

NEWSLETTER DI SCIENZA & VITA

N°40 | Edizione Ottobre 2010

Focus: Verso il Congresso SIGO

Attualità: Eterologa, Prevenzione dell'infertilità maschile e "Fattore Famiglia"

Macchia nera

Biofiction

Biblionote

Sommario

FOCUS

La relazione di cura, antidoto alla medicina difensiva <i>di Lucio Romano</i>	3
Di un altro genere. Etica al femminile <i>di Paola Ricci Sindoni</i>	5
Se la gravidanza è preziosa, perché l'Italia non la difende? <i>di Giorgio Vittori</i>	6
Troppi fattori esterni pesano sulla scelta del taglio cesareo <i>di Nicola Natale</i>	11
Partorire senza dolore, concreta opportunità <i>di Paola Villa</i>	12

ATTUALITA'

Pma: la corte europea non è contro l'Italia e la Legge 40 <i>di Lorenza Violini</i>	14
L'infertilità dei giovani maschi, emergenza da affrontare <i>di Carlo Foresta</i>	15
Verso la conferenza di Milano con il "Fattore Famiglia" <i>di Francesco Belletti</i>	16

MACCHIA NERA

Ha un ego mastodontico l'allievo italiano di Edwards <i>di Umberto Folena</i>	18
--	----

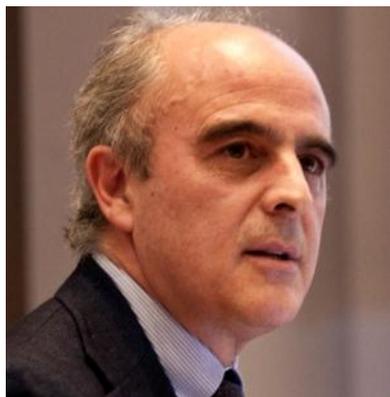
BIOFICTION

La tv della realtà ci sorprende: ecco l'amore. In salute e malattia <i>di Olga Calabrese</i>	20
---	----

BIBLIONOTE

Responsabilità	21
----------------------	----

Direttore responsabile Domenico Delle Foglie



VERSO IL CONGRESSO SIGO 1 | Il contributo del copresidente di S&V

LA RELAZIONE DI CURA ANTIDOTO ALLA MEDICINA DIFENSIVA

di Lucio Romano*

La relazione di cura, modello assistenziale distintivo dell'attività medica, ha assunto - soprattutto nell'ultimo decennio - l'ineludibile deriva verso una esasperata conflittualità. Riprova tangibile è il contenzioso legale il cui fenomeno è a crescita esponenziale. Come ricorda Ivan Cavicchi "il contenzioso legale sta a significare tre questioni importanti: il cambiamento dell'orientamento giurisprudenziale, che si è spostato nettamente sulle ragioni del danneggiato; l'affermarsi di nuovi costi aggiuntivi per l'azienda, come quelli dovuti alle coperture assicurative; la crescita dei comportamenti difensivistici da parte degli operatori, che certamente non sono tarati sull'interesse del malato".

Il quadro socio-sanitario in ambito ostetrico-ginecologico è caratterizzato anche da nuove evidenze che per certi versi segnano l'innegabile progresso medico (es.: ridotta mortalità materna e perinatale) ma per altri rendono l'assistenza ancor più problematica e difficile (es.: gravidanze in età fertile avanzata, aumento della sterilità e delle aspettative procreative, ecc.). Inoltre il ruolo enfatizzato delle procedure diagnostiche (es.: ultrasonografia, cardiocografia, ecc.) ha inculcato nel comune sentire una sorta di collettivo convincimento: inscindibile binomio tra certezza dei mezzi e certezza dei risultati, per quanto del tutto infondato sia sotto il profilo biomedico che giuridico. La medicina non è infallibile, non è una scienza esatta. Tuttavia l'intrinseca fallibilità della medicina ha assunto oggi, paradossalmente, i connotati della colpa.

Per quanto attiene poi il profilo culturale corrente, prevale l'aspettativa di "salute globale". Così come ricorda Giovanni Berlinguer "può sorgere l'equivoco che l'aggettivo globale sia inteso come salute perfetta e totale, come assenza di ogni malattia, difetto o imperfezione.

Questa utopia ha trovato qualche alimento nella definizione coniata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui la salute è 'uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale', che ha contribuito ad ampliare (fin troppo, a volte) l'orizzonte spesso puramente organicista della biomedicina. [...] In verità la salute non è uno stato e non è perfezione. E' una condizione in equilibrio mutevole, che a differenza del passato possiamo ora spostare notevolmente verso il meglio. Mi pare anche poco probabile che si possa raggiungere la perfezione umana attraverso l'igiene e la medicina; a volte, questo tentativo induce le persone a compiere eccessi, i medici a curare il superfluo e gli stati a perpetrare abusi". Ricorderei, inoltre, il grande tema delle politiche di gestione e razionalizzazione della spesa sanitaria che influenzano significativamente l'attività assistenziale, in ragione dei modelli di riferimento.

Ma l'aspetto rimarchevole è la contrattualizzazione del rapporto medico-paziente: linee guida, protocolli, *evidence based medicine*, consenso informato tendono a smarrire la primigenia finalità di favorire *good clinical practices*. Si sono trasformati in istituti propri della medicina difensiva nella quale la clinica è ancillare alla medicina legale.

Con la contrattualizzazione si manifesta ancor più quel conflitto che si voleva dirimere tutelando giustamente l'autonomia e la responsabilità del paziente. Il conflitto, costante e duraturo tutt'oggi, è tra beneficiabilità e autonomia.

Beneficiabilità intesa come prevenzione del danno, procurando una giusta e buona assistenza equilibrando gli interventi di fronte ai rischi e ai costi, questi ultimi evidentemente non solo economici.

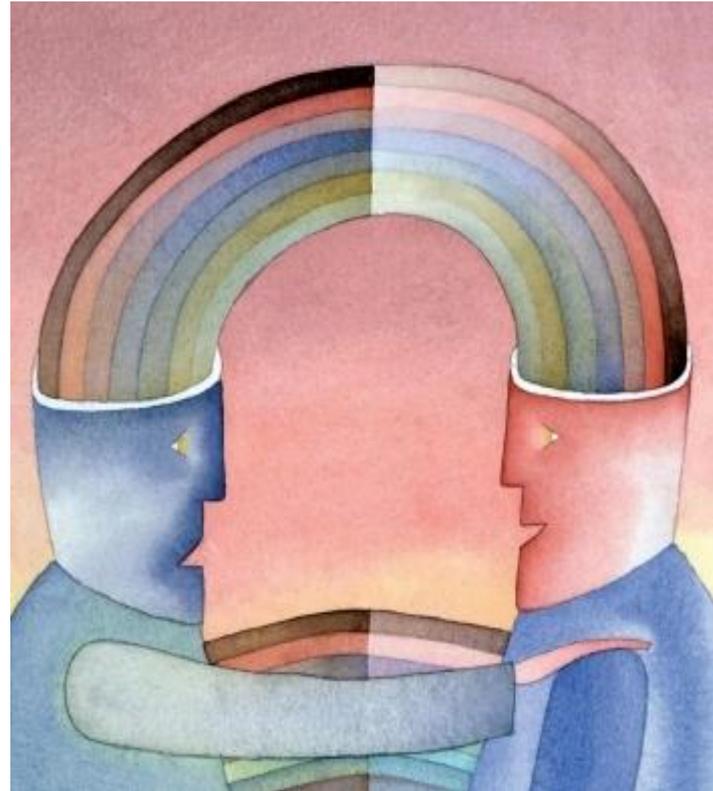
Autonomia come rispetto che si esige per la capacità di prendere delle decisioni, in persone autonome.



