564
Giovedì, 16 novembre 2017
è vita
vita@avvenire.it

Il libro

Biotestamento e valori, cattolici a una voce

di Emanuela Genovese

C'è ancora posto per i cattolici in politica? Nel lungo dibattito attorno alla legge sulle Disposizioni anticipate di trattamento (Dat) all'esame del Senato dopo il varo alla Camera in aprile si sono unite – e vengono ora raccolte in un libro, *Servono ancora i cattolici in politica?*, edito da Magi – le voci dei deputati che lottano per una cultura politica a tutela della vita. «Il titolo scelto è problematico – spiega Paola Binetti, che di quella battaglia è stata protagonista e che ha curato il volume –. Ce lo siamo chiesti e abbiamo raccolto le testimonianze del dibattito che rimandano all'esperienza condivisa in questi mesi in Parlamento, tra difficoltà di ogni genere». Nel libro immediato e sincero, che sarà presentato oggi alla Camera, intervengono Rocco Buttiglione, Raffaele Calabrò, Antonio Palmieri, Domenico Menorello, Luigi Gigli, Alessandro Pagano, Maurizio Lupi, uniti dalla volontà di fuggire l'anonimato e di manifestare, senza pregiudizi ideologici, il cuore di lotte e ragionamenti. Gli autori lo definiscono un *instant book*, ma i testi manifestano la profonda riflessione personale sul fine vita e sul legame tra convinzioni personali e impegno politico alla luce dei valori cristiani. Tanti gli argomenti affrontati, che insistono sull'agire politico di un cristiano deciso a non rinunciare ai propri valori: dal consenso informato al delicato rapporto tra biodiritto e biopolitica, fino agli alibi per l'eutanasia. «Abbiamo una comune visione della vita e della libertà – spiega Binetti – che manifesta la nostra unità su punti determinanti della legge, come l'autonomia del medico e il rispetto per la sua professionalità, il no alla sospensione della nutrizione ma senza scivolare nell'accanimento terapeutico, la denuncia di tutti i rischi di deriva eutanasica, il no al suicidio assistito in qualsiasi forma. Alla soggettività di bisogni, desideri e aspirazioni deve corrispondere l'oggettività di misure per garantire alle persone fragili il giusto mix di umanità e tecnologie, di relazioni e di farmaci, di tempo dedicato e di apprezzamento esplicitato». La lezione? «I cattolici devono sapersi assumere responsabilità a tutto campo in politica, con chiarezza di idee, fermezza nelle convinzioni e apertura a un agire che rinnovi la migliore tradizione dell'impegno cristiano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Nei malati di Sla c'è attesa di accoglienza»

di Graziella Melina

Dopo il dibattito seguito anche su *Avvenire* (*http://bit.ly/2zKgLqo*) all'appello di Michele Gesualdi, affetto da Sla, che chiedeva nel marzo scorso a tutti i parlamentari una «rapida approvazione della legge» sul fine vita – appello rilanciato d'improvviso due settimane fa proprio per spingere verso l'aula il discusso provvedimento mentre ne è incerta la sorte dentro il confuso clima di fine legislatura –, l'Aisla (Associazione italiana Sclerosi laterale amiotrofica) vuole far sentire la sua voce per ribadire quanto ancora occorra impegnarsi perché i malati di Sla trovino sempre risposte competenti e soprattutto interlocutori formati, come spiega Daniela Cattaneo, medico palliativista dell'associazione nata nel 1983 e oggi presente in 19 regioni italiane con 300 volontari e oltre duemila soci.

Che aspettative hanno oggi i malati di Sla?

Nel momento in cui si ha una diagnosi, la prima richiesta come paziente e il primo auspicio come familiare è quello di poter disporre di una terapia. Purtroppo per il momento quelle disponibili sono efficaci solo per un miglioramento.

Quali sono dunque i bisogni dei pazienti e dei familiari che si trovano in questa situazione?

Non disponendo di terapie che possano far guarire, occorre essere certi che venga fatto tutto il possibile per il benessere del paziente, sia a domicilio sia in altre strutture. È quindi fondamentale che gli operatori sanitari siano competenti e capaci, perché la malattia può avere un'evoluzione così repentina che bisogna saper intervenire in modo efficace. È importante che sul territorio siano presenti strutture adeguate in grado di gestire i singoli casi nella maniera più ampia possibile, e con figure professionali idonee.

Occorrono interventi particolari?

Innanzitutto, chi si prende cura di queste persone deve preoccuparsi dell'accudimento del corpo. Quindi è necessario che ci siano, per esempio, specialisti delle terapie del dolore, oltre a quelle figure che sappiano semplicemente gestire i quotidiani bisogni fisici del paziente. Si tratta di problematiche reali che devono essere controllate indipendentemente dalla terapia e dalla diagnosi.

