

NEWSLETTER DI SCIENZA & VITA



N°38 | Edizione Luglio - Agosto 2010

Focus: La relazione ministeriale sulla Legge 40/2004

Attualità: Parliamo di contraccezione e violenza sulle donne

Macchia nera

Biofiction

Biblionote

Sommario

FOCUS

Contro sterilità e infertilità correttivi sociali e culturali

di Lucio Romano 3

Tolto il limite dei tre embrioni, verifiche sui singoli centri Pma

di Assuntina Morresi 5

Iperstimolazione ovarica, l'Italia sceglie la linea soffice

di Clementina Peris 6

ATTUALITA'

Troppo facile cavarsela con preservativi e pillole

di Daniela Notarfonso e Chiara Mantovani 7

Dietro l'uccisione di tante donne c'è un dolore non intercettato

di Tonino Cantelmi 9

MACCHIA NERA

Metti e toglì il pancione finto, roba da finire al manicomio

di Umberto Folena 11

BIOFICTION

La docu-fiction medica successo in America. E in Italia?

di Olga Calabrese 13

BIBLIONOTE

La comunità familiare e le scelte di fine vita 14

Direttore responsabile Domenico Delle Foglie



RELAZIONE SULLA LEGGE 40 | La sfera biomedica non è sufficiente

CONTRO STERILITÀ E INFERTILITÀ CORRETTIVI SOCIALI E CULTURALI

di Lucio Romano*

La VI Relazione del Ministero della Salute sullo stato d'attuazione della L.40/2004, riferita all'anno 2008 e pubblicata il 30 giugno, pone in evidenza una molteplicità di dati e di consequenziali riflessioni. Non è possibile trattare con il dovuto approfondimento i vari temi, pertanto esaminerò solo alcuni che ritengo significativi per implicazioni biomediche e socio-culturali, così per la prevenzione che suggeriscono. In linea generale possiamo ritenere che i risultati riportati, riferiti a un periodo antecedente alla modifica della L.40 attuata dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 151 del 2009, "possono essere considerati più che soddisfacenti", come afferma il Ministro Fazio. Si conferma per il 2008 il trend in aumento in merito a: coppie che si sottopongono alle tecniche di fecondazione assistita e artificiale, cicli iniziati, gravidanze ottenute, bambini nati. Con tecniche di secondo e terzo livello, nel 92% dei casi si è fatto ricorso a embrioni non crioconservati (ndr.: embrioni a fresco), solo nell'1,1% embrioni scongelati. Un numero significativo di embrioni non si è annidato, non ha proseguito lo sviluppo dopo l'annidamento o non sono stati trasferiti in utero perché non vitali o ritenuti chiaramente e irrimediabilmente non viabili. Rilevo, poi, dal confronto con i dati della letteratura antecedenti la L.40, che un gran numero di embrioni era prodotto e così ancor più sarebbe stato in *vacatio legis*. Nel 2003, secondo il Rapporto ISTISAN, in media erano trasferiti per ciclo tre embrioni nel 47,3% dei casi, quattro embrioni nel 39%, ben cinque nell'8,2% e addirittura più di cinque nel 2,2%. Si può ragionevolmente prevedere che dalla seconda metà del 2009 si rileverà una sovrapproduzione di embrioni in alcuni Centri, con incremento di quelli crioconservati e ulteriore perdita. E a tal proposito sarebbe molto utile conoscere nelle prossime Relazioni i dati disaggregati per Centri. Della Relazione voglio evidenziare, in particolare, un aspetto che non è di sola pertinenza biomedica bensì di natura sociale e culturale: l'incremento delle donne in età fertile avanzata e del numero di cicli per

età superiore ai 40 anni. "Aumenta, infatti, l'età media delle pazienti che passa a 36,1 anni nel 2008; al di sopra del corrispettivo dato europeo che, per il 2005, si attesta ad un valore di età media di 33,8 anni. E' ben noto come gli esiti positivi delle procedure siano in rapporto all'età delle donne, e in Italia ben il 26,9% dei cicli – uno su quattro – è effettuato da pazienti con età superiore ai 40 anni: anche questo dato è in aumento rispetto al 2007, quando era il 25,3%."

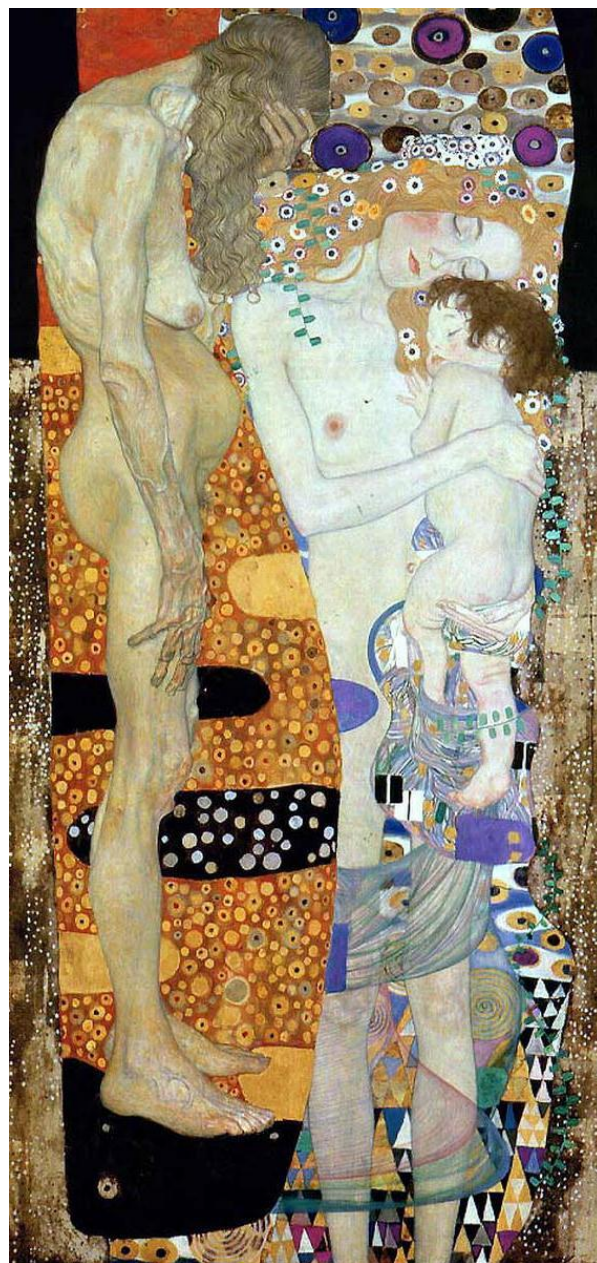
Questi risultati rappresentano un legittimo motivo di riflessione poiché il fattore età può essere considerato quello più importante correlato con la fertilità, senza sottovalutare il ruolo svolto dagli stili di vita e dalle infezioni sessualmente trasmesse. Come noto il posticipare la gravidanza negli anni comporta un maggiore rischio di sterilità e infertilità. E' aumentata la speranza di vita degli uomini (78,9 anni) e delle donne (84,1 anni), ma l'orologio biologico del potenziale riproduttivo della donna non segna sostanziali modificazioni (per la donna europea l'età media della menopausa è di circa 50 anni). In un recente studio realizzato su di una popolazione estremamente fertile, vale a dire non condizionata da fattori ambientali socio-economici come cofattori di sterilità, si sono riscontrate le seguenti percentuali di sterilità nelle donne: 10% per età di 35 anni o meno, 33% tra 36 e 40 anni, 86,5% tra 41 e 45 anni. Un declino della fertilità si riscontra già dai 25 anni di età, con accelerazione dopo i 35 anni e sensibile aumento dopo i 40 anni.

