vita
vita@avvenire.it

La notizia

«Embrioni, la Francia verso l'eugenetica»

di Daniele Zappalà

In Francia l'iter di revisione della legge quadro sulla bioetica conferma i rischi di nuovi strappi normativi il prossimo autunno. A evidenziarli, adesso, è un rapporto ad hoc del Consiglio di Stato, suprema istanza amministrativa transalpina. Rivelate ieri, le raccomandazioni del rapporto hanno suscitato vive reazioni dovute alla neutralità etica con cui l'organismo focalizza temi come la regolamentazione dell'accesso alla fecondazione assistita, l'uso in laboratorio degli embrioni detti "soprannumerari", o il ricorso alla diagnosi pre-impianto.
Sull'ipotesi di estendere il ricorso alla fecondazione assistita alle donne single e alle coppie lesbiche il rapporto sostiene che «l'invocazione del principio di precauzione o dell'interesse del bambino non rappresenta un elemento giuridico decisivo, è richiesta una risposta più politica che giuridica». In questa chiave neutra vengono elencate nel documento talune possibili conseguenze sistemiche di un'estensione, come in un effetto domino.
Ma come ha fatto osservare l'esperto di questioni bioetiche Tugdual Derville, delegato generale dell'ong Alliance Vita, lo stesso alto organismo aveva evocato nel 2011 «l'esigenza fondamentale di dare al bambino una famiglia che comporti un padre e una madre», notando pure che «creare deliberatamente un bambino senza padre non può essere considerato nell'interesse del nascituro».

Contestato parere del Consiglio di Stato per la revisione della legge di bioetica

Derville ha dunque denunciato una «bioetica del continuo slittamento» verso posizioni relativiste.
Il rapporto si mostra possibilista circa un uso più esteso della diagnosi pre-impianto, così come sull'ipotesi di allentare i vincoli attuali per l'impiego nei laboratori di ricerca degli embrioni in soprannumero ceduti dai centri per la fecondazione assistita.
Su questi punti ha reagito anche la Fondazione Jérôme Lejeune, per la quale «il Consiglio di Stato diventa garante di un metodo eugenetico» e di misure che avranno come «conseguenza di fare dell'embrione un "prodotto di laboratorio"».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Il corpo umano non è mai in vendita»

di Carlo Petrini

Il Consiglio d'Europa ha adottato un importante documento di indirizzo per un'efficace attuazione nei 47 Stati membri del principio che proibisce di trarre profitto dal corpo umano e dalle sue parti. Il documento riguarda in particolare la donazione di cellule, sangue, tessuti e organi.
Il principio è sancito nell'articolo 21 della «Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina» dello stesso Consiglio. La Convenzione viene usualmente citata con il titolo breve, ma il titolo completo merita di essere riportato integralmente perché denso di significati: «Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti delle applicazioni della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina». Il principio del divieto di trarre profitto dal corpo umano e dalle sue parti si fonda sul rispetto dei diritti e della dignità dei donatori, viventi o deceduti, e delle persone che ricevono, a scopo terapeutico, materiale biologico. Inoltre, esso contribuisce alla promozione della donazione altruistica, volontaria e non remunerata e alla sicurezza e qualità del materiale biologico donato. Sull'illegittimità di un eventuale profitto dal corpo umano e dalle sue parti non vi sono dubbi: l'articolo 21 della Convenzione stabilisce una chiara proibizione. Sulle modalità di applicazione del principio, invece, possono esservi divergenze. Infatti, pur avendo sottoscritto i medesimi principi generali enunciati nella Convenzione, i diversi Paesi hanno adottato diverse modalità di attuazione. È questo il motivo per il quale il Consiglio d'Europa ha istituito un gruppo di esperti con l'incarico di elaborare un documento di indirizzo per l'implementazione dell'articolo 21. Affermando che il materiale biologico umano non può essere oggetto di commercio non si può ignorare il fatto che la raccolta, la conservazione, l'utilizzo di materiale biologico umano a scopo terapeutico o di ricerca inevitabilmente comportano costi e movimenti di ingenti somme di denaro. Occorre, quindi, stabilire criteri operativi comuni per delineare i confini della liceità delle azioni.
Il divieto di trarre profitto include donatori viventi, familiari di donatori deceduti e terze parti. La violazione del principio favorirebbe lo sfruttamento delle persone più vulnerabili, che troverebbero nella "donazione" una possibilità di guadagno. Il principio generale deve essere applicato a ogni tipo di donazione di materiale biologico di origine umana, indipendentemente dal tipo di materiale donato e dallo scopo (terapeutico o di ricerca) della donazione. L'applicazione di tale principio può essere, eventualmente, differenziata in relazione alle diverse tipologie di materiale biologico e di donazione: è evidente, per esempio, che la donazione di sangue e di un organo sono atti tra loro molto diversi che richiedono sistemi di *governance* specifici.
Nel documento si riconosce che la «neutralità finanziaria» e il concetto di «donazione non retribuita» sono compatibili con rimborsi e risarcimenti per i donatori ma soltanto quando vi siano reali e documentate perdite a danno dei donatori stessi. I rimborsi si riferiscono a costi realmente sostenuti per la donazione (ad esempio rimborso per spese di viaggio) e a vere perdite di guadagno direttamente associate alla donazione. I risarcimenti si riferiscono a danni o complicazioni sanitarie direttamente attribuibili alla donazione. Tuttavia è necessario tracciare una linea ben definita tra legittima compensazione e benefici finanziari, o di altro tipo, assimilabili a pagamenti. Ciò preclude incentivi per i donatori sotto forma di "premi" con valore monetario e trasferibili a terzi. Preclude, inoltre, la possibilità di tariffe preferenziali per cure non legate alla donazione per qualsiasi persona disposta a donare cellule, tessuti o organi.
Nel documento si discute anche l'applicazione del principio di non commerciabilità rispetto alla necessità di pagare servizi tecnici e medici associati alla donazione e alla lavorazione del materiale. Le procedure, infatti, hanno dei costi e il personale addetto deve essere retribuito. Anche in questo caso il legittimo, e doveroso, rimborso delle spese sostenute non deve sconfinare in forme di profitto.
Da materiale biologico umano donato è possibile sviluppare prodotti efficaci in ambito terapeutico o utili per la ricerca. Si pone quindi il problema di possibili sviluppi commerciali. C'è un'ampia convergenza nel ritenere ciò inammissibile per prodotti cosmetici mentre caute aperture per prodotti a uso terapeutico o di ricerca sono espresse da varie istituzioni purché siano rispettati alcuni requisiti, tra cui: informazione e consenso, eventuale partecipazione dei pazienti al profitto, garanzia che la buona pratica clinica non sia condizionata da scopi commerciali. I legislatori e le autorità nazionali competenti hanno il compito di attuare il principio che proibisce il profitto, definendo regole appropriate per garantire che ogni ricompensa offerta ai donatori non sconfini in un incentivo economico. Le stesse istituzioni hanno anche il compito di diffondere la cultura della donazione volontaria, responsabile e non remunerata. Tale cultura contribuisce anche a mantenere la credibilità del sistema e la fiducia da parte dei cittadini verso le istituzioni.

