

Sei anziano e stanco di vivere? Exit ti «aiuta»

di Lorenzo Schoepflin

La notizia

Exit, la nota organizzazione internazionale che offre servizi per il suicidio assistito, apre un dibattito intorno sul libero accesso alla morte a richiesta per gli anziani che desiderino porre fine alla propria vita. È stato infatti costituito un gruppo di lavoro che alla prossima assemblea generale di Exit dovrà presentare proposte sull'accesso a dosi letali di pentobarbital. La commissione dovrà esaminare gli aspetti etici, legali e politici sul desiderio di morire di una persona sana ma stanca di vivere. L'obiettivo è trovare vie legalmente percorribili affinché come condizione di accesso al suicidio assistito basti il desiderio di morire maturo oltre una certa età. Non serviranno più dolori insopportabili, malattie incurabili, aspettativa di vita ri-

dotta: un semplice "basta così" dovrà rendere legale la morte procurata. Exit non è nuova ad accelerare del genere: già nel 2014 nello statuto comparve la definizione di suicidio assistito come «diritto a una morte liberamente responsabile di una persona molto anziana che desidera morire». Tre anni dopo Exit ha tirato le conclusioni di tale definizione e ha deciso di passare all'azione. Nel settembre 2016 aveva commissionato uno studio che dimostrerebbe come il 63% delle persone che hanno compiuto il quinquantesimo anno di vita valuta il suicidio assistito come opzione preferenziale per morire quando sarà il momento. Il sondaggio era stato effettuato su 1.036 cittadini della Svizzera tedesca. Secondo Marion Schafroth, vicepresidente della sezione svizzera di Exit, dal sondaggio era emerso che la maggioranza dei cittadi-

ni vorrebbe che del suicidio assistito si parlasse senza tabù e col pieno coinvolgimento dei medici curanti. La presidente Saskia Frei aveva concluso che le procedure per l'accesso dovevano essere semplificate. Ora la commissione costituita da Exit sembra andare in questa direzione: cosa c'è infatti di più semplice di una richiesta senza alcun vero requisito necessario tranne l'età? L'idea di Exit non è una novità. In Olanda, dove l'eutanasia è legale dal 2002, furono raccolte firme nel 2010 affinché la legge fosse modificata lasciando come unico requisito per la morte su richiesta il compimento dei 70 anni. In Belgio nel 2009, sette anni dopo il varo della legge sull'eutanasia, la 93enne Amelie Van Ibsbeen, sana, ottenne di essere aiutata a morire perché semplicemente stanca di vivere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



vita@avvenire.it

Registro (e Consulta) sulla strada delle Dat

di Marcello Palmieri

Il presidente del Senato insiste: «Da gennaio scorso ho cominciato a dire che si andava a votare nel 2018 – ha scandito martedì Pietro Grasso dai microfoni di Radio1 – e continuo a confermare una sorta di patto di legislatura». Tra gli obiettivi: approvare il biotestamento e lo ius soli. L'auspicio della seconda carica dello Stato deve però fare i conti con le numerose obiezioni che decine di esperti – chiamati in audizione davanti alla Commissione Sanità di Palazzo Madama dalle varie forze politiche – stanno sollevando sul testo legislativo in tema di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento (Dat), già approvato alla Camera due mesi fa. A porre dubbi tecnici sono anche i professionisti – parlamentari e non – che stanno evidenziando tutte le imprecisioni e le lacune di un disegno di legge destinato a plasmare il significato stesso del vivere e del morire. La questione porta con sé anche una serie di complicazioni pratiche: per esempio la necessità di un registro nazionale che custodisca le Dat, non più «dichiarazioni» anticipate di trattamento, come sono definite in pressoché tutta l'Europa, ma «disposizioni». Ecco allora che Laura Bianconi, senatrice di Ap, pur smarcandosi da questa prospettiva sottolinea come «una disposizione che diventa così cogente deve essere ben raccolta, conservata e visionabile», anche perché «se poi i medici la dovranno ri-

spettare sarà necessario che possano conoscerla agevolmente». Una considerazione di buon senso: mettiamo che a redigere le Dat (in loco) sia una persona che risiede a Roma, e che questa stessa persona diventi incapace di manifestare la propria volontà in ordine ai trattamenti medici resisi necessari in seguito a un incidente stradale a Milano: come fanno i sanitari che lo soccorrono a sapere velocemente se e dove costui ha rilasciato Disposizioni in mancanza di un luogo certo in cui cercarle?