E nell'uomo? Nell'uomo sano la capacità riproduttiva può persistere negli anni, anche per età avanzate. Comunque anche nell'uomo si riscontrano modificazioni peggiorative per quanto attiene alcune funzioni come quella erettile, la frequenza coitale, la capacità fecondante del liquido seminale con significativa diminuzione del numero di spermatozoi dotati di normale motilità e morfologia.

Ritornando all'universo femminile, diversi sono i fattori che fisiologicamente riducono negli anni la fecondabilità. Essenzialmente i principali sono: diminuzione progressiva della funzione ovarica e deterioramento della qualità degli ovociti.



Anche altri fattori incidono come i fattori genetici e le variazioni nell'espressione genica, il fenomeno dell'apoptosi che consiste nella morte programmata delle cellule come risposta a insulti fisici (es.: irradiazioni UV), chimici (es.: danneggiamento del DNA), virali (es.: infezioni) o da stress (es.: sostanze ossidanti). L'incremento delle donne in età fertile avanzata che ricorre alle tecniche di fecondazione rappresenta un dato d'indubbio rilievo sociale: l'avanzare dell'età è direttamente proporzionato alla sterilità e alla infertilità. Indicativo l'ultimo Report dell'ISTAT su "Il matrimonio in Italia", riferito proprio all'anno 2008: "Parallelamente alla diminuzione dei primi matrimoni si è osservata una tendenza sempre più decisa alla posticipazione delle prime nozze verso età più mature. Gli sposi hanno in media 33 anni e le spose 29,9 anni al primo matrimonio, mediamente 6 anni in più rispetto ai valori osservati intorno alla metà degli anni '70. Numerose sono le interpretazioni fornite per spiegare questo fenomeno: l'aumento diffuso della scolarizzazione e l'allungamento dei tempi formativi, le difficoltà che incontrano i giovani nell'ingresso nel mondo del lavoro e la condizione di precarietà del lavoro stesso, le difficoltà del mercato delle abitazioni. Condizioni sempre più stringenti per la decisione di formare una famiglia e sempre più considerate vincolanti sia per gli uomini sia per le donne. Il trend divergente tra nuzialità e fecondità va interpretato nel quadro più generale delle trasformazioni dei comportamenti familiari." Aggiungerei, poi, in maniera ancor più esplicita lo svilimento del valore famiglia e la mutata cultura dell'accoglienza. La logica conseguenza è che la sterilità, connessa all'avanzare dell'età, tenderà ineluttabilmente ad aumentare se non intervengono fattori correttivi che non possono essere quelli di sola pertinenza biomedica, ma soprattutto di ordine sociale e culturale. Inseguire solo il miglioramento delle tecniche come unica soluzione alla sterilità è utopico, per quanto la ricerca scientifica rappresenta sempre un bene nella corretta coniugazione della *ratio technica* con la *ratio ethica*, vale a dire nel rispetto della verità dell'uomo e della naturale dimensione coniugale. Opportunamente nella Relazione sulla L.40 si fa riferimento agli obiettivi di salute quale prevenzione primaria delle cause della infertilità, migliore definizione delle cause, diagnosi adeguata, campagne d'informazione rivolte a tutta la popolazione, a partire dai giovani. "Questi interventi rappresentano elemento qualificante dell'attività del Ministero, anche in relazione al dato significativo che in Italia le pazienti arrivano in età avanzata ad una diagnosi di infertilità e l'età avanzata della donna che accede alle tecniche è fondamentale motivo di insuccesso delle tecniche medesime".





RELAZIONE SULLA LEGGE 40 | L'impatto della sentenza della Consulta

TOLTO IL LIMITE DEI TRE EMBRIONI VERIFICHE SUI SINGOLI CENTRI PMA

di Assuntina Morresi*

La relazione appena presentata al Parlamento sull'applicazione della legge 40, che regola in Italia la procreazione medicalmente assistita, è relativa all'anno 2008, ed è l'ultima basata sul testo originale della legge, quello varato dal legislatore nel febbraio del 2004 e confermato dal referendum dell'anno successivo.

Dal maggio 2009, infatti, è stata applicata la sentenza della Corte Costituzionale n.151, con cui si è eliminato il limite massimo dei tre embrioni da creare e trasferire contemporaneamente in utero: uno dei punti più contestati dai detrattori della legge, che però aveva fortemente ridimensionato il problema dei cosiddetti "embrioni soprannumerari", e cioè degli embrioni formati ma non più trasferiti in utero, e crioconservati in azoto liquido, spesso per tempi indeterminati.

