvato dal Senato, la *questione di incostituzionalità* sia sollevata alla prima applicazione della legge a proposito della norma dell'art. 3. 2b per violazione del principio che richiede parità di trattamento in situazioni affini.

Pare quindi a chi sottoscrive questo documento che sia opportuno evitare una ulteriore incertezza del diritto e un ulteriore calvario per un paziente che si assuma l'onere di un conflitto processuale.

Si propone quindi di emendare il disegno di legge con la cancellazione del comma 2, lettera b dell'articolo 3.

Questo documento è stato sottoscritto da quaranta professionisti, parte dei quali afferiscono al gruppo Undirittogentile di bioeticisti, medici e giuristi, che si è costituito nella primavera del 2012 attorno a una proposta di principi condivisi "Per un diritto della dignità del morire".

Sarebbe opportuno evitare una ulteriore incertezza del diritto e un ulteriore calvario per un paziente che si assume l'obbligo di un conflitto processuale

LESSICO DI BIOETICA

Autodeterminazione

È l'espressione della libertà positiva dell'uomo e quindi della responsabilità di ogni suo volere e azione



L'autodeterminazione è l'espressione della libertà positiva dell'uomo e quindi della responsabilità e imputabilità di ogni suo volere e azione. Questo termine assume un particolare significato quando lo si adopera in campo bioetico. Una solida base per questa definizione è riscontrabile nell'art. 32 della Costituzione che recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Nella seconda parte dell'articolo viene messo in risalto che non ci può essere trattamento sanitario se la persona interessata non è consenziente, soltanto in casi particolari si può ricorrere al cosiddetto "trattamento sanitario obbligatorio". Oggi con la legge 219/2017 questo dettato della Costituzione ha preso corpo nell'ufficializzazione del consenso informato, della condivisione del piano di cure e nel testamento biologico. Qui, già nell'articolo 1, viene sottolineata la tutela dell'autodeterminazione della persona e si stabilisce "che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge". Oggi con il testamento biologico l'autodeterminazione è

assicurata anche per quando la persona non potrà più esprimersi, diversamente da come invece avviene per il consenso informato. Anche il diritto al rifiuto delle cure è garantito, e soltanto il soggetto interessato può decidere se vuole vivere solamente una vita biologica o se per lui è indispensabile anche la vita biografica. Sostenere questa tesi significa rispettare l'inviolabilità dell'autodeterminazione di ognuno. La cosa più importante è distinguere il piano etico da quello giuridico. Sul piano etico la discussione su questi argomenti probabilmente sarà sempre aperta, ognuno ha le proprie convinzioni, siano esse religiose o di altra natura, ed è giusto che le segua. Sul piano giuridico e politico il caso è diverso. Infatti s'impone il rispetto delle opinioni altrui, anche perché non è possibile pensare che le leggi riflettano il punto di vista di ogni persona. Quindi il concetto di autodeterminazione è una realtà che va rispettata da tutti.

Maria Teresa Busca

*Gruppo di ricerca bioetica,
Università degli studi di Torino
Scuola superiore di bioetica della
Consulta di bioetica onlus*

Questo testo è tratto dal libro
Le parole della bioetica
a cura di Maria Teresa Busca
e Elena Nave. Per gentile concessione
dell'editore.

Bioetica

*La bioetica è quella specifica
branca dell'etica che
sottopone a vaglio critico le
opinioni ricevute dal costume
circa la vita biologica umana*

