

Maternità surrogata, Londra toglie i limiti?

di Elisabetta Del Soldato

La Gran Bretagna sta correndo all'impazzata nel tentativo di rendere più accettabile la pratica dell'utero in affitto. Alla Camera Alta del parlamento un gruppo di lord guidato dalla baronessa Barker ha spinto senza mezzi termini per convincere il governo a cambiare una legge che da molti anni permette la maternità surrogata ma solo a scopi altruistici e garantisce alla madre che porta avanti la gravidanza a pagamento tutti i diritti legali sul bambino fino a quando non abbia deciso, attraverso il cosiddetto *parental order* che deve essere firmato da un giudice, di consegnarlo dopo la nascita ai futuri genitori.

Le madri surrogate del Regno Unito ri-

cevano il cosiddetto "rimborso spese" che arriva fino a 15mila sterline, circa 17mila euro. Un cifra che, secondo la Barker, sarebbe «irrisoria». Non solo: sarebbe ingiusto secondo i Lord il *parental order* che può essere garantito solo dopo la nascita e che invece, secondo i pari del Regno, dovrebbe essere firmato prima per evitare che il nascituro «si trovi in una situazione di limbo». La baronessa Barker ritiene anche che sia ingiusta la regola imposta dalla Human Fertilisation and Embryology Authority (Hfea), l'ente pubblico che in Inghilterra regola fecondazione artificiale ed embriologia, secondo la quale è vietato ai single di chiedere un *parental order* e dunque di diventare genitori attraverso questa pratica.

«Non è ancora chiaro - ha spiegato John

Smeaton del gruppo per la protezione del bambino non nato Spuc - se questo sia il primo passo verso la commercializzazione della maternità surrogata, ma gli elementi ci sono tutti. Di certo i tentativi di cambiare la legge sono estremamente preoccupanti soprattutto se si considera la vulnerabilità che circonda i bambini nati da questa procedura». Il governo, come era prevedibile, sembra già pronto a garantire il suo assenso. Qualche giorno fa la portavoce della Camera Alta baronessa Chisholm ha infatti confermato che l'esecutivo di Theresa May ha raccolto con favore le raccomandazioni dei Lord e promesso che produrrà nuove linee guida per darà ai single gli stessi diritti delle coppie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



vita@avvenire.it

Il fatto

Italia-Svizzera, linea diretta per l'eutanasia

di Danilo Poggio

Tutti parlano di "cliniche svizzere", ma in realtà i luoghi del suicidio assistito in terra elvetica non assomigliano per nulla a strutture sanitarie. Spesso sono soltanto stanze arrangiate alla meglio, in camere d'albergo o appartamenti qualunque, affittati o messi a disposizione per lo scopo. Quando accade che i vicini si lamentano per l'eccessivo via vai di bare, ci si sposta in un'altra sede temporanea. In altri casi è stato utilizzato uno spazio all'interno di un ex centro estetico in area industriale, oppure, quando è possibile, si agisce a domicilio. Il tutto è più o meno legale, e si basa sul fatto che il Codice penale svizzero sanziona soltanto chiunque «per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto». Insomma, se lo scopo dell'assistenza non è "egoistico", secondo una certa interpretazione attuale, non si configurerebbe un reato. A differenza di Olanda e Belgio, dove esiste una normativa specifica sull'eutanasia che non punisce il medico anche se pone fine alla vita del paziente in modo attivo, qui si sfrutta una condizione di fatto e una lacuna del diritto. Nel corso degli anni sono sorti gruppi specializzati: Dignitas, Exit, LifeCircle, Eternal Spirit e Liberty Life, con la motivazione ufficiale di garantire a tutti «la possibilità di morire dignitosamente», in vario modo forniscono tutti i servizi necessari. E, visto che la legislazione elvetica lo permette, quest'opera viene condotta per tutti, senza alcuna distinzione di provenienza dei malati e indipendentemente dalla legislazione dei singoli Paesi. La procedura è più o meno sempre la stessa. Di solito si inizia con l'iscrizione a una delle associazioni specializzate e, dopo l'esame a distanza della cartella clinica da parte di un medico, viene comunicata la "luce verde provvisoria". A quel punto, il malato può recarsi in Svizzera, e dopo uno o due colloqui, se conferma la sua intenzione, nel giro di poche ore viene aiutato a uccidersi. Come spiega chiaramente una delle associazioni più attive con gli italiani, «Dignitas si procura il farmaco necessario. Dopo l'assunzione di un medicamento antiemetico, il paziente dovrà bere un bicchiere nel quale verranno sciolti solitamente 15 grammi di pentobarbital di sodio/NaP. Si tratta di un noto narcotico che procura il sonno. Poiché è alcalino e non gradevole al gusto è meglio mangiare o bere subito dopo qualcosa di dolce. Al termine di queste procedure, il socio si addormenta ed entro due, tre minuti entra in un coma profondo,

