



Curare tutti? I medici olandesi per la scelta Il governo contro

L'accesso alla terapia intensiva in base a età, stato di salute pregresso e professione. L'emergenza coronavirus ha messo a dura prova non solo in Italia le categorie etiche che fondano il sistema sanitario. Nei Paesi Bassi la Società reale dei medici (Knmg) e la Federazione dei medici specialisti (Fms) hanno pubblicato un protocollo con i criteri che verrebbero seguiti in uno scenario da "codice nero", con le terapie intensive nuovamente sotto pressione. Il testo individua alcune

«raccomandazioni»: durata delle cure, priorità al personale medico-sanitario e distinzione di fasce d'età per generazioni (da 0 a 20 anni, da 20 a 40, da 40 a 60, da 60 a 80 e oltre gli 80). Il protocollo ha acceso il dibattito politico: il ministro della Salute, Martin van Rijn, si è detto contrario: «Tutti dovrebbero avere pari opportunità di cure salvavita», ha dichiarato, non escludendo la possibilità che il governo fermi una legge che andasse in tal senso. (Simona Verrazzo)

Curare o scartare? Il virus interroga

Negli Stati Uniti e in Canada la selezione di disabili e anziani al ricovero nelle terapie intensive apre interrogativi sul futuro della medicina

ELENA MOLINARI

Come disporre delle risorse mediche in caso di scarsità durante la pandemia da coronavirus? La questione è stata dibattuta a fondo negli ultimi mesi negli Stati Uniti e in Canada, e ha fornito il titolo a vari studi o articoli. Sono affiorati principi diversi per guidare le scelte dei medici in caso di numero insufficiente di posti in terapia intensiva o di respiratori. Sono prevalsi, in ambiti accademici come ospedalieri e politici, approcci utilitaristici (massimizzare il "bene" prodotto da una risorsa) o consequenziali (cercare di produrre il risultato "migliore"), fondati sul "valore" di una vita. Ma come calcolarlo? A quale dare la precedenza? Quale salvare e quale abbandonare a sé stessa, se necessario? Ne sono emerse direttive diverse, che privilegiano l'età più bassa o l'utilità sociale di un paziente, oppure la probabilità di guarire dal Covid, o lo stato di salute generale. Sono state avanzate

La scarsità delle risorse sanitarie per soccorrere tutti i pazienti ha indotto anche a scelte crudeli. E ha aperto una riflessione indispensabile tra sanitari e studiosi: ha senso "pesare" la vita umana in base a età, efficienza e autonomia?

proposte di "esclusione" più o meno automatica che hanno creato allarme, come quella del Quebec, in Canada, che sacrifica le persone affette da malattie degenerative come il Parkinson o la Sla, o chi non è del tutto autonomo, come una persona Down o una affetta da autismo. In alcuni Stati americani è stata avanzata l'idea di considerare le abitudini dei pazienti, affermando che un fumatore o un bevitore hanno meno diritto di essere curati di altri. In generale, questi dibattiti non hanno suscitato molto scalpore nei

due Paesi al di fuori dell'ambito in cui sono nati: università, istituzioni di ricerca, ospedali. Solo le associazioni a difesa dei disabili sono intervenute quando alcuni Stati Usa, in particolare l'Alabama, hanno esplicitamente inserito il deficit mentale o la demenza come criteri per l'esclusione dai trattamenti intensivi. A giudicare dai — relativamente pochi — commenti che gli articoli sul tema ricevono sui social o sui siti dei giornali, la gente non sembra eccitare sull'opportunità di creare una gerarchia fra le vite. «Penso che per il pubblico sia

