

La Santa Sede all'Oms: aiutiamo le mamme ad allattare al seno

«A differenza dei molti che apertamente denigrano le madri che scelgono di allattare al seno i loro bambini in pubblico, Papa Francesco durante una funzione battesimale nella Cappella Sistina lo scorso gennaio, ha incoraggiato le madri a superare l'esitazione di allattare al seno i loro bambini quando avessero avuto fame». Lo ha ribadito l'arcivescovo Zygmunt Zimowski, presidente del Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari, nel suo intervento alla 67esima assemblea Onu della Sanità in corso all'Oms di Ginevra fino a sabato. L'allattamento al seno, ha spiegato Zimowski, «è una protezione importante contro la malnutrizione infantile e deve quindi essere difeso e incoraggiato nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria. Esso dovrebbe essere garantito dalle norme che regolamentano i luoghi di lavoro e dovrebbe essere accettato anche in pubblico». A proposito poi degli sforzi compiuti dall'Oms nel trattamento dell'autismo, Zimowski ha sottolineato che «è sincera speranza della mia delegazione che l'attuazione di questi orientamenti a livello nazionale, con la continua guida politica e il sostegno dell'Oms, contribuirà ad alleviare la situazione di molte famiglie, che spesso devono assumersi da sole il carico emotivo ed economico derivante dalla impegnativa responsabilità di prendersi cura dei bambini affetti da questi disturbi».

Giovedì, 22 maggio 2014

Regole per l'eterologa, una questione di civiltà

di Assuntina Morresi

Sono numerose le questioni aperte dalla recente sentenza della Corte Costituzionale che ha legalizzato una pratica sinora vietata. Su di esse occorre rispetto per la sicurezza dei cittadini

C'è un'enorme pressione in Italia da parte di molti centri di procreazione medicalmente assistita, e di avvocati che tutelano i loro interessi, perché si parta subito con le pratiche della fecondazione eterologa, senza attendere un adeguamento del quadro normativo. Perché si ha improvvisamente tanta paura del Parlamento, in cui fra l'altro chi difendeva la legge 40 è in minoranza?

La verità è che non si vuole una regolazione generale della fecondazione artificiale eterologa, e si preferisce lasciare che tutto venga stabilito dal mercato, dalla legge della domanda e dell'offerta, affidando la materia a contratti di tipo privato.

Quando saranno note le motivazioni della recente sentenza della Corte Costituzionale che ha eliminato il divieto di fecondazione eterologa contenuto nella legge 40 ne sapremo di più, ma fin da adesso, entrando nel dettaglio delle tecniche e delle norme, si vede che la tesi di chi afferma che la normativa attuale è sufficiente fa acqua da tutte le parti.

Considerando per il momento solo gli aspetti strettamente sanitari, e trascurando volutamente quelli più legati a considerazioni di tipo etico (ad esempio la possibilità o meno per i nati di conoscere i genitori biologici, che pure bisognerà normare, e non certo in una conferenza Stato-Regioni o con un decreto ministeriale) dovrebbe essere evidente a tutti che, dal momento in cui si introduce la figura del donatore di gameti, è necessario che sia garantita una tracciabilità completa del percorso, per la protezione del donatore, della madre e dei nati. Vediamo se questo è realizzabile adesso, entrando nel merito. Abbiamo due tipi di normative: i decreti legislativi 191/2007 e 16/2010 (con aggiornamenti successivi), che recependo alcune direttive europee stabiliscono le regole per tracciabilità, sicurezza e qualità di cellule e tessuti, gameti compresi, e la legge 40, che istituisce il registro della Pma, che comprende anche i nati. Innanzitutto va specificato che i decreti suddetti non contengono quelle parti delle direttive europee sulla fecondazione eterologa, per esempio l'allegato III della 2006/17, nel quale sono contenuti i «criteri di selezione ed esami di laboratorio richiesti per i donatori di cellule riproduttive» per «donazioni diverse dal partner». Si parla di test di Hiv1 e 2, Hcv, Hbv e altro, che hanno modalità diverse, ovviamente, se il donatore è il co-