L'interrogativo è condiviso da Carmelo Di Marco, presidente di FederNotai, che nei giorni scorsi in un convegno organizzato dai notai milanesi ha richiamato quanto il disegno di legge dispone sulle Dat: che cioè vanno «redatte per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del Comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie». Non poche incertezze per una materia così delicata, cui si aggiunge il fatto che sull'impossibilità di istituire registri locali per le Dat già si è espressa la Consulta. Lo ha fatto lo scorso dicembre, quando con sentenza 262/2016 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale delle leggi regionali 4/2015 e 16/2015 con cui il Friuli Venezia Giulia aveva istituito il Registro regionale per le libere dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario. Li-



Un archivio nazionale per i biotestamenti: il mandato della Corte Costituzionale è chiaro, ma nella legge non c'è traccia. E ora si parla di mandarla in aula al Senato senza relatore

Il problema principale rilevato dalla Corte risiedeva nel fatto che la Regione aveva legiferato su una materia riservata allo

Stato. Ma questo non era l'unico problema. Si legge infatti nel provvedimento che «una normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita – al pari di quella che regola la donazione di organi e tessuti – necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza». Appare qui evidente il contrasto tra quanto sancito dalla Corte Costituzionale e l'attuale formulazione del testo normativo, che – come detto – prevede la custodia delle Dat a livello locale, oltretutto lasciando aperta la possibilità a che queste finiscano in un apposito registro comunale piuttosto che in non meglio precisate strutture sanitarie. A questo punto si pone ancora la domanda: perché questa resistenza a introdurre il registro? Le risposte sono principalmente due: innanzitutto perché un registro nazionale richiederebbe lo stanziamento di risorse, quando invece più volte si è parlato delle Dat come un nuovo diritto a costo zero per lo Stato. Va poi ricordato che la seppur minima modifica votata dal Senato determinerebbe il ritorno del testo a Montecitorio, eventualmente che allungherebbe notevolmente i tempi dell'approvazione. Con un rischio: che la legislatura finisca a provvedimento ancora in discussione, con la sua conseguente decadenza, come già accadde nella precedente legislatura per la legge Calabrò, sempre sulle Dat ma di segno alquanto diverso. Per la presidente della Commissione Sanità del Senato Emilia De Biasi (Pd) la legge potrebbe essere migliorata ma «possiamo farlo dopo», rimandando per il registro a successive legislature. Dissente con forza Lucio Romano di Democrazia Solidale, componente della stessa Commissione: «L'istituto delle linee guida – spiega – rappresenta una definizione di quanto già chiaramente riportato in una norma. Qui, invece, avrebbero una funzione suppletiva della norma». Intanto, dalla seduta di ieri esce rafforzato lo spettro dell'approdo in aula senza mandato al relatore: vale a dire con la presentazione del testo senza nessun emendamento. E sarebbe una sconfitta del dialogo politico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Non morì in Lombardia: Eluana, va risarcito il papà»

In aprile il Tar di Milano aveva condannato la Regione Lombardia al pagamento di 132.965,78 euro a favore di Beppino Englero: era il risarcimento per aver ordinato a tutte le proprie strutture sanitarie – nonostante i diversi provvedimenti dell'autorità giudiziaria, ottenuti grazie alla caparbia del ricorrente – di non staccare l'alimentazione artificiale alla figlia Eluana, in stato vegetativo dal 1992. La figlia era poi morta il 9 febbraio 2009 a Udine, in una clinica che aveva offerto di sponsorizzare la nutrizione. Ieri il Consiglio di Stato ha pubblicato la sentenza d'appello (definitiva): 59 fittissime pagine, che confermano il risarcimento ma con motivazioni e calcoli molto diversi da quelli operati in primo grado. Se dunque il discorso giuridico è molto complesso, i principi di diritto che teorizza Palazzo Spada – espressi in modo inequivocabile – non mancheranno di sollevare interrogativi.



Beppino Englero

Il Consiglio di Stato condanna in via definitiva la Regione a pagare 133mila euro per essersi rifiutata di far dare la morte alla giovane in una sua struttura sanitaria

codice deontologico dei sanitari, che vieta – anche se richiesto al medico – ogni atto destinato a provocare la morte del paziente.

