

SOCIETÀ E ISTITUZIONI

**LA FECONDAZIONE
ASSISTITA**

**Documenti del
Comitato Nazionale per la Bioetica**

**PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER L'INFORMAZIONE E L'EDITORIA**

SOMMARIO

Presentazione	5
----------------------	---

PARTE PRIMA

1. Problemi della sterilità e tecniche di fecondazione assistita	11
2. Aspetti sociologici	47
3. Aspetti psicologici	61
4. Implicazioni giuridiche	73

PARTE SECONDA

5. La bioetica, il suo metodo argomentativo e la sua applicazione alle varie forme della fecondazione assistita (S. Stamatì)	87
6. Etica della fecondazione assistita (F. D'Agostino)	130
7. Problemi etici della fecondazione artificiale (E. Sgreccia)	144
8. Implicazioni etiche nel campo della fecondazione assistita (E. Lecaldano)	180

PRESENTAZIONE

Presentando, il 17 giugno 1994, il Parere del CNB sulle Tecniche di Fecondazione Assistita, il Presidente Adriano Ossicini metteva in chiaro come ciò che veniva sottoposto all'attenzione delle forze politiche e culturali del paese non fosse un «documento finale» sul tema, ma solo la parte che concerneva le sintesi e le conclusioni su cui, dopo lunghi dibattiti, il CNB era giunto a concordare. Il Comitato, aggiungeva Ossicini, era consapevole di derogare in tal modo alla prassi stabilita da anni, che era sempre consistita nell'offrire ai lettori documenti «compiuti», ma tale deroga era apparsa ben giustificata al CNB, a causa dell'intenso dibattito sviluppatosi nel paese su queste tematiche e comunque dell'obiettivo urgenza del tema. Peraltro, aggiungeva il Presidente Ossicini, il CNB era concorde nel ribadire il proprio impegno a pubblicare in tempi brevi il parere analitico e completo, in modo da garantire una comprensione più approfondita dei vari orientamenti presenti all'interno del Comitato stesso, orientamenti il cui divario, nel documento di sintesi, a causa dell'unanime desiderio di fornire con sollecitudine un testo chiaro e soprattutto unitario, era stato significativamente e concordemente attenuato, anche dove venivano proposte differenti soluzioni normative.

Publicato quindi, nel giugno del '94, il «documento sintetico» sulla F.A., il CNB ha continuato alacramente, nella seconda metà dello stesso anno, a impegnarsi sul tema, mettendo definitivamente a punto vari capitoli del preannunciato «documento analitico»: quello che illustrava le singole tecniche di F.A., quello che rifletteva sulla loro rilevanza sociologica e psicologica, quello che metteva in rilievo i problemi di compatibilità ordinamentale che sorgono a partire dal diffondersi sociale delle nuove forme di procreazione. Parallelamente, venivano sottoposti all'attenzione dei membri del CNB diversi documenti di lavoro sulle problematiche specificamente bioetiche della F.A.; documenti elaborati, su mandato della Presidenza, anche in tempi diversi, da singoli membri del CNB, col concorso, in alcuni casi molto significativi, di altri colleghi. Alcune parti di questi documenti bioetici sono anche giunte a essere oggetto di discussione in sedute plenarie del Comitato, ma per nessuno di essi si è arrivati a una discussione completa ed esauriente. Si è anzi ben presto avvertita la notevole diversità teorica e metodologica di questi documenti di lavoro e di conseguenza è andata sempre più diffondendosi tra i membri del Comitato l'opinione che non fosse possibile e forse nemmeno opportuno tentare di unificare questi diversi documenti bioetici in un unico capitolo sintetico: si è pensato che fosse più corretto metodologicamente presentare ai lettori non uno, ma diversi capitoli bioetici sulla F.A.,

quasi a rendere tangibile la molteplicità dei possibili approcci dialettici a questo tema.

Alla fine del 1994 scadeva il mandato del CNB e la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha proceduto, come è noto, a rinnovarne la composizione. Alcuni membri del CNB hanno visto esaurirsi il loro mandato, altri sono stati confermati, altri ancora sono stati chiamati per la prima volta a farne parte: nelle ultime pagine di questo fascicolo il lettore troverà l'elenco completo dei membri del Comitato, nelle diverse fasi della sua composizione. Il CNB si è quindi trovato a fronteggiare un nuovo problema. Non è apparso corretto sottoporre a ulteriori discussioni del CNB, nella composizione che esso ha assunto a partire dal primo gennaio 1995, un materiale elaborato, nei mesi precedenti, da parte di un Comitato dalla composizione significativamente diversa. Nello stesso tempo non è apparso sensato archiviare tutto questo materiale, senza pubblicarlo, sia perché esso costituiva il frutto di un lavoro particolarmente intenso, sia perché era unanimemente ritenuto di notevole livello scientifico e bioetico. Di conseguenza, dopo ampia discussione, il CNB nella seduta plenaria del 17 febbraio 1995 concordava con la proposta del Presidente di procedere comunque alla pubblicazione di questi materiali, avvertendo però il lettore della nuova situazione che si era venuta a creare e della anomalia (peraltro non grave) da riferire alla loro elaborazione. Il materiale che qui si pubblica non possiede quindi la compiutezza e l'organicità che sarebbero state auspicabili per un testo di tale rilevanza e che probabilmente si sarebbero ottenute ove non si fosse determinato il rinnovo del CNB. In particolare va segnalato al lettore che i capitoli bioetici di questo fascicolo — come dovrebbe essere ben chiaro dall'indice — vanno essenzialmente attribuiti ai loro singoli redattori (e ai loro eventuali collaboratori) più che al CNB in quanto tale. Va peraltro contestualmente rimarcato come gran parte dei capitoli di questo documento abbia ricevuto unanime consenso da parte dei membri del Comitato. In sostanza, sembra a chi scrive e in generale a tutti i membri del CNB, che l'anomalia della elaborazione di questo «documento analitico» non ne diminuisca la rilevanza bioetica, ma richieda unicamente al lettore di buona volontà qualche ulteriore cautela ermeneutica, lo sforzo cioè di discernere nelle pagine che seguono diversi livelli e diverse modalità di elaborazione, di discussione, di approvazione. Resta comunque fermo che non esiste alcuna contraddizione tra le tesi che vengono presentate e argomentate nelle pagine che seguono e la loro formulazione sintetica affidata alle pagine del documento approvato il 17 giugno 1994.

Il documento si articola pertanto in cinque capitoli. Il primo ha un carattere strettamente tecnico e scientifico: è stata elaborato, tra gli altri, dai Proff. Bompiani, Cittadini, De Cecco, Flamigni, Isidori, Menchini Fabris e sottoposto a ulteriore e minuziosa revisione dalla Prof.ssa Coghi.

Segue un capitolo sociologico, elaborato dalla Prof.ssa Rossi Sciumè e numerose volte rivisto e integrato, dal CNB, grazie anche agli apporti dei Proff. Flamigni, Lecaldano e Viano.

Il capitolo psicologico è stato curato dai Proff. Gaddini e Ossicini e dal dott. Bartolomei e integrato a partire da precise osservazioni dei Proff. Flamigni, Isidori e Nordio.

Questi tre capitoli, nella loro redazione attuale, che si sottopone all'attenzione dei nostri lettori, sono stati sottoposti a revisione globale da parte di Adriano Ossicini e approvati unanimemente dal CNB.

Il capitolo giuridico è stato elaborato da chi scrive, a partire da documenti di lavoro redatti dai Proff. Barni, Dalla Torre, Rescigno e Romano e successivamente è stato discusso da un gruppo di lavoro che comprendeva i Proff. Barberio Corsetti Ferrando, Landriscina, Loreti Beghè. Sottoposto a accurata rilettura in seduta plenaria, questo documento è stato più volte rivisto ed emendato e infine ha ottenuto unanime approvazione, con la riserva del Prof. Lecaldano.

Il capitolo etico non ha invece, come si è detto, carattere unitario: i quattro paragrafi in cui si articola sono stati elaborati da singoli membri del CNB (D'Agostino, Lecaldano, Sgreccia, Stammati) e di fatto non sono mai stati sottoposti a delibere in sedute plenarie del Comitato. Al documento redatto dal Prof. Sgreccia hanno dato significativi contributi i Proff. Fiori, Isidori, Manni, Rossi Sciumè. Al documento Lecaldano hanno contribuito anche i Proff. Ferrando, Flamigni e Viano. Nel documento D'Agostino figurano osservazioni dei Proff. Cattorini e Nordio. Il documento elaborato dal Prof. Stammati è stato da lui rimesso a punto ai fini di questa pubblicazione e quindi può risultare diverso nella forma (ma non certo nella sostanza) dalla bozza di documento che nel settembre 1994 era stata sottoposta all'attenzione dei membri del CNB.

Il lettore potrà forse percepire con stupore o con disappunto come il CNB non sia di fatto giunto a opinioni unanimi proprio per quel che riguarda la riflessione strettamente bioetica in tema di F.A. e potrà forse osservare che la pubblicazione di ben quattro capitoli diversi al riguardo assume una valenza preoccupante, rendendo esplicita una fondamentale indecisione del CNB in una materia di tanta delicatezza e gravità. Un'osservazione del genere, naturalmente, sarebbe non solo legittima, ma anche non priva in linea di principio di un suo fondamento. Mi sia consentito però di richiamare l'attenzione del lettore più sulle convergenze che sulle divergenze che emergono dalle pagine di questo documento. Si tratta di convergenze significative, che vanno colte però sul piano degli orientamenti di principio, più che su quello delle singole opzioni concrete e operative che da questo documento possono emergere.

Non c'è dubbio, infatti, che da questo documento emergano opzioni etiche diversificate. Esse però, a ben vedere, non hanno un carattere conflittuale, ma contengono in se stesse i criteri per una integrazione reciproca, che possono rendere compossibili — sia pure con molti sforzi — gli orizzonti etici particolari. Tutti i membri del CNB concordano infatti nel ritenere meritevole di

difesa la relazionalità interpersonale. E in particolare tutti ritengono che un significativo valore bioetico possieda la difesa dei soggetti deboli, cioè dei soggetti che nel complessificarsi delle relazioni interpersonali corrono concretamente il rischio di veder indebitamente sacrificate le proprie spettanze e al limite la propria identità. Per procedere alla individuazione concreta dei soggetti deboli dobbiamo certo percorrere un lungo cammino. Ma in linea di principio possiamo osservare quanto segue:

a) deboli sono in primo luogo i soggetti malati, coloro cioè che chiedono, rivendicando una spettanza fondamentale riconosciuta in tutte le dichiarazioni internazionali: la difesa del loro diritto alla salute. Deboli sono gli uomini e le donne sterili, che ricorrono alla F.A. come terapia (nel senso lato del termine) della loro sterilità e che in virtù della assoluta peculiarità della loro debolezza sono particolarmente esposti al rischio di essere frodati, sfruttati o comunque sottoposti a trattamenti sanitari indebiti. Deboli sono i pazienti inadeguatamente informati dei rischi, dei costi e delle alternative reali alle pratiche di F.A. Deboli sono i pazienti lasciati soli, che non trovano nel sistema sanitario pubblico un luogo nel quale il loro problema venga preso sul serio e, se possibile, risolto;

b) debole è il nascituro da pratiche di F.A. In quanto la sua debolezza è totale, è a lui che il diritto deve rivolgere la più attenta considerazione. Quel medesimo diritto alla salute che riconosciamo all'uomo e alla donna sterili, dobbiamo a fortiori riconoscerlo al nascituro: egli non solo ha il diritto alla tutela più piena della sua salute, ma ha il diritto a che le pratiche di F.A. che stanno a fondamento della sua nascita siano pratiche autenticamente sanitarie e non sperimentali; ha cioè il diritto a nascere con un patrimonio genetico non manipolato. E ancora ha il diritto a non veder lesi né incrinati, in virtù delle circostanze della sua nascita, i suoi diritti fondamentali di cittadinanza (come oggi si suole dire): anche al nato da F.A. il diritto deve riconoscere ciò che riconosce a ogni nato da fecondazione naturale, il diritto cioè ad essere accudito e educato da coloro che ne hanno voluto la nascita (e qui si colloca la questione della responsabilità del partner che abbia acconsentito a una F.A. eterologa nei confronti del nato) e il diritto di quest'ultimo di poter porre pubblicamente la questione della sua identità personale, di conoscere cioè il nome dei propri genitori genetici. Quale debba essere il rango di questo diritto (in Svizzera è assunto al rango di diritto costituzionale) e quali le eventuali ricadute dell'esercizio di questo diritto in ordine all'assunzione delle responsabilità genitoriali legali da parte del donatore dei gameti sono chiaramente questioni ulteriori, particolarmente complesse e che ammettono diverse forme di soluzione; ma nessuna soluzione può avere un carattere propriamente giuridico e garantistico, ove non implichi la rinuncia di principio da parte dell'ordinamento a ogni forma di disparità di trattamento nei confronti di chi sia nato da F.A.;

c) esiste infine un'ulteriore categoria di soggetti, interessati alle pratiche di F.A., ma a carico dei quali è ben difficile riscontrare una forma

di debolezza analoga a quelle cui abbiamo or ora fatto cenno. Alludo alla richiesta di F.A. da parte di persone che non sono sterili e per le quali la F.A. avrebbe un carattere tipicamente manipolatorio e non terapeutico: le donne anziane, le donne sole, le donne omosessuali, le donne che volessero ricorrere a F.A. solo per garantire al nascituro il possesso di alcuni specifici (e a volte mistificanti) caratteri genetici e last but not least gli uomini che volessero sperimentare una gestazione addominale...Non è qui in questione — si badi bene — la valutazione etica di queste richieste (valutazione che peraltro dovrebbe essere attentamente diversificata). Mi limito a riscontrare come tutte queste richieste abbiano un carattere relazionale sicuramente sui generis e fuoriescano, per dir così, dalla logica relazionale che sta alla base della fecondazione umana e che per l'appunto dà a questa esperienza un carattere umano profondo. E' in ordine a queste ipotesi che i dissensi tra i membri del CNB si sono manifestati nel modo più caratteristico.

In tal modo non si è affatto voluto, da parte di chi scrive, riportare a unitarietà posizioni bioetiche che sono, ed è bene che restino, distinte. Si è voluto solo sottolineare come nel campo dell'etica in generale, come più in particolare della bioetica, il dissenso non implichi affatto l'incomunicabilità, e come esso non legittimi in alcun modo la cristallizzazione del dibattito. Il vecchio motto scolastico, *contra impugnantes principia non est disputandum*, se possiede una sua pregnanza in ambito logico, non possiede alcuna giustificazione in ambito etico e bioetico. E questo non tanto perché il dialogo sia una tecnica per conquistare la verità (anche se ci piacerebbe che così fosse, dobbiamo pur ammettere che nessuno è mai riuscito a dimostrarlo), ma perché è una tecnica per la comunicazione interpersonale. E la verità -quale che sia il suo statuto o quale che sia l'idea stessa che della verità ci sia dato elaborare- o è comunicativa o non è. Le stesse discussioni, accanite e appassionanti, che si sono svolte e che continuano a svolgersi in seno al CNB ne sono una prova lampante.

Roma, 17 febbraio 1995

Il Presidente
Francesco D'Agostino

PROBLEMI DELLA STERILITÀ E TECNICHE DI FECONDAZIONE ASSISTITA

Sterilità: considerazioni generali

Le tecniche di procreazione assistita trovano applicazione nel trattamento della sterilità laddove esse rappresentano l'unico trattamento possibile (indicazioni assolute) o quando rappresentano una modalità per aumentare in modo aspecifico le possibilità di successo (indicazioni relative).

Sembra opportuno premettere alcune considerazioni generali sulla sterilità per potere meglio valutare l'apporto di queste nuove tecnologie nell'allargare l'area di intervento terapeutico.

In una definizione molto ampia, la sterilità significa l'assenza involontaria di concepimento dopo un certo numero di mesi di rapporti sessuali non protetti (generalmente 24 mesi).

Si ritiene che nei Paesi industrializzati circa il 15-20% delle coppie impieghino per concepire più tempo di quanto sarebbe l'atteso.

La probabilità di concepire si ottiene utilizzando gli indici di fecondabilità (possibilità di concepire in un ciclo) elaborati secondo un modello matematico su molti campioni di popolazione (1).

La fecondabilità media nelle coppie giovani è di circa il 25% per ciclo.

Il tempo è pertanto un elemento essenziale da considerare: dopo due anni di tentativi circa il 19-20% delle coppie presentano problemi a concepire. Di queste, circa il 4% rimarranno sterili (concluderanno o avrebbero concluso cioè, la loro vita senza figli) ed il 15% sarà subfecondo, impiegherà cioè più tempo a concepire (3-4 anni circa) di quanto sarebbe necessario ad una coppia normalmente fertile.

Oltre al tempo, come variabile prognostica, va anche considerata l'età della donna: il rischio di sterilità di una donna di 35-44 anni appare il doppio rispetto a quello di una donna di 30-34 anni.

Esiste una vasta letteratura che studia l'andamento della sterilità: lavori anglosassoni (3, 4) come pure lavori francesi (5) sono concordi nel constatare nel tempo una non significativa variabilità percentuale di donne sterili. Secondo i dati di Mosher e Pratt infatti il numero di donne sterili tra 35 e 44 anni è passato da 454.000 a 620.000 dal 1982 al 1988, ma in realtà, nei due periodi considerati, la percentuale di donne sterili di quella età non varia significativamente (21% circa). Il fenomeno è dovuto alla posposizione dell'epoca del concepimento, alla maggior sensibilizzazione sociale al problema, alla più accurata capacità diagnostica e terapeutica attualmente disponibile.

Volendo rapportare queste considerazioni alla realtà italiana, tenendo conto di un tasso di matrimoni pari allo 0,5% della popolazione nazionale, cioè di 300.000 nuovi matrimoni, dopo due anni di rapporti non protetti avremo circa 60.000 coppie che non hanno concepito: di queste circa 26.000 richiederanno una consulenza specialistica (6).

Nella conduzione di una coppia infertile vanno tenuti in attenta considerazione i dati sopra riferiti per modellare efficacemente nel tempo l'intervento terapeutico.

La diagnostica prevede indagini secondo protocolli ben strutturati che porteranno alla precisazione dei vari fattori patologici della sterilità.

La distribuzione delle cause di sterilità, derivate da inchieste epidemiologiche in Paesi industrializzati è visibile nella seguente tabella:

CAUSE DI STERILITÀ	PERCENTUALI DI COPPIE CHE NE SONO AFFETTE
Fattore ovulatorio	20-29%
Anomalie tubariche	15%
Endometriosi	6%
Fattore cervicale	3%
Anomalie spermatiche	21-24%
Altre cause maschili	2%
Turbe della sessualità	6%
Sterilità inspiegata	18-28%

Nella precedente tabella non figura espressa la possibilità della concomitante presenza di fattore maschile e femminile che secondo l'OMS si verifica in un terzo dei casi, a sottolineare ancora una volta come sia la coppia il soggetto cui fare riferimento in ogni tappa dell'iter medico e come sia difficile dimostrare il ruolo giocato da ciascuno dei due componenti.

Le strategie di trattamento prevedono, dopo una accurata formulazione diagnostica, un programma terapeutico mirato in funzione della causa da rimuovere.

La terapia potrà essere medica: ad esempio nei casi di sterilità anovulatoria sarà necessario indurre una ovulazione, naturalmente dopo aver rimosso le cause che possono interferire nell'ovulazione spontanea (iperprolattinemia, eccesso o difetto di peso, ecc.)

Nel caso di patologia tubarica dovrà essere preso in considerazione il ricorso alla microchirurgia, ove questa offra dei margini di maggior successo rispetto alle tecniche di procreazione assistita.

Il ricorso alle nuove tecniche di fecondazione assistita si attua quando le coppie non sono riuscite a concepire dopo un adeguato periodo di tentativi o quando la fecondazione assistita rappresenta l'unico trattamento possibile.

Esistono pertanto indicazioni assolute e relative. Sono indicazioni assolute:

– assenza di spermatozoi non suscettibile di trattamento medico e chirurgico. In questi casi la coppia potrà concepire solo ricorrendo al liquido seminale di un donatore; soluzione analoga si prospetta per le coppie dove il partner maschile, portatore di un rischio genetico, non voglia trasmettere questo alla prole.

– la menopausa precoce, in cui non si può disporre di ovociti, o i casi nei quali non si voglia trasmettere alla prole un rischio genetico di cui è portatore il partner femminile: la coppia potrà ottenere una gravidanza utilizzando ovociti donati.

– assenza delle tube o tube irrimediabilmente danneggiate.

Tra le indicazioni relative le più frequenti sono: la subfertilità maschile e la sterilità da cause sconosciute.

In questo capitolo il CNB ha preso in esame le varie tecniche di fecondazione assistita, limitandosi alle nozioni che sono sembrate necessarie per la comprensione dei problemi organizzativi, giuridici ed etici connessi con l'argomento in oggetto e rinviando alle trattazioni specifiche, elencate in bibliografia, coloro che fossero interessati a conoscere ulteriori dettagli.

Le tecniche di fecondazione assistita (F.A.) possono essere divise in «minori» e «maggiori», vuoi in rapporto al coinvolgimento della coppia, vuoi in relazione alla complessità delle metodiche e alla loro “invasità”. Si fa ricorso alle tecniche maggiori quando queste rappresentano l'unico trattamento possibile di sterilità, o quando le “normali” modalità terapeutiche, dopo un ragionevole tempo di attesa ed una corretta valutazione dell'età della donna, non hanno avuto successo. Una tappa pertanto molto delicata e di responsabilità, preliminare ad ogni trattamento di FA, è costituita dalla selezione delle coppie — tappa che dovrebbe valutare le indicazioni più opportune per ogni tipo di intervento e per ogni coppia — sulla base di criteri standardizzati che consentano, tra l'altro, una possibilità di confronto tra le differenti unità operative.

Le tecniche minori sono:

- inseminazione intracervicale (ICI - Intra Cervical Insemination);
- inseminazione intrauterina (IUI - Intra Uterine Insemination);
- inseminazione intraperitoneale (IPI - Intra Peritoneal Insemination);
- inseminazione intratubarica (ITI - Intra Tubal Insemination).

Le tecniche maggiori sono:

- trasferimento dei gameti nelle tube, eseguito per via laparoscopica (GIFT Gamete Intra Fallopian Transfer);
- trasferimento dei gameti nelle tube eseguito per via transvaginale (TOST Tubal Ovocyte and Spermatozoa Transfer);
- trasferimento dei gameti nell'utero (GIUT Gamete Intra Uterine Transfer);

- fecondazione in vitro e trasferimento degli embrioni in utero (FIV-ET - Fertilization In Vitro and Embryo Transfer) (*);
- fecondazione in vitro e trasferimento di zigoti nelle tube (ZIFT - Zigote Intra Fallopian Transfer);
- fecondazione in vitro e trasferimento di embrioni nelle tube (TET - Tubal Embryo Transfer);
- microiniezione di spermatozoi sotto la zona pellucida e trasferimento degli embrioni così ottenuti in tuba o in utero (SUZI Sub Zona Insemination);
- iniezione di spermatozoi intracitoplasmatica e trasferimento degli embrioni così ottenuti in utero (ICSI Intra Cytoplasmic Sperm Injection);
- prelievo chirurgico di spermatozoi direttamente dall'interno delle vie genitali maschili (MESA - Mycrosurgical Epididymal Spermatozoa Aspiration) e successiva TET o FIVET o SUZI o ICSI;
- maternità surrogata.

