La notizia

Parigi "incoraggia" la provetta per i gay

di Daniele Zappalà

Mossa del governo socialista per togliere le sanzioni ai ginecologi che orientano le pazienti verso la fecondazione assistita all'estero

In una fase in cui da più parti in Europa s'invocano riferimenti chiari in ambito bioetico, il governo socialista francese si espone all'accusa d'incoraggiare indirettamente il "turismo procreativo" nel Vecchio continente. Tanti osservatori d'oltralpe interpretano così una mossa dell'esecutivo appena annunciata da Laurence Rossignol, ministra delle famiglie, dell'infanzia e dei diritti delle donne: sarà abrogata la circolare che specificava le sanzioni per i ginecologi che «orientano le loro pazienti verso l'estero per essere sottoposte a una fecondazione assistita». Certi media, senza ricevere smentite dal potere centrale, considerano già questa decisione come una liberalizzazione parziale e mascherata della fecondazione assistita per le coppie lesbiche. In proposito, si osserva, l'annuncio è giunto dopo un incontro fra il presidente François Hollande e i rappresentanti di associazioni che rivendicano più diritti per gli omosessuali.
Nelle ultime ore, c'è chi sottolinea l'incertezza giuridica legata alla scelta del potere centrale di facilitare per vie indirette ciò che resta formalmente proibito sul territorio francese. Per il medico Jean-Yves Nau la ministra procede a «una lettura personale della legge di bioetica», dato che questa «in modo esplicito inserisce gli atti di fecondazione assistita nel campo della terapeutica di una patologia: sterilità di una coppia costituita da un uomo e da una donna in età procreativa».
Secondo Adeline Le Gouvello, legale dell'associazione dei «Giuristi per l'Infanzia», la ministra «disconosce il principio fondamentale della legalità dei delitti e tenderebbe a far credere che la legge penale non è chiamata a essere applicata nei confronti di una categoria specifica della popolazione». Per la legale, «ciò che la legge sancisce può essere sciolto solo da un'altra legge», anche considerando il fatto che le norme vigenti mirano a «garantire al bambino il rispetto dei suoi legami filiali». Altre voci autorevoli, in ambito associativo o universitario, temono l'allontanamento di un tema delicatissimo dal campo della certezza del diritto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Embrioni congelati, record di vite sospese

di Francesco Ognibene

Più se ne parla, meno se ne sa. È un vero paradosso informativo quello che ha per protagonista la «procreazione medicalmente assistita» (Pma) in Italia: tema di polemiche senza fine, dalla fecondazione eterologa alla selezione embrionale, ma quando finalmente esce documentazione ufficiale, con cifre e tabelle che fotografano un fenomeno sempre più rilevante, quasi nessuno pare interessarsene. È il destino toccato alla Relazione sull'attuazione della legge 40 – quella che annualmente, dal 2005, descrive il quadro dei "figli in provetta" nel nostro Paese –, la cui versione 2016 è stata consegnata nei giorni scorsi dal Ministero della Salute al Parlamento, accolta tuttavia da rare notizie sui media nazionali, con *Avvenire* che ha garantito un'informazione di base. Ha giocato di certo il fatto che a prima vista non ci sono novità eclatanti, eppure un occhio attento sa scorgere alcuni dati molto significativi. Sempre che lo voglia, s'intende.

1. Crescono le nascite di bimbi concepiti in provetta. Mentre il numero dei nati in Italia diminuisce in valore assoluto facendo segnare nel 2015 il minimo storico sotto la soglia del mezzo milione, aumentano i bambini nati da fecondazione assistita, sopra quota 12mila (12.658 su 15.947 gravidanze ottenute). Il risultato di questo trend contraddittorio è una maggiore incidenza dei nati con tecniche da laboratorio, arrivati ormai al 2,5% dei nati in Italia nel 2014, quando ancora il dato totale era di poco superiore alle 500mila unità. Significa che sarà sempre meno infrequente imbattersi in bambini nati da fecondazione artificiale.