responsabile Unità di Bioetica e presidente del Comitato etico dell'Istituto superiore di sanità

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dal Consiglio d'Europa un documento di indirizzo per fermare nei 47 Stati membri ogni commercio di cellule, sangue, tessuti e cellule, gameti in testa. Solo «rimborsi», ma mai «incentivi»

NEWS

Pastorale della salute e biomedicina il Camillianum estende la formazione

«L'antropologia sottesa alla pastorale della salute non è quella dell'autosufficienza ma della fragilità, del duplice vincolo dell'aiutare e dell'essere aiutati». L'ha detto ieri a Roma Palma Sgreccia, preside del «Camillianum», durante l'open day dell'istituto, occasione per presentare gli iter di licenza, diploma e dottorato in Teologia pastorale sanitaria e i corsi di alta formazione in Pastorale della cura e della salute e in «Digital health humanities» organizzati con il Centro Lateranense Alti studi. È stato anche illustrato il nuovo master di primo livello in «Bioetica, pluralismo e consulenza etica», in collaborazione col Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'educazione dell'Università di Torino. «La pastorale della salute – ha detto ancora la preside – è tesa a colmare il deficit spirituale e la mancanza di risposte di senso di fronte alla sofferenza. Constatiamo infatti il progredire della scienza biomedica, maggiori risultati in ordine alla capacità di guarigione, di controllo sulle patologie croniche e degenerative, ma una scarsa "intelligenza" della sofferenza».

Parla l'obiettore condannato «Scelta che non va punita»

di Adriano Torti

In tema di aborti in Italia non esiste assolutamente il problema del numero dei medici obiettori, né tanto meno si può dire che chi sceglie l'obiezione di coscienza lo faccia per comodità o tornaconto personale. Salvatore Felis, ginecologo del San Martino di Genova, spiega in esclusiva ad *Avvenire* il suo punto di vista sull'interruzione volontaria di gravidanza dopo che, nei giorni scorsi, è stato condannato a 9 mesi per aver scelto, nel 2014, di non effettuare un'ecografia a due ragazze che avevano assunto la pillola abortiva.
«In Italia – spiega Felis – il numero di ginecologi obiettori è pari a quello del Regno Unito che ha una popolazione simile alla nostra e dove non si registrano polemiche sul numero dei medici che non praticano aborti. Nel nostro Paese ci sono circa 5mila ginecologi: il 70% è obiettore e il 30% no. Incrociando i dati tra il numero dei medici obiettori e gli aborti eseguiti si registra che ogni medico non obiettore ha un carico di lavoro di circa 2-2,5 aborti a settimana, tra aborti medici e chirurgici, statistiche che si riscontrano anche a Genova e nell'ospedale dove lavoro io». Dal suo punto di vista, quindi, il problema non è «il carico di lavoro per i medici non obiettori ma la gestione del personale da parte dei primari e delle Asl».