Al momento dell'approvazione della legge 40, erano circa 30mila gli embrioni umani crioconservati nei centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) in Italia, pronti per tentarne l'impianto in utero. L'obbligo di trasferire in un unico passaggio tutti gli embrioni formati, al massimo tre, accompagnato dal divieto di crioconservarli e di distruggerli, ha fatto sì che dal febbraio 2004, quando la 40 è entrata in vigore, mediamente solo 700 embrioni all'anno siano stati crioconservati, nel rispetto della legge stessa. La stessa 40, infatti, come è ovvio, da sempre ha consentito la crioconservazione degli embrioni nel caso di improvvisi problemi di salute della donna che obbligassero a rimandare la procedura di trasferimento in utero.

(E d'altra parte, naturalmente, non è possibile un trasferimento obbligatorio degli embrioni senza il consenso della donna: la probabilità però che una donna cambi idea e rinunci alla gravidanza dopo essersi sottoposta ai pesanti cicli di trattamento, immediatamente dopo la formazione di propri embrioni, è vicina allo zero).

Le relazioni al Parlamento di questi anni hanno dimostrato ampiamente che il limite massimo dei tre embrioni non ha impedito a un numero sempre

crescente di bambini di nascere con tecniche di Pma, delle quali però si è confermata la bassa efficacia.

Nel 2008, ad esempio, le tecniche di Pma di secondo e terzo livello, e cioè quelle che implicano la creazione di embrioni in laboratorio, hanno consentito 9353 gravidanze. Di queste, il 76.4% è arrivato al parto: considerando gli aborti spontanei, quelli volontari (lo 0.9%!), e il fatto che di più di mille gravidanze non si conosce l'esito, siamo in grado di contare 7855 bambini nati vivi.

Ma nello stesso anno sono stati creati in tutto 84861 embrioni: 78407 embrioni formati e trasferiti da cicli a fresco, 5691 embrioni formati e trasferiti da cicli di scongelamento di ovociti, 763 embrioni formati e crioconservati.

In altre parole, mediamente, con il limite massimo dei tre embrioni indicato dalla legge, per avere un bambino con la Pma bisognava mettere in conto la formazione in media di dieci embrioni, e se ne crioconservava solo uno ogni dieci nati.

Dall'anno prossimo potremo esaminare l'impatto della sentenza della Corte costituzionale, che ha cancellato quel limite, mantenendo però l'obbligo di produrre un numero di embrioni "strettamente necessario" alla procreazione, e al tempo stesso anche il divieto di distruzione e di cessione ai laboratori di ricerca.

La discrezionalità dei medici nello stabilire, volta per volta, il numero "strettamente necessario" di embrioni da formare farà la differenza fra i centri Pma. Sarà fondamentale quindi, dall'anno prossimo, poter conoscere i risultati dell'applicazione della legge 40 per ogni singolo centro Pma, e poterli confrontare con quelli degli anni precedenti. Solo in questo modo, offrendo la massima trasparenza nei dati, si potranno valutare correttamente gli effetti della sentenza, e al tempo stesso individuare le migliori pratiche (e le peggiori).



**Professore associato di Chimica fisica,
Università di Perugia,
membro del Comitato Nazionale di Bioetica*



RELAZIONE SULLA LEGGE 40 | La riduzione del rischio

L'IPERSTIMOLAZIONE OVARICA L'ITALIA SCEGLIE LA LINEA SOFFICE

di Clementina Peris*

L'iperstimolazione ovarica severa (OHSS) è una complicazione iatrogenica della stimolazione ovarica applicata al fine di Pma, generalmente di II° livello. Viene comunemente definita rara, anche se in realtà "raro" non è il termine adatto a un'incidenza generalmente superiore all'1%. Quando viene censita varia tra lo 0,3% e il 2%, ma in realtà è sottostimata, poiché non è possibile censirla adeguatamente per molti motivi. Molte casistiche, in Europa come nel resto del mondo, riportano infatti incidenze superiori (3-7%), tanto da rendere questa complicanza non tanto rara. Trattandosi di una complicanza iatrogenica di un trattamento applicato su una persona sana con un esito anche potenzialmente infausto (2 donne sono riportate essere morte in Europa per OHSS nel 2006), rimane un serio problema per chi si occupa del problema sterilità. Le pazienti a più alto rischio sono di più giovane età, hanno un basso peso, hanno una diagnosi di ovaio micropolicistico (magari anche associata a una delle condizioni precedenti), hanno già evidenziato in una precedente stimolazione una OHSS. Queste pazienti dovrebbero essere trattate con basse dosi di gonadotropine e monitorate in modo che non raggiungano elevati livelli di estradiolo, per non aggiungere altro rischio al rischio di base. Di fronte al rischio che sta per concretizzarsi molte strategie sono state proposte e di queste è ricca la letteratura anche recente, ma nessuna delle strategie comunemente adottate ha di fatto eliminato il rischio, per come la Pma è comunemente applicata nel mondo. In parte viene considerato poco praticabile identificare le pazienti ad alto rischio e in parte si trattano le pazienti con dosi di gonadotropine che per alcune di loro si rivelano eccessive, confidando poi nelle strategie alternative successive. Questo trova un riscontro anche nel numero di oociti prelevati in media nei centri con elevato rischio di OHSS (ad esempio, più di 20 oociti prelevati in media in centri di Pma in cui l'OHSS sia precoce che tardiva si presenta almeno nel 4%-6% dei casi).

E' indubbio peraltro che le strategie che tendono ad evitare dall'inizio il rischio di OHSS sono quelle che meglio tutelano la salute delle pazienti e dei loro bambini, dato che le gravidanze che iniziano con una OHSS sono a più elevato rischio per diabete gestazionale, rottura di placenta, prematurità, gemellarità e basso peso alla nascita. Stimolazioni più leggere ("mild stimulation") vengono da più parti indicate da anni come funzionali a una maggior tutela della salute delle donne, con un significativo minor numero di oociti recuperati, minor incidenza di OHSS e ugual numero di gravidanze (anche tenendo conto della miglior competenza di oociti e/o embrioni eventualmente da crioconservare). La relazione ministeriale sulla Pma del 30 giugno 2010 sull'attività di Pma del 2008 mette in evidenza che in Italia è nettamente diminuita l'incidenza di OHSS, passando dall'1%, riportato nel 2003 analogo al resto d'Europa, allo 0,45%, mentre è rimasta più o meno stabile in Europa. In armonia con questo dato vi è il numero di oociti prelevati in Italia nel 2008, che è pari a 6,5 per prelievo, indicando la tendenza a stimolazioni più soffici, che peraltro sono efficienti in caso di donne di età più avanzata. D'altronde una stimolazione più pesante non è neanche utile in un contesto in cui quasi il 50% degli oociti prelevati è scartato, mentre la crioconservazione di oociti è effettuata con varia incidenza rispetto ai cicli effettuati (comunque nel 12% dei cicli in totale) solo nel 56,2% dei Centri italiani di Pma, anche se è tecnica assolutamente valida.

