

Anche la Francia perde figli: sotto «quota 2»

di Daniele Zappalà

Un sensibile calo del tasso di fecondità in Francia, secondo gli ultimi dati appena pubblicati dall'Istituto nazionale di statistica (Insee), alimenta nuovamente il dibattito sui rischi legati al ridimensionamento delle politiche familiari. Nel 2016, il Paese ha registrato 785mila nascite, ovvero 14mila in meno rispetto al 2015, anno già segnato da una flessione di 20mila rispetto al 2014. Il tasso di fecondità è così sceso a 1,93 figli per donna, dopo essere rimasto fino al 2014 sopra la soglia simbolica dei 2 figli, garanzia minima del pieno ricambio generazionale. Secondo i demografi, si tratta in parte di un dato legato al calo del numero di donne in età fertile: gli effetti storici derivati dal baby boom tendono ad esaurirsi. Ma i de-

demografi hanno pure osservato un sensibile calo dei bebè nati da donne ventenni, non più compensato da un aumento da parte delle donne di età superiore. L'età media al momento dei parti ha dunque superato i 30 anni. La popolazione francese continua a crescere, dato che il saldo naturale (differenza nazionale fra nascite e decessi) era l'anno scorso a quota 198mila. Ma questo dato, il più contenuto degli ultimi 40 anni, suscita tanti commenti in un Paese tradizionalmente fiero di restare un campione demografico europeo. In vista delle presidenziali e legislative di aprile-giugno, la natalità è divenuta un tema elettorale dibattuto fra i candidati. Il centrodestra rimprovera all'esecutivo di sinistra di aver ridotto le agevolazioni e i sussidi tradizionali rivolti soprattutto alle famiglie con al-

meno tre figli. Un'ipotesi è che il Paese stia subendo in ritardo gli effetti demografici della crisi, limitati in passato dagli ammortizzatori economici previsti dal welfare. Le giovani francesi e in generale le coppie incontrano difficoltà crescenti per costruire professioni stabili. Rispetto ad altri Paesi in cui la crisi ha avuto un impatto molto più marcato sulle nascite, la Francia appariva finora come un'eccezione. In appena 6 anni - 2008-2014 - in due Paesi ricchi come gli Stati Uniti e la Gran Bretagna il tasso di fecondità è calato da 2,12 a 1,8 per le donne statunitensi, da 1,96 a 1,82 per le britanniche. In Europa il tasso di fecondità francese primigenia con quello irlandese, mentre in coda restano Paesi come l'Italia e il Portogallo, con valori attorno a 1,3.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



vita@avvenire.it

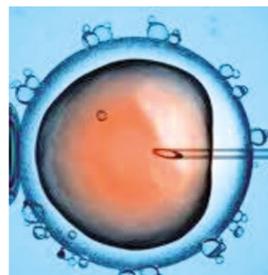
La notizia

Eterologa nei «Lea», obbligo di trasparenza

di Viviana Dalosis

Per i nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza firmati dal presidente del Consiglio, c'è ora un mese di tempo per passare dalla Corte dei Conti e uscire in Gazzetta ufficiale. Poi per il Sistema sanitario nazionale sarà tempo di cambiare. E la grande domanda sul tavolo - su cui a dire il vero nemmeno il ministero della Salute fornisce ancora risposte precise - è: cosa succederà adesso della fecondazione eterologa? Oltre a capitoli importantissimi come quello delle malattie rare, dei vaccini e del sostegno alle persone affette da autismo, tanto per fare qualche esempio, anche la provetta con gameti di estranei (non propriamente una "cura") è entrata nel parco di prestazioni che d'ora in poi saranno a carico dello Stato e per cui i cittadini saranno chiamati a pagare i ticket. Tutto semplice, sulla carta. Si chiede, si contribuisce con un gettone, si ottiene. Su tutto il territorio nazionale e con le stesse regole: un punto che sta molto a cuore al Ministero, da sempre preoccupato che nel campo dell'eterologa possa aprirsi un nuovo far west della provetta con affari milionari (e non sempre trasparenti) dei privati. Tra gli auspici e la realtà, tuttavia, passa quello che in Italia è accaduto dall'aprile del 2014 a oggi, ovvero da quando la Consulta ha definito incostituzionale il divieto di fecondazione eterologa contenuto nella legge 40, aprendo di fatto la strada alla