Con le tecniche FIVET, ZIFT, TET, SUZI e ICSI la fecondazione avviene al di fuori dell'organismo materno.

Tutte le tecniche sopra elencate possono essere effettuate utilizzando i gameti della coppia (**riproduzione omologa**) o gameti/embrioni donati (**riproduzione eterologa**).

Si precisa che tra le varie tecniche, la fecondazione eterologa non costituisce una terapia del coniuge sterile, bensì la sostituzione del suo contributo biologico per la procreazione.

Valutazione dei partners precedente il ricorso alle tecniche di riproduzione assistita

Esami riguardanti la donna

In assenza di una valutazione recente delle condizioni generali di salute delle pazienti, prima di procedere all'esecuzione di qualsiasi tecnica di fecondazione assistita, è opportuno escludere la presenza di condizioni patologiche che rappresentano un rischio per la eventuale gravidanza indotta o per le quali la gravidanza può rappresentare un evento peggiorativo della eventuale patologia di cui la donna risultasse portatrice.

Si valutano pertanto la funzione cardio-circolatoria, il metabolismo glucidico, l'omeostasi emocoagulatoria, la funzione epatica e renale, i parametri emocromocitometrici, gruppo e fattore Rh, screening per microcitemia, VDRL, studi microbiologici e sierologici per i virus dell'epatite virale, della rosolia, il toxoplasma gondii, il cytomegalovirus, i retrovirus, il virus della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

(*) Con il termine di embrione si intende qui riferirsi anche gli stadi preimpianto. Per una trattazione complessiva dei vari aspetti della questione dell'embrione si rimanda ad un prossimo documento del CBN.

Uno studio microbiologico del tratto genitale distale prevede la ricerca per: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*.

Altre indagini preliminari mirano ad esplorare le strutture e la funzionalità dell'apparato genitale della donna. Esse comprendono: isterosalpingografia (ISG), valutazione della funzione ovulatoria mediante dosaggio emiluteale di progesterone (Pg) e/o biopsia endometriale e/o identificazione del picco preovulatorio dell'ormone luteinizzante (LH).

Per molti Autori non si dovrebbero più eseguire isterosalpingografie, ma solo laparoscopie ed isteroscopie (nonché, in casi particolari, falloppioscopie).

Nel caso di donatrici (di età non superiore ai 35 anni) oltre ad una anamnesi accurata per malattie costituzionali ed ereditarie vanno eseguiti tutti i precedenti esami tranne l'ISG. Di rigore l'esecuzione del cariotipo.

Esami riguardanti il marito/donatore.

Delle questioni riguardanti l'accertamento dello stato di salute del marito e la valutazione del liquido seminale — in caso di fecondazione omologa — si è già riferito (v. anche il documento «Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche» del CNB pubblicato nel maggio 1991). Si ricorda comunque il criterio di normospermia secondo la WHO 1992 (9): si considerano normospermici i soggetti con un volume di 2.0 ml o più di liquido seminale con una concentrazione di spermatozoi non inferiore a 20M/ml, con una motilità progressiva non inferiore al 50% o con una motilità rapidamente progressiva non inferiore al 25% a 60', con una percentuale di forme normali non inferiore al 30%. Per valori inferiori il soggetto viene considerato dispermico.

Molto più complesse risultano essere le problematiche connesse con l'utilizzazione di donatori sia sul piano medico legale, che su quello giuridico ed etico.

La selezione dei donatori prevede un'anamnesi personale accurata per malattie ereditarie e costituzionali, il cui rischio è maggiore in determinati gruppi etnici. Inoltre l'età dei donatori deve essere compresa tra i 18 e i 40 anni.

Gli esami ai quali devono essere sottoposti i donatori riguardano le loro condizioni di salute: emocromo, velocità di eritrosedimentazione (VES), azotemia, glicemia, transaminasi, colesterolemia, gruppo sanguigno con fattore Rh, VDRL, screening per microcitemia, markers per i virus dell'epatite, HIV con controllo ripetuto a 60 e 180 giorni, glucosio-6-fosfato-deidrogenasi (G-6-PD), urine, cariotipo (10).

Un secondo gruppo di esami riguardano la loro fertilità: esame seminologico con spermiocoltura e ricerca di *Chlamydia* e *Mycoplasmi* da ripetersi dopo 60 e 120 giorni, test di fertilità, test di scongelamento dopo un giorno ed una settimana ($\geq 50\%$ della motilità iniziale). È opportuno eseguire preliminarmente accertamenti di ordine psicologico riguardanti in particolare: il tempo, sufficientemente lungo, trascorso dal momento della decisione di donare il

seme e le sue motivazioni, le fantasie riguardanti gli eventuali figli biologici, il parere della partner.

Il numero massimo di nati per donatore secondo le raccomandazioni SIFES (11) è di 5 nati in cinque differenti famiglie, mentre per l'American Fertility Society (10) e per il Regno Unito (12) il limite è di ≤ 10 nati per donatore.

Si ritiene opportuno conservare la documentazione relativa alle caratteristiche biologiche e cliniche del donatore, mantenendo però rigorosamente l'anonimato. A tale proposito è necessaria la compilazione di una cartella clinica che, contenga, in particolare, il questionario genetico, le caratteristiche fisiche e le abitudini di vita.

I risultati dell'esperienza belga e francese mostrano come la maggior parte delle gravidanze con seme di donatore si verifichi entro i primi 6 cicli pur restando significativamente elevati i tassi cumulativi di gravidanza anche dopo 12 mesi di inseminazioni (13).

Interventi preliminari

Prima di illustrare le tecniche di fecondazione assistita già elencate, è necessario prendere in considerazione i trattamenti che vengono praticati per un'adeguata preparazione sia della donna che dell'uomo e verranno perciò illustrati i problemi relativi a:

- 1) metodi di raccolta del seme
- 2) tecniche di trattamento del seme
- 3) tecniche di conservazione del seme:
 - congelamento
 - refrigerazione
- 4) crioconservazione degli ovociti
- 5) stimolazione ovarica.

1. Metodi di raccolta del seme

Generalmente il seme impiegato per le varie tecniche di fecondazione assistita viene raccolto mediante masturbazione in un contenitore sterile.

Appare opportuno tenere conto della corrente di pensiero cattolica, e quindi annotare che la raccolta del seme può essere effettuata nel corso di un normale rapporto sessuale, utilizzando un particolare condom perforato (SCD: Seminal Collection Device HCD Corp. USA) di materiale atossico (silicone), che permette da una parte la parziale, naturale deposizione del seme in vagina, e dall'altra la raccolta di una sufficiente quantità di seme qualitativamente soddisfacente. Ciò consente di evitare la dissociazione tra momento unitivo e procreativo, che è alla base delle obiezioni poste dal Magistero Cattolico alle metodiche di fecondazione assistita.

Per i casi in cui il paziente è affetto da agenesia dei dotti deferenti, con conseguente impossibilità alla progressione degli spermatozoi nelle vie genitali,

è stata messa a punto una tecnica microchirurgica di prelievo dei gameti maschili direttamente dall'epididimo (MESA).

La tecnica è molto invasiva e fino ad ora ha dato risultati molto discordanti da Centro a Centro. Rimane però l'unica possibilità per tentare una fecondazione assistita omologa nei soggetti con agenesia dei deferenti.

2. Tecniche di trattamento del seme

Le diverse tecniche di fecondazione assistita oggi disponibili presuppongono un adeguato pretrattamento del liquido seminale (L.S.).

Con le tecniche di trattamento del seme per le fecondazioni assistite il primo fondamentale obiettivo che ci si propone è proprio quello di avviare il processo di capacitazione, mediante la separazione dei nemaspermi dal plasma seminale in terreni di coltura idonei a tale scopo. Quest'ultimo passaggio è comune a tutte le tecniche.

Altri obiettivi sono costituiti da: *a)* possibilità di concentrare il maggior numero di nemaspermi in un piccolo volume; *b)* selezione dei nemaspermi con le migliori caratteristiche di motilità e morfologia, miglioramento della motilità nemaspermica; *c)* ottenimento di un campione esente da contaminazioni.

È facile comprendere come questi ultimi obiettivi siano particolarmente importanti nei casi di sub fertilità maschile (9).

L'esame delle singole tecniche di miglioramento del seme esula, ovviamente, dagli interessi di questo elaborato. Appare comunque opportuno segnalare come le metodiche più in uso per la preparazione del liquido seminale utilizzino la cosiddetta tecnica dello «swim-up» da pellet o la centrifugazione su gradiente discontinuo di Percoll.

Va ricordato infine, che oltre alle tecniche in cui il miglioramento delle caratteristiche del seme viene ottenuto mediante la selezione delle forme migliori sotto l'aspetto della motilità e della morfologia, sono state sperimentate varie sostanze che, aggiunte al preparato spermatico, dovrebbero comunque migliorare le caratteristiche funzionali intrinseche del gamete maschile.

Concludendo, si deve riconoscere che le tecniche di selezione del seme costituiscono un momento importante nell'attuazione delle diverse tecniche di fecondazione assistita, compresi i diversi tipi di inseminazione. Soprattutto nell'ambito delle sostanze in grado di migliorare le caratteristiche di motilità intrinseca dei nemaspermi potranno in futuro registrarsi successi, sino ad ora insperati, nella terapia delle dispermie.

3. Tecniche di conservazione del seme

La richiesta sempre crescente di inseminazioni omologhe ed eteroghe da parte di coppie con problemi di sub-fertilità o sterilità maschile, ha comportato la necessità di garantire una ripetibilità del trattamento utilizzando campioni che offrono uno standard costante dei parametri di base.

Questa possibilità di “conservare” un campione idoneo per poterlo poi utilizzare per più di una inseminazione, o per più cicli, si è concretizzata con l'avvento delle tecniche di congelamento del liquido seminale. In tal senso negli ultimi 40 anni si è dovunque affermata la pratica di inseminazioni con sperma congelato in apposite Banche.

Le situazioni cliniche che si avvalgono di questo trattamento del liquido seminale (L.S.) sono:

- la vasectomia;
- le inseminazioni intraconiugali di soggetti sub fertili;
- la richiesta di congelamento prima di trattamenti chirurgici demolitori o di radium e/o chemioterapia;
- le inseminazioni con seme di donatore.

In molti Paesi dove la sterilizzazione mediante vasectomia è considerata una pratica contraccettiva, si è avuta una diffusione di servizi e centri di conservazione, per offrire a tutti coloro che lo richiedono, questa forma di “assicurazione sulla fertilità”. Malgrado la sterilizzazione debba essere proposta come tecnica “irreversibile”, in realtà le richieste di desterilizzazione con varie motivazioni sono frequenti (10% nelle valutazioni nord-americane).

I frequenti fallimenti della microchirurgia e della ricanalizzazione dopo sterilizzazione nonché la possibile produzione di anticorpi anti-spermatozoo hanno fatto della crioconservazione un'interessante tecnica alternativa.

L'altra indicazione al congelamento, rappresentata dalle inseminazioni intraconiugali di soggetti sub-fertili, ha dato nella pratica risultati poco incoraggianti. Questa tecnica infatti, in campioni definiti “idonei” alla crioconservazione comporta una perdita della motilità che oscilla dal 15 al 50%. In soggetti con oligoastenospemia media o severa, anche dopo trattamenti terapeutici, le tecniche di crioconservazione non consentono un recupero sufficiente in termini di motilità e morfologia nemaspermica dopo scongelamento. Anche la raccolta di più campioni a distanza di tempo più o meno ravvicinata, pur aumentando il numero totale degli spermatozoi non consente, in definitiva, il recupero di un maggior numero di spermatozoi dotati di valida motilità.

La richiesta di congelamento da parte di pazienti affetti da neoplasie testicolari, morbo di Hodgkin o da glomerulopatie ecc. nasce dalla necessità di doversi sottoporre a terapie che alterano irreversibilmente, in questi soggetti, la funzione gonadica. I campioni provenienti da soggetti affetti da queste patologie talvolta possono, ancor prima di venir sottoposti a radium o a chemioterapia, mostrare un decremento così accentuato del liquido seminale che non è spesso possibile procedere ad una prova di congelamento.

La sola indicazione che rimane dunque tecnicamente valida, è in realtà l'utilizzazione del congelamento nelle inseminazioni con seme di donatore. I campioni, infatti, possono essere selezionati secondo i parametri migliori per la crioconservazione. Ma soprattutto nel caso specifico della donazione di gameti, è possibile effettuare un valido screening per le malattie a trasmissione

genetica e virale, come pure la scelta dei gruppi sanguigni e delle caratteristiche somatiche.

Nell'esperienza francese e belga i donatori vengono reclutati tra i donatori abituali di sangue o tra gli studenti. Di questi il 25% sono disposti a collaborare. Quelli che rifiutano adducono in genere problemi morali o giuridici, ma per lo più emozionali: il rifiuto di generare un bambino che non conosceranno. Una obiezione molto frequente è rappresentata dal timore che i figli così concepiti possano contrarre, in seguito, matrimoni con fratelli o sorelle e consanguinei e che la discendenza possa essere affetta da tare ereditarie. Ma tale probabilità, cui si accennerà più avanti, è assolutamente eccezionale a condizione che i donatori vengano utilizzati con una frequenza non eccessiva e per periodi di tempo non troppo lunghi (2-3 anni) (11).

Congelamento

Rinviando alla letteratura specializzata per la descrizione delle tecniche di congelamento specifico del liquido seminale, basterà in questa sede ricordare che i campioni seminali contenuti in *paillettes* congelate, vengano riportati a temperatura ambiente al momento dell'uso.

Prima e dopo lo scongelamento del liquido seminale, vanno valutate la percentuale ed il tipo di motilità nonché la morfologia nemaspermica. È stato ampiamente documentato che in soggetti normospermici la perdita di motilità dopo crioconservazione, viene valutata da un minimo del 15% ad un massimo del 50% (14). Se ne deduce che ogni campione ha una risposta individuale al congelamento.

Limiti del congelamento a lungo termine

Alcuni studi (15), hanno accertato una stabilità della percentuale di motilità spermatica dopo cinque anni di crioconservazione. Un liquido seminale con buoni parametri (una conta da 50 a 100 milioni/ml, con una motilità progressiva $\geq 60\%$; una percentuale di atipie nemaspermiche $\leq 40\%$; ed una prova positiva al congelamento) mostra solo piccole perdite di motilità e di percentuali di sopravvivenza durante il periodo di congelamento, con il passare del tempo. Ma la crioconservazione, oltre alla qualità del liquido seminale, deve anche garantire un'adeguata capacità "a dare gravidanza": nessuna differenza significativa si è notata nelle percentuali di gravidanze utilizzando liquido seminale rispettivamente congelato da sei mesi, un anno, tre anni e cinque anni.

Se la qualità dei campioni è tale da ottenere allo scongelamento uno spermogramma di 30M/ml di spermatozoi, con una buona percentuale di motilità rettilinea motilità, la percentuale di gravidanze per ciclo di AID (Artificial Insemination with Donor's semen) è praticamente uguale a quella ottenuta utilizzando seme fresco. È da sottolineare fra i vantaggi, anche la maggiore ripetibilità delle inseminazioni con seme scongelato.

L'utilizzazione per le inseminazioni di liquido seminale di donatore ottenuto solo da campioni congelati è comunque necessaria, per evitare la possibilità di

trasmissioni del virus HIV. Il congelamento del liquido seminale permette, infatti, di conservare i campioni fino a quando ogni singolo donatore — previamente selezionato in quanto negativo al test per HIV — non venga ulteriormente riesaminato per l'HIV.

Non è detto che questa metodologia continui ad essere impiegata in futuro in quanto è verosimile che nuove metodologie diagnostiche permetteranno una più rapida identificazione del virus.

Refrigerazione

Una nota a parte merita una tecnica messa a punto nel 1981 che consente di refrigerare a 5°C il liquido seminale per almeno 72-96 ore (14). L'esame del campione così trattato a 24, 48, 72 e 96 ore mostra una perdita di motilità solo intorno alle 96 ore. La refrigerazione del liquido seminale ha bassi costi, è di facile e rapida esecuzione, al contrario del congelamento che richiede procedure complesse e strumentazioni costose. È indiscussa, quindi, l'utilità di questa tecnica nei casi di impossibilità del marito ad essere presente al momento dell'inseminazione o anche nel caso in cui esistano dei problemi psicologici rispetto alla produzione del campione stesso.

4. La crioconservazione dei gameti femminili

La crioconservazione degli ovociti potrebbe teoricamente risolvere alcuni problemi etici e legali legati alle fecondazioni assistite (evitando, ad esempio, di ricorrere al congelamento degli embrioni), potrebbe consentire di semplificare i trasferimenti endotubarici dei gameti (evitando di dover ripetere le stimolazioni ovariche) e potrebbe consentire a donne che rischiano di perdere la funzione gonadica per esaurimento ovarico precoce, per malattie pelviche o per trattamenti chirurgici, radioterapici o chemioterapici, di conservare una fertilità potenziale. Solo in avvenire si potrà pensare di utilizzare Banche di ovociti ai fini di donazione.

La crioconservazione dei gameti femminili comincia a profilarsi come una alternativa concreta (se pur ancora in fase sperimentale) che può già da ora aumentare l'efficienza riproduttiva nei casi in cui, per motivi etici, si decida di inseminare non più di tre ovociti, o nei casi di momentanea mancata produzione del seme.

Le linee della ricerca sono attualmente orientate ad identificare lo stadio più precoce di sviluppo degli ovociti nel quale effettuare il congelamento compatibile con la possibile ripresa maturativa in vitro.

I risultati più promettenti si ottengono con la crioconservazione di ovociti maturi (circa 50-60% di sopravvivenza con una *fertilization rate* del 46%) (16). Per quanto si riferisce alla crescita in vitro di ovociti immaturi si è visto che ovociti di varie specie sono capaci di una maturazione in vitro: nei bovini ad esempio ciò è possibile se gli ovociti sono allo stadio di antro. In campo umano il gruppo di Norfolk ha dimostrato la capacità di ovociti allo stadio di profasi I di sopravvivere alla crioconservazione e di riassumere la meiosi con

possibile fertilizzazione, anche se non si è potuto esprimere un giudizio definitivo sulla reale potenzialità di questi ovociti di dare gravidanze (17).

Questa possibilità di usare ovociti non maturi amplierebbe molto la disponibilità di raccolta degli stessi non solo in ovaie stimolate ma anche in ovaie in fisiologica attività riproduttiva specie in fase follicolare. La crioconservazione degli ovociti è comunque una realtà ancora sperimentale: ad oggi sono state riportate cinque gravidanze dopo fecondazione di ovociti maturi crioconservati. Sono in corso numerose ricerche per valutare il potenziale rischio di errori cromosomici nel processo maturativo di ovociti crioconservati.

5. La stimolazione ovarica

L'induzione farmacologica della crescita follicolare multipla costituisce una tappa fondamentale delle tecniche di fecondazione assistita cosiddette «maggiori»; può venir utilizzata anche in cicli di inseminazione artificiale ed in questi casi si parla di «iperstimolazione controllata» a significare la misura entro la quale va mantenuta.

Prima di affrontare la trattazione delle varie tecniche fecondative riteniamo indispensabile, pertanto, fornire alcune indicazioni su tale trattamento che presenta aspetti giuridici ed etici di rilievo, che appariranno chiari procedendo nella esposizione.

L'utilità di indurre una crescita follicolare multipla deriva dalla osservazione che il tasso di gravidanza cresce in modo significativo parallelamente al numero di embrioni o al numero di ovociti trasferiti.

Le strategie di stimolazione ovarica sono numerose e tutte hanno la finalità di determinare una selezione e maturazione di più follicoli. I farmaci utilizzati sono quelli impiegati per l'induzione dell'ovulazione in soggetti con sterilità anovulatoria, ma gli obiettivi differenti impongono strategie diverse.

L'ampia variabilità biologica, non permette di fissare un protocollo di stimolazione ottimale: l'esperienza del singolo Centro appare il fattore determinante nella scelta di un determinato protocollo che va correlato alle particolari situazioni operative e agli standard individualmente raggiunti (18-19).

Quale che sia il protocollo utilizzato, gli obiettivi fondamentali della stimolazione ovarica sono:

- 1) la maturazione di più follicoli, morfologicamente e funzionalmente adeguati;
- 2) il recupero di più ovociti preovulatori di buona qualità;
- 3) la sincronizzazione dello stadio di maturazione endometriale e della crescita embrionale.

La risposta delle singole pazienti deve essere monitorizzata per due fini ben precisi: a) determinare la dose e la durata della stimolazione; b) stabilire il momento ottimale per il prelievo degli ovociti.

Le indagini comunemente utilizzate per valutare la risposta alla stimolazione sono il dosaggio dell'estradiolo e l'indagine ecografica.

TECNICHE DI RIPRODUZIONE ASSISTITA

In via preliminare va tenuto presente che queste tecniche possono essere attuate usando i gameti della coppia ed in questo caso si parla di inseminazione intraconiugale o omologa (AIH da Artificial Isemination with Husband's semen o secondo la più recente terminologia HI Husband Insemination) o usando i gameti di donatori ed in questo caso è definita eterologa o extraconiugale (AID da Artificial Insemination with Donor's semen o DI Donor Insemination) (20).

La sigla AID, storicamente precedente alla comparsa delle nuove tecnologie, è espressione della sola donazione del seme; è noto come attualmente anche gli ovociti e gli embrioni possono essere donati.

Inseminazione intraconiugale o omologa (AIH)

Il razionale delle AIH consiste nel tentativo di evitare una grave perdita di spermatozoi causata dal reflusso vaginale, la perdita di nemaspermi mobili dovuta all'acidità vaginale, e di migliorare la penetrazione di nemaspermi in cavità uterina, saltando la barriera cervicale.

Le indicazioni all'inseminazione intraconiugale sono molteplici. Per l'uomo esse comprendono: difetti anatomici del pene che rendono difficile o inattuabile il rapporto intravaginale, i difetti quantitativi e qualitativi dello sperma, isolati o associati, resistenti alla terapia, un ridotto volume di liquido seminale (di l ml), elevata viscosità refrattaria ai mucolitici, eiaculazione retrograda in vescica, l'impotenza.

Nella donna, l'indicazione più frequente è rappresentata dal deficit quantitativo e qualitativo del muco cervicale, dovuto ad esempio ad una riduzione delle ghiandole mucosecarnenti nella cervice, o alla presenza di infezioni batteriche, che alterano il pH e le altre proprietà chimico-fisiche del muco ostacolando la progressione degli spermatozoi.

L'inseminazione artificiale è stata anche impiegata empiricamente nelle coppie con sterilità inspiegata, che rappresentano il 15% circa delle coppie infertili.

Riguardo alla infertilità immunologica, il ruolo dell'inseminazione artificiale come trattamento di scelta, è comprensibile e appropriato quando gli anticorpi immobilizzanti gli spermatozoi sono localizzati soltanto in vagina o nel muco cervicale; appare invece poco utile, cosa peraltro frequente, quando gli anticorpi antisperma sono presenti nel siero, o in altre aree del

tratto riproduttivo, come il fluido tubarico, il fluido follicolare, la superficie degli ovociti o la cavità uterina.