Cosa manca perché i pazienti di Sla siano curati al meglio?

Innanzitutto, non esiste una rete che se ne prenda cura in maniera capillare e con la stessa competenza in ogni singola regione. Manca poi una formazione specifica degli operatori sanitari su questa malattia, che è particolare e ha caratteristiche peculiari. È necessaria pertanto una specifica competenza per poter affrontare tutte le fasi della patologia. Spesso però non vengono attuati gli elementi di prassi in modo corretto perché il paziente si senta sicuro. Prima di dare una terapia definitiva bisogna anzitutto garantire almeno un contesto adeguato, per poter poi scegliere il percorso terapeutico con consapevolezza.

Dunque non c'è ancora un'adeguata informazione?

I pazienti sono molto più bravi e scaltri rispetto a prima, Internet in questo è stato molto utile. Il problema è che però devi poter avere dall'altra parte un interlocutore che sappia cosa fare e sia in grado di guidarti in modo corretto. Purtroppo, spesso, l'operatore sanitario non conosce bene la malattia. E non è chiaro nella comunicazione. Trovo assurdo, per esempio, che ancora oggi si consideri l'hospice il luogo della morte. Oppure che si pensi che la morfina la si somministri soltanto ai malati terminali. Bisogna chiarire che le cure hanno una funzione di miglioramento dello stato di vita della persona, ma occorre anche comunicare tutto ciò che è possibile fare per vivere sufficientemente bene e cosa si può decidere di non fare.

Si riferisce alla possibilità di rifiutare le cure?

Se ritengo che uno strumento mi diventa gravoso e straordinario non sto facendo un atto di incoerenza. Il rifiuto delle terapie in questo caso in Italia è già consentito dalla legge. Molti colleghi però non hanno questa conoscenza, oppure non danno una informazione trasparente.

A volte prevale la "medicina difensiva"...

E invece è proprio dalla conoscenza di tutte le possibilità e delle cura disponibili che il paziente acquisisce tranquillità, serenità e libertà di agire secondo tutti gli elementi a disposizione. In sostanza, serve correttezza su cosa si intenda per sospensione dei trattamenti quando sono gravosi, e sul fatto che in questo caso non si tratta di eutanasia.

Che idea si è fatta della vicenda di Michele Gesualdi?

Non bisogna mai strumentalizzare il singolo caso. Non mi permetto di fare valutazioni. Si avverte di sicuro il disagio e anche il bisogno di risposte. Ma occorre incontrare questa persona per poter dare una risposta circostanziata. Per ogni paziente serve conoscere il quadro clinico e il fattore tempo della patologia. In ogni caso, ciascun paziente dovrebbe essere sempre seguito in maniera coerente rispetto alle difficoltà attuali, e con atteggiamenti competenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un'iniziativa Aisla di sostegno alle esigenze dei malati

Qual è la vera domanda dei pazienti affetti dalla malattia neurologica? Parla Daniela Cattaneo, medico Aisla

NEWS

Nuovo Galles del Sud oggi al voto per legalizzare la «morte assistita»

Anche lo Stato australiano del Nuovo Galles del Sud si avvia a legalizzare il suicidio assistito. Il Consiglio legislativo (Camera alta) del Parlamento locale, nel capoluogo Sydney, si appresta a votare, tra oggi e domani, il disegno di legge che introduce la morte medicalmente assistita. Il testo prevede che possano farne richiesta persone con età superiore a 25 anni, aspettativa di vita non superiore a 12 mesi, forte dolore o sofferenza, residenza nel Nuovo Galles del Sud e approvazione di due medici e uno psichiatra. Da un sondaggio della vigilia risulta che i sì sarebbero 19, i no 13, gli indecisi 7, mentre 3 non dovrebbero partecipare alla seduta. Per il via libera servono 20 voti. La prossima settimana toccherà all'Assemblea legislativa (Camera bassa) di Sydney. Sia il premier dello Stato, la liberale Gladys Berejiklian, sia il leader dell'opposizione, il laburista Luke Foley, lasciano libertà di coscienza. Un gruppo di medici e infermieri specializzati in cure palliative, guidati da Frank Brennan, dell'ospedale di Kogarah, ha espresso contrarietà alla legge, giudicata «non sicura». (S.Ver.)

Cure palliative, una risorsa che chiede di essere sfruttata

di Francesca Lozito

«Il valore delle scelte» è il titolo che la Società italiana di cure palliative (Sicp) ha scelto per il suo congresso nazionale 2017, in corso da ieri e fino a sabato a Riccione. Un appuntamento che come per ogni società scientifico-medica è riservato agli addetti ai lavori ma che per la Sicp ha un valore particolare perché non è composta solo dai medici ma anche dagli infermieri e dagli assistenti sociali. Per questo l'evento diventa un momento di confronto tra le varie figure che compongono l'universo delle cure palliative. «Il tema – spiegano gli organizzatori – ci permette di analizzare gli aspetti etici, organizzativi, clinici, economici e sociali che affrontiamo quotidianamente e di mettere in evidenza le criticità che rendono a volte molto complesse le risposte professionali che siamo chiamati a operare. In tutti questi ambiti, infatti, "fare una scelta" comporta sempre una decisione responsabile, talvolta difficile, che deve rispondere ai bisogni delle persone affette da malattie inguaribili in maniera appropriata, efficace, ma soprattutto nel rispetto della volontà del malato».