importante solo sapere che vengono applicati con trasparenza e giustizia principi chiari», spiega Tom Frieden, ex direttore dell'agenzia federale Usa per la prevenzione e il controllo delle malattie, Cdc. E' proprio la ricerca di criteri di facile applicazione che ha spinto Franklin Miller, docente di etica della medicina in una delle più importanti facoltà di medicina statunitensi, il Weill Cornell Medical College, a pronunciarsi a favore di un principio univoco: tutti i pazienti con più di 80 anni non dovrebbero essere intubati o attaccati a un respiratore in caso di «eccessiva domanda». Se la penuria fosse grave, dichiara Miller ad *Avenire*, la soglia dovrebbe abbassarsi a 70. «I giovani hanno molto più da perdere dalla morte rispetto agli anziani — spiega —. Sembra giusto dire che le persone che hanno raggiunto certi traguardi hanno avuto l'opportunità di vivere una vita completa». Il bisogno di un principio guida semplice ha portato almeno dieci Stati Usa e tre province canadesi a scegliere chi riceverà le cure intensive in base a un punteggio attribuito a chiunque si presenti al pronto soccorso. «E' un sistema utilizzato in tempi normali per valutare la prognosi di un paziente o decidere a chi trapiantare per primo un organo. Ma sono calcoli non fatti per prendere decisioni di vita o di morte durante un'epidemia», so-

stiene David Vanness, docente di politica della salute all'Università Penn State, che sottolinea comunque l'importanza di «trattare casi simili in modo simile». Secondo Ruth Faden, docente di etica biomedica alla John's Hopkins University, la facilità di applicazione di un principio può renderlo problematico. «Se dati oggettivi come l'età o le statistiche sulle probabilità di sopravvivenza fossero tutto ciò che conta in medicina — dice —, si potrebbe rinunciare all'etica e sostituirla con l'intelligenza artificiale. L'etica in medicina ha invece proprio lo scopo di inserire elementi non calcolabili, come il dovere di proteggere i più vulnerabili, e impedire o moderare gli abusi». E' un valore che compare più volte nei preamboli dei protocolli usati da almeno la metà degli Stati americani, ma che sembra passare in secondo piano quando questi elencano i criteri che danno diritto o meno a un respiratore. Un elemento appare quasi del tutto assente nel dibattito nordamericano: e se provassimo a curare tutti? E' davvero necessario calcolare il valore di una vita nel momento massimo della sua vulnerabilità? Un approccio etico non dovrebbe prevedere anche le conseguenze che potrebbe avere l'introduzione del diritto di negare un respiratore a un paziente? Il dibattito continua.



LO SGUARDO OLTRE IL COVID: PARLA MATTEO SABINI (UNEBA)

«Risorse alle famiglie tutela per gli anziani»

GIOVANNA SCIACCHITANO

«La pandemia ha evidenziato che le nostre società non sono abbastanza organizzate per fare posto agli anziani, con giusto rispetto per la loro dignità e la loro fragilità. Dove non c'è cura per gli anziani, non c'è futuro per i giovani». Questo l'accorato tweet di papa Francesco di qualche giorno fa. Matteo Sabini, presidente di Uneba (Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale) del Friuli Venezia Giulia, ha sentito molto vicine le parole del Pontefice. «Il Papa già in un'udienza del 31 gennaio 2020 aveva detto che "la vita è un dono" e che quando è lunga "è un privilegio". — ricorda —. Purtroppo oggi siamo ormai abituati a vivere il concetto di invecchiamento come una perdita di funzionalità, di ruolo sociale, di autonomia, di autodeterminazione. E l'anziano, soprattutto quando ha bisogno di cure, viene visto come un problema». Il messaggio del Papa ci dice invece che l'anziano è una risorsa: «Francesco l'ha definito l'albero della nostra società — continua Sabini —. L'anziano è nostro patrimonio in termini di radici, costituisce le nostre origini, il nostro punto di partenza. Dobbiamo ricordarci che quando non è più florido mantiene la sua dignità e che la persona, in qualsiasi condizione della vita si trovi, è degna: degna di essere ascoltata, accudita, riconosciuta per quello che è. A prescindere da quello che può dare o offrire».