Il rifiuto di eseguire un'ecografia durante un aborto gli è appena costata in tribunale la condanna a nove mesi Ma il ginecologo genovese Salvatore Felis non arretra

La questione, a suo avviso, si potrebbe risolvere «concentrando le risorse su alcuni centri di riferimento, come avviene anche per altre patologie nelle quali la specializzazione è anche sinonimo di eccellenza medica, di ricerca e di assistenza». In merito alla questione delle «obiezioni di comodo», Felis sostiene che «di solito avviene che quando uno è giovane fa di tutto perché vuole imparare e vuole rendersi disponibile, ma poi più matura le proprie conoscenze scientifiche, umane e personali, più capisce le cose, e spesso sceglie di non effettuare altri aborti». «Tra l'altro – aggiunge il ginecologo genovese – quando iniziai la professione non c'era l'ecografia, che invece oggi è fondamentale. Ciò ha fatto sì che il feto sia diventato un paziente sul quale noi possiamo anche operare con la chirurgia fetale, un modo di agire che non può non avere conseguenze etiche».
In altre parole, «andando avanti negli anni con la professione è più facile che un medico che eseguiva aborti non lo faccia più, e che quindi il passaggio da medico abortista a non abortista risulti comune, mentre il caso inverso sia estremamente raro». Felis poi smonta un'altra opinione che circola, secondo la quale l'obiezione di coscienza dovrebbe essere ridotta per i medici e in particolare per i ginecologi: «Negli ordinamenti giuridici di stampo liberale come il nostro – riflette – vengono riconosciuti a tutti gli individui alcuni diritti inviolabili e l'obiezione di coscienza rientra a pieno titolo tra questi diritti, come ribadito anche dalla nostra Corte costituzionale, che ha riconosciuto come vi siano alcuni aspetti della vita umana che incidono nella sfera individuale su cui lo Stato non può intervenire, altrimenti verrebbe meno ogni idea di stato di diritto come noi lo conosciamo». In maniera ancora più diretta ed esplicita, Felis fa notare che «in una visione totalitaria della vita si può anche imporre di entrare a far parte dei plotoni di esecuzione, ma in uno Stato laico e di diritto si rispetta la libertà di coscienza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Belgio, via l'aborto dal Codice penale

La commissione Giustizia della Camera del Belgio ha approvato martedì sera il testo per cancellare l'aborto dal Codice penale. Attualmente la legge belga definisce l'aborto un «crimine contro l'ordine della famiglia e la moralità pubblica» e lo depenalizza a determinate condizioni. Il testo approvato è stato presentato dalla maggioranza (Alleanza neofiamminga, Cristiano-Democratici e Fiamminghi, Movimento riformatore più Liberali e democratici fiamminghi aperti) ed è differente da quello che si voleva inizialmente imporre e che avrebbe previsto l'eliminazione del periodo di riflessione di sei giorni (riducendolo a 48 ore) e innalzato il limite per l'interruzione volontaria di gravidanza da 12 a 18 settimane. Dopo un teso dibattito si è deciso solo di togliere l'aborto dal Codice penale senza altre modifiche, mentre le sanzioni per medici, infermieri e personale sanitario restano immutate. Per incassare il via libera la maggioranza ha accolto la richiesta dell'opposizione di un disegno di legge per iscrivere nel registro di stato civile anche i bambini non nati dai 140 giorni e su base volontaria, anziché gli attuali 180 giorni e su base obbligatoria.

Simona Verrazzo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il fatto

Così la Terapia intensiva diventa più «umana»

di Antonella Mariani

Verso una nuova proposta di legge per riproporre al Parlamento l'esperienza dell'Humanitas di Bergamo e di (pochi) altri ospedali. Perché far spazio ai parenti nel reparto più delicato e tecnologico può «guarire» più in fretta i pazienti