La legge 38 del 2010 che ha riconosciuto importanti diritti ai malati attende ancora di poter dispiegare le sue potenzialità Dal loro congresso i palliativisti chiedono di valorizzare questo percorso clinico e umano

Per il presidente della Società di cure palliative, Italo Penco, rimane ancora centrale nel nostro Paese portare a termine l'attuazione piena della legge 38 del 2010, dedicata proprio alle cure palliative, «una legge quadro importante. Ma non tutti i decreti che la compongono sono stati attuati, quindi c'è da lavorare sulla formazione, perché è evidente che se gli operatori sono formati nel modo più appropriato possono lavorare meglio per i cittadini».

Secondo Penco sono due i fatti che segnano il progresso delle cure palliative in Italia: «Nella relazione sugli interventi programmati per il 2018 il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha previsto l'accreditamento delle strutture che erogano cure palliative. È un fatto molto importante perché vuol dire disporre di standard, di un percorso chiaro per il malato, omogeneo per tutte le Regioni. Il malato in questo modo potrà utilizzare i nodi della rete a seconda del bisogno, hospice e assistenza domiciliare». La seconda novità è arrivata proprio per quest'ultima: «I Livelli essenziali di assistenza (Lea) – prosegue Penco – hanno riconosciuto l'assistenza domiciliare specialistica nelle cure palliative: ciò significa garantire un servizio adeguato, di qualità e specifico per le persone che hanno bisogno di essere curate con questo tipo di approccio».

Nel frattempo, continua la battaglia che vede impegnati da anni i palliativisti: l'attivazione precoce delle cure palliative: «Popolazione sempre più anziana e cronicità fa sì che le cure palliative siano destinate a servire un numero crescente di persone».

Tutto questo accade in un anno ricco di anniversari importanti e pieni di significato: i 30 anni festeggiati qualche giorno fa dall'apertura dell'hospice della Casa di cura Domus Salutis di Brescia e i 50 anni dall'ingresso del primo paziente al St. Christopher Hospice di Londra dove operò la fondatrice delle cure palliative moderne, Cicely Saunders.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Aborto a maglie più strette? Il Brasile al braccio di ferro

La strada è ancora lunga, ma il Brasile ha fatto il primo passo verso una maggior tutela del concepito. Una commissione parlamentare ha infatti approvato a larghissima maggioranza (18 favorevoli e un solo contrario) un testo che renderebbe illegale l'aborto in ogni circostanza. Attualmente in Brasile l'interruzione di gravidanza è consentita in caso di stupro, incesto e pericolo per la salute della gestante. Per diventare a tutti gli effetti efficace, il provvedimento dovrà passare il voto delle due Camere con la maggioranza qualificata pari ai due terzi dei votanti, poiché si inserisce in un progetto di modifica della Costituzione. Nonostante quindi si sia ancora lontani dall'esito auspicato dai *pro life*, a Rio de Janeiro e in altre città brasiliane sono già andate in scena alcune proteste di gruppi di donne che chiedono di fermare l'iter parlamentare proponendo un allargamento della legalizzazione. Nell'aprile del 2012 la Corte suprema del Brasile aveva aperto all'aborto anche in caso di gravi malformazioni del feto. Poi nel 2013 fu il Consiglio federale di medicina a presentare una petizione affinché i parlamentari rivedessero in senso permissivo la legge vigente, almeno per quanto concerne il periodo che va fino alla dodicesima settimana di gravidanza. Secondo alcune stime presentate allora, sarebbero stati un milione ogni anno gli aborti illegali eseguiti in Brasile, Paese che conta circa 200 milioni di abitanti. La pressione a favore dell'aborto è altissima da tempo, ma la partita sembra ancora tutta da giocare.

Lorenzo Schoepflin

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il fatto

Sul fine vita dialogo globale in Vaticano

di Fabrizio Mastrofini

Un confronto ad alto livello sul tema del fine vita che anima il dibattito politico, non solo in Italia, e che spesso divide. Saranno 130 gli esperti che oggi e domani in Vaticano animeranno nell'Aula Vecchia del Sinodo, nel Palazzo Apostolico, un dialogo sui vari aspetti della complessa questione: dall'approccio teologico all'obiezione di coscienza, passando per una rassegna delle posizioni in campo medico e delle possibilità offerte dalle risorse terapeutiche. E infatti si parlerà anche di cure palliative, accanimento terapeutico, limitazione dei trattamenti.