In questa fase sembra quasi che gli anziani da vittime siano diventati contaminatori, e le case di riposo luoghi di abbandono, di solitudine, di morte. «Il Papa ci dice che bisogna investire sul mondo dell'anziano, sulla tutela della sua figura, non solo come persona degna di attenzione e cura ma in termini di risorse — osserva Sabini —. Le risorse messe a disposizione nell'emergenza hanno fatto capire che eravamo impreparati ad accogliere i bisogni dei più vecchi. Quasi sicuramente perché gli investimenti fatti verso chi offre assistenza agli anziani e alle famiglie che li sostengono non sono stati sufficienti. Un recente rapporto della Corte dei Conti riporta che si è investito molto sul sanitario nell'emergenza ma si è fatto poco sul socio-sanitario, cioè sul settore delle strutture per anziani e delle cure domiciliari, del supporto alle famiglie». Come va organizzata quindi la nostra società per mettere l'anziano in una condizione di sicurezza? «Il diritto alla salute non deve essere negato a nessuno, la fragilità dell'anziano comporta la necessità di interventi sempre puntuali e precisi — conclude Sabini —. Il ricorso alle strutture dovrebbe essere l'ultimo miglio del percorso di vita, se altre soluzioni non sono percorribili. C'è bisogno di una rete di servizi molto orientata alla persona». Una frase che non deve restare uno slogan, perché se non si guarda ai vecchi non si può guardare ai giovani.

IL PUNTO

Trentini-Cappato, un nuovo «caso-Fabo»? Ora in gioco c'è l'eutanasia

Con il servizio firmato dalle Iene e andato in onda l'altra sera — un vero e proprio spot pro eutanasia —, si sono riaccessi i riflettori sul processo a Marco Cappato e Mina Welby, rispettivamente tesoriere e co-presidente dell'Associazione radicale Luca Coscioni, accusati di aver aiutato a morire nel 2017 in una "clinica" svizzera Davide Trentini, affetto da sclerosi multipla. Il processo è radicato presso il tribunale di Massa Carrara, dove l'ex barista viveva, e — per quanto se ne sappia — sarà il primo a essere deciso dopo la sentenza

242/2019 della Consulta, che ha parzialmente rimesso il divieto di assistenza nel suicidio (posto dall'articolo 580 del Codice penale): un procedimento, quest'ultimo, voluto dallo stesso Cappato, autodenunciatosi sempre nel 2017 dopo aver accompagnato a farla finita oltreconfine Fabiano Antoniani (dj Fabo). Proprio perché, grazie anche alla Consulta, l'esponente radicale è stato assolto, verrebbe naturale pensare che l'esito del processo toscano non possa essere diverso. Ma non è detto che sia così. Con la sentenza 242, infat-

ti, i giudici costituzionali hanno subordinato l'anti-giuridicità del divieto di suicidio assistito alla presenza di stringenti condizioni: malattia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psichiche ritenute intollerabili, capacità di assumere decisioni libere e consapevoli, sottoposizione a

trattamenti di sostegno vitale, avvenuta erogazione di un ciclo di cure palliative così come di adeguato sostegno psicologico. Dal momento dunque che Trentini non era sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, l'apertura della Consulta operata con dj Fabo non sembrerebbe potersi

imbobinare. Rimane tuttavia un interrogativo: sempre nella sentenza 242, la Corte stabilisce che — nei casi di assistenza al suicidio avvenuti prima di questa pronuncia — i giudici, per assolvere, non debbano accertare alla lettera la presenza di queste condizioni, ma solo valutare se dai fatti accaduti emergano o meno «garanzie equivalenti». La partita resta dunque aperta. Intanto, in vista della prossima udienza l'8 luglio, è sceso in campo ieri il Ministro per i rapporti con il Parlamento e le riforme: «Il tema — ha scritto in un co-

L'analisi

FRANCESCO OGNIENNE

IDEE ALL'ALTEZZA DELL'«IMPREVISTO»