Il contrattualismo-libertario s'identifica nel paradigma dell'*accordo* – tra medico e paziente - che stipula tempi, modi e tipi degli interventi diagnostici e/o terapeutici (consenso informato). La relazione di cura, invece, si basa sul paradigma della *beneficialità nella fiducia* nella quale l'alleanza terapeutica e l'alleanza di cura riconoscono ai soggetti morali (medico e paziente) il ruolo di amici morali che condividono il percorso assistenziale (*ad-sistere*, stare a fianco) che si ratifica nel consenso informato effettivamente condiviso.

Nella relazione di cura il consenso informato e condiviso non rappresenta la mera ratifica di autonome decisioni – spesso e comunque all'origine di conflitti e contenziosi – piuttosto il risultato di un percorso di comunicazione e di relazione costruito secondo responsabilità (prendersi cura) da cui ne conseguirebbe anche una riduzione di conflitti e contenziosi fatto salvo il riconoscimento della colpa professionale. Autonomia e responsabilità si coniugano alla luce di valori oggettivi, nei quali il paziente rappresenta un “imperativo categorico”. Tuttavia non è ancora sufficiente: i valori ontologici della relazione di cura hanno bisogno di politiche sanitarie e strategie gestionali (es.: razionalizzazione dei punti nascita, ridefinizione dei livelli assistenziali di riferimento, disponibilità di risorse finalizzate alla partoanalgesia, ecc.) così di una più bilanciata comunicazione mediatica perché possano essere veicolati al fine del “bene globale” della persona.

Come riportato nella Carta degli Operatori Sanitari, sempre attuale, “l'attività medico-sanitaria si fonda su una relazione interpersonale, di natura particolare. Essa è un incontro tra una fiducia e una coscienza. La fiducia di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia e perciò bisognoso, il quale si affida alla coscienza di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo. Questi è l'operatore sanitario. Per lui l'ammalato non è mai soltanto un caso clinico – un individuo anonimo sul quale applicare il frutto delle proprie conoscenze – ma sempre un uomo ammalato, verso cui adottare un sincero atteggiamento di simpatia, nel senso etimologico del termine. Il che esige amore, disponibilità, attenzione, comprensione, condivisione, benevolenza, pazienza, dialogo. Non basta la perizia scientifica e professionale, occorre la personale partecipazione alle situazioni concrete del singolo paziente”.





VERSO IL CONGRESSO SIGO 2 | Cosa ci insegna il corpo delle donne

DI UN ALTRO GENERE ETICA AL FEMMINILE

di Paola Ricci Sindoni*

In pieno clima postmoderno, segnato dal primato del desiderio individuale come valore irrinunciabile e indeterminabile, si assiste ad una radicale svolta antropologica, dove il maschile e il femminile rivendicano la loro libertà o, come si dice, la loro autodeterminazione. E' Umberto Veronesi che qualche settimana fa in un articolo sul Corriere della Sera, ha asserito che nel giro di qualche generazione la differenza sessuale fra uomini e donne perderà ogni significato, che l'umanità si riprodurrà senza bisogno della relazione sessuale di una donna e di un uomo, ma attraverso l'inseminazione artificiale e la clonazione, che l'evoluzione "naturale" della società ci porta oltre i confini delle tradizionali relazioni interpersonali, in nome dell'autodeterminazione del soggetto che vive per il proprio godimento personale grazie alle nuove possibilità offerte dalla scienza, dalla biotecnologia, dalla chimica, dalla fisica e dalle neuroscienze. Nel proclama di Veronesi ciascuno vive per se stesso in questo universo indifferente, dove maschile e femminile finalmente godranno di una perfetta parità, senza differenza, senza quelle odiose discriminazioni della donna che nei secoli l'hanno relegata a ruoli subalterni. La differenza sessuale è solo un prodotto sociale, che la scienza si incarica ormai di superare regalando a tutta l'umanità lo spazio allargato di una libertà senza confini. E' su questo scenario teorico che prendono sempre più spazio le *Gender Theories* e con esse la convinzione che la differenza uomo-donna, lungi dall'essere un dato naturale, assume solo un significato storico e socio-culturale.

Vale la pena perciò indagare il valore della differenza tra i sessi, sfuggendo alla tentazione di contrapporre una teoria a un'altra, quasi a dimostrare come la pluralizzazione dei punti di vista segni ormai l'inevitabile relativismo. Si può al riguardo proporre un'analisi fenomenologica del corpo, non affetta da precomprensioni intellettualistiche o teoriche, ma basata sulle forme vissute del suo manifestarsi con un linguaggio pre-logico, "naturalmente" esposto all'esperienza del suo distendersi dentro il mondo.

Ogni essere umano – lo si sa – inizia la sua vita "abitando" all'interno di un altro essere umano, una donna, così che i due corpi sperimentano insieme – nei nove mesi, tanto dura la convivenza – che la carne che ci costituisce non è soltanto soggetto di esperienza, ma principio, inizio di un corpo che viene alla vita, vita ospitata nella casa di un altro corpo. Allora la nostra carne non è il corpo opaco che ognuno trascina con sé dopo la nascita, corpo che ci accompagnerà per tutta l'esistenza, senza sorpresa, ma forse con rassegnazione, visto quei segni incancellabili che ci costituiscono e che nessuna correzione chirurgica elimina: noi siamo quegli occhi, quel volto, quello sguardo...

Occorre, perciò, ascoltare il linguaggio del corpo, così da "sviscerarne" l'essenza, cogliendone cioè dall'inizio quell'essenza che parte dalle "viscere", come suggerisce la filosofa Maria Zambrano. Invece che dai concetti o dalle rappresentazioni (il corpo non è mai allegoria della mente), conviene seguire i tempi e i ritmi del corpo della donna, visto che è lei la nostra prima casa, corpo sempre mosso, in un movimento costante di sistole e diastole, vero simbolo universale che garantisce spazio comune a una ragazza araba o cinese, a un'adolescente australiana, a una studentessa italiana, a una diciottenne indiana. Conviene allora individuare alcuni tratti di questa storia comune, legata all'esperienza del "corpo vissuto", là dove è possibile riscoprire la forza dell'identità, nella trama di una narrazione entro cui liberare parole autonome e vive. Si possono al riguardo scoprire tre aspetti, a cui la carne femminile rimanda: il primo può essere detto "corpo – flusso", segnato dal ciclo mestruale, il secondo "corpo – abitazione", così come la gravidanza evidenzia, e il terzo "corpo – mondo", simbolo di quella dimensione generativa che porta a considerare la realizzazione del sé attraverso il legame con l'altro da sé. Queste determinazioni della corporeità risultano decisive per la costruzione dell'etica *al* femminile.



* *Ordinario di Filosofia morale, Università di Messina; Vicepresidente nazionale Associazione Scienza & Vita*



VERSO IL CONGRESSO SIGO 3 | Operazione verità sui tagli cesarei

SE LA GRAVIDANZA È PREZIOSA PERCHÉ L'ITALIA NON LA DIFENDE?

di Giorgio Vittori*

Ll 2010 è stato l'anno in cui tutti si sono accorti del taglio cesareo: pazienti, ginecologi, istituzioni e media. Tutti si sono sfidati a parlarne, talora a sproposito, raramente con competenza e in qualche regione si è ricorsi al decreto per imporre il parto spontaneo. Tutti ne parlano, molti scrivono linee guida, molti sono preoccupati per la situazione economica, molti sono preoccupati per le conseguenze, molti pensano che sia colpa dei ginecologi, l'evidenza scientifica dice che il rischio neonatale e materno da TC senza indicazioni cliniche è maggiore, molti pensano che siano le donne a richiederlo e che il ginecologo le asseconi, in ogni caso siamo i Campioni del mondo!

Ma come stanno veramente le cose?

Qualche dato per iniziare: le percentuali di tagli cesarei nelle varie regioni italiane e negli stati europei sono rappresentate nelle [Figura 1](#) e [Figura 2](#). L'analisi della situazione europea dimostra che assieme al Portogallo l'Italia è l'unico paese europeo che ha una percentuale di taglio cesareo superiore al 30%.