L'evento è stato voluto dalla World Medical Association (Wma), l'associazione medica mondiale, che ha deciso di organizzare proprio in Vaticano il confronto a livello regionale europeo. La Wma è infatti impegnata a mettere a punto la propria posizione sul fine vita, finora solidamente ancorata alla Dichiarazione sull'eutanasia che proibisce qualunque attiva partecipazione nel mettere anticipatamente fine alla vita di un paziente. Di fronte a impostazioni diverse, la Wma ha deciso di aprire un dialogo e un confronto a livello regionale, e per quanto riguarda l'Europa si è deciso di organizzare insieme alla Pontificia Accademia per la Vita l'appuntamento di studio, coinvolgendo anche alcuni accademici dell'istituzione vaticana oltre a teologi. Il dialogo che si apre oggi vede rappresentati 30 Paesi: accanto a quelli europei, anche Giappone, Usa, Israele e il Comitato bioetico dell'Unesco. A parlare non saranno solo medici, teologi e filosofi ma anche giuristi. «Una due giorni – fa sapere la Wma – in cui studiosi ed esperti di diverse impostazioni e tradizioni intendono discutere gli approcci possibili sul tema del fine vita, esplorare i diritti dei pazienti e i confini dei trattamenti sanitari e per comprendere meglio qual è la sensibilità dell'opinione pubblica su un tema così delicato».

Convocati dalla Pontificia Accademia della Vita e dall'Associazione medica internazionale, oggi e domani 130 esperti di tutto il mondo affrontano i grandi interrogativi etici e scientifici su scelte, trattamenti e tecnologie

C'è molta attesa per il messaggio di papa Francesco, che verrà letto oggi dal cardinale Turkson. Seguiranno poi gli interventi introduttivi di monsignor Vincenzo Paglia, presidente della Pontificia Accademia, di Yoshitake Yokokura, a capo della Wma, e di Frank Ulrich Montgomery, presidente dell'associazione tedesca che in sinergia con la presidenza mondiale ha fortemente voluto e contribuito all'organizzazione dell'evento. «Molti Paesi in tutto il mondo – spiega il cancelliere dell'Accademia, monsignor Renzo Pegoraro – affrontano sempre più frequentemente dibattiti politici cruciali riguardo all'eutanasia, al suicidio assistito e a tutte le questioni sul fine vita. Il miglioramento della qualità della vita e l'aumento della speranza di vita hanno portato questi problemi in primo piano nella professione medica a livello globale». Anche per la Wma il tema è sensibile e di grande attualità, come rileva l'ultimo pronunciamento, datato 27 ottobre, che prende spunto da quanto sta accadendo nello Stato di Victoria, in Australia, dove il Parlamento sta discutendo una legge per introdurre il suicidio assistito. E in Vaticano si è voluto un confronto ad altissimo livello. «Si svolge qui a Roma perché la Pontificia Accademia della Vita, forte della sua tradizione e del magistero della Chiesa – sottolinea don Andrea Ciucci, segretario dell'istituzione vaticana –, si pone come luogo di confronto per tutti quelli che in maniera scientifica e seria vogliono ragionare sul senso della vita dell'uomo. Lo spirito è quello del dialogo, invocato tanto spesso da papa Francesco, e non del contrapporsi di ideologie».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSlyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VplyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxNy0xMS0xN1QxMDoxNjo1NyMj1LZFUg==

Dal sangue cordonale un tesoro di donazioni

Ben 150 banche in tutto il mondo, 600mila donazioni disponibili congelate, 35mila trapianti effettuati utilizzando le cellule staminali cordonali. Sono le cifre rese note in occasione della prima «Giornata mondiale del cordone ombelicale, che si è svolta ieri, animata da istituzioni pubbliche e private operanti nel settore. La data di questa prima manifestazione è stata scelta poiché il 15 novembre 1988 fu effettuato il primo trapianto con cellule staminali cordonali: si trattava del paziente Matthew Farrow affetto da anemia di Fanconi, curato a 5 anni grazie al sangue cordonale prelevato dalla sorella che dalla diagnosi prenatale era risultata immune dalla malattia. Il paziente è completamente guarito, gode tutt'ora di ottima salute ed è tra i principali promotori della raccolta del sangue cordonale. In Italia a gestire raccolta, conservazione e invio delle staminali cordonali ai pazienti che ne hanno bisogno è il Centro nazionale trapianti, che cura un efficiente sistema basato esclusivamente sulla donazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

