

«Proclamiamo la vita, non basta difenderla»

di Fabrizio Mastrofini

La vita oggi va proclamata e non soltanto difesa dagli attacchi dei «riduzionisti» che, nel nome delle logiche produttive ed economiche, «scartano» i poveri, i deboli, i malati, i non ancora nati. «La scelta di parlare di proclamazione della vita e non di difesa della vita, locuzione più facilmente usata, mi pare particolarmente sapiente e necessaria». Lo ha ribadito monsignor Vincenzo Paglia, presidente della Pontificia Accademia per la Vita, nella conferenza martedì a Londra nella sede della Catholic Voices Academy sul tema «La proclamazione della vita in chiave missionaria». Il giorno precedente Paglia era a Oxford dove ha tenuto una conferenza sul tema «Dignità umana e bioetica», invitato da Las Casas Institute, Anscombe Bioethics

Lezioni a Oxford e Londra per il presidente della Pontificia Accademia per la Vita
Monsignor Vincenzo Paglia

Center e St. Mary University Twickenham. A Londra monsignor Paglia ha sottolineato come «oggi la Chiesa non può e non deve limitarsi a una difesa di alcuni valori e principi, per quanto corretti e doverosi. Noi siamo chiamati a proclamare, cioè a dire ad alta voce il mistero della vita che è il modo di Dio di abitare la storia, ad aiutare ogni donna e ogni uomo che abita questo pianeta a riconoscere la presenza dello Spirito, che è Signore e appunto - dà la vita». Il «passaggio» dalla difesa alla proclamazione «implica un significativo cambio di passo per la co-

munità dei credenti» per «abitare la vita degli uomini e non pensare che le sacrestie siano il terreno decisivo per l'annuncio evangelico e la vita umana. Dobbiamo riportare il cristianesimo nei contesti vitali, evitando la tentazione dell'arco difensivo». Una riscoperta che «chiede necessariamente il contributo di tutti». È il motivo per cui «papa Francesco ha voluto nominare membri dell'Accademia per la Vita non solo cattolici ma anche anglicani, ortodossi, ebrei, musulmani, taoisti, anche alcuni non credenti». A Oxford Paglia ha ampliato la prospettiva, sottolineando che «la dignità è ontologicamente costitutiva dell'essere umano e si dispiega operativamente nel mondo esterno attraverso l'agire, trattando gli altri come vorremmo essere trattati noi».



vita@avvenire.it

Il fatto

Donne infertili, una cura oltre la provetta

di Graziella Melina

La «cura» della fertilità passa ancora una volta dalla provetta. Così, almeno, si vuol far credere. Come riporta la rivista scientifica *Molecular Human Reproduction*, l'equipe guidata da Evelyn Telfer dell'Università di Edimburgo ha ottenuto per la prima volta la maturazione in vitro di ovociti umani estratti da tessuto ovarico, come ha riferito *Avvenire* il 9 febbraio. Gli ovociti immaturi estratti sono stati coltivati attraverso un mix di sostanze con la prospettiva che in futuro possano essere utili per la fecondazione (in vitro). Il punto di domanda però è se gli ovociti maturati in provetta siano del tutto sani. Ma il solo modo per verificarlo sarebbe fecondarli per vedere «cosa nasce», pratica evidentemente inaccettabile. «Tanto più si porta a creare la vita con tecniche artificiali - avverte Alberto Gambino, presidente dell'associazione Scienza & Vita - tanto più sullo sfondo non c'è un intento procreativo ma di selezione». Da non sottovalutare poi il rischio che «con questa manipolazione si perde sempre di più l'origine genetica del bambino che dovrebbe nascere». Secondo i dati raccolti dal Registro nazionale della procreazione medicalmente assistita, nel 2015 l'infertilità femminile si attestava al 37,1 per cento, quella maschile al 29,3, l'infertilità di coppia al 17,6, quella idiopatica (di origine ignota) al 15,1, quella dovuta a un fattore genetico allo 0,9. Il ricorso alla provetta ha interessato 74.292 coppie, trattate con tecniche di Procreazione medicalmente assistita (Pma) di primo, secondo e terzo livello; i cicli di trattamento iniziati sono stati 95.110 ma solo 16.857 le gravidanze ottenute. Eppure, i problemi legati alla fertilità femminile potrebbero essere risolti in modo definitivo attraverso un percorso diagnostico e terapeutico multidisciplinare. «Gli studi di fisiopatologia della riproduzione - rimarca Alfredo Pontecorvi, direttore dell'Istituto scientifico internazionale Paolo VI del Policlinico Gemelli di Roma - negli ultimi anni si sono rivolti esclusivamente alla comprensione di patologie che indirettamente potevano causare sterilità», come per esempio per la poliosicite ovarica o l'endometriosi, «ma con interessi molto «miopi», finalizzati unicamente al maggior recupero di ovociti da fertilizzare o a creare i migliori presupposti per il transfer degli embrioni». L'approccio seguito dal team dell'Insi dimostra invece che altre strade sono possibili. «Abbiamo sperimentato nuo-