Se noi analizziamo la figura 2 e 3 si può verificare che il taglio cesareo nel 1980 era praticato nell'11% dei casi, nel 2006, ma anche oggi 2010 supera il 38% e si possono vedere oscillazioni regionali dal 24% a oltre il 60% con un gradiente che aumenta da Nord verso Sud.

Nella [Figura 3](#) sono rappresentate le percentuali di taglio cesareo delle varie regioni italiane e si può notare che aumentano fino a superare il 40% a partire dal Lazio e coinvolgendo tutte le regioni meridionali e la Sicilia.

La Sardegna rimane al di sotto della teorica linea del 40%, ma sempre ben lontana dal teorico 15% indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1985 (in quello stesso anno l'Italia aveva un tasso di taglio cesareo inferiore al 15%).

Il tasso del 15% è ormai messo in discussione da tutti gli esperti per alcuni motivi:

- Non è mai stato aggiornato dal 1985
- È un riferimento troppo alto per i Paesi in via di sviluppo che non accedono alle risorse necessarie (Paesi in cui la mortalità materna e fetale sono numeri a due o tre cifre per 100 mila nati e rispettivamente 1000 nati)
- È troppo basso per i Paesi sviluppati o che vivono secondo standard occidentali. Nel nord Europa e nei Paesi scandinavi il tasso del taglio cesareo si aggira attorno al 20%, lievemente maggiore in Spagna e in Germania

Per tale motivo è importante procedere alla ridefinizione delle percentuali di taglio cesareo attese in un determinato contesto (livello di assistenza, situazione sociale, antropologia, demografia, età media al primo figlio, formazione degli operatori, organizzazione della rete dei punti nascita) ove avviene il parto. Quale è il tasso di taglio cesareo ideale per l'Italia? Non è facile rispondere perché, come dimostrano i numeri, la situazione in Italia è a macchia di leopardo. Probabilmente gli standard assistenziali di riferimento sono i migliori a disposizione in Italia (Friuli Venezia Giulia, Trentino).

La [Figura 4](#) dimostra quanto sia falsa la percezione da parte di ginecologi, pazienti, media e istituzioni, che l'aumento delle percentuali di taglio cesareo siano accompagnate da diminuzione della mortalità perinatale: all'aumentare del taglio cesareo la mortalità perinatale diminuisce e quindi risale. Lo stesso avviene per la mortalità materna. In sostanza, se il cesareo non è indicato per cause cliniche (materne, fetali o materno-fetali) le complicanze aumentano. Nella [Figura 5](#) e [Figura 6](#) si dimostra che le percentuali di taglio cesareo diminuiscono nelle regioni dove sono più rappresentate le strutture che effettuano più di 500 parti annui. È una considerazione quasi banale: nelle strutture dove vi sono più parti, ovvero più esperienza, il ricorso al cesareo è minore.



Infine il privato e il pubblico (**Figura 7**): paradossalmente, nel privato, ove ci si aspetterebbe che il rapporto medico paziente sia collegato al maggiore rispetto della fisiologia del parto e quindi una maggiore rappresentazione del parto spontaneo, avviene esattamente il contrario e si riscontrano percentuali altissime di taglio cesareo.

Nella **Figura 8** è riportata la fotografia della situazione italiana (sondaggio SIGO 2009 su 250 punti nascita). Appare evidente che la rete italiana necessita di “manutenzione straordinaria”, c’è un solo ginecologo di guardia nel 40% dei casi, nel 38% dei casi non c’è l’anestesista dedicato alla sala da parto e in una percentuale del 22% non vi è sala operatoria utilizzabile per l’emergenza e addirittura nel 38% dei casi non è all’interno del punto nascita, ma in altre strutture.

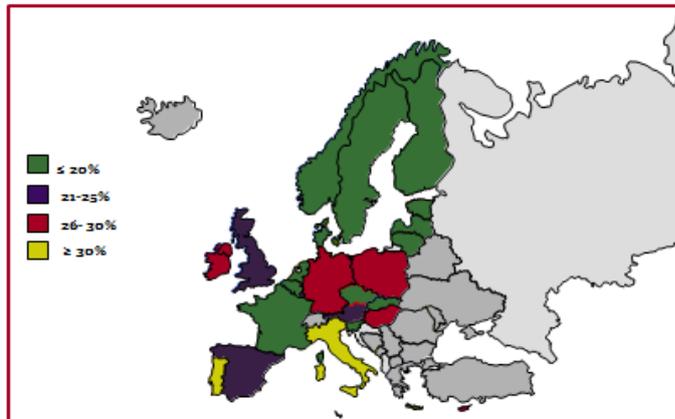
Nella **Figura 9** sono riportate le proposte formulate nel sondaggio Sigo del 2009 in risposta alla domanda “cosa faresti per allineare il tasso del cesareo a quello degli altri Paesi?”. Le risposte sono significative e citiamo solo le prime tre in ordine di frequenza: diminuire il contenzioso medico-legale, offrire strutture meglio organizzate e investire nella formazione dei professionisti.

In conclusione, la percentuale di taglio cesareo che si rileva in Italia deve essere considerata un indicatore di efficienza della rete punti nascita, materno-infantile/salute donna e rappresenta la parte emersa di un iceberg che presenta la necessità di attenzione specifica. Imporre il parto spontaneo per decreto senza investire in formazione, organizzazione, accorpamento intelligente delle strutture con minori risorse aumenterebbe le criticità del sistema. Oggi in Italia il tasso di fecondità è 1.34, l’età media alla prima gravidanza è vicina ai 35 anni, la situazione economica e sociale è complessa. Insomma la gravidanza è divenuta ancor più preziosa: perché non la difendiamo?