Un'etica dell'imprevisto che alleni a un pensiero «lungimirante» come frutto della riflessione durante la pandemia: è ciò cui invita il manifesto elaborato dal consiglio di presidenza dell'Associazione teologica italiana per lo Studio della Morale (Atism, guidata da Pier Davide Guenzi). Merito del testo — pubblicato nella newsletter n.101 su www.atism.it/news — è di porre un tema tutt'altro che scontato come la necessità di «abitare eticamente un tempo nuovo» a partire da «una riflessione etico-teologica che ascolti in profondità la storia, ripensandosi nell'emergenza di luoghi, situazioni e persone». La pandemia ha visto «stravolta» una quotidianità fatta di «lavoro, rapporti familiari, tempo libero e vita ecclesiale» e ha mostrato «la vulnerabilità e la fragilità» della «humana conditio». Ora occorre far tesoro dell'«etica del quotidiano che ha sostenuto questi giorni», «intessuta di amore, di attenzione per le relazioni, per la qualità di parole e gesti»: «Se la violenza della pandemia ha evidenziato la vulnerabilità condivisa — argomentano i teologi dell'Atism — va pure affermato che, uguali nella fragilità, lo siamo anche nella dignità». La pandemia ha portato in evidenza l'ambiguità dei processi culturali e sociali in corso, tra inclusione e scarto, solidarietà e degrado. Non va dimenticato che «il lockdown è stato particolarmente duro per gli impoveriti, per i senza tetto, per i rifugiati e sfollati, per i richiedenti asilo», con un effetto che «intacca la percezione della dignità delle persone». Tra i «nodi specifici del dibattito etico di questi giorni» l'Atism punta sulla «giustizia sociale nell'accesso alle risorse di sanità pubblica», sul nodo della «gestione dei dati personali sensibili per l'interesse pubblico», sul rischio che l'«insegnamento a distanza con piattaforme informatiche» introduca «nuove forme di quella disuguaglianza che, proprio a scuola, va contrastata». In senso più generale, l'emergenza Covid «ha reso precario l'intero nostro abitare il mondo, disarticolando esperienze elementari e argomentazioni etiche». E' qui che l'Atism introduce la suggestiva categoria teorica di «una vera etica dell'imprevisto per un mondo prevedibilmente destinato a forti e veloci mutamenti (si pensi solo al riscaldamento globale). Un'esigenza non nuova per una prospettiva morale radicata sulla sequela del Signore Gesù in una storia mutevole, ma che richiede, tuttavia, un metodo adeguato». E' l'enciclica «Laudato si'» a esigere «attenzione per la densità morale di un'esperienza mutevole. Solo così l'etica offrirà parole efficaci per i cambiamenti d'epoca che ci attendono».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Marcello Palmieri



**Pastorale Salute
due webinar Cei
sui «curanti»
e gli hospice**

Nuovi appuntamenti digitali per il programma formativo dell'Ufficio nazionale per la Pastorale della Salute. Dopo il recente webinar sulla violenza di genere animato da Emanuela Vinai, sarà ora lo stesso direttore don Massimo Angelelli a condurre domani dalle 15 alle 17 la riflessione sulla «Cura pastorale dei curanti», proposta rivolta a cappellani e assistenti spirituali, operatori pastorali della salute, ministri straordinari della Comunione, operatori sanitari, responsabili e

collaboratori degli Uffici e delle Consulte diocesane. Il 24 giugno, sempre dalle 15 alle 17, sarà la volta di don Tullio Proserpio, cappellano dell'Istituto nazionale dei Tumori di Milano, sul tema «Finché c'è amore c'è speranza: la cura in hospice». A entrambi i webinar si accede previa iscrizione tramite il sito Salute.chiesacattolica.it. Il giorno del corso verrà inviato via mail il link per accedere alla piattaforma. Info: 06.66398.477; salute@chiesacattolica.it.

Legge 40, un'idea di vita

Quindici anni dopo il referendum, la norma sui figli in provetta è rimaneggiata ma resta valida. Ecco perché

ENRICO NEGROTTI

Il 12 giugno 2005 la legge 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita fu sottoposta a quattro referendum abrogativi, che non raggiunsero il quorum. Successive sentenze della Corte costituzionale hanno modificato alcune norme che la legge aveva previsto a tutela della dignità dei concepiti e della stessa procreazione umana. A mobilitarsi 15 anni fa per difendere la legge fu il comitato Scienza & Vita, poi divenuto associazione. Abbiamo quindi chiesto a scienziati, filosofi, bioeticisti e giuristi che si sono succeduti alla sua presidenza una breve valutazione del significato odierno della legge.