Porte aperte alle visite almeno 12 ore al giorno, 24 se i ricoverati sono bambini. Comunicazione più stretta tra medici e familiari dei pazienti, fino a una «adeguata condivisione delle informazioni e una migliore partecipazione alle decisioni» di diagnosi e terapie, fine vita compreso. Sono 4 articoli, arrivati un anno fa in Commissione Affari sociali della Camera su proposta dell'allora presidente Mario Marazziti come «Disposizioni in materia di reparti di terapia intensiva aperta». La proposta di legge circola in Senato già dal 2012, e c'è chi sta lavorando perché rientri in discussione nelle aule parlamentari.
Non è una questione di trasparenza delle cure nel reparto più «estremo» e tecnologico di ogni ospedale, spesso organizzato come un bunker. Da anni la letteratura medica certifica che rendere più «umana» la terapia intensiva e garantire la presenza dei familiari non è una concessione ma una scelta utile: abbatte lo stress e l'ansia in pazienti e parenti, riduce il tempo di degenza, alleggerisce l'impegno dell'assistenza e prepara al rientro in casa. Facile a dirsi, meno a farsi, se è vero che in Italia meno del 10% delle terapie intensive è «aperta», secondo le stime di Fabrizio Moggia, presidente di Aniarti, l'associazione che raggruppa 1.800 infermieri di «area critica» e che, insieme ad altre società scientifiche, ha attivato un ambizioso progetto di sensibilizzazione e formazione confluito nel sito web www.intensiva.it. «Siamo indietro di 20 anni rispetto al Nord Europa – riprende Giovanni Mistraletti, ideatore e responsabile di Intensiva.it –. Tra i miei colleghi resiste una certa diffidenza, è diffusa l'idea che dai parenti ci si debba proteggere anziché cooperare. Ma è vero il contrario: i familiari del malato portano in terapia intensiva i suoi valori, la sua storia, le sue scelte, oltre a collaborare alle cure igieniche, all'alimentazione, alla riabilitazione precoce, alla terapia occupazionale. Ma sono ottimista: i vantaggi della terapia intensiva aperta sono così inequivocabili che indietro non si torna».
Indietro non si torna è anche il motto dei (pochi) ospedali che hanno imboccato la strada: apripista sono il San Giovanni Bosco di Torino, il Gemelli di Roma e per i neonati il Niguarda di Milano. Altri sono avanti, come l'Humanitas Gavazzeni di Bergamo, dove un gruppo di medici e infermieri dal 2015 lavora a un progetto di radicale «umanizzazione» della Terapia intensiva. Le voci del cambiamento sono tante: si è partiti con la mobilitazione precoce del paziente, per facilitare il suo ritorno a una vita normale e favorire il recupero fisico dopo interventi delicati, grazie alla presenza del fisioterapista nell'équipe medica. Il «pacchetto» si è ampliato dall'autunno 2017: ingresso facilitato e parenti al fianco del malato a tutte le ore. Un ritmo sonno-veglia il più equilibrato possibile, con tanta luce naturale e lampade alla notte per le terapie. Una dieta più gustosa, con piatti vicini ai desideri del paziente e anche il caffè, se le condizioni lo permettono. E ancora: sedie per i familiari, possibilità di usare telefono e tablet, colori tenui alle pareti, spazi e tempi idonei per le comunicazioni ai parenti. Il tutto accompagnato da un investimento importante in formazione per il personale e in tecnologia, dai letti ad alta *performance* alle poltrone per favorire la mobilità. «Ora sogno di portare un cane in reparto e sperimentare la *pet therapy*» – scherza ma non troppo Giovanni Albano, primario di Anestesia e rianimazione dell'Humanitas Gavazzeni di Bergamo. Non scherza però quando documenta che la trasformazione, portata avanti in stretta collaborazione con il coordinatore degli infermieri della TI Mauro Zanchi «sta avendo un impatto significativo sulla prognosi del malato». In altre parole, il tempo della degenza si accorcia. Ma serve anche un investimento in formazione degli operatori. Medici e infermieri si trovano a condividere l'area di lavoro con i parenti presenti accanto ai pazienti, in un ambiente delicato dove, in caso di emergenza, occorre agire con estrema rapidità. «Ma quando si osservano i vantaggi per il malato e la famiglia – conclude Maurizio Mazzoni, capoeszione della Terapia intensiva del Gavazzeni - tutte le obiezioni svaniscono».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSlyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VpIyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxOC0wNy0xMlQxMjowNDo0NyMjI1ZFUg==

Difetti ereditari, cura in utero successo da terapie genetiche

I ricercatori della Carnegie Mellon University e della Yale University negli Stati Uniti hanno utilizzato una nuova tecnica di modifica genetica per curare con successo in gravidanza una malattia genetica in un modello animale. I risultati di questo esperimento, pubblicati su Nature Communications, aprono la strada alla ricerca nel trattamento utero delle alterazioni del Dna. Si stima che circa 8 milioni di bambini nascano ogni anno con gravi disturbi genetici o malformazioni congenite. L'anomalia genetica può essere rilevata durante la gravidanza mediante l'amniocentesi ma attualmente non esiste alcun trattamento in utero. E l'esito di esami dai quali emerga un problema ereditario è troppo spesso l'aborto. Danith Ly, professore di chimica al Mellon College of Science, spiega che «all'inizio dello sviluppo embrionale ci sono molte cellule staminali che si dividono rapidamente: se siamo in grado di correggere una mutazione genetica in precedenza potremmo ridurre la impatto della mutazione sullo sviluppo del feto e anche curare la malattia». Una possibile speranza per evitare in futuro gli aborti selettivi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