dopo poco tempo ancora la medicina paralizza la respirazione e il paziente muore». Spetta infine agli operatori chiamare le forze dell'ordine: «Quando sono convinti della morte del socio, fanno le condoglianze alle persone che hanno accompagnato il defunto e quindi informano la polizia tramite il numero di telefono di emergenza, in modo che possano aver luogo gli accertamenti da parte delle autorità».

Naturalmente il farmaco non è acquistabile liberamente in farmacia senza ricetta del medico: se fosse difficile procurarsela, «Dignitas può ricorrere a medici svizzeri indipendenti che collaborano con l'organizzazione». Un punto resta essenziale: a differenza dei Paesi dove l'eutanasia è normata, in Svizzera deve essere salvata (almeno formalmente) l'apparenza del "suicidio volontario". La morte, cioè, non può essere procurata attivamente da un soggetto terzo: il malato deve bere da solo il liquido letale o attivare l'iniezione con un telecomando davanti al personale presente. Sebbene per le organizzazioni operanti non debbano esserci motivi egoistici, il suicidio assistito in Svizzera non è certo a buon mercato. Il malato paga circa 10mila euro: il costo per gli oneri amministrativi nella fase di preparazione è di 3.500 euro, 1.000 euro per i colloqui con i medici, e 2.500 per l'accompagnamento alla morte, con la remunerazione per gli operatori, cui si aggiungono altri 1.000 euro per l'iter burocratico dopo il decesso e naturalmente



Una "casa" di Liberty Life in Ticino

Da Torino al Canton Ticino con la rete delle associazioni che praticano il suicidio assistito. Ecco come funziona

2.500 euro per le esequie. Costi di viaggio e soggiorno esclusi, per il malato e per l'accompagnatore.

I numeri del fenomeno non sono chiarissimi, ma si parla di circa un migliaio di suicidi assistiti all'anno in tutta la Svizzera. In Canton Ticino - come *Avvenire* ha documentato l'8 dicembre - nel 2016 i due terzi degli oltre 50 casi registrati sinora arrivano dall'Italia. Exit Italia, con la sua storica sede a Torino, è forse l'associazione più attiva sul territorio nazionale, con un'importante presenza anche sui social network: «Noi ci limitiamo a informare sulla possibilità del suicidio assistito - spiega Silvio Viale, ginecologo torinese, militante radicale, impegnato nella campagna pro-eutanasia - ma non istighiamo e non abbiamo mai un ruolo attivo. Ogni settimana arrivano diverse telefonate per saperne di più, ma poi chi va in Svizzera è accompa-

gnato da un amico o da un familiare. Non certo da noi». Il tesoriere dell'associazione radicale Luca Coscioni, promotore della campagna per l'eutanasia legale, Marco Cappato, si spinge un po' più in là: in due casi ha dato personalmente supporto logistico ed economico: «La prima volta ne ho dato conto pubblicamente, la seconda mi sono autodenunciato ai carabinieri. Non è mai successo nulla. Questo fa pendere verso la possibilità che non ci siano responsabilità penali, anche se sono pronto a rivendicare la legittimità dell'azione, alla luce delle libertà costituzionali. Solo nell'ultimo anno, 113 persone si sono rivolte a me, anche attraverso "Sos Eutanasia", per avere informazioni. Ma non è possibile sapere quanti abbiano dato seguito alle intenzioni». Restano però non pochi dubbi sulla legalità dell'accompagnamento al suicidio in Italia: «Una società solidale si fa carico dell'altro - spiega Luciano Eusebi, ordinario di Diritto penale all'Università Cattolica - anche quando affiancarlo nella sua debolezza implica impegno e costi. Ed è per questo che il diritto non ammette una relazione per la morte, che azzerata attraverso la morte sia quell'impegno sia quei costi. Altra cosa è discutere della proporzionalità e della pianificazione delle terapie. Ciò al di là del fatto che la cooperazione a un suicidio assistito o a un omicidio del consenziente restano penalmente perseguibili, pur se consumati all'estero».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cure palliative, la risposta «Ma i media ci ignorano»

