I QUADERNI DI SCIENZA & VITA®

3

VENIRE AL MONDO

ASSOCIAZIONE SCIENZA & VITA®
ALLEATI PER IL FUTURO DELL'UOMO

Venire al mondo

Venire al mondo oggi non è un evento scontato, il cui buon esito dipende solo dalla salute della madre e del bambino. Il mondo in cui il piccolo nato deve entrare, oggi, lo può infatti rifiutare: perché è stato concepito nel momento "sbagliato", o in una situazione "sbagliata", oppure perché non "è venuto bene" ed è un "prodotto difettoso". La nascita di un bambino ha così perso completamente il suo carattere originario di esperienza naturale e collettiva, cioè la sua funzione di garante della continuità nel tempo di un gruppo umano, e nelle nostre società la procreazione è diventata un fatto squisitamente privato, frutto di una scelta individuale della madre, per cui il figlio è l'esaudimento di un desiderio, non un fatto di rilevanza sociale. Quindi è la madre che, su informazione e consiglio dei medici, decide se accogliere il nuovo nato o rifiutarlo.
Proprio per questo la gravidanza e il parto hanno assunto una dimensione di medicalizzazione esasperata, in cui l'attesa non è rivolta a un figlio, ma al "figlio desiderato", che quindi non solo deve nascere al momento voluto, ma anche corrispondere alle aspettative di chi l'ha voluto.
Ma, come ha scritto Marcel Gauchet, il "figlio desiderato" – grande novità della modernità, che ha messo in atto nelle nostre società una mutazione antropologica così profonda da toccare la concezione stessa di essere umano – può realizzarsi solo creando il suo opposto, cioè il "figlio rifiutato". L'aborto, più ancora della contraccezione, garantisce la possibilità che nascano solo "figli desiderati" nel momento desiderato, mentre la diagnosi prenatale serve anche a eliminare i bambini malati, imperfetti, quelli che non corrispondono al desiderio.
Venire al mondo, dunque, significa oggi passare indenni al setaccio del desiderio della madre e del controllo dei medici, non più l'esito naturale di un rapporto sessuale. La trasformazione di fondo che ne deriva – come ha messo in luce

acutamente Luc Boltanski – il venir meno del concetto di uguaglianza e di dignità di tutti gli esseri umani: “la nozione di comune umanità perde allora tutto il suo senso e una inquietudine permanente rischierebbe di situarsi sulla questione di sapere dove passano, o piuttosto, senza dubbio, dove devono passare, le frontiere di umanità. Al limite, l’appartenenza, una volta per tutte, all’umanità non sarebbe più ovvia, per nessuno” . Dopo duemila anni, quando cioè – sottolinea sempre Boltanski – si mise fine allo statuto diverso di umanità attribuito fino ad allora agli schiavi, si è riaperta questa questione antropologica che ci fa vivere con inquietudine e alla quale dobbiamo continuamente portare una risposta: il nostro venire al mondo e il nostro essere riconosciuti come esseri umani sono diventati dubbi e la nostra stessa appartenenza al genere umano è discussa.
Infatti, per permettere l’aborto e per risolvere la questione morale a essa sottesa – cioè l’infrazione del divieto di uccidere – si è dovuto negare al feto il riconoscimento di persona umana. Questo problema di fondo è stato risolto da filosofi utilitaristi come Michael Tooley e Peter Singer enfatizzando la distinzione fra esseri solo coscienti ed esseri autocoscienti, e quindi considerando privi di valore umano sia gli individui senzienti come i neonati sia i feti umani in fase avanzata di gravidanza. Pertanto, questo punto di vista teorico non solo giustifica moralmente l’aborto, ma arriva ad ammettere anche l’infanticidio che, almeno per un breve periodo successivo alla nascita, è considerato, in caso di handicap, praticabile in alcuni paesi europei come l’Olanda. In questi casi, non potendo difendere di per sé la legittimità morale dell’atto, si applica la logica del minore dei mali, intendendo la morte come male minore rispetto alla malattia.
In Italia la situazione è diversa, almeno in teoria, come dimostrano i pareri in proposito messi a punto nel 1998 dal Comitato nazionale di bioetica : “se considerato nei riguardi diretti dell’interessato principale, il nascituro, il problema bioetico abbia una sola via di scioglimento, fondata sul suo

