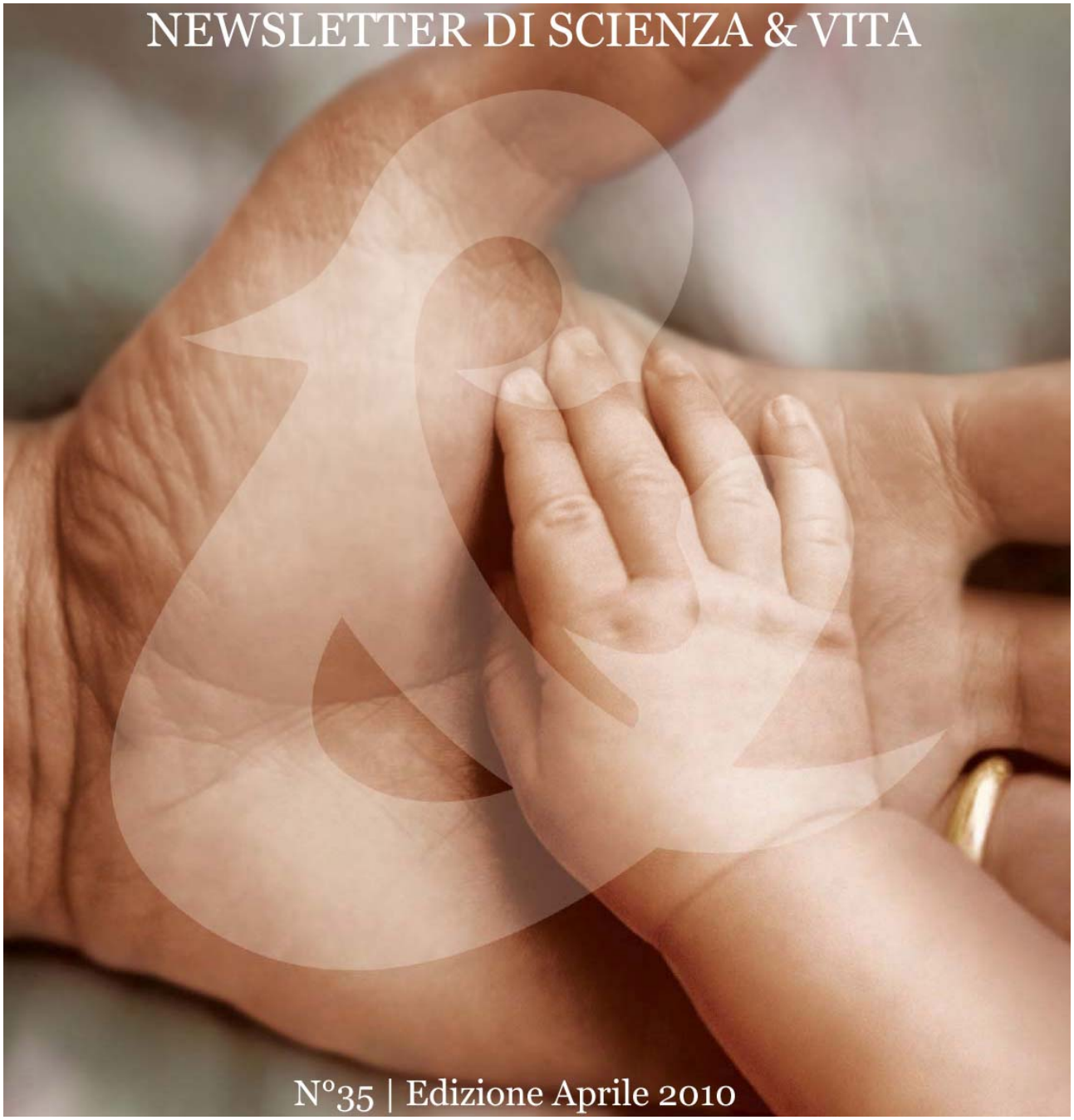


Focus: la RU486

Attualità: fecondazione eterologa, gender

Taccuino della politica

Macchia nera

Biofiction

Biblionote

ASSOCIAZIONE SCIENZA & VITA®
ALLEATI PER IL FUTURO DELL'UOMO

Sommario

FOCUS
Le criticità biomediche dell'aborto chimico
di Lucio Romano 3
La politica non favorirà l'aborto a domicilio
di Eugenia Roccella 5
Necessarie le linee guida e la riforma dei consultori
di Alberto Gambino..... 6

ATTUALITA'
Eterologa, il caso austriaco non può fare onda in Italia
di Francesco Saverio Marini 7
Come un sottomarino l'ideologia del gender
di Giulia Galeotti 9

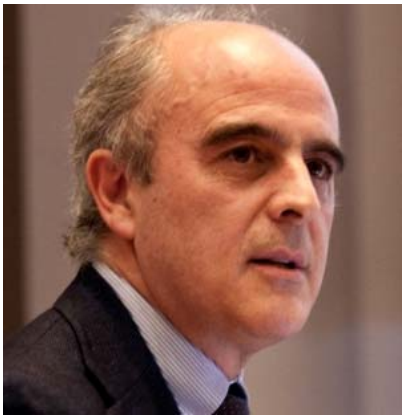
TACCUINO DELLA POLITICA
Altre modificazioni al ddl sulle dichiarazioni di volontà
di Ilaria Nava 11

MACCHIA NERA
E' difficile il dialogo se ci dipingono come splatter
di Umberto Folena 12

BIOFICTION
I disturbi della personalità offrono nuovi spunti narrativi
di Olga Calabrese 14

BIBLIONOTE
Bioetica clinica in odontoiatria 15
Il costo dei figli 16

Direttore responsabile Domenico Delle Foglie



RU486 | Un aggiornamento dalla letteratura specialistica internazionale

LE CRITICITA' BIOMEDICHE DELL'ABORTO CHIMICO

di Lucio Romano*

Il dibattito attualmente in corso sull'RU486, in particolare sulle modalità di ricovero, ripropone alla nostra riflessione alcune considerazioni in merito agli aspetti biomedici. Analizzare la ricerca specialistica potrebbe essere di aiuto per un ulteriore discernimento in merito alle criticità proprie dell'aborto chimico e per favorire un'approfondita indagine circa gli sviluppi futuri.[1] Comunque premessa ineludibile, da richiamare costantemente, è che la procedura in questione è abortiva - con tutte le conseguenze morali, psicologiche e cliniche – e le criticità procedurali e cliniche attinenti non rendono più accettabile o generalmente accettabile la procedura chirurgica, o indirettamente l'aborto in quanto tale riducendo il tutto a sola questione di tecnica.

Etienne Baulieu, già nel 1982 all'Accademia delle Scienze di Francia, delineava il percorso dell'RU486, sia per l'uso abortivo che per l'utilizzo futuro nella cosiddetta contraccezione di emergenza.[2] E' una storia che si sviluppa rapidamente sia sul versante della ricerca che su quello etico-sociale e mediatico. Ad esempio, "*Time*" dedica all'RU486 ben due copertine: la prima il 14 giugno 1993[3] e la seconda il 9 ottobre 2000[4], emblematiche per le questioni che già vengono poste all'attenzione dell'opinione pubblica.

Veniamo ad alcune sintetiche considerazioni biomediche, più recenti, desunte dalle ricerche pubblicate su autorevoli riviste e dalle quali sviluppare opportune riflessioni spesso disattese nel dibattito di questi giorni.

L'azione combinata RU486+misoprostolo è teratogena, soprattutto in quanto riconducibile alla prostaglandina.[5] Infatti nei consensi informati da sottoporre alle donne prima dell'aborto, si raccomanda di informare le donne sui rischi conseguenti a fallimento della tecnica.[6]

---

[1] Romano L, Di Pietro ML, Faggioni MP, Casini M. RU486. *Dall'aborto chimico alla contraccezione di emergenza. Riflessioni biomediche, etiche e giuridiche.* Edizioni ART 2008.

