

## Il caso (e i casi) della gravidanza a 62 anni Il paradosso Italia: sperimentazione privata, bioetica incerta Mancano norme, ma proibire non è l'unica soluzione

# Troppo potere alle donne?

A qualche giorno dal clamoroso annuncio della gravidanza record di una donna in menopausa (come è noto il dottor Antinori ha reso noto di aver inseminato artificialmente una vedova di 62 anni) l'Unità ha chiesto a Mariella Gramaglia e alle giornaliste Fulvia Fazio e Sophie Dufau di intervenire, con riflessioni e informazioni, sulle nuove frontiere che si aprono per la fecondazione artificiale.

**MARIELLA GRAMAGLIA**

L'Italia è il paese dei paradossi. Mentre i preti e bioetici rispettosi del magistero di Santa Romana Chiesa discutono su quale grado di ammissibilità del peccato di Onan sia eventualmente tollerabile in caso di inseminazione artificiale fra coniugi, il professor Antinori abbate disinvoltamente barriere di ogni tipo e attrae, con la fama della sua disinvoltura, pazienti d'oltreoce. Nel frattempo il Parlamento tace per paura dell'inconciliabilità degli opposti e la divisione fra Stato e mercato si fa feroce: nel primo non è lecito, gratis, quasi niente; nel secondo è lecito, con grandi spese e incerte garanzie sui controlli sanitari, quasi tutto. Gravano così sulle vite delle donne desiderose di figli le più orribili delle sorprese: il rischio di essere infettate da Aids per l'uso di sperma fresco su cui non sono stati fatti i dovuti controlli; il concepimento improvviso di ben 7 gemelli nel cattolico omonimo policlinico per un misto di imperizia nella stimolazione ormonale e di moralismo antiabortista.

C'è un punto di vista dei diritti delle donne da opporre a tutto questo? Se sì ha la modestia di accettare che il compito del legislatore è un compito «debole» nel senso migliore,

nobilmente liberale, della parola, c'è di sicuro. È il punto di vista della tutela della sicurezza e della salute della paziente e del nascituro, del rigoroso controllo sanitario sui centri di inseminazione artificiale e di fecondazione assistita, di modo che i desideri non si trasformino in contrappassi punitivi e i sogni in incubi. Esiste un cammino di libertà possibile che la legge deve garantire e tutelare e che non necessariamente deve essere percorso per intero da ciascuna: ci si può fermare prima, ci si può battere perché le più si fermino prima, in nome di valori etici, emotivi, di equilibrio personale e sociale. Si può obiettare a un modello sociale che induce al desiderio di un figlio solo, tardivamente e ad ogni costo. Si può ricordare alle donne ciò che molti demagoghi della pro-vetta interessatamente nascondono: che il percorso della fecondazione artificiale è una via crucis, che la percentuale di bambini nati sani e vivi dopo ben 100 cicli di stimolazioni ormonali è solo dell'8,3%. Ma non trovo ragioni valide per fermare colei che, ciò nonostante, è convinta in coscienza di quel che fa. La lettura in trasparenza delle menzogne della coscienza non fa parte del bagaglio delle

virtù laiche.

Ma, si obietterà, le madri nonne? L'ultimo clamoroso caso siciliano di una vedova ultrasessantenne ingravidata con il seme del marito morto? Dove vanno a finire i diritti dei bambini? Apprendiamo che il Parlamento francese si appresta a vietare questi casi: si può ottenere la fecondazione artificiale solo se si è in età fertile e unite a un compagno vivente. Non mi convince, come non mi convince in generale l'accostamento per via metaforica della fecondazione artificiale all'adozione. Metafora che, se presa alla lettera, impone che in ogni fecondazione eterologa ci sia un partner maschile certo, anche se non biologico, e disposto fin dall'inizio ad assumersi ogni responsabilità. È innegabile, addirittura ovvio, che sia buona norma che un uomo e una donna accompagnino la crescita di un bambino. È però del tutto evidente che la fecondazione artificiale ripropone nella modernità il potere nudo e solitario della femmina nella riproduzione. Scandaloso, barbarico, arrogante, regressivo rispetto ad una civilizzazione che ci ha voluti in coppia? Può darsi, ma così profondo che è difficile comprenderlo per legge, così come è impossibile proibire ad una donna di avere un figlio naturale per amore del solo figlio e non del suo padre casuale.