«Le cure palliative sono la risposta alternativa alla disperazione. È ovvio che l'ammalato possa pensare di ricorrere alla morte se si sente abbandonato e in preda ad atroci sofferenze, ma con le cure corrette, le richieste di eutanasia si abbattano quasi del tutto». Non ha dubbi l'oncologo Alessandro Valle, responsabile sanitario della Fondazione Faro di Torino, che da molti anni assiste a casa e in hospice i malati bisognosi di cure palliative. Su 30mila casi seguiti dalla Fondazione c'è stata una sola persona che ha deciso di farla finita in Svizzera, in un momento di grande sconforto. In tutte le altre situazioni le cure hanno accompagnato l'intero decorso della malattia, offrendo sollievo e persino serenità: «La medicina palliativa non si occupa soltanto dei sintomi fisici ma prende in considerazione tutti gli aspetti della persona, anche quelli sociali e spirituali. Una volta controllato il dolore, si pone grande attenzione alla dimensione psicologica del paziente e persino della sua famiglia, che diventa oggetto della nostra cura. Per questo, le nostre équipe sono composte da medici, infermieri ma anche da fisioterapisti e psicologi: l'approccio deve essere completo. «Nel corso del tempo il valore della medicina palliativa è stato riconosciuto da tutta la comunità scientifica e in Italia è ormai diventata un vero e proprio diritto. Tra le prime in Europa del genere, la legge 38 del 2010 tutela "il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore", nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), per assicura-



Il «Faro» a Torino

Alessandro Valle, oncologo torinese, chiede «la par condicio per farci conoscere rispetto a chi sostiene soluzioni suicidarie. La palliazione elimina richieste eutanasiche»

re il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza e la qualità delle cure». Le maggiori difficoltà, quindi, non sono affatto di tipo ideologico, ma di tipo strutturale: «Purtroppo - spiega ancora Valle - c'è un budget limitato per le cure palliative, con limiti troppo stretti e una visione ancora miope. Persino dal punto di vista organizzativo ed economico, anche alla luce di alcune recenti morti di pazienti oncologici nelle corsie del pronto soccorso, pare evidente che sia importante poter contare sugli hospice e soprattutto sull'assistenza domiciliare. Con un ricovero ospedaliero tradizionale per un malato terminale si impennano i costi e non si riesce a dare il giusto sollievo a chi soffre». Un altro errore è pensare alla cura palliativa soltanto per i malati di cancro a uno stadio avanzato, mentre si dovrebbe poter intervenire in una fase precoce e non solo in ambito oncologico: «Ci sono anche altre malattie che provocano dolori fortissimi, come molti studi dimostrano. Le cure palliative sono necessarie per le malattie neurologiche degenerative (come il Parkinson, la Sla, le demenze) e, in alcuni casi, anche in ambito cardiologico, polmonare e renale». Eppure per i palliativisti è ancora difficile far sentire la propria voce: «L'eutanasia fa sempre più notizia, ma almeno per par condicio si dovrebbe poter dire attraverso i media che l'alternativa esiste già. Ed è un diritto riconosciuto dalla legge». (D.Po.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NEWS

Washington, il sindaco firma la legge per darsi la morte

Il sindaco di Washington Dc, la democratica Muriel Bowser, ha firmato lunedì la legge sul suicidio assistito. Il testo dovrebbe entrare in vigore nell'ottobre 2017, anche se il Congresso (a maggioranza repubblicana) potrebbe bloccarlo, come già successo con altri provvedimenti, come la legalizzazione della cannabis. Un'incognita nonostante - secondo la Costituzione - il Congresso sia tenuto a dare il via libera alle leggi della capitale federale. A novembre era arrivata l'approvazione del Consiglio di Washington Dc con 11 voti a favore e 2 contrari. Il testo prevede che una persona dai 18 anni in avanti con un'aspettativa di vita di non oltre sei mesi può ottenere il suicidio assistito con due richieste a distanza di due settimane. Negli Usa la pratica è legale negli Stati di Washington, Oregon, Montana, Vermont e California.