Alfie poteva andare a Roma? La Ue non risponde

di Graziella Melina

Il piccolo Alfie, il paziente inglese affetto da una malattia rara e morto all'Alder Hay Children Hospital di Liverpool a fine aprile nonostante i genitori si fossero battuti per poterlo trasferire al Bambino Gesù di Roma già ad accoglierlo, aveva diritto a protezione e cure. Così stabilisce la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. In realtà, però, si tratta di un diritto che, come tanti altri, resta solo sulla carta visto che l'Unione Europea non è in grado di farlo applicare all'interno degli Stati membri. Ad ammettere il paradosso è la stessa Commissione Europea che ha finalmente risposto alle interrogazioni parlamentari presentate da Mara Bizzotto, Elisabetta Gardini, Patrizia Toia e Silvia Costa. «Il diritto del minore alla protezione e alle cure è un diritto fondamentale sancito dall'articolo 24 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea – scrive la portavoce della Commissione, Vera Jourová –. L'Unione non dispone tuttavia di poteri generali d'intervento presso gli Stati membri in materia di diritti fondamentali». In sostanza: «In base all'articolo 51, paragrafo 1, della Carta, le disposizioni di quest'ultima si applicano agli Stati membri esclusivamente nell'attuazione del diritto dell'Unione». Inoltre, «ai sensi dell'articolo 168, paragrafo 7, del trattato sul funzionamento della Ue, "la definizione della loro politica sanitaria" e "l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica" rientrano nell'ambito della competenza di ciascuno Stato membro».
Come se non bastasse, a nulla vale appellarsi alla direttiva europea sull'assistenza sanitaria transfrontaliera (numero 24 del 2011) che «definisce taluni diritti dei pazienti nelle situazioni transfrontaliere in generale relative al rimborso dei costi delle cure ricevute in altri Stati membri». Con questa risposta, commenta il presidente di Steadfast, Emmanuele Di Leo, sempre più deciso ad andare avanti con altre iniziative, «è chiaro ed evidente che la Carta europea dei diritti fondamentali è completamente inefficace».
La battagliera onlus italiana, che ha affiancato con determinazione i genitori di Alfie in tutto il loro calvario, ha consegnato nelle mani di papà Tom Evans il documento col quale lo nomina «membro onorario» dell'organizzazione, rilanciando il suo impegno in Italia e in Europa perché tragedie simili non si ripetano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Listini e quotazioni: è l'«oro» degli ovociti

di Angela Napoletano

Cercare donne giovani e sane disposte a cedere i propri ovociti negli Stati Uniti è facile quasi come mettere in vendita l'auto usata o trovare una casa da affittare. Sul Web le bacheche per gli annunci sono piene di inserzionisti interessati a offrire lauti compensi in cambio di ovociti "freschi". I più ricercati sono quelli di etnia asiatica, ebrea e indiana per i quali c'è chi è disposto a pagare anche fino a 50mila dollari. Il prezzo lo fa il mercato. La terminologia utilizzata, negli Usa come in Australia Canada e Inghilterra, ruota attorno al concetto della donazione volontaria: le donne – è il messaggio che si fa passare – concedono i propri ovociti solo per aiutarne altre a realizzare il sogno di avere un bambino sicché il denaro loro offerto è una ricompensa per il tempo concesso a favore di un progetto di felicità, un semplice atto di gratitudine.
Ma non è quello che viene a galla leggendo, per esempio, le condizioni contrattuali imposte a chi decide di entrare a far parte di uno dei tanti progetti di "donazione" messi a punto dalle banche di ovociti. La ricompensa varia a seconda del numero di cicli di stimolazione ovarica a cui ci si sottopone: si parte da un minimo di 7mila dollari per chi affronta il percorso una sola volta fino ai 30-40mila per chi lo ripete sei volte, soglia che qualche centro porta fino a sette. Cifre importanti, soprattutto se paragonate a quelle elargite dalle banche del seme ai donatori di sperma che ricevono appena 30-35 dollari a provetta.
L'importo degli ovociti può lievitare se la "donatrice" risponde a determinate caratteristiche socio-culturali. «Extraordinary conception», agenzia internazionale di origine californiana che si preoccupa di cercare ovociti e, eventualmente, anche madri surrogate, eroga un bonus alle ragazze iscritte alle università più prestigiose degli Stati Uniti. Il valore aggiunto di un ovocita prodotto da una studentessa "di alto livello" sta nella possibilità che il nascituro possa prendere in eredità genetica anche un buono standard di quoziente intellettivo. Il centro non è l'unico nel suo genere a credere in questa opzione: diverse sono le banche di ovociti che pubblicano inserzioni sulle riviste universitarie. Il target di riferimento è proprio quello ideale per la "donazione" trattandosi, in genere, di ragazze tra i 19 e i 23 anni (gli ovociti delle trentenni valgono già meno). All'interno dei campus – aggiungiamo noi – è inoltre sicuramente più facile trovare giovani interessate a valutare opzioni di guadagno veloce e una tantum per pagare retta, libri, viaggi e vestiti.