Per queste ragioni mi sento di condividere per intero, invece, la probabile proibizione francese degli affitti di utero: non tanto perché un processo reversibile possa essere paragonato alla donazione di organi per lucro, ma perché, se quel che conta è il potere di

nutrire e mettere al mondo un feto da quell'unico e irripetibile corpo, qualsiasi contratto che metta in discussione questa certezza elementare è carta straccia. La certezza dell'utero che nutre, contro l'incertezza degli ovociti e del seme, scambiati, congelati, crioconservati, manipolati? So le mille obiezioni. Oggi, con la ricerca del Dna, per la prima volta da millenni, anche il «pater» diventa «semper certus». C'è chi, come il Parlamento svedese (di nuovo torna la metafora della adozione), ne evince che il nascituro dovrà poter conoscere in futuro l'identità del donatore di

sperma, suo padre biologico. Non ha senso: non c'è nessuna assunzione di responsabilità paterna nella donazione del proprio liquido seminale. Jean Bernard, presidente della Commissione bioetica francese, racconta di uno straordinario processo in Spagna in cui un marito tradito e padre innaturale, ma amorosissimo, difese appassionatamente i suoi diritti a dispetto del Dna e vinse. Per questa via pare orientarsi il Parlamento francese a tutela della paternità: perché vi sia responsabilità comune nel caso di una fecondazione assistita decisa in coppia e perché il padre sociale abbia tutelati i

suoi diritti. Resta un altro attore, il biologo, il medico di laboratorio. Molti lo temono come un dottor Mengesle accanto a fabbricare bambini ariani con gli occhi azzurri e i capelli biondi. Ma qui, a porre ostacoli, non è solo la deontologia, ma la scienza stessa (valgano anche in questo caso, come contro tanti altri luoghi comuni, gli ottimi lavori delle scienziate che hanno scritto «La ciconia tecnologica»: le diagnosi prenatali e preimpianto possono qualcosa sui caratteri genetici monofattoriali, responsabili di gravi malattie ereditarie, non possono nulla sulle sfumature

dei capelli e sul chiarore delle iridi. Per l'etica del biologo il problema degli embrioni soprannumerari, invece, è quello di più delicata responsabilità, sia in caso di fecondazione assistita che di diagnosi preimpianto, come torna a ricordare Testard in un libro di prossima pubblicazione in Italia («Il desiderio del gene»). Che fare, quanto conservarli, come tutelarsi dal rischio di sperimentazioni spregiudicate? Che probabilità occorre discutere con cura, senza superficialità balzando laicista, e stabilire regole certe a tutela della credibilità della comunità scientifica e di tutti noi.

## Madri cavie, ormoni e medici spettacolo Un cocktail micidiale

**FULVIA FAZIO**

Cosa ne sarà dei figli di donne sessantenni, cresciuti da madri anziane e destinati, nella migliore delle ipotesi, a restare orfani a vent'anni? La domanda, che ci viene martellantemente riproposta dai mass media in questi giorni, andrebbe a mio avviso rievocata: che rischi corrono, e quanto consuevolmente, quelle donne che si sottopongono in condizioni fisiche di senescenza allo stress di una gravidanza il cui esito, peraltro molto incerto, è strettamente legato a pesanti somministrazioni farmacologiche? Che probabilità ha una donna che abbia intrapreso una simile avventura di arrivare viva e in buona salute ai fatidici ottant'anni? È un ragazzo che nasce da una madre sessantenne ha le stesse probabilità di festeggiare l'ottantesimo compleanno di uno partorito da una trentacinquenne?