Infine, esistono una serie di disfunzioni sessuali, come l'eiaculazione precoce, il vaginismo, l'impotenza e la dispareunia psicogene, per le quali è più indicato un intervento specialistico; il trattamento di inseminazione artificiale viene riservato ai casi refrattari.

Donazione di gameti (fecondazione eterologa)

La donazione di gameti rappresenta una possibile soluzione per le coppie la cui infertilità è dovuta ad un deficit dei gameti maschili o femminili non suscettibile di miglioramenti terapeutici e, come ad esempio, previsto dalla legislazione francese, anche per evitare la trasmissione al bambino di una malattia genetica particolarmente grave e inevitabile (10).

Riguardo a quest'ultimo aspetto la donazione di gameti è stata considerata come possibile strumento di prevenzione, con lo scopo di impedire il concepimento di individui affetti da malattie genetiche autosomiche o legate al sesso, dominanti o recessive. Tale pratica viene infatti frequentemente inclusa tra le opzioni proponibili alle coppie in cui uno o ambedue i componenti, secondo il tipo di modalità di trasmissione ereditaria, sono portatori di geni responsabili di gravi patologie.

La donazione di ovociti o di sperma, quando sono in causa patologie autosomiche dominanti come la Chorea di Huntington, la distrofia miotonica o il rene policistico (rischio teorico di prole affetta del 50%) evita la comparsa della malattia e la diffusione nella popolazione dell'allele responsabile. Lo stesso effetto si ottiene per le malattie recessive legate al sesso, come l'emofilia e la distrofia muscolare, alle quali si associa lo stesso valore di rischio. Per le malattie autosomiche recessive, come la fibrosi cistica e la talassemia beta (rischio di prole affetta del 25%) viene evitato, con queste modalità, il concepimento di individui affetti e viene limitata la diffusione dell'allele nella popolazione (Matessi, 1993: comunicazione personale).

Può trovare indicazione anche in alcune gravi incompatibilità Rh con antecedenti di morte endouterina del feto (MEF) (più rare dopo l'introduzione sistematica della profilassi di immunizzazione materno-fetale della madre).

Per la parte maschile sono segnalate in letteratura come indicazioni assolute le azoospermie escretorie o secretorie non trattabili e come indicazioni relative le oligoastenozoospermie. Per quest'ultima patologia dati molto interessanti sembrano derivare dall'impiego delle tecniche più recenti di micromanipolazione quali la SUZI e la ICSI: si potrebbe così avere la possibilità di usare il seme del marito anche in presenza di un deficit severo di spermatozoi. La donazione degli ovociti e degli embrioni nei suoi vari aspetti verrà trattata in un capitolo a parte.

TECNICHE MINORI

Inseminazione intracervicale (ICI, Intra Cervical Insemination)

Consiste nell'introdurre circa 0,5 ml di liquido seminale nel canale cervicale. Generalmente l'eiaculato viene utilizzato senza particolari manipolazioni. Oltre alla semplicità e al carattere poco invasivo, questo tipo di inseminazione ha il vantaggio di riprodurre più da vicino il processo naturale di reclutamento e selezione degli spermatozoi più mobili e morfologicamente normali, che di solito avviene a livello del muco cervicale (18-19).

Inseminazione intrauterina (IUI, Intra Uterine Insemination)

Viene effettuata introducendo in cavità una cannula flessibile di Brown o il dispositivo di Meckler fino a 0,5 cm dal fondo uterino iniettando lentamente un volume di 0,3-0,5 ml di liquido seminale pre-trattato.

I limiti di questa tecnica sono rappresentati dalla necessità di un'adeguata preparazione dello sperma in maniera da evitare effetti collaterali, dalle difficoltà tecniche che a volte si possono presentare in relazione all'anatomia del canale cervicale e dell'asse utero-cervicale, e dall'inconveniente maggiore di una "finestra" di inseminazione relativamente ristretta rispetto alla tecnica intracervicale, per cui è necessario individuare con grande precisione il momento dell'ovulazione (18-19).

Inseminazione intraperitoneale (DIPI, Direct Intra Peritoneal Insemination)

Consiste nella deposizione di circa 2 ml di liquido seminale già «capacitato», nel cavo del Douglas, attraverso il fornice vaginale posteriore. Le condizioni preliminari ed essenziali per il successo di questa tecnica sono: una normale ovulazione, la capacità degli spermatozoi di sopravvivere nel liquido peritoneale, una buona funzionalità tubarica nella captazione dell'ovocita e la pervietà della tuba stessa (18-19).

Inseminazione intratubarica (ITI, Intra Tubal Insemination)

Consiste nella deposizione mediante un catetere analogo a quello utilizzato per cateterismo tubarico durante le isterosalpingografie selettive, di liquido seminale «capacitato» nel tratto prossimale della tuba omolaterale all'ovaio sede

dell'ovulazione. Tale metodica permette di concentrare i nemaspermi nella tuba omolaterale all'ovaio sede dell'ovulazione. I risultati pubblicati su questa tecnica non hanno dimostrato un reale vantaggio rispetto alla IUI (18-19).

Timing

Il timing dell'inseminazione in queste tecniche minori varia a seconda della procedura utilizzata:

– nell'inseminazione intracervicale i risultati migliori si ottengono, comunque, quando l'inseminazione viene praticata 12-24 ore prima del momento ovulatorio, determinato in base alla temperatura basale e alle modificazioni del muco cervicale;

– nell'inseminazione intrauterina, invece, vengono presi in considerazione altri parametri ovulatori, quali il dosaggio quotidiano plasmatico in fase periovulatoria o, più semplicemente, il rilevamento semiquantitativo dell'LH urinario mediante un dosaggio rapido che può essere facilmente eseguito dalla paziente. Tenendo conto che l'ovulazione avviene circa 30-36 ore dopo il primo significativo rialzo dell'LH plasmatico o 24 ore dopo la comparsa del picco urinario, la maggior parte degli Autori suggerisce di effettuare l'inseminazione in un ciclo spontaneo, il 2° giorno dopo l'aumento del tasso plasmatico di LH;

– nell'inseminazione intraperitoneale, per aumentare le *chances* di fertilizzazione è preferibile indurre una super-ovulazione e determinare accuratamente il «timing» ovulatorio attraverso lo studio ecografico ed ormonale della crescita follicolare multipla, tenendo conto che il momento migliore per effettuare l'inseminazione è a distanza di 36-40 ore dalla somministrazione dell'hCG.

Risultati

I risultati dell'inseminazione intraconiugale variano molto, in relazione al tipo di fecondazione effettuata e al tipo di indicazione. Il suo uso è comunque controverso in quanto sono pochi gli studi controllati e randomizzati che ne documentino l'efficacia. La percentuale complessiva di gravidanze ottenute per coppia non supera in media, dopo 5-6 cicli, il 25% mentre la percentuale di gravidanze per ciclo è inferiore al 10%.

In relazione, invece, ai diversi fattori di infertilità, il tasso di concepimento è del 40% nel fattore cervicale, del 29% nel fattore maschile e del 22% nella infertilità inspiegata (risultati ai sei mesi, con iperstimolazione ovarica e seme preparato) (21).

TECNICHE MAGGIORI

Esistono una serie di tappe comuni alle varie tecniche maggiori di riproduzione assistita:

a) Selezione accurata della tecnica migliore per quella coppia.

b) Induzione farmacologica della crescita follicolare multipla: la resa di ogni tecnica migliora quando il numero di gameti o di embrioni trasferiti è superiore all'unità. Esistono vari protocolli di stimolazione ampiamente collaudati: la risposta è variabile e si calcola che nel 10-20% dei casi non è adeguata. Anche se la crescita follicolare appare asincrona, la proporzione maggiore di ovociti recuperati appare di tipo preovulatorio. Va monitorata con l'ecografia pelvica ed i dosaggi di estradiolo (v. stimolazione ovarica).

c) Prelievo ovocitario: consente il recupero dei gameti femminili che vengono identificati, classificati, incubati per un tempo variabile in funzione della maturità stimata e quindi o trasferiti immediatamente nel tratto ampollare delle tube (GIFT) o passati alla successiva fecondazione in vitro. Il rendimento di questa tappa è solitamente alto: attualmente si possono recuperare il 65% di ovociti in metafase II ed un 15% in metafase I tardiva. Può avvenire per via celioscopica o più comunemente ed efficacemente per via transvaginale sotto guida ecografica.

d) La preparazione del liquido seminale: contempla la sequenza delle stesse modalità per le varie tecniche. L'obiettivo è quello di selezionare gli spermatozoi con motilità adeguata, separandoli dalla parte corpuscolata delle vie escrettrici seminali, da eventuali coaguli e dal plasma seminale. Con tali tecniche si ottiene inoltre una concentrazione di spermatozoi in piccolo volume.

(Per i risultati veda più avanti il capitolo dedicato ai risultati delle tecniche maggiori).

FIVET (Fertilization In Vitro Embryo Transfer)

E' la prima tra le tecniche in ordine cronologico (1978): la FIVET comporta oltre alle tappe comuni già descritte, la fecondazione in vitro, la coltura degli embrioni nei loro primi stadi di sviluppo e il trasferimento degli stessi nella cavità uterina. L'indicazione primaria è rappresentata da una patologia tubarica congenita o acquisita non suscettibile di miglioramento con le attuali tecniche di microchirurgia.

Un'esame celioscopico dovrebbe precedere l'indicazione alla FIVET, specie se la situazione tubarica non è sufficientemente documentata dall'isterosalpin-

gografia e se si sospetta una eventuale endometriosi. Questo perché potrebbe crearsi una valida alternativa per la microchirurgia, valutando in quella determinata situazione il calcolo di probabilità di avere una gravidanza con l'intervento. Infatti, nei casi di patologia del tratto distale tubarico, attraverso una lisi delle aderenze, si possono avere risultati del 50-60%, mentre nella microchirurgia globalmente considerata il successo è di circa il 25% entro due anni. L'opzione pertanto, a seconda dell'età della paziente e del tipo di patologia, va decisamente in senso FIVET.

Un'altra forte indicazione alla FIVET è la presenza di un fattore maschile, specie se associato alla sterilità tubarica poiché il procedimento prevede un trattamento del campione di sperma finalizzato a selezionare gli spermatozoi più mobili e vitali per l'inseminazione degli ovociti. Se le tube sono funzionali si possono utilizzare altre tecniche di transfer quali la ZIFT o la TET.

L'età della donna ha un ruolo fondamentale sulla resa clinica delle tecnologie della riproduzione assistita. I risultati della FIVET in funzione dell'età evidenziano un declino del tasso di gravidanza e un aumento degli aborti nelle pazienti di età superiore ai 38-40 anni (22).

La tecnica della fecondazione in vitro (18-19) si può riassumere in alcuni punti essenziali:

1) Pick-up degli ovociti (85% dei casi stimolati) e stima del loro stadio maturativo. La morfologia del complesso cumulo-ovocita-corona radiata e dello stato nucleare permette di identificare almeno 4 stadi maturativi degli ovociti recuperati. La potenzialità di fecondazione in vitro di ogni classe di ovociti si correla con il grado di maturità.

2) Pre-incubazione. Questo intervallo tra il recupero degli ovociti e l'inseminazione consente ad un elevato numero di ovociti di maturare raggiungendo la metafase II e di completare la reazione corticale.

3) Inseminazione. Si utilizza un numero cospicuo di spermatozoi, separati con le solite tecniche, per ovviare alla mancata selezione naturale che in vivo avviene durante il passaggio del liquido seminale nelle vie genitali femminili e per ottenere un aumento della motilità che in vitro si verifica spontaneamente capacitando un elevato numero di nemaspermi.

4) Fecondazione. Gli spermatozoi e gli ovociti sono incubati per 12-18 ore: questo tempo è necessario alla "penetrazione" della zona pellucida degli ovociti da parte di spermatozoi capacitati e dipende essenzialmente da un corretto *timing* dei tempi di capacitazione e pre-incubazione.

5) Decoronizzazione. Processo meccanico che si effettua 15-20 ore dopo l'inseminazione per identificare l'avvenuta fecondazione (evidenza di 2 pronuclei) e che consiste nel liberare l'ovocita dalle cellule della corona radiata e dagli spermatozoi che si compattano attorno ad esso.

6) Valutazione qualitativa degli embrioni umani sviluppati in laboratorio (analisi morfologica citologica, biochimica). L'identificazione di quegli embrioni che hanno la potenzialità di impiantarsi e di dare un feto vivo e vitale rappresenta uno degli aspetti più delicati della fase del pre-impianto.

7) Transfer. Rappresenta l'ultima tappa del procedimento FIVET. Gli embrioni allo stadio di 2-4 cellule vengono trasferiti in utero dopo 48 ore circa dal prelievo ovocitario con un piccolo catetere per via transcervicale. Attualmente, anche secondo le direttive della SIFES (11), si trasferiscono un massimo di 3 embrioni alle donne sotto i 35 anni e un massimo di 4 embrioni a quelle oltre i 35 anni. È proprio nella fase di impianto che si registrano la maggior parte degli insuccessi.

I fattori embrionali chiamati in causa nella spiegazione di questo fenomeno sono rappresentati dall'età materna, dal tipo di stimolazione, dalle condizioni del prelievo ovocitario, dalla coltura, dal transfer e dalla qualità dell'embrione. Anche i fattori endometriali giocano un ruolo fondamentale nella percentuale di impianto. La causa dei maggiori fallimenti è legata alle ripercussioni sfavorevoli a livello endometriale della iperstimolazione realizzata dai trattamenti di induzione di crescita follicolare multipla.

Gli embrioni sovrannumerari vengono congelati per essere utilizzati in un successivo transfer. Per ovviare a questa situazione si è cercato di evitare di fertilizzare ovociti in eccesso, trasferendo tutti gli embrioni che si sono formati.

In alcuni Centri si esegue la FIVET anche in un ciclo spontaneo: è evidente che in questi casi la resa è molto bassa.

GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer: trasferimento intratubarico dei gameti)

Introdotta da Ash nel 1984, prevede oltre alle tappe comuni già descritte, il trasferimento per via laparoscopica nelle tube dei gameti maschili e femminili (18).

Questa metodica consente di superare le obiezioni etiche alla fecondazione extracorporea in quanto la fecondazione avviene, infatti, «in vivo», cioè all'interno dell'organismo della donna (nelle tube). La GIFT tende, quindi, a riprodurre i naturali processi di fecondazione dell'uovo e di transito dell'embrione verso l'utero, come avviene fisiologicamente. Pertanto viene ottimizzata la possibilità di una coordinazione tra lo sviluppo embrionario e la ricettività uterina all'impianto. Le sue indicazioni sono: infertilità inspiegata, endometriosi pelvica, i casi nei quali è presente un difetto della captazione tubarica dell'ovocita (ad es. per aderenze), fattore maschile lieve o moderato, presenza di fattore cervicale o immunologico, fallimento della AID semplice. Condizione permissibile è la presenza di almeno una tuba pervia e accessibile.

Fasi della GIFT: la paziente viene sottoposta ad un'induzione farmacologica della crescita follicolare multipla; 36 ore dopo l'induzione dell'ovulazione con hCG la paziente viene portata in sala operatoria dove le viene praticata una laparoscopia; durante l'intervento si prelevano gli ovociti che vengono studiati al microscopio; un catetere per ogni tuba viene poi caricato con gli ovociti più maturi (da 1 a 3) con spermatozoi precedentemente raccolti e preparati secondo le modalità già descritte; il catetere così caricato viene inserito durante lo stesso intervento laparoscopico, nell'ostio peritoneale della tuba depositando i gameti nel tratto ampollare.

Alcune variazioni alla tecnica classica oggi quasi generalmente seguite prevedono:

– prelievo ecografico degli ovociti e trasferimento laparoscopico dei gameti. Il prelievo ecografico degli ovociti, potendo essere eseguito anche in anestesia locale, consente di scegliere il momento migliore per effettuare il trasferimento dei gameti in base alla maturità degli ovociti. Infatti nei casi in cui gli ovociti raccolti per via ecografica presentino un basso grado di maturità è possibile incubarli fino alla completa maturazione e differire il trasferimento di qualche ora;

– prelievo ecografico degli ovociti e trasferimento transcervicale dei gameti (TOST). Il trasferimento transcervicale dei gameti può essere eseguito sia sotto controllo isteroscopico che a mano libera. In entrambi i casi non è necessaria anestesia generale. I tassi ottimali di gravidanze si ottengono trasferendo 4-5 ovociti; con la possibilità però di una maggiore incidenza di gravidanze multiple.

Sarebbe opportuno che le strutture che eseguono la GIFT dispongano anche di un adeguato laboratorio per la FIVET, e per la crioconservazione degli embrioni, nel caso in cui la GIFT non potesse essere per qualche motivo completata.

GIUT (Gamete Intra Uterine Transfer: trasferimento intrauterino di gameti)

Questa metodica proposta per la prima volta dal gruppo di Craft nel 1982, è stata recentemente rivalutata come alternativa alla fecondazione extracorporea in pazienti con riserve di carattere etico. Le fasi di induzione della crescita follicolare multipla, del prelievo ovocitario e della preparazione del liquido seminale, sono analoghe a quelle della GIFT ma con la GIUT i gameti vengono trasferiti in utero (e non nelle tube) dopo un periodo di incubazione non sufficiente alla fusione delle membrane dei due gameti. I risultati riportati (dal 5 al 15%) con questa metodica sono inferiori a quelli ottenuti con la GIFT; la tecnica può essere presa in considerazione in casi di fattore tubarico bilaterale.

ZIFT (Zigote In vitro Fallopian Transfer) e TET (Tubal Embryo Transfer)

Queste tecniche che consistono nel trasferimento tubarico di zigoti (ZIFT) o di embrioni (TET) sono state proposte sulla base delle ipotesi che l'ambiente tubarico sia più adatto per le prime fasi dello sviluppo embrionario e ne permetta un annidamento in utero cronologicamente più corretto di quanto potrebbe avvenire per il trasferimento da FIVET (18).

Inoltre rispetto alla GIFT possono offrire informazioni importanti sulla capacità fecondante degli spermatozoi, tanto che l'indicazione maggiore è rappresentata dalla presenza di un fattore maschile. Possono essere indicate anche nella sterilità immunologica e nei casi di fallimento di GIFT.

Nel tempo la ZIFT, dopo un'iniziale entusiasmo per suoi risultati, nei casi di patologia maschile è risultata, in studi prospettici e randomizzati, non superiore a quanto ottenibile con la FIVET (Gruppo di Bruxelles).

Micromanipolazione di gameti ed embrioni

La micromanipolazione dei gameti ha reso possibile il superamento delle complesse fasi della fecondazione che possono impedire il processo di fusione spermatozoo-ovocita (24).

La loro area di applicazione si situa dove è presente un severo fattore maschile (≤ 500.000 spermatozoi progressivi): si tratta di pazienti che non hanno i requisiti minimi per un programma di FIVET o che non hanno avuto fecondazione in precedenti tentativi di FIVET.

Le varie tecniche sono:

PZD (Partial Zona Dissection) 1991;

SUZI (Sub Zonal Injection) 1991;

ICSI (Intrac Cytoplasmic Sperm Injection) 1992.

La PZD consiste nel creare una breccia nella zona pellucida al fine di consentire la diretta interazione degli spermatozoi con l'ovocita; la SUZI, più invasiva della precedente, permette di superare la zona pellucida e di posizionare gli spermatozoi nello spazio perivitellino; l'ICSI consiste nella microiniezione di uno spermatozoo nel citoplasma dell'ovocita.

Hatching assistito

Rientra nelle manovre che si possono fare in micromanipolazione sull'embrione. Consiste nel creare una breccia nella zona pellucida di embrioni normali per aumentare le possibilità di impianto nell'ipotesi che alcuni embrioni non siano in grado, durante l'espansione della blastocisti, di uscire al di là della zona.

Può prevedere l'uso di mezzi chimici o fisici. Trova indicazione nel caso di aumento dello spessore della membrana pellucida, in funzione dell'età materna avanzata, del numero di fallimenti precedenti (26).

Crioconservazione degli embrioni

La crioconservazione di embrioni di mammifero iniziò nel 1972 e solo nel 1983 si è arrivati al primo successo in campo umano. L'avvento delle tecniche di fecondazione assistita, ma già la crioconservazione del seme, ha motivato gli studi sulla crioconservazione in quanto spesso con tali tecniche si ottiene un numero di ovociti e/o di embrioni superiore a quello ritenuto ideale per una resa ottimale del singolo ciclo di trattamento.

Nel registro USA-Canada 1991 gli embrioni congelati sono 4225, nel 1992 sono passati a 5354 con tendenza pertanto all'aumento (22).

Per la crioconservazione degli embrioni sono oggi disponibili quattro metodiche che differiscono per le concentrazioni del crioprotettore e la velocità a cui avviene il raffreddamento.

La crioconservazione, comportando un arresto temporaneo della maturazione embrionale, consente il trasferimento di embrioni in un ciclo successivo a quello in cui si è provocata la iperstimolazione ovarica: è probabile che il ciclo spontaneo determini condizioni di ricettività endometriale più idonee. Inoltre, può essere utilizzata nei programmi di donazione evitando rigorose e difficili sincronizzazioni tra donatrice e ricevente.

In generale, quindi, la possibilità di utilizzare embrioni crioconservati ha consentito di incrementare la probabilità di successo e di ridurre il rapporto costi/benefici relativo al singolo ciclo di trattamento.

Trasferimento di embrioni congelati

Dopo lo scongelamento, gli embrioni vengono classificati in base alla percentuale di blastomeri sopravvissuti.

Le possibilità di recupero degli embrioni congelati oscillano tra il 60-75% (è difficile esprimere un giudizio sulla percentuale di tale perdite in quanto a tutt'oggi non si è in grado di definire se essa è dovuta alla tecnica o a un difetto intrinseco dell'embrione. Vengono trasferiti in utero in un ciclo spontaneo, ma la maggior parte dei Centri preferisce preparare l'endometrio con la somministrazione di estrogeni e progesterone previo trattamento con analoghi del GnRH.

Le modalità di trasferimento sono le stesse descritte per la FIVET e possono prevedere il trasferimento di uno o più embrioni (in genere in numero di tre).

I risultati, secondo il Registro USA-Canada (1992), prevedono un 11.6% di parti, dati che risultano piuttosto uniformi tra i vari registri. I dati della letteratura sui nati con questa tecnica suggeriscono che le caratteristiche alla nascita e l'*outcome* perinatale di embrioni crioconservati non sono significativamente diverse da quelle che si osservano da nati da fecondazione in vitro (23, 27).

DONAZIONE DI OVOCITI

Le richieste fondamentali riguardano le disgenesi gonadiche, la menopausa precoce e il rischio di trasmettere difetti genetici al bambino; in alcuni casi, si tratta dell'impossibilità di raccogliere ovociti per la fecondazione in vitro (28). Attualmente le donazioni di ovociti non prevedono l'impiego di vere e proprie banche attrezzate per la loro conservazione, essendo la possibilità di congelare ovociti per un futuro impiego ancora in fase sperimentale.

La possibilità di eseguire ovo-donazioni è stata sperimentata con successo nei primati da Hodgen (1983) e nella donna da Lutjen (1984). In un limitato numero di Centri è stato successivamente messo a punto un programma di ovodonazioni, i cui risultati vengono pubblicati nella letteratura medica solo da pochi anni.