Affermano poi i massimi giudici amministrativi che, in conseguenza di quella pronuncia, «la Regione era tenuta a continuare a fornire [a Eluana, ndr] la propria prestazione sanitaria, anche se in modo diverso al passato». Secondo il Consiglio di Stato, dunque, interrompere l'alimentazione artificiale nell'intento di dare la morte equivale a una prestazione sanitaria che, se voluta, non può essere negata. Ed essendosi rifiutata di «erogarla», la Regione Lombardia avrebbe determinato in Eluana «il non voluto prolungamento della sua condizione, essendo stata calpesta la sua determinazione di rifiutare una condizione di vita ritenuta non dignitosa». Quindi, dicono i giudici, c'è un danno risarcibile: 100mila euro solo per questo, che si trasferiscono al padre quale unico erede. Si aggiungono i costi di trasporto nella clinica di Udine, la rete di degenza, il piantonamento per motivi di sicurezza... Il tutto con interessi di legge al centesimo: ecco il totale di quasi 133mila euro. «Le sentenze non si commentano, ma si attuano, ancorché i fatti della sentenza di oggi siano imputabili alla precedente amministrazione» commenta Giulio Gallera, assessore regionale alla Sanità. Un ultimo dato di cronaca: il caposaldo del procedimento – e cioè la volontà di morire, in capo a Eluana – è sempre stato affermato dal padre unicamente su presunzioni. Tra l'altro, per nulla inequivoche. (M. Palm.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le religioni: cure palliative, diritto da garantire

Le cure palliative sono un diritto. Lo afferma con forza la Carta delle religioni, messa a punto da esperti di tutto il mondo, medici, psicologi e rappresentanti di tutte le religioni, e ora resa disponibile online dalla Fondazione Maruzza, promotrice dell'iniziativa (<http://olderpeople-religionsworldcharter.maruzza.org/it>). A differenza della precedente carta firmata nel 2015 a favore delle cure palliative per i bambini, questa Carta è completamente dedicata agli anziani, persone «che hanno pieno valore e diritti assoluti – come recita il documento – e che portano un contributo alla società in cui vivono anche se fragili e bisognosi di cure». Non si tratta perciò di una possibilità che i malati potrebbero avere ma di una presa di coscienza comune che la cura palliativa appartenga ai diritti dell'uomo, come il diritto alla salute, alla non discriminazione e alla libertà «da qualunque trattamento crudele, disumano, degradante». Nel documento (che è di-

sponebile online perché le persone di tutto il mondo, privati e associazioni, possano firmarlo) i rappresentanti delle religioni – cattolici, musulmani, buddisti, ebrei, protestanti e ortodossi – si sono uniti per chiedere ai governi di prevedere reti di sostegno per le cure e risorse sanitarie che rendano accessibili i farmaci, essenziali per le cure. «Le religioni hanno, nella loro diversità, un comune sentire. Hanno la responsabilità di sostenere la più alta dignità di ogni uomo e di ogni donna», come ha dichiarato monsignor Vincenzo Paglia, presidente della Pontificia Accademia per la Vita e firmatario della Carta, che aveva denunciato il grande ritardo sull'investimento delle cure palliative da parte del mondo politico e delle strutture sanitarie. «Le persone anziane – recita la Carta – dovrebbero essere messe nella condizione di vivere pienamente la loro vita e di essere rispettate come individui, in ogni aspetto della cura».

Emmanuel Genovese

«Malattie neurologiche la Ue fa troppo poco»

Poco più di tre euro l'anno a paziente: è quanto spende l'Unione Europea per la ricerca sui disturbi cerebrali. Lo European Brain Council (Ebc) ha presentato una relazione – «Il valore del trattamento per i disturbi neurologici e cerebrali» – in cui si evidenzia la necessità di investimenti maggiori nella ricerca europea sulle malattie neurologiche e mentali, mettendo in luce ampio divario tra e nei singoli Paesi rispetto ai trattamenti, alla diagnosi e all'intervento. Proprio oggi si svolge a Bruxelles la conferenza finale dell'Ebc. «Otto persone su dieci con disturbi cerebrali rimangono non trattate – ha dichiarato David Nutt, presidente dell'Ebc, che oggi introdurrà la conferenza nella capitale belga – anche se in molti casi esistono trattamenti efficaci. La disuguaglianza nell'accesso al trattamento è un problema crescente e non conosce confini». Le malattie neurologiche e cerebrali sono una condizione molto diffusa e disabilitante, e interessano almeno un europeo su tre durante la propria vita (si stima il 38,2% della popolazione della Ue). Quando il cervello è danneggiato può influenzare diverse funzioni del corpo e portare a disturbi che incidono sia sugli individui sia sulla società. «L'accesso differenziato all'assistenza sanitaria non dovrebbe più esistere nell'Europa del XXI secolo», protesta Ann Little, presidente della Federazione europea delle associazioni neurologiche (Efnra).