«Rimango convinto – sottolinea il genetista Bruno Dallapiccola, direttore scientifico dell'Ospedale pediatrico "Bambino Gesù" di Roma – che la legge 40, così come era stata concepita, abbia avuto il merito di provare a fare un po' di ordine in un settore della medicina riproduttiva allora ritenuta una "giungla", per l'anarchia con cui operavano molti centri, portando all'attenzione dell'opinione pubblica un tema di dimensioni sociali. Oggi di quella legge resta uno scheletro, dopo che le sentenze ne hanno smantellato i contenuti. Ma questo non cancella il senso del nostro impegno durante la campagna referendaria focalizzata su due valori: l'inizio della vita umana al momento del concepimento e la vita umana come progetto biologico unico e irripetibile». «La legge 40 – osserva Paola Binetti, medico e neuropsichiatra infantile, oggi senatrice Udc – è una delle leggi su cui si è più evidenziata l'antinomia tra Parlamento e magistratura, che ha smontato molto di quanto il Parlamento aveva deciso, e il popolo lasciato intatto con il referendum (che fu una grande prova di unità dei cattolici in politica). La legge intendeva aiutare le coppie sterili ad avere un figlio tutelando la salute della donna, la dignità dell'embrione e la coesione della famiglia, e ponendo un criterio etico alla ricerca. Restano ancora importanti il divieto di sperimentare sull'embrione e la proibizione dell'utero in affitto, che difende la dignità della donna e l'unità della percezione della figura materna, non scomposta tra madre genetica, gestazionale e sociale».

«Ho partecipato a tre fasi dell'iter della legge – ricorda Maria Luisa Di Pietro, direttore del Centro ricerca e studi sulla Salute procreativa dell'Università Cattolica di Roma -: i lavori preparatori; il dibattito previo; i referendum. Per assistere poi all'azione dei tribunali che hanno non solo distrutto la legge ma anche esaurato il Parlamento e la forza

della decisione referendaria. Due sono le strategie di intervento per il futuro: la formazione e la promozione della salute procreativa. La fecondazione artificiale, anche eterologa, è ormai considerata una mera alternativa a quella naturale. La problematicità di produrre embrioni in vitro, di ricorrere a gameti "donati" e dell'assenza dei coniugi nella procreazione è stata dimenticata o è divenuta un'ombra sbiadita. Ripartire l'attenzione su questa problematicità è fondamentale per creare maggiore consapevolezza nelle scelte. Così come è necessario lavorare per ridurre tutti quei fattori (stili di vita, condizioni ambientali, situazione economica) che possono ridurre il po-

tenziale fertile e rendere difficoltosa la realizzazione di un progetto parentale».

«La legge 40 è andata incontro a diverse modificazioni – osserva il ginecologo Lucio Romano, componente del Comitato nazionale per la bioetica – ma rimane vivo il dibattito su alcuni temi. Tra questi, meritevoli di particolare attenzione, il destino degli embrioni crioconservati dichiarati abbandonati, bioeticamente molto sensibile per le problematiche implicazioni antropologiche. Direi ineludibili tra il diritto alla vita di embrioni pensati per la nascita e nella previsione di adozione, la prevedibile distruzione di alcuni allo scongelamento per incapacità di impiantarsi in utero,

la prosecuzione della crioconservazione per un tempo indefinito e lo scongelamento per convenzione dopo un certo numero di anni».

«Aver tolto il limite di produrre al massimo tre embrioni da trasferire con un unico impianto – commenta Domenico Coviello, direttore del Laboratorio di genetica umana all'Ospedale Gaslini di Genova – ha spalancato le porte alle diagnosi preimpianto. Il limite di tre aveva il fine di non accumulare embrioni congelati, ma per fare la diagnosi genetica preimpianto ne occorrono almeno dieci o più, perché solo quelli senza difetti genetici vengono scelti per essere impiantati in utero. E gli altri vengono congelati. Resta però la consapevolezza, ormai incontrovertibile, che il primo evento della vita dell'uomo è il formarsi della prima cellula, con il corredo genetico di 23 cromosomi maschili e 23 femminili: da lì parte tutta l'evoluzione che porta all'individuo».