L'interrogativo su rischi e conseguenze sanitarie non riguarda solo le maternità senili, ma tutti quei «miracoli» riproduttivi che vengono proposti come soluzioni a portata di mano da qualche medico più di casa nelle conferenze stampa che nei congressi scientifici. «Se in molti campi della medicina si va affermando la pratica del controllo di qualità delle procedure mediche innovative, la ginecologia e l'ostetricia sfuggono quasi completamente a una verifica a livello epidemiologico delle conseguenze a medio e lungo termine», spiega Letizia Parolari, ginecologa, da anni attiva nel Gruppo di attenzione sulle tecnologie di riproduzione artificiale, un'associazione di donne che si occupa di maternità assistita sotto vari profili.

Alle aspiranti madri sessantenni, che comunque dovranno utilizzare un ovulo donato, viene praticato un pretrattamento ormonale per preparare l'utero, a cui segue una seconda fase di somministrazione farmacologica per favorire e proteggere l'impianto dell'embrione. «Questa tecnica è stata già sperimentata e con buoni risultati su donne giovani afflitte da menopausa precoce», spiega la dottoressa Anna Pia Ferraretti, che da dodici anni lavora nel campo della riproduzione assistita. «Ma va sottolineato che ogni somministrazione ormonale richiede controlli severissimi quali, ad esempio, prove sulla funzionalità del fegato e dei reni, indagini preliminari per accertare la presenza o la predisposizione di tumori al seno o agli organi riproduttivi. I controlli devono essere ancora più approfonditi per le donne in età avanzata, a cui vari problemi possono essere aggravati dalla naturale senescenza. Le terapie ormonali sostitutive, inoltre, possono esercitare una funzione efficace nella fase dell'impianto dell'embrione ma, contrariamente a quanto qualcuno ha affermato, non è assolutamente dimostrabile che restituiscano all'utero l'elasticità necessaria per portare a termine una gravidanza. La possibilità di successo è dunque bassissima».

«Ritengo che queste donne siano delle cavie, perché nulla si sa delle conseguenze che può comportare la stimolazione ormonale dell'utero e la stessa gravidanza su una fisica che ha già subito le trasformazioni legate all'età», aggiunge la dottoressa Parolari. «Del resto le informazioni scientifiche di cui già disponiamo sulle maternità dopo gli «anta», naturali e non, indicano un aumento di rischi. Una ricerca pubblicata nell'88 sull'autorevole «British Journal of Obstetric and Gynecology» rivelava che nelle ultragratantenni alla prima gravidanza la mortalità era dieci volte maggiore che nella donna nella fascia di età compresa tra i 20 e i 30 anni».

Per le madri sessantenni i fattori di rischio, dunque, che si sommano e si potenziano l'un altro sono almeno tre: la gravidanza, che di per sé, a qualsiasi età, può comportare delle complicazioni come l'ipertensione, il diabete, disturbi circolatori e renali; l'età avanzata, la quale a sua volta ha come correlato problemi di questo tipo, e infine le terapie ormonali, che prevedono somministrazioni massicce e in periodi di tempo concentrati, le quali aggravano o addirittura provocano tutti questi disturbi.

«È stato rilevato che anche nelle donne giovani che si sottopongono a queste terapie perché afflitte da menopausa precoce era più alta l'incidenza di complicanze come la gestosi gravidica», conferma la dottoressa Ferraretti.

«E tutto il fisco che può nasentire, compreso il sistema osteo-articolare che deve sostenere un peso a cui può non essere più adatto, anche considerando che il bilancio di calcio nelle ossa diminuisce con gli anni», è l'opinione della dottoressa Elisabetta Chelo, che gestisce a Milano un Centro della fertilità.

C'è da chiedersi quanto le donne che vogliono avvisarsi sulla strada di una maternità peritardiva siano informate sia dei rischi che corrono, sia delle scarse probabilità di successo che ha la loro scelta. Una cosa è certa: pochissimo, quasi per nulla, si è parlato di questo aspetto e altrettanto poco se ne è chiesto conto a quei medici che impazzano sui media, propagandando che «un figlio a sessant'anni la ringiovanisce».