Simona Verrazzo

Gli psichiatri Usa: fermiamo l'accesso di chi non è terminale

Sono trascorsi dieci anni dalla morte di Pieter Welby, malato di distrofia muscolare che per primo, in Italia, ottenne di vedere staccato il respiratore che lo teneva in vita. Ad aiutarlo, il 20 dicembre 2006, l'anestesista Mario Riccio, nonostante il parere contrario del tribunale di Roma, e dopo una serie di battaglie legali che si conclusero ben oltre la sua morte. A ricordarlo, martedì, l'Associazione radicale Luca Coscioni, con un convegno alla Camera dei Deputati. Un'occasione per rilanciare anche la campagna «Eutanasia legale», con la proposta di legge sul rifiuto dei trattamenti sanitari e la liceità dell'eutanasia. Una proposta che però dovrebbe fare i conti anche con nuove, autorevoli fonti scientifiche. Parliamo dell'American Psychiatric Association (Apa), che ha appena diffuso un comunicato ufficiale per dichiarare che «uno psichiatra non deve prescrivere né dispensare alcun intervento nei confronti di un malato non terminale allo scopo di causarne la morte». In altre parole, non è etico che uno psichiatra aiuti un malato non terminale a suicidarsi, né fornendogli i mezzi né tramite diretta iniezione letale, come invece è possibile in Olanda e in Belgio. Anche la World Psychiatric Association (Wpa) sta valutando una presa di posizione analoga. Un intervento necessario perché, secondo Mark S. Komrad, membro del comitato etico dell'Apa, il Canada e alcuni Stati americani starebbero prendendo la direzione giusta intrapresa da Belgio e Olanda. «Finora - spiega il medico - nessun altro Paese che ha introdotto il suicidio assistito è riuscito a limitare l'applicazione ai soli malati terminali, includendo fra gli aventi diritto anche i malati che terminali non sono. È così che anche i pazienti psichiatrici finiscono con l'essere coinvolti».

Giulia Mazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

Obiezione in farmacia? Come in ospedale

di Marcello Palmieri

Una sentenza. Una proposta di legge. E una (inoppugnabile) relazione ministeriale. L'obiezione di coscienza sembra finalmente imporsi come un diritto inalienabile, e un diritto - diversamente da quanto spesso asserisce la cultura diffusa - che per nulla incide su altre situazioni giuridicamente degne di tutela. Lo ha detto innanzitutto il tribunale di Gorizia, che ha assolto la collaboratrice notturna di una farmacia comunale processata per non aver consegnato a una cliente la "pillola del giorno dopo" (il Norlevo). Motivo del rifiuto, l'obiezione di coscienza: quel farmaco, infatti, può essere abortivo. Ma quello che per la farmacia era un comportamento dettato dai propri principi morali, per il pubblico ministero - e per la Polizia locale che ha sporto denuncia - integrava il reato di omissione o rifiuto di atti d'ufficio. Da qui la richiesta di condanna a quattro mesi di reclusione. Ma ecco che «dopo 3 anni di procedimento penale - annuncia Simone Pillon, il legale che insieme a Marzio Calacione ha difeso l'imputata - la nostra assistita ha visto riconosciute le sue sacrosante ragioni, conformemente a quanto previsto dall'articolo 3 del Codice deontologico dei farmacisti».

L'assoluzione della farmacia che non ha venduto la pillola del giorno dopo per motivi di coscienza rimanda al rispetto di una sfera che la legge 194 già tutela. E che non ostacola altre richieste, anzi

In effetti, il testo è chiarissimo: ai professionisti impone non solo «di operare conformemente ai principi etici» ma anche «tenendo sempre presenti i diritti del malato» così come «il rispetto della vita». E attenzione: nel caso specifico malati non ce n'erano (tale reato non può essere considerata una donna che teme di essere a rischio gravidanza). Semmai, presente era il concepito, nuova vita che il Codice deontologico della professione - prima ancora che il diritto naturale - imponevano di tutelare. È vero: l'effetto principale del Norlevo è antiovulatorio. Ma «la scienza - riassume Pillon - non esclude quello antinidatorio. Circostanza questa che presuppone l'avvenuto concepimento». Commentando il verdetto assoluto, Scienza & Vita auspica che «sia garantito sempre quello spazio di libertà individuale di pensiero e di azione che permette a ciascuno di operare scelte consapevoli e rispettose della vita», rafforzando così la proposta di legge presentata lo scorso maggio dai deputati Gian Lui-

gi Gigli e Mario Sberna (Democrazia solidale-Centro democratico) con «Disposizioni concernenti il diritto all'obiezione di coscienza per i farmacisti». Un diritto che la legge 194, quella sull'aborto, già sancisce non solo per «il personale sanitario» ma anche per quello «esercente le attività ausiliarie». E a differenza di quanto qualcuno ha tentato di far credere, «considerando sia il numero assoluto dei punti» in cui si effettua l'interruzione volontaria di gravidanza, sia «quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile», la presenza di questi centri «appare più che adeguata». Conseguenza: «Il numero dei non obiettori a livello regionale sembra congruo rispetto alle interruzioni di gravidanza effettuate». A dirlo è la relazione ministeriale sull'applicazione della 194, depositata in Parlamento il 7 dicembre. Una volta di più viene dunque confermata la difesa dell'Italia già accolta dal Comitato per i diritti sociali del Consiglio d'Europa: era stata la Cgil a denunciare l'Italia a Strasburgo, lamentando sia una presunta difficoltà delle donne ad abortire sia un asserito carico inaccettabile di lavoro in capo ai medici non obiettori. Una tesi nuovamente smentita dai dati reali: l'11% dei medici disponibili a praticare aborti non lo fanno. Per il semplice motivo che non ce n'è bisogno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Trapianti in continuo aumento E i pazienti ritornano attivi