pratica in un Paese del tutto privo di strumenti per metterla in pratica. Il risultato è stato il caos. Con le Regioni che hanno preso strade diverse, chi promettendo tanto, chi negando, col conseguente scambio di accuse, i ricorsi, anche le nuove sentenze. Risultato: a garantire già la prestazione in regime di Servizio sanitario - quindi dietro pagamento di un ticket - attualmente sono tre Regioni, la Toscana (col primato dell'ospedale Careggi, l'unico a smaltire le lunghissime liste d'attesa delle coppie in tempi non biblici), l'Emilia Romagna e il Friuli Venezia Giulia. Altrove ci si è allineati, sottoscrivendo le Linee guida emanate dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2014, a qualche mese dalla sentenza, per poi non metterle in atto oppure finendo col non riceverle nemmeno. Sul tavolo, il problema più grande della fecondazione eterologa: trovare donatori di gameti. O meglio, visto che in Italia non ce ne sono (trattandosi di donazione, è praticamente impossibile trovare chi decida di sottoporsi a lunghe e dolorose traversie, specie tra le donne), quello di acquistarli dall'estero. Nella definizione dei Lea, su questo punto, si è fatto un "preventivo": in particolare, il costo delle prestazioni per la selezione dei donatori, il prelievo e la conservazione delle cellule riproduttive è stato valutato in circa 1.000 euro per ogni donatore e «applicando le stime europee sul numero dei donatori è risultato un numero complessivo di donatori (tra



I nuovi Livelli essenziali di assistenza includono una prestazione complessa e costosa. Regioni a un bivio

maschi e femmine) di circa 4mila persone, per una spesa complessiva pari a 4 milioni di euro». Tanti i soldi messi a disposizione nel pacchetto totale degli 800 milioni previsti per l'applicazione di tutti i Lea e che già in queste ore hanno destato perplessità. Anche perché in quella stessa Conferenza Stato-Regioni del 2014 si indicarono per la prima volta le cifre reali necessarie a ogni intervento: 3.500 euro per la più semplice pratica intrauterina, 4mila per la fecondazione in vitro con donatore maschio e 4.500 euro per le più complesse pratiche di fecondazione, sempre in vitro, ma con donatrice donna. A fronte di un ticket per le coppie stabilito allora in una cifra variabile tra i 400 e i 600 euro e su cui ora si aspettano indicazioni ufficiali da Roma.

Se i soldi, come probabile, non dovessero bastare? Bisognerebbe decidere cosa tagliare, come ha spiegato bene l'assessore regionale alla Salute e al Welfare della Lombardia Giulio Gallera, in queste ore più impegnato di altri suoi colleghi nella definizione del capitolo eterologa, visto che la Regione era stata l'unica a lasciare la pratica a carico delle coppie: «Sarà necessario da parte dello Stato attivare ulteriori trasferimenti per finanziare questo provvedimento altrimenti - ha detto - saremo costretti a ridurre l'impegno su altro». Oppure - e l'ipotesi è oggi è quella più realistica - bisognerà continuare ad alimentare le liste d'attesa, con la differenza che le coppie stavolta saranno autorizzate a rivolgersi al privato convenzionato o a riversarsi in altre regioni ed essere comunque rimborsate da quelle di provenienza. Con la conseguenza di nuovi, insanabili debiti per le casse della sanità pubblica.

Fosse certo, almeno, che l'eterologa sia la "cura" per la sterilità delle coppie. La percentuale di successo della pratica continua ad aggirarsi attorno a un ottimistico 20%. Nella "virtuosa" Emilia nel 2015, e fino al primo semestre del 2016, su 84 pazienti trattate sono nati solamente 12 bambini. Su un totale di 95 cicli ne sono andati a buon fine solo 12. Uno su 9. Lì si continua a tentare (e a spendere): non c'è tetto al limite dei cicli per le donne, che sono coperte dal Servizio sanitario fino ai 50 anni. Un altro punto - quello delle regole e dei limiti di cicli e di età - su cui il Ministero dovrà fare chiarezza al più presto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Hayden è madre e padre E il figlio non sa più chi è