«Troppi obiettori in Emilia Romagna? Non è vero»

di Caterina Dall'Olio

A Bologna fa discutere una risoluzione presentata in Commissione sanità della Regione da Sinistra italiana. Nel documento, la cui urgenza è stata giustificata con la necessità di far rispettare la legge 194, si legge soprattutto una volontà di limitare il numero dei medici obiettori di coscienza. Due consiglieri del Partito Democratico hanno votato contro, anche se la risoluzione, appoggiata dal Movimento 5 Stelle, è passata. I dati 2014 dicono che in Emilia Romagna i medici ostetrici-ginecologi obiettori di coscienza rappresentano il 54% del totale, contro una media nazionale del 70%. «È chiaro quindi perché io e il mio collega Giuseppe Boschini abbiamo votato contro la risoluzione – spiega Giuseppe Paruolo, consigliere Pd –. In commissione eravamo in pochi ma sono convinto che anche altri del nostro partito si sarebbero espressi come noi». Non esiste affatto un'emergenza di medici non obiettori in Regione: «A noi, come rappresentanti di tutti i cittadini, interessa che la legge 194 venga applicata ovunque in tutti i suoi aspetti, compresi quelli preventivi, che vengono spesso ignorati – continua Paruolo –. Non ci interessano invece misure squisitamente ideologiche volte a gonfiare la finta problematica della mancanza di medici non obiettori, un problema che in Emilia Romagna non esiste».
L'obiezione di coscienza «in questo progetto vuole essere trasformata in qualcosa di nemico delle donne e della civiltà in generale, cosa che ovviamente non è», continua Paruolo. La fruibilità della legge «è la parte che noi dobbiamo garantire per arrivare a diminuire il più possibile il numero di aborti in Regione, con tutti i mezzi necessari. Su questo dovrebbero essere focalizzate le nostre energie, e non su una guerra che non ha senso tra medici obiettori e non obiettori, peraltro del tutto incostituzionale».
Nel documento in Commissione si legge: «Chiediamo di valutare valori percentuali sopra i quali la Regione possa decidere, come già fatto dal Lazio, di attuare interventi specifici volti a garantire il pieno diritto di scelta della donna. Invitiamo la giunta ad aprire un tavolo di discussione che possa avviare un percorso di modifica della 194, fissando sogliе oltre le quali non sia accettabile la presenza di medici obiettori». «Non serve alcuna modifica della legge – conclude Paruolo –. Basterebbe spendere meno tempo in battaglie ideologiche e più energie per garantire l'applicazione della 194». Ai due consiglieri "dissidenti" è giunto il sostegno di Gian Luigi Gigli, presidente del Movimento per la Vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Maternità surrogata al vaglio della Consulta

All'esame della Corte Costituzionale il divieto di «gestazione per altri» nella legge 40, confermato nella sentenza del 2014 che rimosse il no all'eterologa