«Nonostante negli anni si sia tentato di decostruirlo – osserva Paola Ricci Sindoni, docente di Filosofia morale all'Università di Messina – la legge 40 conserva ancora oggi molta della sua validità operativa sia per quanto riguarda la correttezza dei protocolli sulle effettive nascite di bambini concepiti con la procreazione medicalmente as-

sistita, sia per la salute delle donne. Il baluardo etico che comunque sostiene l'intero impianto legislativo è ancora vitale all'articolo 1, dove fu posto il valore giuridico del concepito come soggetto di diritti. Sepure attenta al dramma di tante coppie sterili, essa pone ancora un modello di generatività procreativa come nucleo fondante di quella circolarità di bene espressa nella triade di "uomo – donna – generato", a differenza di altre inquietanti forme genitoriali».

«Che la legge 40 sia una normativa ancora attuale – conclude Alberto Gambino, docente di Diritto privato all'Università Europea di Roma – e di particolare garanzia per alcuni aspetti della vita umana più vulnerabile, lo dimostra il fatto che, a oggi, l'unica disposizione di legge esistente in Italia in contrasto con la pratica aberrante del cosiddetto "utero in affitto" sia contenuta proprio in un articolo della legge 40, con l'articolo 12 che punisce, seppure in modo blando, chiunque realizza, organizza o pubblicizza la surrogazione di maternità. Dovrebbe far riflettere i detrattori della legge 40 se sia soltanto un caso oppure la conseguenza di una coerenza intrinseca della stessa legge 40, la quale, pur con alcuni difetti, mira alla riduzione dei danni di ordine fisico e psicologico dei soggetti coinvolti nelle pratiche di fecondazione artificiale, a cominciare dal concepito».



Sopra: manifesti nella campagna referendaria del 2005

EUGENIA ROCCELLA, CHE NEL 2010 SCRISSE IL PROTOCOLLO ANCORA IN VIGORE

«Ru486, senza il ricovero si abbandona la donna»

DANILO POGGIO

Durante il lockdown è stata fortissima la pressione per avere ancora più mano libera nell'uso della pillola Ru486. Gli ospedali italiani hanno sempre garantito la possibilità di ricorrere all'aborto chirurgico, ma il coronavirus è stato spesso invocato negli ultimi mesi come "giustificazione" per rendere ancora più facili le procedure. Diverse Regioni, come la Toscana, prevedono già la possibilità del day hospital per l'aborto chimico, mentre la presidente della Regione Umbria Donatella Tesei pochi giorni fa ha deciso di rendere obbligatorio il ricovero. Una scelta rispettata dal presidente dell'Emilia Romagna

Stefano Bonaccini («Non la condivido, ma è legittimo») ha detto in un'intervista) ma aspramente criticata da molti altri. Sul tema interviene Eugenia Roccella, ex sottosegretario alla Salute, che nel 2010 ha contribuito a stilare le raccomandazioni ministeriali sull'aborto chimico. «La Regione Umbria – spiega – ha deciso semplicemente di rispettare la normativa vigente. L'indicazione dei tre giorni di ricovero in ospedale è stata confermata da tre pareri del Consiglio superiore di sanità e non ha valenza ideologica. L'intero processo di interruzione di gravidanza chinata dura 15 giorni: non è una cosa da prendere alla leggera». Quali i rischi per la salute? Il tasso di mortalità per l'aborto

chimico è dieci volte superiore rispetto al chirurgico. Il dato è stato riportato da uno studio sul *New England Journal of Medicine* mai smentito da ricerche successive. Oltre ai pesanti aspetti psicologici, si rischia la vita per infezioni ed emorragie. È facile sottovalutare gli eventi avversi e persino le morti, perché senza il ricovero ospedaliero quello che succede alle donne dopo l'assunzione dei farmaci spesso si ignora. Alla base c'è quasi sempre una storia di solitudine... E' inutile continuare a parlare di "valore sociale della maternità" se poi le donne vengono lasciate completamente sole. La legge prevede che l'aborto sia preceduto da almeno una settimana di riflessione e che avvenga in

strutture pubbliche, per evitare che qualcuno possa averne vantaggi economici. Usando la pillola abortiva in day hospital, la società si deresponsabilizza lasciando la donna a se stessa. E' un metodo che tende a scardinare la 194.