2. Il boom dei congelamenti. Fa riflettere soprattutto un altro dato che emerge dai grafici del Rapporto: in un solo anno il numero degli embrioni "crioconservati" – concepiti in numero superiore rispetto a quelli poi effettivamente trasferiti in utero e per questo stoccati nei freezer delle 362 cliniche pubbliche e private attive nel settore – è aumentato del 29,9%. In termini assoluti parliamo di altri 28.787 embrioni la cui vita è congelata, di nome e di fatto. È la popolazione di una cittadina di medie proporzioni, vite umane sospese che si aggiungono alle decine di migliaia di altre già da uno o più anni nelle stesse condizioni. È il bel risultato della sentenza della Corte Costituzionale del 1° aprile 2009, con la quale si eliminò il (saggio) limite posto dalla legge 40 che fissava in 3 il numero massimo di embrioni concepibili in vitro per ogni ciclo disponendo comunque l'impianto di tutti nel ventre materno, proprio per evitare l'accumulo di vite dal più che incerto futuro. Se si pensa che nell'ultimo anno ante-sentenza gli embrioni congelati in deroga alla legge furono appena 763, non era difficile prevedere che sarebbe finita così. Gli embrioni crioconservati sono un problema irrisolto e irrisolvibile: anche nei Paesi dove possono essere liberamente donati ad altre coppie o alla ricerca (che li distrugge) ne avanzano sempre in gran numero, tanto che in Gran Bretagna, per esempio, dopo un certo numero di anni vengono lasciati morire. Il che significa innanzitutto che la ricerca non li vuole neppure gratis (servono freschi e sani, possibilmente prodotti ad hoc), e che quando si producono embrioni in eccesso si sa già che sono destinati al nulla.

In un solo anno altri 28mila nei freezer delle cliniche. Senza alcun effetto positivo sui tassi di successo della provetta

3. Successi sempre modesti. Ma perché si congelano embrioni a un ritmo così elevato (in un rapporto di oltre due per ogni nato vivo)? Per provare ad aumentare i tassi di successo di una tecnica che – in altri ambiti della medicina, e sottoposta a diversi criteri di valutazione – sarebbe considerata poco meno che fallimentare. Il rapporto tra "bimbi in braccio" e cicli avviati resta inchiodato al 19,4%, praticamente identico al periodo precedente la citata sentenza che doveva consentire di rimuovere un ostacolo ritenuto decisivo al funzionamento della tecnica: nel 2007 il tasso di successi fu infatti del 19,6%, e del 20,1 nel 2008. Chi l'ha detto che la legge 40 non funzionava prima e adesso funziona meglio? I centri che praticano la Pma crioconservano embrioni in totale libertà, nonostante la legge 40 ancora preveda che la procedura di congelamento sia consentita solo per tutelare la salute della donna. Nel frattempo diminuiscono le crioconservazione di ovociti, una procedura che poneva l'Italia all'avanguardia nel mondo nelle tecniche di fecondazione assistita grazie agli studi pionieristici di Eleonora Porcu, animata proprio dall'intento di lavorare su cellule e non su vite umane già formate.

4. Record di donne over-40. Infine, di pari passo con l'aumento dell'età media della prima gravidanza, si consolida il non invidiabile primato dell'Italia nell'incidenza delle donne con più di 40 anni tra quante si rivolgono alla provetta per avere un figlio, con possibilità di successo evidentemente marginali: sono il 32,9%, erano il 31% nel 2013 e il 20,7% nel 2005, mentre l'età media di chi ricorre alla fecondazione artificiale è di 36,7%, sempre più elevata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

COMMENTI

Boscia (Amci): «Contro la sterilità occorre modificare i comportamenti»