Simona Verrazzo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Salute

Tumori, un chip per selezionare le terapie

di Enrico Negrotti

Un progetto innovativo, che vuole portare le terapie oncologiche in Italia a migliori risultati «personalizzati» per il singolo paziente, grazie a un lavoro di rete dei maggiori centri clinici e di ricerca del Paese. Sono tra gli obiettivi resi possibili dal progetto di genomica di Alleanza contro il cancro (Acc), sostenuto dal ministero della Salute, che ha portato allo sviluppo di un «onochip», una tecnologia diagnostica che aiuterà a catalogare le caratteristiche genetiche del singolo paziente con l'obiettivo di offrirgli le migliori opportunità terapeutiche. «Siamo i primi – ha detto il ministro Beatrice Lorenzin – ad avere avviato un progetto come questo». Quanto mai necessario, visto ogni anno in Italia si registrano 365mila nuove diagnosi di tumore e 177mila decessi. «I tumori – spiega Ruggiero De Maria, presidente di Acc – si sviluppano a causa di alterazioni al Dna che danneggiano una serie di geni. Abbiamo fatto – grazie al supporto di esperti di genomica e di bioinformatica – un ampio lavoro per identificare le alterazioni più importanti che possono dare indicazioni per la terapia e abbiamo realizzato una tecnologia, un onochip, che consente di farlo a basso costo, realizzato grazie a quella che viene detta «next generation sequencing», vale a dire sequenziamento di nuova generazione. Abbiamo identificato tutti i geni più importanti che possono contribuire al tu-

Si sperimenta la validazione del test genomico, messo a punto da Alleanza contro il cancro, per poter stabilire i farmaci più adatti da usare sul singolo paziente. Da ottobre arruolati mille malati

more e per i quali ci sono possibilità terapeutiche». Aggiore Pier Giuseppe Pelicci, direttore scientifico di Acc: «La ricerca sviluppa sempre nuove terapie, che si basano però su alterazioni genomiche molto precise: ogni terapia funziona solo se nel paziente c'è una determinata alterazione a carico di un determinato gene. Ma se non si conoscono le alterazioni genomiche del paziente, non si sa quale terapia fare. Il primo obiettivo di Alleanza contro il cancro è quindi creare un network di ospedali di ricerca (gli Ircc oncologici) che abbia la capacità di sequenziare e quindi scrennare tutti i tumori italiani». Da ottobre si partirà per validare l'«onochip» in alcuni ospedali (dieci Ircc, Policlinico Gemelli di Roma e policlinici di Palermo e di Catania) su mille pazienti di tumore al polmone: «In questo modo si potrà passare dai due-tre geni attualmente esaminati di routine nei test molecolari a centinaia di geni – aggiunge De Maria –. E quasi allo stesso costo. Poi si potrà estendere l'uso del test per tutti i pazienti che abbiano bisogno di una diagnostica molecolare». Un secondo obiettivo di Alleanza contro il cancro,

spiega Pelicci, è di «organizzare trial clinici con i farmaci in sperimentazione (in arrivo solo tra alcuni anni), per offrire il più possibile ai pazienti italiani l'accesso all'innovazione oncologica». Estimolare le aziende farmaceutiche, aggiunge De Maria, «a privilegiare i pazienti in Italia, dove spesso le nuove terapie arrivano con qualche anno di ritardo».

Il terzo obiettivo di Acc è costruire un'infrastruttura informatica che permetta «di incrociare il genoma del singolo paziente – spiega Pelicci – con le banche dati mondiali. La personalizzazione delle cure non dice solo ogni tumore è diverso dall'altro, ma che la singola persona è al centro della terapia: una sorta di nuovo umanesimo». Sul piano pratico «stiamo dialogando con il Cinea (l'infrastruttura informatica italiana): sarà una specie di collegamento dati». E al Cinea (che è parte dell'europeo Elixir) si collegheranno gli ospedali. E il concetto di rete è cruciale: «Lavorando sui medesimi protocolli e sulle stesse linee guida, l'obiettivo – puntualizza Pelicci – è che il paziente sia trattato a Palermo come è trattato a Torino». Un obiettivo su cui ha investito anche la Regione Sicilia: l'assessore alla Salute Balduccio Gaudenzi ha finanziato la partecipazione dei centri di Palermo e Catania alla rete della sperimentazione sul tumore al polmone. Dall'anno prossimo si effettueranno trial su altri tumori per i quali ci sono o stanno per essere approvati test diagnostici molecolari: melanoma, del colon poi forse di mammella e ovario.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Disturbi di mamme e papà ricerca e corso al «Gemelli»