Gli ovociti maturati in vitro non sono la soluzione vera a una piaga dilagante
Parola di chi sta sul «fronte»

ve strategie terapeutiche per la cura dell'endometriosi - racconta Pontecorvi - Mediante metodiche di protemica ad alta risoluzione abbiamo definito la composizione proteica del muco cervicale nelle diverse fasi del ciclo mestruale in condizioni fisiologiche e di sterilità. Stiamo identificando marcatori per la diagnosi precoce dell'endometriosi associata a infertilità. Inoltre gli studi sull'endometrio di donne infertili hanno a-

perlo la strada per terapie innovative per l'abortività ripetuta». I risultati conseguiti in questi anni sono stati notevoli: «In un campione di mille coppie sottoposte a trattamenti di tipo medico-farmacologico o chirurgico si è ottenuto un tasso di gravidanza del 40 per cento. Un dato decisamente superiore al 18 per cento ottenuto attraverso le tecniche di fecondazione in vitro».

L'approccio multidisciplinare, dunque, può risolvere alla radice il problema dell'infertilità. Il ricorso alle tecniche di Pma appare così come la sciorciatoia più comoda. «Al giorno d'oggi - rimarca Cleonice Battista, ginecologa del Campus Bio-Medico di Roma - c'è una certa facilità anche da parte del ginecologo a ricorrere alla Pma, perché è più semplice. Se si propone una laparoscopia, un intervento chirurgico, oppure in alternativa si suggerisce di provare direttamente con la Pma la donna preferisce la tecnica artificiale. E invece bisogna approfondire l'aspetto endocrinologico, studiare l'ingranaggio che porta alla fecondazione. Questo studio richiede più tempo. Ecco perché occorre educare e sensibilizzare i giovani sull'importanza della fertilità». Che va preservata, visto che è fortemente correlata all'età. Il declino della fertilità femminile, infatti, dipende dalla riduzione irreversibile di quantità e qualità degli ovociti presenti nelle ovaie.

La fecondità, cioè la possibilità di concepire per ciclo mestruale, come sottolinea l'Istituto superiore di sanità, «subisce un primo calo significativo, anche se graduale, già intorno ai 32 anni, e un secondo più rapido declino dopo i 37 anni, il che riflette una diminuzione della qualità degli ovociti e un aumento dei livelli sanguigni dell'ormone follicolo stimolante-Fsh». Eppure si tratta di un aspetto che le coppie tendono a sottovalutare, se non addirittura ignorare: «Il 50 per cento delle donne che si rivolge a noi ha più di 37 anni - sottolinea Luca Mencaglia, direttore dell'Unità operativa complessa Centro Pma Usl sud-est Toscana - L'infertilità delle donne è spesso dovuta alla scarsità della riserva ovarica. Già a 30 anni il patrimonio follicolare di una donna è ridotto di oltre il 50 per cento; a 35 anni rimane solo il 20 per cento; a 40 si riduce al 5 per cento. È una situazione per la quale non abbiamo armi che possano invertire la situazione, neanche con la Pma. Quando vengono da noi moltissime donne rimangono deluse dal fatto di non essere più in grado di avere figli. Noi non possiamo fare nulla. Non abbiamo la bacchetta magica».

