

L'INTERVENTO

Anche il bimbo che non può avere il tumore è selezione della specie

di FELICE ACHILLI
CLEMENTINA ISIMBALDI*

L'articolo del professor Giuseppe Remuzzi, apparso in prima pagina sul Corriere del 14 maggio, può apparire a un lettore sprovvisto come la più ragionevole e lucida modalità di approccio al desiderio di un figlio cui si voglia risparmiare una malattia. In realtà non affronta il problema, né lo risolve. Lo scopo della diagnosi, in medicina, è di permettere la terapia, non di sopprimere il malato. La scienza non è (e non lo sarà mai) in grado di ridurre a zero il rischio di malattia.

Nel caso londinese, si è

trattato del rischio di sviluppare il retinoblastoma (tumore della retina che può provocare cecità). L'Autore dimentica che da un lato gli embrioni soppressi avrebbero potuto in seguito non esprimere il tumore (Harbour JW 2001), dall'altro - cosa ancor più grave - che la tecnica della fecondazione assistita, cui la coppia si è sottoposta, annovera tra i suoi effetti a distanza proprio lo sviluppo di retinoblastoma, come segnalato su Lancet (Moll AC., 2003). La questione è quindi più complessa di quanto la si voglia far apparire. Nella stessa pagina del Corriere, viene ospitato il parere del professore D'Agostino che contesta l'eticità della scelta. Oltre che non etica (gli embrioni portatori del rischio sono stati uccisi), la posizione fatta propria da Remuzzi, appare poco scientifica.

Si è deciso per la fecondazione assistita (in assenza di sterilità) perché i genitori "avrebbero potuto trasmettere al bimbo il cancro", e "il bimbo avrebbe avuto il 50% di probabilità di avere il tumore". Immaginiamo cosa sarebbe la medicina se tale criterio fosse universalmente applicato. Oggi infatti quando la probabilità di un evento

negativo, o viceversa del successo della terapia, sono sovrapponibili (50%) si impone una scelta positiva, non rinunciataria, nella ricerca ancora possibile (1 su 2) della guarigione. Perché non è lo stesso con l'embrione? La ragione vera è ideologica: il retinoblastoma ereditario, proprio perché tale, può essere monitorato nella sua insorgenza durante l'età a rischio (0-36 mesi), non è letale ed è curabile: con i trattamenti conservativi oggi a disposizione, circa il 90% dei casi conduce una vita

normale ed ha una buona sopravvivenza. Certo, può dare cecità, ma chi ci autorizza a negare la vita ai non vedenti o previsti tali? La selezione anche quando mossa dal legittimo desiderio di avere un figlio sano si risolve in una discriminazione fra persone che hanno uguale diritto di esistere. L'eugenetica selettiva è stata già attuata in epoche non lontane ed è sempre stata il segno di una decadenza della civiltà. Senza mai ottenere i risultati promessi: infatti "man mano che si procederà nella mes-

sa a punto dei marcatori genetici, si dimostrerà che tutti gli embrioni sono in un modo o nell'altro anormali" (J. Testard). Impostata in questi termini la questione acquista ben altro spessore, sicuramente più adeguata a un essere umano e non risolvibile con la selezione genetica prima, né con l'aborto poi. Fra tutte, l'affermazione più assurda: "da noi i medici che hanno scelto di curare le malattie devono rinunciare a una delle cure più efficaci" esprime da sola la scorrettezza metodologica di chi scrive. In tale contesto "curare le malattie" o "le cure più efficaci" divengono sinonimi di dar la morte, selezionare em-

brioni. Strano modo di curare, di far medicina, in altre parole, morte della medicina stessa, perché laddove si confonde la cura della malattia con l'eliminazione del paziente non c'è più spazio per la scienza medica. La medicina è nata dalla curiosità di rilevare patologie, studiarle e dare sollievo con salti di conoscenza mossi dall'imperativo morale di dare benessere a chi è malato. Senza questo pungolo la medicina ha fine.

Su una cosa concordiamo: chi è malato vuole guarire, non essere ucciso prima che la malattia si esprima.

*Medici dell'associazione
Medicina e Persona