La bioetica è quella specifica branca dell'etica che sottopone a vaglio critico le opinioni ricevute dal costume circa la vita biologica umana. È nata agli inizi degli anni Settanta nel mondo di lingua inglese, perché in tale area geografica si è avvertito con maggiore chiarezza che la rivoluzione biomedica iniziata negli anni Cinquanta stava rendendo disponibili nuove conoscenze ed enormi possibilità d'intervento, che fornivano all'uomo una capacità di controllo della vita biologica senza precedenti, e ciò veniva a cambiare i modi di vivere e sollecitava nuove esigenze sul piano dei valori. Quest'aspetto ha cominciato a emergere quando la pillola anticoncezionale, introdotta alla fine degli anni Cinquanta, ha alimentato il dibattito sul controllo delle nascite, uno dei principali temi del decennio successivo. Il metodo Karman ha reso l'interruzione della gravidanza più sicura e meno traumatica, e ha offerto l'occasione per le aspre polemiche degli anni Settanta sulla moralità dell'aborto, la cui liberalizzazione negli Stati Uniti (sentenza della Corte Suprema "Roe vs Wade", 22 gennaio 1973) segna una svolta decisiva per la bioetica e per la riflessione morale. Prima di allora l'aborto era vietato pressoché ovunque nel mondo e quel divieto rappresentava il sigillo a sostegno della validità dei divieti assoluti, ossia di divieti che valgono sempre e comunque, a prescindere dalle circostanze, che sono alla base dell'etica ippocratica che per secoli aveva dominato indiscussa.

Già il favore per la contraccezione aveva inferto un colpo a quell'etica, ma l'ammissione dell'aborto ha creato un vero e proprio sconvolgimento, perché sul piano simbolico e culturale è emersa la crisi del paradigma etico ippocratico, il cui principio base identifica il compito precipuo della medicina con la terapia, che deve fornire un aiuto al finalismo auto-conservativo del corpo attaccato da una malattia escludendo in modo categorico (assoluto) gli interventi tesi a contrastare o a troncare il finalismo stesso. Nell'aborto medicalmente assistito il medico interviene per interrompere il finalismo riproduttivo, ponendosi in contrasto coi dettami ippocratici. Quando poi nell'aprile del 1975 una giovane donna, Karen Ann Quinlan, finisce in stato vegetativo permanente, problemi analoghi emergono anche circa il fine vita, perché si trattava di capire se la sospensione della terapia respiratoria fosse o no un modo di troncamento del finalismo.

I primi passi della bioetica hanno considerato le questioni di inizio e di fine della vita umana, perché lì è più chiaro il contrasto tra i due diversi paradigmi morali che sono al centro della riflessione bioetica, ossia l'etica della sacralità della vita, che presuppone la presenza di divieti assoluti, e l'etica della qualità della vita, che invece esclude ci siano divieti assoluti e afferma che tutti i divieti sono *prima facie* ossia vincolanti a prima vista o di primo acchito. A ruota si sono subito aggiunti altri temi, come la fecondazione *in vitro*, la clonazione, le cellule staminali, il testamento biologico, l'eutanasia, e altri ancora. Ma il fulcro del dibattito bioetico resta nella contrapposizione tra i due opposti paradigmi morali indicati, che a volte ha preso corpo nel contrasto tra prospettive religiose e prospettive laiche o secolari. Infatti, il disincanto del mondo, che sta alla base della

secolarizzazione, dopo aver investito il mondo inorganico (gli astri, i fulmini ecc.) si è ora esteso anche al mondo organico (riproduzione). Anche questo viene oggi sempre più sottoposto al controllo umano, che viene attuato rispondendo alle esigenze dettate dal valore dell'autonomia o autodeterminazione personale.

Dopo essere diventato prioritario nella vita politica e sociale (sovranità popolare, privacy), questo valore si estende ora anche alla vita biologica, imponendo una revisione della gerarchia dei valori ricevuti dalla tradizione ippocratica al fine di garantire il ruolo prioritario dell'autonomia. Alcune religioni (il cattolicesimo *in primis*) si sono opposte con forza alla revisione in nome del divieto assoluto, ma col pontificato di papa Francesco sembra che l'atteggiamento stia cambiando in quanto l'enciclica *Amoris laetitia* (2016) ha attenuato l'assolutezza della indissolubilità del matrimonio. Ove ciò continuasse, la religiosità assumerebbe forme nuove e, grazie alla bioetica, la moralità entrerebbe in una fase nuova in cui anche i processi biologici non sono più sottoposti a divieti assoluti.