Le donatrici

Si possono ottenere ovociti per le donazioni nelle seguenti circostanze: interventi di sterilizzazione; laparoscopie; chirurgia pelvica in donne in età riproduttiva; procedimenti di fecondazione assistita in cui si ottenga un eccesso di ovociti. Nei primi tre casi, le pazienti possono dichiararsi disponibili a subire un trattamento preintervento di stimolazione ovarica per aumentare il numero di ovociti prelevabili. In alcuni casi, le donatrici sono persone conosciute (amiche, sorelle, ecc.) che volontariamente accettano il rischio di sottoporsi ad uno o più cicli (ognuno dei quali comporta trattamenti farmacologici di induzione dell'ovulazione, anestesia o analgesia, prelievo transvaginale degli ovociti) come atto oblativo.

Un'altra possibile fonte di ovociti è data da tessuto ovarico ottenibile, oltre che da adulti, anche da ovaie fetali o da ovaie di cadavere.

Le donatrici vengono generalmente prese in considerazione non solo dal punto di vista medico, ma anche da quello psicologico e sociale. Debbono essere selezionate donne di età inferiore ai 35 anni, perfettamente sane, sottoposte ad una serie di accertamenti già riferiti. I Centri cercano, nei limiti del possibile, di offrire ovociti provenienti da donne i cui caratteri somatici non differiscano troppo da quelli della ricevente.

Secondo la maggior parte dei Comitati Etici le donatrici non debbono essere pagate per la donazione.

Alcuni Centri americani offrono compensi modesti per ripagare delle spese sostenute e del tempo perso (complessivamente tra 500 e 2.000 dollari, il che

significa, circa il 20% del prezzo pagato dalla ricevente per ogni ciclo di trattamento). Alcuni Centri offrono un ciclo gratuito di fecondazione assistita come compenso per il dono degli ovociti in eccesso; in questo caso, in genere, le riceventi pagano tra i 15.000 e i 20.000 dollari per ciclo di trattamento. In Inghilterra alcuni Centri offrono una sterilizzazione gratuita come compenso per gli ovociti donati.

Metodologia

Le tecniche possono riguardare:

- la fecondazione in vitro con il seme del marito di uova donate e il successivo trasferimento nell'utero della donna che riceve la donazione (FIVET eterologa);

- l'inserimento delle uova donate e del seme del marito nelle tube della donna che riceve il dono (GIFT eterologa);

- l'inseminazione «in vivo» della donatrice con il seme del marito di colei che riceverà il dono; l'embrione (o gli embrioni, poichè la donatrice viene generalmente stimolata per indurre un'ovulazione multipla) viene raccolto con una tecnica di lavaggio delle vie genitali.

Quest'ultima tecnica, che qualcuno usa ancora soprattutto in Italia, viene molto criticata per via delle conseguenze negative cui la donatrice è esposta (impianti extra uterini; iperstimolazioni; impianti uterini con conseguente necessità di interrompere la gravidanza). Queste evenienze ne sconsigliano pertanto l'utilizzazione.

Le altre due tecniche sono evidentemente “complesse” e presuppongono che gli ovociti siano o immediatamente trasferiti in tuba o — e questa è la tecnica prevalente — immediatamente fecondati: è indispensabile pertanto che l'operazione di recupero e di utilizzazione degli ovociti avvengano nello stesso servizio.

L'attuale necessità di dover trasferire immediatamente (o di dover fecondare immediatamente) gli ovociti donati, rende evidentemente impossibile un comportamento analogo a quello che si tiene per il seme. Nel caso del seme è infatti prevista, per quanto attiene la possibile trasmissione dell'HIV, un'attesa di sei mesi e un controllo ritardato della sieropositività del donatore. Non esistono dati relativi alla possibilità di contrarre l'infezione da HIV attraverso la donazione di ovociti: per altro attualmente vengono utilizzati esami colturali che informano in merito alla presenza del virus su prelievi di sangue eseguiti 14 giorni prima della donazione.

Ovodonazione a donne di oltre 50 anni

In questi ultimi anni l'ovodonazione (e l'embriondonazione) hanno consentito a donne di età superiore ai 50 anni di avere un figlio. Ciò ha avuto, naturalmente, risonanze emotive molto intense.

I problemi che debbono essere considerati riguardano: i rischi della gravidanza per la salute fisica della madre; i rischi per la salute fisica dei nascituri dovuti alla maggior probabilità di parti pre-termine; i diritti dei bambini di essere allevati da genitori "normalmente giovani"; l'atteggiamento delle donatrici di ovociti; l'uso di risorse economiche che potrebbero essere utilizzate per trattare la sterilità di coppie più giovani.

Si è potuto constatare che l'evoluzione delle gravidanze in queste donne relativamente all'abortività è molto simile a quella osservata nelle donne in età fertile che si sottopongono a tecniche di FA, a riprova della grande importanza dell'età dell'ovocita e della relativamente scarsa importanza dell'età dell'utero ai fini di una normale gestazione.

La possibilità che la gravidanza minacci la salute della donna aumenta considerevolmente con l'avanzare dell'età. Tra il 1985 ed il 1987, in Gran Bretagna, la mortalità materna è stata pari al 5,3 per 100.000 gravidanze nelle donne di 20-24 anni e al 53,9 in quelle di oltre quarant'anni. Sopra ai 50 anni si può immaginare (non ci sono evidentemente dati) una mortalità pari al 100-200 per 100.000 gravidanze. Le donne con forte desiderio di maternità considerano questo rischio accettabile; inoltre i Centri che accettano donne ultracinquantenni sono tutti impegnati ad eseguire controlli clinici molto severi prima della gravidanza e nel corso di essa (29).

È comunque inevitabile che le donne meno giovani corrano un rischio maggiore di gestosi e di emorragie pre-parto e abbiano maggiori probabilità di partorire con taglio cesareo, col conseguente aumento di rischi dovuti all'intervento e all'anestesia. Nella casistica di Sauer e coll. (30), figurano due casi di pre-eclampsia e uno di diabete gestazionale. Nella casistica di Flamigni (31), i casi di gestosi sono numerosi.

Questa è la ragione che ha sollecitato la SIFES (11) a chiedere ai gruppi italiani che fanno fecondazioni assistite di sospendere le ovodonazioni alle donne di oltre 50 anni per il tempo necessario a verificare i rischi clinici reali.

Numerosi Comitati Etici consigliano di proteggere l'anonimato della donatrice anche se sono del parere che i Centri debbano conservare accuratamente le cartelle cliniche in analogia a quanto avviene per le Banche del seme. La letteratura è poi abbastanza concorde nel preferire le donazioni anonime a quelle "familiari", soprattutto per la difficoltà della donatrice a tenersi lontana dal bambino, una volta che questo è nato.

Madri surrogate

A confronto con le altre tecnologie della riproduzione, la maternità surrogata ha ricevuto scarsissima attenzione ed è quasi ignorata dalla letteratura medica. Infatti non esiste in letteratura nessun documento sul procedimento in sé, sulla percentuale di successi, sui problemi psicologici delle persone coinvolte, eccetera. Fanno eccezione le ricerche di alcuni psicologi relative alla selezione delle madri surrogate e alle loro risposte alla gravidanza, al parto e alla rinuncia al bambino ed esiste un lavoro retrospettivo in USA su 44 casi (32).

L'età media di queste donne è di 25 anni; la metà di esse è sposata, una su cinque è divorziata. Più della metà sono Protestanti e circa il 42% sono Cattoliche; più della metà ha fatto scuole medie superiori e una su quattro ha frequentato l'Università.

Ma la ragione fondamentale della mancanza di interesse scientifico è dovuta al fatto che questa metodologia si è sviluppata soprattutto sul piano commerciale, generalmente lontano dalle istituzioni mediche e che l'intervento tecnico non presenta significative varianti rispetto ad altri tipi di fecondazione.

Esiste divergenza sul modo più appropriato di definire questo particolare tipo di prestito o di affitto di utero (ma non solo di utero) poichè i termini proposti non riescono a definire completamente e semplicemente le varie situazioni possibili.

Solo per chiarezza, ci si riferisce a due tipi di maternità surrogata:

- a) madri che prestano il proprio utero;
- b) madri che prestano il proprio utero e donano i propri ovociti.

a) *Madri che prestano il proprio utero*

Esistono casi di donne che, pur avendo un normale patrimonio follicolare, non sono in grado di avere un figlio o per problemi di utero (assente congenitamente o per isterectomia; gravemente malconformato; ecc.) o per problemi di salute (diabete, ipertensione, nefropatie, cardiopatie) così gravi da controindicare una gravidanza. In questi casi, la donna può chiedere l'aiuto di una madre surrogata che accetti di portare avanti — per lei — una gravidanza e di consegnarle, alla nascita, il bambino. La tecnica si basa su una fecondazione in vitro eseguita con i gameti della coppia, con successivo trasferimento degli embrioni nell'utero della madre surrogata, vuoi sull'inserimento (per via laparoscopica o isteroscopica) dei gameti della coppia nelle tube della madre surrogata. Inoltre in alcuni casi si è dovuto far ricorso al seme di donatore per accertata sterilità del partner. In altri, dove è possibile, l'embrione è stato prelevato mediante lavaggio dell'utero della madre genetica per essere poi trasferito nell'utero della madre portatrice.

b) *Madri che prestano il proprio utero e donano i propri ovociti*

L'indicazione per la richiesta di questo tipo di madre surrogata è l'impossibilità di disporre dell'utero e di un patrimonio follicolare utilizzabile (come nel caso di una donna sottoposta a isterectomia e annessiectomia bilaterale).

Le altre indicazioni, tutte relative, sono le stesse considerate valide per una ovodonazione con in più quelle relative all'impossibilità di portare avanti una gravidanza (assenza dell'utero, malconformazioni uterine severe) o al grave rischio connesso con una gestazione (cardiopatie, nefropatie, ipertensione, ecc.).

In questi casi la tecnica consiste in una semplice inseminazione eterologa.

Attualmente è in esame una richiesta del Comitato Etico della *American Fertility Society* (20) di prendere in esame:

- gli effetti psicologici sulla madre surrogata, sulla coppia e sul bambino;
- gli effetti (eventuali) del possibile legame tra madre surrogata e feto in utero;
- gli esami necessari da eseguire preliminarmente sulla madre surrogata e sull'uomo che fornirà lo sperma;
- la possibilità che la madre surrogata non segua corrette regole igieniche in gravidanza;
- gli effetti dell'incontro (o del mancato incontro) tra la madre surrogata e la coppia;
- gli effetti della rivelazione (o della non rivelazione) al bambino delle modalità del suo concepimento.

Come si nota, la peculiarità di questo tipo di maternità è centrata soprattutto su preoccupazioni di ordine psicologico inerenti alla mancata certezza sui ruoli parentali così profondamente modificati.

RISULTATI DELLE TECNICHE MAGGIORI

Oggi è possibile analizzare i risultati mondiali e i contributi dei vari Paesi attraverso *reports* annuali. È chiaro che queste visioni di insieme offrono la dimensione del fenomeno, la possibilità di confronto sull'efficacia delle tecniche usate e sull'efficienza dei vari gruppi. È necessaria una successiva analisi più dettagliata in funzione dell'età, del tipo di patologia, del numero di embrioni trasferiti per un'applicazione sempre più efficace e puntuale.

L'esame dei risultati presenta una serie di incertezze difficilmente colmabili relative ai criteri di scelta dei casi trattati, alla difficoltà di omologare tra loro le procedure e alla scelta delle grandezze che si vogliono confrontare.

Al denominatore vengono indicati i casi entrati nello studio. Normalmente non entrano nello studio i casi cancellati (casi cioè che hanno iniziato il trattamento, ma non sono arrivati al pick-up — 18-20% nelle varie statistiche) mentre entrano i casi che hanno effettuato il pick-up o il transfer: la differenza tra i due modi di procedere prevede nella prima ipotesi il riferimento a tutti i prelievi di ovociti effettuati, nella seconda solo ai casi in cui è stato effettuato il transfer (90% circa) o in cui gli ovociti hanno presentato una maturità atta al trasferimento.

Al numeratore sono indicate le gravidanze ottenute e anche queste possono essere espresse come gravidanze cliniche (positività del test > 1000 U.I. BHCG e presenza di un sacco gestazionale all'ecografia) o come numero dei parti o dei nati vivi.

I dati che escono da questi vari confronti sono logicamente diversi e vanno tenuti presenti nelle varie situazioni in cui vengono utilizzati: ad esempio nella comunicazione alla coppia è evidente che diventa prioritario parlare in termini di nati vivi.

In Paesi di lunga esperienza i dati della FIVET (nati vivi per pick-up) oscillano tra il 7,8% (Australia) e il 13,4% (Canada). C'è da notare però che in Australia solo il 6% trasferisce più di quattro embrioni mentre, in Canada il 37%. Questa variabilità tra i risultati dei vari Centri offre ancora una volta la conferma della difficoltà di confrontare i dati tra i vari gruppi. Sembra pertanto opportuno che ogni gruppo oltre ad un riferimento ai risultati in generale conosca bene il rendimento delle varie tecniche in riferimento alle proprie esperienze.

Per avere un'idea delle dimensioni e dei risultati delle tecniche maggiori di FA riportiamo le tabelle relative ai risultati mondiali del 1991 (33).

WORLD RESULTS 1991

CENTRI	PICK-UP	TRANSFER	GRAV. CLINICHE	NATI VIVI/PICK-UP
760	138.238	116.200	126.411	19.316
FIVET	82.299	84,3%	18.1%	13.5%
GIFT	10.394	97%	29.4%	22.1%
ALTRE TECNICHE	6.066	84%	22.4%	15.8%

Tutte le statistiche riportano i risultati anche in funzione dell'età della donna: già dopo i 35 anni si ha un viraggio nei risultati, che si assestano su una riduzione di circa la metà dopo i 40 anni.

Si conoscono anche i risultati e pertanto le previsioni di attesa dopo la ripetizione di un certo numero di trattamenti. Il calcolo della *Cumulative Live Birth* con FIVET dà i seguenti risultati espressi anche in funzione dell'età (gruppo di Edwards, 1991) (34).

n° tentativi	1	3	5
25-29 anni	14%	35.2%	42.3%
30-34 anni	12%	32.6%	43.3%
35-40 anni	7%	17.2%	28.9%

Nella valutazione globale dei risultati va tenuta presente anche la possibilità di gravidanze ottenibili con il trasferimento di embrioni soprannumerari congelati in precedenti cicli: la possibilità infatti della crioconservazione può evitare di trasferire tutti gli embrioni se in eccesso, limitando da un lato il rischio delle gravidanze plurime e dall'altro permettendo di disporre di un tasso aggiuntivo di gravidanze senza ripetere il ciclo di stimolazione. Abbiamo già visto come la percentuale di recupero di embrioni scongelati oscilla tra il 60-75%, mentre la possibilità di gravidanza a termine è del 11.6% circa (23).

Nei casi di ovodonazione in donne in età fertile la percentuale dei nati vivi/pick-up è del 31.3%: il risultato si spiega con la buona qualità degli ovociti usati (donatrici < di 35 anni) (23).

Relativamente ai risultati di PZD e SUZI riferiamo la casistica di J. Coen su 647 cicli: è stato possibile fare un embryo transfer/ciclo nel 68% con 35% di gravidanze cliniche e un 32% di parti o di gravidanze in corso (35).

Per la ICSI riferiamo i dati del gruppo di Bruxelles su 300 cicli: sono stati possibili un 72% di embryo transfer/ciclo con un 30.4% di gravidanze cliniche (25).

COMPLICANZE E RISCHI DELLE TECNICHE DI RIPRODUZIONE ASSISTITA

Le tecniche di riproduzione assistita, come tutti gli atti medici, possono essere gravate da rischi e complicazioni; essi possono riguardare le terapie di stimolazione ovarica, l'anestesia ove necessaria, gli atti operativi, la gravidanza e il concepito.

Sindrome da iperstimolazione ovarica

È noto che la sindrome da iperstimolazione ovarica è una condizione esclusivamente iatrogena determinata dall'impiego di farmaci capaci di stimolare la funzione ovarica e vi è generale accordo nel ritenere che la sindrome sia innescata dall'effetto della gonadotropina corionica umana, esogena od endogena (gravidanza) sulle gonadi stimolate (18).

Gli aspetti clinici della sindrome, così come la sua morbilità, possono manifestarsi con differenti gradi di impegno di alcuni organi e sistemi omeostatici: sulla base dell'importanza delle manifestazioni cliniche e della valutazione di pertinenti parametri di laboratorio, è possibile identificare una forma lieve, una moderata ed una severa. L'evoluzione della sindrome è potenzialmente letale.

Con le tecniche di riproduzione assistita dove è prevista una superovulazione di varia entità — più modesta per le tecniche minori, più elevata per le tecniche maggiori — l'incidenza della iperstimolazione ovarica in queste ultime è calcolata intorno al 23% (7,6% circa lieve; 11,9% moderata; 3,9% severa (FIV-NAT France 1988) (27).

La progressione dei segni e dei sintomi della sindrome verso gradi di maggiore severità è quasi esclusivamente legata alla presenza della gravidanza. In assenza della gravidanza, solitamente, le manifestazioni cliniche della sindrome si limitano ai gradi meno severi e la risoluzione del quadro clinico è rapido e spontaneo.

Vanno, inoltre, ricordati i rischi di torsione dell'ovaio o di rottura di cisti ovariche, spesso nel corso di ridimensionamento delle stesse ovaie, che comportano un intervento chirurgico non necessariamente demolitore.

Un rischio potenziale, in presenza di sindrome da iperstimolazione ovarica, può essere rappresentato dalla rottura di cisti ovariche per incaute manovre semeiotiche, infezioni del liquido ascitico da paracentesi non sufficientemente accurate. Infine va ricordato il rischio di una non necessaria castrazione chirurgica da parte dei ginecologi o chirurghi non sufficientemente competenti.

Una panoramica sulla letteratura mondiale non ha permesso di stabilire alcuna relazione tra l'iperstimolazione in sé e la comparsa di malformazioni. Inoltre la possibilità di un rapporto tra iperstimolazione e cancro dell'ovaio non ha trovato una sicura conferma nella letteratura.

Rischi anestesiolgici

Sono i comuni rischi legati all'anestesia generale. Pertanto, le tecniche di fecondazione assistita che prevedono una anestesia generale devono essere precedute da una valutazione clinica e di laboratorio esattamente analoga a quella che si effettua per interventi più complessi. Tuttavia è bene precisare che esiste una tendenza a ridurre sempre più il ricorso all'anestesia generale, diminuendo l'invasività delle tecniche utilizzate (ad esempio il trasferimento transcervicale di gameti dopo il prelievo ecografico degli ovociti può essere eseguita anche in regime ambulatoriale).

Rischi legati agli atti operativi

Complicazioni legate al recupero di ovociti per via vaginale: quasi nulle, possibili se esiste una storia di flogosi pelvica (36).

Complicazioni emorragiche o lesioni di organi legate al pneumo peritoneo e all'inserzione del Trocar: circa il 3%.

Complicazioni infettive associate alla contaminazione dei mezzi di coltura per le tecniche in vitro: si raccomanda per questo l'uso del siero della stessa paziente.

Complicanze delle gravidanze ottenute con FA

Globalmente considerati, tutti i concepimenti indotti posseggono un incremento del tasso di aborto spontaneo (20%-30%) (23).

L'età riproduttiva avanzata, l'iperstimolazione ovarica severa, i concepimenti multipli rappresentano fattori di rischio per l'aborto clinico nei concepimenti indotti. È tuttavia da tenere presente che l'abortività è superiore nella popolazione infertile rispetto a quella fertile anche indipendentemente dalle terapie praticate.

Gravidanze extrauterine ed eterotopiche.

Il rischio di gravidanze extrauterine (4-5%) è raddoppiato nei concepimenti indotti con tutte le tecniche oggi a disposizione rispetto ai concepimenti fisiologici (23).

Rischi per il prodotto del concepimento

Da un punto di vista biologico le conseguenze delle procedure di fecondazione assistita non vanno valutate soltanto sotto il profilo della efficienza misurata come percentuale di successi, ma anche in relazione al rischio di danno al prodotto del concepimento anche in assenza di interventi di tipo diagnostico e correttivo.

La fecondazione in vitro di per sé può rappresentare un trattamento potenzialmente mutageno, in grado cioè di indurre alterazioni genomiche derivanti soprattutto da errori nella distribuzione dei cromosomi durante la divisione cellulare nel mezzo artificiale di coltura. Da ricerche condotte su ovociti fecondati e su prodotti di divisione dello zigote nello stadio da 2 a 8 cellule, risulta che circa il 30% dei prodotti di fecondazione in vitro nei tempi regolari porta anomalie cromosomiche, mentre la percentuale raggiunge il 90% nei prodotti in cui si è avuto un ritardo nella fecondazione. Peraltro anche in vivo si assiste ad una perdita di embrioni sebbene non così importante, questo fenomeno rappresenta probabilmente un meccanismo di selezione spontanea in favore dei prodotti del concepimento normali. L'altra percentuale di alterazioni che si hanno con la fecondazione in vitro spiega da un lato l'altra perdita di embrioni nella fase di transfert, e dall'altra il fatto che la totalità dei bambini nati dopo fecondazione in vitro è risultata esente da anomalie cromosomiche riferibili alla procedura usata. Tuttavia l'auspicabile miglioramento delle tecniche di coltura in vitro e di trasferimento in utero dello zigote (vedi tecniche di micromanipolazione) potrebbe avere come effetto aggiuntivo secondario indesiderato una meno drastica selezione che permetterebbe la sopravvivenza di embrioni con anomalie cromosomiche. Per questo la fecondazione artificiale dovrebbe in ogni caso essere considerata fra le indicazioni per la diagnosi prenatale (37, 38, 39).

I concepimenti indotti appaiono penalizzati da una elevata incidenza di gravidanze plurigemine. L'induzione della crescita follicolare multipla e il numero del trasferimento di gameti o di embrioni ne sono la causa.

Le dimensioni del fenomeno variano in funzione dei farmaci e delle tecniche impiegate: nelle tecniche minori il rischio appare modesto, nell'induzione dell'ovulazione con citrato di clomifene (9.6%) più elevato con l'impiego di gonadotropine (25% dati cumulativi di 7 studi 1968-1979).

Con l'introduzione del monitoraggio ecografico si è avuta una riduzione di questa eventualità. Per quanto si riferisce alle tecniche maggiori di FA l'incidenza di parti multipli dopo FIVET è del 32.7% (26% gemelli - 5.8% triplette - 0.4% più di tre) registro USA-Canada 1992. I dati francesi FIV-NAT (1991) registrano il 27.8% di gravidanze plurime (23.1% gemellari - 4.4% trigemine - 0.2% quadrigemine).

Concepimenti multipli di ordine superiore alla quadrigemina appaiono infrequenti.

Per le gravidanze plurime tutte le statistiche indicano un maggior rischio di patologia ostetrica, prematurità, basso peso alla nascita e mortalità perinatale.

