

dibattiti

Vita nascente, Ordine
dei medici alla prova **2**

Norlevo

Pressing Radicale
anche sui minorenni **3**

fine vita

Testamento biologico
duro a morire **4**
www.avvenireonline.it/vita
La libertà ridotta a pasticche,
mistificazione che non regge

E se le ragazze, i ragazzi fossero arcistufi di una cultura che impone di rifiutare il proprio essere fecondi e temere di avere un figlio? Ragazze stupefatte di non essere aiutate a crescere, a diventare donne che non temono responsabilità, fatica e amore, stupefatte di in una società in cui il primo "diritto" proposto è sempre e comunque l'aborto, e l'unico messaggio di educazione sessuale è come usare un preservativo? O una pillola (per altro con non poche reticenze sui suoi reali effetti)? Vale la pena seguire la domanda che si pone in questo inserto il neonatologo Carlo Valerio Bellieni. Perché indica un anelito di libertà profonda, da salvare, e che proprio i cosiddetti «libertari» si ostinano a disprezzare. Pensiamoci.

La Ru486 fa un'altra vittima in Gran Bretagna

di Assuntina Morresi

Manon Jones aveva 18 anni quando è morta all'ospedale Southmead di Bristol, in Gran Bretagna, dopo aver abortito con la Ru486. Era il 27 giugno del 2005, ma abbiamo dovuto aspettare ben tre anni per conoscerne la storia, pubblicata il 13 giugno scorso sul *Daily Mail*. Manon aveva deciso di abortire perché temeva che la gravidanza avrebbe reso conflittuale il rapporto con la famiglia del suo ragazzo, di religione musulmana. Aveva preso il primo dei due farmaci abortivi, la vera e propria Ru486 che provoca la morte dell'embrione in pancia, a sei settimane di gravidanza, il 10 giugno 2005, e due giorni dopo aveva assunto il secondo farmaco, quello che induce l'espulsione dell'embrione. Ad una visita di controllo all'ospedale di Southmead di Bristol, il 15 giugno, le era stato detto che tutto procedeva normalmente. Quattro giorni dopo, Manon era partita per una vacanza, che però ha dovuto interrompere prima del previsto: il 23 giugno è tornata in ospedale, perché si sentiva troppo male. Quando sua madre l'ha raggiunta, Manon era già in terapia intensiva, dove è morta quattro giorni dopo per "ipovolemia", cioè una diminuzione di volume del sangue circolante, probabilmente dovuta ad una perdita eccessiva di sangue, un'emorragia per la quale si è aspettato troppo per effettuare la trasfusione. Il giudizio dei medici però non è concorde: alcuni parlano di assistenza inadeguata, altri invece scagionano il servizio sanitario, e ritengono che la ragazza si sarebbe salvata se si fosse ricoverata prima.

Il fatto certo è che questa procedura abortiva, oltre che le misteriose morti per infezione da *Clostridium Sordellii*, può indurre perdite di sangue improvvise e abbondanti anche dopo diversi giorni dall'espulsione dell'embrione, emorragie impreviste che diventano fatali se non c'è un ricovero immediato in un ospedale attrezzato per trasfusioni. Ma a questo punto dobbiamo chiarire: quante sono le



Una ragazza di 18 anni è morta nel 2005 (ma è stato reso noto solo ora) in seguito a un'emorragia dopo aver assunto la seconda pillola abortiva. Come prevedono i protocolli era a casa e non in ospedale

donne morte per aborto chimico in Gran Bretagna? Nel gennaio 2004, in seguito ad un'interrogazione parlamentare, il ministro della Salute ha riferito di due donne morte in seguito all'aborto con la Ru486. Il decesso di una cittadina britannica dopo l'assunzione della pillola abortiva è stato anche segnalato pure all'Fda, l'ente di farmacovigilanza americano, ma finora non è stato possibile sapere se coincide con uno dei due rivelati dal ministro inglese. Nel gennaio 2006, nel corso di un'indagine del Parlamento australiano, si è poi saputo di un'altra donna inglese morta nelle stesse condizioni, a cui si aggiunge la vicenda di Manon, avvenuta però tre anni fa. Quindi le donne inglesi morte per Ru486 sono almeno tre, o forse quattro, o addirittura cinque. Il totale delle donne di cui si conosce la morte per aborto farmacologico nel mondo occidentale, a questo punto, è almeno 16, o forse anche 18.

Mentre la stampa inglese, con tre anni di ritardo, rende noti il nome e la storia di una donna morta per aborto chimico, senza però chiarire niente delle altre, le autorità sanitarie inglesi promuovono la versione casalinga della

pillola abortiva, consentendone la diffusione al di fuori dell'ospedale, e spingendo le donne all'aborto fai-da-te a domicilio. Il conto delle donne morte non sembra interessare l'opinione pubblica inglese. Donne che muoiono per aborto: perché dovrebbero fare notizia, quando l'aborto è legale? Un'indifferenza e un'inerzia intollerabili. Ma non è tutto.

È di poche settimane fa la pubblicazione di un articolo sulla rivista scientifica *"the Journal of Immunology"*, nel quale un gruppo di ricercatori americani ha indagato il legame fra il misoprostol, cioè il secondo dei due farmaci abortivi, e l'infezione mortale da *Clostridium Sordellii*. In diversi topi – non in gravidanza – è stata indotta un'infezione da *Clostridium Sordellii*, e si è poi somministrato il misoprostol sia per via intrauterina sia per via intragastrica. Si è verificata una mortalità decisamente maggiore nel caso della somministrazione intrauterina, e il fatto è stato spiegato con l'interferenza del misoprostol con le naturali difese immunitarie dell'organismo, che avviene in misura maggiore se il farmaco viene somministrato nel tratto riproduttivo, anziché per via orale. È noto che in molte delle donne morte per infezioni da *Clostridium* – a seguito di aborto chimico – la somministrazione del misoprostol è avvenuta per via vaginale, e in quantità doppia rispetto alla dose indicata dal protocollo ufficiale adottato negli Stati Uniti, che invece prevede solamente la somministrazione orale. Ma le indicazioni a proposito non sono uniformi: è proprio l'Organizzazione Mondiale della Sanità nelle sue guide ufficiali a spiegare che «è stato dimostrato che il misoprostol somministrato per via vaginale è più efficace e meglio tollerato di quello per via orale» (*Safe abortion*, Geneva 2003, WHO), ed è noto che nella maggior parte delle cliniche americane e inglesi si pratica questo tipo di somministrazione.

box

Ancora lungo l'iter autorizzativo
«All'Aifa necessaria più trasparenza»

Ancora incerto, e sicuramente molto lungo, l'iter italiano per la pillola abortiva. La farmaceutica francese Exelgyn, ne ha chiesto l'autorizzazione a novembre 2007, a cui è seguito un primo, non vincolante, parere dato dalla commissione tecnico scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco, stranamente trapelato e forzatamente interpretato come un "via libera". Pronta la rettifica dell'Aifa stessa, quasi del tutto ignorata, sul fatto che si trattasse solo di un passaggio interno, e che la decisione spettasse solo al Cda. Nel frattempo però, ombre sulla correttezza delle procedure dell'Agenzia sono state gettate dalla procura di Torino, che sta conducendo le indagini, di cui un filone è passato ai magistrati di Roma, che hanno portato al provvedimento cautelare di sospensione della carica del numero uno, Nello Martini, temporaneamente sostituito da Umberto Filibeck e all'iscrizione nel registro degli indagati di alcuni dirigenti. Al lavoro svolto dai magistrati si affianca quello della commissione di indagine costituita dal ministro del Welfare Sacconi, che ha auspicato anche che le procedure applicate siano sempre più «trasparenti e verificabili». Indicazione che si spera valga anche per la pillola abortiva, il cui iter, almeno finora, non è certo esente da qualche ambiguità. (I.N.)

box

Nella rete delle «pillole»
che banalizzano l'aborto

Maria Luisa Di Pietro, Maurizio P. Faggioni e Marina Casini. Sotto la lente non solo la pillola abortiva, ma anche quella del giorno dopo, le cui caratteristiche di "contraccettivo d'emergenza" vengono sapientemente smontate sia dall'impianto scientifico della pubblicazione – curato dal ginecologo Lucio Romano, docente alla Federico II di Napoli, e da Maria Luisa Di Pietro della Cattolica di Roma – sia da quello della giurista Marina Casini, che invocando l'articolo 9 della legge 194 (e anche la legge 40 che riconosce tutela giuridica al concepito), sottolinea la piena legittimità dell'obiezione di coscienza. (G. Sant.)