The C.S. rate in Italy is over the European standard and O.M.S. suggestion



source: European Perinatal Health Report december 2008

Figura 1

Average rate of C.S. in the years

Variability among regions

- 1980 = 11%
- 2006 - 07 = 38,4%

- Bolzano 24%
- Campania 61%

Figura 2

Regional distribution of C.S. in Italy

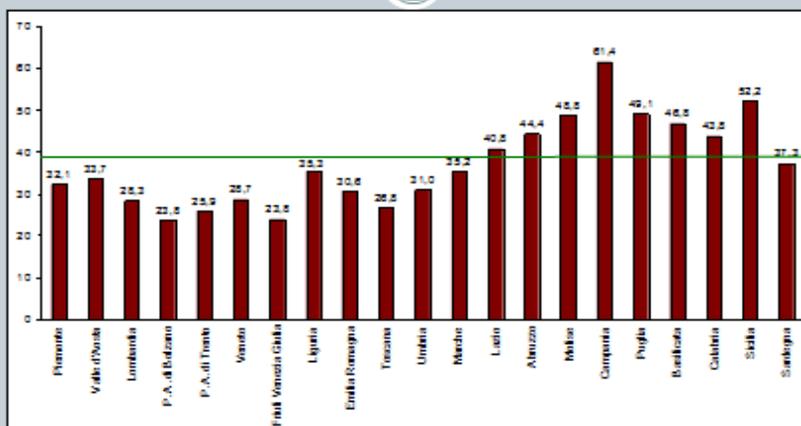


Figura 3

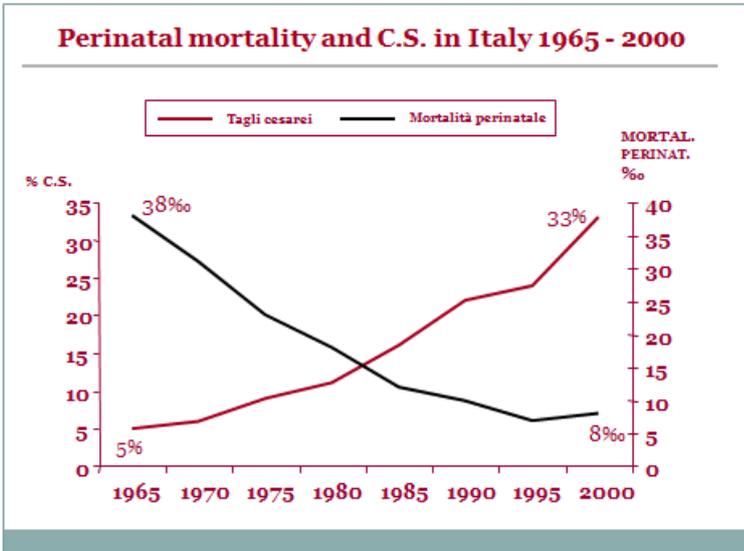


Figura 4

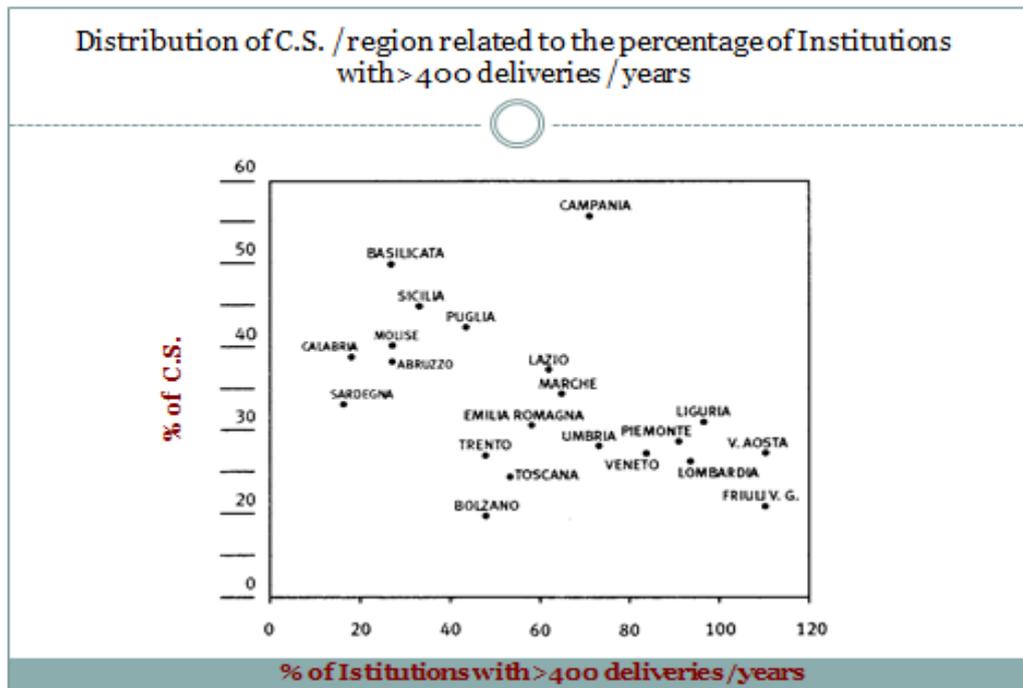


Figura 5

C.S. rate/number of deliveries:Year 2006 (S.D.O.)

Range	C.S.	Total deliveries	C.S: %
< 500	26.982	56.822	47.5
500-999	58.696	141.096	41.6
1000-1999	79.242	214.143	37.0
> 2000	49.206	144.925	34.0
total	214.126	556.986	38.4

Figura 6



Modality of delivery in different institutional condition

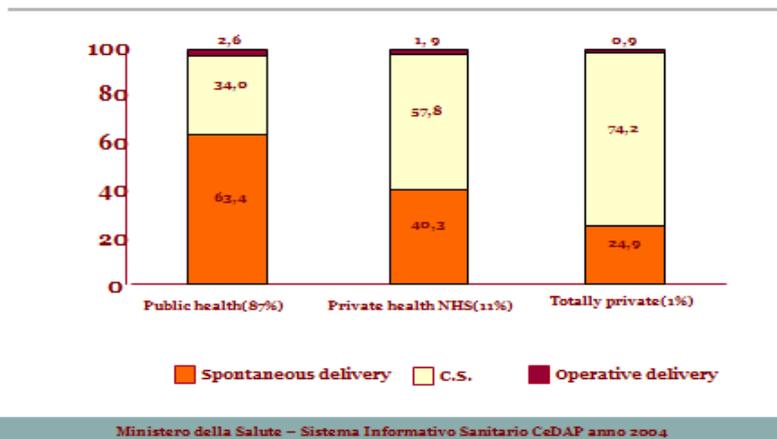


Figura 7

Organizzazione

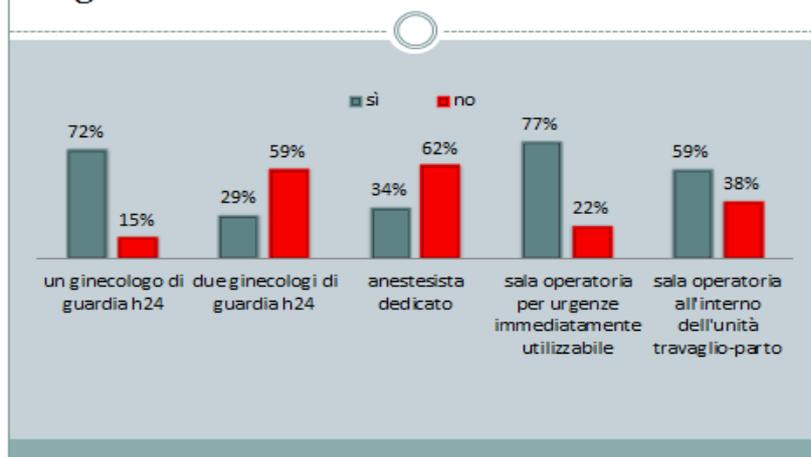


Figura 8

Le soluzioni

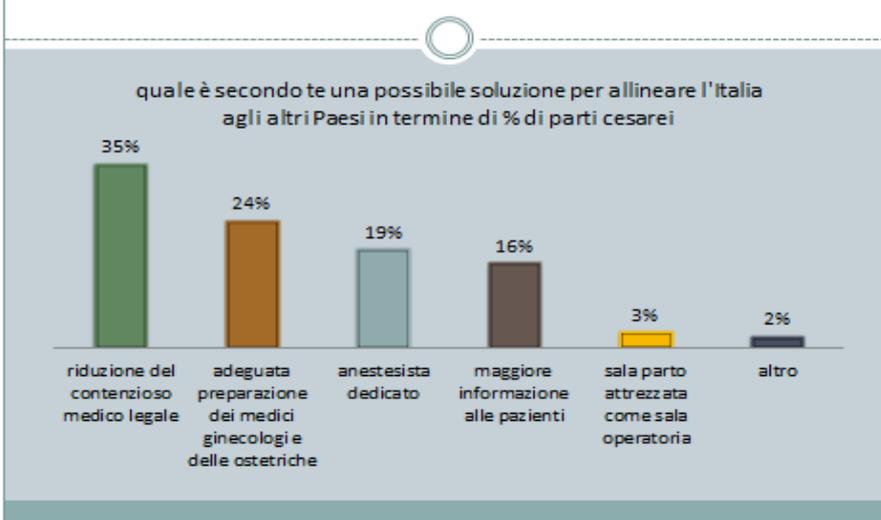


Figura 9



VERSO IL CONGRESSO SIGO 4 | Preoccupa il boom registrato in Italia

TROPPI FATTORI ESTERNI PESANO SULLA SCELTA DEL TAGLIO CESAREO

di Nicola Natale*

Ll taglio cesareo (TC) è al centro di un vivace dibattito mediatico e viene presentato come la cartina di tornasole della capacità dei ginecologi di affrontare correttamente la nascita di un bambino. Sembra di percepire che da parte dei cittadini, e in particolare dei magistrati, il TC rappresenta il mezzo più sicuro per la mamma ed il bambino per nascere.

La considerazione generale e le condanne inflitte hanno convinto i ginecologi italiani a ricorrere sempre più frequentemente al TC come mezzo per far partorire la donna tanto che in Italia siamo giunti al 40% circa con punte in Campania di oltre il 60% di media ed in Lombardia (pur tra le regioni a più bassa incidenza) oltre il 30%.