«Il benessere nutrizionale deve costituire un obiettivo chiave per il progresso dello sviluppo umano. Deve essere al centro dei piani e delle strategie socio-economiche di sviluppo», così recita la Dichiarazione mondiale sulla nutrizione. Si rinvieranno in mille per stringere un patto e portare a fondo la più grossa offensiva mai sferrata contro la fame. L'obiettivo è riuscire a modificare sensibilmente le cose entro il 2000. Il tempo stringe.

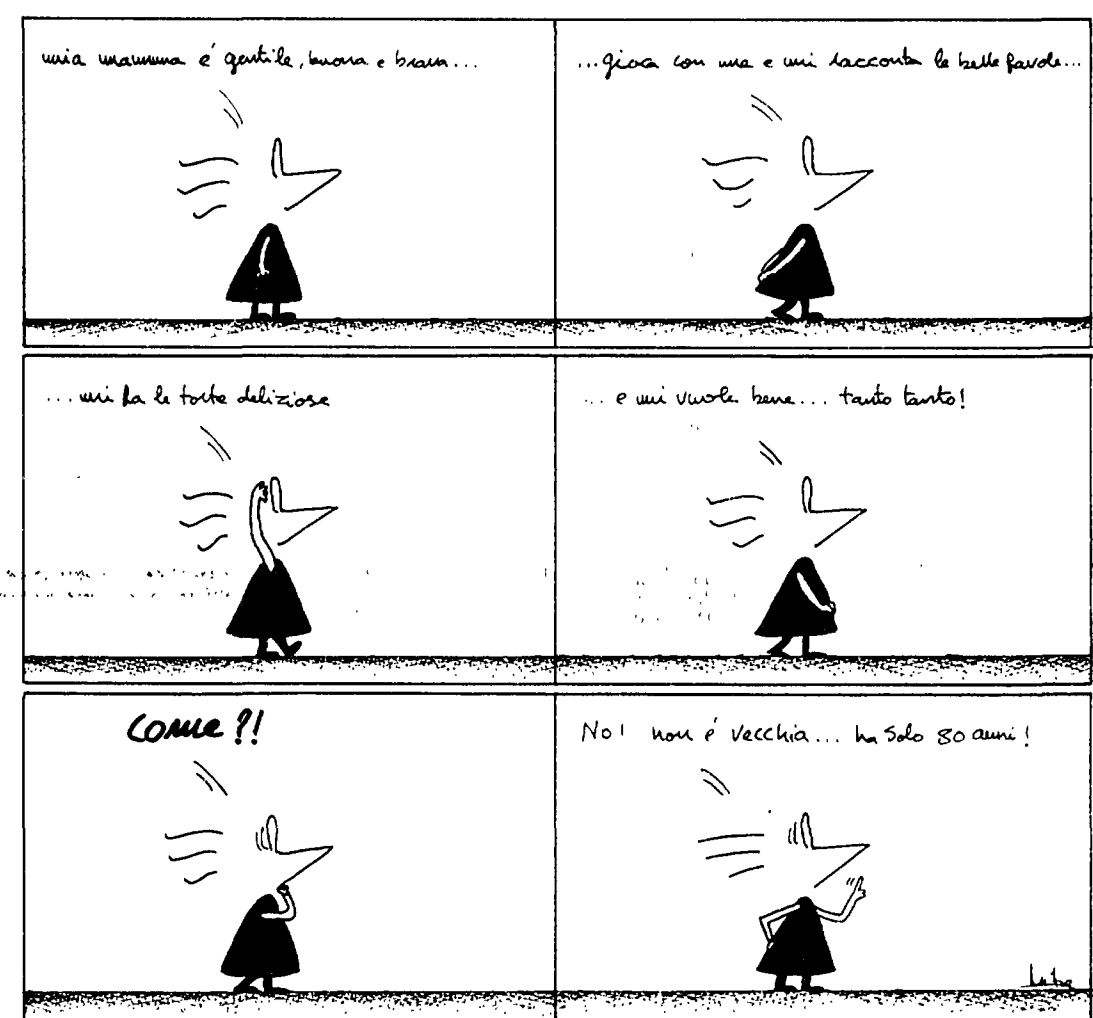
## La legislazione francese è rigida, ma i ginecologi... «Così io, Sylvie, lesbica e sola ho aggirato la legge»