Anche la «provetta libera» inglese si tiene alcuni obblighi essenziali

Anche nella patria del "si può fare di tutto e di più" nel campo della fecondazione artificiale ci sono delle regole. I donatori di sperma per esempio non hanno più il vantaggio dell'anonimato. I ragazzi nati dal 2005 in poi hanno infatti il diritto di conoscere il nome del loro "padre biologico" e quello di rintracciarlo una volta che avranno raggiunto l'età di diciotto anni. Dopo aver permesso a coppie sposate e non, a coppie lesbiche unite in *civil partnerships* e a donne *single* di usare l'aiuto di donatori oltre a dare la possibilità a coppie gay formate da due uomini di diventare genitori usando madri surrogate, la Gran Bretagna sta ora cominciando a riflettere. La maternità surrogata per esempio è strettamente vietata per motivi commerciali. Alla madre surrogata viene infatti garantito solo un rimborso delle spese con la speranza che il suo sia stato puramente un gesto altruistico. E non è un caso che sia stato tolto l'anonimato dei donatori dopo che era stato scoperto che molti lo facevano solo a scopi commerciali. La «London Fertility Clinic», per citarne solo una, paga fino a 750 sterline - circa 800 euro - per una donazione di sperma. Il campo della fecondazione artificiale in Gran Bretagna è regolamentato dalla Human Fertilisation and Embryology Authority (E.D.S.)

nuge o il convivente, oppure se è uno sconosciuto. Lo stesso vale per i test genetici per il donatore, per i quali la direttiva europea dà alcune indicazioni generali che vanno recepite adeguatamente nel nostro ordinamento, stabilendo quali sono necessari in base all'epidemiologia del nostro Paese e quali garantire all'interno del Servizio sanitario nazionale.

Ma andiamo oltre: queste normative prevedono una tracciabilità dei gameti dal momento della loro raccolta fino al trasferimento in utero degli eventuali embrioni formati; non viene richiesto l'accertamento sistematico delle gravidanze, e dei nati. Inoltre, oggi ogni centro conserva i propri dati senza un codice unico nazionale, il che significa che se la stessa persona si rivolge a due centri diversi con la codifica attuale è contattata due volte, come due persone diverse, il che non consentirebbe di distinguere i singoli donatori. La legge 40, dal canto suo, non prevede un registro dei donatori, ovviamente, ma solo dei nati, che però non vengono registrati uno a uno, tutt'altro: il Garante della Privacy ha stabilito che i singoli centri Pma possano trasmettere i loro dati solo in forma aggregata, cioè comunicando al Registro nazionale il numero complessivo dei nati dalle coppie che hanno seguito. Per avere questo dato i centri solitamente contattano ogni coppia di chi avevano accertato l'inizio della gravidanza, per conoscerne gli esiti. Non tutte le donne infatti partoriscono nello stesso luogo in cui

hanno affrontato il percorso Pma. Si tratta quindi di dati comunicati personalmente, non certificati, senza alcun obbligo da parte delle coppie, e con tutta la buona volontà dei centri e del Registro ogni anno si perdono gli esiti di più del 10% delle gravidanze accertate.

Ricapitolando: niente registro dei donatori, parziale registro dei nati secondo la 40. Percorso donatore-coppia che non garantisce la notifica sistematica di gravidanza e nato, secondo i decreti legislativi suddetti. Allo stato attuale, quindi, come è possibile, prescindendo da ogni giudizio di valore e considerando solo le questioni squisitamente sanitarie, garantire un percorso di donazione eterologa sicuro in tutti i suoi passaggi? Tralascio i problemi delle modalità di accesso ad alcune informazioni, come quelle sui possibili consanguinei, della possibilità di donare gameti fra sorelle, fra fratelli, fra padri e figli, fra madri e figlie, di come il nato da eterologa possa venire a conoscenza delle modalità in cui è stato concepito, la gestione delle biobanche dei gameti, la possibilità di scegliere i donatori... Potremmo continuare a lungo.

Da chi ha salutato con favore la caduta del divieto di eterologa, parlando di vittoria dei diritti individuali, e dopo il drammatico caso dello scambio di embrioni del Pertini di Roma, ci aspetteremo una maggiore attenzione almeno nei confronti delle garanzie per la sicurezza dei cittadini.

«Ma il nuovo Codice deontologico a noi medici non serve»

Un ricorso al Tar contro il nuovo Codice dei medici. Lo ha annunciato Giancarlo Pizzi, presidente dell'Ordine di Bologna, spiegando che «non era mai accaduto che un nuovo Codice deontologico non venisse votato all'unanimità». Pizzi ha motivato la decisione con la constatazione che nel nuovo Codice sono stati inseriti argomenti ritenuti estranei al perimetro della deontologia professionale, come il rispetto delle modifiche organizzative decise dalle Regioni e l'obbligo di assicurazione. Non si è fatta attendere la replica di Amedeo Bianco, il presidente della Federazione degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FnomCeo), che ha rilevato come la «fattispecie del ricorso al Tar sia alquanto curiosa, non so se ne siano i presupposti». Bianco ha anche annunciato azioni di tutela del nuovo Codice «che 87 presidenti di Ordini, e non "maziani", hanno democraticamente proposto, accettato e votato».

