

Il Lazio chiarisce: «Solo con ricovero ordinario» **2**

legge 40 **3**

Il referendum parla ancora, cinque anni dopo **3**

fuoriporta **4**

Anche la Germania appesa a un sondino **4**



www.avvenireonline.it/vita

Sulle frontiere della bioetica i giudizi non si «appaltano»

In cinque anni di impegno, dalle giornate referendarie di giugno nelle quali l'Italia scoprì di essere ancora saldamente dalla parte della vita più fragile, abbiamo incrociato un gran numero di dossier: dalle staminali embrionali agli stati vegetativi. Ma senza quello straordinario sforzo culturale e associativo sarebbe stata impossibile la consapevolezza sulle grandi questioni eticamente sensibili che oggi appare invece come un fattore in via di continuo consolidamento. Nulla va dato per acquisito: lo prova il fatto che ancora tanti italiani (e tanti cattolici tra loro) considerano i temi della bioetica come "questioni tecniche", appaltando ad altri i necessari giudizi. Lavoriamo dunque, come cinque anni fa, su tutto ciò che serve a formare coscienze attrezzate.

Svizzera, il bazar della provetta sull'uscio di casa di Federica Mauri

È stato soprannominato «turismo procreativo», ed è un fenomeno che in Italia ha registrato un incremento dopo l'entrata in vigore, nel febbraio del 2004, della legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita. La pressione mediatica che ha creato la leggenda nera della «legge talebana» ha convinto molti che si dovesse espatriare per fare ciò che la legge invece consente, incentivando intanto il flusso oltre frontiera con l'idea che fosse lecito cercare altrove ciò che invece la Legge 40 a buon diritto vietava. Una delle mete più gettonate di questo turismo indotto è stata fin dall'inizio la Svizzera, che in materia si è dotata di una legislazione più permissiva. Complice la vicinanza, il passaparola sui forum online e una certa reputazione in fatto di affidabilità e discrezione tipicamente elvetiche, oggi nella Confederazione sono ben 27 i centri (quattro nel solo Canton Ticino, tre a Losanna, uno a Ginevra, uno a Chêne-Bourgeries, uno a Bienne, due a Berna, due a Basilea, uno a Baden, due a Lucerna, tre a Zurigo, uno a Sciaffusa, Kreuzlingen, Winterthur e due nel canton San Gallo) che accolgono un elevato numero di coppie italiane.

Dietro a nomi più o meno evocativi - Care, Fertilitas, Procrea o Kinderwunschzentrum («Centro desiderio di bambini») - si trovano strutture pubbliche e private pronte a esaudire le più disparate richieste facendo ricorso a tecniche vietate in Italia, fra cui l'inseminazione e/o fecondazione eterologa, la diagnosi preimpianto e la crioconservazione degli embrioni avanzati da ogni ciclo. Stando alle cifre fornite dall'Ufficio federale di statistica, negli ultimi anni in Svizzera il numero di donne che si sono sottoposte a vari tipi di trattamenti per concepire un bambino non ha fatto che aumentare: nel 2005 erano 4.403, salite a 5.960 del 2008. Se nella Confederazione oltre il 70% delle pazienti risultano domiciliate in Svizzera, in Ticino le proporzioni si invertono. «Dal 2004, l'80% delle pazienti che si sono rivolte a noi proveniva dall'Italia. Oggi tale percentuale è scesa al 65-70%», spiega il dottor Jürg Stamm, primario responsabile del Centro cantonale di Fertilità presso l'ospedale regionale «La Carità» di Locarno. Il ginecologo svizzero imputa questa riduzione al fatto che in Italia alcuni centri privati, facendo leva sulla giurisprudenza (nella fattispecie un'ordinanza del tribunale di Firenze), hanno iniziato a crioconservare gli embrioni, aggirando de facto la legge e la stessa sentenza della Corte costituzionale del 1° aprile 2009, che non ha rimosso il divieto di congelamento come si vuole far credere.



Nella vicina Confederazione l'offerta di servizi per la fecondazione assistita non consentiti dalla nostra legge ha generato un flusso di coppie italiane che ora si vuole incrementare. Il Parlamento elvetico sarà presto chiamato a pronunciarsi su un progetto per rimuovere alcuni paletti della normativa e assecondare gli interessi dei centri pubblici e privati