**SOPHIE DUFUO**

Dieci anni dopo la nascita del primo bebè francese in provetta, il Parlamento è stato investito, nella seconda sessione di questa legislatura, di un progetto di legge sulla biotecnica che punta a regolamentare le pratiche mediche e sperimentali. E, per la prima volta, la cellula familiare che potrà accogliere un bambino nato dalla procreazione medicalmente assistita, è chiaramente definita: solo le coppie sterili o che rischiano di trasmettere malattie particolarmente gravi avranno accesso alle diverse tecniche specifiche, dalla fecondazione in vitro, alla fecondazione artificiale, alla donazione di ovociti. Il legislatore francese ha voluto norme restrittive: la coppia è definita esclusivamente come «un uomo e una donna che vivono insieme». Vengono escluse dunque le donne sole, che siano lesbiche o che, eterosessuali, ab-

biano scelto di vivere senza un uomo. Se i Paesi Bassi, la Danimarca, la Spagna... hanno adottato posizioni molto più soffici, in Francia, bizzarramente, non è mai effettuato alcun vero dibattito su questa questione: nel 1988 i primi progetti di legge stimolavano già che il nascituro doveva essere il progetto parentale di un uomo e di una donna. E, quindici anni prima, nel 1973 la potente federazione nazionale dei Cecos (Centro per lo studio e la conservazione degli ovuli e dello sperma, banche pubbliche) si dava, fin dalla creazione, una carta deontologica che, anch'essa, riservava l'inseminazione alle donne il cui marito e compagno era riconosciuto clinicamente sterile. Molte donne in Francia comunque non sono riuscite a sfuggire a questa regola morale. Così

Sylvie, infermiera a Marsiglia, lesbica, madre di un bimbo che oggi ha due anni. Non riuscendo a immaginare di far l'amore con un uomo qualunque per avere un bambino e soprattutto rifiutando di dover poi condividere l'autorità parentale col genitore, ha suggerimento di una psicologa, ottenuto l'indirizzo di un ginecologo specialista in sterilità femminile. Il quale, dopo un breve colloquio di un'ora, le ha proposto di fecondarla con delle «pillole» di seme fornite da una delle rare banche private dello sperma poco vigili sulla vita privata delle riceventi. Sylvie teneva molto alla sicurezza sanitaria della banca del seme: questi laboratori sono tenuti ad effettuare test di qualità sullo sperma al fine anzitutto di scartare ogni rischio di trasmissione di malattie genetiche o di Aids. Poi Sylvie ha scelto le caratteristiche del «suo» donatore:



Disegno di Mitra Divshali

tra le schede che le sono state presentate ha selezionato un uomo che le assomigliava «con occhi e capelli chiari come me». Le sono stati necessari quattro interventi per rimanere incinta. La sua fecondazione artificiale le è stata persino rimborsata dalla Sécurité Sociale, giacché il suo medico l'aveva fatta passare come un trattamento contro la sterilità. Sylvie riconosce di avere a che fare con un professionista molto conciliante. Ma per otte-

nere così una gravidanza, basta talora rivolgersi a un medico non troppo curioso: una ginecologa dei quartieri chi di Parigi riconosce che, a partire dal momento in cui un uomo e una donna si presentano assieme al suo studio non può affatto esigere la prova «che facciano bene l'amore l'uno con l'altra». Basta anche accettare di pagare il prezzo del proprio desiderio: mentre le banche dello sperma valutano in genere 300 Franchi (70 mila lire circa)

ogni dose di «pillole», una donna di Grenoble ha versato 6000 Franchi (1 milione e 400 mila lire circa), dopo tre tentativi ha abbandonato i suoi progetti di maternità. Ed è esattamente questo che la montare la collera di Sylvie: «Se verrà votata la legge solo le donne che hanno soldi potranno soddisfare il proprio desiderio pagandosi il viaggio verso Paesi dove la legislazione è più soffice. Altre donne faranno ricorso a studi clandestini con tutto ciò che questo comporta».