Ma le perplessità portate alla luce da Pizzi sono condivise anche da altri presidenti di Ordini provinciali, che hanno dato vita a una vera e propria fronda a un Codice in cui non si riconoscono. Per Roberto Rossi, presidente dell'Ordine di Milano, le critiche più gravi sono almeno due. La prima è il già testato obbligo di stipula di una polizza professionale «già previsto dalla legge, non c'è bisogno di dare a questo aspetto un carattere deontologico»: senza che vi sia un corrispettivo obbligo rivolto alle assicurazioni «ciò determina solo un aumento dei costi per i colleghi che, magari, non trovano compagnie disposte ad assicurarli, e così noi dovremmo avviare un procedimento disciplinare». Il secondo è dettato dal fatto di dover soggiacere alle innovazioni organizzative e funzionali delle Regioni: «Questo vuol dire che se, per fare un esempio, una Regione emana un atto in cui stabilisce che, in caso di due codici rossi in pronto soccorso, vanno curati prima i residenti, i medici si devono adeguare? È folle». Anche per Carlo Manfredi, presidente dell'Ordine di Massa Carrara, che si è particolarmente adoperato per il recepimento nel testo di alcune esigenze legate al rapporto fra conoscenza scientifica e scelte operative, l'impressione che si ricava dal nuovo Codice «è quella di un medico che deve imparare a "stare composto" e rispettare perfino le innovazioni organizzative e gestionali, o presunte tali, in sanità. Aspetto che soffoca l'autonomia professionale e mette i medici in balia delle decisioni di politica sanitaria che altri assumono e che il medico deve osservare».

Un altro elemento rilevante è quello messo in luce dal presidente dell'Ordine di Latina, Giovanni Maria Righetti, e concerne l'eccessiva articolazione del nuovo testo: «I medici già leggono poco quello attuale, nei corsi di laurea non gli viene dato adeguato spazio e ora, in netto contrasto con un documento normativo che deve essere conciso e puntuale, si rileva un aumento di parole del 35% rispetto all'edizione 2006. Un appesantimento superfluo».

Emanuela Vinai

letture

«Uno di noi» una lezione di impegno



Per ritrovare l'anima dell'Europa non basta consolidare l'euro, migliorare il sistema bancario, fissare il percorso di una unione fiscale, puntare a una autentica unione politica. Bisogna anche rinverdire le radici ideali, restituire cioè verità e completezza ai diritti umani». Lo scrive Carlo Casini, presidente del Movimento per la vita, europarlamentare uscente e promotore della petizione europea «Uno di noi» a tutela dell'embrione nel volumetto che raccoglie la straordinaria esperienza della campagna che in pochi mesi e contando solo sulle forze di migliaia di volontari in tutta Europa è stata in grado di mobilitare l'opinione pubblica nei 28 Paesi dell'Unione europea. In «Uno di noi. La prima iniziativa dei cittadini europei» (Cantagalli, 132 pagine) Casini spiega motivazioni e valori di una battaglia ancora in pieno corso ma che ha già tanto da insegnare.

Si cambia la maternità? Qui serve il legislatore

sul campo

La recente abrogazione del divieto di fecondazione con gameti esterni alla coppia ha ricadute di un rilievo e su materie di tale portata da esigere il ricorso a un passaggio parlamentare per definire quello che la legge 40, così com'è, non dice più con sufficiente chiarezza

Uno dei rumors più insistenti sul tema del ritardo nel deposito della sentenza della Corte Costituzionale sulla fecondazione eterologa è che essa stia prendendo tempo per affinare le argomentazioni della decisione, già comunicata più di un mese fa, così da renderla "autoapplicativa", cioè senza bisogno di ulteriori interventi legislativi. Ancora ieri il ginecologo Carlo Flamigni ha sposato la tesi riportando il parere di una collega costituzionalista. Secondo la dottrina citata, sui punti relativi al riconoscimento della paternità e della maternità, nonché dell'anonimato del donatore, tutto starebbe già all'interno della legge 40 e, dunque, dopo la sentenza nessun intervento legislativo sarebbe necessario. Mi soffermo su questi punti. Certamente la legge già riconosce in capo al coniuge/convivente della donna fe-

condata con tecnica eterologa il divieto di disconoscere la paternità; già lo faceva pensando al caso di violazione di quel divieto, lo farà certamente ancora adesso. Più complesso è il caso della madre, cioè di quando la fecondazione eterologa è praticata col gamete di una donatrice. Qui la legge 40 si limita a dire che i nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi (art. 8) e che la madre del nato non possa richiedere di non essere nominata, come invece può avvenire nel caso di gravidanze indesiderate (art. 9).