[2] "RU-486 is a steroid which possesses a great affinity for the progesterone receptor, does not have a progesterone activity, but is indeed a strong antagonist of progesterone effects in animals. Oral administration induces the interruption of the luteal phase of the menstrual cycle and that of early pregnancy in women. Its mode of administration and its properties enable us to envisage a new methodology for menstrual cycle regulation and human birth control", in Herrmann W, Wyss R, Riondel A, Philibert D, Teutsch G, Sakiz E, Baulieu EE. *The effects of an antiprogesterone steroid in women: interruption of the menstrual cycle and of early pregnancy*. CR Seances Acad Sci III. 1982 May 17;294(18):933-8.

[3] "The pill that changes everything. A new, simpler way to use RU486 makes abortion a truly personal and private choice. Now comes the battle."

[4] "The abortion pill. It's finally here. But it's not as easy as it looks. Here's how it works and what it means."

[5] "Ocular malformations and dysfunction are frequent findings from early exposure in pregnancy of two teratogens, thalidomide and misoprostol. The most common eye manifestations are unusual ocular motility disorders and tearing aberrations. [...] Mothers of more than 50% of the patients with Möbius sequence in the Brazilian studies gave a history of attempted but failed abortions using misoprostol. [...] To a lesser extent, it also supports the idea that the most common time of exposure is in the 4th to 6th week after fertilization", in Miller MT, Ventura L, Strömland K. *Thalidomide and misoprostol: ophthalmologic manifestations and associations both expected and unexpected*. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2009 Jul 28. [Epub ahead of print].

[6] "Ineffective use of mifepristone and misoprostol in the first trimester of pregnancy may be associated with a risk of Möbius syndrome, primarily due to misoprostol activity. Women with ongoing pregnancy after failed abortion with misoprostol administration should be informed of this risk", in Bos-Thompson MA, Hillaire-

Ciò si traduce in una strada senza ritorno, ovvero dall' "insuccesso" dell'aborto chimico all'intervento chirurgico. I decessi riscontrati dopo RU486+misoprosolo sono riconducibili principalmente a 2 cause: emorragie e sepsi. Consultiamo la letteratura e rileviamo le ipotesi etiopatogenetiche.

Per quanto riguarda la patofarmacologia dell'eccessiva emorragia dopo aborto con RU486, è stato evidenziato tra l'altro che il mifepristone blocca i recettori dei glucorticoidi, ormoni della corteccia surrenale. Ebbene, i glucocorticoidi fisiologicamente prevengono la sovrapproduzione di sostanze che - potenti vasodilatatori - sono associati alla emorragia mestruale. In conclusione l'RU486, inibendo gli ormoni glucocorticoidei, scatena un eccesso di sostanze vasodilatatrici cause delle emorragie.[7] Per quanto riguarda le sepsi, già J.A. McGregor nel 2005, in una lettera all'editore di Contraception, aveva ipotizzato che l'RU486 indebolisce le risposte immunitarie e può predisporre all'infezione letale causata dal *Clostridium sordellii* e da altri patogeni. In modelli animali si era rilevato un aumento della letalità da mifepristone, mediata dalla liberazione in circolo di esotossine del *Clostridium sordellii*, classificate come "lethal" e "hemorrhagic".[8]

Ulteriore fattore favorente la sepsi è il tessuto necrotico che, rimasto in utero, rappresenta un ambiente ideale per lo sviluppo di germi anaerobi come appunto il *Clostridium sordellii.* I germi anaerobi non hanno bisogno di ossigeno per proliferare.[9] Anche il misoprostolo, che viene somministrato dopo l'RU486, indebolisce le difese immunitarie contro il *Clostridium sordellii*, come già dimostrato da R. Nelson e coll.[10]

Per prevenire le infezioni, oltre a modificare la somministrazione del misoprostolo dalla via vaginale[11] a quella orale, la Planned Parenthood suggerisce il trattamento routinario e preventivo con antibiotici.[12]

Tuttavia la sicurezza dell'aborto chimico con RU486+misoprosolo, suffragata dai suoi fautori in ragione della valutazione dei follow-up, è ampiamente sconfessata. Infatti M. Fjerstad M e coll. richiamano le potenziali limitazioni per la mancanza di dati disponibili in riferimento ai controlli delle donne dopo aborto "medico", da cui l'incompletezza dei report pertinenti le infezioni.[13]

A fronte delle gravi problematiche sopra esposte, a tutt'oggi ancora oggetto di dibattito, da parte di altri si ritiene tuttavia di dover facilitare quanto più possibile la diffusione e, quindi, il ricorso all'aborto chimico. Scenario che potrebbe caratterizzare i prossimi anni. Indicativi i seguenti riferimenti. Secondo W.H. Clarka e coll. la semplificazione può concretizzarsi attraverso la riduzione del numero dei controlli medici così dell'uso routinario delle ecografie ("simplifying the first medical abortion visit; eliminating the second medical abortion visit; simplifying the third, or follow-up, medical abortion visit").[14] Ancora, si ipotizza perfino il ricorso alla telemedicina nelle regioni dove l'aborto è definito "unsafe".[15]

Quanto sopra non può che inquietare, poiché rappresenta il fondamento scientifico della banalizzazione di una procedura che concretizza una decisione di per sé drammatica e della quale permarranno cicatrici indelebili nel vissuto della donna.

** Co-presidente nazionale*
Associazione Scienza & Vita

Buys D, Roux C, et al. *Möbius syndrome in a neonate after mifepristone and misoprostol elective abortion.* Ann Pharmacother. 2008 Jun; 42(6):888-92.

[7] Miech RP. *Pathopharmacology of excessive hemorrhage in mifepristone abortions.* Ann Pharmacother. 2007;41: 2002-2007.

[8] McGregor JA, Equiles O. *Risks of mifepristone abortion in context.* Contraception 2005;72(5):393. (Letters to the editor)

[9] Nelson R. *Mifepristone linked to lethal toxic shock syndrome.* The Lancet Infectious Diseases 2006;6:11.

[10] Aronoff DM, Hao Y, Chung J, et al. *Misoprostol impairs female reproductive tract innate immunity against Clostridium sordellii.* The Journal of Immunology 2008;180:8222-8230.

[11] E' stato ripetutamente fatto presente l'uso clandestino del misoprostolo, soprattutto con somministrazione vaginale, per induzione dell'aborto.

[12] Fjerstad M, et al. *Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion.* N Engl J Med. 2009; 361:145-151.

[13] Ibid.

[14] "Simplifying the medical abortion regimen by reducing the number of visits required and by avoiding the routine use of ultrasound imaging has the potential to increase the availability, affordability and acceptability of the treatment and to help it meet its promise as a real alternative to surgical abortion in the first trimester", in Clarka WH, Goldb M, Grossmanc D, Winikoff B. *Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research.* Contraception 2007;75:245-250.

[15] Gomperts RJ, Jelinska K, Davies S, et al. *Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe.* BJOG. 2008; 115(9):1171-1175.

RU486 | Ricostruita la catena delle responsabilità e degli atti

LA POLITICA NON FAVORIRA' L'ABORTO A DOMICILIO

di Eugenia Roccella*

Quando, nel 2006, ho scritto, insieme ad Assuntina Morresi, il libro "La favola dell'aborto facile. Miti e realtà della pillola Ru486", le morti da aborto farmacologico note erano 13. Note per modo di dire: la tragica storia della giovanissima Holly Patterson era stata raccontata dal New York Times, ma nessun giornale italiano l'aveva rilanciata. Con la Morresi ci siamo messe sulle tracce della pillola abortiva e abbiamo scoperto che Holly non era la sola, che negli Usa c'erano stati altri casi, e che anche in Europa, sempre nel silenzio dei media, erano morte alcune donne. Solo Avvenire e il Foglio, però, hanno pubblicato i risultati delle nostre ricerche: per tutti gli altri la Ru486 è rimasta il metodo "indolore" che alleggerisce il trauma dell'aborto. Ancora oggi questo è il messaggio che si cerca di far passare, e pazienza se la letteratura scientifica dice il contrario, e presenta un impressionante elenco di eventi avversi.