di Assuntina Morresi

Certa "genitorialità creativa" rischia di non fare più notizia, il che la dice lunga sul grado di asuefazione alle nuove inquietanti forme di filiazione. Eppure ci sarebbe tanto da dire, per esempio sull'ultima novità britannica. Hayden Cross è una donna inglese di 20 anni che da tre vive come un uomo - è un uomo transgender, secondo il gergo della situazione - e desiderando da sempre di avere un bambino legato geneticamente a sé. Prima di completare la transizione da donna a uomo, chirurgicamente, ha cercato di congelare i propri ovociti per usarli in un momento successivo (non sappiamo bene come, ma per adesso lasciamo stare), ma il Servizio sanitario non ha concesso la prestazione. Allora la giovane ha cercato su Facebook un donatore di sperma che, gratis, le ha dato il proprio liquido seminale - la Hayden non ne ricorda neppure il nome - e lei è rimasta incinta. Secondo la stampa inglese è "lui", Hayden, a essere in attesa di un bambino, perché il politicamente corretto vuole che il pronome da usare per i transgender sia quello con cui chiedono di essere chiamati, a prescindere dall'anagrafe. Quindi nei giornali inglesi si legge che Hayden Cross è il primo uomo britannico in gravidanza grazie a un donatore di sperma. Hayden ha precisato che dopo il parto completerà la transizione con gli interventi chirurgici per eliminare il seno e le ovaie, e diventare uomo fisicamente: il piccolo che nascerà avrà quindi una madre biologica che allo stesso tempo sarà anche padre anagrafico, mentre il padre biologico sarà difficilmente rintracciabile.

È difficile opporsi a questi percorsi: la fecondazione non è avvenuta in clinica, e nessuno può garantire che ci sia stata donazione di gameti e non un rapporto sessuale fra Hayden Cross e l'anonimo donatore. E d'altra parte non si può impedire a una donna che voglia cambiare sesso di restare incinta. Potrebbe anche essere una bufala, una trovata per far parlare di sé: in fondo siamo nel tempo della post-verità.

Ma la drammaticità della faccenda è proprio nel fatto che qualcuno l'abbia immaginata, ritenuta fattibile e molto probabilmente messa in pratica. Il dramma è quindi nella sua plausibilità. Si tratta di fatti già accaduti nel Nuovo Mondo che viviamo, dove la tecnologia trasforma l'umano: una sola persona padre e madre al tempo stesso, perché i tempi glielo consentono, è cosa già vista e raccontata dalla letteratura scientifica ma anche dai media, oramai, nonostante ancora non ci sia una lingua in tutto il pianeta nella quale si sia riusciti a coniare un termine per individuare una figura del genere, e cioè due genitori in uno.

Nessuno si chiede che ne sarà dei bambini venuti al mondo in questa maniera, e di tutte le conseguenze per la loro persona che ne potrebbero derivare. Al tempo dei nuovi diritti esigibili pare non ce ne siano, di diritti, per i piccoli che nascono così: taccioni gli intellettuali, gli scienziati, i medici, gli psicologi, i giuristi, i bioeticisti, e persino i giornalisti, che in Inghilterra riportano il fatto senza particolari commenti. Viene il dubbio che questa afasia generalizzata sia perché di cose da dire, semplicemente, non ne abbia più nessuno. Ed è forse questo silenzio colpevole, più che il fatto stesso, a dirci che il Nuovo Mondo è già il nostro mondo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Maternità surrogata, tocca alla Corte europea

STRASBURGO

È attesa per martedì prossimo la sentenza della Grand Chambre di Strasburgo sul caso Paradiso-Campanelli, il giudizio che vede l'Italia accusata di aver sottratto a due coniugi (Donatina Paradiso, classe 1967, e Giovanni Campanelli, nato nel 1955) il bimbo ottenuto il 27 febbraio 2011 in Russia tramite maternità surrogata. Una vicenda giudiziaria particolarmente intricata, che nasce dalla richiesta dei coniugi di veder trascritto nel loro Comune di residenza - Colletorto, provincia di Campobasso - il certificato di nascita rilasciato in territorio russo. Ma il rifiuto dell'ufficiale di stato civile è stata solo la prima delle grane che hanno investito i coniugi: il 5 maggio 2011 ai due viene formalmente comunicata un'indagine giudiziaria a loro carico per alterazione di stato civile di minore, false dichiarazioni e violazione della legge sulle adozioni. Nell'agosto 2011 l'esame del dna rivela che Campanelli - benché avesse fornito il proprio

seme alla clinica russa - non è il padre del piccolo, e la decisione che ne consegue, non avendo i due alcun legame biologico col bambino, è l'affidamento del minore ai servizi sociali prima e ad altra famiglia poi. Giunge l'aprile del 2013, e con esso la conferma giudiziaria dell'intrascurabilità del certificato di nascita. A nulla vale la difesa di Paradiso e Campanelli, che tenta di mettere in campo la loro buona fede: il 5 giugno 2013 i coniugi vengono esclusi anche dal procedimento di adozione del piccolo. La vicenda arriva alla Cedu, la Corte europea per i diritti dell'uomo, dove i coniugi lamentano la violazione dell'articolo 8 della Carta (rispetto della vita privata e familiare). Il 27 gennaio 2015 Strasburgo si pronuncia a favore dei ricorrenti. Ma l'Italia impugna al supremo organo di giudizio: la Grand Chambre, che tratta il caso nell'udienza del 9 dicembre 2015. Martedì prossimo la sentenza.