Il consumismo diagnostico ipotoca sulla vita nascente

di Carlo Bellieni

Un gruppo di studiosi cinesi ha recentemente messo a punto un metodo ancor più sofisticato della solita diagnosi prenatale dal sangue materno. Non è una metodica nuova; di nuovo c'è che sono andati a testare la possibilità per il feto, una volta cresciuto, di sviluppare a distanza di anni un tumore: si badi bene, non come certezza, ma come rischio. In altre parole, non si cerca solo la patologia grave e invalidante nel presente, ma anche quella meno grave o quella invalidante nel lontano futuro. Infatti già per la diagnosi preimpianto erano stati proposti sistemi per individuare ed eliminare gli embrioni a rischio di tumore da grandi, come riporta la rivista *Prenatal Diagnosis* del 2007, e addirittura si era trovato il modo di individuare e non far nascere feti albini come riporta il *Journal of Genetic and Genomics*. Ora, che sia un bene per un bambino albino non nascere, è tutto da dimostrare, così come che sia un bene che non nasca uno che forse (sottolineiamo forse, ma è uguale anche se si avesse una certezza) avrà da adulto un tumore: chi pensa di restare al mondo in eterno allzi la mano. Sicuramente sono il segno inquietante di una deriva che neanche coloro che fanno le diagnosi prenatali vorrebbero, cioè che si vada alla ricerca dell'eliminazione di ogni rischio dalla vita futura, senza andare troppo per le spicce. È la strada già indicata da W. Henn nel 2000 come «consumismo nella diagnosi prenatale», e stigmatizzata da P. Maroteaux, il maggior studioso mondiale di basse stature, anche lui alto 150 cm, che nel 1996 scriveva un articolo sulla rivista *Archives de Pédiatrie* intitolato: «Accuse! La bassa statura ha ancora diritto di cittadinanza?», puntando il dito contro le diagnosi prenatali di nanismo. Per non parlare della diagnosi prenatale di sesso, ove ovviamente le spese ne fanno le femminucce, tanto che in India hanno dovuto metterla fuori legge. E per non parlare poi dei casi già presentatisi e accettati da vari bioeticisti, di famiglie che hanno scelto di fare diagnosi prenatale per selezionare e far nascere nemmeno il figlio sano, ma quello malato - di solito famiglie affette da sordità - per avere figli con la stessa patologia dei genitori (v. *Reproductive Biomedicine Online* del 2009). Non si tratta di punti di vista, ma di un'inquietante strada verso la paura del diverso e la paura del non-gestibile, come un futuro tumore, che fa bloccare anche il sogno più bello, quello di una maternità. Ecco allora la necessità di un'alleanza tra pediatri e ginecologi perché si crei un percorso virtuoso di informazione sana e tranquilla per i futuri genitori, che non vengano impauriti da ogni possibile rischio. Il problema non è da poco; fu, posto anni fa da laico comitato di bioetica nazionale francese, e resta attuale: fin dove spingersi nella diagnosi prenatale? E come contrastare le derive? Nessuno nega che la maternità non sia rose e fiori e soprattutto nell'epoca delle grandi solitudini se ne abbia paura, ma da qui all'aprire la strada a derive consumistiche anche nella libertà riproduttiva ce ne sono.

L'Unione giuristi cattolici: vigiliamo sull'attuazione delle norme sul fine vita

Verificare la corretta attuazione della legge sul biotestamento. È il invito dell'Unione giuristi cattolici italiani che in una nota, approvata dal Consiglio centrale, «ritiene che tutti i giuristi, e non solo i giuristi cattolici, debbano vigilare con estrema attenzione su come essa troverà concreta applicazione nella giurisprudenza nonché nella vita e nella prassi sanitaria del nostro Paese, affinché forzando il testo della legge non siano i legittimamente incentivati o perseguite pratiche che violino il supremo rispetto che si deve alla dignità della persona, soprattutto se malata». Un timore non infondato, che tuttavia non induce l'Ugci a condividere l'allarme lanciato da altre sigle: «In merito al preteso carattere eutanasi della legge o comunque a una sua apertura all'eutanasia - prosegue la nota - il Consiglio rileva che la nuova normativa traduce sul piano legislativo le indicazioni dell'articolo 32 della Costituzione. (e proprio per questa ragione alcuni commentatori hanno insistito nel rilevare la sua inutilità ordinamentale)». Ora l'Ugci «si impegna a seguire da vicino tutte le pratiche sociali che verranno mediate sul testo della nuova legge, per valutarle in quella prospettiva di giustizia, che è compito dell'Unione tutelare e promuovere».