«La risposta della medicina della riproduzione alla sterilità ha messo sotto silenzio l'importanza della prevenzione», con la conseguenza che «si sta scivolando nel pericoloso potere di fabbricare la vita umana». Filippo Maria Boscia, presidente nazionale dell'Associazione medici cattolici italiani (Amci), lo ribadisce: «Le tecniche di fecondazione artificiale sono state date come tecniche salva fertilità, laddove viceversa occorreva porre in essere un piano per la fertilità, e insistere sul fatto che la salute riproduttiva inizia nei bambini, negli adolescenti e più avanti attraverso le trasformazioni fisiche e psicologiche che si svolgono sequenzialmente e portano al conseguimento di una buona maturità sessuale nelle coppie». In sostanza, «se dimentichiamo che esistono dei fattori di rischio, se non esercitiamo alcunché sulla modificazione delle abitudini di vita della coppia, se non facciamo nulla sullo spostamento dell'età materna in cui viene cercata la gravidanza, continueremo costantemente a implementare i cicli di fecondazione assistita».

Graziella Melina

COMMENTI

Marana (Gemelli): «Mamme over 40 solo 7 su 100 rimangono incinte»

I dati della relazione ministeriale sulla Pma confermano un dato preoccupante: le donne che provano a diventare mamme sono sempre più grandi, ossia over 40 in circa un caso su tre. Ma, come sottolinea Riccardo Marana, direttore dell'Isi, l'Istituto scientifico internazionale Paolo VI di Ricerca sulla fertilità e infertilità umana del Gemelli, «anche ricorrendo alla fecondazione in vitro le possibilità rimangono basse: dopo l'ovulazione per ogni mese, la percentuale scende dal 25 per cento a 24 anni fino al 13 per cento a 36 anni, e al 7 per cento a 40 anni». E con le tecniche di procreazione assistita le prospettive non cambiano. «Anche per quel che riguarda la Pma – rimarca Marana – c'è una correlazione tra l'età della donna e il numero di ovociti». Con l'avanzare dell'età diminuisce cioè «sia la riserva ovarica che la qualità intrinseca degli ovociti. Dopo i 43 anni le possibilità di gravidanza sono virtuali». Eppure, si riscontra un incremento di «centri minori che hanno meno esperienza nelle stimolazioni e stanno portando avanti questo tipo di attività privata, creando aspettative che poi non si possono mantenere». (G.Mel.)

Con gli ovociti della figlia diventerà madre dei nipoti

di Assuntina Morresi

Un effettivo consenso informato e la comunicazione di informazioni pertinenti: sono i due cardini su cui poggia la legittimità di qualsiasi atto medico. Ma se non ci sono, fa lo stesso: l'importante è intuire la volontà della persona che a quell'atto si vuole sottoporre, anche se è stata espressa solo in parte, e senza aver avuto informazioni.
Questo il succo di una incredibile sentenza britannica, ennesima dimostrazione di come il consenso informato sia oramai diventato un inutile orpello, la foglia di fico che copre il vero criterio con cui si applicano soprattutto le nuove tecnologie in campo medico: la probabile volontà personale di accedere alle tecniche.
Ma veniamo ai fatti: una signora di 60 anni vuole esportare negli Usa i tre ovociti congelati di sua figlia per farli fecondare da un donatore anonimo e diventare lei stessa madre surrogata degli eventuali nipoti. Vuole così realizzare l'ultimo desiderio di sua figlia, morta di cancro il 12 giugno del 2011, che un anno e mezzo prima si era fatta prelevare gli ovociti (non potendo far trapiantare le proprie ovaie a sua madre, come aveva chiesto): «Voglio che tu porti i miei bambini – le avrebbe detto –. Voglio che tu e papà li facciate crescere. Saranno al sicuro con voi. Non avrei potuto volere genitori migliori». La madre era d'accordo: «Non ho mai avuto dubbi che i suoi ovuli avessero una forza vitale e fossero entità viventi in un limbo, aspettando di nascere». E quando una cugina che aveva appena partorito era andata a trovare in ospedale la ragazza, questa aveva detto che anche lei aveva avuto i suoi bambini: «Ora sono nel ghiaccio, vero mamma?».