Aumentano le donazioni e i trapianti di organo in Italia. A certificarlo sono i numeri appena diffusi dal Centro nazionale trapianti (Cnt) sulle proiezioni per l'anno in corso: sono stati eseguiti 3.268 trapianti rispetto ai 3.002 del 2015, mentre i donatori sono passati da 1.165 a 1.260. Il maggior numero di interventi riguarda il rene (1.700), seguito da fegato, cuore, polmone e pancreas. Già per il 2015, le statistiche segnalano il netto incremento delle donazioni da vivente, in particolare di rene. Per migliorare le prestazioni del sistema è cruciale l'organizzazione: qui un ruolo importante è svolto - dal 2013 - dal Centro nazionale trapianti operativo. Spiega il direttore del Cnt, Alessandro Nanni Costa: «Siamo attivi in tempo reale, lungo l'arco delle 24 ore, e riceviamo dalle Regioni le segnalazioni di tutti i donatori d'organo, esaminandone idoneità e rischio di trasmissione malattie». Il trapianto significa quasi sempre un reinserimento nella vita sociale: il Cnt stima che l'89,9% dei trapiantati di cuore, il 78% di fegato e l'89% di rene lavora o è in grado di farlo. A giugno 2016 erano 9.074 i pazienti in lista d'attesa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quando cortesia ed efficienza vanno a braccetto



di Marco Voleri

C'è sempre qualcuno che si lamenta sull'inefficienza delle strutture comunali. «Ma guarda se devo fare un'ora di fila per ritirare un certificato!». Chi non ha mai sentito almeno una volta nella vita pronunciare una frase simile a questa, in un comune qualsiasi, mentre attendeva il proprio turno? Voglio raccontarvi invece cosa mi è successo la scorsa settimana e come tre persone - Donatella, Giusy e Archimede - con professionalità e gentilezza mi hanno aiutato a risolvere un problema. Mi trovavo a Como, dove dovevo cantare in due repliche di Turandot. Avevo fissato una

intervista con la Radio Svizzera Italiana a Lugano. Il giorno precedente all'intervista, nel mio residence, mi viene in mente di preparare la carta di identità per la frontiera. Comincio a cercarla ma come per magia pare scomparsa. Niente panico. Svuoto le due valigie, cerco nelle tasche dei pantaloni e nelle giacche. Niente. Vado in auto e mi avventuro sotto i sedili con la torcia del telefonino. Del documento neanche l'ombra. «L'ho persa» penso sconcolato in riva al bellissimo lago comasco. Mi armo di buona volontà e vado ai carabinieri per fare la denuncia. Con quel foglio poi mi precipito all'ufficio anagrafe del Comune. «Buongiorno, spero mi possa aiutare», esordisco un po' preoccupato. Spiego la vicenda e chiedo come si può fare per avere la nuova carta d'identità il giorno successivo, visto che dovrò andare in

Svizzera. «Non si preoccupi, faremo tutto il possibile», mi risponde rincuorante Donatella con un bel sorriso. «Devo avere il nulla osta dal Comune di Livorno, posso provare a chiamare, anche se siamo quasi in orario di pranzo». Dall'altro capo del telefono risponde Giusy che si mette subito all'opera. Nel giro di qualche ora mi chiama al cellulare Archimede, collega di Donatella che si occupa della pratica. «Da Livorno sono stati velocissimi, domattina alle nove venga a ritirare la carta!». Sospiro di sollievo, non volevo perdere una intervista importante. «Quando il Comune diventa in comune», ho pensato uscendo sorridente dall'ufficio. Basta poco a volte per scovare piccoli ma significativi sintomi di felicità negli altri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giovedì, 22 dicembre 2016