box Procreazione oltre confine per aggirare tutte le regole

Flussi di persone sempre più consistenti attraversano le frontiere per curarsi, muovendosi da un Paese all'altro, in tanti ambiti medici. Uno di questi è la Pma (procreazione medicalmente assistita). Se ne occupa uno studio dell'Eshre (European Society of Human Reproduction and Embryology) i cui dati meriterebbero un approfondimento. In 46 centri per la Pma di sei Paesi europei sono stati raccolti 1230 questionari, su base volontaria, quindi senza alcuna rappresentatività dal punto di vista statistico. Dalle risposte emerge quel che già si sa, e cioè che per la maggior parte dei casi le coppie vanno all'estero per aggirare le leggi del proprio Paese: donne omosessuali e single espatriano dalla Francia, dove non hanno accesso alla Pma, così come gli scandinavi, che cercano in Danimarca l'anonimato per l'eterologa. Gli italiani sembrano essere una coppia su tre fra chi va all'estero, soprattutto in Svizzera e Spagna per la compravendita di gameti (ipocritamente chiamata "donazione"), e più della metà sceglie il centro straniero su indicazione del proprio medico. Lo studio è poco significativo statisticamente, ma soprattutto non dice da quali cliniche italiane i nostri connazionali vengono inviati in quelle svizzere e spagnole: sarebbe interessante verificare se ci sono legami economici precisi fra centri di diverse nazioni... In Spagna e Repubblica Ceca le coppie vanno soprattutto a cercare ovociti, e non a caso: sono le nazioni che prevedono legalmente i compensi più elevati in Europa (900 e 500 euro) per le donne povere disposte a vendere.

Fra le ragioni che favoriscono il "turismo procreativo" in Svizzera, c'è proprio la possibilità di congelare gli embrioni e la mancanza di restrizioni sul numero di embrioni ottenibili in ciascuno ciclo. A questo si aggiunge la diagnosi preimpianto (Dpi), che

consente di scegliere l'embrione che si crede sano scartando gli altri. Attualmente in Svizzera la Dpi è vietata anche per le coppie con un elevato rischio genetico (ad esempio nei casi di fibrosi cistica, osteogenesi imperfetta, talassemia, ecc). Si possono per contro conservare, previo consenso scritto della coppia e per un periodo limitato a cinque anni, gameti (spermatozoi e ovociti) e ovociti già fecondati.

Il governo svizzero, su pressione degli ambienti interessati, intende però allentare le limitazioni in vigore. Sono in elaborazione infatti modifiche della legge sulla medicina della procreazione e dell'articolo costituzionale 119 sulla medicina riproduttiva e l'ingegneria genetica in ambito umano. Su mandato parlamentare, il Consiglio federale è stato incaricato in particolare di effettuare i lavori legislativi al fine di autorizzare o disciplinare l'impiego della diagnosi preimpianto in Svizzera. Dal rapporto sui risultati della procedura di consultazione conclusasi a fine maggio emerge che il 78% dei partecipanti ha approvato l'autorizzazione della Dpi.

Le critiche espresse vertono in particolare sul principio della procreazione con assistenza medica secondo cui per ogni ciclo di trattamento possono essere sviluppati contemporaneamente e trasferiti nell'utero al massimo tre embrioni, sul divieto di conservazione di embrioni e sull'autorizzazione della Dpi limitata alle coppie portatrici di malattie genetiche. Il Consiglio federale intende modificare la legge affinché in futuro sia possibile sviluppare in vitro più di tre embrioni, ed esaminarli con la Dpi nei casi di coppie portatrici di gravi rischi genetici, e trasferirne nell'utero solo uno o due crioconservando gli eventuali embrioni restanti, in vista di ulteriori tentativi di provocare una gravidanza. Il progetto di legge dovrebbe essere esaminato a inizio 2011. Implicando anche una modifica costituzionale, in ultima analisi sarà ancora una volta il popolo a doversi esprimere su un compromesso tipicamente svizzero. Fino alla prossima richiesta di modifica.

box Roccella: «Nella deregulation, ogni Paese ha i suoi transfughi»

Lo studio dell'Eshre pur non avendo valore statistico ma solo indicativo, mostra come i flussi del turismo procreativo seguano logiche di economicità e di deregulation rispetto ai diversi limiti imposti dalle leggi nazionali: è quanto ha dichiarato ieri sera il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella, in merito allo studio sul turismo procreativo (di cui dà conto il riquadro qui sopra). «È interessante anche verificare - ha aggiunto Roccella - come vadano all'estero anche le single svedesi e francesi, che nel loro Paese non hanno accesso alla Pma, così come attraversano le frontiere le inglesi perché, pur avendo una legge che consente l'eterologa, si spostano verso Paesi dove le regole sono meno rigorose ed è più facile ottenere ovociti a pagamento».

Dubbio diagnostico angoscia delle mamme



Da una parte la medicina neonatale che fa passi da gigante. Dall'altra mamme sempre più insicure e desiderose di sapere se il feto che portano in grembo è perfettamente sano. E così nel rapporto tra medico e paziente qualcosa non funziona, visto che spesso basta un "dubbio diagnostico" per mandare in tilt una coppia, che, di fronte all'ipotesi di un figlio forse non perfetto arriva a scegliere di interrompere la gravidanza. Una situazione ben nota agli esperti che lunedì al policlinico Gemelli di Roma hanno partecipato al meeting sul «contenimento del dubbio diagnostico» e il «counseling per la vita prenatale» promosso dal Centro studi per la Tutela della salute della madre e del concepito dell'Università Cattolica di Roma, in collaborazione con La Quercia Millenaria e l'Aigoc (Associazione italiana ginecologi e ostetrici cattolici).