I dati di salute materna e neonatale non giustificano tali cifre, infatti, nazioni dell'Europa settentrionale hanno bassa mortalità e morbilità materna e fetale senza raggiungere il numero di TC italiani.

Un'indagine sui dati lombardi aveva fatto intendere che solo il 18% dei parti era giustificato fosse effettuato mediante TC per ragioni mediche, quindi perché questo dislivello?

La prima considerazione che mi sorge spontanea è la insussistenza del numero "giusto" di tagli cesarei. Ogni caso va valutato alla luce della *good practice* e della situazione contingente con scienza e coscienza e quindi il numero dei TC deve essere "adeguato".

Troppi fattori esterni alla buona condotta clinica però influiscono sulle scelte.

Innanzitutto il rapporto tra la donna gravida ed il suo ginecologo può portare a una scelta condizionata dal vissuto della donna e dalle circostanze in cui il ginecologo si trova a vivere.

La donna riceve dall'ambiente che la circonda e da internet informazioni che di scientifico hanno ben poco. Prevale, quindi, la paura per il dolore e per la salute propria e del bambino, così da spingere la donna a confrontare quanto affermato dal medico con quanto letto nel gossip di internet.

Qui prevalgono le opinioni e i casi singoli sulle affermazioni verificate e controllate, ma esse acquistano comunque peso ed importanza (non da meno agisce la televisione, dove gli "esperti" diventano tali in quanto vengono intervistati e non per il loro curriculum).

Un ruolo non inferiore gioca il rapporto tra i medici. Siamo tutti consci che la medicina non è una scienza esatta e ciò dovrebbe porci nell'atteggiamento umile di chi ascolta le considerazioni altrui senza prosopopea e solo poi, valutati i fatti e le conoscenze, esprime il parere motivato con parole e atteggiamenti che non spingano il paziente a disprezzare il medico cui si era rivolto in precedenza. Troppo spesso, invece, i medici assumono atteggiamenti ed esprimono giudizi che tendono a denigrare l'operato del collega, ingenerando nel paziente sconcerto e dubbi, confusione e perdita di fiducia.

La "malasanità" è oggetto di grande rilievo per la stampa in questo ultimo scorcio di tempo e ogni caso viene fatto rientrare nell'errore o nel cattivo comportamento del medico: l'ineluttabilità degli eventi non viene neppure presa in considerazione e si pretende l'onnipotenza del medico per rispondere ai "diritti" alla salute ed al benessere.



* Ginecologo; già Vicepresidente Sigo; Segretario FISM; Presidente Scienza & Vita Milano



VERSO IL CONGRESSO SIGO 5 | Analgesia epidurale ferma al 10%

PARTORIRE SENZA DOLORE CONCRETA OPPORTUNITÀ

di Paola Villa*

Partorire senza dolore ovvero attraverso la parto analgesia costituisce un grande passo avanti verso la umanizzazione di questo momento così importante nella vita della donna. Il parto costituisce da sempre una difficile prova per la donna e per la coppia, un momento in cui il dolore fisiologico legato all'evento è sempre più gravato dall'ansia per una esperienza sconosciuta, dal timore di perdere il controllo della situazione, di non essere capaci di partorire ma ancor di più dalla paura del dolore. Ecco quindi che insieme a un'adeguata preparazione della partoriente durante la gravidanza è giusto poter offrire metodiche che attraverso il blocco farmacologico delle sensazioni dolorose permettano alla donna di affrontare il travaglio in modo più concentrato e sereno e alla fine di vivere consapevolmente il momento della nascita.

La donna, d'altra parte, deve essere lasciata completamente libera di scegliere come partorire. Esistono infatti legittime correnti di pensiero che cercano di evitare la medicalizzazione eccessiva del parto e preferiscono assecondare il processo naturale nella sua completezza accettandone anche la componente dolorosa. Il controllo del dolore del parto può far ricorso anche a tecniche non farmacologiche come tecniche di respirazione, massaggio, immersione in acqua, movimento e di assunzione di diverse posizioni materne. Fra le tecniche farmacologiche l'analgesia epidurale risulta la più efficace e può facilitare la partecipazione al parto a molte donne che per diversi motivi possono non essere in grado di controllare attivamente le fasi del travaglio fisiologico.

Sicuramente l'analgesia al parto non deve essere un provvedimento isolato, e non deve diventare un alibi per la donna per delegare il vissuto di questa difficile esperienza fuori di se, alle figure

che la assistono o alla struttura in generale. La fuga dal dolore non potrà esorcizzare la realtà dell'evento che si vive.

La scelta di partorire con l'analgesia deve far parte di un programma di assistenza alla gravidanza e di preparazione al parto che renda la donna adeguatamente informata e consapevole del significato della sua scelta. E' quindi necessario uno sforzo per una corretta illustrazione dei vantaggi e dei rischi e della praticabilità degli interventi medici soprattutto attraverso colloqui specifici che devono essere attuati durante la gravidanza e non al momento del parto.

La tecnica realizzata con l'analgesia epidurale è perfettamente compatibile con l'espletamento del parto per via naturale e, eseguita correttamente, non comporta esiti neonatali sfavorevoli ma nei centri con maggior esperienza può ridurre il ricorso al taglio cesareo.

La diffusione di questa metodica in Italia (secondo alcune statistiche è inferiore al 10%) nonostante la campagna che la Commissione per le Pari Opportunità ha promosso, è ancora scarsa soprattutto rispetto alla diffusione in altri paesi europei (Gran Bretagna Francia 30-60%) . Da una recente indagine condotta fra le strutture dotate di Punto Nascita è risultato che solo il 10% dei centri effettua la parto analgesia e solo pochi di essi hanno garantito questo servizio per 24h su 24. Sicuramente le limitate dimensioni delle unità ostetriche che in genere sono altamente disperse nel territorio e che effettuano un ridotto numero di parti all'anno impediscono l'offerta della parto analgesia per le difficoltà organizzative ed economiche. Al contrario un servizio disponibile per tutte le 24h e per tutte le donne che lo desiderino può essere vantaggiosamente organizzato in strutture che effettuano più di 1000 parti all'anno.



La realizzazione di un servizio di tal genere comporta la presenza di un anestesista-rianimatore competente ed esperto che collabori con il team di sala parto caratterizzato dalla presenza dell'ostetrica, del ginecologo e del pediatra.

La vera umanizzazione del percorso nascita non può e non potrà prescindere dal prevedere la parto analgesia praticata da un team di professionisti che collaborano fra loro nel mettere a punto protocolli di cura aggiornati e sempre attenti a fornire alla donna in sala parto il supporto medico e psicologico necessario.



** Ricercatore,
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;
Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e
della Vita Nascente*



ETEROLOGA | Non sono ipotizzabili ricadute negative

PMA: LA CORTE EUROPEA NON È CONTRO L'ITALIA E LA LEGGE 40

di Lorenza Violini*

Nei giorni scorsi molti hanno enfatizzato le ricadute negative sulla nostra legge 40 della sentenza della Corte europea di Diritti Dell'Uomo contro la legge austriaca. Pochi, invece, si sono chiesti che cosa dice veramente questa sentenza che, il 1 aprile di quest'anno, ha effettivamente condannato l'Austria a versare 20mila euro, a titolo di risarcimento a due coppie sterili. Motivo: la legge vieta la donazione di ovuli e consente la donazione di spermatozoi solo nell'ambito della fecondazione in vivo; di conseguenza, tramite questo incrocio di divieti parziali, volti – secondo la difesa governativa – a preservare un pur parziale riferimento alla fecondazione cosiddetta *naturale* conservando il principio della *mater semper certa*, si finiva per produrre, nei casi in esame, una violazione del diritto alla vita familiare (art. 8 CEDU).