La ratio di questa disposizione mira a precludere l'abbandono del figlio quando lo si è volontariamente avuto con la tecnica artificiale, e dunque, nulla ha a che vedere con l'accertamento della verità biologica della maternità. Per il Codice civile, infatti, colei che ha partorito è madre perché è anche colei che ha concepito il figlio. Questo dato è inequivocabile. È per questo, del resto, che si diceva *mater semper certa*: perché era impensabile che la partoriente fosse una donna diversa da colei che aveva concepito il figlio. È la generazione, cioè, la fattispecie costitutiva del rapporto di filiazione. La filiazione, in altri termini, si fonda sul dato biologico. Il progresso tecnologico ha reso ora possibile la non coincidenza tra chi ha partorito e chi ha generato il figlio. Il recente caso dello scambio all'Ospedale Pertini di Ro-

ma lo ha drammaticamente fatto emergere. Proprio per questo, nel caso dell'eterologa con donatrice femminile, occorrerebbe una norma espressa - che oggi manca - che precluda il disconoscimento di maternità, altrimenti non potrebbe escludersi, come nel caso della sostituzione di neonato, la contestazione dello stato di filiazione, pur risultante dall'atto di nascita, nonché il conseguente reclamo di un differente stato di figlio.

Senza altro fallace è poi ritenere che l'anonimato del donatore sia già previsto dalla legge 40. La norma si limita a dire, all'art. 9, che il donatore non acquisisce relazione parentale con il nato e non può far valere diritti, né essere destinatario di obblighi. Si tratta di una norma sugli effetti e sulle relazioni giuridiche, civilisticamente estranea al tema dell'anonimato che riguarda invece il profilo identitario del donatore (e non i suoi diritti e obblighi). C'è tanto vero che in tutti gli ordinamenti stranieri che hanno disciplinato la fecondazione eterologa esiste una norma espressa che indica se il donatore deve o meno restare anonimo. Poi, anche quando le legislazioni optano per l'anonimato, esse prevedono gradualità diverse circa la conoscibilità dei cosiddetti «dati non identificativi» e nessuno ne esclude totalmente la non conoscibilità. Risulta così ancora più evidente - del resto anche rileggendo gli atti parlamentari - come il tema dell'ano-

nimato esuli totalmente dall'attuale art. 9 della legge 40, che si limita a non attivare vincoli giuridici tra donatore e nato, ma non a indicare qual è la strada circa il problema della conoscibilità dei dati identitari.

La Corte Costituzionale, nelle sue motivazioni, potrà richiamarsi a un principio o a un diritto a conoscere le proprie origini, ma non a risolvere un problema che è materia discrezionale del legislatore. E quale sia il principio che la Corte richiamerà è facile prevederlo, avendo solo sei mesi fa stabilito che «anche il diritto del figlio a conoscere le proprie origini - e ad accedere alla propria storia parentale - costituisce un elemento significativo nel sistema costituzionale di tutela della persona, come pure riconosciuto in varie pronunce della Corte europea dei diritti dell'uomo. E il relativo bisogno di conoscenza rappresenta uno di quegli aspetti della personalità che possono condizionare l'intimo atteggiamento e la stessa vita di relazione di una persona in quanto tale. Elementi, tutti, affidati alla disciplina che il legislatore è chiamato a stabilire, nelle forme e con le modalità reputate più opportune» (sentenza n. 278 del 22 novembre 2013). Dunque, anche solo soffermandosi su questi punti, appare scontata la necessità di un intervento da parte del legislatore.

Alberto Gambino

Le staminali adulte anche per naso e orecchie

Anche per naso e orecchie le staminali adulte promettono di essere in grado di riparare danni da trauma, da chirurgia o da inalazione. Lino Di Rienzo Businco, dell'Ospedale Santo Spirito di Roma, è convinto che gli innumerevoli passi avanti compiuti in questi ultimi anni da alcune tecnologie (tutte italiane) su questo terreno specifico annunciano passi avanti concreti per i pazienti: «Con le cellule staminali - afferma - è possibile riparare i danni di precedenti chirurgie aggressive nasali o danni da inalazione - spiega -. Oggi alcune tecnologie innovative consentono di prelevare cellule staminali e fattori di crescita presenti nel nostro organismo e concentrarle per la rigenerazione dei tessuti danneggiati attraverso un semplice prelievo di sangue e di tessuto adiposo. Questo può avvenire in pochi minuti, risparmiando tempi e complessi e costosi processi molto invasivi».