Il pressing in corso per introdurre anche in Italia forme di compenso per la "donazione" di gameti femminili ignora il suk globale sulla materia prima della generazione umana

Oltre al grado di istruzione, sul valore degli ovociti, come accennato, incide in maniera sempre più consistente l'etnia di appartenenza della "donatrice". Nel mercato americano sono ricercatissime, e per questo ben pagate, quelle di origine indiana e asiatica, in particolare cinese, giapponese e coreana. Più ancora valgono gli ovociti generati da ragazze ebree. Le coppie israelite che ricorrono alla fecondazione assistita chiedono di utilizzare esclusivamente ovociti di accertata origine ebraica perché, come è noto, l'ebraismo si trasmette per discendenza matrilineare. Ciò non solo fa crescere di almeno sei volte il normale valore degli ovociti portandolo fino a 50mila dollari ma innesca una sorta di turismo riproduttivo che da Tel Aviv spinge le giovani "donatrici" verso gli Stati Uniti.
La riscossione del compenso, in genere, avviene in due tranche: la prima a inizio trattamento, la seconda dopo il trasferimento dell'ovocita fecondato nell'utero della madre che porterà avanti la gravidanza. Nel caso in cui gli ovuli prodotti con riuscissero ad essere fecondati il pagamento della somma pattuita potrebbe essere ribassato. All'inizio del processo alcuni centri offrono una polizza che assicuri le ovaie della "donatrice" che potrebbero, più o meno pesantemente, risentire delle ripercussioni provocate dalle stimolazioni ovariche. La copertura assicurativa per un solo ovaio si aggira attorno ai 2.500 dollari; tra i 5 e i 7 mila quella per entrambe le ovaie.
Tutte le spese sono a carico della coppia che intende accedere alla provetta, quelle mediche come anche quelle di viaggio e alloggio per la "donatrice" e del suo eventuale accompagnatore. Un capitolo a parte è rappresentato dai servizi extra che i futuri genitori possono scegliere dal listino. Tra questi c'è lo screening psicologico (450-500 dollari), la consulenza genetica (150-300 dollari), la rettifica del contratto in sede legale (500 dollari).
Si fa presto (e male) a parlare di donazione degli ovociti, come qualcuno ora prova a fare anche in Italia: quello messo in piedi negli Stati Uniti è un vero mercato globale del corpo, con tanto di indotto, che potrebbe attecchire ovunque nel mondo, dove già non c'è. Quanto al nostro Paese va ricordato che da più di due anni è fermo presso la Presidenza del Consiglio l'iter di recepimento di normative europee che, se attuate, regolerebbero anche da noi la selezione dei donatori di gameti dal punto di vista sanitario. E solo in virtù di questo stallo – dopo il via libera del Garante della privacy, del Consiglio superiore di sanità e della Conferenza Stato-Regioni – che da noi non è partita una vera e propria campagna per la donazione dei gameti: se non ci sono i criteri clinici per la selezione dei donatori il Ministero, ovviamente, non può avviare alcuna promozione. Per questo motivo diverse cliniche italiane che praticano la fecondazione eterologa e, in alcuni casi, direttamente le amministrazioni regionali si rivolgono all'estero, importando gameti della cui effettiva gratuità è lecito dubitare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Iniziativa

Movimento per la Vita, in Veneto il camper tra sorpresa e speranza

Prosegue il viaggio del camper allestito dal Movimento per la Vita e che dal 22 maggio – 40esimo anniversario della legge 194 – percorre l'Italia a partire da Firenze, città del primo Centro aiuto alla vita. Ovunque attorno al camper si raccolgono i volontari dei Cav locali ma anche famiglie, parrocchie e semplici cittadini (in qualche caso anche le istituzioni locali), interessati a capire meglio il messaggio del MpV sulla promozione della vita. La cifra che prevale nelle testimonianze su dialoghi e incontri è quella della sorpresa per una proposta positiva di apertura, speranza e amicizia. La conferma è nell'accoglienza ricevuta durante le numerose tappe del viaggio in Veneto, concluso ieri.