Marcello Palmieri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nasce il secondo bebè col Dna di tre persone

È nato in Ucraina il 5 gennaio - ma la notizia è stata diffusa solo ieri dai media inglesi - il secondo bambino al mondo "figlio di tre genitori", ovvero con un patrimonio genetico che combina il Dna di due donne (la madre e la donatrice dell'ovocita) e un uomo (il papà). A differenza del bambino nato in Messico il 27 settembre 2016 - il primo in assoluto - con la tecnica dell'americano John Zhang messa a punto per cercare di rimuovere l'anomalia genetica di cui era portatrice la madre, nel caso ucraino si è ricorsi al «trasferimento pronucleare» per ovviare all'infertilità materna. Come nel caso messicano - si parla com'è evidente di Paesi nei quali in mancanza di norme specifiche è lecita qualunque pratica - in Ucraina il bambino è stato concepito in provetta con i gameti di mamma e papà ma in questo caso trasferendo la combinazione genetica all'interno dell'ovocita di un'altra donna in modo da aggirare i problemi di fertilità. Il bambino - un maschio, come nel caso messicano - ha il patrimonio genetico dei genitori con una modesta quantità di Dna della donatrice. Quanto questo contributo genetico possa poi influire in qualunque modo nello sviluppo del piccolo è ovviamente impossibile dirlo - nel caso dell'Ucraina come nel precedente - trattandosi della prima applicazione sull'uomo di questa tecnica, che ai problemi etici assomma quindi grandi incertezze scientifiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le malattie rare finalmente fuori dall'ombra

di Francesca Lozito

Dalle malattie dell'apparato digerente a quelle del sistema circolatorio, fino alle sindromi metaboliche: tra le 110 patologie rare che sono entrate nei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) ci sono la sarcoidosi, la sclerosi sistemica progressiva, la miastenia grave. Ma anche le sindromi da neoplasie endocrine multiple e la leucodistrofia metacromatica, una delle malattie di cui si è parlato nel periodo della vicenda Stamina e per la quale il gruppo di ricerca guidato da Luigi Naldini ha recentemente messo a punto una terapia. Un aggiornamento atteso quindici anni, quello dei Lea, definibili come l'insieme di prestazioni ritenute come imprescindibili e dovute ai cittadini. Si tratta dunque di uno dei pilastri dell'assistenza sanitaria universalistica italiana di cui, in tempi di crisi di sistemi sanitari europei di punta, come quello della Gran Bretagna, contribuisce a garantire la tenuta. L'aggiornamento dei Lea ha inevitabilmente tenuto conto degli ultimi progressi della medicina anche nel complesso ambito delle malattie rare, spesso considerate a torto cenerentole nel mondo della scienza perché riguardano pochi malati da curare. Oltre alle 110 nuove patologie l'aggiornamento dei Lea prevede

L'inserimento di 110 patologie nel nuovo elenco delle prestazioni sanitarie dovute a tutti i cittadini segna una svolta attesa da tempo da pazienti, famiglie e associazioni troppo a lungo ritenuti solo «marginali»

anche l'estensione a tutti i nuovi nati dello screening neonatale allargato per le malattie metaboliche ereditarie, garantito attraverso il finanziamento della legge sugli accertamenti diagnostici neonatali. È soddisfatto Nicola Spinelli, presidente di Uniamo, la Federazione nazionale delle malattie rare. «Questa approvazione - spiega - è sicuramente un grande passo avanti perché da tanto tempo i malati rari attendevano l'allargamento dell'elenco delle patologie. Ciò che ci piacerebbe accadesse - aggiunge - è che questo allargamento delle patologie incluse nei Lea possa essere rivisto con più frequenza, senza che sia necessario aspettare altri quindici anni». Spinelli suggerisce di creare quello un «meccanismo di revisione delle malattie rare inserite nei livelli essenziali di assistenza legato allo sviluppo delle conoscenze scientifiche, con la partecipazione attiva delle associazioni di

pazienti». Centodieci malattie rare sono infatti solo una piccola fetta di questa realtà poco nota: se ne contano infatti complessivamente da 6 a 8mila. Di queste, quelle certificate per le esenzioni sono seicento.