C'è «un disagio significativo nell'approccio a maternità e paternità: 14% delle madri e 13% dei padri, ma si raggiunge il 40-50% se si considerano le forme più lievi». È l'esito della ricerca condotta presso la Psichiatria del Policlinico Gemelli di Roma, che permette di notare come «questi dati troppo spesso si trasformano in dolorosi e a volte tragici fatti di cronaca». «Il disagio si trasferisce nei neonati e nei bambini, figli di queste coppie in difficoltà - spiega Luigi Rinaldi, aggregato di Psichiatria all'Università Cattolica e curatore della ricerca - con gravi ripercussioni emotive che dureranno tutta la vita, a volte con vere e proprie esperienze di trascuratezza, abuso psicologico e/o fisico». Per questo nasce oggi il corso «L'Approccio multidisciplinare alla maternità e alla psicopatologia perinatale», coordinato da Sara De Carolis, per formare psichiatri, psicologi, ostetriche, ginecologi e infermieri «alla comprensione del disagio emotivo nell'esperienza della nascita e nella costruzione dell'identità di madre e padre attraverso anche il "Percorso nascita" creato al Gemelli».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sintomi di felicità



di Marco Voleri

In un torrido sabato pomeriggio mi sono ritrovato insieme a persone che non conoscevo, a parlare del valore della vita. Con testimonianze e interventi. Uno mi è rimasto nel cuore. «Mi chiamo Stefania, ho 36 anni e qualche anno fa mi è stato diagnosticato il Parkinson. Insieme alla mia diagnosi, a breve distanza, è arrivata anche quella di Alzheimer per mio padre. Ha 64 anni e il destino ha deciso di portarmelo via, lasciandomi solo il suo involucro. Ho pianto molto, più per papà che per me. L'essere umano è straordinario. Inizialmente

lo sconforto e la rabbia erano parte della mia vita: la mia vita di prima! Oggi rivedo la Stefania che ero e vedo una persona che non mi piace, paurosa, inetta, incapace di stare al mondo. Oggi assumo 13 pastiglie al giorno, ho giorni buoni e giorni pessimi. Ma quello che conta è che ora vivo davvero, non sopravvivono. Ho avuto la fortuna di avere un compagno che è stato capace di affrontare la paura che l'incertezza della malattia porta con se e mi è rimasto accanto. Grazie al Parkinson ho conosciuto persone meravigliose, ma soprattutto ho conosciuto me stessa. Ho voglia di vivere, di fare tante cose. Ho un lavoro che amo, ho avuto la straordinaria possibilità di lavorare due giorni a settimana da casa, nonostante io sia un tecnico di laboratorio. Ho deciso che i

rapporti umani sono importanti e ora seguo una filosofia di vita tutta mia. Probabilmente non sarò madre, ma spero di essere un'ottima zia, figlia, compagna ma soprattutto buona amica. Il mio punto di vista è cambiato, le mie disgrazie (se vogliamo chiamarle così) mi hanno fatto vedere la vita e la possibilità di viverla... Mi è stata data una seconda occasione. Il Parkinson mi ha costretto a prendere in mano le redini della mia vita per guidarla nella direzione giusta. Penso che il detto "ciò che non ti uccide ti fortifica" sia la giusta descrizione del mio cambiamento. Senza la diagnosi di Parkinson sarei rimasta un brucio, mentre ora mi sento una meravigliosa farfalla».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giovedì, 22 giugno 2017

Le 8.301 culle dei Centri aiuto alla vita

Sul campo

Malati di Sla, più assistenza per ripartire

di Francesca Lozito

Sono più di 400mila nel mondo, seimila solo in Italia, i malati di Sla. Ieri si è celebrata la Giornata mondiale dedicata alla Sclerosi laterale amiotrofica. La federazione internazionale delle associazioni dei pazienti (International alliance of Als/Mnd associations) insieme con Aisla, Associazione italiana Sclerosi laterale amiotrofica, e alle altre associazioni di tutto il mondo ha dato vita a una campagna sui social network che vuole celebrare l'alleanza e la collaborazione tra tutte le figure impegnate nella lotta alla Sla. Il tema della campagna è: «Cheers to a world free of Als/Mnd». «Brindiamo a un mondo senza la Sla».