L'invasione di EllaOne, pillola (troppo) facile

La storia

Una libreria dove imparare a stare bene

di Sabina Leonetti

Preferisce farsi chiamare «il giullare della salute». E non per screditare quanto va affermando, ma per omaggiare Dario Fo, che riteneva «il giullare di corte una persona colta, in grado di trasmettere messaggi forti al popolo. L'unico che riusciva a far cambiare idea al padrone». Parola di Massimo Valente, dottore in Scienze motorie, naturopata, osteopata, trainer di Pnl (Programmazione neuro-linguistica) umanistica integrata, oggi autore del progetto «Abbraccio alla vita» nella città di Bisceglie (Barletta). Da domenica 4 dicembre è nata una realtà unica in Puglia, la più grande libreria del nord barese affiancata da una tisineria, un bio-bar, un angolo tutto dedicato alla mamma e al bambino e uno spazio per l'osteopatia. A ispirare questo sogno che finalmente si concretizza sono stati i suoi tre figli - spiega Valente - rispettivamente di 5, 7 e 9 anni: «In una città di 55mila abitanti, che in estate è presa d'assalto come località balneare, alimentavo da sempre l'idea di una libreria che riunisse la famiglia. Mi sono sempre chiesto perché abbiamo perso più volte opportunità già esistenti, con la chiusura di due librerie. Uno spazio dedicato alla promozione della lettura e alla genitorialità ritengo sia un bisogno diffuso, anche se non facilmente realizzabile. Occorre crederci innanzitutto ed è per questo che insieme a mia moglie, Silvia, e al team del mio studio, vogliamo offrire questo servizio cercando di esserne all'altezza con la collaborazione, mi auguro, di docenti e genitori».

Massimo Valente è un appassionato di teatro, ex docente di musicoterapia, di scienze motorie e di sostegno, amministratore unico per 5 anni della Poligestione srl, che ha gestito il Politeama Italia di Bisceglie, cinema e teatro di famiglia, fondato nel 1924. «Abbraccio alla vita» prevede una volta a settimana formazione gratuita per l'allattamento al seno e l'importanza che ne deriva sul sistema immunitario del neonato; quindi un corso per la sana alimentazione della mamma, educazione al parto naturale e allo svezzamento, tecniche di Pnl sulla comunicazione verbale e non verbale, potenziamento dell'organismo per non sviluppare la malattia attraverso le tecniche di osteopatia. «Ho adottato uno slogan, "L'informazione rende liberi" - racconta - una corretta informazione alla salute e l'abc del primo apprendimento linguistico sono fondamentali per la crescita. I bambini imparano imitando i grandi. Dunque modelli adulti di genitorialità, padre e madre, equivalgono a livelli di maturità già acquisiti che si trasmettono ai figli. Come l'amore per la vita in tutte le sue fasi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

di Graziella Melina

Aborti volontari in calo e aumento vertiginoso del consumo di «pillola dei 5 giorni dopo». Secondo i dati del Ministero della Salute diffusi nei giorni scorsi (e riferiti da *Avvenire* il 16 dicembre) nel 2015 il numero di interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg) è stato inferiore a 90mila, in diminuzione del 9,3% rispetto al 2014. I dati delle vendite del farmaco a base di Ulipristal acetato (EllaOne) segnano invece un incremento significativo rispetto agli anni precedenti: dalle 7.796 confezioni del 2012 si è passati a 145.101 nel 2015. «Il maggior decremento di Ivg osservato nel 2015 - si rileva nella relazione sull'attuazione della legge 194 - in particolare tra il secondo e terzo trimestre potrebbe essere almeno in parte collegato alla determina Aifa del 21 aprile 2015 che elimina, per le maggiorenti, l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato».

In sostanza, la diminuzione degli aborti sarebbe in una certa misura da attribuire all'uso della pillola dei cinque giorni dopo. Il legame non poteva che soddisfare la Società medica italiana di contraccezione (Smic) che chiede che le farmacie non siano mai sprovviste della pillola che evita la gravidanza o la interruzione se c'è già stato concepimento: «Essendo un farmaco senza obbligo di prescrizione, EllaOne è già disponibile ovunque. Dunque, quella della Smic è solo una rivendicazione molto ideologica che, se venisse attuata, trasformerebbe EllaOne in un farmaco essenziale - obietta il farmacologo Mario Eandi -. Quando un farmaco è libero, ed è propagandato come un prodotto che impedisce una gravidanza, l'uso ovviamente aumenta». Eandi Resto ritiene che «il peso di un'eventuale influenza di un aumento del consumo di pillole sul numero di aborti andrebbe stimata anche attraverso una correlazione con altri fattori che non sono stati posti sotto controllo. In base alle statistiche - aggiunge - da molti anni c'è una tendenza alla diminuzione e solo una parte viene accelerata dall'uso della pillola». Per il presidente dell'Associazione ginecologi cattolici (Aigoc) Giuseppe Noia «la contemporanea notevole diminuzione del numero dei nati vivi (473.461 nel 2015) e del tasso di fecondità (35,4 nati