Un processo di modifica delle precauzioni previste nel 2010? Prima la pillola abortiva poteva essere assunta solo fino a 7 settimane di gestazione, il limite ora è stato spostato a 9. La Food & Drug Administration Usa ha ampliato il periodo a 10. Il follow up è fondamentale. In questo modo, invece, le donne tornano a casa, assumono la pastiglia, e può capitare qualsiasi cosa. Nessuno lo verrà mai a sapere...

IL CASO

Il record inglese: 207.384 interruzioni di gravidanza in un anno «Ormai è un intervento come un altro, lo si considera facile»

Una «tragedia nazionale». Non usa mezzi termini Antonia Tully, direttore delle campagne pro life della Società britannica per la protezione dei bambini non nati, commentando il record di aborti in Galles e Inghilterra lo scorso anno: 207.384, il numero più alto dal varo della legge, nel 1967. «Sono dati spaventosi – spiega – che dimostrano come l'aborto sia ormai sempre più normalizzato. Tendenza supportata dal facile ricorso alla pillola abortiva e dalla propaganda che porta le donne a credere che interrompere la maternità sia un procedimento semplice e sicuro». Percezione che non tiene conto della sofferenza psicologica che il lockdown «potrebbe aver accentuato». I dati del Ministero per la Salute parlano chiaro: nel 2019 le donne tra i 14 e i 44 anni che hanno fatto ricorso all'aborto sono state 18 su mille (in Italia 6,2). La proporzione è ancor più alta nelle grandi aree metropolitane come Londra (21,4) e tra le trentenni (20,9). Colpisce che il 55% di chi ha abortito abbia in passato già eseguito uno o più

interventi dello stesso tipo. La portata abnorme degli aborti non è passata inosservata nel mondo delle associazioni che rivendicano per le donne la piena libertà di abortire. Jonathan Lord, direttore medico della «Marie Stopes», punta il dito contro la «mancanza di investimenti» che limita l'accesso delle donne ai servizi di prevenzione delle gravidanze indesiderate. Fuori dal coro è Ann Furedi, responsabile di una delle più influenti società "pro choice" del Regno Unito, il British Pregnancy Advisory Service, che sul *Telegraph* ha sottolineato l'eccellenza del sistema britannico di accesso alla contraccezione, «tra i migliori del mondo», invitando a cercare altrove le ragioni di un incremento così consistente. Uno dei motivi è che abortire è «davvero molto facile», soprattutto se a pagare è il sistema sanitario nazionale in cui, tra l'altro, prevale l'attitudine a considerare l'aborto come un qualsiasi piccolo intervento chirurgico. (A.Nap.)

Condividere esperienze ci allarga l'orizzonte

MARCO VOLERI



«**B**abbo, perché le persone sono diverse tra loro?». E' un sabato mattina di giugno, le nuvole grigie ghignano in attesa di scaricarsi. Mentre armeggio con la macchina del caffè ancora in pigiama – col sottofondo di Masha e Orso – Andrea, cinque anni, con candida serenità decide di iniziare la giornata con una domanda che meriterebbe una lunga risposta. Improvviso. «Perché ognuno di noi è unico. Abbiamo occhi diversi, capelli corti o lunghi, risate più o meno chiassose. E' bello essere diversi». Andrea scuote la testa osservando il suo yogurt alla banana: «Certo, altrimenti saremmo tutti robot». Game, set, match. In una frase c'è la soluzione a molti problemi che noi grandi affrontiamo ogni giorno. Ognuno ha un proprio modo di essere al mondo: contamina chi incontra con la propria storia e cultura, con le sue caratteristiche fisiche e mentali. Chiunque testimonia in ogni momento la propria unicità. Ma perché la diversità dovrebbe essere una cosa