Emerge dalla relazione quindi l'indirizzo degli operatori italiani nel 2008, analogamente al 2007, di adeguare le dosi di gonadotropine personalizzandole e indirizzandole a una stimolazione più soffice, il che meglio tutela, verosimilmente anche a lungo termine, la salute delle donne.



* Responsabile della Struttura Semplice
Dipartimentale Ginecologia Endocrinologica e
Medicina della Subfertilità/Sterilità
ASO OIRM-S. Anna Torino.



LA SFIDA EDUCATIVA | L'estate di amori dei nostri figli ci interroga

TROPPO FACILE CAVARSELA CON PRESERVATIVI E PILLOLE

di Daniela Notarfonso* e Chiara Mantovani**

La sfida educativa non è semplicemente uno slogan felice, è un tema di sostanziale importanza e di concreta ricaduta nella vita sociale, oltre che personale. Una sfida vera, senza esito obbligato, affidata alla responsabilità umana, che gode del pericoloso e insieme affascinante spazio della libertà e che perciò corre gli stessi rischi che fanno inciampare il giudizio e la ragione: gli istinti, la noia, il "così fan tutti", gli ideologismi. È da tempo in atto un processo che ha via via depauperato la libertà del suo autentico significato, riducendola all'arbitrio, spezzando il suo intrinseco legame con la responsabilità, così che oggi dire "libertà" assomiglia più ad una invocazione di spontaneità, di istintualità, più che di ragionata valutazione del significato e delle conseguenze degli atti umani. In questo contesto si colloca anche la moderna prospettiva dell'uso della sessualità. Non è più individuato nel matrimonio tra un uomo e una donna l'unico ambito capace di manifestare, proteggere e insegnare il senso della sessualità umana, rispettoso del valore della corporeità umana in tutte le sue dimensioni, compresa quella di manifestazione visibile della preziosità invisibile di ogni essere umano. Vige piuttosto la tendenza a considerare la sessualità come una componente meramente fisica e fisiologica, che dunque si vorrebbe governata - nelle aspirazioni e nella prassi - dal salutismo, dal desiderio e - perché no ? - dalla stagione. Così, tornata puntuale l'estate con la sua voglia di riposo, di avventura, di libertà, puntuali sono arrivate le grandi campagne di prevenzione degli "effetti indesiderati" di quelle avventure in libertà che nel periodo estivo aprono quasi una parentesi nei nostri giorni, nelle nostre vite, dove tutto sembra permesso, dove la ragionevolezza, la capacità di scelta, il senso di responsabilità si prendono, anche loro, una vacanza. Ciò che ci resta, sembra, è solo la contraccezione e la scelta tra tutte le sue varianti. Nulla che abbia a che fare con il senso, il valore e il significato dei gesti e degli incontri.

È vero che quando si ha a che fare con l'affettività e la sessualità - persino quando vissute nella accezione più riduttiva della genitalità - si toccano le pieghe più intime dell'animo umano, quelle dimensioni della propria personalità che ci appartengono più profondamente e segnano il nostro modo di entrare in relazione con gli altri, di comunicare e di comunicarci in un modo speciale che caratterizza ciascuno di noi e ci consente di essere profondamente noi stessi. Ed è proprio per questo che insita nella sfera sessuale c'è una forza che, se non orientata continuamente al bene nostro e degli altri, ci può spingere verso orizzonti non di donazione e pienezza, ma piuttosto di un utilitarismo finalizzato al raggiungimento di un piacere usa e getta, un piacere bulimico della quantità e non della qualità; si snatura così il luogo della donazione umana più profonda e si finisce col rimanere desolatamente più soli, inappagati e ancora in ricerca.

In questo analfabetismo affettivo, che ci impedisce anche di trasmettere ai nostri figli il senso dei loro gesti, è possibile trovare, nonostante tutto, esperienze nelle quali la naturale propensione alla vita e all'amore, vengono fuori e si manifestano in luoghi inaspettati. E' possibile perciò incontrare in questa estate assoluta, lontano dai luoghi del divertimento, L. (19 anni) che da pochi giorni ha scoperto di aspettare un bambino! La gravidanza è già avanzata siamo al sesto mese e col suo ragazzo è finita già da tempo, tanto che lui ha fatto in tempo a cominciare un'altra storia e oggi convive con un'altra compagna. In famiglia i guai non sono mai mancati: l'alcolismo del papà, la sua malattia, la disoccupazione, il trasferimento in Italia dalla Romania... ci mancava anche la gravidanza.

Il primo istinto è cercare una soluzione drastica, solo l'aborto ci può salvare, poi di fronte al rifiuto dei servizi (la gravidanza è troppo avanzata), la decisione di non riconoscere il bambino alla nascita e la ricerca di un centro di accoglienza che possa proteggere la ragazza da giudizi pesanti che potrebbero compromettere il suo futuro.



Tutto è pronto. E' bastato però l'accoglienza e l'ascolto di persone disponibili a seguire mamma e bambino, nel rispetto delle sue scelte, è bastato entrare in ospedale per i controlli in vista del parto che pian piano la paura si è sciolta e quel no drastico e incondizionato si è trasformato in un sì, impaurito, certo, ma deciso.

In questo modo è nato Gabriele, la mamma ha già imparato ad allattarlo, l'ospedale, i servizi sociali, il Consultorio diocesano si sono coordinati bene e tra pochi giorni mamma e bambino saranno accolti in una casa famiglia.