di Marcello Palmieri

Con la sentenza 142 del 2014, che ha rimosso il divieto di fecondazione eterologa, questo aveva precisato la Corte costituzionale: «La tecnica in esame... va rigorosamente circoscritta alla donazione di gameti e tenuta distinta da ulteriori e diverse metodiche, quali la cosiddetta "surrogazione di maternità", espressamente vietata dall'art. 12, comma 6, della legge 40 del 2004». Norma «non censurata», «in nessun modo e in nessun punto... incisa dalla presente pronuncia», dunque «perdurante» nella sua «validità ed efficacia». Martedì 21, però, la stessa Consulta discuterà esplicitamente su questo divieto (non ci sono ancora previsioni sui tempi della sentenza), sollecitata dalla Corte d'appello di Milano che non solo ha fatto propri ma anche ulteriormente sviluppato le ipotesi d'incostituzionalità della legge avanzate da una donna che aveva "commissionato" un figlio in India, ma a cui il Tribunale di Milano non aveva consentito di figurare come madre sul certificato di nascita. Una posizione sostenuta in giudizio anche dal curatore speciale del minore – figura nominata dal giudice tutelare qualora i genitori siano sospettati d'incapacità a salvaguardare i diritti di un o una giovane, magari anche per contrasto con una loro volontà – in questo caso d'accordo con la donna.
Così, dalla consonanza di vedute tra l'aspirante madre. il curatore e la Corte d'appello, alla Consulta sono arrivati ben 9 profili di sospettata incostituzionalità del divieto di maternità surrogata, accompagnati da ulteriori considerazioni a favore della "gestazione per altri". Il primo blocco riguarda l'illegittimità della legge nei confronti di presunti diritti dei "genitori d'intenzione", a partire dalla censura per cui la norma creerebbe una discriminazione tra le coppie i cui problemi riproduttivi non incidono sulla possibilità della donna di condurre una gravidanza (coppie che dunque potrebbero ricorrere alla fecondazione eterologa) e quelle cui è invece impossibile la gestazione. Vi sarebbe poi una «discriminazione di genere», perché «mentre è ora consentito a un uomo completamente sterile di poter ricorrere alle tecniche riproduttive e di poter riconoscere come proprio un figlio per l'effetto della donazione di gameti, la stessa possibilità non è consentita a una donna che non possa portare a termine la gravidanza». Poi, pur senza spiegare quale violazione costituzionale provocherebbe questa situazione, la Corte d'appello ricorda come molti italiani affittino un utero all'estero, e come nella maggior parte dei casi le nostre magistrature li mandino assolti dall'infrazione penale (malgrado il divieto vigente per legge).
A questo punto riprendono le sospettate censure del divieto di surrogazione rispetto alla nostra Carta fondamentale, divieto che a detta dei giudici milanesi sarebbe contrastante sia con il diritto di uguaglianza (la norma determinerebbe «un ingiustificato diverso trattamento delle coppie in base alla loro capacità economica»), sia con «la fondamentale, generale e incoercibile libertà di autodeterminarsi», sia con il diritto alla salute (fisica, perché l'«impossibilità di portare avanti una gravidanza» rappresenterebbe «una patologia produttiva di disabilità», ma anche psichica, in quanto l'incapacità di avere figli nuocerebbe al «benessere relazionale dei singoli membri della coppia»). A questo punto, però, la Corte d'appello sposta l'attenzione dai diritti della coppia a quelli del minore nato da surrogazione e della donna che l'ha portato in grembo, interrogandosi se la pratica possa recar loro pregiudizio, ma giunge comunque a una risposta negativa. Il primo tema è il diritto del minore a conoscere le proprie origini, e qui i giudici milanesi ritengono che possano applicarsi analogicamente i principi già stabiliti per l'adozione da legislatore e giurisprudenza («verifica della perdurante attualità della scelta compiuta dalla madre naturale» e contemporaneamente mantenimento del «suo diritto all'anonimato»). E sull' eventuale «importanza del legame prenatale madre/figlio», che l'utero in affitto recide, la Corte milanese cita «ricerche effettuate nei Paesi in cui la surrogazione non è vietata» concludendo per l'assenza di «differenze nello sviluppo emotivo, sociale e cognitivo» dei piccoli «commissionati» rispetto agli altri. Impossibile poi non considerare il rischio – nella stragrande maggioranza dei casi realmente documentato – che questa pratica leda la dignità della gestante, la quale porta in sé un bimbo per ottenere soldi. Ma anche qui i giudici ritengono che non ci sarebbe alcun problema qualora «alla stessa fosse consentito, con scelta libera e responsabile, di accedere e dare senso, in condizioni di consapevolezza, alla pratica "relazionale" della gestazione per altri». Di qui si passa avanti considerando il grande tema del «miglior interesse» del minore. Sul punto la Corte milanese estende i sospetti d'incostituzionalità all'articolo 263 del Codice civile, nella parte in cui l'impugnazione del riconoscimento del minore per difetto di veridicità (uno dei casi: quello contro la donna che non ha partorito ma che vorrebbe risultare come madre) non possa trovare un freno proprio alla luce del "miglior interesse" riferito al piccolo, ma più in generale contestano il divieto assoluto di surrogazione nella parte in cui non considererebbe il maggior bene del minore. Per farlo citano una sentenza della Corte europea sui diritti dell'uomo (quella sul caso Paradiso-Campanelli): ma l'ordinanza di rimessione alla Corte costituzionale è del novembre 2015, e lo scorso gennaio – con pronuncia definitiva della stessa Corte europea nella composizione di Grande Chambre - quella pronuncia è stata definitivamente ribaltata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Letture

Diritto al figlio, utero in affitto Madre alla fine?

di Antonella Mariani

E poi ci sarà l'utero artificiale e il cerchio si chiuderà. La madre scomparirà e in parte è responsabilità delle stesse donne, che nella 40ennale battaglia femminista hanno lottato per sbarazzarsi della loro specificità, dare la vita, per avere le medesime opportunità degli uomini, e in parte del mai sopito desiderio maschile di prevalere. È "La fine della madre", come recita il titolo del nuovo libro di Lucetta Scaraffia (Neri Pozza Editore, pagg. 160, euro 12,50). Per la storica e saggista una volta madre era colei che partoriva e per alcune legislazioni, come quella italiana, è ancora così. Fino a quando? La pratica dell'utero in affitto ha moltiplicato e cancellato la nozione di madre: colei che ha fornito gli ovuli, colei che porta avanti la gestazione e colei che paga e che terrà il bambino. Ecco: in molti Paesi la frase "nato da…" viene sostituita con "figlio di…", perché la nascita conta meno del contratto. Il legame naturale viene sottomesso al legame sociale, quasi sempre stretto per denaro. La stessa pratica dell'utero in affitto sta espropriando migliaia di donne nei Paesi poveri del proprio corpo e della propria maternità in nome di un inesistente "diritto al figlio".