Ma se si risponde che il legislatore, lui, ha pensato alla salute psichica del bambino che ha bisogno di un padre, lei replica che il suo «ha immagini forti di uomo intorno a lui con la televisione e la pubblicità, che ha un nonno e degli zii». E che oggi un bambino su tre, in Francia, vive in una famiglia monoparentale e che in materia di adozioni la legge non è altrettanto rigida: l'affidamento di un bambino è permesso alla donna sola.

# Un patto di 150 Paesi contro la morte per fame

Si riuniranno per stringere un patto. Governi e rappresentanti di oltre 150 paesi del mondo, più di mille delegati, tecnici, esperti, organizzatori non governativi, tutte le razze e tutti i colori degli uomini di questo pianeta. Il patto riguarderà la distribuzione delle disponibilità mondiali di cibo in modo che «nessun bambino debba più coricarsi affamato» e che nessun adulto sia più costretto a sopravvivere ai limiti dell'inedia, senza il beneficio di quella sicurezza alimentare che invece gli dovrebbe essere garantita dalla Dichiarazione universale dei diritti umani. L'assise in cui si cercherà di stringere questo patto è la Conferenza internazionale sulla nutrizione, organizzata a Roma, dalle forze congiunte della Fao, l'agenzia delle Nazioni Unite per l'agricoltura e l'alimentazione, e

dell'Onu, l'Organizzazione mondiale della sanità. L'apertura, questa mattina, della Conferenza (i lavori continueranno fino all'11 dicembre presso la sede della Fao, a Roma) è stata affidata al Pontefice, che parlerà in mattinata e ai direttori generali delle due agenzie, Edouard Saouma per la Fao e Hiroshi Nakajima per l'Onu. Che hanno comunque affidato a una dichiarazione contenuta in un documento congiunto, il compito di sancire gli obiettivi a lungo termine dell'incontro. «Per la prima volta nella storia», si legge, «i governi riuniti in un forum internazionale, verrà chiesto di andare oltre i problemi attuali della fame e della sopravvivenza, per concentrarsi con decisione su quelli della nutrizione e della salute». Preceduta da un lavoro di preparazione durato tre anni, la Conferenza ha i suoi ele-

menti di punta in una Dichiarazione e un Piano d'azione mondiali sulla nutrizione, il cui testo definitivo dovrà essere approvato nella giornata finale. Ma il presupposto di partenza è già ben noto e, ormai, non più discutibile: «è la povertà e non la mancanza di cibo la causa fondamentale della fame e della malnutrizione. Nel mondo esiste cibo sufficiente per tutti. Il problema è che non tutti possono accedervi in ugual misura». A quasi vent'anni dalla Conferenza mondiale sull'alimentazione del 1974, durante la quale venne lanciata la prima sfida planetaria alla fame, i tassi che costituiscono il mosaico della carenza di cibo si sono andati sottilmente modificando. Per trasformarsi, oggi, in un insieme di contraddizioni. Contraddizioni che sono fatte di 780 milioni di persone, quasi un sesto della popolazione del pianeta, ancora oggi

Si apre oggi a Roma, nella sede della Fao, l'organizzazione delle Nazioni Unite per l'agricoltura e l'alimentazione, la Conferenza internazionale per la nutrizione. Ad organizzarla, oltre alla Fao, l'Organizzazione mondiale della sanità. La conferenza, che si apre con un discorso del Papa, si con-

cluderà l'11 dicembre con un patto sottoscritto dagli oltre centocinquanta Paesi partecipanti per lottare contro la fame. E i suoi nuovi aspetti. Primo fra tutti, la diminuzione relativa delle morti per sottoalimentazione e, assieme, l'aumento assoluto delle persone affamate.