I malati rari raggiungono l'1-2% della popolazione, oscillando quindi tra i 600mila e il milione e 200mila, secondo i dati del Piano nazionale delle malattie rare. Il problema dell'assistenza a questo tipo di patologie è assolutamente complesso. Per questo, secondo il presidente di Uniamo, più ancora dell'inserimento nei Lea «sarebbe stato opportuno un decreto ministeriale dedicato».

Ma quali sono i prossimi passaggi perché i Livelli essenziali di assistenza entrino in vigore a tutti gli effetti? Dopo la firma di Paolo Gentiloni mancano il sì della Corte dei Conti - un passaggio formale - e la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Intanto ieri il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin ha partecipato alla riunione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, l'organismo che ha lavorato all'aggiornamento dell'elenco. Soddisfatta del risultato raggiunto, ha ringraziato i membri della Commissione per il lavoro svolto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il fatto

Filippine, la sfida di Duterte: contraccettivi diffusi gratis

Il presidente filippino Rodrigo Duterte ha deciso di rompere gli indugi e di porsi in rotta di collisione con la Chiesa cattolica e le associazioni per la vita riguardo alla contraccezione. Con un'ordinanza esecutiva ha infatti imposto alle agenzie incaricate dalla Legge sulla salute riproduttiva - approvata tra ritardi, tensioni e polemiche durati molti anni nel 2012, ma ancora in parte inattuata anche per l'opposizione di molte componenti della società - di mettere a disposizione gratuitamente i mezzi anticoncezionali previsti dalla legge. Una misura destinata, si calcola, anzitutto a sei milioni di donne, la cui attuazione era stata finora bloccata da un'ordinanza della Corte suprema oltre che da obiezione e altri fattori. Gli oppositori si sono già mobilitati annunciando una battaglia legale senza concessioni. Severa anche la critica dei vescovi che hanno chiamato i filippini - cattolici all'80% - a una grande preghiera il mese prossimo per inviare un segnale chiaro al presidente.

Stefano Vecchia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I bambini e la «terapia» delle 400 risate al giorno



di Marco Voleri

«Te lo ricordi quando da bambini giocavamo a non ridere per primi guardandoci negli occhi?», si chiese Serena, da sola scrutando la montagna innevata in religioso silenzio. «Io ridevo subito e perdevvo sempre. La regola imposta del non dover ridere, di fatto, mi faceva scoppiare subito una fragorosa risata». I bambini ridono continuamente, fino a quattrocento volte al giorno. La cosa bella è che non hanno bisogno di alcun motivo particolare per ridere: ridono e basta. Gli adulti invece ridono mediamente meno di venti volte al giorno e

solo se c'è un buon motivo. E pensare che sarebbe un toccasana per gli essere umani: ridere è un vero e proprio esercizio muscolare e respiratorio che ha un effetto benefico sulla respirazione, quindi sulla mente e il corpo. Aiuta l'essere umano a rilassarsi. Quando si inizia a ridere il cuore e la respirazione accelerano i ritmi, la tensione arteriosa cala e i muscoli si rilassano. Già diversi anni fa la medicina pare aver appurato che le emozioni possono influenzare il nostro sistema immunitario: essere felici aiuta a stare meglio ed è contagioso. Pensate a come possa cambiare il vostro umore nel corso di una intera giornata. Ecco, adesso dategli un colore. Una tinta per ogni stato d'animo, alcune forti, pastello, definite chiaramente. Altre, come i nostri momenti allegri o tristi, malinconici o

spensierati, sfumate. Serena l'allegria l'aveva associata da sempre a un colore arancio, a volte più acceso, altre più scuro, come quando qualcuno gli strappava un sorriso in un momento pessimo. «Poi c'erano quelli che vincevano, i campioni del "rido dopo te"», proseguì col pensiero, mentre faceva una foto al paesaggio imbiancato e baciato da un sole limpido. «Talmente campioni, alcuni, che sono rimasti senza ridere per sempre». Insomma, ridere fa bene, è una risorsa a disposizione di tutti, può essere usata in qualsiasi momento, in qualsiasi luogo, ed è gratuita. Ridere è uno dei mezzi che usiamo di più per comunicare, amare, conoscere e farci conoscere. Un sorriso non solo fa bene alla salute ma ci rende anche più belli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giovedì, 19 gennaio 2017