In un incredibile caso giudiziario inglese l'intreccio tra volontà presunta, consenso informato ed effetti abnormi di una tecnologia piegata a qualunque desiderio

Se già la confusione fra ovociti ed embrioni dovrebbe far dubitare della qualità delle informazioni ricevute, il problema principale è che nel consenso informato c'è solo l'autorizzazione a conservare e utilizzare gli ovociti anche dopo la morte, ma senza dire come. Non c'è scritta da nessuna parte la richiesta di esportare i gameti negli Stati Uniti, farli fecondare da un donatore anonimo e far diventare madre surrogata la nonna degli eventuali piccoli, tra l'altro in età avanzata. Eppure fra il presunto colloquio con la madre e la morte della ragazza c'erano stati 18 mesi di tempo per mettere nero su bianco le proprie volontà. Per questo motivo una commissione appositamente costituita non aveva dato seguito alla richiesta della madre della ragazza. Ma la Corte d'Appello di Londra vuole che ora si esamini di nuovo il caso: secondo i giudici la decisione era stata troppo severa perché c'erano «prove sufficienti che i genitori stavano cercando di esaudire i desideri della figlia». La sentenza, a leggerla, è un testo degno del miglior teatro dell'assurdo di Ionesco: in sintesi, la ragazza non ha espresso per intero le sue volontà perché nessuno gliele ha chieste. Secondo i giudici, la commissione non ha considerato la possibilità che la ragazza volesse dire qualcosa del tipo «io voglio fare questo, e voglio fare tutto quello che serve per ottenerlo. Incarico i miei genitori di prendere le decisioni per farlo, quando non ci sarò più, perché loro mi hanno cresciuto così bene! È la mia unica possibilità» (il virgolettato è nella sentenza, come ipotesi dei giudici). Quindi, secondo la corte inglese, consenso informato e informazioni pertinenti si traducono in «se, forse, le sue intenzioni, mai espresse, erano queste, perché no?».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Coppie infertili un caso ogni 5

In Italia l'infertilità affligge una coppia su cinque. Sono i dati del Ministero della Salute rilanciati al World pediatric and adolescent gynecology congress, concluso nei giorni scorsi a Firenze. Causa prevalente del mancato concepimento è la Sindrome dell'ovaio policistico, che colpisce tra il 5 e il 10% delle donne in età fertile. Le donne affette da questa sindrome soffrono di una ridotta qualità ovocitaria. Altre cause di infertilità sono le alterazioni tubariche, le malattie infiammatorie pelviche, i fibromi uterini e l'endometriosi. L'impegno scientifico per cogliere i motivi clinici dell'infertilità è forse un segno di lento cambiamento culturale: anziché concentrarsi solo sulle tecniche per ottenere figli in ogni caso (le varie forme di procreazione artificiale) si cerca di venire a capo delle cause che impediscono di procreare. La scienza sfida il mercato?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il dibattito

Fine vita, medico e paziente alleati senza barare

di Augusto Caraceni*

Il palliativista commenta il documento di Scienza & Vita: «Una comunicazione più aperta sul tema della morte va di pari passo col diritto di vedere rispettate le proprie scelte e di essere curati da persone competenti»