diritto di nascere e sul ‘dovere’ di tutti coloro che ne sono in grado di porgergli aiuto”. E più avanti: “Sembra doversi affermare che il diritto a nascere una volta raggiunta la capacità di vita autonoma vada riconosciuto a chiunque, essendo improponibile, proprio sul piano etico, operare una selezione, in ordine alla sopravvivenza, fra esseri umani in base al loro grado di salute”.
Ma oggi la possibilità di diagnosi prenatali più avanzate e quella di rianimare neonati anche di peso inferiore ai cinquecento grammi hanno reso più difficile l’applicazione della legge 194 e posto sul fronte della rianimazione neonatale nuovi problemi, che cerchiamo di affrontare in questo Quaderno partendo da un caso particolarmente significativo, quello “del bambino di Careggi” (si veda l’articolo di Morresi). Intorno a questo caso si dipartono più questioni: da una parte, la diagnosi prenatale e i problemi, medici ed etici, a essa connessi, dall’altra, la rianimazione di feti, abortiti e non, nati prima della venticinquesima settimana. Sono due questioni che in questo caso, così come in molti altri, si intrecciano – essendo la prima, cioè la diagnosi prenatale, la causa dell’altra, la nascita/aborto come prematuro – implicando nodi etici complessi come il rapporto fra innovazione scientifica e intervento sulla vita umana; e, ancora più in generale, il senso della gravidanza e del parto, la loro “naturalità” e il diritto per ogni essere umano di venire al mondo.
E ci pongono di fronte a un problema morale cruciale: è giusto impedire la venuta al mondo di neonati malati, di esseri umani dei quali si può fondatamente ipotizzare una cattiva “qualità della vita” futura? Naturalmente, noi rispondiamo che non esiste vita “indegna di essere vissuta”, e che a questo si dovrebbero ispirare i medici che devono intervenire nelle situazioni controverse. Ma senza cadere nell’errore opposto, quello che possiamo chiamare “accanimento terapeutico”.
La diagnosi prenatale, da strumento prezioso per prevenire e guarire malattie, si può trasformare in elemento disumanizzante della gravidanza (Duden) o in strumento di

selezione (Romano, Di Pietro e Serebovska, Noia). Si apre qui il problema degli effetti pericolosi che può provocare una eccessiva, e spesso inutile, medicalizzazione di un processo naturale come quello della gravidanza.
Altra questione esaminata è quella delle cure da dedicare ai "grandi prematuri", cioè ai neonati che non arrivano a contare venticinque settimane di gestazione, e che ora, se pure solo in parte, possono essere salvati. Bisogna però decidere non solo se ci siano le condizioni base per tentare un salvataggio, ma anche se il neonato eventualmente salvato non soffrirà di gravi e invalidanti menomazioni: in tal caso, è stato giusto mantenerlo in vita a ogni costo? Su quest'ultimo problema le soluzioni che proponiamo – se pure sostanzialmente favorevoli alla cura e alla rianimazione – sono un po' diverse: Bellieni è convinto che, dato che in sala parto nulla o quasi sappiamo del futuro del singolo bambino, una chance di sopravvivenza vada data a tutti; le linee guida elaborate dal Policlinico Gemelli sono lievemente più restrittive e consigliano di evitare, in certe situazioni drammatiche ben definite, quello che può essere considerato "accanimento terapeutico".
Guerrini ci apre al confronto con quanto avviene in proposito in altri paesi europei, mentre Poggi si interroga sul diritto alla tutela della salute sancito nella nostra Costituzione, di fronte a casi che si possono considerare di "strapotere" della ricerca medico-scientifica.
Ancora una volta, al centro della nostra riflessione è il valore della vita di fronte alle nuove possibilità offerte dalla scienza, cuore di ogni problema etico contemporaneo. Che si fa particolarmente delicato quando si tratta degli esseri umani più deboli e indifesi: i feti e i neonati prematuri.
(dall'introduzione di Lucetta Scaraffia)