I percorsi argomentativi che hanno condotto a considerare discriminatorio e irrazionale il regime giuridico introdotto dalla legge in esame si identificano con riferimento al caso, anzi ai casi concreti portati all'attenzione della Corte. In particolare, delle due coppie ricorrenti, una considerava irrazionale che, essendo la donna in grado di produrre ovuli ma essendo incapace di concepire per impervietà delle tube, non potesse ricorrere alla fecondazione in vitro con seme donato visto che questo avrebbe consentito di conservare il principio della *mater semper certa*; l'altra considerava discriminatorio non poter accedere alla donazione di ovulo essendo il marito fertile. Essa avrebbe infatti potuto generare figli con un patrimonio cromosomico noto almeno per la metà, cosa che è consentita dalla legge nel caso in cui la parte infertile della coppia sia il marito. Nel confronto tra donna sterile/maschio fertile e maschio sterile/donna fertile si metteva in atto per legge un caso classico di *gender discrimination*.

Quali le possibili ricadute sulla nostra legge? Esse sono difficili da identificare visto che da noi l'eterologa è bandita *in toto*. Ma c'è di più. La sentenza europea, pur censurando la natura discriminatoria in base al sesso del divieto di

donazione di ovuli, non censura ma anzi tiene nella dovuta considerazione le diverse legislazioni vigenti nei diversi Paesi europei e considera le motivazioni di natura morale e sociale una base più che accettabile (“*particularly weighty*”) per identificare i principi di fondo che devono regolamentare la materia (“*on a stage of deciding whether or not to allow artificial procreation in general*”). Il che è perfettamente coerente con la natura della Corte stessa, che è un giudice internazionale dei diritti e non certo un superlegislatore.



*Ordinario di Diritto Costituzionale e Diritto Pubblico
Comparato, Università degli Studi di Milano;
Consigliere nazionale Associazione Scienza & Vita



PROGETTO ANDROLIFE | L'azione preventiva della SIAMS

L'INFERTILITÀ DEI GIOVANI MASCHI EMERGENZA DA AFFRONTARE

di Carlo Foresta*

Recenti studi epidemiologici della Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS) confermano l'espansione del problema dell'infertilità maschile. Attualmente si stima che siano oltre 5 milioni i maschi italiani, in età fertile, che presentano fattori di rischio potenzialmente dannosi per il potenziale riproduttivo. Infatti, definendo l'infertilità come il fallimento al concepimento di una coppia dopo almeno 12 mesi di rapporti regolari non protetti, si ritiene che in circa il 50% dei casi il motivo sia da ricercare in una prevalente ipofertilità da causa maschile. Questi numeri rendono evidente come il peso della componente andrologica sull'infertilità di coppia risulti sottovalutato.

I principali fattori di rischio per l'infertilità sono: criptorchidismo, varicocele, infezioni, torsioni testicolari, tumori, malattie sistemiche, stress psichico, abuso di alcol, cause iatrogene, fattori tossici ambientali, fumo, malnutrizione e doping. Molti di questi fattori di rischio possono essere corretti o attraverso la loro eliminazione, quando possibile, oppure intervenendo con adeguate terapie per evitare che l'alterazione progredisca fino all'infertilità. Le tecnologie di fecondazione artificiale sono sempre più avanzate e, nell'immaginario comune, vengono proposte come soluzione definitiva all'infertilità, ma l'esito non sempre è garantito e i problemi psicologici, etici ed anche economici che derivano da queste soluzioni sono di grande rilevanza.

Tutte queste considerazioni rendono necessario stimolare la sensibilità comune alla prevenzione dell'infertilità poiché, soprattutto tra i giovani, manca la coscienza del nesso di causalità tra stili di vita e alterazioni del sistema riproduttivo.

La prevenzione andrologica consiste da un lato nell'individuazione precoce di anomalie a livello dell'apparato genitale, che sono in grado di influenzare negativamente la fertilità nell'età adulta e

dall'altra nella promozione di stili di vita corretti che evitino effetti negativi sulla funzione dell'apparato riproduttivo. Inoltre si rende necessario facilitare l'accesso dei giovani al consulto specialistico andrologico potendo così intervenire in tempo ed evitare spiacevoli future conseguenze.

La Siams, attraverso la sua fondazione Andrologia onlus, si propone di divulgare questa problematica per indurre i giovani a una precoce individuazione delle condizioni che alterano il potenziale di fertilità al fine di preservare inalterata la capacità riproduttiva naturale.

Perseguendo tale obiettivo è nato il "Progetto Androlife" che si svolgerà nelle giornate di venerdì 18, sabato 19 e domenica 20 marzo 2011, e si comporrà di momenti di grande comunicazione al fine di raggiungere il più elevato numero possibile di giovani e, contestualmente, risvegliare l'attenzione dei loro genitori.

Momenti attuativi del progetto prevedono:

- Istituzione di un numero verde per consulto in diretta con uno specialista e prenotazione di visite andrologiche gratuite;
- Presenza nelle piazze delle maggiori città italiane di un punto di riferimento Siams allo scopo di divulgare il manifesto della prevenzione andrologica;
- In ogni regione manifestazioni culturali, musicali e sportive collegate al progetto;
- Campagna stampa e collegamenti radiotelevisivi soprattutto inerenti al network giovanile;
- Raccolta fondi mediante sms, da finalizzare a progetti di ricerca nell'ambito della riproduzione umana



* *Professore Ordinario di Patologia Clinica e Direttore del Centro di Crioconservazione dei gameti maschili, Università di Padova; Presidente della Società Italiana di Fisiopatologia della Riproduzione*



POLITICHE FAMILIARI | Proposta di riforma del sistema fiscale

VERSO LA CONFERENZA DI MILANO CON IL “FATTORE FAMIGLIA”

di Francesco Belletti*

LIl dibattito sulla riforma del sistema fiscale in chiave familiare diventa centrale con l'approssimarsi della Conferenza nazionale sulla famiglia di Milano. In quella sede, infatti, nodi, problematiche e proposte dovranno incrociarsi e riordinarsi in un piano organico per la famiglia valido per il prossimo decennio e che si spera abbia maggior fortuna dei risultati della precedente Conferenza.

In tale Piano non potrà non trovare posto una proposta di nuovo assetto fiscale che non regali nulla alla famiglia, ma almeno limiti la profonda ingiustizia che contraddistingue l'attuale situazione. Tutti riconoscono che l'attuale sistema fiscale è iniquo verso le famiglie con figli, che occorrono interventi di sostegno alla natalità e alla responsabilità familiare, che la famiglia è una risorsa insostituibile di coesione sociale, fiducia e sviluppo economico per il “sistema Italia”. Ebbene, è ora di passare dalle parole ai fatti.

Il Forum delle associazioni familiari su questo punto ha sostenuto fin dall'inizio la necessità di un doppio riconoscimento: da un lato la centralità della famiglia come istituzione di bene comune socialmente rilevante (art. 29 della Costituzione, “società naturale fondata sul matrimonio”), dall'altro il necessario sostegno ai suoi compiti e funzioni sociali, in primo luogo attraverso la leva fiscale, ma anche con azioni di tutela della vita, di sostegno alle responsabilità educative, di conciliazione famiglia-lavoro, di promozione per le giovani coppie.

In questa prospettiva il Forum ha lanciato in vista della Conferenza di Milano una nuova proposta di riforma del sistema fiscale, il *FattoreFamiglia*, capace di costruire un sistema finalmente equo per le famiglie con carichi familiari. Inoltre essa supera i limiti della proposta del quoziente familiare che molti sembrano aver riscoperto nell'ultimo periodo ma che ha dei limiti che rischiano di creare più problemi di quanti ne risolveva.

Con il *FattoreFamiglia*, a parità di reddito, una famiglia con tre figli pagherà molte meno tasse rispetto ad una famiglia che non ha figli.

Esso può inoltre riconoscere altri fattori di difficoltà familiare (quale, ad esempio, presenza di disabili), sostenendo così la famiglia nei suoi compiti di cura.