INSINTESI

1 nuovi casi di donne morte in seguito ad aborto chimico impongono maggiore cautela e trasparenza nell'esame all'Aifa per la registrazione della pillola in Italia

2 Ricercatori americani hanno indagato il legame fra il misoprostol (il secondo dei farmaci abortivi) e l'infezione mortale da *Clostridium Sordellii*

È anche vero, d'altra parte, che almeno in un caso l'infezione da *Clostridium* ha ucciso una donna che aveva assunto i due farmaci abortivi esclusivamente per via orale: la modalità di somministrazione dei farmaci abortivi – vaginale od orale – potrebbe essere quindi una delle cause, ma sicuramente non l'unica, di mortalità per questo tipo di aborto. È anche possibile che i due farmaci – Ru486 e misoprostol – agiscano entrambi sul sistema immunitario, alterandolo e rendendolo vulnerabile a questo tipo di infezione, magari attivando meccanismi differenti. Una commissione tecnico scientifica interna all'Aifa, l'ente di farmacovigilanza italiano, ha recentemente espresso parere positivo sulla Ru486. Ma la bufera giudiziaria che ha investito l'ente nelle ultime settimane – che ha portato alla sospensione cautelare del direttore in carica Nello Martini e alla nomina di uno pro-tempore – impone cautela, e suggerisce che almeno le pratiche più recenti, compresa quindi anche quella relativa alla Ru486, vengano riprese interamente in esame con la massima trasparenza e pubblicizzazione di dati e documenti.

Stamy

di Graz



intanto in Italia

di Viviana Daloiso

Il «puzzle» delle sperimentazioni

Si chiamano "protocolli di sperimentazione" e sono, a tutti gli effetti, gli escamotage attraverso cui gli ospedali di alcune regioni italiane (dalla Toscana al Piemonte, passando per Veneto, Piemonte, Trentino, Puglia ed Emilia Romagna, ma ci sono casi documentati anche in Liguria) hanno inserito a partire dal 2005 la Ru486 tra i farmaci da prescrivere alle donne che fanno richiesta di interrompere una gravidanza, nonostante la pillola non sia registrata nel nostro Paese. Le procedure applicate sono diverse, ma quasi tutte si svolgono secondo la modalità del "day hospital aperto": il primo giorno, cioè, la donna fa gli esami del caso, si vede consegnare un numero di telefono per non meglio specificati "problemi" e butta giù la prima pastiglia (che, lo ricordiamo, è quella che ucciderà il feto). Poi va a casa: potrà lavorare, fare la spesa, magari andare in palestra. Il terzo giorno visita ed eventuale ecografia per accertare che l'aborto non sia già avvenuto (questo accade, dunque, e può accadere fuori dall'ospedale, nel proprio bagno di casa per esempio, o magari in quello dell'ufficio) e per l'assunzione della seconda pillola (il misoprostol): infine,

La pillola abortiva non è registrata nel nostro Paese, ma in sette Regioni è già possibile interrompere la gravidanza con il farmaco. Regole e modalità? Molto discutibili. E le donne non ne conoscono i rischi

dimissioni. Una pratica, vale a dire, che corrisponde in tutto e per tutto a quella vissuta dalla giovane donna inglese di cui soltanto qualche giorno fa il *Daily Mail* ha accertato la morte. La giovane, addirittura, dopo l'assunzione del secondo farmaco, era andata in vacanza, sottovalutando completamente il rischio dell'emorragia che poi l'avrebbe uccisa.

Ma negli ospedali italiani che prescrivono la pillola abortiva si verificano almeno altre due "legerezze" finora sottovalutate nel dibattito sull'introduzione del farmaco nel nostro Paese: la questione dei dosaggi e quella del consenso informato. I dosaggi con cui la Ru486 viene somministrata alle pazienti non sono, infatti, omogenei: addirittura nel protocollo toscano sono

autorizzati quattro regimi terapeutici differenti: 200 mg di mifepristone e 400 mg di misoprostolo per via orale; 600 mg di mifepristone e 400 mg di misoprostolo per via orale; 200 mg di mifepristone e 400 mg di misoprostolo per via vaginale; 600 mg di mifepristone e 400 mg di misoprostolo per via vaginale. Nessun cenno al fatto che la Food and drug administration (l'ente americano che controlla i farmaci) abbia bocciato la via della somministrazione vaginale e che Beaulieu, il padre della Ru486, abbia più volte dichiarato che questa modalità vada accompagnata da una profilassi antibiotica.

Per quanto riguarda poi il consenso informato – cioè il modulo che le donne sono chiamate a firmare prima di sottoporsi alla sperimentazione – nella totalità dei casi mancano le informazioni essenziali sulle conseguenze della pillola: non vengono avvertite del pericolo di emorragie, non viene loro riferito il tasso di mortalità dell'aborto medico (dieci volte superiore rispetto a quello chirurgico), figurarsi delle numerose morti verificatesi in tutto il mondo a causa del farmaco. Proprio come quella di Manon Jones.

Vita nascente, l'Ordine dei medici alla prova

di Valerio Brucoli *



l'intervento

Dopo la grande eco suscitata dal documento su aborto e fecondazione assistita presentato a febbraio e frainteso come una posizione della Federazione nazionale degli ordini dei medici, è continuato il confronto degli stessi sulle problematiche di inizio vita. Un percorso che vedrà la sua conclusione, con una posizione ufficiale, il prossimo ottobre

il documento

Quando la Fnomceo tentò lo strappo

Un fantomatico documento bioetico annunciato dall'ufficio stampa della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) come se fosse la posizione ufficiale approvata dai 103 presidenti degli Ordini provinciali. Un documento che trattava di temi delicatissimi come pillola del giorno dopo, aborto, introduzione della Ru486, diagnosi preimpianto nella fecondazione assistita e assistenza ai neonati estremamente prematuri. Fu questa la pietra gettata nello stagno lo scorso 23 febbraio – nel corso del Consiglio nazionale della Fnomceo – che nonostante una ricostruzione offerta da questo giornale il giorno successivo che chiariva l'equivoco, cioè come quel testo non fosse affatto stato discusso e approvato dal Consiglio nazionale, fece discutere per giorni sulla presunta svolta libertaria e abortista del consesso ufficiale dei medici italiani. Si trattava, invece, «di un falso», come lo definì Valerio Brucoli, componente del comitato sulla deontologia della Fnomceo: «Nel Consiglio nazionale sono state lette

Di pari passo con l'aumento delle disillusioni riservateci da un sistema legato sempre più all'avere che non all'essere, cresce l'interesse per temi esistenziali come la nascita e la morte. Forse per questo ha avuto così tanto eco nelle cronache il documento sulle problematiche di inizio vita presentato a febbraio ai presidenti degli ordini dei medici ed inteso come posizione della Federazione. Chiarita la vicenda e spentisi i riflettori mediatici, il confronto in ambito ordinistico è continuato con una riflessione su quel documento. Un percorso che vedrà la sua conclusione nel mese di ottobre, un tempo non così lungo se si pensa alla complessità di temi come l'aborto, la procreazione medicalmente assistita, la rianimazione dei neonati molto prematuri, che toccano le emozioni più profonde e le convinzioni più radicate. Temi cruciali in un periodo di contrapposizione tra modelli che pongono al centro o l'individuo con i propri desideri, sinonimo di libertà

14 relazioni dei gruppi di lavoro – commentò il medico a caldo – ma non sono state né votate né approvate. In particolare quella relativa ai temi etici, e che ora viene presentata come la posizione della Fnomceo, è solo una delle posizioni espresse al comitato etico, quindi un'opinione personale. Il documento approvato dal Consiglio nazionale della Fnomceo, invece, parla d'altro».