Stefania Bastianello, responsabile della formazione e del Centro di ascolto di Aisla, racconta come, in assenza di una cura, sia necessario sviluppare bene il fronte dell'assistenza. «Ci occupiamo di formazione da nove anni - spiega - abbiamo realizzato 126 corsi a cui hanno partecipato oltre 3.800 persone». A chi si rivolgono questi corsi? «Le famiglie di corsi hanno target differenti: ce ne sono alcuni molto specialistici a cui partecipano operatori socio-sanitari, ma organizziamo anche corsi per assistenti familiari, per familiari e per volontari». Secondo Bastianello la Sla infatti necessita di competenze specifiche e non può essere omologata. «Parlare di cure palliative in generale non va bene. L'approccio al malato oncologico è molto diverso da quello al malato di Sla. C'è bisogno di competenze approfondite per raggiungere lo scopo che è migliorare la qualità di vita». Un altro tassello importante è quello del Centro di ascolto: «Da un lato - riprende la dottoressa - formiamo gli operatori, dall'altro lato supporto a famiglie e operatori sanitari con il Centro di ascolto: siamo 21 professionisti espressione dell'area sanitaria ma anche sociale. Negli ultimi due anni abbiamo avuto un incremento del 30 per cento di chiamate: solo nel 2016 sono state 2.600». Chi chiama? «Soprattutto i familiari, a volte il paziente stesso se è in grado di comunicare, i medici di medicina generale che non conoscendo la patologia hanno bisogno di supporto». Quali sono i prossimi obiettivi? «Puntare di più sull'assistenza in un'area - riprende la dottoressa - formiamo operatori, dall'altro lato supporto a famiglie e operatori sanitari con il Centro di ascolto: siamo 21 professionisti espressione dell'area sanitaria ma anche sociale. Negli ultimi due anni abbiamo avuto un incremento del 30 per cento di chiamate: solo nel 2016 sono state 2.600».

Chi chiama? «Soprattutto i familiari, a volte il paziente stesso se è in grado di comunicare, i medici di medicina generale che non conoscendo la patologia hanno bisogno di supporto». Quali sono i prossimi obiettivi? «Puntare di più sull'assistenza in un'area - riprende la dottoressa - formiamo operatori, dall'altro lato supporto a famiglie e operatori sanitari con il Centro di ascolto: siamo 21 professionisti espressione dell'area sanitaria ma anche sociale. Negli ultimi due anni abbiamo avuto un incremento del 30 per cento di chiamate: solo nel 2016 sono state 2.600».

di Graziella Melina

Se su 1.265 donne incerte o intenzionate ad abortire, ben 955 (ossia il 75%) hanno poi dato alla luce il bambino grazie a un supporto psicologico, morale, ma anche a un aiuto economico, allora la strada per combattere l'aborto, e in qualche modo anche la denatalità del nostro Paese, non è poi così difficile. I dati presentati ieri alla Camera dei Deputati alla conferenza stampa sull'attività svolta nel 2016 dai 349 Centri di aiuto alla Vita spariscono su tutto il territorio nazionale lo dimostrano con chiarezza: la prima causa d'aborto è la crisi economica (49%), il dato sale al 75% se si sommano le difficoltà per mancanza di lavoro o di alloggio. Eppure, se le donne vengono ascoltate, aiutate e supportate, il trend si inverte: grazie ai Cav, nel 2016 sono nati 8.301 bambini, 13mila sono state le donne gestanti assistite durante il periodo della gravidanza, e oltre 17mila le mamme aiutate con varie tipologie di servizi. Le donne in difficoltà hanno per lo più tra i 25 e 34 anni (53%), sono prevalentemente single (40%) o senza lavoro (35%). «Questi dati - spiega Gian Luigi Gigli, presidente del Movimento per vita italiana - testimoniano come, attraverso la semplice azione dei nostri volontari, sia possibile diminuire il dramma dell'aborto. Un fenomeno che ogni anno segna la scomparsa di circa 87mila persone, tante quante ne vivono in una città come Udine». I Centri di aiuto alla Vita negli ultimi 20 anni (dal 1997 al 2016) sono aumentati del 49% e operano ormai su tutto il territorio nazionale. La densità maggiore è al Nord: 187 i centri, su ogni 174mila abitanti; nel Centro ne sono presenti 65, mentre al Sud e nelle Isole sono attivi 97 Cav. La Lombardia si conferma la regione con il maggior numero di bambini nati grazie ai Cav (38 ogni 100mila abitanti) e di mamme assistite (66 ogni 100mila abitanti). Le donne ricevono assistenza ma anche sostegno economico: grazie al Progetto Gemma, che permette l'adozione temporanea a distanza di madri in difficoltà, dal 1994 al 2016 ben 22mila donne hanno avuto un contributo mensile per 18 mesi.