Spiritualità

Anselm Grün e la saggezza della malattia

In *Abbi fiducia. Parole di speranza nel tempo della malattia* (Queriniana, 128 pagine, 14 euro) il monaco benedettino Anselm Grün si propone di condividere con i malati e con chi li assiste ciò che lo ha aiutato nei giorni della malattia e come si rapporta (o vorrebbe farlo) a essa. Sa bene che gli esseri umani, quando sono colpiti da una patologia importante, sperimentano, insieme al dolore, smarrimento, impotenza, ribellione, paura. E incalzanti domande: qual è il senso della mia vita? Cosa conta veramente per me? Cosa rimane, se muoio? Quale traccia ho lasciato nel mondo? Chi è Dio per me? Alla luce delle parole della Bibbia e della vita di Gesù, Grün con delicatezza invita chi è nella sofferenza a cercare «di rapportarsi in modo spirituale alla malattia», di considerarla anche «come una sfida spirituale» domandandosi cosa essa voglia dire a chi ne è colpito. Quando la malattia strappa dalla vita abituale e infrange le concezioni che si sono avute su di sé, gli altri e Dio, si apre la possibilità di un cammino verso «il proprio vero Sé, dove dimora Dio», verso nuovi rapporti con gli altri e col Dio della vita. In questo cammino la malattia può diventare «una chiave», «un'opportunità» insegnando a essere umili, a pregare in modo nuovo, ad accogliere il dono della vita con riconoscenza e a viverlo consapevolmente. Può diventare «un invito» ad aprirsi completamente a Dio, a consegnare alle sue mani buone la malattia, l'impotenza, la rabbia, le paure, lasciandosi pervadere dal suo Spirito.

Cristina Uguccioni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il punto

Trapianti e provette Un risiko europeo per arrivare al figlio

di Michele Aramini

Da Bologna è arrivata nei giorni scorsi la notizia della prima nascita al mondo di un bambino da gravidanza dopo trapianto di utero tra sorelle gemelle omozigoti. Il piccolo è nato all'ospedale Sant'Orsola alla 38esima settimana. Il procedimento ha attraversato svariati passaggi che vale la pena ripercorrere.
Una donna serba di 38 anni, priva di utero dalla nascita, residente a Bologna, ha ricevuto questo organo dalla sorella gemella omozigote. La sorella donatrice vive in Serbia, è già sposata e madre di tre figli, e ha deciso di potersi privare del suo utero. L'operazione di prelievo dell'utero e di trapianto si è svolta a Belgrado ed è stata eseguita da una équipe internazionale guidata da un noto medico svedese, Matt Brannstrom, direttore della Clinica di fecondazione artificiale di Stoccolma. All'intervento hanno preso parte anche Milan Milenkovic e Mirorslav Djordjevic, medici di Belgrado, e Stefan Tullius, direttore trapianti del Brigham and Women's Hospital dell'Harvard Medical School di Boston, nel Massachusetts. La donna che ha poi ricevuto l'utero è stata sottoposta a Stoccolma a un ciclo di fecondazione artificiale, con embrioni congelati ottenuti in precedenza dai gameti di lei e del suo marito. In Italia si sono svolte soltanto la gravidanza e la nascita. Fin qui le notizie.
Il trapianto ha permesso di giungere alla nascita di un bambino, perché essendo le due sorelle gemelle omozigote non è stato necessario il trattamento antirigetto che avrebbe potuto danneggiare il nascituro o rendere difficile l'inizio o la prosecuzione della gravidanza. La notizia ha certamente un aspetto di cui rallegrarsi, perché è venuta al mondo una nuova vita e una donna e suo marito hanno la gioia di un figlio. Ci sono però altri aspetti che vanno considerati. Innanzitutto si tratta di un caso non facilmente replicabile, in quanto ha avuto come protagoniste due gemelle omozigote, dal punto di vista statistico alquanto infrequenti. Che una delle due manchi dell'utero per malformazione congenita è poi un caso rarissimo. Dobbiamo riflettere anche sull'aspetto umano della vicenda. La donna operata si è dovuta prima trasferire a Belgrado e poi a Stoccolma. Non sappiamo nulla dei cicli di fecondazione artificiale ma certamente il suo carico di impegno e di sofferenza è stato importante. In terzo luogo per questo caso si è mossa una macchina internazionale: l'attore principale è il medico svedese Brannstrom, cui si è aggiunto dagli Usa Stefan Tullius, grande esperto di trapianti, oltre ai medici serbi, più quelli italiani.
Viene in mente ciò che alcuni pazienti dicono quando soffrono di malattie poco studiate: il mio caso era interessante e i medici mi hanno seguito con molta attenzione. Studiare i casi particolari è doveroso, ma è già accaduto che alcune équipe mediche se ne sono occupate per mostrare la propria competenza, con tutto ciò che comporta in termini di finanziamenti, figli della pubblicità al caso eclatante. Infine non possiamo non domandarci quali siano i costi. Visto che la gran parte della vicenda si è svolta tra ospedali ed équipe di vari Paesi, con tecnologie sofisticatissime e luminari di fama mondiale, è un aspetto da non trascurare. In un mondo in cui crescono le disuguaglianze, anche nell'ambito della salute, è lecito domandarsi se il cosiddetto "diritto al figlio" debba comportare tali immaginabili costi stratosferici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Letture