giusto ignorare i progressi reali, i miglioramenti delle condizioni di vita, il calo della mortalità infantile e giovanile. Così come occorre considerare un indiscutibile successo il decremento della proporzione di sottoalimentati cronici, che è passata dal 36 al 20% negli ultimi vent'anni. Ma non si può neanche ignorare che non si tratta di miglioramenti equamente distribuiti. Il continente africano, ad esempio, è l'unico

che negli ultimi 25 anni non ha registrato cali nella percentuale di sottoalimentati e la cui media giornaliera regionale di calorie, (2085) si colloca di pochissimi punti al di sopra delle 2000 che sono considerate il minimo indispensabile per la sopravvivenza. L'Africa è l'unico continente che negli ultimi vent'anni ha visto crescere da 100 milioni a 168 milioni il numero assoluto di sottoalimentati cronici. E l'Africa, naturalmente è anche il continente della Somalia e del Mozambico, dove la fame non è il risultato di una catastrofe naturale (come si diceva una volta), ma di una gestione scientemente organizzata dell'accesso al cibo da parte delle milizie tribali che si contendono sanguinosamente il potere. Ma inseguendo il mosaico delle contraddizioni, ci si imbatte anche nel sorprendente aumento delle malattie da sovr'alimentazione: obesità, pa-

tologie cardiovascolari, tumori. Un aumento, però, che non riguarda più i paesi industrializzati, dove al contrario la tendenza si è invertita, ma, ancora una volta, i paesi emergenti. I Caraibi, ad esempio, registrano un preoccupante incremento dell'obesità tra adulti (soprattutto donne) e bambini. L'ipertensione imperverosa tra i benestanti dell'Africa orientale, le malattie cardiovascolari in Messico e in India. E infine, capovolgendo ancora il caleidoscopio della fame mondiale, ritroviamo negli strati deboli della popolazione dei paesi ricchi gli stessi problemi di sottoalimentazione e carenze nutrizionali che - quanto meno in un'usura così esasperata - sono stati nei decenni trascorsi appannaggio esclusivo dei paesi «sottosviluppati».

Così la fame e la malnutrizione hanno progressivamente cambiato fisionomia. Non sono più il risultato di una maledizione divina, della furia incontrollabile della natura o della mancanza di un progresso tecnologico, comunque raggiungibile. Diventano piuttosto la conseguenza di sprechi, di cattiva distribuzione, di logiche di mercato internazionale impercettibili per un bambino sudanese o una contadina del Nepal. «Il benessere nutrizionale deve costituire un obiettivo chiave per il progresso dello sviluppo umano. Deve essere al centro dei piani e delle strategie socio-economiche di sviluppo», così recita la Dichiarazione mondiale sulla nutrizione. Si rinvieranno in mille per stringere un patto e portare a fondo la più grossa offensiva mai sferrata contro la fame. L'obiettivo è riuscire a modificare sensibilmente le cose entro il 2000. Il tempo stringe.

**EVA BENELLI**

cronicamente sottoalimentati. Di 190 milioni di bambini che soffrono gravemente per malnutrizione proteico-energetica, e che ne muoiono al ritmo di 36.000 al giorno, quando ormai il progresso tecnologico consente una produttività agricola largamente sufficiente per tutti. C'è poi il grande pozzo della cosiddetta «fame nascosta», non più sottoalimentazione, ma cattiva nutrizione, fatta di alimenti troppo poveri

in quei micronutrienti indispensabili alla buona salute. Si tratta di un pozzo che ingoia almeno due miliardi di esseri umani, per i quali significa anemia da ferro (più di un miliardo e mezzo le vittime), carenza di vitamina A (ne sono colpiti almeno 500.000 bambini all'anno), cretinismo e ritardo mentale da carenza di iodio (non meno di venti milioni di persone). D'altra parte non sarebbe

giusto ignorare i progressi reali, i miglioramenti delle condizioni di vita, il calo della mortalità infantile e giovanile. Così come occorre considerare un indiscutibile successo il decremento della proporzione di sottoalimentati cronici, che è passata dal 36 al 20% negli ultimi vent'anni. Ma non si può neanche ignorare che non si tratta di miglioramenti equamente distribuiti. Il continente africano, ad esempio, è l'unico