Da meno di 8mila scatole vendute a più di 145mila in soli 4 anni: eliminato l'obbligo della ricetta per le maggiorenti, la «pillola dei 5 giorni dopo» dilaga. Con effetti ormai fuori controllo

vivi su mille donne fra 15 e 49 anni) ci inducono ad affermare che la diminuzione degli aborti provocati è solo apparente. Gli aborti prodotti dalle 145.101 confezioni di EllaOne acquistate nel 2015, considerando un tasso di concepimento del 20%, hanno provocato almeno

«Il liquido amniotico ringiovanirà le ossa»

NEWS
Una ricerca dell'Institute of Child Health inglese appena pubblicata su «Scientific Reports» (rivista del gruppo Nature), conferma che il liquido amniotico è uno scrigno di cellule staminali dal valore potenzialmente inestimabile. I test di laboratorio su cavie con gravi problemi ossei hanno mostrato risultati molto positivi: la fragilità dovuta a osteogenesi imperfetta - patologia che colpisce un bambino ogni 25mila nati - è stata drasticamente ridotta con una diminuzione delle fratture dell'80% a seguito dell'iniezione di staminali ricavate dal liquido amniotico. Le possibili ricadute su pazienti affetti da osteoporosi sono facilmente immaginabili, anche se i primi test sull'uomo non sono previsti prima di due anni. Già però si immaginano terapie di grande impatto sociale: «Così come oggi siamo abituati a spalmarci creme sul viso per rallentare l'invecchiamento della pelle - ha infatti dichiarato Pascale Guillot, tra gli autori della ricerca - un giorno potremmo fare qualcosa di simile anche per mantenere giovane lo scheletro».

«Test su embrioni oltre i 14 giorni»

di Assuntina Morresi

Estendere la ricerca sugli embrioni umani in vitro oltre il 14° giorno, per altre due settimane: è la proposta lanciata nel corso della conferenza del Progress Educational Trust, nota *charity* inglese che dal 1992 si pone l'obiettivo di «educare e dibattere l'applicazione responsabile di scienza riproduttiva e genetica». Molto esplicito il titolo dell'evento: «Ripensare l'etica della ricerca sull'embrione: *genome editing*, 14 giorni e oltre». Il punto di partenza è stato il lavoro di Magdalena Zernicka Goetz, biologa a Cambridge, che ha mostrato per la prima volta la possibilità, per un embrione umano, di sopravvivere in vitro per 13 giorni, quasi una settimana in più di quei 5-6 giorni degli embrioni creati in laboratorio. Finora è stato infatti molto semplice rispettare la regola che gli inglesi si sono dati di non superare i 14 giorni di vita dell'embrione per sperimentare su di essi. Non c'è niente di più facile che restare dentro un confine intrinsecamente insuperabile.

Adesso, quindi, si pone la questione vera con il solito mantra dei sedicenti paladini della scienza: allungando i tempi di sperimentazione - dicono - si potrebbero acquisire conoscenze preziosissime, per esempio sullo sviluppo del sistema nervoso centrale o sul sistema cardiaco, scovare l'origine di varie malformazioni, o delle cause di aborti

precoci, senza trascurare l'immane studio sullo sviluppo cellulare per «future terapie» applicabili a patologie adesso gravi e incurabili. Sedicenti paladini della scienza, dicevamo: perché poi sono sempre gli stessi che, una volta che le loro ricerche non trovano niente (qualcuno si ricorda più delle chimere uomo/animale? O della cosiddetta «clonazione terapeutica»? E dove sono le mirabolanti terapie con le staminali embrionali?) rispondono in-

Alcuni scienziati propongono di estendere il limite superando il confine oggi adottato in nome di un progresso che vuole farci dimenticare come in laboratorio si distruggono vite umane

variabilmente che: lo sviluppo scientifico non è prevedibile; se non cerchi non trovi; comunque sicuramente si aumenta la «conoscenza di base». Ma se si adottassero solo questi criteri, ogni tipo di ricerca avrebbe ragione di essere condotta. Dunque è inevitabile chiedersi perché solo 28 giorni per un embrione: non si aumentano di più le conoscenze se lo si lascia sviluppare ancora, almeno fino a 35, 40, 50 giorni, o comunque per tutto il tempo che si riesce a mantenerlo vitale in vitro? E poi: perché non continuare gli esperimenti sui

feti sopravvissuti agli aborti, opportunamente anestetizzati? Oppure: perché non utilizzare per ricerche di frontiera persone destinate a morte sicura, che tra l'altro potrebbero dare pure il consenso? In sintesi: perché mettere limiti alla conoscenza?