Sei milioni di aborti, ma cambiare ora si può

di Pier Giorgio Liverani

Ormai la crisi demografica è nota a tutti. Il 31 dicembre 2017 l'Istat ha contato gli abitanti del nostro Paese: 60.483.973. Ancora in discesa. Saremmo stati 66 milioni se da quarant'anni non ci fosse libertà di aborti: 6 milioni quelli legali. Ma saremmo ancora meno se 190mila mamme decise a rifiutare il figlio che avevano in grembo non avessero incontrato i volontari (quasi sempre le volontarie) del Movimento per la Vita e quindi portato a termine la gravidanza. E ancora: se nel 2017 le donne che hanno usato contraccettivi d'emergenza (le pillole dei giorni dopo) non ne avessero comprato 570mila confezioni di vari tipi: l'anno scorso le donne che li hanno usati sono state 70mila di più del 2016. Questi veleni espellono dall'utero il concepito (se si è formato), ma non è possibile fare i conti perché l'effetto della pillola non è percepito.
Si aggiunga poi la perdita di valore reale, culturale ed etico di filiazione, gravidanza e parto. Ciò che veniva nascosto per "non far sapere" oggi è tranquillamente oggetto di conversazioni e di rivendicazioni femminili anche a livello

Un grande atto di fede nel futuro Il nuovo libro di Carlo e Marina Casini

dei giovanissimi. Ciò che era un delitto – come ha scritto san Giovanni Paolo II nella *Evangeliuim vitae* – è diventato un "diritto", una "conquista di civiltà", e nelle nuove generazioni un inconveniente. Queste sintetiche righe sono, però, una ripetizione di cose del passato, dei quarant'anni di aborti, di dolori, di ipocrisia e di una politica ritenuta vecchia, superata e dunque inutile: l'aborto non è più un problema, è un semplice fatto mondiale superato in importanza da tanti altri fatti più urgenti e problematici. Questo dice il parlare comune di oggi testimoniando anche la crisi intellettuale del mondo. Che fare?
C'è un nuovo libro (*40 anni per il futuro*, Cantagalli, 296 pagine, 19 euro) che mira a superare il passato, senza dimenticarlo, per affrontare in anticipo il domani. È un libro un po' insolito, frutto di una coppia di competenti: Carlo Casini (magistrato, deputato italiano ed europeo, tra i fondatori e poi presidente per oltre vent'anni del Movimento per la Vita) e la figlia Marina (docente di bioetica all'Università Cattolica) e oggi fresca presidente del Movimento succedendo al neurologo Gian Luigi Gigli. Tutto quello che è stato scritto qui e da molti e figura anche in altri libri di Casini (senior) non può cambiare la situazione. Ciò che può mutarla, invece, è il futuro: «Sguardo al futuro per continuare il servizio alla vita, renderlo più efficace e, alla fine, vittorioso». Dal libro: «Bisogna guardare al futuro trovando nel passato i segni di speranza e ricavarne linee di azione da proiettare nell'avvenire». I due autori ricordano che l'enciclica sul "Vangelo della Vita" «porta la data del 25 marzo 1995, cioè dell'anniversario liturgico del concepimento verginale di Maria» e sviluppa un pensiero che Giovanni Paolo II aveva già inserito nella sua «Lettera alle famiglie» del 2 febbraio 1994. È un richiamo al IV capitolo della *Evangelium vitae*, in cui il Papa profetizza la vittoria del Popolo di Dio: «Siamo il popolo della vita... rinnovati interiormente dalla grazia dello Spirito... I Centri di aiuto alla Vita e i Movimenti per la Vita sono tra i segni premonitori della vittoria».
Questo sogno si farà dunque realtà? Nel libro di Casini padre e figlia la parte più interessante è la documentazione di una realtà poco nota. Cosa accade nell'anima, nel cuore e nel grembo di tante madri? Carlo e Marina hanno raccolto una mole sostanziosa di documenti che, se diffusa, dovrebbe convincere chiunque sia onestamente alla ricerca della verità: 84 madri diventate tali perché l'incontro col Cav ha capovolto il loro cuore e illuminato il loro progetto, hanno scoperto la realtà di un figlio, hanno cancellato la solitudine, messo ordine nella loro confusione, ritrovato sorriso e felicità. Sono testimonianze che si leggono meglio di un romanzo,
Parlano anche 91 volontari dei Cav, in maggioranza donne che sanno ascoltare sorelle che non riescono a parlare con mariti, compagni, genitori. Le loro testimonianze sono problemi, desideri, serenità o disperazioni, esperienze, anche trovate. Il "romanzo" qui si apre alla tragedia, alla soddisfazione, ma anche alla delusione. Le situazioni sono tante, diverse, commoventi, inimmaginabili. Ma soprattutto ciò che conta per le une e le altre sono due cose: l'amore per tante sorelle, povere o ricche, ma tutte bisognose; e la fede.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSlyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VpIyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxOC0wNy0xMlQxMjowNDo0NyMjI1ZFUg==