Surrogata, censura arcobaleno?

IL CASO

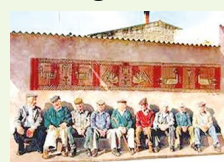
F è giusto presentare un libro "ostile" alla maternità surrogata all'interno di una rassegna dell'orgoglio omosessuale? In altre parole, più esplicite (vedi www.gaypost.it): «Può un Pride ospitare un evento contro i papà gay?». Il libro è quello, in uscita il 7 luglio, della sociologa milanese Daniela Danna, «Fare un figlio per altri è giusto (FALSO!)» (Laterza) e sarà presentato domani alla Libreria Popolare di via Tadino a Milano con le insegne di Arcilebica. Sottotitolo: «Una critica ragionata ai luoghi comuni che idealizzano la gestazione per altri e alla distorsione delle parole come "autodeterminazione, dono, altruismo"». La rassegna, il Pride Week, in programma a Milano fino al 25 giugno, che avrà il suo momento clou nella parata cittadina di sabato. Arcilebica Zami, storica organizzazione femminista milanese, quest'anno aderisce al Pride ma è anche, con Daniela Danna in prima linea, tra le firmatarie di un documento di condanna della maternità surrogata. Famiglie Arcobaleno, tra le sigle organizzatrici del Pride, si è dissociata dall'incontro di domani, anche se dichiara di essere pronta al confronto purché «non vi sia la probabile aspettativa di ricevere offese nei nostri confronti e nei confronti delle donne che con libertà e affetto ci hanno aiutato a diventare genitori». Molto meno concilianti le parole di Sinistra per Milano, che giudica fuoriluogo, nelle giornate del Pride, ospitare «atteggiamenti reazionari, censure da chi pretende di detenere la verità, giudizi sommarî sulle scelte individuali». L'autrice del libro, prudentemente, tace. Ma ci sarebbe da riflettere sul concetto di censura...

Antonella Mariani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La storia

Perché fa gola l'elisir sardo «di lunga vita»



di Danilo Poggio

La biobanca dell'Ogliastra, acquisita dalla società privata londinese Tiziana Life Sciences, ha una valore enorme e rappresenta un ghiotto boccone per molti. Contiene 230mila campioni biologici di circa 11.700 individui, insieme ai relativi dati personali demografici e genealogici. L'azienda londinese l'ha acquistata all'asta per 258mila euro in seguito a un fallimento, ma una banca dati islandese simile è stata stimata diversi milioni di euro. L'intervento della magistratura e del Garante della privacy dallo scorso ottobre ne hanno bloccato l'utilizzo, ma una recente sentenza del Tribunale di Cagliari ha rimesso tutto in discussione. Il medico ricercatore Gianni Pes (Università di Sassari) è uno dei massimi esperti in materia: «Non solo il tasso di prevalenza degli ultracentenari in Ogliastra è tre volte superiore a quello nazionale ma si è potuto accertare che questa longevità presenta un'eccezionale uguaglianza di genere. La probabilità degli uomini di raggiungere il traguardo dei cento anni è pari a quella delle donne». Il fenomeno è piuttosto recente (dall'inizio del Novecento), ma alcuni ricercatori ritengono che questa straordinaria peculiarità possa portare a scoprire una sorta di elisir di lunga vita. «Attraverso un lavoro di linkage del Dna, sarebbe possibile arrivare a individuare tra tutti i geni umani quelli maggiormente favorevoli per arrivare a un'età più avanzata». «In totale abbiamo circa 40 mila geni: restringendo il campo progressivamente, si potrebbe arrivare a trovare i pochi geni portatori di lunga vita. E poi, attraverso una molecola specifica, si cercherebbe di modificarli anche per chi altrimenti sarebbe "destinato" a una vita più breve. Ecco perché l'intervento di una società privata estera genera molte perplessità e la fiera opposizione dei donatori dei campioni, che temono ci sia il rischio di una speculazione». «Un gruppo di ricerca che trovasse il gene della longevità - spiega ancora Pes - probabilmente arriverebbe a ottenere il Nobel e indubbi vantaggi economici. Se si trovasse un gene mutato, in pura teoria basterebbe determinare la stessa mutazione per dare longevità anche ad altri».