Nel frattempo, l'allora ministro della salute Livia Turco, secondo quanto afferma lei stessa, sollecitava l'azienda che produce il farmaco a chiedere l'autorizzazione per l'immissione in commercio all'Aifa, l'ente di farmacovigilanza italiano. Nelle ultime settimane del governo Prodi il Comitato tecnico scientifico dell'Aifa dava quindi il via libera. La pillola, di fatto, era approvata: il Cts può rivedere il proprio parere scientifico solo sulla base di nuove acquisizioni.

Con il governo Berlusconi, di cui faccio parte come sottosegretario, il Ministero chiede comunque informazioni all'azienda che produce il farmaco, e si scopre così che le morti conosciute (escludendo i Paesi da cui non trapelano notizie, come India e Cina, che sono anche quelli dove l'aborto chimico è più diffuso) sono circa 30. Il Ministero informa il Cts dell'Aifa che però conferma il suo parere favorevole, e a novembre l'ente emana la delibera con cui si regola la commercializzazione (solo in ospedale, ed entro i 49 giorni di gravidanza) della pillola.

Scoppia il caso, e il Senato decide di condurre sul tema un'indagine parlamentare. Nell'ambito dell'indagine si chiarisce che la direttiva europea sul mutuo riconoscimento (con cui la Ru486 è stata introdotta in Italia) prevede, quando si tratti di farmaci abortivi e contraccettivi, la prevalenza della legge nazionale su quella comunitaria. Il Ministro Sacconi, in sintonia con il parere della Commissione Sanità del Senato, comunica quindi alla Commissione Europea che l'uso della Ru486 è compatibile con la legge 194 solo se l'intera procedura abortiva avviene in regime di ricovero ordinario. Ma anche il Consiglio Superiore di Sanità, interpellato dal nuovo ministro della Salute, Fazio, delinea un profilo di maggior rischio per chi abortisce con la pillola rispetto a chi sceglie il metodo chirurgico, e indica la necessità di un ricovero ospedaliero ordinario. Sia per adeguarsi alla legge 194, quindi, che per tutelare la salute femminile, le donne dovrebbero rimanere in ospedale fino ad aborto avvenuto.

Ma le Regioni rispetteranno questi pareri, e anche se lo facessero, cosa succederà se le donne firmeranno in massa le dimissioni volontarie tra la prima e la seconda pillola? Va sottolineato anche che eventuali linee guida, per essere valide, dovrebbero essere approvate all'unanimità nella Conferenza

Stato-Regioni, e che i pareri del Css, benché assai autorevoli, non sono vincolanti. Per quanto riguarda le dimissioni volontarie, in realtà il problema riguarda la governance: le donne non tornano a casa se il medico non consiglia loro di farlo e se le indicazioni delle autorità sanitarie sono per la permanenza in ospedale. La responsabilità, alla fine, sarà politica, ed è sul terreno della politica che governo e parlamento dovranno rispondere se, dopo un periodo di assestamento e di attento monitoraggio, si dovesse arrivare, in maniera strisciante, a smontare la legge 194. Perché il rischio è che, grazie a una prassi diffusa, si affermi l'aborto a domicilio, senza nemmeno passare dal parlamento per modificare la normativa. Ma questo, il governo non lo permetterà.

**Sottosegretario alla Salute*

RU486 | Per il rispetto dell'integrità fisica e psichica delle donne

NECESSARIE LE LINEE GUIDA E LA RIFORMA DEI CONSULTORI

di Alberto Gambino*

La vicenda della commercializzazione in Italia della pillola abortiva RU486 ha scoperchiato un vaso di Pandora colmo di prassi distorte e ipocrisie interpretative che segnano l'applicazione ultratrentennale della legge 194. Le autorizzazioni dell'Aifa e dell'Emea (agenzie italiana ed europea per i farmaci), che hanno autorizzato in Italia la commercializzazione della pillola abortiva, sono state erroneamente ritenute idonee ad introdurre in Italia un diritto all'aborto farmacologico senza limiti. Ovviamente non è così in quanto le procedure legali di somministrazione dei farmaci rimangono una prerogativa di ciascuno Stato membro e delle sue articolazioni regionali, che, dunque, possono ritenerle impraticabili laddove individuino motivi di contrasto con la normativa italiana. La legge 194, in particolare, individua nell'art. 1 un principio di ordine generale consistente nel divieto di utilizzare l'aborto contro le nascite di essere umani: l'interruzione volontaria è infatti considerata l'*extrema ratio*, la scelta dello Stato che, davanti a una serie di condizioni, preferisce che non si rischino situazioni di clandestinità dannose per la salute della donna, ma che l'intervento avvenga in una struttura sanitaria. Prima di procedere con l'intervento abortivo, sono previste alcune misure di dissuasione, che si concretizzano in dialoghi, offerte di possibili alternative all'aborto - purtroppo mai adeguatamente attuate - nonché un periodo di ulteriore riflessione lungo un'altra settimana. Con la RU486 accade qualcosa di molto diverso: si tratta di un meccanismo rapido, da realizzarsi entro la settima settimana a partire dal primo giorno dell'ultima mestruazione, dunque sottratte le quattro settimane in cui la donna non sa di essere incinta, in appena venti giorni si deve verificare lo stato di gravidanza, poi recarsi in una struttura per ricevere informazioni, attendere il periodo di dissuasione, quindi chiedere l'interruzione, e, infine, effettuare la pratica abortiva. Come verrà conciliata questa drammatica lotta contro il tempo con l'impalcatura della legge 194, che invece richiede ponderazione, riflessione e strumenti di dissuasione per una scelta che segnerà tutta la vita di chi la compie? Si tratta di indicazioni di ordine legislativo, che non possono essere derogate, ma anzi devono essere vigilate dall'autorità pubblica delegata in materia, cioè il Ministero della Salute. Anche alle autorità regionali spettano, peraltro, compiti di vigilanza necessariamente da armonizzarsi con le indicazioni della legge. In questo senso, l'articolo 15 della 194 dispone che le Regioni promuovano l'aggiornamento dei medici "sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione di gravidanza". Si tratta di un potere-dovere legittimo che rientra tra le prerogative delle istituzioni regionali, le quali, dunque, prima di promuovere prassi, tecniche e protocolli abortivi, devono vagliarne il pieno rispetto dell'integrità, non solo fisica, ma anche psichica della donna, in relazione perciò alle ripercussioni di ordine psicologico ed emotivo, che la nuova tecnica potrebbe provocare. Sotto questo aspetto occorre ricordare che in alcune regioni italiane la prassi sperimentalmente adottata della somministrazione della RU486 non prevede il ricovero ordinario ma il *day hospital*, con la conseguenza che la donna torna a casa, in totale solitudine a fronteggiare i rischi di emorragie. E non può neanche tacersi che nell'attuale legge si disciplina espressamente il solo «intervento» abortivo del sanitario, mentre nell'aborto farmacologico il medico "prescrive" una pillola e ne osserva gli effetti. Davanti a questa situazione foriera di contraddizioni, potranno rivelarsi utili le linee guida ministeriali attualmente in fase di redazione. Ma, in una prospettiva ancor più lungimirante, diverrà decisiva una riforma del sistema dei consultori volta alla tutela della vita nascente, la dissuasione dell'aborto e l'offerta di alternative, evitando che il consultorio funga solo da iter formale della procedura abortiva, che lo ha reso in questi anni un semplice passaggio burocratico.

** Professore Ordinario di Diritto Civile, Direttore del Dipartimento di Scienze Umane, Università Europea, Roma*

CORTE DI STRASBURGO | Nessun riverbero sulla Legge 40 che resta coerente

ETEROLOGA, IL CASO AUSTRIACO NON PUO' FARE ONDA IN ITALIA

di Francesco Saverio Marini*

Nella stampa italiana è stato dato notevole risalto alla recente sentenza, resa il 1° aprile 2010, nell'ambito del procedimento n. 57813/00, "*Case of S. H. and others v. Austria*", dalla Corte di Strasburgo.