Insomma, una bolla di sapone mediatica. Ma non solo. Perché furono in molti a leggere in quella «svista» un segnale politico di una parte della Federazione, un tentativo di forzare un pronunciamento ufficiale su alcuni temi eticamente sensibili. Da qui anche le richieste di dimissioni del presidente della Federazione stessa, Amedeo Bianco, arrivate da più parti, ma che non portarono a nulla. Da quel giorno, come spiega in questa pagina sempre Valerio Brucoli, la discussione interna agli Ordini dei medici sul documento dello «scandalo», sui suoi contenuti, è continuata, in attesa di un confronto e di una votazione in autunno. Che si preannuncia molto caldo. (A.G.)

«Non sei sola»: Scienza & Vita lancia campagna contro aborto

Un volantino essenziale, un messaggio immediatamente comprensibile tradotto in otto lingue (italiano, inglese, arabo, francese, russo, spagnolo, cinese e rumeno): «Se sei in difficoltà, non sei sola». Tre righe soltanto, ma sufficienti a volte per accendere una luce nel momento in cui si è più fragili. Con il coinvolgimento del Movimento per la Vita, dei Cav e del settore politiche sociali della Provincia di Bergamo, Scienza & Vita Bergamo ha stampato 40 mila di questi volantini, da distribuire capillarmente non solo in consultori e ospedali, ma anche alle poste, negli uffici pubblici, nei bar.

Emanuela Vinai

trasformata in diritto di far quel che si vuole, o la relazione tra persone considerate parti integranti di un contesto più ampio, in cui libertà è accettazione di diritti e doveri presi nel loro insieme. Visioni che, in una realtà riflesso dell'animo umano, giustificano lo scontro continuo tra interessi generali e di parte, nonché le contraddizioni di un discorso spesso sviluppato su piani logici differenti, in cui questioni collaterali sviano dal problema centrale cambiandone addirittura il senso. Come dire che è difficile discutere del miglior modo per abortire senza ricordarsi che il problema è l'aborto stesso, delle metodiche più efficaci per la fecondazione assistita senza parlare del valore da dare all'embrione, del meccanismo d'azione della pillola del giorno dopo senza definire quando inizi la vita o che significato dare all'atto sessuale, di rianimazione di neonati molto prematuri senza sapere se siano persone o no.

Un discorso complicato dall'ambivalenza di ragioni particolari che possono essere intese o come l'adattamento di principi ad una realtà che deve trovare un compromesso per funzionare, o capisaldi di un modello che tende a travalicare la centralità dell'individuo stesso per interessarsi ai suoi soli desideri. Un modo, quest'ultimo, per legittimare quanto fa comodo, promosso da chi vede nel mondo un gigantesco mercato, ma che perfino alcuni economisti si stanno accorgendo essere pericolosa per la stessa sopravvivenza dell'uomo. Un esempio è la medicina che, da "pratica basata sulla scienza operante in mondo di valori" quale è, viene esaltata per il solo aspetto scientifico, trasformato da fabbrica di desideri a certificatore di verità. Una distorsione che fa dimenticare come la scienza sia uno strumento al servizio di una coscienza che la deve usare il meglio possibile, essendo il meglio possibile. La rendono tale contenuti quali solidarietà, umanità, impegno civile, difesa della vita, tutela

della salute fisica e psichica dell'uomo, sollievo della sofferenza; contenuti da condividere con tutti, almeno come patrimonio educativo, se si vuole dare significato al concetto di alleanza terapeutica. Un discorso difficile, ad un passo da quella sacralità che per i medici una volta si chiamava missione e che oggi è diversamente intesa, a seconda di chi o di che cosa si metta a servizio il proprio libero arbitrio. Un discorso che, per arrivare a soluzioni condivise, comporta un continuo confronto e definizione delle nostre convinzioni più profonde.

Lo stesso confronto che è implicito nel ricordato documento sulle problematiche di inizio vita e che riporta parti già condivise, come quella sui neonati con età gestionali molto basse, ed altre da approfondire. Mi riferisco a come, e rispetto a cosa, definire il concetto di "massimo bene delle pazienti"; come integrare il pieno rispetto dei diritti e doveri di chi stipula un contratto terapeutico nella più ampia alleanza terapeutica e se e quando un bambino che dovrà nascere cominci a far parte di una alleanza da intendere "allargata" (problematica che si pone anche nelle tematiche di fine vita); come recepire o meno nel codice deontologico medico le autorevoli (ma a volte ideologiche) sentenze della magistratura; come e se far coesistere i profili tecnico - professionale ed etico del medico. Ed ancora: la scienza medica, per essere moralmente legittimata, deve mettersi al servizio della sola parte organica dell'uomo o anche di una coscienza che può andare oltre la singola individualità? Quali sono, rispetto alla 194 e all'utilizzo della Ru486, gli aspetti legati al minore dei mali e quali ad un modo diverso di pensare la vita? Tante questioni che rimandano a cosa si intenda per vita, a quando un individuo può essere considerato tale, a quali siano i limiti dell'autodeterminazione, al significato da dare a concetti come senso di colpa e senso di responsabilità, determinanti nella relazione sia tra medici e pazienti che in senso più allargato. Emblematico a questo proposito (si pensi alla pillola del giorno dopo) il concetto di clausola di coscienza. Potrebbe essere questo un punto di equilibrio? Possibile in ambito ordinistico, anche se non penso esaurirà il problema di fondo legato ad un essere umano sempre combattuto tra il tenere il proprio sguardo puntato esclusivamente su se stesso o rivolgerlo ogni tanto anche verso l'alto.

* presidente commissione di bioetica e deontologia Ordine dei medici di Milano

maternità

Ribelli contro la dittatura della genetica

Sconvolte da un mondo di povertà ed emarginazione, si ribellano in un modo follemente rivoluzionario: fanno un figlio. Non è fantascienza, ma la storia delle 17 ragazze americane che si sarebbero unite in un patto sconvolgente, forse delirante: concepire ognuna un bambino senza rivelare chi è il padre, e aiutarsi reciprocamente per farlo crescere. Il patto sarebbe sconvolgente perché un figlio non può essere l'oggetto di un progetto, un "regalo parlante" che una donna si fa. Ma lo sarebbe anche perché ormai è chiaro: se negli anni '60 si pensava di essere trasgressivi con droga e Che Guevara, oggi si trasgredisce rifiutando in modo sfacciato l'imperativo di abortire. Certo: è delirante fare un figlio col primo venuto, ma in una società in cui il primo "diritto" delle donne è sempre e comunque l'aborto, e l'unico messaggio di educazione sessuale è come usare un preservativo, non pensate che i ragazzi siano arcistuffi di una cultura che impone di rifiutare il proprio essere fecondi e temere di avere un figlio? Stufi fino a sbagliare reazione: ragazze stupefatte di non essere aiutate a crescere, a diventare donne che non temono responsabilità, fatica e amore e che per reagire fanno d'istinto la sola cosa "fortemente sconsigliata" dalla cultura dominante: si legano ad un figlio.