L'obiezione di coscienza sotto scacco in Cile e Canada

Chi l'ha detto che riguarda solo noi italiani, per motivi culturali o religiosi? Il dibattito sull'obiezione di coscienza non è mai stato tanto globale come adesso, come dimostrano due casi dei giorni scorsi. In Cile, dove è entrata in vigore di recente la nuova legge che allarga i criteri per ricorrere all'aborto, la Pontificia Università Cattolica locale ha presentato un ricorso contro il Ministero della Salute per sottrarsi al regolamento che limita il ricorso all'obiezione di coscienza personale e istituzionale. L'ateneo ha attivato infatti nel 2003 una convenzione per erogare prestazioni sanitarie, tra le quali anche servizi di ginecologia e ostetricia tramite i centri di salute familiare «Ancora». L'accordo con lo Stato ora impedirebbe all'Università Cattolica di astenersi dall'offrire il servizio di interruzione di gravidanza. Il ricorso è stato dichiarato ammissibile ed è in attesa di essere discusso. Negli stessi giorni una corte dell'Ontario, in Canada, ha respinto il ricorso di alcune associazioni cattoliche di medici decisi ad appellarsi all'obiezione di coscienza contro la legge che autorizza il suicidio assistito. Il giudice ha riconosciuto «l'esistenza di un contrasto alla loro libertà di coscienza» ma l'ha considerato «ragionevole». In altre parole, «il diritto dei pazienti di accedere in modo giusto all'aiuto a morire supera i limiti» che derivano dalla «libertà di coscienza e di religione dei medici». Il verdetto va anche oltre, evocando per i medici che dovessero comunque sottrarsi dal fornire la loro opera in casi di suicidio assistito l'applicabilità di sanzioni disciplinari, fino all'obbligo di «abbandonare la pratica medica in Ontario».

Chiesa anglicana: non eliminate i Down

di Silvia Guzzetti

«E adesso toccherà al governo e al parlamento di Westminster prendere posizione e dire se vogliono una società dove i bambini Down siano amati e accolti o una guidata da un'ideologia dell'ordine e della perfezione dove questi neonati vengano quasi completamente eliminati come già capita in Islanda e Danimarca».

Il vescovo anglicano di Ely, Stephen Conway, vicino a l'Arche e responsabile del settore formazione per la Chiesa di Inghilterra, si dice preoccupato dalla prospettiva che, tra qualche anno, «una coppia che voglia tenere un bambino con la trisomia 21, in Gran Bretagna, si ritrovi da sola senza nessun aiuto economico e morale». «Per questo il sinodo generale anglicano, la scorsa settimana, ha approvato all'unanimità una mozione che ha dato mandato al vescovo di Carlisle James Newcome di fare una forzatura di lobby, tra i ministri, perché il Regno Unito non prenda la strada dei Paesi scandinavi dove si eliminano bambini disabili e con difficoltà di apprendimento». A convincere la Chiesa di Inghilterra a intervenire su questo tema è stata la decisione del Servizio sanitario britannico di sperimentare su

Il Sinodo generale ha approvato la mozione che chiede al governo di rinunciare alla sperimentazione del Servizio sanitario britannico su uno screening per individuare la trisomia 21 dalle 10 settimane di gravidanza

10mila donne, considerate a rischio di concepire un bambino Down, un nuovo screening che analizza il Dna del feto a partire dalle dieci settimane di vita e segnala la trisomia 21 - il cromosoma in più dei Down - con un'accuratezza del 98%. È la prima volta che il dibattito sui consigli che le donne in gravidanza ricevono, quando c'è il dubbio che il bambino che aspettano sia Down, si svolge in un ambito pubblico così importante come l'organismo di governo della Chiesa di Stato inglese. Le parole approvate nella mozione sono forti. «I bambini Down sono fatti a immagine di Dio, pienamente umani, e a rischio di estinzione». In media ogni anno circa 850 neonati con la sindrome di Down nascono in Inghilterra e Galles e 1.100 vengono abortiti. Se il nuovo test verrà introdotto, si calcola che tra i 90 e il 158 feti in più non arriveranno alla nascita.

«Il governo prende seriamente quello che dice il sinodo della Chiesa di Inghilterra e speriamo che vi sia un cambiamento di mentalità che trasformi il modo in cui medici e infermieri vengono preparati così che le coppie che aspettano un bambino con sindrome di Down ricevano sostegno e non venga loro immediatamente consigliato l'aborto», spiega il vescovo di Carlisle James Newcome, che contatterà presto il ministro della salute competente per avviare la campagna di lobby della Chiesa di Inghilterra. Il vescovo di Carlisle porterà la campagna ancora a favore dei bambini Down anche alla Camera dei Lord, alla quale appartiene in veste di Lord spirituale, e spera che governo e parlamento di Westminster intervengano per introdurre nuove norme che non rendano automatico l'aborto per le donne che aspettano un bambino Down. Diversi interlocutori, al Sinodo, hanno parlato del rischio che il «liberalismo secolare politicamente corretto», che afferma di apprezzare le persone portatrici di handicap, non fa seguire alle parole i fatti» ed è stata appellata la donna pastore Rachel Wilson, in sedia a rotelle, che ha parlato della necessità di rimuovere il legame tra capacità di fare le cose e valore di una vita e ha dichiarato di «essere sicurissima di essere stata fatta a immagine di Dio».