COMPLICANZE IN PERCENTUALE DELLE GRAVIDANZE OTTENUTE
CON FIVET, GIFT E ZIFT

N. Feti	1	2	≥ 3
N. Gravidanze 4719	3412	1090	217
Tossiemia	5.1	8.7	8.8
Parto prematuro	8.9	53	95
Diabete gestazionale	0.6	1.2	1.4
Cerchiaggio	1.8	11.4	20.3
Placenta previa	1.4	0.8	0.9
Rottura prematura delle membrane	3.0	9.2	13.8
Tagli cesarei di elezione	17.5	40.8	71.2

La mortalità in utero (late abortion) è del 7‰ per le gravidanze singole; 19,2‰ per le gemellari; del 32,3‰ per le triplette o più.

L'incidenza di parto pretermine è presente tra l'8%-10% delle gravidanze singole dal 33% al 55% nelle gemellari, dall'83% al 95% per le trigemine.

Inoltre la multiparità comporta un aumento della patologia materna distensione leggermente (preeclampsia, ipertensione, diabete mellito gestazionale, placenta previa, etc..)

La morbilità e la mortalità perinatale varia dal 7‰ al 23‰ per i parti singoli, dal 38‰ al 72‰ per le gemellari, dal 70‰ al 170‰ nelle triplette.

A dispetto di una riduzione globale della mortalità perinatale negli ultimi dieci anni, grazie al miglioramento degli standard essenziali, la sua frequenza nelle gravidanze plurigemine appare quasi invariata, contribuendo al 10% delle morti perinatali totali.

L'incremento della morbilità neonatale riguarda soprattutto: la malattia delle membrane ialine, la patologia neurologica, la retinopatia della prematurità, l'enterocolite necrotizzante.

Malformazioni fetali

I dati clinici disponibili in letteratura non indicano che i concepimenti indotti siano a maggiore rischio di malformazioni rispetto alla popolazione generale. I concepimenti multipli indotti sono nella quasi totalità plurizigotici e tale aspetto appare il fattore discriminante rispetto ai concepimenti multipli spontanei che sono frequentemente monozigotici e gravati da una maggiore incidenza di condizioni malformative rispetto alla popolazione generale (36, 43).

Aborto selettivo in caso di gravidanze multiple

La riduzione del numero dei feti in caso di gravidanze multifetali (3 o più feti) è una strategia proposta per eliminare il rischio di prematurità associato a questo tipo di concepimenti. Il rischio di estrema prematurità, con il concomitante incremento della morbilità e mortalità perinatale, appare direttamente proporzionale al numero dei feti presenti in cavità uterina. Le gravidanze multifetali sono quasi sempre il risultato di concepimenti indotti e l'aborto selettivo, dal punto di vista tecnico viene considerato — da chi lo ha proposto e lo pratica — un intervento preventivo nei confronti dell'elevato rischio di evoluzione sfavorevole della gravidanza (44).

L'attenzione pertanto deve essere posta nelle tecniche maggiori sul numero degli embrioni da trasferire. Mentre nelle prime fasi di diffusione delle tecniche di FA l'interesse era focalizzato prevalentemente sui risultati in termini di gravidanze, già da tempo le varie società operanti a livello mondiale e anche nazionale hanno sottolineato con molta chiarezza di limitare il numero di embrioni trasferiti. Secondo la SIFES vanno trasferiti non più di tre embrioni prima dei trentotto anni e non più di quattro dopo tale età, tenendo conto anche della vitalità degli embrioni, delle indicazioni e del numero dei tentativi falliti.

Per l'induzione dell'aborto selettivo sono stati proposti vari metodi:

– l'aspirazione dei sacchi gestazionali per via transvaginale ecoguidata è un intervento precoce, tecnicamente simile all'aspirazione follicolare; eseguito al fine del recupero ovocitario nelle tecniche di fecondazione assistita. Alla relativa semplicità di esecuzione si associa il rischio di infezione della cavità amniotica, potenzialmente compromettente l'intera gestazione;

– l'approccio trans-addominale si esegue nel corso del secondo mese di gravidanza e l'aborto selettivo può essere praticato mediante l'iniezione di cloruro di potassio. La possibilità di un'interruzione spontanea dell'evoluzione per uno o più feti rappresenta un possibile vantaggio della scelta tardiva di intervento.

Il rischio di interruzione della gravidanza è dell'ordine del 7-10%, ma l'esperienza è ancora relativamente limitata per poter stabilire un tasso reale di fallimento o complicanze che appaiono pesantemente condizionati dall'esperienza dell'operatore.

Per quanto riguarda l'entità della riduzione numerica dei feti, sembra che non vi sia alcun vantaggio nel ridurre il numero dei feti al di sotto delle tre unità e ciò, implicitamente, suggerisce che la gravidanza trigemina non rappresenterebbe una indicazione all'intervento di aborto selettivo.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHWARTZ D., *La notion de fecondabilité dans l'approche étiologique, diagnostique et thérapeutique de l'infécondité*, «J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod.», 9, 607, 1980
2. SPIRA A., *Epidemiology of human reproduction*, «Hum. Reprod.», 1, 111, 1986
3. MOSHER W.O., PRATT W.F., *Fecundity and infertility in the United States: incidence and trends*, «Fertil. Steril.», 56, 192, 1991
4. GREENHALL E., VESSEY M., *The prevalence of subfertility: a review of current confusion and a report of two new studies*, «Fertil. Steril.», 54, 978, 1990
5. THONNEAU P., SPIRA A., *Prevalence of infertility: international data and problems of measurement*, «Europ. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.», 38, 43, 1990
6. MARCHBANKS P.A. et al., *Cancer and Steroid Hormone Study Group: research on infertility: definition makes the difference*, «Am. J. Epidemiol.», 120, 259, 1988
7. QUERLEU D., SPIRA A., LERIDON H., *Epidemiologie de la fertilité*, *Encyclopedie Medico Chirurgicale Gynécologie*, Paris, 738, C 10, 3, 6, 1990
8. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Problemi della raccolta e del trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche*, Roma, 1991
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992
10. AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *Guidelines for gamete donation*, «Fertil. Steril.», 59, suppl. 1, 1993
11. S.I.F.E.S., *Libro bianco sulla riproduzione assistita*, Ed. S.I.F.E.S., Palermo, 1991
12. BRITISH ANDROLOGY SOCIETY, *Guidelines for the screening of semen donors for donor insemination*, «Hum. Reprod.», 8, 1521, 1993
13. LE LANNOU D., LANSAC J., *Artificial with frozen donor semen: experience of the French Federation C.E.C.O.S.*, «Hum. Reprod.», 4, 759, 1989
14. RADICIONI A., et al, *Evaluation of morphological and functional damage to human sperm subjected to freezing and to refrigeration*, «Acta Eur. Fertil.», 24, 31, 1993
15. CENTOLA G. M., RAUBERTAS R.F, MATTOX J.H, *Cryopreservation of human semen. Comparison of cryopreservatives, sources of variability and prediction of post-thaw survival.*, «J.Androl.», 13, 283, 1992
16. GOOD D. A., et al., *Fertilization of human oocytes following cryopreservation: normal karyotypes and absence of stry chromosomes.*, «Hum. Reprod.», 9, 684, 1994
17. TOTH T. L., et al., *Fertilization and in vitro development of cryopreserved human prophase I oocytes.* «Fertil. Steril», 61, 891, 1994
18. CITTADINI E., GATTUCCIO S., LA SALA G.B., *La sterilità umana*, COFESE Editore, Palermo, 1993;

19. BRINDEN P.R., RAINSBURY P.A (Ed.s) *A textbook of in vitro fertilization and assisted reproduction*, The Parthenon Publishing Group Limited, London, 1992;
20. THE ETHICS COMMITTEE AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *Ethical consideration of assisted reproductive technologies*, «Fertil. Steril.» 59, suppl. 1, 1993
21. CROSIGNANI P.G., et al., *The ESHRE multicentre trial on the treatment of unexplained infertility: a preliminary report*. «Hum. Reprod.», 6, 653, 1991
22. SOCIETY FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY/THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *Assisted reproductive technology in the United States and Canada: 1991 results generated from the American Fertility Society*, «Fertil. Steril.», 59, 956, 1993
22. SOCIETY FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY/THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *Assisted reproductive technology in the United States and Canada: 1992 results generated from the American Fertility Society*, «Fertil. Steril.», 62, 1121, 1994
24. COHEN J., MPALTER H.E., TALANSKY B.E., *Micromanipulation of human gametes and embryos*, Raven Press, New York, 1992
25. VAN STEIRTEGHEM A.C., et al, *Higer success rate by intracytoplasmic sperm injection than by subzonal insemination. Report of a second series of 300 consecutive treatment cycles.*, «Hum. Reprod.», 8, 7, 1055, 1993
26. COHEN J., et al., *Selective assisted hatching of human embryos*, «Am. Acad. Med. Sing.», 21, 565, 1992
27. COHEN J., *The efficacy and efficiency of IVF and GIFT*, «Hum. Reprod.», 6, 613, 1991
28. AMERICAN FERITLITY SOCIETY, *Guidelines for oocyte donation*, «Fertil. Steril.», 62, suppl.1, 1994
29. EDWARDS R.G., et al., *Pregnancies are acceptable in post menopausal women* «Hum. Reprod.», 8, 1542, 1993
30. SAUER M.V., et al., *Pregnancy after age 50: application of oocyte donation in women after natural menopause*, «Lancet», 341, 321, 1993
31. FLAMIGNI C., *Oocyte donation: comparison between recipients from different age groups*, «Hum. Reprod.», 8, 2088, 1993
32. REAME N. E., PARKER R. J., *Surrogate pregnancy: clinical features of 44 cases*, «Am. J. Obstet. Gynecol.», 192, 1220, 1990
33. WORLD COLLABORATIVE REPORT 1991, *VIII World Congress on in Vitro Fertilization and Alternative Assisted Reproduction*, Kyoto, september 1993
34. SEANG L.T., EDWARDS R.G., *Cumulative conception and livebirth rates after in vitro fertilization* «Lancet», 339, 6, 1390, 1992
35. COHEN J., et al., *Micromanipulating human gametes*, «Reprod. Fertil. Dev.», 6, 69, 1994
36. SCHENKER J.G., EZRA Y., *Complications of assisted reproduciton technique*, «Fertil. Steril.», 61, 411, 1994;
37. BIGGERS J.D., *Risks of in vitro fertilization and embryo transfer in humans*, in CROSIGNANI P.G., RUBIN B.L. (Ed.s) *In vitro fertilization and embryo transfer*, Academic Press., London, 393, 1983
38. EDIRISINGHE W.R., et al., *Cytogenetic analysis of human oocytes and embryos in an in vitro fertilization program*, «Hum. Reprod», 7, 320, 1992
39. PELLESTOR F., et al., *Direct assessment of the rate of chromosomal abnormalities in grade IV human embryos produced in in vitro fertilization procedure.*, «Hum. Reprod.», 9, 293, 1994

40. AUSTRALIAN IN VITRO FERTILIZATION COLLABORATIVE GROUP, *High incidence of pre-term births and early losses in pregnancy after in vitro fertilization.* «Br. Med. J.», 291, 1160, 1985
41. BERAL V., et al., *Outcome of pregnancies resulting from assisted conception,* «Br. Med. Bull.», 46, 753, 1990
42. THE NORFOLK GRUP, *Outcome of twin, triplet and quadruplet in vitro fertilization pregnancies: the Norfolk experience,* «Fertil. Steril», 57, 825, 1992
43. RIZK B., et al., *Perinatal outcome and congenital malformation in in vitro fertilization babies from the Bourn Hallam Group,* «Hum. Reprod.», 6, 1259, 1991
44. LIPITZ S., MASHIACH S., SEIDMAN D. S., *Multifetal pregnancy reduction,* «Hum. Reprod.», 9, 1978, 1994

ASPETTI SOCIOLOGICI

Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima attorno al 15-20% la percentuale delle coppie sterili nei Paesi avanzati (Melucci, 1987; Mengarelli, 1986) ed il fenomeno sembra destinato ad aumentare, per varie ragioni, sia di carattere ambientale, sia legate allo stile di vita: stress, scorretta alimentazione, inquinamento sembrano infatti presentare altissime possibilità di incidenza negativa sulla riproduzione. In anni relativamente recenti (la prima bambina italiana concepita in provetta è nata nel gennaio del 1984), il problema della sterilità pare aver trovato una nuova risposta nelle tecniche di procreazione assistita. Tali procedure, tuttavia, se da un lato rappresentano il risultato di un notevole sviluppo scientifico e tecnologico, dall'altro, attraverso una sempre più diffusa applicazione, hanno reso evidente la complessità del fenomeno della sterilità e della procreazione, ed hanno posto e continuano a porre delicati interrogativi a livello sociale, psicologico, etico e giuridico, all'origine di un dibattito a tutt'oggi aperto (Cittadini, 1988).

In queste brevi note ci proponiamo di mettere in rilievo — senza alcuna pretesa di risolverle — le principali problematiche di carattere sociologico connesse alle tecniche di riproduzione assistita.

Prima, però, di affrontare tale analisi, è opportuno soffermarsi su una questione solo apparentemente terminologica e di secondo piano: in effetti, le tecniche di cui ci stiamo occupando sono state di volta in volta indicate come tecniche di «fecondazione» o di «riproduzione» o, ancora, di «procreazione» «assistita», oppure «artificiale», ma i diversi termini non paiono individuare aree concettuali del tutto sovrapponibili. Mentre, infatti, l'uso del vocabolo fecondazione porta a fissare l'attenzione in prevalenza sul concepimento, il termine riproduzione tende a rimandare, in senso più ampio, all'intero processo riproduttivo (Bimbi, 1989); la procreazione, infine, si configura come atto improntato alla specifica coscienza umana e, per il credente, come atto collaborativo alla volontà creatrice di Dio (Sgreccia, 1989). Per quanto riguarda, poi, gli aggettivi artificiale e assistita, se il primo sembra dare particolare risalto all'intervento della tecnologia e della medicina in un processo che rimane, comunque, fondamentalmente biologico, il secondo può apparire più "neutrale", più idoneo a mettere in ombra tutto quanto di negativo è contenuto nell'immagine di un "bambino in provetta" (Bimbi, 1989). È ovvio, dunque, che l'utilizzo delle diverse definizioni per le nuove procedure non sia indifferente, ma risponda, nella maggior parte dei casi, a precise scelte culturali.

I. Sociologia e bioetica

Sempre in via preliminare, non è possibile, poi, esimerci da un tentativo di comprensione della rilevanza sociologica del problema della procreazione assistita; in altri termini, ciò equivale a chiedersi perché la sociologia si occupa di tale fenomeno. Vi sono, a nostro avviso, diversi ordini di motivi, sia di carattere generale, sia di carattere più specifico.

Occorre innanzi tutto osservare che l'introduzione della tecnologia e della medicina nel processo riproduttivo mette in discussione il problematico e controverso rapporto esistente tra naturale e artificiale. La natura come realtà biologica ed il sistema sociale e culturale, ciascuno con proprie regole, sin dall'inizio dell'età moderna sono stati soggetti ad un processo, al tempo stesso di distanziamento e di compenetrazione, in continuo divenire: di volta in volta, la natura è stata vissuta come amica o come sfida per la razionalità dell'uomo. In questa prospettiva, se è vero che il ricorso alle tecniche di riproduzione assistita è un procedimento fondamentalmente culturale, è altrettanto vero che anche le norme che configurano il rapporto di filiazione naturale sono, nelle diverse società, profondamente influenzate dalla cultura propria di ciascuna di esse e rappresentano, quindi, elaborazioni culturali dei diversi sistemi sociali. La contrapposizione tra natura e artificio, allora, costituisce sotto alcuni aspetti un falso problema, mentre sotto altri si rivela inidonea a descrivere esaurientemente il rapporto che intercorre tra dato naturale e dato culturale (artificiale) in molti ambiti dell'esistenza umana, tra i quali non si può certo non ricordare la procreazione.

In effetti, naturale e artificiale sono sempre stati separati solo dalla convenzione sociale.

Nello specifico ambito del processo riproduttivo, l'alterazione del rapporto tra fattore biologico e fattore culturale trova una sua specificità nel ricorso alle tecniche di procreazione assistita che introducono in modo potente la dominanza della volontà e del desiderio dei soggetti nella procreazione. La sterilità, anche temporanea, proprio in quanto non consentirebbe la realizzazione di un progetto di continuità familiare o, comunque, la realizzazione del desiderio di maternità o di paternità, non è più accettabile.

Da questo punto di vista le tecniche di riproduzione artificiale costituiscono uno strumento per ricondurre alla "normalità" un corpo non rispondente alle attese e alla volontà del singolo. Le considerazioni appena svolte sembrerebbero autorizzarci ad affermare che nella procreazione oggi prevale l'aspetto della scelta volontaria. Ma un problema si evidenzia subito, in quanto tale scelta non può avere un carattere assoluto, dato il non trascurabile margine di incertezza cui sono naturalmente soggette le tecniche di procreazione assistita. La "scelta" procreativa, inoltre, se da un lato contiene positivi aspetti di libertà (individuabili, ad esempio, in una migliore possibilità di raccordo tra tempo biologico, tempo psicologico e tempo sociale personale e di coppia) e di responsabilizzazione dell'uomo e della donna, dall'altro porta con sé il rischio di un'eccessiva soggettivizzazione e privatizzazione del vissuto genitoriale.

In senso più generale lo spostamento del confine tra natura e artificio appare strettamente correlato alla progressiva medicalizzazione dell'esistenza che caratterizza la nostra società e che comporta una sorta di delega all'apparato sanitario scientifico riguardo ad ambiti e momenti decisivi della vita umana, tra i quali, appunto, la procreazione.

Un secondo motivo di interesse da parte della sociologia nei riguardi delle problematiche legate all'utilizzo delle tecniche di riproduzione assistita è costituito dal graduale delinarsi della sterilità come questione sociale. Dobbiamo in questo senso ricordare che a proposito della definizione e della prospettazione del problema della sterilità è possibile individuare due atteggiamenti culturali, caratterizzati da premesse e conseguenze pratiche profondamente diverse. Da un lato, qualche Autore (Cittadini, 1988) ha ritenuto di qualificare esplicitamente ed in via esclusiva la sterilità come malattia, dall'altro alcuni elementi hanno indotto altri Autori (Mengarelli, 1989; Bimbi, 1989; Donati, 1989) a sostenere che il problema della sterilità non possa essere preso in considerazione semplicemente come problema fisico e/o psichico, pur con implicazioni etiche, ma che debba piuttosto essere prospettato come questione «sociale totale» (Donati, 1989). Tali elementi consistono essenzialmente nella stessa rilevanza statistica del fenomeno e nel fatto che questa tematica coinvolge l'individuo nella sua interezza, vale a dire nella sua dimensione fisica, psichica, affettiva e relazionale (Pasini, 1985). In questo senso, anche le non numerose ricerche condotte su coppie sterili hanno sottolineato come la mancata procreazione sia maggiormente problematizzata sul piano psicologico. Inoltre la stessa definizione medica internazionale di sterilità indica uno spostamento di attenzione dalla fisiopatologia dei singoli partner ad un contesto di relazioni, cioè alla coppia.

L'ipotesi di sterilità si definisce, infatti, come mancanza di figli, in questa, dopo due anni di rapporti non protetti dalla contraccezione; il fatto medico, quindi, non viene più interpretato solo come deficit a carico del corpo, ma viene inquadrato come possibile deficit nella relazione di coppia (Bimbi, 1989) (*).

La problematizzazione del paradigma sanitario della sterilità e della fertilità ci consente, tra l'altro, di dar conto di alcuni fenomeni non completamente comprensibili, né delineabili in termini di fisiologia o patologia della riproduzione. Ci riferiamo, in particolare, ai casi di sterilità idiopatiche, ossia senza alcuna apparente causa organica, e di sterilità psicogene, nelle quali fattori psicologici (ansia, depressione) e risonanze emozionali di particolare intensità (traumi personali o familiari) sembrano all'origine dell'infertilità sia maschile che femminile (Pasini, 1985).

Da ultimo non sembra possibile esimersi da un tentativo di comprensione dell'impatto sociale delle tecniche di procreazione assistita le quali hanno mostrato di non essere prive di effetti sia sulla coppia che ad esse si rivolge,

(*) Vedi infra: «Problemi della sterilità e tecniche di fecondazione assistita», in particolare, paragrafo I «Sterilità: considerazioni generali»

sia sulla famiglia cui eventualmente daranno o hanno dato origine, in quanto spesso alterano le relazioni tra i soggetti coinvolti, modificano la struttura dei ruoli riproduttivi e introducono nuovi soggetti e nuove relazioni sociali (Mengarelli, 1992).

La valutazione dell'impatto delle tecniche di riproduzione assistita, la cosiddetta «public acceptance», sembra potersi configurare, nell'attuale situazione sociale e culturale, secondo differenti linee di tendenza, da un minimo ad un massimo di problematizzazione.

Nei prossimi paragrafi, cercheremo di chiarire quali conseguenze abbia comportato l'introduzione delle tecniche di riproduzione assistita sulla definizione sociale e culturale della procreazione, sulla configurazione della famiglia e della coppia, sulla relazione tra sistema sanitario e utenti e sul significato del figlio ed il riconoscimento dei suoi diritti.

2. La riproduzione assistita ed il mutamento del significato della procreazione

Prima di procedere oltre nelle nostre riflessioni, ci sembra indispensabile soffermarci su una distinzione fondamentale nell'ambito delle tecniche di procreazione assistita, e precisamente sulla distinzione tra procedure omologhe (che coinvolgono solo i membri della coppia) e procedure eterologhe (che richiedono l'intervento di un terzo donatore di gameti). L'utilizzo dell'uno o dell'altro tipo di tecnica, infatti, per la presenza o meno di un terzo estraneo, implica, come avremo modo di constatare, diverse e rilevanti conseguenze sotto numerosi punti di vista (materiale, etico, giuridico e sociale).

In questa prospettiva, possiamo innanzitutto rilevare che la diffusione delle tecniche di procreazione assistita ha comportato, secondo taluni Autori, un profondo **mutamento** di segno problematico nella dimensione antropologica e sociale della genitorialità, in considerazione del fatto che l'attuazione delle procedure eterologhe comporta e sottende la scissione tra genitorialità biologica e genitorialità sociale (Delaisi De Parseval, 1984), altrimenti identificabile nella diversità esistente tra l'«avere figli» e l'«essere genitori».

Altri Autori, invece (Mengarelli, 1992), sottolineano che tale mutamento è stato lieve e si domandano piuttosto se le tecniche di riproduzione assistita non abbiano più semplicemente contribuito ad evidenziare una delle diverse concezioni di genitorialità attualmente compresenti nella nostra società.

Indipendentemente dall'interpretazione che si intende sostenere, tuttavia, **la scissione tra genitorialità biologica e genitorialità sociale** appare un dato innegabile, sul quale è opportuno riflettere brevemente. Differenti sono le implicazioni e le conseguenze di tale scissione, a seconda, ad esempio, che la sterilità riguardi l'uomo o la donna e, dunque, a seconda della tecnica adottata.