Melinda Tankard Reist, ricercatrice e attivista, ha raccolto una serie di storie su altre donne trasgressive – sicuramente più profonde ed equilibrate delle ragazze del Massachusetts di cui sopra – nel suo libro intitolato *Defiant Birth: Women Who Resist Medical Eugenics* (La nascita come sfida: donne che resistono all'eugenetica medica, edizioni Spinifex Press). La Tankard Reist, direttrice e fondatrice di Women's Forum Australia, racconta di donne che si confrontano con una società che ha paura delle malformazioni e che decidono di avere figli anche senza il timbro di approvazione genetica, cioè rifiutando l'analisi genetica prenatale: «Esse sono, in un certo senso, come delle fuorilegge della genetica», afferma l'autrice. Anche Elizabeth R. Siltz, nota docente di legge di Minneapolis confessa a *Business Week*: «Un recente libro mi ha definita una "fuorilegge genetica". La mia colpa? Sono una delle donne che ricevono una diagnosi prenatale di Sindrome Down e scelgono di non abortire». Ma non sono le sole a ribellarsi: merita qui citare il *Times* del 20 giugno che riporta la possibilità di scoprire a 8 settimane la sindrome Down, con un articolo correlato da tante lettere di lettori inorriditi per l'accanimento nell'indagine a tappeto di questa malattia. Insomma, il mondo sta cambiando: è la ribellione ad un regime etico globale.

Certo, della storia delle ragazze americane, se sarà confermata, colpisce la faciloneria delle giovani ma anche il perdono dei genitori che non hanno minacciato punizioni tremende o lanciato strali per esortare ad abortire. Ma più di tutto colpisce la reazione miope della stampa laica nostrana: stupefatta, incredula perché «era diritto delle giovani» abortire, e non l'hanno fatto; o che cerca di spiegare l'avvenimento col fatto che nella scuola non distribuivano gratuitamente i preservativi... Ma attenzione: tanti segnali mostrano che i nostri giovani hanno già condannato moralmente i soloni della generazione precedente che ha insegnato loro solo ad aver paura, fuggire e selezionare, invece di costruire luoghi per accogliere e amare. Da questa condanna, in cui risuona l'invito a non aver paura della vita, di recente riaffermato dal Papa, può di certo partire un nuovo umanesimo, una nuova società.

Carlo Bellini

letture

di Marina Corradi



Prendete un mazzo di 52 carte e tagliatelo. Rimarranno 26 carte. Tagliatelo ancora: ne resteranno 13. Ancora una volta, e dalle 52 iniziali ne rimarranno sei e mezzo. È quello che sta accadendo in Italia: «Ad ogni ricambio generazionale i neonati si stanno quasi dimezzando». L'incipit di *Perché dobbiamo fare più figli. Le impensabili conseguenze del crollo delle nascite* di Piero Angela e Lorenzo Pinna, Mondadori, è un esempio molto semplice ed efficace. E il libro prosegue su questa linea: cifre, tabelle, grafici a illustrare il crollo demografico del paese. Preciso, divulgativo e difficilmente contestabile. Soltanto che le conseguenze del crollo delle nascite in Italia non sono da tempo così impensabili come recita il sottotitolo: da oltre vent'anni, infatti, studiosi e demografi di area cattolica hanno lanciato lo stesso allarme. A lungo inascoltati, poi seguiti dai colleghi laici. Fa piacere che anche il Divulgatore per eccellenza sia arrivato, oggi, alle stesse conclusioni, ma non la si può definire una scoperta. Angela e Pinna si applicano a sfatare resistenti tabù culturali, come quello, sotto in diversi passi, di una sorta di immoralità a fare figli quando al mondo già siamo in tanti; oppure che

L'ultimo libro del divulgatore televisivo sulle conseguenze del crollo delle nascite convince per il tema. Meno per la vena materialista ed economicista sottesa, che apre a scenari un po' inquietanti

basterà l'immigrazione a risolvere ogni problema. Non è così, ammette il saggio, e tanto rovinoso è il crollo della nostra piramide demografica che l'avere più figli si pone ormai come un «investimento». Delle necessità di investire nei figli, i cattolici parlano da molto tempo. Tuttavia, l'accezione con cui Angela intende questa espressione sembra quasi puramente economica: un investire nei figli come una «materia prima» gravemente carente e insostituibile. Vero; e però gli uomini non sono mater – ed è anche dubbio che possa bastare un appello, sia pure motivato, alla «produzione», per fare venire voglia ai ventenni di diventare prolifici.

C'è una sfumatura di lettura sostanzialmente materialista fra le righe di questo libro. Gli squilibri demografici del mondo, si dice, sono due: quello dell'Occidente che fa troppo pochi figli, e quello di un Terzo mondo che ne fa «troppi». Le medicine e gli antibiotici, si spiega,

hanno prodotto un «controllo della morte» che ha fatto esplodere la popolazione. Di modo che, leggiamo, «si vorrebbe quasi dire: se in una mano c'è una pillola di antibiotico, nell'altra dovrebbe esserci una pillola di anticoncezionale». (In Africa, naturalmente. In Italia, invece, bisogna incentivare la procreazione). Ecco, è questo discutere di uomini come di tondini d'acciaio, troppi o troppo pochi, e comunque non titolari di un uguale diritto a ogni latitudine a essere padri, che irrita. È una questione di sguardo. Poi Angela si addentra nel problema, cruciale, dell'invecchiamento della popolazione. Le percentuali di anziani in Italia nei prossimi decenni, gli oneri per la Sanità – un ultrasessantacinquenne costa in cure tre volte di più di un giovane – sono dati incontestabili. Ci saranno molti anziani cronicamente malati o non autosufficienti, a fronte di una popolazione attiva fortemente diminuita. Nel libro ci si chiede: «A che punto si deciderà di non somministrare più le cure? Cioè di lasciare morire il paziente, anche se si hanno a disposizione i farmaci per tenerlo in vita? Non parliamo di accanimento terapeutico, ma semplicemente di cure per stabilizzare la malattia e trascinare nel tempo mantenendo il malato in una specie di limbo, prima che subentri la morte». Uno scenario drammatico e realistico. Ma, sempre in quello «sguardo» di cui parlavamo, l'opzione sembra già naturale: si

Al Gaslini individuato il gene di 3 sindromi

Identificato dai ricercatori della Neurochirurgia dell'ospedale pediatrico Gaslini di Genova un gene responsabile di tre diverse malformazioni. I dottori Armando Cama e Valeria Capra, in collaborazione con il professor Shoumo Bhattacharya dell'Università di Oxford, hanno studiato un gruppo di 49 bambini italiani affetti da Regressione caudale, sindrome di Vacterl e sindrome di Currarino, identificando le mutazioni nel gene Pcsk5, come possibile causa di queste sindromi.

«dovrà» decidere di non somministrare più cure, pure proporzionate e possibili. Sembra la premessa teorica per una inevitabile legge sulla eutanasia.

Intanto, auguriamoci che il nostro tasso demografico cresca, benché sia già tardi. Angela chiede, e almeno qui siamo d'accordo, concreti aiuti alle giovani coppie. I cattolici queste cose le domandano da oltre vent'anni, senza grandi risultati. Ma chissà che, ora che anche il principe dei Divulgatori è dalla nostra parte, finalmente un po' di soldi non arrivino.

Pillola del giorno dopo: pressing sui minori

di Ilaria Nava



Francia

Affitto uteri Il Senato ci prova

La Francia è sempre più tentata dalla legalizzazione della gravidanza surrogata, altrimenti definita come la pratica dell' "utero in affitto". Nei mesi scorsi, il Senato ha istituito uno specifico gruppo di lavoro composto da 16 parlamentari che ha ascoltato finora sulla questione il parere di una cinquantina di rappresentanti del mondo medico, giuridico, culturale e religioso. Presieduto dalla senatrice socialista Michèle André, il gruppo ha presentato ieri in Senato il proprio parere favorevole e ciò, secondo un'ipotesi sempre più realistica, potrebbe aprire la strada alla legalizzazione della pratica nel corso della revisione della legge quadro sulla bioetica, prevista l'anno prossimo.

Attualmente, la gravidanza surrogata è esplicitamente vietata dalla legge del 1994 sul rispetto del corpo umano. Ogni tipo di accordo fondato sullo sfruttamento di "madri gestatorie" è sanzionato con pene detentive e con pesanti ammende. Ma nonostante una moltitudine di pareri favorevoli all'attuale divieto, compresi quelli passati del Consiglio consultivo nazionale di etica, il gruppo di lavoro senatoriale pare determinato a proseguire per la propria strada. «Non è un segreto per nessuno che proporremo la legalizzazione delle madri gestatorie», ha affermato perentoriamente il senatore neogollista Henri de Richemont, uno dei due relatori del gruppo di lavoro. La André ha illustrato in questi termini la logica della proposta di legge: «È chiaro che oggi attorno a noi le cose evolvono. Se si osserva l'Unione europea, la Gran Bretagna e la Grecia hanno legiferato nello spirito di inquadrare per evitare la mercificazione, cioè il denaro e il fatto che i più ricchi possano aver accesso a delle tecniche di questa natura ed escludere gli altri». Quest'ultimo argomento allude ai viaggi sempre più frequenti di coppie francesi sterili in Stati stranieri come la California o il Belgio allo scopo di concludere accordi di gravidanza surrogate con donne locali.

Oltre a un nuovo parere del Consiglio consultivo di etica, si attendono i responsi dell'Accademia nazionale di medicina e quello costituzionale del Consiglio di Stato. Ma le abissali incongruenze etiche, morali e scientifiche in ballo – fra cui la rottura del rapporto biologico fondamentale fra madre gestante e figlio – suscitano già picchi d'inquietudine e reazioni di rigetto in tutto il Paese.

Daniele Zappalà

«I giovani sono sessualmente attivi, anche se solo una parte di loro ha rapporti sessuali, ed hanno gli stessi diritti sessuali e riproduttivi degli adulti, per cui è opportuno che siano messi nella condizione di essere informati per potere consapevolmente gioire della propria sessualità». Così recita il nuovo depliant informativo dei radicali, tutto rivolto agli under 18, dove per "informazione" s'intende la conoscenza dei limiti che la legge pone per i rapporti sessuali con e tra minorenni e dei metodi anticoncezionali e il fatto di "gioire della propria sessualità" si riduce a una questione di diritti. L'iniziativa si inserisce nella più ampia campagna a favore della pillola del giorno dopo che punta ad abolire la prescrizione medica obbligatoria e la possibilità per il sanitario di fare obiezione di coscienza. Se il discorso si appiattisce sul piano meramente materiale – in cui a nessuno importa come sei arrivata lì e che ne sarà di te dopo, ma solo che vuoi a tutti i costi evitare una gravidanza, e devi farlo il prima possibile, senza porti troppe domande – allora ricetta medica e obiezione diventano davvero due ingombranti ostacoli da eliminare. E così anche alla parola "prevenzione" oggi possono essere attribuiti significati molto diversi. La si può intendere in senso esclusivamente biologico, e allora si comprendono tutti i tentativi di prevenire l'aborto attraverso la diffusione massiccia di anticoncezionali e campagne informative tese unicamente ad evitare il concepimento.

Un altro approccio consiste nel pensare che il dato – riportato nel volantino radicale – in base al quale «ogni anno in Italia 3.585 ragazze minorenni ricorrono all'aborto» non è solo una questione di mancata conoscenza o di scorretto utilizzo dei contraccettivi, ma molto, molto più ampia. «Attraverso il lavoro dell'associazione ho la possibilità di andare nelle scuole, di incontrare ragazze anche molto giovani e confrontarmi con loro su questi temi – afferma Magda Morrone, psicologa dell'associazione "Il Dono", che si occupa di assistenza nel post-aborto –. Spesso la prima cosa che mi domando è: dove sono i genitori? Oggi si riduce l'educazione sentimentale all'educazione sessuale, e i genitori spesso non se la sentono di parlarne con i figli. Invece i genitori, e in generale la società, dovrebbero farsi carico dell'educazione sentimentale dei giovani, e in questo modo educare anche la sfera sessuale. Incontro ragazze minorenni che

Un depliant informativo distribuito ai ragazzi under 18 di Milano e Roma, che li incita a rivendicare gli stessi diritti sessuali degli adulti e a chiedere con forza l'abolizione della prescrizione medica obbligatoria per la pillola del giorno dopo. Così i radicali appiattiscono la sessualità su un piano materiale, trasformando obiezione e prevenzione in inutili ostacoli. Ma le cose stanno davvero così?

hanno nascosto ai genitori un aborto – prosegue la psicologa – ma con la pillola del giorno dopo il fenomeno è sicuramente più diffuso. Adesso però almeno è necessario confrontarsi con un medico, che ti guardi in faccia, che ti spieghi. È vero, l'azione abortiva della pillola del giorno dopo è latente, perché è solo eventuale, tuttavia la donna spesso resta segnata proprio per l'intenzionalità dell'atto». Una consapevolezza che Magda Morrone ha maturato nel corso della sua esperienza di assistenza: «Ho incontrato una donna che si è rivolta a noi per una cosa accaduta 20 anni prima; le avevano diagnosticato erroneamente una gravidanza. Lei decise di abortire e questa sua decisione, sebbene

INSINTESI

1 Continua la campagna dei radicali in favore della pillola del giorno dopo, che vorrebbero libera da prescrizione medica e immune dall'obiezione di medici, farmacisti e sanitari

2 Eppure esiste un altro approccio alla questione della sessualità, specialmente tra i minori: quello di un'educazione globale, che passi attraverso il confronto e il dialogo dei ragazzi con le famiglie e le istituzioni

poi avesse scoperto non avere avuto alcun effetto, l'ha segnata fino ad oggi. Non riusciva a prendere atto del fatto che sarebbe stata capace di eliminare suo figlio. Per la pillola del giorno dopo il discorso è simile: non sai se la fecondazione è già avvenuta o meno, però, qualsiasi sia la realtà, sei pronta ad eliminarla, senza pensarci troppo. Solo dopo ti poni delle domande, come le ragazze che si rivolgono alla nostra associazione per avere informazioni su questo farmaco solo dopo averlo preso».

«Si afferma che la pillola del giorno dopo non è abortiva perché ha un effetto anti-annidatorio – afferma il ginecologo Fabio Di Renzi – tuttavia si tratta di un'informazione errata, dal momento che si dà per scontato che non è vita il periodo che va dal concepimento all'impianto in utero, cosa che può avvenire anche dopo 4-5 giorni dal concepimento. Conoscendo questo meccanismo ogni medico, al di là della sua concezione religiosa, deve potersi rifiutare di prescriberla, dal momento che c'è la possibilità che attraverso la sua

Dall'Aduc più che una guida pratica l'istigazione a commettere un reato

Più che una "guida pratica contro il fondamentalismo religioso", come è intitolato, quella del sito radicale Aduc sembra un'istigazione al reato: «Attenzione, importare farmaci è illegale, anche se molto facile. Ma in questo caso è un atto di legittima difesa. Poiché quasi ovunque all'estero non c'è obbligo di prescrizione medica per la pillola del giorno dopo, se voi o i vostri amici fate un viaggio, approfittatene per acquistare anche qualche confezione da non dichiarare, ovviamente, alla dogana. Se avete familiari o amici che vivono all'estero, fatevi mandare una confezione per posta. L'importante è che il contenuto del pacchetto non

sia dichiarato, altrimenti verrà intercettato alla dogana».

Fantadiritto a servizio dell'ideologia: con la scusa della legittima difesa – per integrare la quale servono elementi ben precisi e non un generico dissentire dalle leggi vigenti nel nostro ordinamento – oltre che invitare i cittadini a denunciare medici e farmacisti che invocano la clausola di coscienza, suggeriscono di importare illegalmente la pillola dall'estero. Senza neppure menzionare il fatto che la possibilità di obiettare verso questo "farmaco" è stata sancita all'unanimità dal Comitato nazionale di bioetica in una nota del 2004. (I.N.)

azione sopprima un essere umano. In ogni caso – prosegue Di Renzi – penso sia corretto mantenere l'obbligo di ricetta medica: si tratta di un farmaco che va somministrato con

cautela, visto che contiene dosi 65 volte superiori a quella della pillola anticoncezionale, e la ricetta impegna sia chi la redige che chi la riceve ad una adeguata informazione».

cordone

Biobanche, quanti dubbi

Cordone ombelicale: la rete di banche pubbliche e private non si farà, almeno per i prossimi sei mesi. Lo ha reso noto giovedì scorso il ministro Maurizio Sacconi. Con un comunicato ha spiegato che «le elezioni anticipate e l'insediamento del nuovo governo hanno creato ritardi» incolpabili nella strada verso la creazione della rete nazionale di banche del cordone. Sacconi ha dunque deciso di prorogare ulteriormente l'ordinanza del suo predecessore, Livia Turco, fino al prossimo 28 febbraio 2009. E dopo? Se si vorrà ri-discutere dell'introduzione della donazione autologa in Italia, bisognerà farlo per vie legislative. L'impianto della legge (219/2005), per come è stato modificato dall'ultimo decreto milleproroghe, non cambia: consente l'uso autologo solidale delle cellule del cordone ombelicale (cioè con la disponibilità a donarle ad un paziente compatibile) e dà il via libera all'apertura delle biobanche (che conservano le staminali a pagamento) anche in Italia. Per modificare questo impianto, insomma, serve una legge (disegno o decreto) e un dibattito in Parlamento.

La stesura del decreto che istituisce la rete delle banche del cordone pone tuttavia già qualche problema dal punto di vista legislativo. Innanzitutto, non c'è chiarezza sulla natura degli "istituti dei tessuti", definizione con la quale si designano le strutture che dovrebbero accogliere e conservare le cellule del cordone. Nel 2007, quando la legge 191 recepì una direttiva europea del 2004, la definizione non comprendeva le banche private: per "istituto dei tessuti" si intendeva "un ospedale pubblico o una struttura sanitaria senza fini di lucro". Non certo, quindi, le banche private. Diverso è il discorso per la legge

sul sangue, che è stata modificata a gennaio dal decreto mille-proroghe. La legislazione, insomma, su questo punto non è coerente e per procedere bisognerà stabilire un'interpretazione univoca. StemWay Biotech, una delle biobanche che ha già aperto uffici in Italia, ha inoltre proposto al governo di istituire un tavolo di lavoro per affrontare un'altra delicata questione: «L'Italia rischia una procedura d'infrazione europea – si legge in un comunicato dell'azienda – se non si allinea agli altri Paesi europei sul trapianto di cellule del cordone».

L'Italia, però, non è l'unico Paese a vietare (per il momento) l'uso autologo: in Francia è illegale persino l'esportazione della cellule cordonali verso biobanche estere. E quest'ultima, inutile dirlo, non è mai incorsa in sanzioni europee. Anche perché, nel 2004, il comitato di bioetica dell'Unione ha posto seri dubbi sull'utilità della conservazione autologa e delle banche private. Nessun divieto (il principio di libertà d'impresa è sacrosanto in Europa) ma, in questo parere, il comitato vincola il business delle biobanche a criteri stringenti, primo tra tutti, una corretta informazione scientifica. Da qui deriva uno dei più evidenti paradossi nell'applicazione del decreto milleproroghe: nell'informativa che accompagna la scelta della donna, devono essere evidenziate, per legge, le perplessità scientifiche che l'autologa porta con sé. Il consenso informato che le neo-mamme firmano per conservare in banche estere il sangue del proprio cordone chiarisce, ad esempio, che «non si hanno evidenze scientifiche sull'utilità di questo tipo di conservazione». Un anti-spot che le banche private sono e saranno costrette a trasmettere ai loro potenziali clienti, anche dopo il 28 febbraio. Qualsiasi cosa succeda con il decreto.

di Daniela Verlicchi

legge 40

E le linee guida scatenano il Parlamento

Una mozione presentata alla Camera e firmata da 130 parlamentari a cui è subito seguito un appello al ministro del Welfare di segno esattamente contrario. Entrambe le iniziative riguardano le linee guida della legge 40 emanate dall'ex ministro Livia Turco. I firmatari del primo atto, capeggiati da Massimo Polledri della Lega, eccediscono lo scollamento tra la legge e le nuove linee guida: «Il divieto della diagnosi preimpianto si ricava, più in generale, anche da altri articoli della legge 40, tra cui, in primo luogo, il riconoscimento del diritto di tutti i soggetti coinvolti, ivi compreso il concepito». A ciò va ad aggiungersi il fatto che il nuovo regolamento attuativo comporta una violazione sostanziale del risultato del referendum del 2005. Nel merito – sostengono i 130 parlamentari – l'eliminazione del divieto di diagnosi pre-impianto appare inaccettabile sotto il profilo etico-valoriale, visto che si presta ad essere tradotto nella selezione eugenetica degli embrioni. Ma sollevano, innanzitutto, un problema di legittimità politica, trattandosi di «un ministro di un governo ormai dimissionario, di un provvedimento che chiaramente fuoriesce dal disbrigo degli affari correnti, incidendo su questioni etiche estremamente complesse che richiederebbero un procedimento di analisi più approfondito, trasparente e tendenzialmente condiviso».

Da una parte la mozione presentata da 130 parlamentari della maggioranza affinché le nuove linee guida della legge sulla fecondazione assistita vengano cancellate, in quanto contrarie all'impianto stesso della norma; dall'altra la reazione dei radicali, che fanno quadrato intorno alla Turco e si appellano a Sacconi. Al centro, un atto di dubbia costituzionalità. Che va rivisto

Pronta la reazione dei radicali, autori dell'appello rivolto a Maurizio Sacconi, che chiedono che il ministro mantenga in vigore le nuove linee guida: «La procedura per l'aggiornamento del decreto ministeriale in oggetto, è stata rispettata in ogni sua fase, tant'è che il nuovo testo delle linee guida riporta le indicazioni scientifiche contenute nel parere del Consiglio Superiore di Sanità». L'iter, a livello formale, sarebbe ineccepibile, si afferma, e quindi non ci sarebbero gli estremi per procedere al ritiro del provvedimento. «Al di là del profilo strettamente formale non può tralasciarsi la forte connotazione politica di un atto di questo tipo – afferma però Raffaele Izzo, avvocato specializzato in diritto amministrativo e docente alla scuola di specializzazione per le professioni

legali dell'università romana di Tor Vergata –. In ogni caso, al di là delle mozioni e degli appelli, l'organo che ha il potere di emanare un atto ha anche il potere di ritirarlo. In questo caso, quindi, si tratta del ministro competente. Così come il ministro Turco ha emanato un atto dalle forti connotazioni politiche, senza coinvolgere in alcun modo il resto dell'esecutivo, né le competenti commissioni parlamentari, così lo stesso ministro, ora nella persona di Maurizio Sacconi, può decidere di modificarlo o revocarlo».

«Sicuramente – prosegue il professor Izzo – il problema più rilevante è quello della dubbia correttezza costituzionale, visto che si tratta di un atto emanato quasi in una situazione di carenza di potere». Valutazioni che spettano, quindi, solo al ministro, che tuttavia ha diverse possibilità: «Capisco che su un argomento così delicato sia necessaria cautela – suggerisce il giurista –, tuttavia emanare un atto si segno opposto non è l'unica possibilità per affrontare la questione. Sarebbe anche possibile, ad esempio, aprire un procedimento di verifica delle linee guida per accertarsi che corrispondano alle effettive esigenze e finalità della legge. In questo modo si potrebbe quantomeno verificare la correttezza costituzionale e amministrativa del provvedimento, e far emergere eventuali forzature».

di Ilaria Nava

Anche il testamento biologico non vuole morire

di Francesca Lozito

fine vita



Nei nuovi disegni di legge depositati non si parla più di «living will», ma il fine non cambia

medicina

«L'alleanza col paziente sia vera»

Al centro ci deve essere l'uomo e la vita. È il messaggio lanciato da Sandro Spinsanti, direttore dell'Istituto Giano, nella sua lectio magistralis che ha aperto il convegno «La responsabilità infermieristica tra etica e bioetica» al forum «Sanit» in corso a Roma. «La buona medicina – ha aggiunto – si fa solo condividendo», però presuppone non solo il diritto del paziente ad essere informato, ma il dovere di ascoltarlo. Il passo fondamentale dovrebbe essere, infatti, l'acquisizione come «metodo» e non come pratica occasionale dell'etica tagliata su misura che si contrappone alla medicina su misura e riscopre la centralità dell'ascolto del paziente, dei suoi valori. Le scelte mediche, ha aggiunto, vanno prese non con la metodologia *one up-one down*, dove il medico sceglie per il paziente, ma attraverso la partecipazione del malato alla scelta, pur nel rispetto delle competenze. Il bioeticista ha concluso con la speranza che «nelle decisioni mediche ogni persona possa proiettare la sua ombra», attraverso il dialogo con medici e infermieri.

A fargli da eco Gilberto Corbellini, docente di Storia della medicina a La Sapienza. In Italia, ha detto, il 50% delle decisioni vengono prese dai medici senza consultare paziente e familiari. «Così facendo – ha proseguito – i medici ignorano le preferenze di chi, cattolico o meno, vede nel dolore e nella sofferenza un momento importante secondo i propri valori». Il ruolo dell'infermiere, in questo quadro, appare ancora più importante, non solo come professionista che assiste il malato, ma come persona che ascolta, spiega e conforta. Nelle scelte etiche degli operatori sanitari, un aiuto importante dovrebbe arrivare dalla politica. Il mondo istituzionale, infatti, ha sottolineato Gennaro Rocco, presidente del collegio Ispavi di Roma, non dovrebbe ergersi a garante di un modo giusto di agire, ma dovrebbe «riaffermare il diritto superiore alla vita». Il ruolo centrale della politica è stato ribadito anche da Fiorenza Bassoli, membro della commissione Sanità al Senato. «Per una problematica così complessa e delicata serve condivisione e dialogo; non possiamo andare avanti a colpi di maggioranza».

Alessia Guerriero

Èsparito il testamento biologico? Nei disegni di legge che riguardano il tema del fine vita, depositati fino a questo momento in Senato, nessuno parla più esplicitamente di *living will*. Nella scorsa legislatura erano tre, più altri nove i disegni di legge sulle direttive anticipate. Questo però non vuol dire che non se ne discuterà più: le cosiddette dichiarazioni di volontà anticipate ancora tengono banco, soprattutto fra le file dell'opposizione. Di direttive anticipate tratta il disegno di legge di Adriano Musi (Pd), di dichiarazioni anticipate quelli dei suoi compagni di partito Donatella Poretti, Anna Maria Carloni, Maria Antonietta Farina e Ignazio Marino. Quest'ultimo, però, merita un discorso a parte, perché nella stessa legge tenta di raccogliere due aspetti che non da tutti vengono ritenuti così vicini: il testamento biologico, o come lo si voglia chiamare, le cure palliative e la terapia del dolore. Tentativo che produce un titolo del disegno di legge lungo di per sé già quanto un articolo: «Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico nonché in materia di cure palliative e di terapia del dolore». Una legge di per sé davvero ampia e articolata. E che fa sorgere, appunto, la domanda: perché il senatore-medico ha scelto di unire tre aspetti che non per tutti vanno di pari passo? Perché se la richiesta di un maggiore sviluppo della cosiddetta rete di cure palliative mette tutti d'accordo, non si può dire la stessa cosa riguardo alla necessità che le fasi finali della vita siano determinate da una serie di volontà espresse su un pezzo di carta. Su questo fronte, infatti, l'accordo tra gli operatori si trova nella capacità di ascolto e dialogo che il medico deve avere nei confronti del paziente: è su questo terreno che diventa fondamentale la valorizzazione della volontà del malato.

Il senatore Marino, dunque, riguardo alle volontà anticipate, non fa altro che riproporre il testo del suo ddl presentato nella scorsa legislatura, con pochissimi cambiamenti. Molto più interessante la seconda parte, quella, appunto, sulle cure palliative: viene definita l'organizzazione della rete delle cure palliative, i suoi requisiti a livello nazionale e regionale, l'istituzione di un Osservatorio nazionale a livello ministeriale e si cerca, infine, di dare un assetto più definito all'ambito della formazione sia di chi opera già nel settore sia di chi vi sta entrando (in Italia, a differenza di altri paesi, non esiste una specializzazione in cure palliative post laurea e la richiesta degli operatori ha sempre trovato un rifiuto da parte del mondo accademico e ministeriale, ndr).

matita blu

di Tommaso Gomez



E adesso chi glielo dice al ragazzo? Con il rischio che lo scopra da sé tra qualche tempo... Il ragazzo ha 9 anni ma, se fosse stato per sua madre, non dovrebbe averne nessuno. Titolo di *Repubblica*: «Aborto non riuscì e nacque bimbo. Gela, condannato ospedale». Leggiamo: «La vicenda risale al 1999 quando una donna di 40 anni, madre di due figli e in precarie condizioni di salute, si accorse di essere incinta (...). Sulla cartella clinica fu riportata la riuscita dell'intervento». Finché un ginecologo le rivelò che era sempre incinta, ormai di 5 mesi. Oggi «la sezione civile della corte d'appello di Caltanissetta ha condannato l'azienda ospedaliera "Vittorio Emanuele" di Gela a risarcire i danni, calcolati in 80 mila euro». E allora: chi glielo spiega al ragazzo che è «un danno»? Interessante il commento (anonimo) sul *Riformista*, dal titolo: «Se il figlio è un danno da risarcire». Notare premesse e incisi in cui si ribadisce alla

box

Canada, l'eutanasia ribussa alla porta



Eutanasia, in Canada i *pro-choice* tornano all'attacco. Nei giorni scorsi la parlamentare Francine Lalonde, del partito Bloc Quebecois, ha presentato una proposta di legge per assicurare il «diritto a morire con dignità». La bozza legislativa (C-562 il suo riferimento tecnico) ricalca in parte un precedente tentativo (la C-407) respinta dall'assemblea di Ottawa nel giugno del 2005. Con tale proposta la Lalonde intende far cambiare gli articoli 222 e 241 del codice penale nazionale, entrambi riguardanti l'omicidio, legalizzando l'eutanasia e il suicidio assistito. Per tale pratica, ha indicato la parlamentare, il richiedente deve avere almeno 18 anni, deve essere considerato «malato terminale» (ma la legge non offre parametri per stabilire tale condizione) e può soffrire sia di sofferenze «fisiche» che «mentali». Inoltre, la persona che vuole l'eutanasia deve mettere per iscritto due richieste in tal senso a distanza di 10 giorni. La proposta è già stata bocciata dagli esponenti pro-life: «Se approvata, essa minaccerebbe la vita dei membri più vulnerabili della nostra società» ha dichiarato Alex Schadenberg, responsabile della Euthanasia Prevention Coalition.

Lorenzo Fazzini

I disegni di legge sulle cure palliative in questa legislatura sono in tutto otto, compreso quello di Marino: a presentarli, tra Camera e Senato, sono stati Livia Turco (Pd), Andrea Gibelli (Lnp); Piergiorgio Massidda (Pdl), Emanuela Baio (Pd), Laura Bianconi (Pdl), Paola Binetti (Pd), Antonio Tomassini (Pdl). Non di tutti è ancora disponibile il testo, perché sette non hanno ancora cominciato il loro percorso di esame da parte delle commissioni apposite.

frasi sfatte

di T.G.

L'aborto? Nel carrello della spesa

«Ho avuto un aborto»

Frase stampata su una t-shirt della Planned Parenthood «Il Foglio», 25 giugno

La Planned Parenthood, assicura *il Foglio*, «è la più grande organizzazione abortista d'America». Secondo i dettami del marketing più aggressivo, come se l'aborto fosse un prodotto per realizzare fatturati, di recente ha cominciato ad installare i suoi «express center» nei centri commerciali, spiegando: «Dobbiamo seguire la popolazione quando va a fare shopping, dove le donne fanno la spesa, a Starbucks». Pare che seguano con particolare dedizione le donne latine e nere. Secondo Alveda King, nipote di

Martin Luther, «gruppi come Planned Parenthood hanno come obiettivo le comunità afro-americane, attraverso delle campagne mirate ad esortare i genitori neri giovani ad abortire». Su 45 milioni di aborti negli Usa, 15 riguardano i neri. Gli «express center» vendono contraccettivi e pillole abortive, ma anche bigiotteria, libri e t-shirt come quella che rivendica con orgoglio l'aborto, quasi fosse un valore. «I pro-life – scrive *il Foglio* – hanno risposto con la loro shirt: "Ho avuto un bambino"». I soliti provocatori...

Nasci e ti chiedono i danni

nausea che la perplessità non dipende da morale o etica alcuna, ci mancherebbe altro: «Sia chiaro, giuridicamente parlando è tutto legittimo. E il nostro sussulto etico non ha nulla a che fare con la scelta della donna di abortire o meno. Ma, laicamente, il fatto che la nascita di un bambino equivalga a un danno da quantificare in euro, ci sembra un'equazione assai discutibile. Senza voler fare i soloni sul valore della vita (...). E, semplicemente, nato un bambino: non ci sembra una sciagura su cui chiedere un risarcimento da 80 mila euro». Il commento è così irto di contraddizioni da rimanerci infilzato da sé. Se è un danno o no, secondo i dettami abortisti, è solo e unicamente la donna a deciderlo, certo non *il Riformista*. Se non c'era danno (fisico o psichico), allora non poteva esserci aborto; ma se il danno c'è, allora perché non quantificarlo? Una volta rinunciato a «fare i soloni» (sic), tutto diventa logico. Comunque: adesso chi lo dice al ragazzo, *il Riformista* (senza fare il solone)?

Il ragazzo di Gela vale 80 mila euro, una bambina del Punjab vale niente. *Il Foglio* racconta che se la media

indiana è di 950 bambine ogni mille bambini, nel Punjab le femmine sono appena 300 «tra le famiglie più agiate», quelle che possono permettersi l'ecografia, «classe media e ricche». Puneet Bedi, ginecologa dell'Apollo Hospital di New Delhi, spiega: «Nessuna donna incinta ne soffrirebbe se il test degli ultrasuoni venisse bandito. Oggi è usato per salvare un bambino su 20 mila e per ucciderne 20 su 100 se sono del sesso sbagliato. In alcune parti dell'India, una bambina su cinque viene eliminata nella fase fetale. È una situazione da genocidio». Roba da Onu, se l'Onu difendesse quelle bambine almeno quanto promuove l'aborto.

Gli aborti, sostengono i dati ufficiali, in Italia calano. Quelli legali. Ma quanti sono quelli illegali? A Napoli – racconta *il Giornale* – quattro fermi, tra cui due ginecologi. In più, anche una violenza sessuale (in cambio di uno sconto sulla tariffa). Commenta *Fraternità cattolica*: «La 194 non costituisce un argine alle pratiche clandestine più atroci». I due ginecologi non erano obiettori: forse per questo gli altri giornali hanno taciuto il fatto?

I nuovi Lea

Cure palliative a domicilio 24 ore per 7 giorni

Cure palliative domiciliari per 7 giorni su 7 e con pronta disponibilità sulle 24 ore. Su tutto il territorio nazionale. Apparentemente può sembrare un'utopia, eppure questo è quanto stabilisce all'articolo 23 il decreto ministeriale sui Lea, i livelli essenziali di assistenza che devono essere applicati dal punto di vista medico su tutto il territorio nazionale, e che sono per le regioni più di una linea di indirizzo. In altre parole: un obiettivo che va raggiunto senza meno. Un lascito della scorsa legislatura, sul quale però, proprio ieri il ministro Sacconi ha espresso in Commissione affari sociali ben più di un dubbio sulla sua validità. Il provvedimento varato in extremis dal ministro Turco, infatti, sarebbe privo della bollinatura della Ragioneria dello Stato, che ha valutato in un miliardo di euro le spese aggiuntive evidentemente non coperte, e quindi non sarebbe stato registrato dalla Corte dei conti.

In attesa di capire che fine farà l'intero provvedimento vale comunque la pena di analizzare la portata degli articoli del decreto sui Lea che riguardano le cure palliative. Il Servizio sanitario nazionale deve garantire ai malati terminali che trascorrono in casa l'ultima fase della vita un'assistenza di qualità e che copra tutto l'arco della giornata per tutta la settimana. In parole povere vuol dire che, rispetto alla stragrande maggioranza delle situazioni che si vivono sul territorio nazionale, le cose dovrebbero cambiare. Ora, infatti, il più delle volte l'assistenza domiciliare funziona fino alle otto di sera. Dopo, il malato che ha particolari complicazioni può finire dritto in ospedale. E spesso si tratta di un ricovero inutile, vuoi perché se ne potrebbe fare a meno, vuoi perché non aiuta a risolvere il problema, perché non risolvibile con gli strumenti del Pronto soccorso. In una nota ufficiale Società Italiana di Cure Palliative e Federazione Cure Palliative «ritengono assai positiva la creazione, nell'ambito delle cure domiciliari, di un'area specifica per le cure palliative caratterizzata da alta intensità assistenziale, da una reale continuità nell'arco delle 24 ore e dalla presa in carico del malato da parte di una équipe professionale».

Quella delle cure domiciliari è la novità più importante, ma non l'unica per le cure palliative. All'articolo 31 dello stesso decreto, infatti, si legge che «Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone nella fase terminale della vita il complesso integrato delle prestazioni mediche, specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, l'assistenza farmaceutica e gli accertamenti diagnostici, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale, erogate da équipes multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specializzati di cure palliative - Hospice». Ovvero, queste strutture non possono essere cattedrali nel deserto: devono costituire una rete che ne completi gli aspetti di cura in tutti gli ambiti, non solo in quello strettamente medico.

Francesca Lozito



L'appuntamento con le pagine di Avvenire sui temi della bioetica è per giovedì 3 luglio

Per inviare notizie, segnalazioni, proposte, lettere e interventi alla redazione di «vita»:

email: vita@avvenire.it
fax: 02.6780483