Dal punto di vista tecnico il *FattoreFamiglia* (*FF* - vedi la descrizione analitica del modello su www.forumfamiglie.org):

- Introduce una no tax area familiare commisurata al numero di persone di quel nucleo.
- tale area dovrebbe corrispondere al valore della soglia di povertà dell'Istat (7.200 euro/persona). In tal modo il *FF* potrebbe essere rimodulato automaticamente di anno in anno. Questo valore viene moltiplicato per un *coefficiente familiare*, sulla falsariga dell'Isee, ma che rispetto all'Isee pesa maggiormente il valore/costo dei figli (nell'Isee il terzo figlio vale 0,35, nel *FF* 0,80). Usando il *FF* una famiglia di sei persone avrebbe un reddito non tassato di 30.800 euro.
- Il beneficio fiscale ottenuto viene calcolato *allo scaglione più basso* dell'aliquota. Quindi su questo reddito non si paga il 23% (la famiglia con sei figli avrebbe un beneficio fiscale pari al 23% di 30.000 euro, oltre 7.000 euro). Il reddito che rimane viene tassato sulle aliquote superiori. Così non si privilegia il reddito più alto, che era una delle criticità del quoziente familiare “puro”.
- Una questione molto rilevante è che il *FF* è una misura di equità fiscale a misura di famiglia definita a livello nazionale e non variabile regionalmente. Il federalismo fiscale potrebbe affidarsi ad altri strumenti, come gli assegni al nucleo familiare. Ai Comuni spetta poi la competenza su tariffe e imposte locali, spesso di grande impatto sui bilanci familiari.
- Per le famiglie con basso reddito, in condizione di “incapienza” il *FF* prevede dei meccanismi “garantiti” di credito d'imposta, capaci di restituire reddito proprio alle famiglie a rischio di povertà.



Al di là degli aspetti tecnici, sui quali si dovrà ovviamente molto lavorare e confrontarsi, crediamo che sia importante il segnale che il Forum ha voluto dare alle Istituzioni. Dove in anni di promesse disattese nulla si è riuscito a fare per riequilibrare il sistema fiscale, la famiglia si è rimboccata le maniche, ha preso l'iniziativa ed ha trovato una soluzione. Ora è lo Stato ad essere in debito di una risposta, che avrà un'indubbia rilevanza economica, ma che assume anche una forte valenza politica e valoriale:

- dal punto di vista politico la riforma del fisco a misura di famiglia significa rimettere al centro dell'attenzione pubblica la famiglia come risorsa di bene comune, dopo decenni di trascuratezza, quando non di vessazioni;
- dal punto di vista valoriale, il sostegno alla famiglia con figli implica riconoscere che per una società più umana è necessario sostenere le ragioni della vita, l'investimento sulle nuove generazioni, la dignità di ogni vita, in ogni momento della vita.



CONFERENZA NAZIONALE
DELLA FAMIGLIA
FAMIGLIA: STORIA E FUTURO DI TUTTI

MILANO, 8-10 NOVEMBRE 2010



Severino Antinori è un maestro di autocelebrazioni

HA UN EGO MASTODONTICO L'ALLIEVO ITALIANO DI EDWARDS

di Umberto Folena*

«**S**enza voler creare polemiche, posso affermare che l'unico allievo di Edwards in Italia sono io». Severino Antinori, "Corriere della Sera", 17 ottobre.

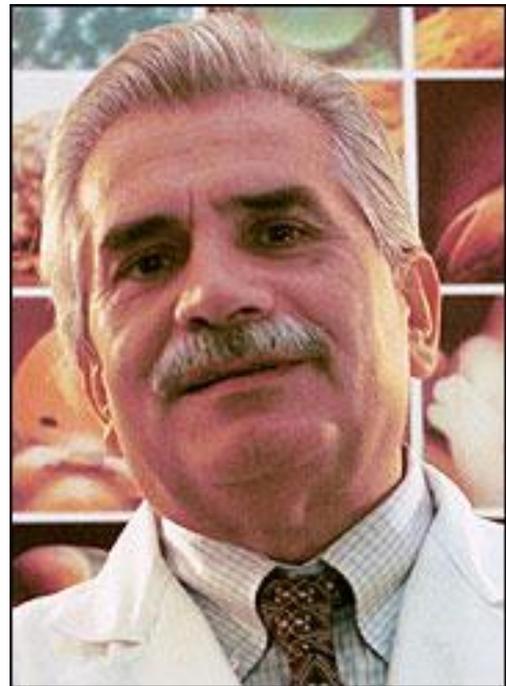
«I nostri nomi sono legati a doppio filo: mi considerava il prosecutore della sua opera». Severino Antinori, "Il Giornale", 5 ottobre.

Uno dei problemi che danno maggior lavoro agli psicoterapeuti è la carenza di autostima. Individui intelligenti e brillanti che potrebbero fare cose meravigliose neanche ci provano, convinte di non riuscirci; uomini e donne deliziosi, che potrebbero amare come pochi saprebbero amare, rinunciano in partenza, nella (falsa) certezza di non esserne capaci. In gran parte dipende dall'infanzia, dai genitori, dalla scuola, dagli ambienti frequentati in gioventù (anche certa Chiesa...), dalle agenzie (dis)educative... La sindrome non riguarda nel modo più assoluto Severino Antinori, che semmai ama inabissarsi nell'autocompiacimento senza ritegno. Un eccesso di umiltà è esercizio perfino stucchevole; ma l'esibizione senza ritegno della propria presunta grandezza è ancor più nauseabonda.

Robert Edwards, più volte citato, naturalmente è il recente Premio Nobel per la medicina. Antinori non si limita a rievocare la figura, essendone il ricercatore italiano - lo garantisce egli stesso - più vicino a lui. Dal piedistallo, in entrambi gli articoli, scende Edward e sale Antinori stesso, che si serve della notizia per le sue battaglie politiche ed ideologiche. Così termina l'intervento sul "Giornale": «E se il Nobel l'hanno dato alla medicina riproduttiva, ora il Parlamento italiano deve pensare di modificare la legge 40 che mortifica questa medicina».

Ma il meglio di sé - o il peggio, dipende dai punti di vista - Antinori lo dà sul "Corriere". Come in ogni feuilleton, la sua prima preoccupazione è l'individuazione di un nemico, un avversario che appaia grande e potente, in cui potersi specchiare. E chi potrà essere, se non la Chiesa? «La Chiesa di Roma - scrive Antinori - è scesa in campo, ancora una volta, con gli stessi sistemi adottati contro Galileo e da allora contro altri Uomini illustri che, in diversi campi, si sono prodigati con il loro lavoro per il Bene dell'umanità». La maiuscola è importantissima. Se Antinori è Uomo che lavora per

il Bene, gli avversari lavorano per il Male. Non è "Guerre stellari" ma poco ci manca. Ma Galileo che c'entra? Per Antinori e il suo profilo è decisivo: «La definizione di eretico che mi è stata attribuita recentemente la prendo come un buon auspicio per il mio futuro, perché così venne considerato Galileo». L'autostima qui si impenna a livelli stratosferici. Il doppio delirio è servito, e i quotidiani ospitano simili autoesaltazioni senza battere ciglio. Il fatto che Antinori veda Galileo con il binocolo, anzi con il cannocchiale, è questione irrisoria. «Io sono un ricercatore libero, onesto, che alcune volte ha avuto delle buone intuizioni (...) che mi hanno dato lustro scientifico in tutto il mondo». E chi lo ferma?



* Giornalista



Il Corriere della Sera - 17 ottobre 2010

Interventi & Repliche Antinori: il Nobel a Robert Edwards

La notizia dell'attribuzione del Premio Nobel 2010 per la medicina all'insigne scienziato prof. Robert Edwards, padre della prima bimba nata con la fecondazione extracorporea grazie agli studi da lui svolti sin dal 1958 sulla biologia riproduttiva, ha scatenato una serie di reazioni, di interventi e di commenti da parte di diversi ambienti.

Pesante e inaccettabile la presa di posizione della Chiesa cattolica che ha giudicato insensato il conferimento del Nobel al prof. Edwards, ritenuto responsabile del «commercio di ovociti» e del «danneggiamento di migliaia di embrioni che giacciono in contenitori di azoto, sparsi in tutto il mondo e destinati a essere distrutti o a morire». Ritengo certe affermazioni oltremodo fuorvianti perché si basano su presupposti non scientifici, oserei dire falsi, poiché le cellule fecondate per l'80% si bloccano naturalmente.