Il ricorso all'AID (inseminazione artificiale eterologa) — la quale, tra l'altro, nel momento stesso in cui si prospetta come soluzione al desiderio di maternità di una donna il cui partner sia sterile, sembra accentuare l'enfasi sulla situazione di limite, di malattia dell'uomo — pone il padre sociale, legale e putativo di fronte a difficili compiti di tipo psicologico, consistenti nell'ela-

borazione della propria sterilità, della rilevanza del desiderio di maternità della propria compagna ed infine nell'elaborazione della propria paternità non biologica. In effetti, questo uomo si trova a dover ridisegnare la propria identità di marito e di padre (Bimbi, 1989; Delaisi de Parseval, 1985). La difficoltà di questi compiti è testimoniata, in modo quasi paradossale, dalle azioni di disconoscimento di paternità intentate da uomini, che pure avevano espresso il loro consenso all'intervento di inseminazione eterologa della propria moglie o compagna, nei confronti dei figli nati grazie all'impiego di questa tecnica.

Nel caso, invece, di fecondazione in vitro o GIFT eterologa, è addirittura possibile che le quattro funzioni della maternità (ovulazione, gestazione, allattamento, maternage) siano svolte da quattro donne diverse, con una vera e propria destrutturazione dell'identità materna (Proposta di legge 5 luglio 1990, Zuffai et al., Relazione introduttiva).

3. Le tecniche di riproduzione assistita e la configurazione della famiglia e della coppia

Passando ora a considerare l'impatto dell'introduzione delle tecniche di riproduzione assistita sull'immagine complessiva della famiglia e della coppia, dobbiamo rilevare che, in proposito, si sono evidenziate alcune linee di riflessione alle quali è opportuno accennare.

In una prospettiva che possiamo definire utilitarista (Rapporto Warnock, 1984) il ricorso alle tecniche di riproduzione assistita sarebbe da considerare benefico sia a livello di coppia sia a livello individuale; v'è invece chi ritiene queste tecniche lesive della struttura familiare e di coppia, in quanto agenti sulle sue dinamiche più private (Congregazione per la Dottrina della Fede, 1987); secondo altri, infine, si tratterebbe di procedure tendenzialmente neutrali nei confronti della famiglia e della coppia.

Nell'ambito di questa ultima visione, sembrerebbe indispensabile, tra l'altro, una discussione collettiva delle rappresentazioni individuali e sociali del processo riproduttivo. In ogni caso l'innegabile moltiplicazione dei ruoli parentali posta in essere dalle procedure eterologhe induce ad interrogarsi sul modello di famiglia cui tali tecniche possono dare origine. In altri termini: di chi è figlio, ad esempio, il bambino nato dal dono di gameti oppure il bambino partorito da una "madre surrogata"? Queste domande, per le quali si può, al limite, ipotizzare una risposta in via legislativa (Sbisà, 1988), pongono il decisivo problema della definizione dei ruoli parentali in tutte le loro dimensioni (psicologica, sociale, legale).

A questo proposito, è interessante osservare che la coppia sterile può vivere i problemi della sterilità e della procreazione secondo due differenti modalità, ognuna delle quali è strettamente connessa ad una diversa configurazione della famiglia. Può accadere che le problematiche di cui ci stiamo occupando vengano affrontate in maniera privatizzata, nell'ambito, cioè, di quel sistema familiare autoreferenziale e chiuso descritto dall'approccio «comunicazionale» di Luhman (Luhman, 1989); paradossalmente, però, nella nostra

realtà sociale e culturale ad una progressiva privatizzazione dei comportamenti familiari sembra corrispondere una contemporanea pubblicizzazione della famiglia, vale a dire una crescita di interventi e regolazioni dello Stato nei confronti della famiglia stessa (Donati, 1989). In questa prospettiva, allora, il ricorso alle tecniche di procreazione assistita, soprattutto nel suo aspetto istituzionale (rapporto utenti/sistema sanitario), potrebbe essere visto come esempio del paradossale rapporto tra pubblico e privato che caratterizza l'attuale società.

D'altro canto è possibile invece che la coppia si trovi a far fronte al problema della propria sterilità e al dover decidere di rivolgersi alle tecniche di riproduzione assistita all'interno di una solida rete di relazioni primarie e secondarie.

Ciò favorirà, probabilmente, una visione «relazionale» delle dinamiche familiari ed un approccio alle procedure di procreazione assistita particolarmente attento alle relazioni tra tutti gli attori in gioco (relazione di coppia, relazione madre-figlio, coppia-donatore, coppia-medico).

Da ultimo, può essere utile riflettere sul fatto che lo spostamento del processo riproduttivo dal contesto familiare ad un ambito istituzionale (il sistema sanitario), che si verifica con l'utilizzo delle tecniche di procreazione assistita, sembra sottrarre alla famiglia la funzione sociale di riproduzione della società, così come delineata nella visione funzionalista (Parsons, Bales, 1974). In realtà, tuttavia, questa si presenta come una semplice ipotesi teorica ancora da verificare.

Per approfondire l'impatto di queste procedure sulla coppia, occorre poi prendere in considerazione alcuni elementi, consistenti nella modalità di accertamento della sterilità, nel grado di elaborazione ed accettazione della sterilità stessa e nel concreto percorso svolto sia individualmente, sia nella relazione di coppia per giungere alla decisione di ricorrere ad un intervento medico. Inoltre è necessario cercare di comprendere quale immagine di maternità e di paternità si siano costruite le coppie sterili. A tal fine, di grande aiuto possono rivelarsi ricerche volte a mettere in luce le caratteristiche strutturali, psicologiche e sociali di tali coppie, e, più in particolare, delle coppie che chiedono l'uso delle tecniche di riproduzione assistita.

Possiamo a questo proposito ricordare quattro indagini italiane relative a queste tematiche: in ordine cronologico, una ricerca svolta presso l'ospedale S. Orsola di Bologna tra il 1983 ed il 1984 (Mengarelli, 1986), uno studio dell'I.S.P.E.S. del luglio 1990 (Imperia, 1990), una ricerca svolta tra il 1989 ed il 1991 presso alcuni Centri pubblici e privati dell'Emilia Romagna (Ventimiglia, 1992), e, da ultimo, un'indagine effettuata nei mesi di aprile-giugno 1992 presso sette Centri per la diagnosi e la cura della sterilità, di cui due a Milano, tre a Roma e due a Bari; quattro di tali Centri sono pubblici e tre sono privati (Blangiardo, Rossi, 1993).

Poiché non ci è possibile qui esporre estesamente i risultati di queste indagini, ci limiteremo ad evidenziarne le principali caratteristiche metodologiche e a mettere in luce le aree tematiche esplorate da ciascuna di esse. La prima ricerca, condotta presso il Servizio di Fisiopatologia della Riproduzione dell'ospedale S.Orsola di Bologna, tramite la distribuzione di un questionario strutturato (contenente, cioè, una serie prestabilita e fissa di domande) a tutte

le coppie che si sono rivolte a tale servizio per avere informazioni e/o essere ammesse al programma di FIVET nel corso del primo anno di attività del programma stesso in Emilia Romagna (15 settembre 1983-15 settembre 1984), non è giunta a verificare l'ipotesi di lavoro ad essa sottostante — vale a dire, la possibilità di definire un modello italiano di coppia sterile, che si confronta, secondo modalità specifiche, con le nuove tecniche di riproduzione umana ed i problemi etici ad esse sottesi — ma ha comunque fornito utile materiale conoscitivo sulle caratteristiche demografiche e socio-economiche della porzione di popolazione interessata e sugli atteggiamenti ed i comportamenti relativi al rapporto con le tecnologie sostitutive del concepimento naturale. L'indagine dell'I.S.P.E.S. diretta da Adele Imperio, si propone come «viaggio attraverso l'arcipelago delle tecniche di riproduzione artificiale: le nuove sirene». Si tratta di uno studio che analizza i risultati raggiunti, in vari Paesi, dalle diverse tecniche ed illustra in modo specifico gli esiti dei trattamenti FIVET e GIFT eseguiti presso quattro Centri italiani (tre pubblici ed uno privato, situati a Bologna, Milano e Roma). Questa ricerca contiene anche un'esauriente informazione sugli sviluppi della legislazione italiana in tema di procreata. La terza ricerca, iniziata alla fine di ottobre del 1989 e conclusasi nel corso del 1991, si proponeva di ricostruire lo stato attuale delle richieste di fecondazione assistita in Emilia Romagna e delle modalità di risposta dei servizi. A tal fine, sono stati intervistati operatori sanitari (ginecologi, andrologi, psicologi, infermieri...) direttamente impegnati nei servizi di riproduzione assistita o che svolgono attività diagnostiche e terapeutiche connesse all'ostetricia e alla ginecologia presso nove Centri, alcuni pubblici e alcuni privati, dell'Emilia Romagna, e coppie sterili già in trattamento presso questi Centri o non ancora orientate riguardo alle possibili opzioni volte a superare il problema della sterilità. Mentre le interviste agli operatori sanitari sono state effettuate tramite un questionario postale, le interviste alle coppie sono state sia di tipo strutturato (svolte cioè sulla base di un questionario strutturato), sia di tipo semistrutturato (basate cioè su una semplice "traccia" di intervista). Queste ultime, a loro volta, sono state condotte attraverso una prospettiva di lettura sia sociologica che psicologica. L'ultima indagine, che ha riguardato un campione di 313 soggetti in trattamento presso i Centri interessati, è stata svolta tramite un questionario strutturato; si è cercato, per quanto possibile, di intervistare contestualmente e separatamente entrambi i membri della coppia, anche al fine di evidenziare e comprendere analogie e differenze nelle modalità con cui l'uomo e la donna percepiscono ed elaborano il problema della sterilità; occorre tuttavia notare che non di rado la donna non era accompagnata dal partner e questo spiega la prevalenza dell'elemento femminile nel campione in esame, che risulta pertanto formato da 113 uomini e 200 donne. Sono dunque state intervistate 113 coppie e 87 donne senza partner al momento della somministrazione del questionario.

In estrema sintesi, possiamo affermare che l'indagine Rossi-Blangiardo sembra evidenziare una non neutralità delle tecniche di procreazione assistita sulle coppie che ad esse si rivolgono, anche se non sembra attualmente possibile valutare la reale portata di tale impatto.

È inevitabile, a questo punto, domandarsi cosa spinga le coppie sterili che si rivolgono alle tecnologie di procreazione assistita a cercare un figlio "proprio" a tutti i costi, piuttosto che ricorrere all'adozione. La spiegazione va probabilmente ricercata in un complesso intreccio di fattori psicologici, familiari, ambientali e culturali che sia la ricerca svolta in Emilia Romagna, sia l'indagine Rossi-Blangiardo sembrano avvalorare. In questo senso, tali rilevazioni paiono confermare l'ipotesi per cui il ricorso alle tecniche di procreazione assistita potrebbe in un certo senso essere interpretato come un tentativo di imitare il comportamento procreativo delle generazioni precedenti (in particolare dei genitori) e/o collaterali (fratelli/sorelle), di adeguarsi, cioè, ad una sorta di mandato inter ed intragenerazionale (Ventimiglia, 1992). In questa prospettiva, si spiega anche l'atteggiamento problematico, quando non del tutto negativo, riscontrato piuttosto diffusamente tra i soggetti coinvolti in entrambe le ricerche nei confronti dell'affido e dell'adozione (Ventimiglia, 1992) (Blangiardo, Rossi, 1993). Vale, a questo proposito, la pena di svolgere qualche ulteriore considerazione più in profondità.

L'adozione, che rinuncia al legame biologico, pone l'uomo e la donna, o meglio il partner fecondo e quello sterile "sullo stesso piano" nei riguardi del bambino e maschera la responsabilità della sterilità all'esterno della coppia; malgrado ciò, la conoscenza dell'infertilità non può essere cancellata dalla relazione interpersonale; l'adozione, inoltre, sembra riproporsi, per il soggetto sterile, ma soprattutto per l'uomo, come permanente verità del proprio limite (Soulè, 1985), originando così sentimenti di aggressività e di frustrazione. Il bambino in adozione, infine, soprattutto se ha subito traumi o vissuto precedenti esperienze di affido negative o difficili, può presentare ai genitori adottivi gravi problemi relazionali, educativi, e, al limite, anche fisici. Per questi motivi, riteniamo, un trattamento di fecondazione assistita risulta spesso preferibile all'adozione. D'altro canto, però, come abbiamo già osservato, le tecniche eterologhe costringono i partner a confrontarsi, seppur solo a livello psicologico, con la figura del donatore, anonimo, di volta in volta pensato e immaginato come rivale "onnipotente" dell'uomo sterile, o come colui che consente, gratuitamente, secondo la modalità del dono, e quasi "miracolosamente", di realizzare il desiderio di maternità/paternità. Mitizzazione e fantasmizzazione avvolgono dunque spesso la figura di questo «terzo sconosciuto» (Campana, Micioni, Lemièrè, De Vita, 1985), il cui intervento nella dinamica di coppia può giungere a suscitare fantasmi di adulterio, anche se la caratterizzazione strettamente medica del trattamento e la presenza costante del medico sembrano porsi, in questo senso, come una solida «garanzia». Si è comunque constatato che il significato immaginario di cui il donatore può essere investito innesca frequentemente, nei soggetti che debbono ricorrere a pratiche eterologhe, complessi meccanismi di difesa, che si esprimono, ad esempio, nei timori per le reali condizioni di salute del donatore e nel dubbio sulla possibilità della trasmissione di malattie ereditarie non riconosciute o non riconoscibili all'atto della donazione (Campana, Micioni, Lemièrè, De Vita, 1985). D'altro canto, tuttavia, l'utilizzo di tecniche eterologhe permette alle coppie, anche grazie al rigoroso anonimato che nel nostro, come in molti altri Paesi, circonda l'identità

del donatore, di mantenere, sia nei confronti dei familiari, sia nei confronti del bambino, il segreto a proposito della sterilità. Mentre il segreto o meglio, il non detto, nei riguardi di parenti ed amici tende, com'è facilmente intuibile, a salvaguardare l'immagine sociale del partner sterile, il segreto rispetto al bambino sembra presentare aspetti di ambivalenza e di non immediata interpretabilità. In questo senso, una delle motivazioni più spesso addotte dai futuri genitori a sostegno della propria decisione di non rivelare al bambino la verità sulla sua origine è individuabile nel desiderio di evitare al bambino stesso traumi, sentimenti di inferiorità o di diversità. Ma questa volontà, frutto di una scelta solo apparentemente razionale e altruistica, può nascondere, da un lato, il timore del giudizio sulla sterilità e della conseguente «svalorizzazione narcisistica», dall'altro sensi di colpa nei riguardi del bambino per la scelta procreativa effettuata (Lieberman, 1992). Può quindi accadere che i genitori, depositari di un segreto tanto sconvolgente, proiettino i propri timori e le proprie angosce sul figlio, mettendone a rischio l'armonico sviluppo psicologico; evidenti sono, infatti, i pericoli insiti in tale situazione per il futuro del bambino nato tramite le tecniche di procreazione assistita. A questo proposito vale la pena di segnalare l'auspicio espresso da qualche autore affinché la verità, nell'ambito dell'utilizzo di pratiche eterologhe, ottenga «piena cittadinanza» (Delaisi De Parseval, 1984). Indipendentemente poi dalla decisione di mantenere o meno il segreto riguardo alla sterilità e all'uso delle tecnologie di procreazione assistita, il senso di colpa e l'aggressività reattiva che il ricorso a tali tecniche giunge a suscitare nei genitori, possono indurre distorsioni nelle relazioni tra il bambino e la madre e/o il padre, dando luogo in particolare ad atteggiamenti iperprotettivi, ad un «sovrainvestimento» da parte dei genitori che compromettono il normale sviluppo psicologico e, al limite, fisico del bambino stesso. In definitiva, le pratiche eterologhe sembrano rendere particolarmente problematico l'abbandono del bambino immaginario e l'accettazione del bambino reale, nella sua interezza, sin dal concepimento.

Stabilito, comunque, l'interesse della coppia ad avere un figlio «attraverso una pratica che permetta di salvaguardare una qualche continuità biologica», occorrerà mettere a confronto tale interesse con gli interessi di tutti i soggetti coinvolti, vale a dire il figlio, l'eventuale donatore, il personale medico.

A questo proposito, è forse fin troppo ovvio osservare che frequenti sono le possibilità di conflitto tra gli interessi e/o i diritti degli attori di un procedimento di riproduzione assistita.

Cruciale, a nostro parere, è il confronto tra un ipotetico «diritto alla maternità» e il diritto del nascituro ad entrambi i genitori. Se, infatti, si ritiene configurabile un vero e proprio «diritto alla maternità», come espressione della piena realizzazione della multifinalità evolutiva della donna (Manghi, 1990), bisogna riconoscere anche alle donne sole o non inserite in una stabile relazione di coppia, l'opportunità di ricorrere alle tecniche di procreazione assistita.

Se, invece, si intende porre l'accento sulla dimensione relazionale della coppia e della famiglia e sul diritto del bambino a nascere in una famiglia con entrambi i genitori, non è evidentemente più ammissibile l'uso delle tecniche di riproduzione assistita da parte dei singoli individui (Rodotà, 1989; Bimbi, 1989).

Le nuove tecnologie riproduttive determinano, perciò, delle interferenze nelle relazioni di coppia, nelle relazioni tra genitori e figli, nelle dinamiche familiari, delle quali i genitori debbono essere informati per poter decidere in modo del tutto autonomo e responsabile se avvalersi della procreazione assistita.

In tutti i casi, ineludibile appare l'esigenza di «suggerire ordini di priorità o eventuali procedure» per risolvere i conflitti tra i soggetti di un procedimento di riproduzione assistita.

4. La relazione tra sistema sanitario e utenti

Un ulteriore, importante aspetto che contribuisce a delineare l'immagine della coppia che si rivolge alle tecniche di procreazione assistita è rappresentato dal rapporto tra la coppia stessa e l'istituzione sanitaria. Per comprendere tale rapporto, è opportuno richiamare la definizione, in precedenza enunciata, della sterilità come malattia ed accennare ad alcuni problemi da essa sollevati.

In primo luogo, l'equazione sterilità = patologia porta a considerare le tecniche di riproduzione assistita come terapia della sterilità stessa; in realtà, però, il ricorso alle tecniche di procreazione assistita consente solo di superare temporaneamente e non di sconfiggere in modo definitivo l'impossibilità di procreare, in quanto non elimina la causa della sterilità.

Secondariamente vale la pena di ribadire che una lettura in chiave esclusivamente medica o medico patologica di eventi quali la sterilità, il concepimento, la gravidanza ed il parto (ma osservazioni analoghe potrebbero essere svolte, ad esempio, a proposito dell'invecchiamento o dell'handicap) appare congruente, come abbiamo avuto modo di sottolineare in precedenza, a quella progressiva medicalizzazione dell'esistenza che caratterizza la nostra società e che comporta una "delega" all'apparato sanitario e scientifico riguardo ad ambiti e momenti decisivi della vita umana (Donati, 1989).

È interessante osservare che la recente ricerca Rossi-Blangiardo ha messo in luce da un lato la volontà dei soggetti intervistati di non delegare al medico e allo specialista la completa responsabilità di decisioni cruciali quali quelle che riguardano la procreazione assistita (tali soggetti, infatti, hanno mostrato di ritenere particolarmente importante la questione della disinformazione tecnico-scientifica circa le procedure di procreazione assistita), dall'altro la centralità della figura del medico, visibile in tutte le fasi del percorso procreativo, dai primi accertamenti alla diagnosi di sterilità, alla scelta della tecnica più idonea per il singolo caso.

Un ultimo, non secondario problema, ben presente ai soggetti intervistati nel corso dell'indagine Rossi-Blangiardo, è rappresentato dal costo di tali procedure, problema aggravato dal fatto che non tutte le Regioni hanno stipulato convenzioni con il S.S.N. per fornire gratuitamente prestazioni di questo genere.

Un discorso a parte meritano le "Banche del seme", la cui creazione ha messo in particolare risalto la figura del donatore, in rapporto sia all'istituzione sanitaria, sia alla coppia ricevente.

Secondo una visione generalmente condivisa, in entrambi i casi è opportuno — per motivi facilmente intuibili — che la relazione sia improntata alla gratuità, seppur nei limiti consentiti dalle indispensabili garanzie mediche.

Infine, è interessante notare che, come ha sostenuto qualche Autore (Bimbi, 1989), l'incontro tra la «domanda (da parte delle coppie sterili) e l'offerta (da parte dei Centri e delle banche del seme) di riproduzione assistita» pare aver dato luogo ad un vero e proprio “mercato”, con regole precise (l'esame delle quali sembra preferibile rimandare ad altra sede).

5. La procreazione assistita, il bambino e i suoi diritti

Dobbiamo ora occuparci di quello che, a nostro parere, andrebbe considerato come il soggetto centrale dell'intero processo di riproduzione assistita, vale a dire il bambino, soggetto, peraltro, piuttosto trascurato dalla letteratura in tema di procreativa. A tale scopo, non sembra possibile prescindere da un'analisi del significato del figlio nella nostra realtà sociale, così da metterci successivamente in grado di valutare l'impatto delle tecniche di procreazione assistita sulla definizione di tale significato.

L'attuale cultura familiare appare sempre più chiaramente improntata a quell'atteggiamento che possiamo chiamare puerocentrismo, atteggiamento che, se da un lato può comportare una maggiore attenzione nei confronti del bambino e delle sue esigenze materiali, psicologiche ed affettive, dall'altro può assumere le caratteristiche del ripiegamento narcisistico. In questo secondo caso, il figlio finisce per rappresentare una forma di realizzazione dell'adulto e per essere soggetto solo in quanto oggetto di gratificazione dell'adulto genitore (Scabini, 1979, 1990), diventando così il terminale dell'azione e del desiderio dell'adulto stesso.

Nella prospettiva puerocentrica oggi comunemente condivisa, da una parte i figli devono venire solo se ed in quanto desiderati, dall'altra ogni figlio desiderato deve nascere (Padiglione, 1992); di conseguenza, sembra quasi inevitabile il passaggio dal riconoscimento del desiderio di un figlio all'affermazione di un vero e proprio “diritto al figlio”. Da questo punto di vista, le tecniche di riproduzione assistita, nuova risposta tecnologica al problema della sterilità, hanno contribuito, secondo taluni, a rendere esplicita e ad accentuare questa rivendicazione del “diritto al figlio” (per inciso, si tratta di un'opinione che le più recenti ricerche di cui abbiamo dato conto poco sopra non sembrano avvalorare). Tale rivendicazione ed il ricorso alle tecniche di procreazione assistita — ricorso che coinvolge direttamente ed in modo quasi esclusivo, nello svolgersi concreto della procedura, solo la donna — possono implicare il rischio di una frammentazione in diadi puramente comunicative (madre/figlio, padre/figlio) del vissuto genitoriale e dei rapporti familiari ed una conseguente negazione della fondamentale dimensione relazionale della famiglia. La necessità di recuperare, nella considerazione della genitorialità e della famiglia, una prospettiva relazionale e l'esigenza, cui accennavamo poco sopra, di riportare al centro dell'intero processo di riproduzione assistita il bambino ad i suoi

diritti (Campanini, 1985), richiedono allora un leale confronto tra il diritto della coppia ad essere genitori ed i diritti del bambino. Tra questi diritti, particolare rilievo paiono assumere la tutela della salute del nascituro, la conoscenza delle proprie origini, il diritto ad entrambi i genitori e alla famiglia.