Per alcune orientate interpretazioni, infatti, tale decisione finirebbe invece per mettere in crisi la struttura della legge sulla fecondazione assistita e il sotteso contemperamento di interessi e farebbe presagire scenari del tutto nuovi. Certamente si tratta di una decisione rilevante e innovativa per il significato che attribuisce ad alcune disposizioni del Trattato, così come è indubbio che essa possa indurre il legislatore austriaco ad intervenire sulla normativa interna in materia di fecondazione eterologa. Tuttavia, non possono non ritenersi affrettate e fantasiose le conclusioni di alcuni commentatori che prevedono esiti analoghi nei confronti dello Stato italiano per violazione da parte della legge n. 40 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo.

Ma procediamo con ordine e partiamo dalla sentenza.

La pronuncia ha riguardato alcune norme contenute nella *Fortpflanzungsmedizingesetz*, la legge austriaca che disciplina la procreazione medicalmente assistita, ed origina dal ricorso con il quale due coppie austriache, entrambe, anche se in modo differente, affette da sterilità, lamentavano di essersi viste ingiustamente negare l'accesso alle tecniche di fecondazione artificiale per effetto dell'applicazione della *Fortpflanzungsmedizingesetz*.

I ricorrenti assumevano, più in particolare, la contrarietà alla Convenzione della disciplina prevista dal § 3.1 e del § 3.2 della citata legge austriaca, in base alla quale sono espressamente vietati sia il ricorso alla donazione di ovociti che quello alla fecondazione eterologa nel caso di inseminazione "in vitro".

La Corte di Strasburgo, dopo aver esaminato e valutato separatamente i casi delle due coppie, ha concluso per la violazione, ad opera dei menzionati divieti di ovodonazione e di fecondazione eterologa "in vitro", dell'art. 14 CEDU, letto in combinato disposto con l'art. 8 della medesima Convenzione[16].

Le argomentazioni sviluppate dalla Corte possono essere così sintetizzate. Quanto al divieto di donazione di gameti femminili, il Giudice europeo ha ritenuto tale previsione discriminatoria per la coppia ricorrente (nella quale la donna risultava affetta da sterilità assoluta e per avere figli necessitava, quindi, della donazione di ovociti) rispetto ad altra coppia nella quale la sterilità colpisca solo il marito (con conseguente possibilità di ricorrere alla donazione di seme maschile). Ciò, in considerazione del fatto che la legge austriaca, contraddittoriamente, vieta l'ovodonazione ma ammette la donazione di gameti maschili. Con riferimento al divieto di fecondazione eterologa "in vitro", va tenuto conto che nel sistema austriaco è ammesso il ricorso alla fecondazione eterologa "in vivo" e la Corte ha osservato come tale divieto discrimini la coppia ricorrente (nella quale entrambi i coniugi erano affetti da sterilità e potevano, quindi, avere figli ricorrendo esclusivamente alla eterologa "in vitro") rispetto ad altra coppia che può ricorrere alla donazione di seme maschile per una fecondazione in vivo.

[16] L'art. 14, come noto, sancisce il principio di non discriminazione, per cui il godimento dei diritti e delle libertà riconosciuti dalla CEDU deve essere assicurato senza nessuna differenziazione fondata sul sesso, la razza, il colore, la lingua, la religione, le opinioni politiche o quelle di altro genere, l'origine nazionale o sociale, l'appartenenza a una minoranza nazionale, la ricchezza, la nascita o ogni altra condizione. L'art. 8 CEDU, invece, riconosce ad ogni persona il diritto al rispetto della vita privata e familiare.

Il Giudice europeo, in estrema sintesi, ha ravvisato una violazione della CEDU ad opera dei §§ 3.1 e 3.2 della *Fortpflanzungsmedizingesetz* nella misura in cui tali disposizioni distinguono irragionevolmente tra donazione di seme e ovodonazione, tra fecondazione "in vitro" e "in vivo", discriminando l'accesso alle tecniche di riproduzione artificiale.

Ebbene solo un'incauta lettura della motivazione può trarre dalla sentenza *de qua* un espresso riconoscimento a livello europeo di un diritto alla fecondazione eterologa. Tale atto non comporta alcuna capacità espansiva della normativa italiana in materia di procreazione medicalmente assistita, né implica l'illegittimità del divieto di fecondazione eterologa contenuto all'art. 4, comma 3, della legge n. 40/2004.

Va ricordato, infatti, che la Corte di Strasburgo è esclusivamente giudice del fatto e non del diritto. Le decisioni dalla medesima assunte hanno efficacia limitata al caso di specie e alla normativa nazionale di volta in volta presa in esame. Esse risultano, quindi, del tutto inidonee a produrre effetti che trascendono la fattispecie concreta e la legislazione interna oggetto di sindacato, né incidono sulla giurisprudenza costituzionale italiana formatasi in relazione alla legge n. 40/2004.

Gli Stati Contraenti, inoltre, come espressamente affermato dalla Corte con la sentenza di cui si discute, godono di un ampio margine di apprezzamento nel regolare la materia della fecondazione artificiale; margine di apprezzamento che si estende alla scelta se intervenire legislativamente, nonché alle modalità di intervento, purché idonee a garantire il giusto bilanciamento tra interessi pubblici e privati confliggenti.

Il Giudice europeo, in altri termini, non può sindacare le scelte di politica del diritto operate dai legislatori nazionali in materia di procreazione medicalmente assistita, a meno che le stesse diano luogo a trattamenti discriminatori del tutto ingiustificati.

È quanto avvenuto nel "*Case of S. H. and others v. Austria*": la Corte di Strasburgo, infatti, lungi dal contestare la *Fortpflanzungsmedizingesetz* in sé, si è limitata a rilevarne la contraddittorietà intrinseca, evidenziando come tale legge realizzi una irragionevole differenziazione tra donazione di gameti maschili e femminili, tra fecondazione eterologa "in vitro" e in "vivo", tale da generare disparità di trattamento in violazione dell'art. 14 CEDU letto in combinato disposto con l'art. 8 CEDU.

L'incongruenza di fondo della normativa austriaca – che ha condotto, come visto, a ravvisarne la contrarietà alla Convenzione – risulta, peraltro, del tutto assente nella legge n. 40/2004.

Il legislatore italiano, infatti, diversamente da quello austriaco, è stato coerente nel vietare qualunque forma di fecondazione eterologa.

In conclusione, la sentenza in commento, indipendentemente dalla persuasività delle sue motivazioni, non va oltre il caso deciso e non si fonda comunque su argomenti che possono estendersi alla legislazione italiana, rendendo prevedibili condanne in ambito internazionale e relative pronunce di incostituzionalità della legge n. 40 per violazione dell'art. 117, comma 1, della Costituzione. Le voci allarmiste o minacciose di segno opposto tendono, infatti, ad equiparare il lancio di un sasso in uno stagno ad un maremoto, dimenticando che è tale la differenza dei due fenomeni che anche osservatori distratti possono facilmente apprezzare la diversa intensità del moto ondoso.