Se davvero ci sta a cuore il progresso e il miglioramento della società, dovremmo essere molto sensibili a storie come questa: perché ci mostrano che è ancora possibile dare fiducia alla nostra gioventù, se siamo disposti a fare la fatica di educarla, di proseguire quel paziente, difficile eppure indispensabile sforzo di interrogare tutta intera la loro e la nostra ragionevolezza. È più facile riempire teste, aule scolastiche e zaini dei nostri ragazzi di preservativi e pillole di vario colore, piuttosto che sedere – perché no? anche con loro – a interrogarci su che cosa è rimasto nelle nostre vite, nei nostri cuori e nella nostra società dei “vietato vietare” e “sesso libero e gratuito”.

Non è che, rimasti troppo delusi, ci costa ammettere che se l'albero si giudica dai frutti, quelli che stiamo raccogliendo sono francamente tossici? 370mila confezioni di pillole “del giorno dopo” vendute solo nel 2007, l'evidente fallimento della limitazione dell'aborto attraverso la contraccezione, l'impennata di quarantenni che cercano con la Pma i figli che hanno accuratamente evitato da giovani: potremmo sempre ingannarci affermando che è il progresso, che le multinazionali della contraccezione e dell'aborto sono congreghe di altruisti e samaritani, che la scienza c'è per esaudire desideri e che i desideri non hanno nulla a che vedere con il giusto, il bello, il buono: sono desideri e basta.

Liberi, sciolti da legacci, istintivi. Ancor più dell'estro degli animali, quello sì ben governato dalla natura.

Potremmo... ma non sarebbe meglio poter mostrare ai figli - con l'amore, la ragione e il rispetto della realtà - che loro valgono di più del gatto di casa?



** Medico;
Vice presidente nazionale Associazione Scienza & Vita*

*** Medico;
Consigliere nazionale Associazione Scienza & Vita*



VIOLENZA DI GENERE | La cronaca impone una presa in carico

DIETRO L'OMICIDIO DI TANTE DONNE C'È UN DOLORE NON INTERCETTATO

di Tonino Cantelmi*

Alcuni recenti episodi di violenza hanno mostrato in modo impietoso il volto inquietante della fragilità maschile. Se in una coppia, o più frequentemente in una ex coppia, si scatena la violenza, il più delle volte a subirla è la donna: si chiama violenza di genere. In modo particolare la violenza estrema, cioè l'omicidio, è opera di un uomo il più delle volte incapace di accettare l'abbandono della partner o un suo tradimento o semplicemente il rifiuto. Perché avviene questo? E perché alle soglie del terzo millennio questi episodi sembrano essere più frequenti e persino più crudeli? Quali fattori determinano questo fenomeno?

In realtà la violenza e l'aggressività nascono dalla paura e dall'insicurezza. Occorre riflettere sulle paure maschili: è come se l'uomo d'oggi si scoprisse più vulnerabile rispetto a donne sempre più autonome, emancipate e capaci. Cadono cioè le maschere e i ruoli che hanno nascosto le debolezze e le insicurezze dell'uomo. Molti osservatori sostengono che queste insicurezze sono gli effetti della "scomparsa" del padre: negli ultimi decenni abbiamo assistito a una sistematica delegittimazione della figura paterna, con la conseguente crescita di generazioni di "orfani" privi di punti di riferimento maschili. Tuttavia i fenomeni in gioco, che, intrecciandosi fra loro, costituiscono la gelatinosa realtà che consente lo sviluppo di un'impressionante espressività della violenza di genere nella sua forma estrema, sono riconducibili nel complesso a una epocale crisi della relazione interpersonale, propria della liquidità dei tempi postmoderni, con il conseguente trionfo di un narcisismo connotato dall'elefantiasi dei bisogni individuali e dall'ineluttabile necessità di soddisfarli.

Cosa ha determinato la crisi della relazione interpersonale?

Molte osservazioni inducono a pensare che alla base della crisi della relazione interpersonale ci siano almeno tre fenomeni, essi stessi amplificati a dismisura dall'inarrestabile rivoluzione digitale.

Il primo fenomeno è senz'altro costituito dall'incremento del tema narcisistico nelle società postmoderne (di cui gli innamoramenti in chat e le amicizie in facebook sembrano essere i corrispettivi telematici), sostenuto da una civiltà dell'immagine senza precedenti nella storia dell'umanità, con la conseguenza che l'agire è determinato e sostenuto dalla coercitiva necessità di soddisfare i propri bisogni a qualunque costo.

Il secondo fenomeno è quello del "sensation seeking", caratterizzato da una sorta di ricerca di emozioni, anche estreme, capace di parcellizzare e scomporre l'esperienza interumana facendola coincidere con l'emozione stessa (è come se tutta la relazione interpersonale coincidesse con l'emozione). La ricerca esasperata di emozioni e la lotta contro il vuoto interiore si traducono spesso in comportamenti antisociali e inutilmente violenti.

E infine il terzo fenomeno è correlato al tema dell'ambiguità, cioè alla rinuncia all'identità e al ruolo in favore di una assoluta fluidità dell'identità stessa e dei ruoli, con la conseguente rinuncia alla responsabilità della relazione ed alle sue caratteristiche generative.

Le relazioni diventano così prevalentemente irresponsabili, trasformandosi in caricature grottesche, incapaci di consentire l'elaborazione dei conflitti, che possono cortocircuitare in agiti violenti, a volte apparentemente incomprensibili.

Relazioni narcisistiche, fondate sull'esperienza emotiva "forte" e sull'ambiguità, non lasciano spazio all'empatia, cioè alla capacità di capire e di condividere, anche emotivamente, il dolore altrui e, di conseguenza, di emettere comportamenti solidali e di aiuto verso l'altro. In questo contesto relazionale il conflitto si risolve o con la fuga e la rottura o con la violenza.

E' in questo contesto che esplodono le fragilità maschili. Ed esplodono in modo violento, crudele, disperato. La maggior parte degli omicidi avvengono all'interno di coppie dove un uomo, debole, disperato e solo non è in grado di accettare che la donna lo lasci, lo rifiuti o lo abbandoni.