Scaraffia compie poi un breve viaggio nella letteratura contemporanea (da Ian McEwan con "Nel guscio" a Michela Marzano con "L'amore che mi resta", da E.J. Vila Torres con "Durante la tua assenza" a Leila Silvani con "Ninna nanna") per argomentare la crisi della madre nel mondo occidentale: giovani donne a cui si chiede di fare carriera con le stesse modalità degli uomini, dunque rimandando la scelta di maternità fino agli estremi limiti della fecondità, e poi consegnare i (pochi) figli a figure accudenti di solito mal pagate e mal considerate… La rivoluzione delle donne, conclude Scarraffia, secondo lo storico Eric Hobsbawm ha ottenuto i suoi scopi, ma «le giovani donne non hanno affatto raggiunto la libertà di scegliere. Sono costrette, nei loro anni più fertili, a far tacere con ogni mezzo la loro capacità di concepire…». Le donne, insomma, perdono la loro potenza, quella di generare. La maternità, che per secoli è stata la motivazione per escludere le donne dalla sfera pubblica, oggi «sta scomparendo in una miriade di lavori sottopagati, privi di ogni gratificazione morale, tra i quali c'è anche l'affitto dell'utero o la vendita degli ovociti». E il cerchio si chiuderà quando la gravidanza sarà trasferita in un utero artificiale. E addio madre.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MALTA

Un mercato dietro l'uscio

Audizioni sulla maternità surrogata e la donazione di gameti a Malta presso la Commissione salute del Parlamento unicamerale de La Valletta. Il governo, guidato dal premier laburista Joseph Muscat, intende legalizzare le due pratiche, a condizione che siano senza fini di lucro, ma il Partito nazionalista all'opposizione ha già denunciato la mossa definendola una «imposizione». Tra gli interventi anche quelli di alcune ong a sostegno della vita, come Life Research Unit, Sallux e il Movimento politico cristiano europeo (Ecpm), che erano presenti sull'isola per partecipare a una conferenza incentrata sulla proposta di modifica dell'Embryo Protection Act. Il testo, approvato nel 2012 ed entrato in vigore l'anno dopo sotto il governo nazionalista di Lawrence Gonzi, vieta il congelamento degli embrioni consentendo invece quello degli ovociti, proibendo ogni forma di "donazione" di sperma o di ovociti e anche la surrogazione di maternità. Per ottenere la modifica del testo è intervenuto uno dei più noti ginecologi dell'arcipelago, Mark Sant, che ha portato l'esempio di due sue pazienti andate in Grecia per sottoporsi ai trattamenti.
In Commissione salute sono intervenuti anche tre accademici stranieri: l'ex deputata olandese dell'Unione Cristiana Esmé Wiegman-van Meppelen Scheppink e il giurista francese Christophe Foltzenlogel, esperti in maternità surrogata, oltre che Joanna Rose, specializzata in "donazione" di gameti, che ha riferito la sua esperienza personale di donna concepita con fecondazione eterologa da donatore di sperma.

Simona Verrazzo

Francia

Le femministe: «Il contratto? Solo un'ipocrisia»

di Daniele Zappalà

In Francia le associazioni che si battono per l'abolizione universale della maternità surrogata continuano a ricordare che l'Europa non è affatto al riparo dalle offensive internazionali dei promotori di una regolamentazione della pratica. Questo rischio appare tanto più evidente constatando la fortuna mediatica della tesi secondo cui stipulare contratti contribuirebbe a rendere "sicura" la surrogata per le parti coinvolte.
Per smontare quest'argomentazione il "Collettivo per il rispetto della persona" (Corp), fra i promotori della Carta di Parigi – abolizionista – firmata nel febbraio 2016, ha pubblicato un'acuta analisi firmata dalla sociologa franco-rumena Ana-Luana Stoicea Deram, presidente del collettivo fondato fra gli altri dalla filosofa femminista Sylviane Agacinski.
La sociologa si chiede se i contratti di surrogazione garantiscano alle parti il carattere reversibile del loro impegno. No, risponde seccamente Stoicea Deram, sulla scorta dei tanti casi di contenzioso giunti alla ribalta della cronaca, soprattutto nel contesto statunitense, divenuto oggi il primo mercato mondiale della surrogazione: «Nel caso della maternità surrogata ci si rende conto che è quasi impossibile immaginare la reversibilità del contratto – scrive –. I committenti ottengono tutto ciò che vogliono».
Un'altra idea spesso spacciata per buona ma che si rivela infondata riguarda i pari diritti delle parti nei contratti di surrogazione. In realtà, sottolinea la studiosa, «le disuguaglianze multiple che contrassegnano una situazione di dominio nei confronti della futura madre gestante le fanno spesso accettare per contratto condizioni sfavorevoli», come le frequenti intrusioni "per contratto" nella sua vita privata. Diventa così evidente come la surrogazione obbedisca a una logica iperliberista che sottomette le parti più deboli, ovvero i nasciturі e le madri surrogate.
D'altra parte, un contratto vero e proprio «suppone che si possa adire la giustizia per far rispettare i suoi termini», ricorda Ana-Luana Stoicea Deram. Ma anche in questo caso le condizioni osservate concretamente sono ben lontane da quest'ideale astratto, anche perché «gli avvocati delle madri surrogate sono spesso pagati dai committenti per mettere una patina di correttezza». In realtà, il contratto diventa «la porta aperta a tutti gli abusi, nella misura in cui cose illegali possono essere chieste alle madri gestanti, puntando sul fatto che non diranno nulla e accetteranno, per non perdere il contratto».
Citando la letteratura scientifica che ha indagato il fenomeno soprattutto negli Stati Uniti, la sociologa evidenzia in sostanza che «né la madre (detta "madre gestante") né i bambini nati per surrogazione sono protetti». Ovvero, il contrario di quanto vorrebbero far credere i promotori della "regolamentazione", attivi anche presso organismi internazionali come la Conferenza dell'Aja di diritto internazionale privato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il punto