Professore Ordinario di Istituzioni di Diritto Pubblico, Università "Tor Vergata", Roma

EUROPA | Dal Trattato di Lisbona alla "raccomandazione" del 31 marzo

COME UN SOTTOMARINO L'IDEOLOGIA DEL GENDER

di Giulia Galeotti*

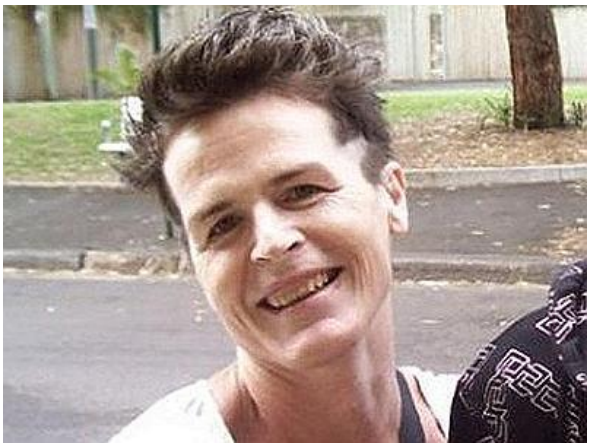
È ormai un decennio abbondante che frange non marginali dell'Onu e dell'Unione Europea portano avanti la loro battaglia a favore dell'ideologia del gender, ideologia secondo cui, essendo la femminilità e la mascolinità costruzioni culturali, non esisterebbero in natura differenze biologiche tra femmine e maschi. Solo liberandosi di tali antichi e superati retaggi, continua la teoria del gender, sarà possibile stabilire un'autentica uguaglianza tra gli esseri umani.

Ormai clamorosamente smentita dalla scienza, il tentativo di far penetrare e diffondere questa ideologia sul piano giuridico e politico viene condotto in modo estremamente subdolo. Come ha infatti scritto Dale O'Leary, "l'Agenda di Genere si muove tra le comunità non come un grande veliero, ma come un sottomarino determinato a rivelare il meno possibile di se stesso".

Un esempio di questa strategia si è avuto qualche giorno fa, e precisamente il 31 marzo scorso, quando i rappresentanti diplomatici dei responsabili degli Esteri dei 47 Stati membri della Ue, hanno varato una raccomandazione che mira a sollecitare l'introduzione di misure volte a combattere le discriminazioni fondate sul genere e sull'orientamento sessuale. Il problema è, ancora una volta, che innovazioni e aggiunte percepite come meramente lessicali e di moda, sottintendono in realtà mutamenti di merito.

Nel Trattato di Lisbona, in vigore dal 1 gennaio 2009, si parla di discriminazioni legate al sesso e all'orientamento sessuale, ma non vi è alcun riferimento alla identità di genere, che invece, ancora una volta, il documento del 31 marzo tenta di far entrare surrettiziamente nel linguaggio ufficiale, facendolo passare come un termine più elegante (e rispettoso) rispetto al più volgare (e politicamente scorretto) sesso.

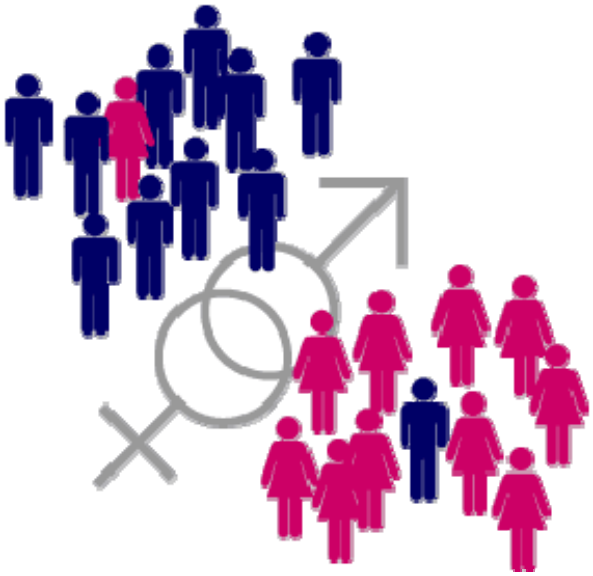
Non a caso tale richiamo alla identità di genere è stato fortemente voluto dal movimento Lgbt (lesbiche, gay, bisessuali, transessuali), assertore convinto del fatto che, essendo la femminilità e la mascolinità mere costruzione sociali e culturali, ciascuno dovrebbe essere libero di scegliere la propria appartenenza in base al desiderio personale. Del resto, va esattamente in questa direzione la richiesta (prima accolta e poi respinta) che lo scozzese Norrie May-Welby (nato maschio e divenuto donna a 28 anni, nella foto in basso) ha avanzato alle autorità australiane, domandando che venga cambiata sui suoi documenti la dicitura legata al sesso. Avendo infatti compreso che "il concetto di uomo o di donna non fa per me, la soluzione più semplice è non avere identificazione di tipo sessuale", Norrie vorrebbe essere semplicemente qualificato come *neutro*.



La raccomandazione del 31 marzo (emanata, si badi, dai rappresentanti diplomatici dei responsabili degli Esteri a cui il Consiglio d'Europa conferisce lo stesso potere decisionale dei ministri) si inserisce in questo fiume in apparenza silenzioso, che mira a scompaginare le carte in tavola, celandosi dietro principi formali ineccepibili, come il fatto di ribadire il fondamentale principio giuridico della dignità e del rispetto dovuto a qualsiasi persona. Eppure, invece di precisare semplicemente la necessità di rispettare la dignità di chiunque a prescindere dal suo sesso, si è ritenuto necessario specificare "a prescindere dalla sua identità di genere", il che è qualcosa di molto diverso. In questo caso è particolarmente allarmante il fatto che si tenti di introdurre tale ideologia nei programmi scolastici e nei «materiali pedagogici», entrando nelle scuole e nel sistema educativo europeo.

Come detto, l'ideologia del gender viene propagandata come via per la vera uguaglianza, giacché si sostiene che solo superando il dato biologico sarà possibile conseguire un'effettiva parità tra maschi e femmine. Eppure noi siamo sempre più convinti che la vera uguaglianza non richieda di fingere che tutti siano uguali, perché uguali gli esseri umani non sono affatto. La vera uguaglianza sta nel dare a tutti le medesime opportunità – cosa ben diversa e, ne siamo certi, ben più difficile.

Forse, la Ue, così preoccupata per le sorti dei suoi cittadini e delle sue cittadine, potrebbe guardare le pubblicità che campeggiano nelle strade e i magazine all'interno dei suoi confini, dove l'offerta di pressoché ogni prodotto (dalla colla al caffè, dall'auto all'olio) è veicolata da immagini che sembrerebbero appropriate solo a case produttrici di intimo femminile. L'ennesimo, misogino, razzista e inaccettabile mercimonio del corpo delle donne. Del SESSO femminile.



*Storica e saggista

TACCUINO POLITICO | Al voto in commissione Affari sociali della Camera

ALTRE MODIFICHE AL DDL SULLE DICHIARAZIONI DI VOLONTA'

di Ilaria Nava*

Ripresi i lavori sul biotestamento dopo la pausa elettorale in commissione Affari Sociali di Montecitorio. Sarà votato probabilmente la prossima settimana l'emendamento proposto dal relatore sul provvedimento, Domenico Di Virgilio (Pdl), relativo ai possibili conflitti che sorti tra il medico e il fiduciario, ossia la persona designata dal paziente a prendere le decisioni che lo riguardano in caso di perdita della capacità di intendere di volere. Il nuovo testo propone che la decisione presa dal collegio di medici chiamati ad intervenire in caso di controversie sia vincolante per il medico curante, che però ha facoltà di non condividerla e di rinunciare alla presa in carico. La versione approvata al Senato nel marzo dell'anno scorso, invece, prevedeva che "tale parere non sia vincolante per il medico curante, il quale non sarà tenuto a porre in essere prestazioni contrarie alle sue convinzioni di carattere scientifico e deontologico".

Un'importante modifica approvata, al fine di garantire e assicurare l'equità nell'accesso all'assistenza e la qualità delle cure, definisce l'assistenza ai soggetti in stato vegetativo "livello essenziale di assistenza", da assicurare attraverso prestazioni ospedaliere, residenziali e domiciliari. Inoltre prevede che il ministro della Salute adotti le linee guida cui le Regioni si conformano per assicurare il sostegno adeguato.