Fine vita, quanti nodi sulla strada del voto

di Angelo Picariello

La domanda sorge spontanea, e l'ha posta senza giri di parole il deputato varesino Paolo Cova, catto-dem, di professione veterinario, ma a maggior ragione - si vede - interessato alla vita degli esseri umani. «Ma in un momento delicato come questo, con tante priorità già sul tavolo - ha chiesto ai suoi, nell'assemblea dei deputati del Pd - perché inserire un argomento divisivo e delicato come il bio-testamento, col rischio di mettere a rischio la tenuta della maggioranza?». La risposta non poteva che darla il capogruppo Ettore Rosato, ed è arrivata netta e stringata: «Perché questa è una materia su cui ormai bisogna decidere». Molti dei deputati presenti all'assemblea

dem, ieri, ne hanno ricavato la sensazione che il tema del fine vita sia entrato all'improvviso nel fascicolo delle priorità di coalizione con l'inconfessabile obiettivo di usarlo per accelerare, appena dovesse servire, la rottura dell'alleanza e la precipitazione verso le urne. Sospetto già avanzato dall'opposizione da Eugenia Roccella di Idea, ma che da ieri inizia a serpeggiare anche nella maggioranza. Ieri l'ufficio di presidenza della Commissione Affari sociali ha provato a disinnescare la mina dell'ostruzionismo collegata al numero degli emendamenti presentati, ben 3.200. La foresta delle proposte (più di mille presentate, all'opposizione, dalla sola Lega, altrettante circa, nella maggioranza, quelle di Ncd) è stata ampiamente disboscata, ieri, riducendone il numero a

Si va verso un drastico taglio delle proposte di modifica a un testo che presenta molti punti critici. Possibile uno slittamento dal 30 gennaio dell'esame in aula a Montecitorio

265. «Se tutti i gruppi saranno concordi nel mettere da parte l'ostruzionismo scriverò alla presidenza della Camera chiedendo due settimane in più di tempo per poter approfondire il nostro lavoro», promette il presidente della Commissione Mario Marazziti, di Demos, autore della mediazione insieme alla relatrice, Donata Lenzi, del Pd, che si dice ora «molto soddisfatta» dell'esito che potrebbe portare a u-

no slittamento dell'approdo in aula, finora fissato al 30 gennaio. Potranno essere presentati per ogni gruppo 2 emendamenti ad articolo (che in tutto sono 5) più un certo numero in aggiunta proporzionale alla consistenza di ogni formazione. Parla di «tagliola» Paola Binetti, dell'Udc, «per di più adottata su un tema così sensibile». Ci sarà tempo fino a oggi pomeriggio per effettuare la selezione, ognuno in casa propria: «Ma non sarò fiscale se da qualcuno arriverà qualche emendamento in più rispetto a quanto concordato», promette Marazziti. Purché - ribadisce - venga abbandonato l'ostruzionismo. Ma al di là delle schermaglie procedurali dalla falcidia degli emendamenti resteranno certo indenni i nodi più delicati, e le proposte avan-

zate per rimuoverli. Al primo posto c'è sicuramente il tema dell'idratazione e alimentazione che un ampio fronte vorrebbe escluse dalle disposizioni individuali da inserire nelle Dat (le disposizioni anticipate di trattamento). C'è poi un problema terminologico più ampio: la "D" che andrebbe retrocessa da "disposizione" a "dichiarazione" per lasciare libertà al medico di valutare, se la richiesta anticipata sia compatibile con la deontologia professionale (e l'obbligo di cura) o apra in realtà la strada al diritto alla "buona morte", come porta a sospettare il coro entusiastico proveniente dal fronte pro-eutanasia. C'è infine, il tema dell'obiezione di coscienza, per dare una possibilità ulteriore al medico, o all'operatore sanitario, che considerasse la Dat contraria al-

le sue convinzioni. Nella maggioranza Ncd ha già fatto sapere la sua posizione tramite la portavoce Valentina Castaldini, che ha parlato di «legge fuorviante che introduce il suicidio assistito». Di «forzatura gravissima» parla la Lega, decisa ad andare sulle barricate con Alessandro Pagano. «Un obbrobrio nel merito e nel metodo», dice senza mezzi termini. Ma anche Forza Italia non si tira indietro: 60 gli emendamenti presentati dagli azzurri. Parla di «immotivata accelerazione» il deputato Antonio Palmieri responsabile del sito del partito. «Non si può condannare a morire di fame e sete chi si ritrovasse incapace di intendere e di volere. Una brutalità come quella adottata con Eluana Englaro non può essere più accettata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Movimento per la Vita