Maurizio Mori

*Presidente della Consulta di bioetica onlus
Direttore della Scuola superiore di bioetica.*

Questo testo è tratto dal libro *Le parole della bioetica* a cura di Maria Teresa Busca e Elena Nave. Per gentile concessione dell'editore.



LETTURE

a cura di Luciano De Fiore
Il Pensiero Scientifico Editore

Medicina e biopolitica secondo Foucault

Rifondare l'alleanza tra salute pubblica e crescita economica. Ma in che termini?

Si leggono spesso, in letteratura, riferimenti alla biopolitica. Spesso si dà per scontata una qualche familiarità con un concetto che merita di essere padroneggiato anche dagli operatori sanitari che lo conoscessero meno.

Un utile ausilio viene dalla recente raccolta in volume – *Medicina e biopolitica* – di alcuni scritti di Michel Foucault, studioso francese tra i maggiori del secolo scorso (1926-1984), al quale si deve la creazione stessa del concetto, appunto, di biopolitica. Da storico e filosofo, Foucault ha intersecato spesso le traiettorie della medicina e della salute, grazie ad una serie di studi svolti già negli anni Sessanta (*Storia della follia nell'età classica*, 1961; *Nascita della clinica*. Un'archeologia dello sguardo medico, 1963) che hanno indagato il costituirsi della malattia e della follia come "oggetti scientifici".

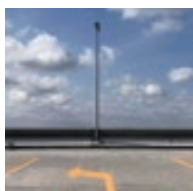
Negli ultimi dieci anni del suo insegnamento al prestigioso Collège de France, Foucault si dedicò invece alla biopolitica (neologismo composto da *bios*, vita e da *polis*, città), indicando con questo concetto una forma di potere che ha come oggetto la stessa vita umana. Questa va curata, moltiplicata, accresciuta e amministrata, a partire dal corpo del singolo: "Il controllo della società sugli individui non si effettua solo attraverso la coscienza o l'ideologia, ma anche nel corpo e con il corpo. Per la società

capitalista è il bio-politico a essere importante prima di tutto, il biologico, il somatico, il corporale. Il corpo è una realtà biopolitica; la medicina è una strategia biopolitica".

Nell'ambito di un ciclo di conferenze tenute a Rio de Janeiro, Foucault delineò le tappe della nascita della medicina sociale, partendo da un interrogativo: perché, e da quale momento, la medicina si è trasformata in una strategia biopolitica? La salute degli individui diventa oggetto del potere dalla seconda metà del XVIII secolo, allorché le esigenze del nascente capitalismo pongono il corpo – inteso come forza lavoro produttiva – al centro di un paradigma politico basato sulla medicalizzazione della società. La costruzione della soggettività non è quindi questione che riguarda il singolo sé, anche se la cura di sé è un altro tema centrale per Foucault: il potere si prende cura di tutti e di ciascuno, attraverso un uso sempre più capillare dei corpi. Secondo il pensatore francese, questo processo s'ingenera già alla fine del XVIII secolo, quando nascono le prime politiche urbanistiche, securitarie e sanitarie come forme di controllo sociale: ospedali, manicomi, sanatori e prigioni divengono dispositivi per proteggere le popolazioni dalle epidemie all'interno di determinati spazi urbani, ma anche e soprattutto per suddividerle, inquadrarle e quindi controllarle.

Più di ogni altro pensatore del Novecento, ha dunque posto in discussione il rapporto tra medicina, economia e potere. In altri termini, Foucault accompagna con le sue riflessioni la nascita della medicina sociale, partendo da alcuni interrogativi che restano anche oggi sul tappeto: qual è il rapporto tra medicina e potere? In che modo i dispositivi di potere/sapere modellano i corpi per ottenere un'efficace razionalizzazione della forza produttiva della popolazione? Davvero la salute del cittadino è questione di Stato? Dove poniamo il confine tra arbitrio individuale e responsabilità collettiva? Se "l'utero è mio e me lo gestisco io", come gridavano le femministe in corteo in quegli anni Settanta, perché invece ciò non vale oggi per il vaccino contro la pandemia da covid-19?