Bocciata, invece, una proposta di modifica all'articolo 6 firmata Pd, che affrontava il nodo della mancata nomina di un fiduciario, che voleva far assumere questo ruolo "nell'ordine: al coniuge o al convivente *more uxorio*, ai figli maggiorenni, ai genitori, ai parenti entro il quarto grado". Ha incassato il sì della Commissione l'ipotesi formulata dal relatore Di Virgilio, che in caso di mancata nomina prevede l'intervento dei familiari secondo quanto previsto dalle norme sulla successione legittima del codice civile, che contempla in ordine l'intervento del coniuge, dei figli, dei genitori, dei fratelli. Non è previsto, quindi, il convivente *more uxorio*.

*Giornalista

Tre grandi firme, la stessa caduta di stile sulla RU486

È DIFFICILE IL DIALOGO SE CI DIPINGONO COME SPLATTER

di Umberto Folena*

«Pare che sia proprio la relativa "facilità" di questo intervento a indignare molto uomini di Chiesa, evidentemente convinti che la sofferenza per la rinuncia a un figlio sia misurabile solo dal dolore provocato dai ferri che ti entrano in pancia e non dal fatto che a quel figlio hai dovuto rinunciare».
Miriam Mafai, La Repubblica, 30 marzo.

«Se anche la Chiesa, sia pure con grande riluttanza, è costretta a convivere con l'aborto, perché tanta accanita opposizione? Temo che la risposta stia nel fatto che la terapia della pillola è per l'appunto più semplice, più accessibile, meno dolorosa».
Sergio Romano, Corriere della Sera, 7 aprile.

«Torna la guerra sul corpo delle donne (...). Nel mirino la pillola colpevole di interrompere una gravidanza in modo troppo soft, non abbastanza traumatico e doloroso».
Isabella Bossi Fedrigotti, Corriere della Sera, 9 aprile.

Tre diversi interventi, una parola che ritorna ossessiva: dolore e doloroso. La Chiesa e i cattolici, nella loro ostinata perfidia, esigono che le donne abortiscano provando dolore, con «i ferri che ti entrano in pancia» nella descrizione splatter, terroristica, di Miriam Mafai... che non prevede anestesia alcuna.

Sarebbe il momento di dire a lorsignori: basta! Basta con questo linguaggio violento e iniquo, che offende l'intelligenza di chi lo usa, prima ancora della sensibilità di chi viene colpito. Fa parte del più bieco armamentario retorico reazionario attribuire all'avversario di una contesa pensieri e parole e atteggiamenti non suoi; in modo da renderlo ridicolo e odioso; e a quel punto poter ignorare il suo pensiero. Che dialogo sarà mai possibile con un mondo cattolico che pretende la sofferenza delle donne, affinché possano già qui espiare la loro "colpa"?

Simili sciocchezze potremmo aspettarcele da una califfa dell'acida perfidia come Miriam Mafai, con i polpastrelli corazzati d'ideologia. Ma da Sergio Romano e Isabella Bossi Fedrigotti? Sorpresa, il pensiero è lo stesso, identico, fondato su ignoranza e pregiudizio.
L'ironia è che costoro sono gli stessi che ai cattolici rimproverano, dalle loro cattedre, di non saper dialogare. Di chiudersi al confronto. Quel dialogo e quel confronto nei quali loro sarebbero maestri indiscussi. Ma per dialogare, occorre stimare l'altro. Occorre essere incuriositi da ciò che è, pensa e fa, per conoscerlo e riconoscerlo degno del dialogo. Invece costoro non leggono assolutamente nulla di ciò che scriviamo, né ascoltano alcunché di ciò che diciamo. Non sono interessati a noi; infatti ci etichettano e bollano come sadici deficienti. Grazie tante.
A questo punto, però, è doverosa l'autocritica. Perché siamo giunti a tanto? Abbiamo anche noi sbagliato qualcosa nella nostra comunicazione? Com'è possibile dire, scrivere, ripetere che la RU486 è più dolorosa, fisicamente e psichicamente, e più complicata con quei tre giorni di attesa, e guai a cambiare idea nel frattempo... e poi sentirsi attribuire l'esatto contrario? Forse, in passato, qualche frangia cattolica, pur con le più nobili intenzioni, ha usato linguaggi e argomenti particolarmente duri e netti, confondendo il giudizio negativo sull'aborto con un giudizio sulla donna che abortisce, fornendo così il pretesto per liquidare l'intero mondo cattolico con un giudizio negativo e definitivo?
Se qualcuno ha qualche spiegazione da dare, sarà ben accetta.

&

*Giornalista

La Repubblica - 30 marzo 2010

Cinquant'anni dopo Un'altra rivoluzione

Se la potestà sul proprio corpo è il primo riconoscimento della libertà di ognuno di noi, nel caso della donna questa libertà va declinata anche come potestà sulla propria capacità di riproduzione. E infatti, la storia della libertà della donna, nel nostro come in altri paesi europei, conosce, nell' ultimo scorcio del secolo passato, una importante accelerazione grazie a scoperte scientifiche che affidano a lei, a ogni singola donna, la possibilità/il diritto al controllo della propria fecondità. A queste scoperte scientifiche faranno seguito, grazie all' intervento e alla crescita di importanti movimenti femminili, i provvedimenti legislativi, che nel nostro come in altri paesi occidentali, ne riconoscono questo nuovissimo diritto, esercitato in piena coscienza e autonomia morale. Risale al 1960 la scoperta, e l' adozione in molti paesi occidentali della pillola Pincus (detta «la pillola» per antonomasia) che per la prima volta darà alla donna la possibilità di controllare la propria fecondità. Ma ci vorranno più di dieci anni perché quella pillola, grazie a una sentenza delle Corte Costituzionale, venga considerata legale e finalmente messa in vendita in Italia. L' ultimo scorcio del secolo passato conosce una serie di conquiste del movimento delle donne e un affermarsi, sia pure contrastato, del principio della laicità dello Stato e quindi del diritto di ognuno (e di ognuna) di noi di disporre del proprio corpo. Ma questo principio, della dignità morale della donna, della sua capacità di assumere in piena responsabilità le decisioni che la riguardano continua ad essere messo in discussione dalla Chiesa, come dimostra anche la più recente vicenda della Ru486. Anche in questo caso, come nella lontana vicenda del 1960, si tratta di una pillola. Ci vollero allora circa dieci anni perché quella pillola anticoncezionale venisse messa in commercio. E per anni, in Italia, è stata impedita l' adozione di un' altra pillola, la Ru486, che, già adottata in tutta Europa da tempo, consente l' aborto farmacologico, senza il ricorso all' intervento chirurgico. Ora, qualunque donna che abbia deciso di ricorrere all' aborto (per ragioni che solo a lei appartengono) se interpellata dirà, probabilmente, che preferisce l' aborto farmacologico a quello chirurgico. Ma pare che sia propria la relativa «facilità» di questo intervento a indignare molti uomini di Chiesa, evidentemente convinti che la sofferenza per la rinuncia a un figlio sia misurabile solo dal dolore provocato dai ferri che ti entrano in pancia e non dal fatto che a quel figlio hai dovuto rinunciare. Le ragioni che dalle gerarchie vaticane e da alcuni parlamentari cattolici sono state portate per impedire l' adozione della Ru486 sono a dir poco risibili. Finalmente, dopo anni di polemiche, di dibattiti, di resistenze, la pillola entrerà da oggi in Italia. E nelle prossime settimane le donne che lo vorranno potranno abortire assumendo una pillola, anziché sdraiandosi sul tavolo operatorio. Non diremo che è una vittoria delle donne. Sarebbe una vittoria non dover mai rinunciare a una vita che portiamo in grembo. Ma finché questo non sarà possibile, è giusto che ogni donna scelga, in piena autonomia, quale procedura adottare. Il corpo è suo, dopotutto. Anche se questo non le viene ancora riconosciuto dalle autorità del Vaticano.