Eppure questi omicidi non sono raptus della follia, come i media a volte accreditano. No, sono preceduti da innumerevoli segnali di cedimento, da una lunga e tormentata premessa, fatta di crisi, litigi, piccole violenze, minacce. Quello che stupisce è che la società non riesce ad intercettare questa catena di dolore, salvo poi stupirsi e indignarsi quando la catena si interrompe drammaticamente. Non è questione di leggi, o almeno non solo. Si tratta di drammi vissuti all'interno di una coppia o di una famiglia che nessuno riesce in qualche modo ad intercettare.

Per alcuni è paradossale, siamo sempre più connessi e sempre meno in relazione. Riceviamo e inviamo centinaia di sms e di mail e stringiamo sempre meno mani. Come sostiene Hilmann, le relazioni sono state sostituite da un immensa rete, un network che ci disabilita alla capacità di leggere lo sguardo altrui. Tuttavia credo che qualcosa possa essere fatto, nell'ambito di una riflessione più generale sulla sofferenza delle famiglie e delle coppie, spesso lasciate sole con i loro drammi (si pensi per esempio alle famiglie con un congiunto affetto da malattie mentali gravi). Credo infatti che si possano valorizzare le risorse informali già presenti nel territorio: per esempio sviluppando, soprattutto nelle grandi città, una sorta di centri di prossimità, di antenne sul territorio affidate alle associazioni di volontariato, che potrebbero essere in grado di intercettare il dolore prima che esploda il dramma.

Quando fra qualche giorno leggeremo sul quotidiano della nostra città che un uomo in preda ad un raptus ha ucciso la donna che voleva divorziare da lui, smettiamola di indignarci e diamoci da fare per ricreare una rete territoriale di solidarietà e di vicinanza. I drammi che sconvolgono le famiglie possono essere gravi, ma è molto più grave la solitudine alla quale le famiglie e le coppie problematiche sono talvolta condannate.



BIBLIOGRAFIA:

Tonino Cantelmi, "Scusa se non ti chiamo (più) amore", Edizioni San Paolo, 2010

* *Professore di Psicopatologia dei Consumi, Università La Sapienza, Roma*



Effetti collaterali delle gravidanze “surrogate”

METTI E TOGLI IL PANCIONE FINTO ROBA DA FINIRE IN MANICOMIO

di Umberto Folena*

«**A**nche in Ucraina, come e forse più che in India, è tutto legale e i prezzi sono chiari anche se più salati. Il listino 2010 di una nota clinica indica i costi in 21.766 euro senza fornitura dell'ovocita e 25.519 ovocita compreso. Chiavi in mano e, volendo, fornendo anche una pancia finta (su misura, dai 5 mesi in su). Per ingannare conoscenti e polizia». **Alessandro Farruggia, “Il Giorno”, 15 luglio.**

I dettagli in cronaca, d'altronde di quel che accade in India si sa già benissimo tutto, specialmente per articoli favorevoli che presentano le madri “surrogate” (non “in affitto”, si offendono) come donne generose e disinteressate che desiderano soltanto veder compiuto un sogno d'amore, altrui.

Ad inquietare - e ad essere eletta macchia nera del mese - è il dettaglio del pancione finto. Inquietante è che una madre che “affitta” un utero decida di imbastire una simile finzione, difficilissima da sostenere; vada ad acquistare abiti premaman; parli con le amiche del figlio che si muove e scalcia... una finzione totale, 24 ore su 24, da far andare fuori di testa, roba da attori consumatissimi... anzi no, loro si muovono sul palcoscenico e tutti sanno che recitano. Diciamo roba da Grande Fratello, più o meno, dove ogni partecipante selezionato dopo attento e cinico casting, ha il suo canovaccio sul quale improvvisa.

C'è davvero da impazzire, a indossare ogni mattina il pancione e a toglierselo la sera. E c'è un calcolo perfido e cinico in chi propone la protesi, per aggirare più facilmente la legge. La pratica delle “madri in affitto” è proibita in Italia, ma anche in Francia e Germania, perfino in Spagna. Ma non nell'ospedale Ucraina.

Il secondo motivo d'inquietudine è il solito. Sarà durissima per i paesi Ue contrari alla pratica bloccarla, perché tutto si muove nell'ottica di un libero mercato che si erge a ideologia. Tutto, davvero tutto si può vendere e comprare. E se il corpo “è mio” e posso farne ciò che mi pare, perché non potrei ospitarvi un figlio altrui? Tutto si vende e tutto si compra, e l'unico criterio è la convenienza: se conviene è buono, se non conviene è cattivo. Se ci sono una madre, o un padre, o una coppia liberi di pagare, c'è anche una donna libera di offrire la sua prestazione. Vedrete, la metteranno sul piano della libertà con gli argomenti di sempre. Se tu non vuoi, nessuno ti costringe a farlo.

Ma perché limitare la libertà altrui? Perché negare il sogno d'amore d'una coppia? Perché siete così crudeli?

Sarà durissima. E quando in autobus cederemo il posto alla signora con pancione, un atroce dubbio ci attraverserà il cranio. E dovremo tenercelo.



*Giornalista



Il Giorno - 15 luglio 2010

India, scandalo uteri in affitto «Dite no alle coppie italiane»

Oggi l'India, domani l'Ucraina, la Russia, il Sudafrica, la Georgia, Cuba, il Messico. Tutti paesi nei quali una coppia infertile può rivolgersi a una clinica che fornisce una «madre in affitto»: accetta l'ovocita fecondato, porta avanti la gravidanza, partorisce e poi, ricevuto il compenso pattuito, consegna il bambino. In molti paesi europei, Italia compresa, si tratta di una pratica vietata. E ora questi paesi si stanno muovendo per rendere un po' più difficile la vita a chi vi fa ricorso. L'iniziativa europea parte in India, con una lettera che è stata inviata la scorsa settimana dai consoli generali di otto paesi dell'Ue: Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda, Polonia, Repubblica Ceca e Spagna. Destinatarie, 35 cliniche della regione di Mumbai, in India, alle quali seguiranno presto una ventina di cliniche sparse nel vicino stato del Gujarat e a Delhi. L'avvertimento è chiaro: nei nostri Paesi la pratica della maternità surrogata è vietata, chi vi fa ricorso rischia condanne penali e il mancato riconoscimento della maternità, quindi vi diffidiamo di fornire ai nostri connazionali i vostri servizi. Nella sola India il giro d'affari complessivo della filiera delle madri surrogate (comprendendo dalle cliniche, alle madri, ai soggiorni delle coppie) è stato stimato nel 2008 in 360 milioni di euro: ogni madre guadagna tra i 4 e 7 mila euro mentre il costo finale per la coppia si aggira sui 10-15 mila euro. Sinora non esiste una legge e la pratica è consentita di fatto, proprio come in alcuni stati americani, dall'Iowa al Minnesota. Dal 2008 il parlamento indiano sta cercando di approvare una legge sulla riproduzione assistita e la bozza del testo presentata a metà maggio e che dovrebbe essere approvato entro l'estate legalizza pienamente il ricorso alle «madri in affitto» stabilendo che è permesso a tutte le donne tra i 21 e i 35 anni prestare non più cinque 5 volte il loro utero e di farlo in cambio di un compenso.

Da notare che potranno farvi ricorso «le coppie conviventi», compresi quindi, dopo una recente sentenza della Corte suprema indiana, gli omosessuali. Ma, attenzione, con la legge si introduce una doppia griglia per gli stranieri: un certificato dovrà confermare che il loro Paese accetta la maternità surrogata, un altro garantire che il paese dei genitori darà la cittadinanza al bambino. Altrimenti, niente da fare. La decisione di stringere i cordoni per le coppie straniere è stata presa in India dopo casi spinosi come quello di Manji, bimba giapponese concepita in India da una madre surrogata dopo che i genitori si erano separati (e Tokio non voleva concedere la cittadinanza). O quello dei gemelli dell'israeliano Dan Goldberg sui quali Tel Aviv ha intrecciato una battaglia legale che solo dopo 3 mesi ha garantito loro la cittadinanza. Quando sarà approvata, la nuova legge indiana bloccherà l'arrivo di coppie dall'Europa e sposterà quindi la domanda su paesi come l'Ucraina, già teatro di un flusso robusto dall'Italia (e non solo) come ha testimoniato recentemente la vicenda di una coppia di Mogliano Veneto fermata (e denunciata) all'aeroporto di Venezia con una neonata partorita da una madre in affitto. Anche in Ucraina, come e forse più che in India, è tutto legale e i prezzi sono chiari anche se più salati. Il listino 2010 di una nota clinica indica i costi in 21.766 euro senza fornitura dell'ovocita e 25.519 ovocita compreso. Chiavi in mano e, volendo, fornendo anche una pancia finta in silicone (su misura, dai 5 mesi in su). Per ingannare conoscenti e polizia.

Alessandro Farruggia





Esordio con il botto per la serie "Boston Med" sull'Abc

LA DOCU-FICTION MEDICA SUCCESSO IN AMERICA. E IN ITALIA?

di Olga Calabrese

Può la medicina diventare intrattenimento?

L'America sembra rispondere di sì e non solo attraverso la narrazione seriale di medical drama di successo come *Grey's Anatomy* e *Dr. House - Medical Division*, ma anche grazie a docu-fiction di qualità come la recente *Boston Med*, che ha esordito sull'Abc lo scorso 24 giugno.

Si tratta di un vero e proprio documentario televisivo a puntate. Racconta la vita dei medici che lavorano all'interno di tre ospedali bostoniani d'eccellenza: Massachusetts General Hospital, Brigham and Women's Hospital e il Children's Hospital Boston. Tutte e tre le strutture sono centri universitari legati all'Harvard Medical School.

La serie prodotta da Abc News segue le orme di una precedente docu-fiction medica di successo, *Hopkins*, prodotta dallo stesso team di lavoro e trasmessa sempre dalla Abc.

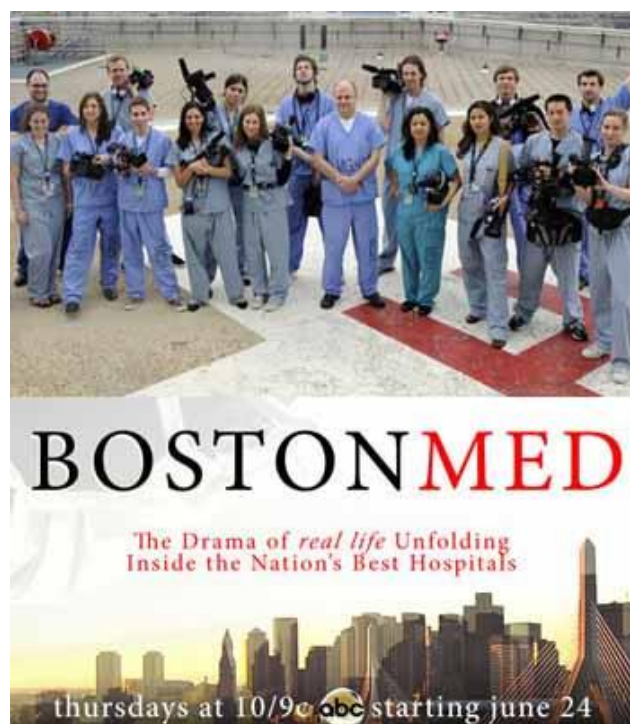
Sembra quindi che il filone della tv verità, condita però con ottima musica, abile montaggio e perfetta regia rappresenti un prodotto su cui valga la pena puntare. Perché chiedere a degli attori di emozionare il pubblico, quando i medici e i pazienti veri sono pronti a condividere con gli spettatori gioie e dolori? Certo, a frenare gli entusiasmi ci sono sempre i rischi di una telecamera troppo invasiva, di uno schermo che si nutre delle vite delle persone per produrre ore di spettacolo. Ma *Boston Med* non è certo un reality del nulla, è piuttosto un documentario che racconta storie che difficilmente verrebbero raccontate in altri lidi. I protagonisti, infatti, sono medici e pazienti con i loro familiari: attraverso le loro vicende personali veniamo a conoscenza delle tante realtà che compongono l'America di oggi.

C'è la specializzanda indiana in conflitto tra le tradizioni della propria cultura, che la vorrebbero già sposata e le difficoltà di una professione che la vede impegnata 24 ore su 24. Poi ci sono i neo genitori di un bambino nato con una malformazione al cuore che viene salvato, dando una gioia enorme al papà militare impegnato in Iraq. C'è il medico che fa di tutto per non perdersi il saggio di danza di sua figlia, rinunciando alle poche ore disponibili per dormire e c'è l'infermiera che flirta scherzosamente con i pazienti più anziani per farli sentire ancora degni d'attenzione.

Insomma, un universo variegato in grado di colpire dritto al cuore degli americani che lottano con un sistema sanitario difficile e molto costoso, sebbene efficiente.

La docu-fiction è forse l'avanguardia del racconto televisivo? E' presto per dirlo. Di sicuro, raccontare la verità sul sistema sanitario in altri Paesi, lontani anni luce dagli Stati Uniti, non potrà mai essere altrettanto idilliaco ed edificante, anzi. La verità è un'arma a doppio taglio e quando è dura da digerire nella vita di tutti i giorni lo può essere maggiormente in tv, in prima serata.

Boston Med viene presentato come "The Drama of real life". Potrebbero mai i drammi della vita reale trovare spazio nel palinsesto televisivo italiano? Al pubblico nostrano, stanco e voglioso di divertirsi, l'ardua sentenza. Purché l'unica "tv verità" non resti il Grande Fratello.





LA COMUNITÀ FAMILIARE E LE SCELTE DI FINE VITA

A cura di Luisa Santolini

Ed. Cantagalli (2010), pp. 264, ISBN: 978-88-8272-507-5, € 13,00

Questo volume è il frutto dei Laboratori voluti dalla Fondazione Sublacense Vita e Famiglia dal 2005; laboratori che ancora una volta hanno avuto luogo la scorsa estate nella splendida cornice dei Monasteri benedettini di Subiaco. Ancora una volta questi luoghi “magici” hanno contribuito non poco a creare il clima giusto per i nostri lavori e ancora una volta un gruppo di amici e affezionati interlocutori si sono ritrovati per tre giorni a discutere e ad argomentare su un tema certamente di stretta attualità, ma altrettanto impervio per i suoi risvolti umani, sanitari e medici, teorici, pratici, giuridici e “cattolici”. Il tema era “La comunità familiare e le scelte di fine vita” e i relatori erano esperti in varie discipline, ma anche uomini di scienza che già si erano cimentati in altre occasioni e in altri contesti con un tema così scottante e così controverso. Ne è nato un dibattito molto acceso e molto intenso e il rammarico è che le relazioni presentate in questo volume, pur nella loro diversità e nella loro problematicità, non possono davvero far riecheggiare il confronto e a volte lo scontro di quei giorni. Abbiamo comunque la presunzione di presentare un libro che è qualcosa di più degli “Atti” di un Convegno e abbiamo la speranza di poter contribuire in modo serio e convincente a un dibattito in corso, superando polemiche mai sopite quando si perla della fine della vita. [...] Questa pubblicazione si situa nel solco delle precedenti esperienze della Fondazione e cerca di essere fedele all’impegno assunto anni fa che è quello di affrontare con coraggio i temi che scuotono il nostro tempo, nella consapevolezza che il relativismo etico, la crisi delle culture, il positivismo scienziasta stanno mettendo a dura prova il futuro dell’Europa. Papa Benedetto XVI li ha sintetizzati nella categoria delle “minacce” perché l’uomo si sente minacciato da una cultura che sembra procedere in modo vertiginoso verso la disgregazione totale, verso il nulla, verso quell’abisso in cui si perde l’idea dell’uomo e l’idea della verità sull’uomo. E dunque l’uomo si sente minacciato nel bene più prezioso che è proprio la sua umanità. In questo scenario, noi vorremmo riscoprire e declinare in chiave moderna le linee di fondo e i valori portanti dell’umanesimo benedettino. Nella nostra società sono in atto trasformazioni radicali e sfide epocali e

forse la più radicale è quella che il Papa e il Cardinale Ruini hanno chiamato “la nuova questione antropologica”. Qui si situa la questione della fine della vita, impropriamente definita “testamento biologico”: cosa si intende per scelte? Che differenza c’è tra scelta e desiderio? Quando è possibile parlare di accanimento terapeutico, di abbandono terapeutico, di forme mascherate di eutanasia. Che differenza c’è tra rinuncia e rifiuto delle cure? Cosa dicono la nostra Costituzione e i documenti ufficiali dell’Europa e del Comitato Nazionale di Bioetica? Esiste il diritto di morire? Quanto pesa l’autodeterminazione di una persona? Come declinare la libertà? Quanto le dichiarazioni anticipate valgono davanti a molteplici e possibili condizionamenti nei momenti cruciali della scelta? Il consenso vero, pienamente informato e libero è sempre possibile? E quanto gioca la paura dell’abbandono? Infine che gioco può o deve avere la famiglia di fronte al dramma della morte o in presenza di pazienti in coma vegetativo? Le domande si accavallano e aspettano una risposta. E sono molte di più perché ogni domanda fa nascere nuove domande e nuove obiezioni alle risposte. Per questo le giornate di Subiaco sono state particolarmente vivaci e per questo le relazioni sono dense anch’esse di domande. È chiaro che il dibattito è rimasto aperto e non credo che una Legge per quanto buona e condivisibile lo sopirà. Sarebbe già molto se si proseguisse sulla strada tracciata a Subiaco, dove l’amicizia, il rispetto reciproco, l’onestà intellettuale, il rigore scientifico, il clima conviviale l’hanno fatta da padroni, consentendo a tutti di sentirsi a proprio agio pur nella diversità delle posizioni.

Lo spirito positivo e le capacità critiche possono e devono far superare gli steccati delle ideologie, dell’approssimazione, della strumentalizzazione, della superficialità, per approdare a un confronto costruttivo per il bene dell’uomo e per il bene comune. È quello che abbiamo tentato di fare.



Con il permesso dell’autrice si riporta parte della prefazione.

Luisa Santolini, Parlamentare, Udc;

Capogruppo commissione VII;

*Capogruppo commissione bicamerale infanzia;
già Presidente del Forum delle Associazioni Familiari*