Nati pretermine, dov'è la frontiera

Su 474mila bambini nati nel 2016 ben 32mila erano pretermine. Secondo una stima della Sin, la Società italiana di neonatologia in occasione della Giornata mondiale della prematurità in calendario domani, il limite dell'età gestazionale si sta però abbassando. «Oggi una nuova categoria di neonati ad alto rischio è quella tra le 22 e le 25 settimane», precisa il presidente Mauro Stronati. I neonati arrivano infatti a pesare intorno ai 500 grammi. E rispetto alla categoria dei pretermine questa nuova fascia di età gestazionale ha maggiori difficoltà a rispondere alle cure. «Il limite della sopravvivenza oggi lo porrei a 22 settimane, anche se nel mondo ci sono stati pochi casi e spesso possono esserci dei dubbi sul calcolo della gravidanza – ammette Stronati –. In realtà, nella mia esperienza non ne ho visti sopravvivere. A 23 settimane invece è possibile. Questa classe nuova pone problemi che sono anche etici, oltre che scientifici, assistenziali, deontologici e medico-legali. Occorre interrogarsi su quale sia la durata minima di una gravidanza che permetta una vita qualitativamente accettabile».
I pretermine, ossia quelli nati prima di 37 settimane, «in Italia sono circa 35-40mila, 500mila in Europa, 15 milioni nel mondo. Presentano varie fasi gestazionali e diversi pesi, dai quali poi dipende il fatto che siano una popolazione a rischio. Sotto i 1.500 grammi – aggiunge il neonatologo – in Italia ce ne sono circa 5mila». Le cause del parto pretermine sono note da tempo. «I fattori più importanti sono le malattie materne, la malnutrizione, il diabete della donna, l'ipertensione, la mamma sotto i 16 anni o sopra i 35. Esistono poi cause esterne: se per esempio la donna ha un livello socioeconomico basso, se fa lavori pesanti, se sta spesso in piedi, se usa sostanze stupefacenti, o consuma alcol».

Il limite della sopravvivenza si è abbassato a 22 settimane, ma con problemi ancora irrisolti. Stronati, presidente dei neonatologi: fecondazione assistita tra i fattori di rischio

Di recente sono emersi nuovi fattori di rischio. «I principali – spiega Stronati – sono sicuramente l'età materna e la fecondazione assistita. Questa società porta la donna a partorire sempre più tardi per problemi economici o di carriera. I neonati sono più probabilmente pretermine e sono spesso l'unico figlio che le coppie ormai si sentono di avere. Le tecniche di fecondazione assistita, poi, sono senz'altro la prima causa di parti pretermine, perché questa procedura porta a gravidanze gemellari. Le trigemine negli ultimi anni sono aumentate quasi del 300 per cento. Una donna che partorisce gemelli partorirà dunque neonati pretermine e di basso peso». Neonati così piccoli possono presentare o sviluppare poi alcune problematiche. «La neonatologia ha fatto un salto di qualità negli ultimi anni. Se prendiamo una classe a rischio come i neonati sotto i 1.500 grammi – assicura il presidente dalla Sin – nel 1960 su 100 neonati ne morivano 73, oggi invece solo l'8,7 per cento. Per quanto riguarda la qualità di vita, i neonati sotto i 1.500 grammi negli anni '60 stavano bene solo nel 26,8 per cento dei casi. Oggi si trova in questa condizione l'84 per cento. C'è stato dunque un salto di qualità. La mortalità è ridotta, ma oltre una certa soglia diventa incomprimibile».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSIyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VplyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxNy0xMS0xN1QxMDoxNjo1NyMj1LZFUg==