Miriam Mafai

Corriere della Sera - 9 aprile 2010

La pillola per l'aborto E la fiera degli eccessi

"Torna la guerra—squisitamente politica — sul corpo delle donne. Torna accanita come lo era stata quando ci fu il referendum sull'aborto, o forse anche di più: già si ricorda, infatti — è l'assessore lombardo alla Sanità a ricordarlo — che i feti abortiti con la Ru486 hanno diritto al funerale.

La guerra si trascinava, più o meno in sordina, da molti mesi ma ora fiammeggia di nuovo alta con il solito armamentario militare della politica fatto di manifestazioni in piazza e di dichiarazioni via via più intimidatorie. Nel mirino la pillola colpevole di interrompere una gravidanza in modo troppo soft, non abbastanza traumatico e doloroso.

Altre spiegazioni non ci sono per questa battaglia, perché le infelici scervellate magari indotte dalla semplicità dell'intervento a ricorrere più volte al nuovo farmaco già esistevano e già abortivano a ripetizione con il metodo tradizionale.

Se è vero, infatti, che per la maggioranza delle donne la rinuncia a una maternità, è un fatto traumatico del quale conserverà memoria e forse rimpianto per tutta la vita, è anche vero che di fronte a un figlio davvero non desiderato, che in qualche modo rappresenta un pericolo, una minaccia, più o meno la stessa maggioranza cercherà di abortire in qualsiasi modo.

Basti ricordare a cosa avveniva prima dell'introduzione della 194 e prima dei viaggi in Inghilterra, con ferri da calza e pompe per bicicletta. È banale dirlo, perché è già stato detto un'infinità di volte, eppure continua a restare fin troppo vero: e cioè che, se l'interruzione di gravidanza non riguardasse soltanto le donne, i toni sarebbero se non altro più smorzati perché saprebbero, gli uomini politici, che potrebbe toccare anche a loro dover scegliere tra un intervento chirurgico — con anestesia — e una pillola.

Così, invece, possono alzare la voce a piacimento, in nome dell'etica, naturalmente, che però sa troppo di politica. Perché se davvero di etica si trattasse dovrebbero avere il coraggio di impugnare la legge 194—non c'è dubbio, infatti, che, chimico o non chimico, sempre di aborto si tratta—senza badare alla probabile perdita di consensi. E allora, vista questa sostanziale contraddizione, non sarebbe meglio e più decente ridurre il tono dei proclami, evitando che il gioco politico si faccia così estremo su un tema troppo delicato per venire strillato come uno slogan pubblicitario o brandito come una clava per far fuori gli avversari?

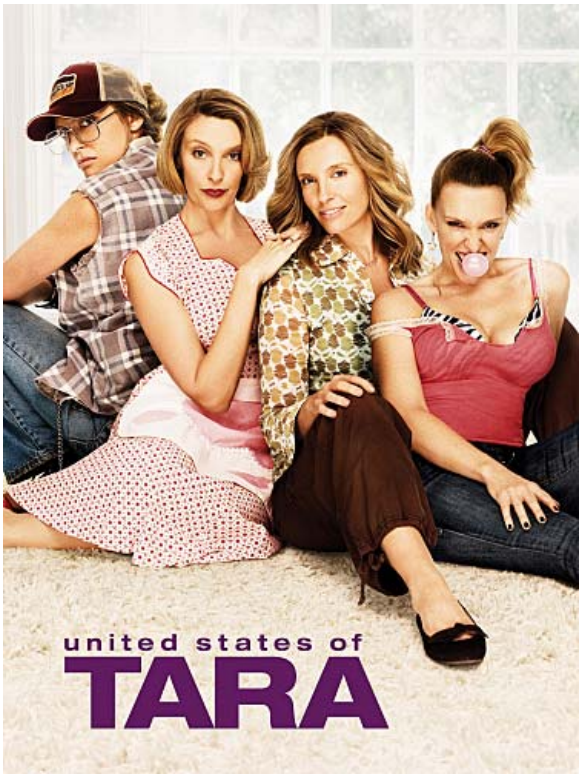
Isabella Bossi Fedrigotti

Un fenomeno tipicamente americano: da United States of Tara ai teen drama

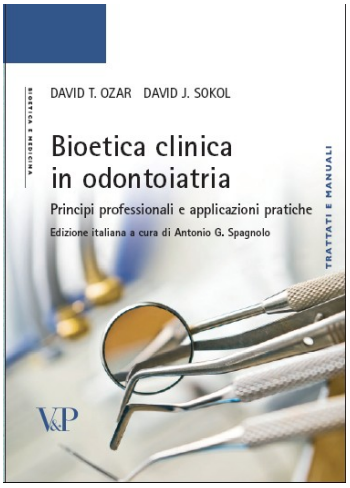
I DISTURBI DELLA PERSONALITA' OFFRONO NUOVI SPUNTI NARRATIVI

di Olga Calabrese

Se nelle serie televisive anni '90 la psicanalisi era uno status symbol, l'analista una figura familiare di riferimento e i problemi per cui si ricorreva all'aiuto del dottor Freud quasi irrilevanti, nella fiction americana di questi anni la situazione è molto cambiata.
Dimentichiamoci le nevrosi moderne, così ben raccontate dal maestro Woody Allen, oggi sono i più seri disordini della personalità quelli che più caratterizzano trasversalmente i protagonisti delle storie raccontate dalla tv a stelle strisce.
Partiamo dall'esempio più evidente di tale cambiamento: United States of Tara. La serie rivelazione della scorsa stagione, prodotta da Steven Spielberg e creata da Diablo Cody (premio Oscar per la sceneggiatura di *Juno*), racconta la vita di una donna americana, mamma e lavoratrice, che però è affetta da personalità multipla.
Se nella prima serie Tara si trasformava in "Alice", perfetta casalinga anni '50, "T" adolescente in subbuglio ormonale, "Buck" rozzo uomo tutta birra e motociclette, nella seconda serie, attualmente in onda in America, nonostante la terapia in una clinica specializzata e i farmaci quotidiani, la protagonista ricade nel suo problema, dando vita a nuovi alter ego. In particolare la donna si trasforma nella hippie terapista, autrice dei libri che lei stessa stava consultando. Gli autori attraverso un'intuizione geniale hanno sviluppato la storia arrivando alla paradossale situazione in cui è il nuovo alterego a "psicanalizzare" Tara, scovando nel passato, alla ricerca della causa all'origine del suo male. Come dire: chi è causa del suo male, curi sé stesso.
Certo, stiamo parlando di un prodotto televisivo di nicchia che si rivolge al pubblico specializzato della tv via cavo, l'avanguardia della narrazione televisiva, ma è evidente come ormai la psiche sia un territorio conosciuto e ampiamente esplorato da parte degli autori televisivi. E' certamente allarmante il repentino passaggio dalle nevrosi sentimentali ed esistenziali, non ancora totalizzanti, della avvocatessa Ally Mcbeal alla totale resa dell'uomo di fronte ai disturbi della personalità. Un annullamento completo quello di Tara, che nonostante tutto continua a lottare contro sé stessa pur di garantire alla propria famiglia una vita il più "normale" possibile.



I disturbi della personalità, negli ultimi anni, hanno fatto capolino anche nelle serie tv dedicate ai più giovani. Nel *teen drama 90210* (remake del famoso telefilm anni '90 *Beverly Hills 90210*)una delle protagoniste, la giovane Silver, a metà della prima stagione si rivela essere bipolare. La psicosi maniaco depressiva diventa così oggetto di una serie destinata ad un pubblico di adolescenti, che imparano a relazionarsi a questo tipo di problemi, sempre più frequenti anche nelle nuove generazioni.
Sembra quasi di dover rimpiangere i tempi in cui si correva dallo psicanalista per complessi non risolti, vite sentimentali travagliate o semplice difficoltà a star bene nel mondo.
Oggi che il mondo corre così veloce, senza curarsi dei suoi "passeggeri", i pericoli più grandi sono dentro di noi. Non ci si perde nel mondo, ci si perde in sé stessi, a volte scoprendosi come Tara: una, nessuna e centomila.