La tutela della salute del nascituro, pur senza sottovalutare il possibile pericolo di eugenismo ad essa sotteso, implica un uso delle tecniche di riproduzione assistita quali strumenti per eliminare malattie ereditarie. L'interesse a conoscere le proprie origini, vale a dire il diritto di ogni essere umano e, perciò, anche dei figli nati con tecniche di procreazione assistita, a conoscere la verità riguardo alla propria nascita e l'identità dei propri genitori biologici, potrebbe trovarsi in conflitto sia con l'interesse alla riservatezza dei genitori, sia con l'esigenza dell'anonimato dell'eventuale donatore (emblematico il caso di una rara malattia del bambino che costringa a ricercare il genitore biologico).

Infine, il diritto ad entrambi i genitori e il diritto a una piena relazionalità implicherebbero, ove ne fosse riconosciuta la priorità, il divieto di accesso alle tecniche di procreazione assistita da parte di singoli individui e la necessità, in caso di procedura eterologa, dell'espressione di un consenso pieno, informato ed irrevocabile di entrambi i partners, al fine di assicurare la completa accoglienza del bambino che nascerà.

In tutte queste ipotesi, è auspicabile, secondo quanto abbiamo già avuto occasione di affermare, la definizione di regole e di priorità etiche e giuridiche che possano aiutare a superare i conflitti tra i diversi diritti ed interessi coinvolti. Ed è probabilmente su questo terreno che si gioca e si giocherà la fondamentale sfida della procreazione assistita.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *La solidarietà per il superamento di emarginazione, solitudine e razzismo*, Vita e Pensiero, Milano, 1990, pp. 55-75.
- BIMBI F., *La regolazione sociale tra mercato e diritto: un approccio microprocessuale alla riproduzione artificiale*, «Transizione», 13/14, 1989.
- BIMBI F., *La riproduzione artificiale come costruzione sociale* in DI MEIO A., MANCINA C. (a cura di), *Bioetica*, Laterza, Bari, 1989.
- BLANGIARDO G., ROSSI G., *Viaggio tra le contraddizioni del comportamento riproduttivo: dal rifiuto alla ricerca del figlio «a tutti i costi»*, in DONATI P. (a cura di), *Terzo rapporto sulla famiglia in Italia*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo, 1993.
- CAMPANA A., MICIONI G., LEMIERE DE VITA S., *Insémination artificielle avec donneur. L'expérience de Locarno*, in PASINI W., BEGUINE F., BYDŁOWSKI M., PAPIERNIK E., *Les enfants des couples stériles*, ESF Editions, Paris, 1985.
- CAMPANINI G., *Riflessioni sociologiche sulle nuove prospettive della riproduzione umana*, «La Famiglia», 111, 66, 1985.
- CITTADINI E., *1983-1988: la FIVET ed il GIFT in Italia: problematiche organizzative ed aspetti etici*, in CEFALU' E., FERRARETTI A. P., GIANAROLI L., PALERMO R. (a cura di), *Evoluzione delle tecniche FIVET e GIFT*, Serono, Palermo, 1988.
- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*, 22 febbraio 1987.
- DELAISI DE PARSEVAL G., *L'enfant à tout prix*, Seuil, Paris, 1984.
- DELAISI DE PARSEVAL G., *La part du père dans le couple infécond: l'exemple du père dans l'insémination artificielle avec donneur (IAD)*, in PASINI W., BEGUINE F., BYDŁOWSKI M., PAPIERNIK E., *Les enfants des couples stériles*, ESF Editions, Paris, 1985.
- DONATI P., *La famiglia come relazione sociale*, F. Angeli, Milano, 1989.
- IMPERIA A. (a cura di), *Madri ad ogni costo. Ricerca sulle tecniche ed il mercato della riproduzione artificiale*, ISPES, Roma, 1990.
- LIBERMAN R., *Quel avenir psychologique pour les enfants nés des nouvelles techniques de procréation?*, «Ethique», 3, hiver 1992 (numero monografico su «La vie en question»).
- LUHMAN M., *Il sistema sociale famiglia*, «La ricerca sociale», 39, 1989.
- MANGHI S., *Il gatto con le ali. Ecologia della mente e delle pratiche sociali*, Feltrinelli, Milano, 1990.
- MELUCCI A., *Libertà che cambia. Un'ecologia del quotidiano*, Ed. UNICOPLI, Milano, 1987.

- MENGARELLI M., *Produrre la riproduzione?*, Fondazione per lo Studio della Riproduzione Umana, Palermo, 1986.
- MENGARELLI M., *L'accettabile sociale della riproduzione assistita*, «Transizione», 13/14, 1989.
- MENGARELLI M., *La sociologia e le «riproduzioni assistite»*, allegato alla relazione di FLAMIGNI C., «Tecniche di manipolazione della fertilità», dattiloscritto, 1992.
- PADIGLIONE V., *Maternità e paternità: note antropologiche in margine al mutamento in atto*, in MELCHIORRE V. (a cura di), *Maschio-femmina. Nuovi padri e nuove madri*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo, 1992.
- PARSONS T., BALES R., *Famiglia e socializzazione*, Mondadori, Milano, 1974.
- PASINI W., *Stérilité psychologique ou sans cause médicale?*, in PASINI W., BEGUIN F., BYDŁOWSKI M., PAPIERNIK E., *Les enfants des couples stériles*, ESF Editions, Paris, 1985.
- RAPPORTO WARNOCK in *Fecondazione umana ed embriologia nel Regno Unito*, a cura di LUZI M., Servizio Studi del Senato della Repubblica, Ufficio Ricerche nel Settore Sociale, Roma, novembre 1991.
- RODOTA' S., *Regole, valori, diritti*, «Transizione», 13/14, 1989.
- ROSSI SCIUMÈ G., *Problemi sociologici emergenti nel merito del dibattito sulla procreazione assistita*, in «Medicina e morale», 1, 1993.
- ROSSI SCIUMÈ G., *La procreazione assistita: significato e problemi di un nuovo modo di diventare genitori*, in «Medicina e morale», 6, 1993.
- SBISA' M., *La riproduzione artificiale tra filiazione sociale e filiazione biologica*, in VENTIMIGLIA C. (a cura di), *La famiglia moltiplicata*, F. Angeli, Milano, 1988.
- SCABINI E., Editoriale, *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, fasc. 1, 1979.
- SCABINI E., *Spinte alla frammentazione e attivazione di risorse solidaristiche nella famiglia contemporanea*, in SGRECCIA E., *Manuale di bioetica*, Vita e Pensiero, Milano, 1989.
- SOULÈ M., *Le choix entre les modalités de filiation*, in PASINI W., BEGUIN F., BYDŁOWSKI M., PAPIERNIK E., *Les enfants des couples stériles*, ESF Editions, Paris, 1985.
- VENTIMIGLIA C. (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita in Emilia Romagna - Indagine sulla domanda e sulla risposta dei servizi*, Università di Parma, Istituto di Sociologia, 1992.

ASPETTI PSICOLOGICI

Occorre, in via preliminare, far presente che sugli aspetti psicologici della infertilità e della procreazione assistita esistono ricerche relativamente ampie solo in chiave sociologica e psicologico-comportamentale. Il limite di questi studi è quello di essere descrittivi e di superficie, basati come essi sono su questionari o su brevi interviste. Si può facilmente comprendere quanto sia improbabile che attraverso questi strumenti si possano cogliere i messaggi profondi dei componenti della coppia che arrivano spesso obnubilati e confusi per una serie di meccanismi di difesa tra cui negazione ed idealizzazione sono i più frequenti, né tanto meno che si possano cogliere i messaggi preverbal o appena verbali del piccolo bambino, e comprenderne senso e legami. D'altra parte è noto (Ossicini e Bartolomei, 1993) che le conseguenze di eventuali traumi psichici subiti dal bambino non si vedono di certo a breve termine, ma solo a medio e a lungo termine, e che, al momento, non esistono studi a distanza sufficientemente approfonditi che permettano di avere posizioni ottimistiche o posizioni pessimistiche sulla sorte della prole e della stessa coppia.

1. Tutti sono d'accordo sulla necessità di studi diretti, cioè clinici, vale a dire centrati sullo studio degli individui coinvolti. Questo tipo di indagini non necessita, per sua natura, di considerare soltanto indagini allargate e statisticamente significative. È ormai cosa accettata in campo scientifico che i rilievi inferenziali hanno lo stesso valore dei rilievi sperimentali, dal momento che le infinite variabili che caratterizzano la persona umana e le sue vicissitudini non potranno mai essere assimilate e confrontate (*matched*) con controlli perfettamente corrispondenti (Tustin, 1993).

L'infertilità, è noto, può produrre situazioni di crisi nella coppia: nelle persone che si sottopongono a trattamento prolungato della loro infertilità si riscontrano con particolare frequenza aree specifiche di difficoltà emozionale. Riesce difficile, d'altronde, pensare che possa essere altrimenti.

Accanto alle percentuali di successo – 1:4 casi tra le coppie che tentano la GIFT e 1:7 tra quelle che si sottopongono alla FIVET – c'è la desolazione delle numerose coppie il cui tentativo “ancora una volta” non è stato coronato da successo dopo che, sorrette dalla fiducia e dalla speranza, avevano consentito a sottoporsi alle innumerevoli pratiche necessarie. Ma c'è, soprattutto, il lutto per quel bambino tanto atteso, che avrebbe dovuto colmare vuoti spesso altrimenti incolmabili, quel bambino che per lo più esse hanno già visto in utero, che hanno imparato a riconoscere come proprio, cui spesso è già stato

dato un nome ed una identità, la creatura che oltre a portare un nuovo senso alla loro vita le avrebbe compensate delle loro sofferenze.

Sappiamo anche – e su questo c'è convergenza tra i ricercatori – che ogni persona reagisce alla infertilità in maniera assolutamente individuale, e che la maniera di ognuno sarà in sintonia con la sua storia psicologica personale e familiare, e con le circostanze socio-biologiche in cui si è trovata a vivere.

È evidentemente auspiabile per tutti che ognuna di queste coppie infertili possa arrivare ad elaborare il lutto della propria sterilità per lo meno fino al momento che consente loro di orientarsi e di scegliere la soluzione più idonea (adozione o riproduzione assistita) per colmare il vuoto della loro esistenza. Secondo alcuni ricercatori, che pure condividono l'accento posto sull'importanza sociale delle “tradizionali” dinamiche familiari, con l'avvento delle tecniche di riproduzione assistita si possono scorgere i primi elementi di una più ampia responsabilità riproduttiva. Si chiedono, ad esempio se, invece di considerare il significato fondante della famiglia come esclusivamente basato su identità di ruoli e funzioni biologiche e psico-sociali, non sarebbe più giusto considerare questa possibilità (quella della famiglia tradizionale), come preferibile, ma tale da poter ammettere come alternativa valida l'idea di una famiglia strutturata su una «identità progettuale caratterizzata da assunzione di responsabilità solo sociale (e non biologica) o solo parzialmente sociale» (Flamigni, 1993).

Sono molti i ricercatori che sono perplessi sulla questione della genitorialità soltanto sociale e che ritengono che questo nuovo processo riproduttivo non sia sufficientemente corroborato da studi a distanza, tali da consentire di raccogliere dati esaurienti e quindi significativi per indicarne la positività.

2. Non c'è dubbio che la diffusione delle tecniche di procreazione assistita se da una parte tende a “smitizzare” la sterilità maschile o femminile, osando abbattimenti di limiti fino a poco tempo fa ritenuti invalicabili, talvolta induce a vedere la sterilità come una condizione umana inelaborabile e insuperabile da un punto di vista psicologico. La particolarità delle tecniche è tale da favorire la costruzione del “segreto” della sterilità stessa nascondendola nella relazione privata della coppia attraverso la finzione della filiazione naturale. Talvolta non si collabora per ridimensionare una situazione di sofferenza, ma si rischia di colludere con l'incapacità della coppia a sostenere e ad elaborare tale ferita. Il medico coinvolto rischia così di operare sulla base dell'illusione e su di un meccanismo di negazione. Ciò che è negato è la condizione del limite biologico, il medico può allora accordarsi collusivamente con il bisogno che la coppia richiedente ha di imitare una procreazione naturale, incapace come essa è di elaborare la propria impotenza e insufficienza. Occorre valutare se la coppia, che richiede la procreazione assistita, in particolare quella eterologa, sia una coppia che non riesce ad elaborare il *lutto* per la sterilità, precludendosi in questo modo la possibilità di accettare la sua difficile situazione, e di affrontare ad esempio un itinerario diverso come quello che porta all'adozione.

La procreazione assistita non può essere affrontata unicamente sul piano di realtà. Esiste un altro registro, quello dell'inconscio, che non può essere in alcun modo sconosciuto. Basti pensare alle fantasie relative al significato

profondo che le varie procedure assumono agli occhi dei pazienti, agli investimenti emotivi di tutte le persone coinvolte, compresi i donatori, gli operatori, il bambino concepito. Gli effetti su ciascuno vanno valutati nel tempo, soprattutto per quanto concerne il nascituro.

3. Gran parte delle teorie psicologiche legano il normale sviluppo psico-affettivo del bambino ad un soddisfacente rapporto con la madre: le psicopatologie più gravi si riferiscono infatti al fallimento o alla inadeguatezza della «funzione materna» nei primi stadi dello sviluppo. Alcune teorie ora universalmente accettate (E. Gaddini, 1985) implicano che vi sia un “continuum” fisiologico e funzionale con il corpo e con la mente materni, come se la madre in gravidanza dovesse svolgere la funzione di incubatrice psichica oltre che biologica nei confronti del bambino. Se questa unità madre-bambino funziona bene, il vissuto fisiologico dei primi mesi di vita è come una continuazione del vissuto fisiologico intra-uterino. Più precoci sono i disturbi di tale relazione, più gravi saranno i danni che il bambino potrà presentare.

Un'altra componente di fondamentale importanza nel costruirsi del nuovo sistema relazionale della coppia e della famiglia in cui entra il neonato è il processo di attaccamento (*bonding*), la cui conoscenza va suggerendo importanti modificazioni in tema di assistenza alla nascita. Ci si riferisce qui alla formazione del legame diadico madre-figlio e triadico madre-padre-figlio dove la figura del padre entra a far parte del contesto relazionale.

Il processo inizia precocemente, durante la gestazione, con la relazione mentale che la madre instaura con il nascituro, dapprima fantasmatica ed immaginaria (Lebovici, 1983), poi, progressivamente, più concreta e definita, con la percezione che essa ha dei movimenti fetali. È verosimile che l'immagine del figlio desiderato si costruisca prima nella mente che non nel corpo dei componenti della coppia.

Il bambino partecipa attivamente al processo di attaccamento con comportamenti che esprimono l'innato istintuale e l'interazione affettiva che ha luogo nei rapporti con la madre. Con i comportamenti del bambino interagiscono e si sincronizzano (*turntaking*) i comportamenti di attaccamento della madre. Su questi primi adattamenti ed interazioni si costruisce e si modella la struttura basilare affettiva e cognitiva del bambino (Nordio, 1983).

L'attesa di un bambino attiva nella madre una serie di richieste affettive e di contenimento, di natura regressiva, che investono direttamente il partner. La condivisione dell'esperienza di gravidanza, attraverso una sollecita presenza affettiva del proprio partner, aiuta la donna gravida ad entrare in quella particolare condizione psicologica che si protrarrà dopo la nascita, condizione che Winnicott ha chiamato «preoccupazione materna primaria». La gravidanza sarà influenzata dalla presenza paterna, in quanto questa modula l'atteggiamento della madre nei confronti del figlio che “le cresce dentro”.

Il ruolo del padre, dunque, così come quello della madre, ha una sua significatività prima ancora della nascita. Dopo la nascita, a differenza della madre, il padre avrà bisogno di un tempo più lungo per cominciare ad entrare nel mondo psichico del bambino, funzionando da referente del mondo esterno

cioè rimanendo per lo più fuori della diade. È un lungo processo quello che porterà il bambino alla differenziazione di sé rispetto alla madre. La «identità imitativa», che caratterizza la fase diadica, è, per gradi, seguita da una identità più matura che favorisce l'individuazione e permette, con lo sviluppo del rapporto oggettuale, l'acquisizione di una identità distinta e separata. Lo svolgersi di questo processo dipende dalla dinamica affettiva della coppia genitoriale. È tale dinamica che permette al padre di inserirsi precocemente nella diade madre-bambino come oggetto del desiderio materno, prima ancora di essere riconosciuto come padre (Lebovici, 1970). La presenza paterna all'interno della relazione diadica fin dalle fasi più precoci è sottolineata anche da altri autori: Raskowski attribuisce al padre la fondamentale funzione di riorganizzare la relazione madre-figlio, ponendosi come oggetto d'amore per la madre e per il bambino, evitando così il pericolo di una erotizzazione precoce della diade.

Il bambino sin dall'inizio è sensibile al tipo di relazione esistente tra i genitori; l'unione tra loro diviene un fatto reale che si può caricare di fantasie diverse, a seconda delle caratteristiche del mondo interno e delle pulsioni che sono propri di ogni particolare bambino. Il "setting" familiare diviene per lui il luogo dove può procedere, passo passo, dal rapporto a tre a rapporti che contengono una vasta gamma di complessità. È il semplice triangolo che rappresenta le difficoltà e la piena ricchezza dell'esperienza umana (Winnicott, 1989).

Ciascuno dei genitori svolge ruoli diversi e complementari, a partire dalle primissime fasi di vita del bambino. La polarità maschile-femminile nella coppia genitoriale rappresenta la condizione necessaria per un armonico sviluppo psicologico del bambino, ivi compreso l'acquisizione di una identità di genere, che trova all'interno del triangolo, in questa fase, lo spazio per potersi rappresentare e definire. Il padre diviene così l'elemento "terzo" della relazione, ed aiuta il figlio a conoscere e ad interiorizzare la realtà esterna. Per Eugenio Gaddini (E. Gaddini, 1977) «... mentre la madre resterà sempre la condizione dell'esistere, il ruolo del padre è quello di aiutare ciò che esiste a divenire». In assenza di tale situazione, il bambino incorre in seri danni che riguardano la sua sfera affettiva, ma anche quella relazionale e cognitiva.

Ci dobbiamo chiedere a questo punto cosa avviene nella mente materna e quindi nella relazione madre-figlio, in presenza di interventi che rompono questa continuità fisiologica e mentale, e che segneranno le fantasie della madre e la relazione con il proprio figlio. Ci riferiamo in particolare a quegli interventi legati alla ovodonazione, o al trasferimento di embrioni dalla donatrice alla donna ricevente, o addirittura ai casi di "madri surrogate": interventi che interrompono una sorta di «memoria fetale» (E. Gaddini, 1985), la continuità tra la dimensione biologica e quella psichica. Nel caso dell'utero in affitto, a parte l'imperscrutabilità della relazione tra le elaborazioni mentali della donna e l'incipiente psichismo fetale, la riflessione è sugli imprevedibili sentimenti che la donna sviluppa durante la gestazione e prova nel momento in cui viene separata dal bambino partorito e sulle conseguenze su quest'ultimo e sulla relazione familiare qualora la madre surrogata sia membro della famiglia.

L'assenza del padre nella scena psicologica del bambino compromette gravemente la risoluzione della relazione simbiotica con la madre e il graduale transito verso una condizione di separazione-individuazione. Il rischio è quello che il bambino rimanga imprigionato in una «relazione fusionale con la madre» (il che può implicare anche la sua assunzione di identità di genere). Se rapportiamo tutto questo alle diverse pratiche di procreazione assistita, in particolare eterologa, non possiamo non interrogarci su alcuni ordini di problemi. Ci dobbiamo chiedere se mentre il peso delle fantasie materne sul «bambino fantasticato» e successivamente sul bambino reale è stato oggetto di indagini e di riconoscimento, lo siano state altrettanto le fantasie paterne (Ossicini e Bartolomei, 1993).

Esiste infatti un disconoscimento culturale del vissuto dei padri e del modo in cui questi entrano nel processo generativo (Delaisi De Parseval, 1982). Il ridurre la partecipazione paterna nella fecondazione allo scambio di un quantum di materiale biologico, significa quantomeno disconoscere l'apporto emozionale, affettivo e relazionale del padre, prima ancora della nascita. Nel caso della inseminazione eterologa il vissuto di «estraneità» e di «estromissione» dal processo generativo è agito, confermato dalla realtà. Tutto questo non lascia la coppia immune da profonde modificazioni. «La sterilità di una coppia, qualunque sia il partner "colpevole" all'inizio, modifica l'equilibrio di coppia e genera colpa, angoscia e aggressività, sentimenti che la coppia si trova a gestire» (Lieberman, 1992).

L'inseminazione artificiale di tipo eterologa rende oggettivata l'incapacità e l'insufficienza di un partner, e si muove non già su una riattivazione e riorganizzazione interna alla coppia, per far fronte alla ferita narcisistica della sterilità, ma favorisce una risoluzione di "parte" (individuale), sulla base di una scissione tra partner sano e partner inadeguato. Il rischio è che si produca una frattura, una crescente distanza tra coniugi. Nel «padre non-biologico» si può verificare depressione, attivazione di fantasie invidiose e di gelosia nei confronti del rivale immaginario (donatore), vissuto come più potente. Nei confronti di questi si sente relegato ad una condizione di inferiorità e di impotenza, riattivante conflitti edipici. Il donatore viene vissuto come un rivale potente ed è identificato con l'immagine inconscia del proprio padre onnipotente. La condanna sembra essere quella di rimanere nei suoi confronti un bambino incapace di generare. A monte di tali vicissitudini affettive relative al padre biologico infertile vi sarebbero inoltre sentimenti di ostilità nei confronti del donatore, della partner e del figlio e vissuti di depressione (Pasini, 1978; Ancona, 1981; Isidori, 1992; Menchini Fabris, 1993).

Questi rischi possono in alcuni casi diventare concreti. E questo non può non entrare nel rapporto con il figlio così che, mentre per la madre il rischio è quello di vivere il figlio come proprio prodotto, «un figlio fatto da sola», con un'accentuazione delle aree narcisistiche, per il padre è quello di non riconoscere il bambino in quanto proprio, di allontanarsene o di vivere con lui una relazione apertamente disturbata. Il ritiro psicologico e/o reale dalla funzione paterna incide pericolosamente sullo sviluppo del bambino e ricorda le patologie legate all'assenza o inadeguatezza di tale figura (Biller, 1974; Brusset, 1992; Limentani, 1992; Misés, 1992).

Negli ultimi anni accanto ad interessanti indagini descrittive, vi sono state ricerche approfondite su alcune aree di rilievo psicologico che si incontrano nella riproduzione assistita. Tra queste ve ne sono alcune che comprendono aspetti attraverso cui si intravedono necessità specifiche. Tra queste:

– la necessità di elaborare il concetto di riproduzione assistita nel contesto culturale che è proprio della coppia, intendendo per cultura l'ambiente fisico e sociale dove la coppia vive e tenendo conto delle fantasie cosce e inconscie che questo contesto sottende e promuove nei componenti della coppia;

– la condizione per molti particolarmente conturbante connessa con le pratiche che sono proprie delle varie tecnologie, e con la modalità con cui queste pratiche sono vissute nei diversi casi.

Tra queste pratiche dovrà essere considerata di volta in volta la masturbazione, sia pure commissionata, la necessità di dover ricorrere ad un partner biologico diverso da quello psicologico e affettivo (donazione di spermatozoi e di ovociti). Dovrà inoltre essere considerato il pesante iter medico legato alla tecnologia che, in forme diverse, è propria della riproduzione assistita, e l'implicazione che il dovervi ricorrere comporta nei singoli componenti della coppia e forse anche, a distanza, nella prole.