Sono questioni (specie l'ultima) al centro del dibattito sociale e politico. Enfatizzare il peso delle tecniche di controllo della salute (e non solo) della popolazione da parte degli organismi pubblici è, per esempio, un argomento fin troppo disinvoltamente ripreso dalla



protesta anti-scientifica, per esempio all'interno dell'universo no-vax. Ma leggere Foucault aiuta: in particolare, l'ultimo scritto compreso nella raccolta, un'intervista del 1983 sulle strategie di governo della popolazione attraverso il potere medico, pone in maniera ordinata e riflessiva le questioni che tutte le sere vengono discusse nelle, a volte sgangherate, trasmissioni televisive su vaccini, mascherine e lockdown.

Leggere ancora Foucault oggi può piuttosto favorire la ripresa di una domanda fondamentale per il domani dell'occidente capitalistico: è possibile rifondare l'alleanza tra salute pubblica e crescita economica, e in che termini?

Bibliografia

Foucault M. Medicina e biopolitica. La salute pubblica e il controllo sociale. A cura di Paolo Napoli. Roma: Donzelli, 2021.

Sistemi complessi: che meraviglia

Un vaccino che si riteneva efficace, si è rivelato poi col tempo meno efficace di altri. Non si tratta di un errore

La scienza è tornata sotto i riflettori grazie alla pandemia e perfino gli infettivologi sono divenuti delle star. Le luci hanno illuminato però anche le obiezioni avanzate non soltanto dalle frange estreme dei movimenti no-vax ma anche da una minoranza dell'intellettualità, preoccupata per la presunta crescente invadenza delle scienze nella sfera pubblica. Soprattutto delle scienze mediche.

Oggi sembra attenuarsi anche la diffidenza nei confronti dell'applicazione delle regole e delle metodologie scientifiche che ci hanno guidato in questi due ultimi anni. Possiamo dunque riprendere a ragionare pacatamente, senza doverci nascondere, su quel che governa e sovrintende ai procedimenti scientifici. Questi ultimi infatti, per quanto rigorosi, non sono affatto blindati da una

razionalità impermeabile a qualsiasi altro punto di vista, come teme chi con la scienza non ha dimestichezza.

Il premio Nobel Giorgio Parisi lo ricorda nel suo ultimo libro *In un volo di storni. Le meraviglie dei sistemi complessi*, nel quale riassume il senso di alcune delle sue ricerche più note in tema di complessità: da quelle sul volo degli storni, a quelle sulle transizioni di fase e ai vetri di spin. Un capitolo particolarmente interessante è però dedicato a come nascono le idee.¹ È già rilevante che un fisico teorico si ponga ancora domande come: da dove vengono le idee? Quali procedimenti logici utilizziamo? Ancor più interessante è che Parisi suggerisca da subito, nella loro genesi, un ruolo prominente del pensiero inconscio. Non solo inconsapevole, ma notturno. Tant'è che tutte le lingue hanno almeno un calco del proverbio "la notte porta consiglio".

Lo stesso Albert Einstein sosteneva che l'essere completamente consci, quando si fa una cosiddetta scoperta, è un caso limite, che non avviene mai: nel pensiero permane sempre una parte inconscia. La formulazione chiara e distinta – avrebbe detto Cartesio – di un pensiero scientifico viene sempre preceduta da un pensiero – per così dire – non verbale: il pensiero inconscio è cruciale per formulare idee nuove, anche in campi come la matematica, dove molto spesso l'intuizione in qualche modo precede la dimostrazione completa: "In un certo senso, come una frase dev'essere presente nella sua interezza prima di essere formalizzata in parole, – scrive Parisi – una dimostrazione deve essere presente nella mente del matematico, almeno per sommi capi, prima che si passi alla fase deduttiva".

In un certo senso, come una frase dev'essere presente nella sua interezza prima di essere formalizzata in parole, una dimostrazione deve essere presente nella mente del matematico, almeno per sommi capi, prima che si passi alla fase deduttiva.