BIOETICA CLINICA IN ODONTOIATRIA
(ed. italiana a cura di Antonio G. Spagnolo)

David T. Ozar – David J. Sokol
Ed. Vita & Pensiero (2008), pp. 365, ISBN: 978-88-343-1446-3, €. 30,00

Diverse ricerche hanno dimostrato che, anche in un'epoca disincantata come la nostra, la maggior parte delle persone ha ancora fiducia nei professionisti che si prendono cura di loro e che, di questi, i dentisti sono tra gli esperti più fidati. Per i dentisti sarà importante tener conto di questa realtà e riflettere in modo più sistematico sulle sue implicazioni, specialmente in un periodo di cambiamento continuo della pratica odontoiatrica che dipende, tra le altre cose, da una crisi medico legale, da cambiamenti nella scena economica e da un ambiente normativo instabile. Nella preparazione dell'odontoiatra, però, è stato sempre privilegiato l'apprendimento di tecnicismi dai più semplici ai più complessi con una base di conoscenze biologiche e cliniche generali. Questo fatto portava a considerare il paziente come un caso clinico piuttosto che come un uomo con i suoi problemi dentali ma anche personali, familiari e sociali. Già da alcuni decenni tuttavia sta prendendo sempre più piede lo studio della bioetica clinica che è indispensabile affiancare con pari livello di dignità alla preparazione tecnica e culturale degli studenti. E' indicativo a questo proposito il riferimento, nel titolo originale americano di questo manuale di David T. Ozar e di David J. Sokol, che vede ora l'edizione italiana, ad una bioetica *at chairside*, alla poltrona del dentista, una bioetica cioè che dalle aule universitarie e dagli studi dei filosofi ritorna sul luogo della sua origine, il letto del malato (*at bedside*) o la poltrona del dentista, dove cioè si generano i dilemmi che gli eticisti contemplano e dove invece le discussioni etiche si devono concretizzano in decisioni che comunque vanno prese. La situazione clinica concreta, infatti, non è una esemplificazione come un'altra di un principio ma è la sfida esistenziale e personale di coloro che vi sono coinvolti: l'odontoiatra, il suo paziente, i suoi collaboratori, l'istituzione nella quale si opera, la società at large. Anche nel nostro Paese, fra gli obiettivi formativi specifici previsti dall'attuale ordinamento della laurea specialistica in Odontoiatria e protesi dentaria, si fa riferimento alla maturazione di "elevate responsabilità etiche e morali del dentista riguardo la cura del paziente, sia come individuo che come membro della comunità", nonché alla necessità di "prestare assistenza nel rispetto delle norme medico-legali ed etiche" nel paese dell'Unione Europea in cui l'odontoiatra esercita. E' stato pertanto inserito nel 5^ anno del corso di laurea il Corso integrato "Normativa professionale, etica e medico legale e delle assicurazioni" in cui gli aspetti bioetico, deontologico, giuridico e sociale dell'esercizio dell'odontoiatria si integrano in modo interdisciplinare. Ugualmente, di queste preoccupazioni si è fatto carico anche il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) che nel giugno del 2005 ha approvato un documento: "Bioetica e Odontoiatria" che aperto anche in Italia ad una seria riflessione su di un ambito della bioetica di così sottile rilievo e in genere fino ad ora indebitamente trascurato nella letteratura scientifica. [...] E il manuale cerca di dare una risposta alle diverse questioni etiche-cliniche che si presentano "alla poltrona del dentista", appunto. Il volume è ricco di contenuti ed è di facile lettura, spesso avvincente come un romanzo nella descrizione dei numerosi casi pratici: dai timori dei pazienti per il temutissimo trattamento canalare, ai problemi della cooperazione da parte dei pazienti con capacità diminuite, dalle questioni economiche connesse con le diverse alternative di trattamento, alla rilevazione di lavori scadenti fatti dai colleghi precedenti, e così via. E accanto alle situazioni cliniche più comuni sono anche inserite situazioni più complesse e situazioni che interrogano la comunità odontoiatrica sul piano sociale, formativo, allocativo delle risorse. Il manuale è, perciò, rivolto in primo luogo a tutti i dentisti che desiderano supportare a livello etico i propri giudizi e le proprie scelte professionali. [...] Aiutando i dentisti a mantenere il proprio impegno etico e professionale, questo libro vuole anche contribuire a confermare e rinsaldare la fiducia dei loro pazienti.

La presentazione del volume
è del Prof. Antonio G. Spagnolo, M.D.
Straordinario di Medicina legale e delle assicurazioni
Direttore dell'Istituto di Bioetica,
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" - Roma
Università Cattolica del S. Cuore

IL COSTO DEI FIGLI
Quale welfare per le famiglie?

A cura di Pierpaolo Donati
Ed. Franco Angeli (2010), pp. 304, ISBN: 978-88-5681-649-5, € 28,00

Il Rapporto Cisf 2009 sulla famiglia in Italia, undicesimo volume di un lavoro iniziato nel lontano 1989, continua la tradizione con cui il Cisf (Centro internazionale studi famiglia) si impegna ogni due anni a fornire al pubblico una lettura dei problemi della famiglia italiana nell'ottica di un tema specifico che comporta nuove conoscenze dei fenomeni in atto e nuovi corsi di azione pratica.
Tuttavia, già nel suo format questo Rapporto rappresenta una novità.
Infatti, nel momento di varcare la soglia dei primi vent'anni (i primi dieci Rapporti), il Cisf si è chiesto se non fosse il caso di modificare la struttura del Rapporto, introducendo una modalità diversa di predisporre questa pubblicazione.
E così è stato.
Riteniamo che la nuova modalità di redigere il Rapporto sia di notevole rilievo. Il Rapporto mantiene la sua struttura monografica ma presenta i dati di una sua indagine originale che il Cisf ripeterà ogni due anni in modo da fornire i dati aggiornati e specifici rispetto ad altri centri di ricerca con il vantaggio di costruire delle serie storiche.
In questa maniera il Rapporto Cisf conserva la sua caratteristica, insieme scientifica e culturale, di offrire un'interpretazione della situazione e di proporre possibili linee concrete di azione in tema di famiglia, ciò che ne contraddistingue l'originalità.
Ma lo fa sulla base di dati statistici raccolti in proprio mediante un'indagine ad hoc sulla popolazione italiana e dunque non più soltanto elaborando dati provenienti da altre fonti.
Questa scelta accentua il carattere decisamente documentativo del Rapporto, il cui approccio alle tematiche familiari vuole conservare le qualità che ha avuto da sempre.
Innanzitutto il suo spirito laico, nel senso che si pone sul piano della ragione umana e cerca di fornire riflessioni argomentate che tutte le persone possono comprendere, anche se non necessariamente condividere.
E poi il suo carattere interdisciplinare, dato che gli argomenti vengono analizzati da molte discipline in dialogo tra loro, in linea di principio tutte le discipline sociali.
In specifico questo Rapporto presenta e discute il tema del "costo dei figli", che viene analizzato dal punto di vista demografico, sociologico, economico e psicologico.
Non v'è dubbio che il tema scelto per questo Rapporto sia di grande attualità.
Non solo perché la crisi economica mondiale che è esplosa nel 2008 ha avuto e continua ad avere grandi ripercussioni sulle famiglie italiane, nei termini che tutti conoscono delle "difficoltà ad arrivare alla fine del mese", quindi dell'aumento delle povertà familiari e in particolare delle forme di povertà che colpiscono i minori.
Ma anche e soprattutto, come tema che emerge e che si impone come *public issue* per il fatto che esiste, e sta crescendo, un'evidente disparità nei modi in cui i diversi tipi di famiglie e i diversi gruppi di popolazione percepiscono e vivono il costo dei figli.

[...]

La presentazione del volume
è del Prof. Pierpaolo Donati,
Ordinario di Sociologia della Famiglia,
Dipartimento di Sociologia,
Università di Bologna