



Dal governo un via libera all'essere umano manufatto

di Renzo Puccetti
14-01-2017

Il governo Gentiloni ha firmato dall'ospedale dove è ricoverato il premier, il decreto che vara i nuovi livelli essenziali di assistenza per la sanità (L.E.A.), ovvero le prestazioni ed i servizi che il servizio sanitario è tenuto a fornire ai cittadini di tutte le regioni italiane. Oltre a quella di Gentiloni il documento reca la firma del ministro della salute Beatrice Lorenzin e del ministro dell'economia Padoan.

Giunge così a compimento il lavoro della commissione di aggiornamento che si era insediata l'11 ottobre 2016 sotto la presidenza del ministro Lorenzin di cui facevano parte i rappresentanti delle regioni, del ministero delle finanze e di organi tecnici tra cui l'Istituto Superiore di Sanità, il Consiglio Superiore di Sanità, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Le novità sono sicuramente molte ed in molti casi esse costituiscono un miglioramento per le persone malate.

Tra quelle di più immediato impatto per le questioni bioetiche vi è sicuramente l'inclusione nei nuovi L.E.A. delle procedure di fecondazione in vitro, compresa la fecondazione eterologa. La prospettiva adottata è fondamentalmente questa: l'infertilità è una patologia, la fecondazione artificiale è la cura che la scienza medica ha allestito per le persone portatrici di questa patologia, la scelta politica è dunque quella di inserire la fecondazione in vitro tra le procedure assicurate dal sistema sanitario nazionale.

Alcuni bioeticisti contestano l'impiego del termine cura per una procedura che non cura affatto, dicono, l'infertilità di base. Non credo che questo sia un argomento valido. La dialisi renale non cura la patologia renale, tuttavia ne contrasta gli effetti; la somministrazione di insulina nel diabete tipo I o di ormone tiroideo nell'ipotiroidismo non cura l'insufficiente produzione ormonale, tuttavia impedisce che tale deficienza determini la morte o gravi danni per la salute del paziente. Un by-pass aortocoronarico non fa scomparire l'istruzione della coronaria, ma impedisce che essa determini la morte per ischemia di una porzione del tessuto miocardico.

Routinariamente la cura non determina la guarigione dalla malattia, ma si limita ad alleviare le conseguenze della malattia, tuttavia sfido i miei amici bioeticisti a sostenere che la dialisi, l'insulina e la rivascolarizzazione cardiocirurgica non curando la patologia di base non dovrebbero essere considerate vere cure e quindi sarebbero da escludere dai L.E.A. Lo stesso principio viene adottato per la fecondazione eterologa: se manca l'ormone si dà l'ormone, se mancano i globuli rossi si reintegrano mediante trasfusioni da un donatore ad un ricevente, se manca un organo lo si fa con i trapianti, perché non dovrebbe essere fattibile con i gameti? Questo è l'approccio pragmatico seguito dagli specialisti impegnati nel combattere l'infertilità.

L'occasione consente di riaffermare dunque con nettezza (e spero sufficiente lucidità) la vera ragione che giudica una sciagura l'inclusione della fecondazione in vitro nei L.E.A. quale, è doveroso dirlo per amore della verità, ossequioso e legalmente dovuto adempimento da parte della politica di quanto i giudici avevano ordinato attraverso le varie sentenze che hanno smontato i limiti previsti nella legge 40.

Tuttavia questo non ci solleva dal proclamare ancora una volta che l'intenzione di sollevare le persone da una sofferenza non può essere un lasciapassare per qualsiasi pratica, ma debba sempre avvenire mediante percorsi rispettosi della dignità umana. Il desiderio di maternità e paternità, di per sé buono e condivisibile, non può essere soddisfatto al prezzo di selezionare gli embrioni secondo criteri qualitativi, stoccare a tempo indeterminato sotto azoto liquido l'eccesso produttivo, interporre nel processo generativo figure esterne alla coppia, preselezionare i fornitori della componentistica.

Queste sono pratiche che, come osservato dal bioeticista Leon Kass, riducono l'essere umano a manufatto e rendono lo Stato che vi partecipa complice del Baby Business descritto dalla professoressa della Columbia Debora Spar. E le donne indigenti usate come "cava" biologica da cui strappare quanti più gameti mediante "bombe" ormonali? Se si può vendere le cellule, se lo Stato stesso diventa acquirente, per quale ragione non si potrà comprare organi interi?

Eppure che l'embrione non è un materiale biologico assimilabile a nessun altro è reso evidente dalla biologia: un globulo rosso non cresce fino a diventare un bambino che domanda: "chi è mia madre?". E qual'è il tasso di successi di questa modalità terapeutica? Nel 2014 delle 64.323 coppie che si sono sottoposte alla fecondazione in vitro, soltanto 9.203 sono giunte al parto, appena il 14,3%. Per il restante 85,7% la speranza si è trasformata in una fallimentare delusione. Con la donazione di gameti la probabilità di successo cresce soltanto al 21,1%.

Negli Stati Uniti l'uso di donatrici di ovuli è del 4% quando la donna richiedente ha meno di 35 anni, diventa il 6% per richiedenti di 35-37 anni, sale al 10% per quelle di 38-40 anni e raddoppia per ogni incremento di due anni della fascia di età delle committenti fino a giungere al 73% delle procedure con ovuli acquistati sul mercato quando la donna che vuole un bambino ha più di 44 anni. In Italia l'uso di gameti esterna alla coppia è consentito soltanto per i portatori di patologie trasmissibili, ma in fin dei conti anche questo è un paletto dondolante; se avere un bambino è un diritto ed il principio del mercato è quello di soddisfare la domanda, l'età dovrà pur essere un problema risolvibile dalla tecnica. In fin dei conti, come noi medici abbiamo imparato a dire, *senectus ipsa est morbus*.