La Chiesa di Roma è scesa in campo, ancora una volta, con gli stessi sistemi adottati contro Galileo e da allora contro altri Uomini illustri che, in diversi campi, si sono prodigati con il loro lavoro per il Bene dell'umanità. Tornando al tema degli altri commenti, e particolarmente quelli inerenti gli italiani, senza ombra di dubbio la prima nascita in provetta in Italia è merito del dottor Vincenzo Abate di Napoli, nel 1983. Dopo tale data in Italia ci sono state altre nascite a opera di centri diretti da cattedratici e no, in Sicilia e a Bologna. Ma nessuno di questi può essere definito allievo della Scuola di Edwards a Cambridge.

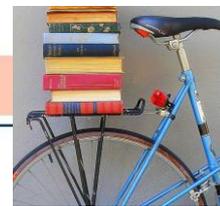
Senza voler creare polemiche, posso affermare che l'unico allievo di Edwards in Italia sono io, avendo iniziato a frequentare il suo centro sin dal 1977. A conferma di queste affermazioni c'è una dichiarazione del prof. Edwards rilasciata al Sunday Herald il 21 ottobre 2001 nella quale lo scienziato esprime parole di stima per il mio contributo, particolarmente nell'ambito maschile, menzionando il merito di avere sviluppato la tecnica preliminare alla Icsi (intracytoplasmic sperm injection), metodica che ha risolto dal 1988 in poi la maggior parte delle problematiche della sterilità maschile, tant'è che oggi è la tecnica più usata. Nel corso della stessa intervista il prof. Edwards menzionò altresì il contributo da me dato alle gravidanze in età postmenopausale.

Le ricerche sul congelamento lento degli ovociti, tanto decantato dalla Scuola di Bologna, non ha dato più del 3% in termini di gravidanze, rispetto alla metodica di vitrificazione da me messa a punto e pubblicata su RBM, con risultati di circa il 35%.

Il volermi definire fuori dal «coro» o eretico perché mi sono dedicato alla riprogrammazione genetica con trasferimento nucleare, che Edwards considerava di grande significato così come da lui palesato espressamente nella stessa intervista dove dichiarava di riscontrare alcuni paralleli fra le critiche sollevate nei miei confronti con le critiche che nel 1978 lui e Steptoe dovettero subire, non corrisponde alla realtà scientifica.

Io sono un ricercatore libero, onesto, che alcune volte ha avuto delle buone intuizioni (per esempio ultimamente ho messo a punto una tecnica ancora più avanzata della risoluzione della sterilità maschile, che si chiama Imsi, che consiste in un notevole ingrandimento dello spermatozoo) che mi hanno dato lustro scientifico in tutto il mondo. Ovviamente «nemo propheta» in patria, ma essere stato nominato presidente Warm da 1500 ricercatori di tutto il mondo mi ricompensa delle ingiustizie, delle gelosie e delle diffamazioni scaturite dagli ambienti professionali italiani. I lavori da me pubblicati e che posso esibire dovunque, da 25 anni sono la prova inconfutabile di quello che ho fatto e che Edwards ha apprezzato. La definizione di eretico che mi è stata attribuita recentemente la prendo come un buon auspicio per il mio futuro perché così venne considerato Galileo. Voglio ricordare che mi sono prodigato per l'abolizione di alcuni assurdi articoli della famigerata legge 40/2004. Abolizione sancita dalla sentenza della Corte Costituzionale dopo il ricorso presentato dall'Associazione Mondiale di Medicina della Riproduzione da me presieduta. Continuerò nel futuro nella mia battaglia perché gli ultimi assurdi divieti vengano rimossi, rivolgendomi nuovamente alla Corte Costituzionale.

Severino Antinori



RESPONSABILITÀ'

di Francesco Miano

Ed. Alfredo Guida (2009), pp. 104, ISBN: 978-88-6042-726-7, € 13,00

LIl significato della parola responsabilità non presenta una univocità assoluta, ma consente comunque di registrare alcune dimensioni e prospettive unitarie e unificanti. Il termine ha chiaramente un uso giuridico e un uso strettamente politico, differendo dall'idea di imputabilità che significa l'attribuzione diretta di ogni azione all'agente che ne è la causa. In senso filosofico la parola responsabilità sta ad indicare fondamentalmente una relazione dai tratti complessi e articolati: la relazione di me di noi con un altro, con altri che in un certo modo mi sono affidati, la relazione di me o di noi con situazioni di cui farmi carico.

Nella sua etimologia, che indica quale radice il verbo latino *respondeo*, appare decisiva infatti l'idea di risposta.

Essere responsabili significa "rispondere a", rispondere all'appello che viene da una situazione, dal tempo che si vive, dalla storia, rispondere in ordine a qualcosa, ma è soprattutto rispondere a qualcuno e più ancora rispondere di qualcuno, tanto che si potrebbe addirittura affermare che, senza il riferimento implicito o esplicito all'altro non c'è responsabilità.

C'è dunque una dimensione intrinsecamente relazionale nella parola responsabilità e, nello stesso tempo, un legame imprescindibile con l'idea di libertà. Una libertà che non si traduca in responsabilità rimane astratta; la libertà riceve proprio dal nesso con la responsabilità quell'essenziale prospettiva relazionale che apre agli altri e alle situazioni di vita attraverso un riconoscimento dell'altro fondato sulla piena reciprocità, ma anche molto spesso caratterizzato da forme necessariamente asimmetriche di rapporto.

Nel circolo libertà-responsabilità entrano in gioco parole fondamentali della vita personale ma non prive di riverberi sulla sul vivere collettivo, quali scelta, decisione, volontà, e quindi si colgono nella loro evidenza le opzioni di fondo e le decisioni ultime relative all'esistenza personale e alla vita comunitaria e sociale, insieme a scelte concrete compiute e da compiere, mezzi usati e da usare, conseguenze più o meno prevedibili dell'agire. La responsabilità, pur

muovendo dal decisivo e fondante rinvio alla libertà del soggetto personale nella sua caratteristica unicità, proprio in virtù della sua propria dimensione relazionale, rappresenta una nozione adeguatamente duttile ma non evanescente per legare comportamenti personali virtuosi a scelte e atteggiamenti di ordine sociale, a prese di posizione di carattere culturale e politico, capaci di tenere insieme il rispetto delle regole della vita comunitaria e democratica con l'efficacia dei risultati da raggiungere.

Nello stesso tempo l'idea di responsabilità può fruttuosamente coniugare prospettive d'insieme con un'accurata attenzione alla concretezza e varietà delle circostanze. In un certo senso può provare a far interagire il bene e i beni. Ciò è tanto più vero oggi in un tempo in cui l'accresciuta complessità delle domande poste all'etica chiede uno sforzo ulteriore di ricerca e una capacità di integrare i molteplici elementi che concorrono all'articolazione di risposte possibili, di percorsi operativi, di mediazioni adeguate. In particolare l'idea di responsabilità è sollecitata a misurarsi con le provocazioni che derivano da uno sviluppo tecnologico e scientifico sempre più in grado di condizionare la scelta dei fini e le decisioni che orientano l'agire dell'uomo, fino a rischiare di ridurre quest'agire stesso in un fare, come semplice produzione di risultati. E questo fa sì che la responsabilità includa in sé anche una responsabilità del pensare che è certamente responsabilità del discernimento, responsabilità per un'intelligenza adeguata delle situazioni e delle questioni, ma anche responsabilità del sapere o del non sapere, delle conseguenze cioè che il sapere o l'ignoranza possono di per sé generare.



Con il permesso dell'autore si riporta una parte del volume.

Francesco Miano è Presidente nazionale dell'Azione Cattolica Italiana; Professore Ordinario di Filosofia morale, Università "Tor Vergata" di Roma