positiva? Perché condividere esperienze e vissuti diversi ci aiuta ad avere una percezione più allargata delle cose. Tutti noi siamo influenzati dal contesto nel quale siamo cresciuti. Bisognerebbe imparare dalle stanze di albergo a ospitare la diversità, e trarne arricchimento per mente e anima sempre. Chissà cosa pensano le camere di albergo quando arriviamo e quando ce ne andiamo via. «Finalmente qualcuno che mette il mio programma preferito! Ah, questo documentario non l'avevo mai visto. Farsi la barba in questo modo fa risparmiare tempo!». Accogliere l'altro e capire il proprio metro di giudizio. Spesso ciò che è diverso tende a farci paura perché è comodo non andare oltre il nostro naso. Accogliere la diversità ci dà la possibilità di apprezzare tradizioni e abitudini diverse di chi vive quotidianità diverse e lontane dalla nostra. Andrea si accontenta di giocare con i robot, sapendo che ha tanti altri giochi diversi in camera. E sorride sotto i baffi di yogurt giallo.

L'analisi

MARCELLO PALMIERI

NELLE SENTENZE NON SOLO APERTURE

Dalla sua approvazione a oggi, la legge 40 è cambiata di molto. Eppure, anche se più volte falcidiata dalla Corte Costituzionale, non ha perso il suo carattere più specifico: quello di ricordare che l'embrione è un soggetto di diritto, e che dunque non può essere trattato come una cosa. Né tantomeno soppresso arbitrariamente. Nel suo impianto originario, però, la norma poneva anche l'obbligo per cui, una volta creato un embrione in provetta, dovesse essere sempre e comunque destinato alla gravidanza. Di conseguenza, nell'ambito della fecondazione omologa – l'unica allora consentita – non potevano essere generati più di 3 embrioni, e tutti questi dovevano essere immediatamente impiantati nel grembo materno. Una prospettiva non sempre conforme alla Costituzione, per la Consulta, che con la sentenza 151 del 2009 ha ritenuto di mitigare questa previsione rimuovendo il limite alla produzione di soli 3 embrioni e l'obbligo al loro impianto contemporaneo (per esempio, in caso di improvvisi problemi di salute della candidata gestante). Per i giudici, infatti, era indispensabile un bilanciamento: tra il diritto alla vita degli embrioni da una parte e il principio di autonomia del medico così come quello della tutela della salute della donna dall'altro. Un altro grande mutamento all'assetto della legge è poi giunto con la pronuncia 162 del 2014, che ha fatto cadere il divieto di fecondazione eterologa. Per giungere a questa decisione la Corte ha argomentato che la sterilità è una patologia, di conseguenza risulta incostituzionale vietarne il trattamento. Si arriva quindi all'anno successivo, quando con sentenza 96/2015 la fecondazione assistita – fino a quel momento destinata unicamente alle coppie non in grado di procreare – viene aperta anche a quelle in grado di farlo ma nelle quali almeno uno dei due partner è portatore di malattie genetiche trasmissibili in via ereditaria. L'obiettivo, in questo caso, è stato quello di evitare la nascita di bimbi malati attraverso la previa selezione degli embrioni ottenuti in provetta e il successivo impianto dei soli "sani". Non tutte le sentenze della Consulta hanno però smantellato la legge 40. Molto importante, in questo senso, è quella del 2014 sull'eterologa: che ha sì reso possibile questa pratica, ma ribadendo a chiare lettere come il divieto di maternità surrogata – nella quale, oltre ai gameti esterni alla coppia, viene pagata una donna terza per condurre la gravidanza – non dovesse ritenersi assolutamente abrogato, e come dunque rimanesse valido ed efficace. Infine, un'altra importante pronuncia che ha risparmiato la legge 40 è stata la 84 del 2016, chiamata a decidere il destino dei cosiddetti embrioni "sopranumerari", quelli cioè che – a seguito delle precedenti decisioni della Consulta –, una volta creati erano stati scartati, per vari motivi, e quindi congelati. In questo caso, sebbene da più parti si chiedeva che venissero destinati alla ricerca scientifica, dunque di fatto soppressi, la Consulta ha opposto il suo rifiuto: «La tutela dell'embrione non è suscettibile di affievolimento».