«L'uomo ridotto a bene disponibile»

di Gian Luigi Gigli*

Il testo unico su consenso informato, pianificazione delle cure e dichiarazioni anticipate di trattamento, se approvato nella sua forma attuale, peraltro difficilmente correggibile nell'impianto generale, produrrà un'autentica rivoluzione, non soltanto nell'ordinamento penale e nell'interpretazione dei principi costituzionali. Dal punto di vista antropologico, infatti, la vita diverrà un bene disponibile da parte dell'interessato o per la persona di cui egli è il legale rappresentante. Muterà anche la deontologia medica, con la rottura del patto che lega la fiducia del paziente alla coscienza del medico, mentre al precetto ippocratico del non uccidere si sostituirà la figura del medico chiamato a interrompere terapie o trattamenti assistenziali che permettono al paziente di vivere.



Gian Luigi Gigli

La privazione di dignità o, peggio, nelle mani di chi potrebbe desiderare la morte per interesse o per sottrarsi all'assistenza. Da medico, non posso però passare sotto silenzio il fatto che anche la trasformazione del dottore da professionista responsabile a esecutore della volontà del paziente avverrebbe senza lasciargli la possibilità di rifiutarsi di collaborare per affrettare la morte del paziente. Non è prevista infatti obiezione di coscienza.

Senza la correzione di questi aspetti il testo in esame, è inaccettabile per il Movimento per la Vita. Paradossale infine che, mentre ci si affanna a garantire autonomia di decisione anche rispetto a scelte che potrebbero condurre a morte, non ci si premura di verificare se la scelta contenuta nelle Dat sia davvero libera e consapevole, cioè effettuata da persona in grado di comprendere il significato e priva di condizionamenti psicologici, familiari o socio-economici. Per decidere di rinunciare alle cure basterà infatti un'email o la firma sul foglio prestampato di qualunque associazione pro-eutanasia.

*presidente del Movimento per la Vita

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scienza & Vita

«Verso l'abbandono terapeutico»

di Alberto Gambino*

Il 30 gennaio approderà in aula alla Camera il testo unificato sulle direttive anticipate di trattamento. La proposta di legge mira a evitare incertezze interpretative e conseguenti responsabilità del medico nei casi di rifiuto della terapia da parte del paziente. L'obiettivo, senz'altro apprezzabile, non risulta però adeguatamente supportato da un testo che scongiuri derive come la deresponsabilizzazione del medico e la trasformazione delle strutture sanitarie da presidi di cura in luoghi dove si pratica l'abbandono terapeutico. La prima deriva, personificata in un medico che diventa esecutore della volontà del malato, si rintraccia subito nell'articolo 1, comma 5, dove si attribuisce al paziente il pacifico diritto non solo di rifiutare una terapia ma anche all'«interruzione del trattamento, ivi incluse la nutrizione e l'idratazione artificiali». Trascurando l'ovvia considerazione che un "diritto" all'interruzione di un trattamento, ove provochi la morte, non potrà mai intendersi come un ordine al medico precludergli la possibilità di poter far obediare la propria coscienza, emerge l'insidia

di eutanasia: se l'interruzione riguarda il sostentamento vitale la decisione del paziente è quella di morire, ma anche ove riguardasse una terapia ordinaria potrebbe configurarsi un abbandono terapeutico agli antipodi del ruolo di un medico dedito alla cura. Se, poi - come il disegno di legge indica - «ogni azienda sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge» (articolo 1, comma 10), ecco che la metamorfosi degli ospedali italiani in strutture di abbandono terapeutico è compiuta.



Alberto Gambino

Anche la parte del provvedimento dedicata alle Disposizioni anticipate di trattamento (Dat) riproduce la vicenda del cosiddetto "testamento biologico"; un atto cioè in cui qualsiasi persona in stato di piena salute, in previsione di una futura incapacità, può esprimere le proprie convinzioni in materia di trattamenti, comprensivi di nutrizione e idratazione artificiale, e il medico sarà «tenuto al pieno rispetto» salvo che non dimostri «concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita» del paziente. Un medico, insomma, preveggenze e non più intento a curare in scienza e coscienza. La quarta parte del ddl - «Pianificazione condivisa delle cure» - lascia intendere un recupero della valutazione medica della patologia e della terapia più appropriata, cosa che però viene disattesa con la previsione finale che una volta pianificato un percorso, giusto o sbagliato che sia, il medico è tenuto ad attenervisi ove il paziente venga in uno stato di incapacità (articolo 4, comma 1). In questo caso, non è consentita (come lo è, nel caso delle Dat) la possibilità di intervenire neanche davanti a «concrete possibilità di miglioramento».