A esprimere perplessità sulla modifica della regola dei 14 giorni è stata la baronessa Mary Warnock, che nel 1984 suggerì proprio questa regola nel suo famoso rapporto. La Warnock ritiene che è troppo presto per chiedere una estensione del limite, visto che è stato solo raggiunto, e da poco. E soprattutto fa una considerazione molto interessante: ci sono voluti 6 anni perché il suo rapporto diventasse legge, 6 anni che hanno dato il tempo all'opinione pubblica di abituarsi all'idea della ricerca sugli embrioni. Se si estendesse troppo il limite si rischierebbe di dare argomenti a chi ancora rifiuta la ricerca che distrugge gli embrioni, mettendo in discussione anche quella che già c'è. Come a dire: c'è voluto tanto per creare consenso intorno a questa decisione, perché riparlare? Più che sul limite di 28 o 14 giorni alla ricerca che distrugge gli embrioni - per chi scrive, non c'è differenza: sempre una vita umana si distrugge - dovremmo piuttosto discutere sui percorsi decisionali e su quanto siano effettivamente democratici e rappresentativi: alla fin fine, chi è a decidere veramente in questi ambiti?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La proposta

«Parti più sicuri? Diminuire cesarei e punti nascita»



di Giovanna Sciacchitano

Una volta si nasceva in casa, usanza di altri tempi. Eppure ancora oggi sono in aumento in Italia le donne che scelgono questa modalità. Anche se si tratta dello 0,1% dei neonati, lo scorso anno sono venuti alla luce tra le mura domestiche circa 500 bambini. Cifra sicuramente sottovalutata e a cui vanno aggiunte le nascite di bambini di donne di altre etnie, come i Rom, non in regola col permesso di soggiorno. «Una tendenza dettata dalla ricerca di un maggiore comfort e umanizzazione - osserva Mauro Stronati, presidente della Società italiana di neonatologia (Sin) - Ma che, in caso di eventi inaspettati e improvvisi, mette a rischio la salute della mamma e del bambino». La Sin è da anni impegnata per demedicalizzare l'evento parto, per garantire "intimità" anche in ospedale. «Partorire è un fatto fisiologico, ma a mio avviso va fatto in una struttura adeguata - continua il presidente -. Non solo. Nel caso di un parto prematuro sarà opportuno scegliere un ospedale che abbia una terapia intensiva neonatale».

Significativo il fatto che in Olanda, Paese capostipite del parto a domicilio, la percentuale sia passata dal 39% del 1985 al 20% del 2013: «In sostanza le nascite in casa si sono dimezzate - sottolinea Stefano Martinelli, responsabile della Neonatologia all'Ospedale Niguarda di Milano -. E questo ha suscitato un grande dibattito per il fatto che la mortalità perinatale (3 per mille) è fra le più alte in Europa. Fanno peggio Lituania, Lettonia, Estonia e Malta».

Un altro punto critico, secondo la Sin, è la riorganizzazione dei Punti nascita per migliorare la sicurezza delle donne e dei neonati. Stando agli ultimi dati, sono ancora troppi quelli sotto la soglia dei 500 parti annui. «Essere bravi professionisti non basta, devono avere anche l'esperienza e l'abitudine ad affrontare tutte le situazioni - chiarisce Stronati -. Senza considerare il risparmio per la sanità con la chiusura di tanti centri troppo piccoli. Certo, in zone di montagna o difficilmente raggiungibili le singole Regioni dovranno valutare se si possono lasciare alcuni centri minori aperti». Un altro fenomeno è la diminuzione dei parti cesarei. Secondo l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), il Ministero della Salute fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1.000 parti annui e 15% per le maternità al di sotto di questa soglia. I dati di quest'anno registrano che la proporzione di parti cesarei primari continua a scendere (dal 29% del 2010 al 25% del 2015). Restano ancora significative differenze tra le regioni del nord e del sud, con valori medi rispettivamente inferiori e superiori al 20% e che, nel caso della Campania, sono stabili al 50%. «Certamente con il parto cesareo tutto si semplifica e i tempi si accorciano - riflette il presidente della Sin -. Ma questo comporta costi enormi per la sanità. Si deve attuare questa pratica solo quando non può essere effettuato il parto naturale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA