



N°34 | Edizione Marzo 2010

Focus: la Legge 40/2004

Attualità: aborto, cellule staminali adulte, assistenza ai disabili

Macchia nera

Biofiction

Biblionote

Sommario

FOCUS

Possibile e doveroso difendere la Legge 40 <i>di Lucio Romano</i>	3
Perché l'eterologa è una sconfitta della medicina <i>di Eleonora Porcu</i>	6
Diagnosi genetica preimpianto: tante criticità mediche e sociali <i>di Patrizia Vergani</i>	8
Diagnosi preimpianto ed eterologa: le radici costituzionali dei divieti <i>di Filippo Vari</i>	10

ATTUALITA'

Aborto under 20, l'Italia tiene, ma la pillola del giorno dopo... <i>di Ilaria Nava</i>	14
La Ru486 in ospedale? Coerenza profonda con la 194 <i>di Emanuela Vinai</i>	15
Il trapianto di staminali adulte dà certezze. Un trend in crescita <i>di Marco Bregni</i>	16
Assistenza ai disabili, riflessioni sulla "stretta" <i>di Stefano Colucci</i>	18

MACCHIA NERA

Troppe scelte di morte spacciate per scelte d'amore <i>di Umberto Folena</i>	20
---	----

BIOFICTION

Se il <i>medical drama</i> riscopre il giuramento d'Ippocrate <i>di Olga Calabrese</i>	22
---	----

BIBLIONOTE

Enciclopedia di bioetica e di scienza giuridica	23
Gender – Genere	24

Direttore responsabile Domenico Delle Foglie



PMA | Biomedicina riproduttiva e verità antropologica del procreare

POSSIBILE E DOVEROSO DIFENDERE LA LEGGE 40

di Lucio Romano*

I tentativi finalizzati a demolire la Legge 40/2004 (“Norme in materia di procreazione medicalmente assistita”) - approvata con maggioranza parlamentare trasversale e confermata dal referendum del 2005 - hanno evidenziato negli ultimi mesi una indubbia accelerazione. Anche il dibattito sul piano giuridico è stato caratterizzato da interventi¹ che hanno suscitato non poche perplessità e critiche da parte di autorevoli costituzionalisti².

Alcuni ritengono anche di ripristinare la fecondazione artificiale eterologa³, in contrasto con l'art. 4 comma 3 della Legge 40 che vieta espressamente “il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo”. Risulta evidente che l'eterologa è in palese contraddizione, tra l'altro, con l'idea di famiglia codificata nella Carta Costituzionale,

¹ Ricordiamo l'ordinanza del Tribunale di Salerno del 13 gennaio 2010 che ha autorizzato - secondo asserita “lettura costituzionalmente orientata dell'articolo 13” - una coppia non sterile, portatrice di atrofia muscolare spinale di tipo I, ad accedere alla fecondazione artificiale così da poter praticare la diagnosi genetica preimpianto in evidente incompatibilità con la stessa legge 40, introducendo tra l'altro l'ingannevole concetto della tutela della salute che si realizzerebbe non contrastando la malattia ma eliminando soggetti malati.

² Nava I. *Una sentenza contro la legge 40*. Avvenire, 15.01.2010, p.9; ID., *Diagnosi preimpianto? E' contro la Costituzione*. Avvenire: E'Vita (ins.), 11.03.2010, p.3; ID., *Assalto continuo, ma la legge rimane salda*. Avvenire: E' Vita (ins.), 18.03.2010, p. 1.

³ “Un pugno di avvocati che più battaglieri non potrebbero essere, e poi bioeticisti, psicologi e ginecologi scortati da qualche coppia di pazienti. E' il gruppo che si prepara a dare l'assalto all'ultimo tabù della legge 40 sulla fecondazione assistita, il divieto della fecondazione eterologa”, in Valentini C. *Libero embrione*. L'Espresso, 27.01.2010; LVI(5):64.

introduce la plurigenitorialità e impedisce al figlio il diritto all'identità genetica certa, creando squilibri nei rapporti familiari. In particolare si configurerebbe una famiglia “riproduttiva” come cooperativa di genitori, si scinderebbe la paternità e maternità genetica da quella sociale e così l'identità biologica del concepito da quella sociale⁴.

Su alcuni media, inoltre, sono state riportate opinioni che rappresentano testimonianze riconducibili a posizioni antropologiche ed etiche logicamente non condivisibili, come ad esempio il “diritto di donare ovuli (per spirito umanitario o semplicemente per soldi)”⁵, in riferimento alla cosiddetta “lotteria degli ovuli”⁶.

⁴ Cfr.: Turner AJ., Coyle A. *What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implication for counseling and therapy*. Hum Reprod. 2000; 15:2041-2051; Mac Dougall K. et al. *Strategies for disclosure: how parents approach telling their children that they were conceived with donor gametes*. Fertil Steril. 2007; 87(3):524-533; Daniels K. *Donor gametes: anonymous or identified?* Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007; 21(1):113-128.

⁵ “L'operazione è chiaramente commerciale, ma dovrebbe far riflettere sia le donatrici, sia le partecipanti all'asta. O chiunque voglia un figlio ad ogni costo e per di più scelto secondo un *baby profiling*, cioè secondo le sue caratteristiche fisiche. Ognuno dovrebbe avere il diritto di donare ovuli (per spirito umanitario o semplicemente per soldi) come ha il diritto di donare un rene oppure il sangue o il midollo osseo. Ognuno dovrebbe avere il diritto di usare ovuli di un'altra donna per avere un figlio, ma il problema è la scelta consapevole, il «consenso informato» come si usa dire in medicina. [...] Chi dona ovuli può andare incontro a trattamenti di stimolazione ormonale dell'ovaio che possono compromettere la sua capacità futura di procreare. Chi riceve un ovulo, può anche scegliere in base a una foto [...] e accettare una specie di «selezione genetica», ma non sarà mai sicura di avere il figlio perfetto. Perché la natura ha mille risorse”, in Bazzi A.



Il quadro generale che si desume è evidente: svuotare la Legge 40⁷, modificarla nelle sue parti fondamentali e qualificanti così da vanificarne del tutto la portata scientifica e antropologica, sebbene la stessa legge non possa essere comunque considerata pienamente corrispondente all'insegnamento del magistero cattolico⁸.

A fronte di tale obiettivo, sembra rilevarsi una limitata attenzione o sottovalutazione delle questioni in gioco. Premessa sostanziale è che i fautori della L.40 - partecipi delle sofferenze delle coppie sterili - sostengono una coerente cultura dell'assistenza con particolare attenzione nei confronti della prevenzione⁹, avvalendosi di azioni mirate sia sul piano sanitario¹⁰ che sul versante

La folle lotteria degli ovuli e l'impossibile «figlio perfetto». Corriere della Sera, 15.03.2010; p.15

http://www.timesonline.co.uk/tol/life_and_style/health/article7061155.ece (accesso del 14.03.2010)

<http://www.rai.tv/dl/RaiTV/programmi/media/ContentItem-ea727779-a3e5-47cd-b9be-cf5f6edf287d.html?p=0#> (accesso del 29.03.2010)

⁸ “[...] E' stato per questo insieme di valori - di cui il primo è costituito dal diritto alla vita dell'embrione che anche i cattolici - (i quali per ragioni altrettanto significative e in particolare per la inscindibile connessione tra la dimensione unitiva e quella procreativa dell'atto coniugale, sono contrari ad ogni procreazione artificiale) hanno dato l'appoggio a questa legge per limitare il danno che è insito nelle tecnologie procreative e che era - prima della legge 40/2004 - vistosamente presente nella società a causa del c.d. "far west procreatico", in Sgreccia E., Casini M. *La Corte Costituzionale condanna la discriminazione degli embrioni*. ZENIT, 28.03.2010.

⁹ Come ha ricordato recentemente Giorgio Vittori, presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (S.I.G.O.), in Italia «esplodono» le malattie che si trasmettono sessualmente. E' preoccupante anche la diffusione tra i giovani della clamidia, un'infezione sessualmente trasmissibile tra le più comuni, che presenta manifestazioni sintomatiche piuttosto leggere, le cui conseguenze sull'apparato riproduttivo, però, possono essere rilevanti, al punto che «si può arrivare alla chiusura delle tube». Per questo motivo, secondo il presidente della S.I.G.O. «è importante tutelare il patrimonio di salute delle donne, perché nel loro caso c'è un plusvalore che è quello della riproduzione ed è lì che c'è il futuro». ANSA, 17.03.2010. Cfr.: He Q, et al. *Abnormally up-regulated cystic fibrosis transmembrane conductance regulator expression and uterine fluid accumulation contribute to Chlamydia trachomatis-induced female infertility*. Fertil Steril. 11.03.2010. [Epub ahead of print].

¹⁰ Cfr.: Homan GF., Davies M., Norman R. *The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review*, Hum. Reprod. Update 2007; 13(3): 209-23; Kumar S., et al., *Lifestyle factors in deteriorating male reproductive health*, Indian J. Exp Biol. 2009; 47(8):615-624.

delle politiche sociali e familiari volte a favorire le gravidanze in età riproduttive favorevoli piuttosto che in età fertile avanzata, fenomeno sociale ingravescente¹¹. Non vengono certamente tralasciati - tutt'altro - gli interventi medici che favoriscono la procreazione nel rispetto della dignità della coppia e della tutela della vita del concepito. In altri termini: evitare di cumulare sofferenze a sofferenze, attenti agli sviluppi delle ricerche scientifiche nella fisiopatologia della riproduzione, consapevoli di poterne cogliere e condividere i giusti contributi.

E' necessario, pertanto, che si approfondiscano alcuni temi di maggiore attualità, alcuni dei quali sviluppati in questa Newsletter ed in maniera più organica nel n° 7 de "I Quaderni di Scienza & Vita" dal titolo "La legge 40, sei anni dopo". L'esigenza origina dalla necessità di analizzare le critiche rivolte alla legge 40, confrontandole con i risultati a tutt'oggi ottenuti, raffrontati con gli studi specialistici e gli approfondimenti etici e giuridici correlati. In questa breve nota introduttiva vorrei solo proporre alcune considerazioni generali, preliminari agli approfondimenti di cui sopra e ai quali si rimanda.

¹¹ Secondo gli ultimi dati ISTAT, riferiti all'anno 2008, "il 5,7% dei nati ha una madre con almeno 40 anni (si è passati dai 12.383 nati nel 1995 ai 32.578 nel 2008), mentre prosegue la diminuzione dei nati da madri di età inferiore a 25 anni (poco più di 64 mila nel 2008, l'11,1% del totale). La distribuzione delle nascite per età della madre consente di apprezzare lo spostamento dell'esperienza riproduttiva verso età sempre più avanzate, caratteristica questa ancora più evidente per le madri di cittadinanza italiana. Infatti, la posticipazione delle nascite ha contribuito al forte abbassamento della natalità osservato nel nostro Paese dalla seconda metà degli anni '70 alla prima metà degli anni '90. Nel 2008 le madri hanno in media 31,1 anni alla nascita dei figli, circa un anno e mezzo in più rispetto al 1995 (29,8), valore che sale a 31,7 anni per le madri di cittadinanza italiana. Solo l'11% dei nati ha una madre di età inferiore ai 25 anni, una proporzione che scende all'8,5% per le madri italiane. La percentuale di nati da una madre con più di 40 anni di età è pari al 5,6% per il complesso delle residenti e al 6,2% per le madri italiane. Il dato medio nazionale nasconde, peraltro, significative differenze territoriali: ad esempio, il calendario delle nascite è tradizionalmente anticipato nelle regioni del Sud, dove la proporzione di nascite da madri italiane al di sotto dei 25 anni è in media del 12,4% (il 16,5% in Sicilia), mentre le madri con più di 40 anni sono mediamente il 4,6%. I casi di particolare "invecchiamento" della struttura per età delle madri italiane si registrano in Sardegna, dove la percentuale dei nati da madri ultraquarantenni raggiunge l'8,6% e in Liguria (8,1%)", in ISTAT. *Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Anno 2008*. Roma, 18.03.2010. Cfr.: Baird DT, et al., *Fertility and ageing*, Hum. Reprod. Update 2005; 11(3):261-276.



Una pregiudiziale si fonda sulle evidenze cosiddette “assistenziali” antecedenti il 2004 e necessariamente da ricordare: produzione soprannumeraria di embrioni; crioconservazione, selezione (*designer baby, baby profiling service*)¹² e riduzione embrionaria (*selective embryo reduction*)¹³; fecondazione eterologa; surrogazione di maternità¹⁴; plurigenitorialità. Tutte manifestazioni tangibili di una cultura orientata al solo risultato – raffigurabile nella proposizione di stampo riduttivistico: “fecondazione non è altro che...” - nell’ambito della quale alcuna tutela da riservare al concepito e le stesse donne sottoposte, tra l’altro, a trattamenti molto invasivi come testimonio, ad esempio, la riduzione significativa delle iperstimolazioni ovariche¹⁵ dopo il 2004¹⁶. Certamente paradossale e tragico, poi, il trasferimento di un numero eccessivo di embrioni al quale faceva seguito, in caso di auspicato annidamento, la soppressione di alcuni appena all’inizio della vita intrauterina. Pensati per la nascita, tuttavia soppressi. Ancora migliaia a tutt’oggi gli embrioni crioconservati e definiti “orfani”, in una condizione di *stand by life* molto problematica da comporre sotto il profilo etico e

¹² Cfr.: Steinbock B. *Designer babies: choosing our children's genes*. Lancet. 2008;372(9646):1294-1295.

¹³ Cfr.: Schenker JG. *Ethical aspects of advanced reproductive technologies*. Ann N Y Acad Sci. 2003;997:11-21.

¹⁴ Cfr.: Henrion R, Bergoignan-Esper C. *Gestational surrogacy*. Bull Acad Natl Med. 2009;193(3):583-618.

¹⁵ Cfr.: Aboulghar M. *Symposium: update on prediction and management of OHSS. Prevention of OHSS*. Reprod Biomed Online. 2009;19(1):33-42. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. *Ovarian hyperstimulation syndrome*. Fertil Steril. 2008;90 (5 Suppl):S188-193.

¹⁶ Dalle Relazioni riguardanti i dati degli anni 2006 e 2007 si rileva una significativa riduzione nell’incidenza della sindrome da iperstimolazione ovarica, patologia estremamente temibile, rispetto agli ultimi dati disponibili del Registro Europeo (1.02% dei cicli iniziati). Infatti nel 2006 le complicanze da OHSS incidono per lo 0.44% dei cicli iniziati, nel 2007 l’incidenza è stata dello 0.53%. La ridotta incidenza della OHSS è ascrivibile ai migliorati protocolli di induzione dell’ovulazione (*mild ovarian stimulation*) e all’esigenza di non produrre un numero eccessivo di ovociti. Effetti addebitabili anche alla L.40 che, appunto, aveva già previsto la necessità di non produrre un numero eccessivo di ovociti e di embrioni. Cfr.: Romano L., Lulli E. *I risultati della legge 40 attraverso le relazioni ministeriali*. Quaderni di Scienza & Vita 2010;7:38-45.

da ordinare sotto l’aspetto normativo. E così potremmo continuare a lungo. Ne consegue che la domanda alla quale siamo chiamati a dare una risposta ineludibile può essere la seguente: è possibile e doveroso difendere la Legge 40? La risposta è affermativa e l’interrogativo non è superfluo, perché ci interpellano la tutela della vita umana già nella sua primissima fase e il diritto a nascere, l’uguaglianza e la non discriminazione tra esseri umani, il senso proprio del procreare e dell’essere genitori, rappresentabile nella proposizione: “*procreare è molto più che...*”. Valori immediatamente e naturalmente riconoscibili come oggettivi, ultimi argini contro una deriva libertaria che ascrive alla volontà assoluta del singolo o della società la predeterminazione di ciò che è bene fare, sino all’espressione di un pre-giudizio sulla “vita di qualità” del nascituro. La risposta all’interrogativo posto è ulteriormente affermativa se appena analizziamo gli sviluppi della ricerca biomedica nel campo della fisiopatologia della riproduzione, senza le lenti dello scientismo orientato ad asserire solo l’eticità intrinseca della ricerca in nome di una incondizionata – e direi utopica – libertà assoluta della ricerca stessa.

Ci interpellano le giuste aspirazioni alla maternità e alla paternità, e a queste possiamo dare risposte accurate e di senso, sia sul versante della biomedicina riproduttiva che della verità antropologica del procreare.





FECONDAZIONE ARTIFICIALE | Le problematiche superano i trionfalismi

PERCHE' L'ETEROLOGA E' UNA SCONFITTA DELLA MEDICINA

di Eleonora Porcu*

Qualche decade or sono, mi venne chiesto di fare un mestiere medico a cavallo tra la tecnologia della vita nascente e il suo misterioso significato, mistero che sempre affiora dalle vite dei pazienti che si rivolgono a me per avere un figlio. Aiutare la gente ad avere un figlio non è come curare il fegato, non è come dare un antibiotico per la polmonite. Assistere, aiutare un concepimento, è come vivere insieme a una coppia un pezzetto cruciale della loro vita. E' interrogarsi insieme sugli aspetti tecnici di questo concepimento ma, silenziosamente, è interrogarsi sulla sua portata esistenziale. Senza nessun sentimentalismo. Perché i sentimenti vengono dopo. E senza nessun moralismo. Anche la morale scaturisce solo successivamente all'intuizione di che cosa è meglio per me stesso come uomo pieno, intero e assetato di felicità. Il desiderio di un figlio è sete di felicità. Felicità da ricevere, felicità da trasmettere. Non è facile per un medico trovarsi a essere erogatore di felicità. E' un mestiere da fare in punta di piedi, senza calpestare il destino di un uomo e di una donna. Ma non è un mestiere tecnico di distributore di embrioni.

Come medico, sulla fecondazione eterologa ho poco da dire. La medicina, in questo caso, è solo tecnicamente ancillare a una scelta sociale. Il medico non fa altro che utilizzare dei "gameti di ricambio" di un'altra persona per veicarli nella coppia che presenta una carenza primaria o secondaria di ovuli o spermatozoi. Ho sentito in questi giorni toni enfatici che auspicavano la legittimazione di questo servizio della medicina tecnologica a favore dei casi più gravi di sterilità. In realtà, la fecondazione eterologa è una sconfitta, non una vittoria della medicina. Ho sentito altresì parlare di illegittimità giuridica, addirittura di incostituzionalità della proibizione della fecondazione eterologa. Queste certezze mediche e giuridiche vengono brandite con enfasi

quasi religiosa. Io non voglio somministrare certezze bensì farmi alcune domande come faccio sempre da quando ho iniziato questo mestiere.

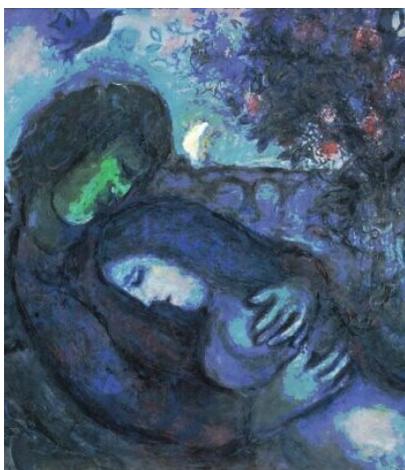
E' legittimo disegnare il destino di nostro figlio fino a decidere, deliberatamente, che quel figlio fortemente desiderato e che ameremo tantissimo, avrà per sempre l'impronta della nostra decisione di separare per lui, in vece sua, le sue radici genetiche da quelle sociali e familiari? Chi sostiene la legittimità della fecondazione eterologa, dichiara che padre e madre sono coloro che si prendono cura di te. Certamente i legami del sangue non possono essere la guida essenziale, prioritaria e preponderante nello sviluppo del senso di paternità e maternità nella nostra specie, altrimenti non esisterebbe neppure la possibilità di adottare bambini orfani o comunque abbandonati. Ma siamo sicuri che rendere deliberatamente orfani del fantasma di un padre o una madre genetici non sia violare alla radice un diritto del figlio che vogliamo concepire per amore, perché lo vogliamo amare con tutto il nostro affetto? E siamo sicuri che, sul piano giurisprudenziale, un figlio non possa rivalersi sui genitori "adottivi" per avergli deliberatamente determinato questo destino irreversibile?

E' vero che il nostro Paese ha la normativa più restrittiva in tema di fecondazione eterologa. Perfino la Germania, con la sua legge estremamente limitativa sulla procreazione medicalmente assistita, promulgata vent'anni orsono, prevede la fecondazione eterologa anche se solo per gli uomini, vietando invece l'utilizzo di ovuli eterologi. Ma com'è la situazione negli altri Paesi, soprattutto in quelli con legislazioni più permissive? Di fatto, nei Paesi scandinavi, in Canada, in Australia si è assistito a una modifica della legislazione che ha reso obbligatoria la possibile identificabilità del donatore o donatrice di gameti a favore del figlio concepito da una coppia sterile con i loro gameti. Questa decisione è stata sollecitata dal fenomeno di bambini così concepiti che, da adulti, manifestavano



il desiderio di incontrare il padre genetico a tal punto da adire alle vie legali per perseguire questo intento. Per contro, questa modifica normativa ha scoraggiato moltissimi “donatori” dal fornire il loro seme alle banche dello sperma. Per quel che riguarda la cosiddetta “donazione” di ovociti, non dobbiamo inoltre dimenticare che essa è ben raramente un gesto oblativo ma, al contrario, è spesso una scelta dettata da condizioni di assoluta indigenza che spinge le donne più povere a vendere i propri ovuli sottoponendosi a terapie ormonali e a interventi chirurgici.

La soddisfazione procreativa di alcune coppie passa quindi inevitabilmente attraverso lo sfruttamento di altre.



Alla luce di queste considerazioni, che cosa è ipotizzabile per il nostro Paese? Allinearci coi Paesi che, pur permissivi, hanno fatto un passo indietro ammettendo che la fecondazione eterologa è potenzialmente problematica? O continuare a esternare trionfalismi scientifico-giuridici religiosamente laici? Indubbiamente, i rischi di uno Stato inquisitorio con ingerenze indebite sul nostro modo di essere genitori è uno spettro da fugare. Ma si dovrà pur tracciare un confine oltre al quale la patria potestà non può andare, oltre al quale non si può semplicemente dire: questa è proprietà privata, me la vedrò io con mio figlio....



**Ginecologa, Responsabile del Centro di sterilità
e procreazione medicalmente assistita,
Università di Bologna,
Policlinico Sant'Orsola-Malpighi*



FECONDAZIONE ARTIFICIALE | Dall'elevata perdita embrionale all'eugenetica

DIAGNOSI GENETICA PREIMPIANTO TANTE CRITICITA' MEDICHE E SOCIALI

di Patrizia Vergani*

L referendum popolare del 12 e 13 giugno 2005 ha ribadito la volontà degli italiani di confermare l'articolo 13/Legge 40/2004 che vieta la diagnosi reimpianto che non ha finalità esclusivamente terapeutiche. Senza questo criterio rispettato la diagnosi preimpianto introduce una selezione a scopo eugenetico. Secondo la visione eugenetica gli individui sono valutati non in rapporto all'appartenenza al genere umano ma per le qualità che possiedono. Ribadendo la norma della legge i cittadini italiani hanno ulteriormente messo in evidenza la preoccupazione che la selezione di embrioni sulla base di un determinismo genetico è moralmente inaccettabile e pericolosa per il destino della specie umana. Il diritto alla vita di ogni individuo secondo un principio di uguaglianza sancito dalla Costituzione inizia col rispetto dell'embrione e va anteposto ad altri diritti ed esigenze personali che vengono garantite solo a partire dal diritto alla vita stessa. La ricerca scientifica se parte da questi presupposti, sarà in grado di trovare un'alternativa alla selezione degli embrioni per rispondere alle coppie a rischio di trasmettere malattie genetiche.

Numerose le criticità rilevabili dall'applicazione PGD:

- a) elevata perdita embrionaria per inconclusività della diagnosi, morte o non attecchimento dopo biopsia di quelli ritenuti normali
- b) falsi positivi e negativi della diagnosi
- c) effetti sulla prole
- d) spinta eugenetica

a) Per effettuare la PGD occorre avere a disposizione un numero medio di 10 embrioni per ogni ciclo.

Un numero significativo di embrioni in vitro devono essere ottenuti, dopo iperstimolazione ovarica massiva, tra i quali selezionare i non affetti

da malattie genetiche da trasferire nell'utero materno.

Ciò è reso necessario per: 1) un numero consistente di embrioni si dimostrano essere geneticamente alterati ed in un ulteriore numero la diagnosi è inconclusiva, 2) l'attecchimento in utero di quelli giudicati normali è modesto ed inferiore rispetto agli embrioni non biopsiati.

La percentuale di impianto, visualizzazione del battito cardiaco fetale, è rimasta immutata negli anni al valore medio del 18% per tutte le condizioni diagnosticabili con il 15% di nati vivi. Questo successo è ottenuto a partire da una media di 15 oociti prelevati per ciclo, tuttavia se valutiamo la percentuale di attecchimento a partire dal numero totale di embrioni ottenuti per ciclo la percentuale scende al 4%.

L'iperstimolazione ovarica dà origine a un gran numero di embrioni affetti da malattie genetiche. Il tasso di alterazioni geniche è superiore all'atteso: 35% dei disordini recessivi vs 25% e 70% dei disordini dominanti vs 50% in natura.

b) La PGD ha un elevato margine di errori non solo negativi, ma anche positivi.

L'incidenza di falsi positivi e negativi va dal 3% al 5%. Recenti dati dimostrano che 48% di embrioni erano normali dopo essere stati giudicati anomali e scartati dopo biopsia dimostrando la presenza di mosaicisti che si autocorreggono potenziando la crescita di cellule geneticamente normali.

c) I rischi per la prole sono assimilabili a quelli dimostrati per i nati dopo concepimento in vitro e non si conosce l'effetto a lungo termine della micromanipolazione embrionaria.

Dati consistenti dimostrano l'aumentata frequenza delle complicanze ostetriche e neonatali dei nati dopo concepimento in vitro rispetto ai nati dopo concepimento spontaneo. Inoltre non esistono dati a lungo termine degli effetti di queste tecniche sulla prole. Le coppie devono essere informate del fatto che le evidenze fino ad oggi



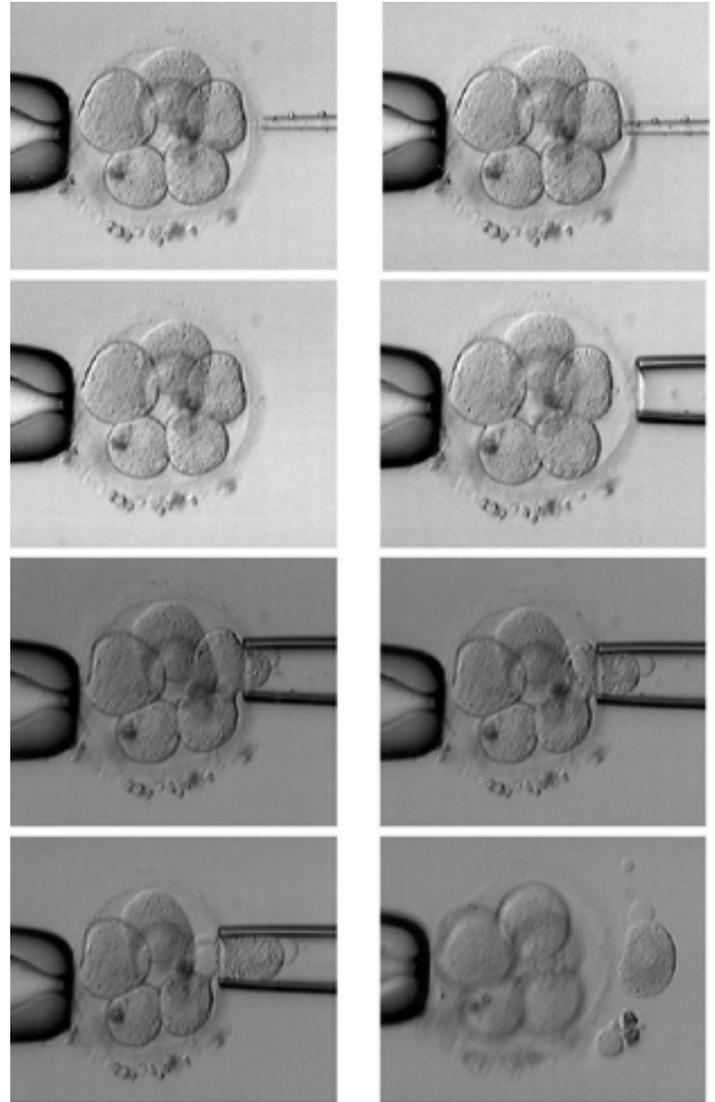
disponibili suggeriscono un possibile rapporto tra le tecniche di fecondazione extracorporea ed effetti avversi sullo sviluppo umano.

d) La PGD introduce il diritto al “bambino perfetto” e nella preferenza del sesso anche un vecchio pregiudizio contro le donne.

L'introduzione del diritto ad avere un bambino secondo le proprie preferenze, in nome di una presunta autonomia personale e una libertà procreativa comporta la trasformazione di quel diritto privato sostanzialmente in “atto pubblico”. Ad esempio considerare la selezione del sesso per pianificazione familiare ha indubbiamente un'implicazione pubblica a lungo termine. In una società che assicura il diritto privato di scegliere la qualità del proprio figlio, le persone portatrici di handicap saranno guardate come errori della biotecnologia o dell'irresponsabilità dei genitori con indubbia implicazione pubblica su leggi a sostegno delle persone disabili. La sfida maggiore per la nostra società è rispondere a queste basilari domande: la richiesta di un “bambino perfetto” o di un determinato sesso non riflette forse il ritorno di pregiudizi che la seconda parte del XX secolo ha cercato di superare dopo i crimini commessi dai grandi totalitarismi?

Alcune considerazioni finali:

- Il modesto attecchimento di embrioni normali “biopsiati” rispetto al tasso di attecchimento di embrioni non biopsiati, dimostra i rischi potenziali della biopsia embrionale
- L'iperstimolazione ovarica aumenta il tasso di embrioni affetti da malattie genetiche
- La diagnosi preimpianto è gravata da un'importante quota di errori
- Il diritto privato al “bambino perfetto” porterà al cambiamento degli “atti” pubblici
- I complessivi dati deludenti ottenuti da questa tecnica devono spingere la ricerca in altri settori che non svalutino o mettano in pericolo la vita dell'embrione.



** Ginecologa,
Professore Associato di Ostetricia e Ginecologia,
Università di Milano Bicocca*



FECONDAZIONE ARTIFICIALE | Nella Legge 40 “principi generali di civiltà giuridica”

DIAGNOSI PREIMPIANTO ED ETEROLOGA LE RADICI COSTITUZIONALI DEI DIVIETI

di Filippo Vari*

1. Introduzione

Nella prefazione a un mio volume del 2008 su “Concepito e procreazione assistita”, Giuliano Vassalli – già Presidente della Corte costituzionale e autore della sentenza con cui il diritto alla vita è stato riconosciuto tra i “valori supremi” a fondamento della Costituzione italiana – evidenziava come alcune previsioni della legge n. 40 del 2004 in materia di procreazione artificiale trovino fondamento nella necessità di affermare “principi generali di civiltà giuridica”.

Nell’ambito di tale garanzia si inseriscono, in particolare, due divieti presenti nella normativa in materia di procreazione artificiale, quello di diagnosi pre-impianto e quello di fecondazione eterologa, alla cui analisi è dedicato questo breve scritto.

2. Il divieto di diagnosi pre-impianto e la tutela della vita dell’embrione

Quanto alla diagnosi pre-impianto è noto che essa consiste in una tecnica di indagine invasiva sull’embrione, da attuarsi mediante il prelievo di alcune cellule dello stesso nei primi momenti di vita, al fine di verificare il suo stato di salute.

Lo scopo – è bene chiarirlo subito – non è quello di curare l’embrione, quanto invece di scartare gli embrioni ritenuti “malati” e di impiantare quelli “sani”.

Il divieto della diagnosi pre-impianto, come riconosciuto anche da alcuni giudici subito dopo l’entrata in vigore della legge n. 40 del 2004, si deduce, in effetti, da varie previsioni di tale legge, oltre che dalle finalità ispiratrici della disciplina, dovendosi considerare che l’eventuale ammissione della pratica, da un canto, si tradurrebbe nella lesione degli interessi fondamentali del concepito che il legislatore ha inteso tutelare e, dall’altro, finirebbe per comportare una sorta di eterogenesi degli scopi perseguiti dal legislatore stesso.

Sotto il primo profilo, la ragione ispiratrice del divieto di diagnosi pre-impianto è quella di impedire che indagini invasive, realizzate nei primi momenti di sviluppo, causino all’embrione gravi danni.

È sufficiente considerare che, secondo alcuni scienziati (ad esempio, C. CIROTTO, *La diagnosi preimpianto*, in AA.VV., *Procreazione assistita: problemi e prospettive*, a cura di G. RAZZANO, Fasano, 2005), la diagnosi pre-impianto, venendo effettuata nelle prime fasi dello sviluppo dell’embrione, comporta che quest’ultimo, “privato definitivamente del 20% del proprio materiale costitutivo”, necessario alla realizzazione dell’analisi, entri “in uno stato di sofferenza che spesso lo porta a morte”.

Diversamente, come è noto, la legge n. 40 del 2004 garantisce, sia pure in modo inadeguato – ancor più dopo l’intervento manipolativo della Corte costituzionale con la sentenza n. 151 del 2009 – il diritto alla vita del concepito, diritto che trova fondamento nel testo costituzionale, al punto da essere stato considerato dalla stessa Corte, nella decisione ricordata all’inizio di questo scritto, “tra quei diritti che occupano nell’ordinamento una posizione, per dir così, privilegiata, in quanto appartengono ... «all’essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana»”, che “non possono essere sovvertiti o modificati nel loro contenuto essenziale neppure da leggi di revisione costituzionale o da altre leggi costituzionali”.

A fronte di queste considerazioni non può appagare l’obiezione che la lesione dell’integrità dell’embrione o la sua morte sono solo eventuali o che c’è divisione, fra gli scienziati, sugli effetti prodotti dalla diagnosi pre-impianto, nel senso che per alcuni autori tali effetti per l’embrione non sarebbero particolarmente gravi.

Bastano, infatti, le incertezze sopra descritte per far prevalere il principio di precauzione, ovvero il principio della “massima cautela”, che richiede, rispetto al dubbio, la scelta della soluzione più rigorosa.



3. Il divieto di pratiche eugenetiche

In aggiunta alle considerazioni relative alla lesione dell'integrità dell'embrione che la diagnosi pre-impianto può comportare, occorre interrogarsi sullo scopo della stessa.

Come accennato all'inizio di questo breve scritto, diversamente da quanto sostenuto anche su alcuni mezzi di comunicazione di massa, allo stato delle attuali conoscenze scientifiche, per curare gli embrioni non esistono ancora terapie geniche. La diagnosi pre-impianto può, dunque, servire esclusivamente a scartare gli embrioni con certe connotazioni genetiche.

È agevole, dunque, comprendere come l'alternativa che si pone dinanzi a tale diagnosi non è quella di avere un figlio sano, anziché malato, bensì quella della eventuale eliminazione dei figli malati per avere soltanto figli "selezionati" e, dunque, sani. È significativo il fatto che si evochi, in proposito, un presunto "diritto ad avere un figlio sano", come fa ad esempio una ben nota ordinanza del Tribunale di Salerno dell'inizio del 2010.

La diagnosi pre-impianto, dunque, oltre che in contrasto con il diritto alla vita dell'embrione e con le norme della legge n. 40 che ad esso danno tutela, appare proibita anche dalle prescrizioni di cui all'art. 13 della legge. Questo articolo, coerentemente con la finalità ispiratrice della normativa, e cioè quella di aiutare a risolvere i problemi posti dalla difficoltà della procreazione naturale, esclude che la procedura di procreazione artificiale possa essere utilizzata per altri scopi e prevede il divieto di ogni forma "di selezione a scopo eugenetico degli embrioni" (art. 13, comma 3, lett. b).

A questo proposito particolarmente pregnante è l'accostamento fatto da Jürgen Habermas, nel noto scritto *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale* (Torino, 2002, p. 33), fra la diagnosi pre-impianto e "i pericoli evocati dalla metafora di una «eugenetica selettiva» sulla razza umana", dal momento che con tale indagine "l'esistenza o non esistenza viene decisa in base al criterio di un potenziale «essere così» piuttosto che altrimenti".

È fuori discussione il dovere di umana solidarietà che deve ispirare ciascuno verso i portatori di malattie come quelle genetiche. Per contro, la pretesa di adombrare un "diritto ad avere un figlio sano" porta a rammentare le conseguenze prodotte nella storia dalle politiche ispirate alla teoria della *Lebensunwerte Leben*, e cioè della esistenza di vite che non vale la pena vivere. Lo stesso Habermas evidenzia come la diagnosi preimpianto dia vita a un "controllo premeditato sulla qualità" dell'embrione che comporta "la strumentalizzazione di una vita umana – generata con riserva – rispetto alle preferenze e agli orientamenti di valore nutriti da terzi".

A ciò si aggiunge l'argomento, richiamato da Lorenza Violini (*Bioetica e laicità*, in AA.VV., *Problemi pratici della laicità agli inizi del secolo XXI*, Padova, 2008, 258), secondo il quale non è compatibile con la dignità umana "il fatto di essere stato generato con riserva, di essere giudicato degno di vita e di sviluppo in base all'esito di un test genetico".

D'altronde, nella deprecata ipotesi in cui si ammettesse la possibilità di privare taluno del godimento del diritto alla vita in ragione dell'esistenza di alcune malattie, consentendo al contempo la creazione di embrioni in soprannumero rispetto a quelli impiantati, dove sarebbe il confine tra patologie e qualità genetiche? Come, quindi, opporsi all'eventuale pretesa di genitori che richiedano una selezione degli embrioni migliori, anche in assenza di malattie, magari invocando, in maniera distorta, il principio di eguaglianza di cui all'art. 3 della Costituzione?

In proposito vale la pena segnalare il chiaro orientamento della Corte di Cassazione che esclude l'esistenza nell'ordinamento italiano di un "principio di eugenesi o di eutanasia prenatale", da ritenere in contrasto con "i principi di solidarietà".

È essenziale, perciò, ribadire che il legislatore ha previsto la procreazione artificiale come uno strumento per porre rimedio a eventuali deficienze della capacità di procreare e non per evitare – attraverso l'eliminazione di vite umane – gli eventuali rischi che sono, in natura, legati ad ogni gravidanza.

Inoltre, se si eliminasse il divieto di diagnosi pre-impianto, sarebbero inevitabilmente destinati a cadere, prima o poi, anche gli altri limiti posti dal legislatore all'accesso alle tecniche di procreazione artificiale. In ossequio al principio costituzionale della parità di trattamento, la "possibilità di scelta" tra gli embrioni mediante la diagnosi pre-impianto non potrebbe non essere estesa anche alle coppie che non hanno problemi di sterilità o di infertilità, come ha fatto il Tribunale di Salerno nella decisione sopra ricordata, trasformando la procreazione assistita, da strumento per porre rimedio a eventuali deficienze della capacità di procreare, in un vero e proprio metodo generalizzato di selezione della razza.

4. Il divieto di fecondazione eterologa

Quanto, poi, alla fecondazione eterologa, bastano poche notazioni. Tale pratica è espressamente vietata dall'art. 4, comma 3 della legge n. 40, con una norma alla cui violazione l'art. 12, comma 1, collega una sanzione amministrativa di carattere pecuniario.

Il divieto di inseminazione eterologa trova il proprio fondamento nell'esistenza, nell'ordinamento costituzionale, di una vera e propria responsabilità per procreazione, desumibile, secondo la dottrina e la giurisprudenza, dalle previsioni del primo comma



dell'art. 30 della Costituzione, per il quale “è dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio”.



Dall'esistenza di tale dovere deriva la conseguenza, evidenziata da Giovanni Jacobbe (*La giurisprudenza fonte primaria del diritto?*, in *Giust. civ.*, 2000, I), che “il legislatore ordinario non può recidere il vincolo giuridico che il precetto costituzionale determina come effetto della procreazione”.

A ciò si aggiunga il rilievo che assume l'interesse della persona a conoscere il proprio patrimonio genetico, ove si tenga conto anche delle moderne acquisizioni scientifiche in tema di cura di molte malattie che tendono, per l'appunto, a basarsi su detto patrimonio.

5. Osservazioni finali

Le note che precedono danno conto di alcune delle ragioni che giustificano la scelta compiuta dal legislatore nel 2004 di vietare la diagnosi pre-impianto e la fecondazione eterologa. Questi divieti, oltretutto, sono stati oggetto di referendum popolari nel 2005, con gli esiti a tutti noti.

Fallita la via referendaria, il tentativo di scardinare tali previsioni avviene in questo periodo attraverso un abuso dello strumento del processo civile.

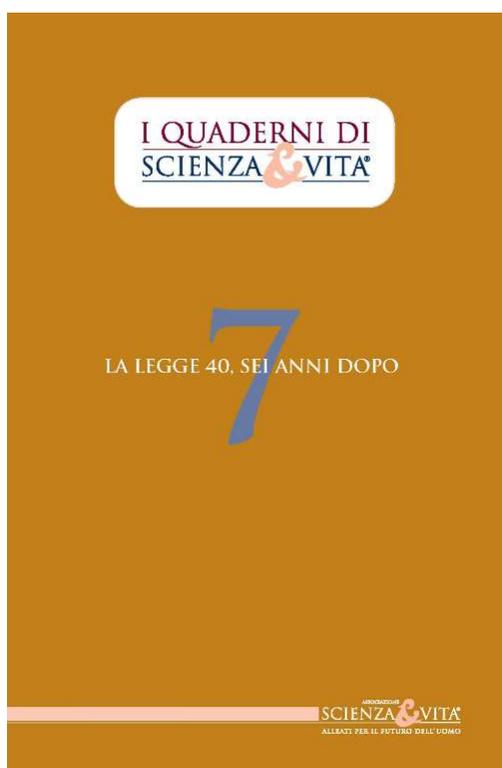
In particolare, per ricorrere alla diagnosi pre-impianto si instaurano giudizi simulati, nei quali alcune coppie citano in giudizio i centri di procreazione assistita, di fronte al rifiuto di questi ultimi di procedere a tale diagnosi.

Davanti al giudice i centri stessi non si oppongono alle richieste della coppia e anzi dichiarano di concordare con le stesse, ma di non poter procedere alla diagnosi in quanto vietata dalla legge n. 40. Il giudice procede, pertanto, a fornire della legge n. 40 del 2004 un'interpretazione che non tiene alcun conto delle previsioni innanzi ricordate e tale da garantire alle coppie la possibilità di poter ricorrere alla diagnosi pre-impianto.

A prescindere dalla problematica della nullità dei suddetti processi, rimane il fatto che provvedimenti giudiziari come quelli ora citati violano i pochi principi di civiltà giuridica garantiti dalla legge n. 40 del 2004 – ai quali accennava Giuliano Vassalli nello scritto ricordato in apertura – e contribuiscono a rendere ancor più evidente come le tecniche di procreazione artificiale finiscono per ridurre, come avvenuto in altre epoche drammatiche della storia, a “cosa” l'essere umano.



* Professore Associato di Diritto Costituzionale, Università Europea di Roma



Nel febbraio del 2004, dopo un lungo dibattito che ha attraversato diverse legislature nel corso di quasi 20 anni, venne approvata in Parlamento, da una maggioranza trasversale, la legge 40, la prima legge in Italia sulla Procreazione Medicalmente Assistita. Da quell'evento sono trascorsi sei anni, intensi e produttivi, non privi di complessità in merito ad una lettura autentica e all'applicazione corretta di tale legge. Oggi, l'Associazione Scienza & Vita – allora costituitasi come Comitato in difesa della legge 40 contro i referendum abrogativi (giugno 2005) – ha chiesto ad alcuni studiosi, soprattutto medici, ostetrici, scienziati, giuristi e bioeticisti, di aiutarla a “fare il punto” sul percorso della legge e sulla sua attuazione.

INDICE

INTRODUZIONE

di Paola Ricci Sindoni e Paolo Marchionni

PROSPETTIVE ANTROPOLOGICO-BIOETICHE

SUL PROCREARE: CONSIDERAZIONI BIOETICHE

di Maria Luisa Di Pietro e Dino Moltisanti

I CENTRI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA: NUOVE PRASSI OPERATIVE?

di Assuntina Morresi

LETTURE

a cura di Palma Sgreccia

IL SENSO DELLA NASCITA

di Hannah Arendt

RIMANERE APERTI AL NON CERCATO

di Michael J. Sandel

PROSPETTIVE SCIENTIFICHE

I RISULTATI DELLA LEGGE 40 ATTRAVERSO LE RELAZIONI MINISTERALI
di Lucio Romano ed Emanuela Lulli

LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO SCIENTIFICO A PARTIRE DAI “PALETTI” DELLA LEGGE: UN'ESPERIENZA TUTTA ITALIANA
di Eleonora Porcu

LA PREVENZIONE DELLA STERILITÀ: NOVITÀ DAL MONDO SCIENTIFICO
di Clementina Peris

L'INSEGNAMENTO DEL METODO BILLINGS NELL'INFERTILITÀ DI COPPIA
di Paola Pellicanò

CONSULENZA IN TEMA DI PMA: ESPERIENZE CONCRETE
di Daniela Notarfonso

PROSPETTIVE GIURIDICHE

IL FONDAMENTO COSTITUZIONALE DEL DIRITTO ALLA VITA DEL CONCEPITO
di Filippo Vari

I PUNTI FONDAMENTALI DELLA LEGGE 40: PROFILI APPLICATIVI

APPENDICE:

PRESENTAZIONE AL PARLAMENTO DI UNA PROPOSTA DI LEGGE PER LA MODIFICA DELL'ART. 1 DEL CODICE CIVILE SULLA CAPACITÀ GIURIDICA DEL CONCEPITO
di Carlo Casini

PROFILI DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE: COME SI È TENTATO DI STRAVOLGERE LA LEGGE
di Marina Casini

PERCORSI TEMATICI

Cinema: IL CINEMA ITALIANO E LA MATERNITÀ
di Paola Dalla Torre

Letteratura: VENUTO AL MONDO
di Giovanna Costanzo

Arte: LA VISITAZIONE E L'ATTESA DELLA VITA
di Anna Delle Foglie

LINGUA E ANTILINGUA

IL “LEGALESE” DELLA PMA
di Pier Giorgio Liverani

GLOSSARIO
a cura di Ilaria Nava

GLI AUTORI

L'ASSOCIAZIONE SCIENZA & VITA

LE ASSOCIAZIONI SCIENZA & VITA SUL TERRITORIO NAZIONALE

I QUADERNI GIÀ PUBBLICATI

**Per saperne di più, scarica il quaderno dal sito associativo alla pagina:
<http://www.scienzaevita.org/quaderni.php>**



IVG | Autentica esplosione nel Regno Unito e in Francia

ABORTO UNDER 20, L'ITALIA TIENE MA LA PILLOLA DEL GIORNO DOPO...

di Ilenia Nava*

Sono stati presentati a Bruxelles all'inizio di marzo i dati dello spagnolo Istituto di politica familiare (Ipf) sull'aborto in Europa nell'anno 2008. Sono cifre a sei zeri quelle che attestano le interruzioni di gravidanza nei 27 Paesi dell'Unione Europea: 1,2 milioni di aborti nel 2008 – oltre 3mila al giorno – a fronte di 5,4 milioni di nascite. Il che equivale a dire che il 18,3% delle gravidanze iniziate sono terminate con una ivg. Se invece consideriamo tutto il Vecchio continente anziché la sola Ue, le cifre salgono a 2,9 milioni, ossia 7.468 aborti al giorno, che fanno dell'ivg la prima causa di mortalità in Europa. L'anno scorso lo stesso ente ha divulgato i dati relativi all'ultimo decennio in Europa, che documentano 13 milioni di gravidanze interrotte.

Un trend che ha registrato il più alto incremento in Spagna, dove dal 1998 le interruzioni di gravidanza sono aumentate del 115%, arrivando a 115mila nel 2008, dato che comunque non raggiunge la quota italiana, pari a 121mila ivg, che però, contrariamente alla Spagna, nell'ultimo decennio è lievemente in flessione. Sempre la Spagna vede nell'ultimo decennio un vertiginoso aumento (del 213%) di donne che abortiscono più di una volta.

Su questi dati incidono differenti fattori. Un ruolo non trascurabile va assegnato alle differenti discipline dell'ivg nei vari Paesi. Tra i 27 Paesi della Ue solo in 2 è considerato una pratica illegale (Irlanda e Malta), in 14 è praticabile in presenza di particolari condizioni, in 11 è libero. Un altro fattore di incidenza è la pratica dell'aborto chimico. La Ru486 è stata appena approvata in Italia ma è già presente da anni in altri Paesi della Ue, come la Francia e l'Inghilterra che registrano, insieme alla Romania, il più alto numero di aborti in termini assoluti. Un altro dato non trascurabile ma difficilmente inquadrabile è l'utilizzo della pillola del giorno dopo. Anche se legalmente considerato "contraccettivo d'emergenza" e quindi

escluso dai dati sull'aborto, la sua azione si dispiega sia sull'ovulazione sia sull'annidamento dell'embrione, a seconda del periodo del ciclo in cui viene assunta, con un effetto abortivo. In Italia per ottenerla è necessaria una ricetta medica, mentre in altri Paesi è liberamente acquistabile in farmacia se non, come avviene in un progetto avviato nel Regno Unito, distribuita gratuitamente a scuola. Ed è proprio quest'ultimo Paese ad evidenziare, oltre al più alto numero di ivg in termini assoluti (215mila), uno strabiliante numero di aborti tra le ragazze con meno di 20 anni: 46.897 nel solo 2008, seguito dalle 31.779 della Francia, dove pure la pillola del giorno dopo è distribuita gratuitamente nelle scuole e non ha l'obbligo di ricetta. In Italia gli aborti delle under 20 sono "solo" 4.100. Dati che dovrebbero far riflettere chi vorrebbe anche nel nostro Paese un'ampia e gratuita diffusione della pillola del giorno come prevenzione per l'aborto.



*Giornalista



CSS | Il parere del Consiglio conferma una linea di prudenza

LA RU 486 IN OSPEDALE? COERENZA PROFONDA CON LA 194

di Emanuela Vinai*

Con il parere del Consiglio Superiore di Sanità del 18 marzo scorso che sancisce l'obbligo di ricovero, è arrivata l'ennesima riconferma delle modalità per la somministrazione e l'utilizzo della Ru486.

Il Ccss, ha dichiarato il ministro della Sanità Ferruccio Fazio nel dare la notizia, ha espresso il suo parere "anche sulla base della letteratura internazionale in materia e del parere di un altissimo magistrato della Corte Costituzionale".

In realtà il parere dei giorni scorsi rafforza una linea interpretativa ben consolidata. Non è la prima volta, infatti, che il Consiglio si esprime sull'aborto chimico e le pronunce in tal senso sono sempre state univoche e improntate alla massima garanzia per la salute delle donne. In ben due pareri precedenti si evidenzia la necessità del ricovero in strutture ospedaliere alla luce dei rischi dell'interruzione chimica di gravidanza e la non prevedibilità del momento dell'aborto.

Nel dettaglio, già il 26 febbraio 2004, stante la sperimentazione di utilizzo al Sant'Anna di Torino, la direzione generale dei farmaci e dispositivi medici chiese al CSS di esprimere parere relativamente a "Sperimentazione clinica, interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone (RU486) e misoprostolo. Richiesta di parere sulle garanzie di tutela, contro i potenziali rischi da interruzione di gravidanza, al di fuori delle strutture sanitarie, ai fini della compatibilità giuridica con le disposizioni della legge n.194 del 1978, con particolare riguardo all'articolo 8".

La sezione V del CSS, nel parere del 18 marzo 2004, mise in evidenza come "l'esecuzione della sperimentazione di cui trattasi possa ritenersi legittima, e cioè conforme all'articolo 8 della legge n 194 del 1978 solo nel caso in cui essa si svolga in ambito ospedaliero".

Così, nel dicembre del 2005, a seguito della richiesta di chiarimenti da parte dell'allora ministro Francesco Storace, l'assemblea generale del Consiglio il 20 dicembre ritenne che "l'introduzione e l'impiego in

Italia del medicinale Mifegyne (mifepristone), indicato per l'interruzione di gravidanza, non possono essere in conflitto con la specifica disciplina della legge 194/1978; pertanto l'associazione di mifepristone e misoprostolo deve essere somministrata in un ospedale pubblico o in altra struttura prevista dalla legge e ivi la donna deve essere trattenuta fino ad aborto avvenuto".

In attesa delle linee guida per il monitoraggio e la somministrazione, attese a breve, quest'ultimo parere scioglie uno dei principali nodi del dibattito intorno alla Ru486: la compatibilità tra la pillola abortiva e la legge 194 e l'applicazione della normativa in materia da parte delle Regioni.

In seguito al parere del CSS il ministro Fazio ha infatti firmato la notifica alle Regioni in cui si invitano gli assessorati a "garantire che le strutture si adegueranno" alle modalità indicate.

Queste chiare direttive pongono dei paletti precisi alle Regioni che erano decise a ricorrere al day hospital. Nei fatti, però, non è possibile ignorare che tali indicazioni potrebbero rivelarsi di difficile applicazione. A fronte di una semplice firma sul modulo di dimissione, non saranno poche le donne che sceglieranno, più o meno consapevolmente, di ignorare i rischi e proseguire con la procedura nella solitudine delle proprie abitazioni.

Sarà quindi in capo al medico di turno che si concentrerà la responsabilità maggiore: sarà sua cura e suo preciso onere, in scienza e coscienza, assicurarsi che la tutela della salute della donna sia sempre adeguatamente salvaguardata.

E magari farsi carico anche di un'adeguata illustrazione delle ragioni che hanno spinto il sistema sanitario nazionale a farsi carico dell'utilizzazione della pillola RU486 esclusivamente nell'ambito della struttura sanitaria, nel sostanziale rispetto delle direttive generali della Legge 194, per l'inderogabile necessità di tutelare la salute della donna che malauguratamente decida di interrompere la gravidanza.



*Perfezionata in bioetica
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma



MIDOLLO OSSEO | In Europa un bilancio estremamente incoraggiante

IL TRAPIANTO DI STAMINALI ADULTE DA' CERTEZZE. UN TREND IN CRESCITA

di Marco Bregni*

Nel dibattito in corso sulla stampa e sui media, pochi hanno notato che le cellule staminali adulte vengono già utilizzate in clinica da almeno 50 anni con risultati molto positivi. Ci riferiamo al trapianto di midollo osseo, ormai denominato trapianto di cellule staminali ematopoietiche, le cui prime applicazioni cliniche risalgono agli anni '60 e che è attualmente una procedura clinicamente sicura e affidabile. Secondo i dati del Gruppo Europeo di Trapianto di Midollo Osseo (EBMT), nel 2008 sono stati eseguiti 26.810 trapianti, di cui 16.000 autologhi (dal paziente stesso) e 10.000 allogenici (da donatore), da 615 centri specialistici in 42 paesi europei. Principali indicazioni sono le leucemie acute e croniche, le malattie linfoproliferative (linfomi, mieloma), alcune malattie autoimmuni, malattie genetiche, alcuni tumori solidi. In Europa si prevede un incremento dei trapianti del 13% dal 2005 al 2010: in Europa il loro numero è stato superiore ai 400 per 10 milioni di abitanti nel 2008.

Il trapianto si basa su due principi biologici: le cellule progenitrici del midollo osseo si possono prelevare e congelare, poi una volta reinfuse in vena, raggiungono naturalmente la loro sede (il microambiente midollare) dove proliferano e danno origine alle cellule mature del sangue. Le cellule staminali del sangue, come tutte le cellule staminali, hanno due proprietà fondamentali: sono in grado di riprodurre se stesse, mantenendo un numero adeguato di cellule pluripotenti, e di proliferare e dare origine a cellule mature, capaci di svolgere compiti specializzati (trasportare l'ossigeno, difendere dalle infezioni, proteggere dalle emorragie).

Come funziona il trapianto di midollo osseo, o di cellule staminali? Nel trapianto autologo le cellule vengono prelevate dal paziente stesso, congelate e reinfuse dopo dosi elevate di chemioterapia. Lo scopo del trapianto autologo è poter somministrare una chemioterapia a dosi elevate,

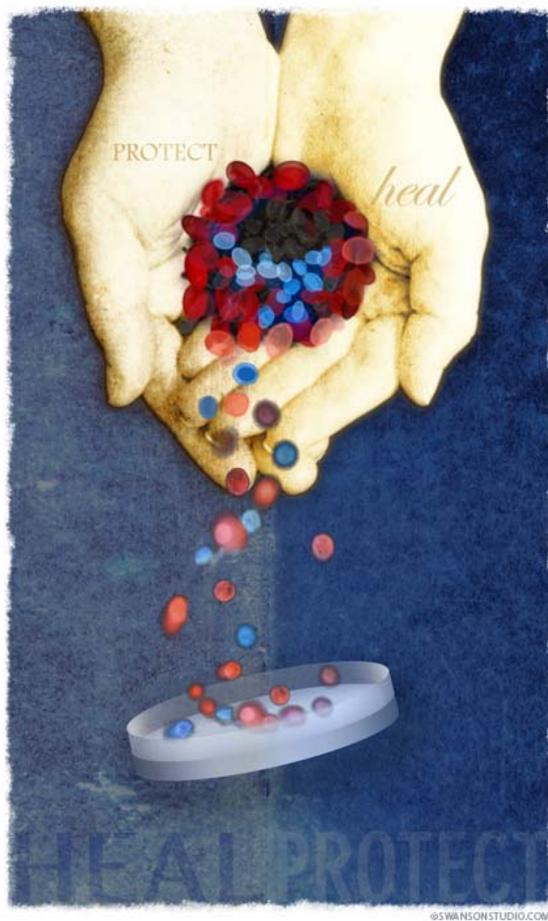
tali da eliminare il tumore in modo efficace senza tener conto della tossicità al midollo osseo. Nelle malattie autoimmuni (lupus, sclerodermia, sclerosi multipla, etc) si utilizza la stessa procedura a scopo immunosoppressivo e immunomodulante (si inibisce temporaneamente il sistema immunitario per sopprimere le cellule che causano la malattia).

È nel trapianto allogenico che tutte le potenzialità di questa procedura si dispiegano. In questo caso le cellule provengono da un donatore compatibile (dal midollo osseo, o dal sangue opportunamente stimolato con fattori di crescita midollari); la compatibilità si può verificare nell'ambito della stessa famiglia, tra fratelli o sorelle, e la probabilità che un familiare sia pienamente compatibile è del 25%. Diminuendo sempre più le famiglie numerose, e quindi i donatori potenziali, sono aumentati negli ultimi anni i trapianti da donatore cosiddetto "alternativo": donatori volontari (sono ormai più di 12 milioni nel mondo), iscritti ad un apposito Registro, e donatori parzialmente compatibili, normalmente familiari con una compatibilità non completa, dalle cui cellule attraverso complesse procedure si selezionano solo le cellule staminali eliminando le cellule immunocompetenti. I trapianti da donatori alternativi sono aumentati negli ultimi anni, fino a costituire ormai il 50% dei casi nei pazienti con leucemia.

Negli ultimi anni sono aumentati inoltre i trapianti con cellule staminali da cordone ombelicale, prelevate al momento della nascita e conservate in azoto liquido in apposite banche, in condizioni che ne permettono l'utilizzo anche dopo 10 anni. Le cellule staminali cordonali sono relativamente poche, e quindi talvolta insufficienti a ricostituire l'ematopoiesi di adulti di peso elevato, ma sono allo studio metodiche di moltiplicazione delle cellule staminali "in vitro" che ne consentano l'incremento numerico conservandone le caratteristiche di "staminalità".



Emerge da questo veloce quadro che il trapianto di midollo osseo è interamente basato sull'impiego di cellule staminali adulte, e che non sono necessarie le cellule staminali embrionali per questa terapia: oltre ai rischi insiti nel loro uso, l'esperienza clinica acquisita in questi 50 anni dovrebbe essere di insegnamento a quanti continuano a sostenerne la necessità.



Esistono mezzi per raggiungere lo scopo che non danneggiano embrioni e sono più scientificamente solidi della ricerca sulle cellule staminali embrionali.

La posizione antropologica espressa dalla Chiesa è in grado di comprendere meglio anche la realtà scientifica e la ricerca sulle cellule staminali: la realtà non è pienamente comprensibile se non si usano tutte le possibilità messe a disposizione dalla ragione, o se si tenta di imporre alla realtà i propri pregiudizi (cioè, il metodo è imposto dall'oggetto).

Come ha detto il Papa a Ratisbona: «l'ethos della scientificità del resto è volontà di obbedienza alla verità e quindi espressione di un atteggiamento che fa parte delle decisioni essenziali dello spirito cristiano.

Non ritiro, non critica negativa è dunque l'intenzione; si tratta invece di un allargamento del nostro concetto di ragione e dell'uso di essa».



** Direttore UO Oncologia Medica,
Ospedale San Giuseppe, Milano;
Chairman, EBMT STWP;
Presidente Associazione Medicina e Persona.*



LEGGI 104 | Esclusi dai permessi i parenti e gli affini di terzo grado

ASSISTENZA AI DISABILI RIFLESSIONI SULLA “STRETTA”

di Stefano Colucci*

Lil 3 marzo 2009 è stato approvato definitivamente dal Parlamento il disegno di legge 1167-B¹⁷, provvedimento collegato in materia di lavoro alla manovra di finanza pubblica per gli anni 2009-2013. L'articolo 24 del testo dispone sostanziali modifiche alla disciplina in merito ai permessi per l'assistenza ai portatori di handicap, regolata dalla nota legge 104 del 1992. Le nuove regole rappresentano un significativo intervento su un aspetto delicato del corpus dei diritti dei lavoratori, perché è forte la ricaduta su altri diritti, quelli del cittadino in stato di disabilità. Nell'ottica di una politica di riduzione degli sprechi e di razionalizzazione della pubblica amministrazione, come sostenuto dal ministro Brunetta, si inseriscono numerose novità: sono esclusi dai permessi i parenti e gli affini di terzo grado del soggetto con handicap, riservandone la concessione solo fino al secondo grado di parentela (nonni, nipoti, fratelli, sorelle, cognati, comunque conviventi). L'eccezione che restituisce la possibilità di usufruire dei permessi ai parenti di terzo grado si concretizza quando la persona da assistere ha genitori o coniuge oltre i 65 anni o in stato di disabilità grave. Dato saliente delle nuove norme è che ogni soggetto disabile genererà un diritto ai permessi per assistenza per una sola persona, tranne nel caso di genitori naturali o adottivi, che comunque dovranno alternarsi nei periodi di permesso.

I provvedimenti meritano una riflessione. L'irrigidimento della normativa in merito alla concessione dei permessi viene motivato con una mole di dati che appaiono certamente di grande effetto: i lavoratori che usufruiscono della legge 104 nel settore pubblico sono il 9% del totale,

mentre nel settore privato sono solo l'1,5%. Tale disparità, non potendo essere imputata a un'illogica maggiore incidenza delle patologie invalidanti tra i familiari dei dipendenti pubblici, viene attribuita ad un largo abuso da parte loro delle possibilità offerte dal legislatore. La stessa distribuzione territoriale dei dati lascerebbe pensare, in prima battuta, a un diffuso e ben localizzato malcostume: i permessi sono maggiormente richiesti nel centro-sud, con dati omogenei e alti (11-13%) nel Meridione e uno strano picco del 16% nella regione Umbria¹⁸. Tale analisi, condivisa da molti che si sono ritrovati a essere testimoni di abuso delle disposizioni della 104/92, è verosimile, ma può essere integrata da qualche osservazione supplementare.

Prima osservazione: in un Paese come l'Italia, dove giustamente si lamentano le insufficienti risorse destinate all'assistenza dei disabili e dei malati lungodegenti presso il proprio domicilio, non sarebbe forse il caso di pensare che oltre ad essere sovradimensionato il dato del settore pubblico è, forse, sottodimensionato il dato del settore privato? Non sarebbe il caso di tutelare un po' di più i lavoratori non pubblici agevolando il godimento di diritti a loro spettanti, verificando magari l'esistenza di ragioni ostative da rimuovere? L'1,5% del settore privato potrebbe essere frutto non solo dello zelo del dipendente, ma anche di contesti lavorativi ostili e non sempre in linea con le regole.

Seconda osservazione: la rilevante percentuale di permessi richiesta al Sud e in alcune regioni del Centro può essere imputata anche alla minore presenza di strutture che offrano assistenza di tipo residenziale ai disabili. La legge 104/92 si applica

¹⁷ Il testo può essere visualizzato copiando il link: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/00453189.pdf

¹⁸ I dati su base territoriale sono ben presentati a pagina 3 de *Il Sole 24 ore* dell'8 marzo 2010.



infatti a malati che abbiano bisogno di presenza e cura presso il proprio domicilio, non ricoverati a tempo pieno, certamente in maggior numero in regioni con minori servizi assistenziali.

Inoltre al Sud è più diffusa la presenza di più generazioni sotto lo stesso tetto e più tardi figli, anche se lavoratori, lasciano casa. Poiché dei permessi possono godere i parenti conviventi, tale condizione non risulta completamente neutra rispetto all'interpretazione dei dati.

Terza osservazione: il risultato emergente dell'Umbria trova corrispondenza in alcune statistiche Istat, aggiornate al 2005, che vedono la regione centrale della penisola in prima posizione per tasso percentuale di disabili: il 6% (tasso grezzo, cioè senza considerare la variabile delle fasce di età). Il dato può essere dovuto al numero consistente di popolazione anziana residente in regione (in effetti il dato percentuale standardizzato, cioè proporzionato alle fasce di età, scende al 5%)¹⁹.



Fin qui le riflessioni sulle ragioni a monte dei provvedimenti. Quello che genera maggiore allarme sono le conseguenze delle nuove norme. Per colpire pochi o molti impostori, che andrebbero con più rigore ricercati e perseguiti, si penalizzano certamente molte persone in difficoltà togliendo loro una risorsa, in primo luogo la possibilità di far assistere un disabile a più membri di un nucleo familiare, per garantire una presenza amica e continuativa per più giorni al mese. Nelle famiglie in cui il disabile necessita di

cure diurne il carico dell'assistenza rischierebbe di ricadere su membri non occupati del nucleo familiare, ragazzi o anziani; ma i primi avrebbero bisogno di dedicare il loro tempo allo studio, già difficile da coltivare convivendo con condizioni familiari complicate, i secondi sarebbero più esposti a situazioni di rischio per la salute. L'altra possibilità sarebbe il ricorso all'ausilio, a proprie spese, di badanti o personale infermieristico, visto che spesso i servizi forniti dallo Stato risultano gravemente insufficienti: soluzione per poche tasche, specie in tempo di crisi. Non si annunciano tempi facili per chi ha malati gravi in casa, occorre un supplemento di speranza.

In realtà il ministro Brunetta ha sottolineato che "eliminando i comportamenti opportunistici si libereranno centinaia di milioni di euro da destinare a chi ne ha davvero bisogno".²⁰ A tal fine il disegno di legge prevede l'istituzione di un database ministeriale per monitorare le certificazioni di disabilità e i soggetti destinati all'assistenza. Ci auguriamo che l'accorgimento individuato funzioni efficacemente e che le risorse ricavate dai risparmi vengano davvero utilizzate per chi ne ha più bisogno.



**Docente di Lettere e Latino*

¹⁹ I dati riportati sono pubblicati dal sito realizzato dal Ministero del Lavoro e dall'Istat www.handicapincifre.it.

²⁰ Gianni Trovati, *Statali in permesso per 34 milioni di giorni*, Il Sole 24 Ore, p.3, 8 marzo 2010



Sofri e il caso del giornalista della BBC protagonista di un'eutanasia

TROPPE SCELTE DI MORTE SPACCIATE PER SCELTE D'AMORE

di Umberto Folena*

«**S**i muore soli, e soli, alla fine, si decide. Il suicidio assistito, quando non diventi lo schermo dell'infame proposito di sbarazzarsi di un'esistenza altrui troppo molesta o troppo costosa, è l'attenuazione di quella irriducibile solitudine».
Adriano Sofri, La Repubblica, 18 febbraio 2010

Sofri prende le mosse dalla vicenda di Ray Gosling, 71 anni, giornalista della BBC, arrestato con l'accusa di omicidio volontario. Durante un programma regionale del Nottinghamshire aveva affermato di aver ucciso, soffocandolo con un cuscino, il compagno ammalato di Aids, sofferente di atroci dolori.

Di macchie qui ce ne sono più d'una. Sbaglia Sofri quando afferma che si muore soli, lasciando intendere che è un'ineluttabilità: si muore soli sempre e comunque. Questo non è vero e in ogni caso non dovrebbe essere così. Di più: una priorità della società civile, con la comunità ecclesiale come avanguardia, dovrebbe essere di garantire ad ogni ammalato terminale di non morire solo, mai e poi mai. Perché è vero, la tentazione del suicidio assistito, o dell'eutanasia (quale voce sia più scorretta politicamente, fate voi), nasce solamente in chi è colto dalla disperazione: perché non riesce a sopportare il dolore, perché è disperatamente solo. Non è ineluttabile la solitudine; né lo è – seconda macchia – il dolore. Le recenti disposizioni in merito alle cure palliative giungono in ritardo ma anche provvidenziali, per far compiere all'Italia un passo energico verso la civiltà. Soffrire non è obbligatorio; soffrire fino alla nausea, alla disperazione, al desiderio di morire è disumano; ma le terapie per impedirlo esistono. Ed è strano, e inquietante, che nel suo lungo articolo Sofri non ne parli, come se davvero l'unica via d'uscita dal dolore sia la morte procurata.

La terza macchia è quella che più fa pensare. Sofri conclude il suo intervento parlando di Gosling: «Forse è vanitoso, forse è stanco. Non so niente di lui, ma mi sembra possibile, oltre che augurabile, che l'abbia detto ora per la stessa ragione per cui lo fece: per amore».

Nessuna parola è stata oggetto d'abuso quanto la parola amore. Nella campagna per l'eutanasia, poi, l'amore è più frequente che nelle cartine dei Baci Perugina. Tutti coloro che aiutarono Welby a morire lo fecero mossi d'amore; l'amore paterno è all'origine

della decisione di Beppino Englaro... Va da sé che chi muove obiezioni, esercitando il pensiero critico, è una persona che odia, o almeno non sa riconoscere le ragioni dell'amore. Troppe scelte di morte vengono spacciate per scelte d'amore; un notissimo giornalista, nella sua rubrica di dialogo con i lettori, è giunto ad affermare che l'aborto è una profonda scelta d'amore; va da sé che chi cerca di impedire un aborto, non saprebbe amare.



Gosling, probabilmente, ha davvero compiuto una "scelta d'amore". Ma l'amore male indirizzato ha indotto singole persone e interi popoli a compiere le peggiori nefandezze. Tutti i dittatori compiono scelte d'amore: verso se stessi, si capisce. Certo "amor di patria" che induce a odiare altri popoli, fino a volerli sterminare, è un amore perverso. Non basta dire "amore" per rendere virtuosa una scelta troppo palesemente di morte per esserlo. Soprattutto troppo priva di speranza. Può mai esistere un amore senza la speranza?



*Giornalista



La Repubblica - 18 febbraio 2010

Che pensiamo di un uomo che uccide per amore

Ieri il signor Ray Gosling, 71 anni, è stato arrestato dalla polizia del Nottinghamshire con l'accusa di omicidio volontario. L'omicidio risale ad alcuni anni prima - non si sa quanti, finora. La vittima è finora senza nome. Ad accusare Gosling, famoso giornalista della Bbc, è stato Gosling stesso, nel corso di una trasmissione regionale registrata nel dicembre scorso, e mandata in onda tre giorni fa. Il video era ieri in tutti i siti d'informazione. Un uomo anziano cammina fra le tombe con il vento che gli drizza i radi capelli bianchi, tira fuori le mani dalle tasche per rifare gesti di allora, ha una voce ferma che si incrina alla fine. Gosling ha raccontato che il suo compagno, malato di Aids in tempi in cui ancora la malattia non dava scampo, era ricoverato in ospedale e soffriva dolori terribili. Il medico avvertì che non restava più niente da fare. Gosling chiese di essere lasciato solo col morente e lo soffocò con un cuscino. Al rientro del medico disse: «È andato». Il medico non aggiunse parola. Gosling ha spiegato: «Avevamo fatto un patto: se il dolore fosse diventato insopportabile e senza speranza, non avrei dovuto lasciarlo così. Non mi importa delle conseguenze per me: ho fatto quello che ho fatto mosso dal cuore. Non credo di aver commesso un delitto». E noi che cosa crediamo? In Inghilterra la discussione sulle questioni di vita e di morte è drammaticamente tesa, si legge: ma anche da noi, ormai. Là si agita soprattutto il tema del suicidio assistito. Mi colpisce intanto una differenza laterale, che non so se attribuire al common law. I giudici italiani, in teoria almeno, parlano attraverso le sentenze, mentre i giudici britannici parlano con la voce propria commentandole in aula, ciò che a noi sembra cinematografico e inappropriato, benché dopo aver così liberamente parlato i giudici d'oltremare non si affrettano a candidarsi alle elezioni. Neanche un mese fa una ex infermiera del Sussex, Gay Gilderdale, 55 anni, era stata assolta dall'accusa di aver aiutato a morire la propria figlia Lynn, ammalata da 17 anni di encefalomielite mialgica. Nel corso di quegli interminabili anni e giorni e notti la giovane aveva implorato tante volte la morte, aveva tentato ripetutamente di uccidersi, aveva riempito della sua supplica pagine di diario e di corrispondenza, aveva dettato il suo rifiuto di essere rianimata e mantenuta artificialmente in vita. Sua madre, quando smise di resistere, ricorse alla morfina e ad altri farmaci per aiutarla a morire nel modo meno doloroso. In tribunale ha detto: «Ti senti il cuore strappato dal petto perché l'unica cosa che vorresti è farla stare meglio, farla sopravvivere». Ancora il cuore: chiamato in causa al vecchio modo, vedete, anche da persone cui professione e disgrazia insegnano a conoscere anatomia e patologia. Pronunciato il verdetto di non colpevolezza della giuria, il giudice si è rivolto aspramente alla pubblica accusa: «Che cosa ci fa questa imputata in tribunale?». Il processo doveva stabilire se i farmaci fossero stati o no decisivi a procurare la morte di Lynn. Il commento del giudice ha tagliato corto: «La sua scelta di morire è stata comunque pienamente consapevole». Pochi giorni fa è stata invece condannata un'altra madre, Frances Inglis, che aveva procurato con un'overdose di eroina la morte del proprio figlio, sofferente di gravi lesioni cerebrali e anche lui dichiarato malato terminale, ma, a differenza di Lynn, incapace di manifestare una limpida volontà di morte. Il commento del giudice, in questo caso, è stato: «Nessuno ha il diritto di prendere la legge nelle proprie mani e di mettere fine a una vita umana». Nel dicembre del 2008 un altro processo aveva giudicato i genitori di Daniel James, un rugbista ventitreenne rimasto paralizzato dal collo in giù, che

li aveva persuasi, vincendo le loro angosciate resistenze, ad accompagnarlo a morire nella clinica zurighese di «Dignitas». Il giudice concluse che il giovane aveva deciso in modo autonomo e lucido di non voler più vivere, che i suoi genitori non erano attivisti del suicidio assistito o dell'eutanasia, e che non c'era alcun interesse pubblico a perseguirli penalmente. E si rivolse a loro: «Non c'è niente che possa dirvi per rendere più sopportabile la vostra perdita. Vogliate accettare le mie condoglianze». Nello stesso dicembre del 2008 Sky Real Lives trasmise il filmato della morte del professor Craig Ewert nella clinica zurighese. «L'alternativa, per me - spiegava Ewert - era fra morire e prolungare una sofferenza indicibile prima della morte». Qualcuno gli mise in bocca un interruttore: lui stesso fu in grado di usare i denti per spegnere la ventilazione. Nove linee-guida sul suicidio assistito sono imminenti in Gran Bretagna, rispetto alla lettera della legge del 1961, che prevede una pena fino a 14 anni per chi istighi o consigli o aiuti a commettere suicidio. Ha pesato la vicenda di Debbie Purdy, una signora 46enne ammalata di sclerosi multipla che ha mosso un'ardua sfida alla legislazione inglese e gallese. Purdy rivendicava il diritto a sapere se suo marito avrebbe dovuto affrontare conseguenze penali dopo averla accompagnata all'estero a suicidarsi. Finora 92 cittadini britannici si sono recati all'estero per essere assistiti nel suicidio: alcuni dei loro famigliari sono stati accusati, nessuno è stato condannato. La signora Purdy ha spiegato che se suo marito avesse dovuto affrontare un processo, lei avrebbe anticipato il suo viaggio svizzero verso la morte così da poterlo compiere autonomamente, prima di esserne fisicamente impedita. L'Alta Corte di Giustizia ammise dunque la sua richiesta, e nell'autunno del 2008 sentenziò che, stante la legge sul suicidio assistito, suo marito non avrebbe potuto ricevere l'assicurazione di non essere perseguito. Sostenendo pubblicamente la sua causa in memorabili comparse televisive, la signora Purdy confutò l'argomento per cui gli ammalati si inducono a desiderare di morire solo perché si sentono abbandonati dalla società, rivendicò la libertà di decisione personale, e il diritto di chi si trovi nell'incapacità fisica di darsi la morte a trovare assistenza. La sua testimonianza mette ancora una volta in luce lo scandalo per cui l'incapacità fisica di metter fine alla propria vita aggiunge, con la persecuzione penale del cosiddetto suicidio assistito, un'ulteriore sventura a chi è già colpito da una malattia inesorabile. Da quando finalmente il tentato suicidio non passa più per reato, è assurdo che lo sia l'aiuto offerto a chi, pienamente capace di capire e volere, non sia materialmente in grado di dar effetto alla propria volontà. Il giudice che si pronunciò sugli infelici genitori del giovane James disse anche che ogni caso va considerato per sé: che è un altro modo di riconoscere la libertà finale di ciascuno sulla propria vita, la cura, fino all'ultimo respiro proprio, fino all'ultimo soffio del ventilatore - o all'opposto la rinuncia alla cura. Ci si illude di una norma assoluta, che provenga da un comandamento religioso o da una legge secolare. Ma si muore soli, e soli, alla fine, si decide. Il suicidio assistito, quando non diventi lo schermo dell'infame proposito di sbarazzarsi di un'esistenza altrui sentita troppo molesta o troppo costosa, è l'attenuazione di quella irriducibile solitudine. Fino a che non si riconosca francamente che questa tremenda responsabilità personale è la condizione della libertà, e dunque anche se ne impediscano le violazioni, ciascuno per agire secondo coscienza dovrà assumersene le conseguenze. Che è quello che il signor Gosling ha appena fatto, con molta naturalezza.

«Il programma parlava della morte assistita - ha detto - e io avevo la mia storia da raccontare». Gosling è un famoso giornalista, un impegnato militante dei diritti gay. Forse è vanitoso, forse è stanco. Non so niente di lui, ma mi sembra possibile, oltre che augurabile, che l'abbia detto ora per la stessa ragione per cui lo fece allora: per amore.

Adriano Sofri



Puntata a sorpresa di "Grey's Anatomy" sugli schermi americani

SE IL MEDICAL DRAMA RISCOPRE IL GIURAMENTO D'IPPOCRATE

di Olga Calabrese

Al pubblico, così come agli esperti del settore è ormai noto quanto il *medical drama* Grey's Anatomy, da qualche stagione a questa parte, si sia definitivamente trasformato in una vera e propria soap opera in corsia. Sono ormai le vicende amorose dei protagonisti a essere al centro della serie, a scapito dei casi medici di puntata, che in prodotti televisivi di questo genere rappresentano occasioni narrative per affrontare le grandi tematiche contemporanee, bioetiche e morali. Gli autori di *Er* l'hanno fatto per anni e il Dottor House continua a far riflettere il proprio pubblico di appassionati. La verità è che la serie di Shonda Rhimes si è da sempre imposta come un *medical drama* a tinte rosa, un telefilm che strizza l'occhio al pubblico femminile, solitamente più propenso a un coinvolgimento emotivo. Dopo tanti episodi di scarso spessore, qualche settimana fa, in America è andata in onda una puntata della sesta stagione molto particolare, costituita per la gran parte da flashback che raccontavano il passato da tirocinanti di quelli che ora sono divenuti esperti chirurghi. La puntata si presenta come una sorta di riflessione sull'essere medico, sul percorso per arrivare a esserlo e sui casi clinici in grado di cambiare una carriera. Tre dottori raccontano alla platea di tirocinanti e colleghi le storie cliniche che hanno cambiato la loro vita. C'è il chirurgo ortopedico (una donna) che racconta quando è riuscita a rimettere in piedi un malato di polio. Poi la mitica dottoressa Baley, supervisore degli specializzandi, che rivela quando scoprì, da tirocinante, l'importanza di trovare la giusta cura senza ricorrere necessariamente all'intervento chirurgico, che notoriamente attira gli studenti come miele per le api. La storia più significativa, però, è quella raccontata dall'ex primario, un nero, sospeso temporaneamente a causa della dipendenza dagli alcolici. Il pubblico assiste così a un flashback ambientato nei lontani Anni Ottanta che vede il dottor Webber tirocinante nello stesso ospedale. Accanto a lui la dottoressa Grey, mamma della protagonista, anch'ella giovane studentessa, destinata a diventare una stella della chirurgia. I due giovani tirocinanti si trovano davanti a un caso particolare: un malato di Aids, in anni in cui ancora non si era a conoscenza delle cause né delle modalità di contagio. Contro il parere del loro capo e degli altri componenti dello staff, tutti impauriti dal virus sconosciuto, i due decidono di fare di testa propria: cureranno quel ragazzo malato, considerato da tutti una causa persa. "Vuole che metta a rischio il mio personale, la mia vita, per un ragazzo con una

sentenza di morte? No, non lo farò. E vi suggerisco di fare lo stesso", afferma duro il supervisore. Ma il giovane Webber risponde: "Abbiamo fatto un giuramento. Dovremmo essere dei medici". A questa offensiva il capo risponde con un'affermazione a sfondo razzista, facendo riferimento al giovane Webber come afroamericano: "Dieci anni fa non le sarebbe stato permesso di far parte del programma. Non osi dire a me che genere di giuramento abbiamo fatto". I due giovani tirocinanti operarono il ragazzo, mostrandogli rispetto e comprensione, ma la malattia ebbe la meglio e in quel preciso momento Webber capì di non essere un supereroe e comprese



quanto il lavoro di medico potesse cambiarlo. Nel finale dell'episodio l'ex capo del Seattle Grace Hospital esorta gli studenti, futuri medici, a ricordare cosa li abbia spinti ad arrivare fin lì e il giuramento che hanno fatto il giorno della loro laurea, perché è facile perdere la retta via. "Mi impegno solennemente a consacrare la mia vita al servizio dell'umanità. Darò ai miei insegnanti il rispetto e la gratitudine che gli è dovuta. Svolgerò la mia professione con coscienza e dignità. La salute dei miei pazienti sarà la mia prima preoccupazione. Rispetterò i segreti che mi sono confidati anche dopo la morte del paziente. Manterrò per tutto ciò che è in mio potere l'onore e la nobile tradizione della professione medica. I miei colleghi saranno i miei fratelli. Non permetterò che considerazioni su età, malattia o disabilità, credo, origine etnica, sesso, razza, affiliazione politica, nazionalità, orientamento sessuale, stato sociale, e ogni altro fattore, interferiscano tra il mio dovere e i miei pazienti. Manterrò il massimo rispetto per la vita umana. Non userò la conoscenza medica per violare i diritti umani e le libertà civili, anche sotto minaccia. Ho fatto questa promessa solennemente, liberamente, e sotto il mio onore". Webber inizia a recitare il giuramento d'Ippocrate con la mano sul cuore e nella commozone generale si conclude un episodio che risolve un *medical drama* che sembra aver perso la retta via.





ENCICLOPEDIA DI BIOETICA E DI SCIENZA GIURIDICA

Vol. 1 Aborto – Azione popolare

AA. VV.

Ed. Scientifiche Italiane (2009), pp. 736, ISBN: 978-88-495-1657-9, €. 92,00

1. La finalità primaria dell'*Enciclopedia di Bioetica e Scienza giuridica* è quella di offrire, in particolare agli operatori sanitari e del diritto, un'opera che contempra, al tempo stesso, le questioni biomediche, etiche e giuridiche riguardanti i diversi momenti della vita umana, dall'inizio alla sua fine naturale. Ovviamente, non si possono non fornire anche alcune nozioni relative alla vita non umana e all'ambiente: perché, in natura, vita umana, vita animale, vita vegetale e ambiente pur mantenendo la loro specificità, sono collegate fra loro da un vincolo inviolabile di solidale armonia, necessario per la loro esistenza.

Abbiamo voluto dare nozioni sulle questioni bioetiche unitariamente nel campo della medicina, dell'etica, dell'ordinamento giuridico italiano e di alcuni ordinamenti giuridici odierni, essendo consapevoli che la società attuale, stante il progresso *latu sensu* medico e l'affermarsi continuo della bioetica, chiede al giurista quale debba essere la relativa legislazione.

2. L'*Enciclopedia* si caratterizza perché, in epoca postmoderna, presenta le questioni bioetiche non come vengono viste attraverso le lenti delle ideologie, ma come "sono" nella loro realtà naturale. Tale caratterizzazione costituisce la linea lungo la quale, di massima, gli Autori delle voci hanno svolto il loro lavoro: linea ideale che, intesa come limite all'individualismo, ha contribuito a fare dell'*Enciclopedia* un mosaico diverso dalle visioni delle varie ideologie. I rischi delle ideologie risultano più presenti nella parte etica. Ma, al fine di rispettare il pluralismo etico e religioso, vengono incluse nell'*Enciclopedia* voci che riportano nozioni sulle diverse concezioni etiche e religiose più significative per le questioni

bioetiche. La maggior parte delle voci etiche sono, per altro, espressione di quella tradizione culturale che ha trasformato la filantropia dei Greci in amore per gli altri e per se stessi, nel rispetto delle predisposizioni naturali, le quali hanno il loro completo svolgimento non nella vita dei singoli individui, ma nella vita della specie. Quanto alla parte giuridica, il discorso è stato più semplice: perché, dire come "sono" le cose nella loro realtà naturale ha implicato assumere come punto d'inizio i principi del diritto romano, in quanto *ars boni et aequi*, e la sua "concretezza", e non le altre concezioni giuridiche.

3. Siamo certi di aver collocato questa iniziativa in un momento significativo della storia del diritto. È risaputo infatti (e lo ha ricordato anche Norberto Bobbio: *L'età dei diritti*), che, dopo l'affermazione dei "diritti fondamentali", dei "diritti sociali" e successivamente del "diritto all'ambiente", è iniziata oggi la stagione dell'elaborazione dei "diritti genetici", i quali hanno per oggetto la corporeità umana, costitutiva della persona.

4. Le voci sono state scritte tenendo presente che i lettori possono anche essere studiosi che non hanno competenze mediche, oppure etiche o giuridiche; da qui l'opportunità di dare un'informazione semplice. [...]



Con l'autorizzazione dei Direttori dell'*Enciclopedia*,
S. Ecc.za Mons. Prof. Elio Sgreccia
e Prof. Antonio Tarantino,
si riporta parte della premessa.



GENDER - GENERE

Chi vuole negare la differenza maschio-femmina? L'alleanza tra femminismo e Chiesa cattolica

Giulia Galeotti

Ed. Vivere In (2009), pp. 122, ISBN: 978-88-7263-347-2, € 5,00

La teoria del gender sostiene che non esistono differenze biologiche tra femmine e maschi, essendo la femminilità e la mascolinità costruzioni culturali indotte, dalle quali bisogna liberarsi per stabilire un'autentica uguaglianza tra gli esseri umani. Prima di addentrarci nel tema, e ricostruire la genesi di questa teoria (analizzandone sviluppi e conseguenze), occorre fare una breve premessa terminologica. Nel suo celebre romanzo *1984*, George Orwell descrive con chiarezza il nesso esistente tra totalitarismo e manipolazione del linguaggio. "Fine specifico della neolingua non era solo quello di fornire (...) un mezzo espressivo che sostituisse la vecchia visione del mondo e le vecchie abitudini mentali, ma di rendere impossibile ogni altra forma di pensiero. (...) Una volta che la neolingua fosse stata adottata (...), ogni pensiero eretico (...) sarebbe stato letteralmente impossibile, almeno per quanto riguarda quelle forme speculative che dipendono dalle parole"²¹. Se non in questi eccessi, anche l'ideologia del gender si fonda su una rivoluzione del linguaggio. Le parole gender e genere (rispettivamente nella lingua inglese ed italiana), derivanti da una radice indoeuropea che significa *produrre* (da cui, per esempio, generare), hanno indicato per secoli la specie o la classe. Stando, ad esempio, all'Oxford Dictionary (edizione 1932), *gender* è "una delle tre categorie grammaticali, corrispondenti più o meno alle distinzioni di sesso (o all'assenza di sesso), in cui vengono suddivisi i nomi, a seconda del tipo di modifiche che impongono alle parole a essi sintatticamente associate". Analogamente, fino a poco tempo fa, nella lingua italiana *genere* era solo un termine grammaticale, riservato alle parole neutre, ai termini inanimati non riferibili a nomi classificabili come maschili e femminili (si veda ad esempio il *Devoto Oli*, edizione 1967). Genere ha dunque indicato a lungo una categoria grammaticale, per poi riferirsi anche ad una categoria concettuale, capace di raggruppare individui o cose aventi rilevanti caratteristiche comuni. A partire dal mondo anglosassone, però, e in anni recenti, il termine è venuto assumendo un nuovo significato, che si è diffuso

molto rapidamente, facendo quasi dimenticare l'originaria definizione. Oggi, infatti, il termine gender indica l'insieme degli elementi culturali che le diverse società e le differenti epoche storiche attribuiscono alle donne e agli uomini. La parola gender va dunque contrapposta alla parola sesso, che si riferisce invece alle differenze biologiche tra maschi e femmine. In altri termini, nella coppia sesso-genero il primo indica la contrapposizione tra l'anatomia dell'uomo e della donna (sesso), e il secondo i costumi, i compiti e i ruoli che vengono attribuiti al maschile e al femminile (gender o genere). Il passaggio da un termine all'altro venne inizialmente presentato come una scelta di eleganza formale. Invece di ricorrere alla parola sesso, politicamente scorretta e un po' volgare, se ne preferiva una più raffinata e rispettosa. Secondo Paola Di Cori, genere, "termine ancora poco frequentato negli anni Ottanta in Europa (...), colpisce per il suo aspetto 'perbene', 'scientifico', meno provocatorio di altri come sesso o differenza sessuale. È quindi spendibile con maggiore disinvoltura a livello accademico"²². Solo in un secondo momento ci si è accorti che il passaggio terminologico sottintendeva in realtà un passaggio di merito: una precisa scelta teorica, filosofica ed ideologica, volta a negare la differenza naturale tra donne e uomini. [...]



Con l'autorizzazione dell'autrice
si riporta parte della premessa.

²¹ George Orwell, *1984*, Milano, Mondadori 2005, pp. 307-308.

²² "Assumendo il termine gender come categoria centrale per designare i propri obiettivi e ambiti di ricerca, come di fatto avviene con grande rapidità, la storia delle donne sembra infine aver acquisito anche dell'altro: un nome con il quale tutti possono identificarla e giustificarne l'esistenza" (Paola Di Cori, *Genere e/o gender? Controversie storiche e teorie femministe*, in "Generi di traverso", a cura di Alice Bellagamba, Paola Di Cori e Marco Pustianag, Vercelli, Edizioni Mercurio 2000, p. 51).



Auguri di Buona e Santa Pasqua



*La Vita è Dono.
Auguri di Buona Pasqua.*

Naviga su www.scienzaevita.org per conoscere opinioni, eventi e notizie dell'Associazione