«Come medici del feto, nel momento della diagnosi siamo tenuti alla rigorosità scientifica - ha sottolineato Giuseppe Noia, responsabile del Centro diagnosi e terapia fetale della Cattolica - ma dobbiamo anche essere capaci di dare elementi di speranza. Tutte le tecniche diagnostiche a volte possono diventare la via migliore per terrorizzare la donna gravida». Il medico, del resto, «deve rappresentare anche gli interessi del feto. Questo non significa fare "medicina cattolica", ma medicina tout court», ha rimarcato Giovanni Neri, direttore dell'Istituto di Genetica dell'ateneo. Secondo Maria Giovanna Russo, responsabile dell'Unità di Cardiologia pediatrica dell'Ospedale Monaldi di Napoli, si dovrebbe spiegare bene alle coppie che «non c'è certezza matematica tra severità della lesione e qualità della vita. E che la prognosi del medico è probabilistica». Non solo: capita spesso che le informazioni date alle pazienti non siano rigorose, col rischio di un'amplificazione del rischio.

Come per esempio riguardo alle cardiopatie congenite che invece, spiega Luciano Pasquini, cardiologo pediatrico, «sono isolate in circa il 70% dei casi, hanno una bassa mortalità operatoria e una buona prognosi a distanza». Ma è anche il caso delle malattie infettive: «Spesso arrivano pazienti spaventate perché sono state riscontrate delle IgM (ovvero infezione attiva) - ha ricordato Lucia Masini, ricercatore della Cattolica -. Ma bisogna dire alle mamme che a volte questi anticorpi non sono recenti. Oltre al fatto che esistono falsi positivi delle IgM, per esempio in donne con patologie autoimmuni. E comunque, se un feto è infetto non vuol dire che il bambino avrà danni». (G.Mel.)

La vera patologia è il «figlio perfetto»



Alessandro Caruso, del Centro studi per la Tutela della salute della madre e del concepito alla Cattolica: «In Italia si fanno più diagnostiche invasive che in ogni altro Paese d'Europa»

Non ci gira intorno Alessandro Caruso, direttore del Centro studi per la Tutela della salute della madre e del concepito dell'Università Cattolica: la diagnostica prenatale ha raggiunto traguardi importanti, ma di pari passo l'ansia delle mamme è aumentata. «In Italia si fanno più diagnostiche invasive, in percentuale sulle gravidanze, che in ogni altro Paese d'Europa - spiega -. E purtroppo di fronte al dubbio diagnostico che un feto possa avere il 10 per cento di esiti non felici, secondo l'accezione corrente, ci si concentra su questo 10 per cento e si dimentica il 90 per cento di normalità. Stessa situazione allarmante per i soft markers ecografici, ovvero i difetti minori, quei segni cioè che sono di per sé poco significativi, ma sono frequenti e angosciano».

Professore di chi è allora la responsabilità della continua ricerca dell'esame che certifichi a tutti i costi la perfezione del bimbo che si ha in grembo? Della mamma ansiosa o del medico?

«La medicina va dietro a un fenomeno antropologico che vuole il figlio perfetto. È un fenomeno che nasce dal benessere, dall'edonismo.

Tutto ciò che è faticoso, oppure non rientra nei canoni della bellezza, non va bene. La medicina che non è ispirata a principi etici rigorosi va dietro a queste esigenze della società. E poi, a volte, il medico ha paura del contenzioso. E così il suo dubbio diagnostico si riflette sulla paziente che non si fida, perché è immersa in un contesto in cui tutti sono "esperti" di medicina oppure si sono informati su Internet.

È un problema di insicurezza?

«Esatto. Ma talvolta anche le indagini invasive non danno certezze. Facciamo una serie di analisi, sottoponiamo a stress per qualcosa su cui non c'è certezza».

C'è anche qualche interesse di tipo economico?

«Certamente. Ogni laboratorio che fa amniocentesi ha sempre un'utenza. E ne aprono sempre di più...»

Quindi si lucra sulla gravidanza e a scapito delle donne e del nascituro?

«Sì. Ma c'è anche la sanità pubblica che va dietro a queste cose. Non è solo la sanità privata che lo fa. In realtà la nostra sanità pubblica non ha governato la diagnostica prenatale. Ha lasciato che tutto si espandesse in maniera spontanea. Oggi vengono le donne gravide che vogliono fare l'ecografia ogni 15 giorni. Solo perché vogliono vedere il bambino».

Quando invece sono consigliati esami più approfonditi?

«Nei casi ad alto rischio. Va tenuto presente però che l'amniocentesi ha un rischio dello 0,6/0,7 per cento di aborto procurato, quindi più esami inutili si fanno più bambini si perdono».

Quali limiti dovrebbero essere posti nella diagnostica prenatale?

«I limiti della ragionevolezza e della scientificità. Noi medici dobbiamo rappresentare alle mamme qual è la verità scientifica, e non solo gli aspetti negativi di quello che può capitare. E nella verità è contenuto più bene che male. Dobbiamo mettere la famiglia, la donna, i genitori nelle condizioni di sapere la verità in modo integrale, e scientificamente inoppugnabile. Occorre cercare di far emergere nella donna e nei genitori quei sentimenti materni e genitoriali che poi, al di là della fede religiosa, spingono la coppia a proteggere il proprio figlio».