Giorgio Parisi

Parisi fa presente di avere a volte un'intuizione di cui solo anni dopo comprenderà il vero significato fisico: in altri termini, si costruisce inconsciamente una serie di regole che utilizza per capire la direzione in cui procederà poi nei calcoli, regole che però non sarebbe in grado di formalizzare. Un'ipotesi sulla genesi delle idee affascinante e complessa, che apre uno spiraglio che lascia intravedere un accesso alla realtà che parrebbe non passare attraverso il simbolico, insomma attraverso un qualche linguaggio, e che non sia però il silenzio o l'allucinazione.

Complesso e complicato

Tutti i sistemi complessi possono essere rappresentati e descritti come reti, spiega Pier Luigi Gentili sulla rivista dell'Accademia dei Lincei.²

"La rappresentazione dei sistemi complessi come reti – prosegue il ricercatore dell'università di Perugia – è suggerita anche dall'etimologia della parola *complesso*. L'aggettivo *complesso* deriva dal verbo latino *cum-plectere* che significa *intrecciare insieme*. È diverso dall'etimologia della parola *complicato*, anche se le due parole sono considerate sinonimi nel linguaggio colloquiale. L'aggettivo *complicato* deriva dal verbo latino *cum-plicare*, il cui significato è *piegare insieme*. Ciò che è complicato è piegato e può essere spiegato. Ciò che invece è complesso è intrecciato e non può essere spiegato: deve essere *districato*".

Ciò contribuisce forse finanche a chiarire un altro aspetto cruciale del recente dibattito sulle scienze, alle quali alcuni hanno rimproverato di cambiare troppo spesso e repentinamente opinione: per cui, mettiamo, un vaccino che agli inizi della campagna si riteneva efficace, si è rivelato poi col tempo meno efficace di altri. Non si tratta affatto di errori. E quindi la successione anche ravvicinata delle tappe non dovrebbe affatto sconcertare, se seguiamo le indicazioni di Parisi, confermandoci semmai dell'importanza decisiva delle intuizioni sottese alla ricerca e alle scoperte scientifiche, intuizioni poi affinate e comprovate grazie alle esperienze cliniche e agli studi di follow-up.

Nelle altre scienze è da sempre così: in fisica come in matematica esistono tanti teoremi validi la cui prima dimostrazione presentata era sbagliata. L'importante è mantenere uno sguardo libero sul fine delle scienze. Anche e soprattutto per gli operatori sanitari; il nostro, in medicina, è in qualche modo condizionato dal fatto che la ricerca è pressoché sempre orientata dalla clinica: l'obiettivo resta la cura. Ricordiamoci invece – diceva Richard Feynman, uno dei più grandi fisici del Novecento e certamente il più simpatico, nota Parisi – che "la scienza è come il sesso, ha anche delle conseguenze pratiche, ma non è questo il motivo per cui la facciamo".

Bibliografia

¹ Parisi G. In un volo di storni. Le meraviglie dei sistemi complessi. Rizzoli: Milano 2021.

² Gentili PL. Why is complexity science valuable for reaching the goals of the UN 2030 Agenda? Rendiconti Lincei. Scienze fisiche e naturali 2021; 32: 117-34.



il punto

confronti su medicina e sanità



11

« I medici devono esplorare una nuova provincia nella medicina: la prevenzione della guerra. »

Giorgio Cosmacini



21

« In questo momento travolto dalla guerra, dovremmo bilanciare il tracciamento delle linee con la costruzione di ponti. »

Sandro Galea



30

« Non possiamo usare il sistema sanitario per fare giustizia. Noi non puniamo le persone per le loro scelte. »

Matthew Wynia



43

« Sarebbe opportuno evitare una ulteriore incertezza del diritto e un ulteriore calvario per un paziente che si assume l'obbligo di un conflitto processuale. »

Undirittogentile



www.ilpunto.it

Il progetto culturale dell'OMCeO di Torino

Sfoggia la rivista digitale