Questa, però, è solo la teoria. In pratica, le cose sono più complicate: la longevità dipende da fattori biologici ma anche dallo stile di vita individuale, l'ambiente circostante e il contesto socio-culturale. Gianni Pes ha un'opinione ben precisa: «La longevità umana è molto più complessa di quella animale. Migliaia di elementi interagiscono in noi, oggi abbiamo già mille difficoltà a comprendere l'interazione di due o tre geni. Finora nessuno ha trovato il gene dell'eterna giovinezza, in compenso ci sono state diverse ritrazioni. E poi, gli studi sui gemelli hanno dimostrato che al massimo il 20% di chi ce accade può essere spiegato da fattori ereditari. Tutto il resto è legato al nostro libero arbitrio: in gran parte, siamo noi stessi a determinare la nostra longevità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nuove schiave per figli su ordinazione

di Stefano Vecchia

Come temuto, in India la proibizione alla surrogata commerciale e a favore di coppie straniere ha accentuato le problematiche legate alla sicurezza delle donne coinvolte. La necessità di sfuggire ai controlli, dopo la delibera della Corte suprema dello scorso anno ma in attesa di una legge specifica che decida anche sulle forme di "gestazione per altri" a favore dei soli cittadini indiani sposati da cinque anni e impossibilitati a procreare, ha reso più precaria la situazione. L'irruzione della polizia, sabato scorso, in una clinica nella città meridionale di Hyderabad ha permesso di individuare 47 donne che secondo gli inquirenti vivevano «in condizioni terribili». Le "ospiti" della struttura, quasi tutte provenienti dalle regioni nord-orientali del Paese e deportate a migliaia di chilometri di distanza da gruppi malavitosi, come ha dichiarato la polizia, erano «concentrate in un unico stanzone con un solo bagno a disposizione». Per portare a termine la gravidanza dopo l'impianto dell'embrione a ciascuna erano state promesse 400mila rupie indiane, equivalenti a circa 5.500 euro.

Un funzionario della clinica ha ammesso le condizioni difficili in cui si trovavano le donne ma non la coercizione: «Erano libere di restare secondo quanto stabilito dall'accordo tra i genitori adottivi e le madri surrogate». Ancora una volta, la vicenda di Hyderabad sottolinea due

In India la polizia ha scoperto 47 donne deportate dal Nord Est del Paese e reclusi in uno stanzone con la promessa di 5.500 euro per vendere gli ovociti e affittare il loro grembo

aspetti concomitanti: l'incertezza del diritto e le troppe necessità ancora presenti nel Paese. A esse fanno da sfondo e da incentivo la forte richiesta interna per elevare fertilità maschile, una classe abbiente che chiede prole da madri selezionate (come appunto quelle del Nord Est, privilegiate per carnagione chiara e esotici dei tratti e dunque reclutate anche come venditrici di ovociti) e un'estesa rete criminale specializzata nella tratta di donne. Sicuramente l'incertezza attuale sul pia-

no della legalità ha ampliato la disponibilità di quelle che i gruppi per i diritti umani chiamano «fabbriche di bambini». Un'industria miliardaria cresciuta esponenzialmente proprio per il fatto che è stata messa fuorilegge la pratica a favore degli stranieri (ogni anno consentiva circa 2.000 nascite «per procura») trovano ora nuovi destinatari, nuove strutture e altre forme di "reclutamento". Come conferma Hari Ramasubramanian, del Centro per la Legge sulla surrogata, «la richiesta è molto elevata e un elemento di novità è l'arrivo dal Nord Est di immigrate disponibili alla gravidanza su commissione». Sicuramente prosegue, preoccupa la qualità delle informazioni che le donne ricevono e se comprendono o meno i termini degli accordi e rischia. La corsa alla maternità surrogata è quindi assolutamente aperta, con rischi maggiori, in attesa che il Parlamento di New Delhi legiferi, già forse nella sessione estiva che si chiuderà a settembre, su una materia vissuta tra nazionalismo, condanna morale per l'aspetto più apertamente commerciale e interesse per le possibilità di guadagno che offre a donne in condizioni disagiate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fuoriporta