La situazione non è migliorabile con qualche emendamento. L'intento della proposta appare, infatti, sin troppo chiaro nel porre il principio di autodeterminazione pressoché assoluto del paziente quale stella polare di un nuovo sistema sanitario, dove il ruolo del medico curante degrada a quello di interprete-esecutore della volontà del paziente, espungendo dal nostro ordinamento il principio solidaristico tipico delle forme di relazione nelle situazioni più fragili che sin qui ha orientato le scelte in materia di cura e di assistenza sanitaria.

*presidente di Scienza & Vita

© RIPRODUZIONE RISERVATA

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La differenza sessuale dalla parte dei figli

di Claudio Sarteà

Quando poche settimane fa alla fine di un musical natalizio per bambini, il direttore d'orchestra dichiarò che «Babbo Natale non esiste» lo sdegnò fu pressoché unanime. Ci vuole molta irresponsabilità - si disse -, o almeno un'enorme dose di insensibilità, per negare all'innocenza dei piccoli i loro sogni. Una società e una cultura così ben orientate non potranno che legger con compiacimento e persino con diletto le considerazioni che Francesco D'Agostino ha consegnato all'editore Pagine per la collana «Biblioteca di Storia e Politica», diretta da Domenico Fisichella, sotto il titolo *Famiglia, matrimonio, sessualità. Nuovi temi e nuovi problemi*, libro dedicato a due bimbi, nipoti del celebre filosofo del diritto e biogiurista romano. Occorre superare gli slogan facili e confortevoli del politicamente corretto, dribblare le retoriche buoniste e spensierate, e prendere sul serio fino in fondo l'amore per i bambini, o almeno la sollecitudine per la loro tutela autentica: «I bambini sono cittadini del mondo - scrive D'Agostino -: ma il mondo si ostina a non riconoscere che solo nel con-

Nel nuovo libro del biogiurista Francesco D'Agostino su «Famiglia, matrimonio, sessualità» l'analisi delle grandi ambiguità culturali della nostra epoca su temi decisivi

testo di una famiglia eterosessuale essi possono, dopo essere venuti al mondo, godere della pienezza dei loro diritti. La modernità moltiplica le sue attenzioni nei confronti dei bambini e continua a fantasticare su irreali alternative alla comunità familiare. Il nostro dovere è quello di farle aprire gli occhi: i diritti dei bambini e i diritti della famiglia sono assolutamente coincidenti». Chiacchiere, credente e non, desideri approfondire questioni come quella ora sfiorata, a cui inscindibilmente si connettono l'antropologia del sesso, la metafisica della differenza sessuale (di cui nel volume si esplora l'attuale eclissi e si tematizza la dialettica interna, insuperabile perché vitale), la riflessione sulle disforie di genere e le parafilie al confronto con l'autentico amore interpersonale, le incalzanti e sintomatiche provocazioni delle biotecnologie riproduttive, il diritto del matrimonio e della famiglia nella fa-

se più clamorosa della sua crisi, più che mai manifesta nell'implosione demografica che finalmente preoccupa tutti, ha in queste intense ma accessibili pagine abbondante materia di meditazione: pagine criticabili finché si voglia, e ben venga la discussione su temi così centrali, ma pagine cui nessuno può negare franchezza e onestà intellettuale, perché affrontano senza reticenze quella che non è una delle questioni urgenti e ineludibili del tempo presente, ma semplicemente la questione, da cui dipende il futuro nostro e soprattutto quello dei nostri figli. «Difendere la famiglia - sintetizza Francesco D'Agostino - significa operare con intelligenza per distinguere nelle relazioni familiari ciò che è contingente (che va senza timidezze modificato o addirittura rimosso) e ciò che è strutturale (che va invece accuratamente preservato e continuamente rimodellato sulle necessità del presente). Un compito difficile, ma assolutamente necessario: ciò che dobbiamo fronteggiare non è la morte della famiglia, ma il suo necessario confrontarsi con un mondo, quello contemporaneo, la cui complessità crescente richiede nuove e straordinarie forme di impegno».