L'aiuto concreto che si può dare a chi è malato di una malattia inguaribile può giovarsi di una forma di direttiva anticipata o di pianificazione terapeutica condivisa? Rifletto su questo tema leggendo il documento di Scienza & Vita (*Con dignità fino alla fine. Paziente e medico "alleati per la vita"*), pubblicato il 28 giugno). La risposta è sì, se questa opportunità viene discussa e offerta alla persona malata all'interno di un processo di comunicazione che permette la condivisione di verità, volontà e desideri. Il punto di partenza delle cure palliative è la soggettività della persona malata come obiettivo delle cure per il sollievo del dolore, per il supporto psicosociale e spirituale, che cercano di offrire protezione nella impossibilità di guarire e solidarietà nella solitudine della malattia. Se si va incontro alla persona malata sul suo terreno fatto di domande, di ansie e di paure si deve rispettarne l'individualità i valori, i rapporti familiari e amicali, i sentimenti. Essere parte di un progetto di cura insieme al paziente e alla sua famiglia, nel quale il paziente guida le scelte, puo' avvenire solo se esiste una comunicazione veritiera. La fondatrice dell'hospice moderno Cicely Saunders in una delle sue più note definizioni si rivolgeva al malato così: «Sei importante perché sei tu e lo sarai fino alla fine della tua vita» e ammoniva anche «perchè un viaggio possa compiersi bisogna che almeno parte della verità sia condivisa». Una condivisione della verità può essere anche aiutata dalla espressione di volontà anticipate, anche in forma di direttive scritte, come corollario di una consapevolezza che si fa parola e desiderio di trasmettere qualcosa di sè, sia nel modo di essere assistiti e di vivere gli ultimi momenti, che nella possibilità di lasciare disposizioni per figli, coniugi, compagni, amici. Azioni che manifestano il rispetto che si deve all'unicità dell'essere umano, debole perché malato, ed esempio di un'esperienza normale ed eroica, che tanti prima di lui o di lei hanno vissuto e che nessuno di noi sani può conoscere in pieno.
Consapevolezza che non è da tutti desiderare in pieno e quindi che dovrà essere attentamente considerata nella comunicazione di chi assiste e cura ma che oggi ancora, in Italia, viene troppo spesso negata con pietose bugie quando non con una inadeguata gestione delle informazioni da parte dei medici e dei familiari. Ancora troppo spesso la comunicazione delle possibilità terapeutiche viene enfatizzata e travisata in modo da nutrire false speranze. Spesso questa finzione si rivela un espediente effimero e la persona malata comprende che non gli o le viene detta la verità, partecipando a sua volta alla dissimulazione come fosse un modo per sollevare gli altri da scomode conversazioni. È molto frequente che siano proprio i familiari a bloccare i tentativi del malato di affrontare la realtà e di aprire con i curanti un dialogo sincero.
Se un dibattito sulla pianificazione terapeutica servisse a un dibattito pubblico sulle responsabilità di tutti a occuparci del fine della vita, a realizzare un accesso a cure palliative appropriate e di alta qualità, credo sarebbe di grande utilità. Infatti, nonostante l'asserita priorità delle cure palliative il loro spazio nel discorso della medicina moderna, soprattutto in Italia, è relegato nell'angolo, mentre si magnificano le sorti del progresso della guarigione e del prolungamento della vita senza un limite. La comunicazione più aperta sul tema della morte potrebbe andare di pari passo con l'affermazione del diritto all'informazione di chi è malato, del diritto a vedere rispettate le proprie scelte e preferenze e del diritto a essere curati da persone competenti che non si occupano affatto della morte ma della vita. In un dibattito pubblico così fatto troverebbe spazio anche la possibilità di offrire uno strumento con il quale formalizzare, per chi lo vuole, le nostre volontà e desideri su come essere curati di fronte alla malattia inguaribile. Non nella morte o nella sua anticipazione artificiale si ritrovano le ragioni di promuovere la capacità del malato di partecipare sempre alle decisioni che lo o la riguardano, ma nell'interesse per la vita anche al suo tramonto e per l'esperienza unica e misteriosa che scaturisce da accompagnare giorno per giorno chi è malato con l'unico obiettivo di permettergli di percorrere questo tratto di strada nel suo modo.

***direttore Struttura cure palliative Istituto dei Tumori, Milano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSIyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VpIyMjbSSjYWxpcGFyaSMjI0F2dmVuaXJlIyMjMDctMDctMjAxNiMjIzIwMTYtMDctMDdUMTA6MTM6NThaIyMjVkVS