Secondo alcuni Autori sulle coppie che vanno incontro a prolungati trattamenti per l'infertilità si incontrerebbero come sintomi psicologici varie strutture difensive. Raphael Leff (Leff, 1991, 1993) riassume in modo efficace alcune di queste aree di difficoltà emozionale che si ritrovano con particolare frequenza nelle coppie a lungo infertili.

a) Il primo vissuto cui sembra andare incontro l'individuo che riceve una diagnosi di infertilità è quello che siano state violate le sue aspettative di generatività, vista questa come qualcosa che appartiene a tutti gli esseri umani, in quanto è una fondamentale e universale proprietà umana. L'essere stigmatizzato come non-fertile darebbe inizio ad un frantumarsi della sua innata fiducia in un ordine naturale universale, che non era mai stato messo in dubbio nell'infanzia.

b) Le coppie diagnosticate come "infertili" andrebbero incontro a notevole stress interpersonale per quanto concerne i loro rapporti intimi. Come individui, ciascun membro della coppia è invaso da dubbi. La loro singolarità universale viene sovvertita nel corso delle ricerche e del trattamento per la sub-fertilità, mentre la loro reciprocità creativa, viene valutata, e la continua reciproca interdipendenza messa in evidenza.

c) Manifestazioni di colpa persecutoria, di inferiorità e di vergogna per via di precedenti incontri sessuali, per cui con la riscontrata incapacità di concepire vengono confusi giudizi accusatori. Aborti praticati in passato, ritardi nel pianificare la famiglia e difficoltà a concepire sono tutti elementi che indurrebbero sentimenti di rabbia nel momento in cui l'incapacità del partner forza la coppia ad andare incontro ad una "riproduzione artificiale". Invariabilmente, senza esclusioni, dubbio e risentimento minerebbero o almeno scalfi-

rebbero la superficie dell'unione coniugale, anche quelle volte in cui la comune sofferenza tende a mantenere la dipendenza di coppia.

d) L'attività sessuale, spogliata della sua potenziale funzione procreativa, verrebbe spesso vissuta come sterile o meccanica. Lo stress da infertilità può produrre disturbi nel raggiungimento dell'orgasmo, con impotenza ed eiaculazione precoce. Per ironia, il far l'amore non porta in questi casi alcun conforto e nessun senso di intimità, ma solo un comune senso di insufficienza di coppia.

e) L'incertezza e la mancanza di controllo di dipendenza biologica da altri componenti, porterebbe ad un accresciuto attaccamento emozionale all'esperto, il medico fabbrica-bambini che si trova ad assumere poteri magici. I sentimenti che li legano a questa figura sono spesso del tipo di quelli che vengono attribuiti ai genitori nell'infanzia.

f) La vita quotidiana diventa scissa tra l'attività di una vita professionale e sociale in cui si fanno scelte e si prendono decisioni, e il segreto che aspira alla realizzazione di una vita potenziale che è al di là di ogni controllo, e che non potrà essere vissuta fino a quando non avrà luogo un concepimento.

g) Il tempo avrebbe allora una tripla qualità:

– il tempo del calendario. La marcia del tempo, che segna la crescita dei bambini delle altre persone, i quali stanno diventando degli adolescenti, lascia la persona infertile staticamente indietro;

– a periodicità. L'orologio biologico che avanza senza pause verso la menopausa alternando cicli mestruali di attesa e di desiderio, di speranza e di disperazione, di euforia e di depressione... il trattamento si arresta e poi ricomincia;

– la posterità. L'incubo di episodi frammentati e di intollerabilmente lenti passaggi di tempo trascorsi in attese impotenti di non-immortalità genetica, che potrebbero alimentare la fede nella traiettoria di eterni legami dalle generazioni passate a quelle future, nonostante le ripetute transitorie delusioni.

h) Lo spazio anch'esso diventerebbe diviso tra lo spazio interno con la sua centrale elettrica fuori-servizio e un pericoloso spazio esterno popolato da minacciose figure di fertili-alieni, colleghi che pongono richieste di lavoro quando le risorse sono così scarse, amici che ti prendono di sorpresa portando ad esempio i loro figli; genitori che vogliono i nipotini; persone che spingono le carrozelle nel parco; donne incinte che si appropriano delle possibilità che potrebbero avere le persone infertili e supermercati invasi da bambini buoni per ogni cosa. Confrontandosi di continuo con gli avvenimenti del mondo esterno l'individuo andrebbe incontro a emozioni primitive, primordiali, che neppure sapeva potessero esistere in lui/lei, quali quella di sentirsi diverso e incapace di riprodursi, quindi lasciato fuori e indietro agli altri; di sentirsi invaso dall'invidia, dalla distruttività, dall'odio, dall'impotenza, dalla voracità, dalla vendicatività, dalla gelosia, dalla rabbia, dalla vergogna, dalla paura e anche dal panico. È difficile accettare tali tipi di reazioni, per cui i sentimenti "cattivi" vengono di nuovo sotterrati (rinviati all'inconscio) o scissi, e proiettati nella parte esterna su compagni o altri.

4. Vi sono dati anche autorevoli relativi al destino cui vanno incontro le coppie che si sono sottoposte ad inseminazione eterologa. Alcuni di questi dati esprimono prospettive decisamente incoraggianti e includono la buona crescita dei figli, una disposizione affettiva migliorata nella coppia, la diminuzione relativa dei divorzi, ecc..

In termini di donazioni – donazione di seme e donazione di ovociti – sembra che le due situazioni non siano assimilabili, se pure biologicamente comparabili. La differenza potrebbe essere riscontrata nel fatto che nell'ovocita donato la donna ritrova più se stessa, ed è evitato lo spettro del tradimento e dell'adulterio, che è invece per lo più presente nell'inseminazione eterologa. Al fine della gravidanza appare più facilmente possibile, per le donne che hanno ricevuto donazione di ovociti, andare incontro ad un processo di negazione del fatto che l'uovo fecondato non era il loro.

In questo processo di donazione "a fin di bene" appare scomodo alla ricevente che vi sia una donatrice nota e, in particolare, una donatrice che appartiene all'ambito familiare. In questo stesso ordine di idee il meccanismo di donazione in donne di età non più fertile viene in qualche modo ostacolato dalla percezione, inevitabilmente da loro avvertita, dell'esistenza nel loro caso di un processo del tutto avulso dai normali processi riproduttivi della specie umana.

Il generale ottimismo degli Autori americani in tema di fecondazione eterologa tende a sottolineare che le coppie che fanno questa scelta sono per lo più coppie solide, dove vige l'armonia tra i partners, e dove il bisogno di formare una famiglia risponde ad un modello precedentemente interiorizzato secondo una concezione culturalmente diffusa che comprende l'idea che nella famiglia ci deve essere un figlio, e che il figlio deve essere più "proprio" possibile; vi è anche compresa la sempre maggiore tendenza all'abbandono dei valori genetici per i valori affettivi nonché l'idea che la formazione del rapporto affettivo inizi già durante la gravidanza e che la nascita sia un momento di catalizzazione della formazione della famiglia.

Anche lo studio a distanza di Golombok e collaboratori a carattere statistico-comportamentale, è decisamente ottimistico. Sono stati presi in considerazione due gruppi di famiglie create mediante i due più frequenti tipi di tecnologia riproduttiva: la fecondazione in vitro da parte del padre biologico (41 famiglie) e la fecondazione da parte di donatore (45 famiglie). Come controllo sono stati usati due tipi di famiglie, l'uno costituito da 45 famiglie create attraverso concepimento naturale, e l'altro da 55 famiglie create attraverso l'adozione. La finalità della ricerca era quella di rilevare i rapporti familiari e sociali in ciascuno dei diversi gruppi. Quanto al metodo, sono stati usati diversi questionari accuratamente studiati, ognuno inteso a mettere in evidenza rispettivamente:

- a) Lo stato affettivo della coppia;
- b) Eventuali note di ansia nella coppia;
- c) Stati depressivi nei due membri della coppia.

Vale la pena di citare le conclusioni: «In contrasto con le preoccupazioni che vengono da più parti sollevate nei confronti delle nuove tecnologie riproduttive... i dati della ricerca indicano che le “qualità genitoriali” delle famiglie con un figlio concepito attraverso riproduzione assistita è superiore a quello rilevato in famiglie dove il figlio era stato concepito per vie naturali, anche nei casi in cui viene fatto uso di donazione di gameti. Famiglie con un bambino concepito mediante riproduzione assistita hanno ottenuto un punteggio assai più alto in termini di coinvolgimento affettivo, e anche di interazione madre-figlio e padre-figlio rispetto a famiglie naturali. Queste ultime avevano invece punteggi “di ansie genitoriali” più alti rispetto agli altri gruppi.

Conclusioni

Nella conclusione del loro studio sulle «gravidezze impossibili» e sulla fecondazione artificiale Pazzagli e collaboratori (1992) ipotizzano che «... il lavoro del diventare genitori, inteso come quel processo di elaborazione intrapsichica che l'acquisizione del nuovo ruolo genitoriale impone ad entrambi i partners, sia reso in queste coppie estremamente difficile da quella sorta di coartazione affettiva che per molti anni ha fatto da scudo alla loro vulnerabilità psichica di fronte alla incapacità di procreare». È un fatto che in questo campo di ricerca si comincia oggi a osservare che si vengono a determinare richieste che partono da bisogni profondi e da desideri reali ai quali non siamo ancora in grado di rispondere adeguatamente. Gli aspetti della dicotomia mente-corpo che inevitabilmente emergono attraverso l'uso di questionari o di altre indagini di natura prevalentemente descrittiva rendono l'uso di questi metodi di ricerca, quando applicati in maniera esclusiva, del tutto insufficienti per coprire e per approfondire le varie aree di sofferenza psicologica connesse con la riproduzione assistita.

Quanto al nascituro, esiste vasto consenso su alcune aree quali il rapporto madre-figlio, il ruolo del padre, il rapporto padre-figlio.

Occorre però anche tenere conto di alcuni aspetti particolari che fanno parte delle pratiche connesse con la riproduzione assistita. Tra di esse:

a) La donazione di gameti.

La risposta a tale donazione (nel caso dell'inseminazione) può andare da una estrema semplicità alla complessità delle risposte che si trovano in gravi patologie dove è evidente la non accettazione della propria infertilità e del fatto che sia un altro uomo a inseminare la propria donna. Per quanto attiene alla donazione di ovociti la questione appare più complessa. Anche prescindendo dalle modalità attraverso le quali si possono reperire gli ovociti (questi vengono spesso ottenuti da donatrici programmate, recentemente anche da cadavere o da feti abortivi), rimane il grosso problema se l'ovo-donazione può essere fatta soltanto a donne in età fertile oppure anche a donne al di là dell'età riproduttiva. Non s'intende qui entrare nel merito degli aspetti strettamente medici della questione. Non si può, tuttavia, non chiedersi come il nascituro

vivrà il suo essere stato generato e poi cresciuto da una madre anziana, che non può verosimilmente essere in grado di accogliere il suo bambino con un corpo e con una mente giovani, e di essere quindi completamente disponibile (soprattutto nei primi tempi che sono i più importanti) ai suoi indifferibili bisogni. È doveroso, inoltre, tenere conto che i ritmi vitali – il succedersi delle stagioni evolutive dell'individuo, e quindi anche di quelle generative – hanno un senso, e che permangono iscritti nel mondo interno dell'individuo in modo non sempre immediatamente decifrabile ma tuttavia indelebile. Da questo deriva che, nel momento in cui il succedersi delle stagioni evolutive viene stravolto, il risultato può tradursi in sofferenza che assume l'aspetto di estraniamento e di distorsione del proprio senso di identità, i quali possono diventare evidenti solo in un secondo tempo;

b) La maternità surrogata.

Le madri surrogate si prestano ad una prevedibile confusione di ruoli ed a problemi di identità e di depersonalizzazione, quelle volte in cui l'utero in affitto è quello di persona affine (o addirittura della madre di colei che ha donato l'ovocita).

Una considerazione particolare ci sembra meriti anche la figura dell'operatore che si trova a gestire situazioni tuttora problematiche e lontane dall'aver una risposta univoca. È auspicabile che la risposta dell'operatore alle richieste della coppia tenga sempre conto dell'individuo come persona fatta di corpo e di mente e della valutazione della scelta che può essere più o meno adatta per "quella particolare coppia", e che non intervengano invece motivazioni di natura diversa, non ultima l'onnipotenza tecnologica.

Siamo in attesa di dati ulteriori che possano valere a confermare l'ipotesi, da alcuni sostenuta da altri negata, dell'esistenza di una nuova "identità progettuale" nei confronti della famiglia tradizionale, basata sull'assunzione della responsabilità riproduttiva che, secondo alcuni autori, potrebbe affiancarsi alla "tradizionale" cultura riproduttiva. Ciò che accomuna i diversi ricercatori che, con opinioni diverse e da differenti punti di vista affrontano questo complesso campo di studi della vita umana, è l'auspicio di potere un giorno fruire di ricerche bene progettate e bene condotte, che comprendano sistematici e approfonditi studi a distanza, tali da permetterci di avere dati certi sul futuro delle coppie che hanno scelto la procreazione assistita, e della loro prole. In attesa che questo auspicio si avveri ci sembra opportuno mantenere la massima cautela ed essere disposti a riconsiderare di continuo i nostri risultati, di mano in mano che essi si rendono accessibili.

BIBLIOGRAFIA

- ANCONA L., *Aspetti psicologici dell'inseminazione artificiale*, in SCHOYSMAN R., BETTOCCHI S., BOSCIA F. M. (a cura di), *Inseminazione artificiale umana*; Cofese Ed., Palermo, 1981, pp. 211-221
- BETTELHEIM B., *Il mondo incantato*; Feltrinelli, Milano, 1974
- BILLER B. H., *La deprivazione paterna*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1974
- BRUSSET B., *Il padre negli stati border-line*, «Journal de la psychoanalysis de l'enfant», 1992, 11, pp. 88-109
- CACCIAGUERRA F., CASCINI F., *La figura e la funzione paterna*, Franco Angeli, Milano, 1974
- COSTA-LASCoux J., *La donna, la procreazione e la bioetica*, in DUBY G. e PERROT M. (a cura di), *Storia delle donne in Occidente. Il Novecento*, Laterza, Roma-Bari, 1992, pp. 616-637
- DELAISI DE PARSEVAL G., *Padre al padre*, Bompiani, Milano, 1982
- DELAISI DE PARSEVAL G., *Aspects psychologiques*, in AA.VV. *L'insemination artificielle*, Masson, Paris, 1990
- DONATI P., *Trasformazioni socio-culturali della famiglia e comportamenti relativi alla procreazione*, «Medicina e morale», 1993, 1, pp. 117-163
- FLAMIGNI C., *I principali aspetti della riflessione psicologica sulla procreazione assistita: un confronto tra differenti opinioni*, (relazione predisposta per il C.N.B., luglio 1992)
- FLAMIGNI C., *Osservazioni al documento di Ossicini e Bartolomei, «Problemi psicologici nella procreazione assistita»*, (relazione predisposta per il C.N.B, novembre 1993)
- GADDINI E., *Formazione del padre e scena primaria*, «Rivista di psicoanalisi», 1977, XXIII, 2, pp. 157-183
- GADDINI E., *La formazione del padre sul primo sviluppo infantile*, in ID *Scritti (1953-1985)*, Cortina, Milano, 1985, pp. 362-369
- GADDINI E., *La nascita, la crescita*, in ID, *Scritti (1953-1985)*, Cortina, Milano, 1985, pp. 702-730
- GIANI GALLINO T., *La ferita e il re. Gli archetipi femminili della cultura maschile*, Cortina, Milano, 1986
- GOLOMBOK S., COOK R., BISH A., MURRAY C., *Families created by the new reproductive technologies: quality of parenting and social and emotional development of the children*, Child and Family Psychology Unit, City University, London (in press)
- GUERRINI DEGLI INNOCENTI B., FRASSINE R., PAZZAGLI A., *Le gravidanze impossibili. Uno studio sulla fecondazione artificiale*, in: *La gravidanza fra fantasia e realtà*, Ed. Ammanniti M., Il Pensiero scientifico, Roma, 1992, pag. 195
- ISIDORI A., *La figura del partner maschile nella inseminazione da donatore (AID). Il punto di vista di un andrologo*, (relazione predisposta per il C.N.B., febbraio 1992)

- LEBOVICI S., CREMIEUX R. *A propos du role et de l'image du père*, «La psychiatrie de l'enfant», 1970, 2, pp. 341-447
- LEBOVICI S., *Le nourrisson, la mère et le psychoanalyste. Les interactions précoces*, Paidos, Le Centurion, Paris, 1983
- LEFF R. J. *The baby-makers. An in-depth single-case study of conscious and unconscious psychological reactions to infertility and baby-making technology*, «British journal of psychotherapy», 1991, Vol. 8, 3, pag. 278 e seg.
- LEFF R.J., *Pregnancy: the inside story*, Sheldon Press, London, 1993
- LIBERMAN R., *Quel avenir psychologique pur les enfants nés des nouvelles techniques de procréation?*, «Ethique», 1992, 3, pag. 83-93
- LIMENTANI A., *Perversioni*, in *Tra Freud e Klein*, Borla, Roma, 1989
- LIMENTANI A., *Il ruolo trascurato dei padri nell'eziologia e nel trattamento delle deviazioni sessuali*, «International journal of psychoanalysis», 1992, 72, pp. 573-584
- LYNN D., *Il Padre*, Armando, Roma, 1980
- MALHER M. S., PINE F., BERGMAN A., *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino, 1978
- MAUCO G., *La paternità*, Cittadella, Assisi, 1976
- MENCHINI FABRIS G.F., *Osservazioni al documento di Ossicini e Bartolomei*, «Problemi psicologici nella procreazione assistita», (relazione predisposta per il C.N.B., novembre 1993)
- MISES R., *Carenze e distorsioni della funzione paterna negli stati border-line infantili: presentazione di un caso*, «Journal de la psychoanalysis de l'enfant», 1992, 11, pp.65-79
- MISES R., SEMENOV G., HUERRE P., *Problèmes psychologiques liés à l'insémination par donneur*, «Confrontation psychiatrique», 1978, 16, pp. 219-236
- NORDIO S., PIAZZA G., STEFANINI P., *Diventar padri. La famiglia che si estende, i suoi simboli, il pediatra*, Franco Angeli, Milano, 1983
- OSSICINI A., BARTOLOMEI G; *Problemi psicologici nella procreazione assistita*, (relazione predisposta per il CNB, novembre 1993)
- OSSICINI A., *La relazione madre-bambino*, Giunti, Firenze, 1962
- OSSICINI A., *Esperienze di psicologia di gruppo*, Studium, Roma, 1964
- OSSICINI A., *Problemi di psicologia dell'età evolutiva*, Studium, Roma, 1980
- PASINI W., *Valutazione critica degli aspetti psicologici dell'inseminazione artificiale eterologa*, «Sessuologia», 1978, 2, pagg. 39-42
- PINES D., *Emotional aspects of infertility and its remedies*, «International journal of psychoanalysis», 1990, 71, pag. 561e segg.
- QUILICI M., *Il padre ombra. Quando manca la figura paterna*, Giardini, Pisa, 1988
- RASKOVSKY A. *Il figlicidio*, Astolabio, Roma, 1974
- TUSTIN A., *Comunicazione personale* (1993).
- WAKELING A. *A general psychiatric approach to sexual deviation*, in: *Sexual Deviation*, Ed. I. Rosen, Oxford: 1979
- VEGETTI FINZI S., *Il bambino della notte. Divenire donna divenire madre*, Mondadori, Milano, 1990
- WINNICOTT D.W., *Dalla pediatria alla psicanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975
- WINNICOTT D.W., *Il bambino e la famiglia*, Giunti, Firenze, 1973
- WINNICOTT D.W., *Sulla natura umana*, Cortina, Milano, 1989

IMPLICAZIONI GIURIDICHE

Premessa

Affrontando la complessa questione dei problemi giuridici della procreatica, il CNB ribadisce come non rientri nelle competenze del Comitato non solo il predisporre disegni di legge, ma nemmeno l'indicare *concrete* ipotesi di soluzione normativa di casi controversi. Non è nemmeno nelle competenze del Comitato contribuire al dibattito giuridico-scientifico o prendere posizione in ordine a specifiche posizioni dottrinali. Quando entra in contatto con problematiche rilevanti sotto il profilo giuridico, il CNB le analizza, le discute e le valuta sotto l'esclusivo profilo della loro *rilevanza bioetica*. Profilo, peraltro, dotato di una sua concretezza, perché implica un duplice immediato riferimento: da una parte quello a principi giuridici fondamentali (di diverso ordine assiologico e sistematico), quali i principi costituzionali, i principi internazionali generalmente riconosciuti, i principi generali del diritto; e dall'altra quello alla *coerenza intrinseca* dell'ordinamento, per come esso si è concretamente e storicamente determinato nell'esperienza italiana. Il diritto al quale si fa riferimento in questa sezione del documento non va quindi inteso come tecnica di *sintesi sociale*, sistema di carattere strettamente coattivo, o — come è stato efficacemente detto — «veicolo autoritario per imporre valori non condivisi», bensì come sistema relazionale, di carattere pubblico e obiettivo, di difesa e promozione dei soggetti in relazione. Le considerazioni che seguono vanno quindi lette in questa specifica prospettiva, che presuppone l'elaborazione problematica della materia, presentata nei precedenti capitoli del documento e in particolare in quelli di carattere sociologico, psicologico e scientifico generale.

1. Principi del diritto e interessi meritevoli di tutela

Né la Costituzione italiana, né altri testi giuridici di rilevanza internazionale contengono a tutt'oggi norme o indicazioni *esplicite* in ambito bioetico e più in particolare in ambito procreatico. Peraltro, una lettura sistematica della nostra Costituzione, così come della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* e di diverse ulteriori Convenzioni internazionali, e soprattutto della *Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo* (1989), ratificata nel 1991 dal nostro Parlamento, ci consente di individuare alcuni interessi generalmente riconosciuti, per la cui promozione e la cui tutela è possibile pretendere e ottenere l'intervento del diritto.

Questi interessi possono condensarsi essenzialmente nei punti seguenti: *l'interesse alla difesa e alla promozione della persona* (artt. 2-3 Cost.), *l'interesse alla difesa e alla promozione della famiglia* (art. 29 Cost.), *l'interesse alla difesa e alla promozione della salute* (art. 32 Cost.), l'interesse del nascituro alla vita, alla salute, a un pieno accoglimento familiare, sociale ed umano, a non essere in alcun modo discriminato a causa delle modalità della sua nascita (artt. 2, 3, 29, 30, 32 Cost.).

2. Come utilizzare i principi del diritto

La riflessione sui principi costituzionali e internazionali e l'individuazione di interessi meritevoli di tutela ci consente di mettere a fuoco con maggior precisione l'*orizzonte* entro il quale — da un punto di vista giuridico — va calata la riflessione sui problemi della procreata. I principi generali del diritto costituzionale e internazionale non consentono che vengano *dedotte* da essi disposizioni normative vincolanti di rango inferiore, ma semplicemente di individuare esigenze e compatibilità che il patto costituzionale e la nostra appartenenza alla Comunità internazionale ci autorizza a qualificare socialmente rilevanti e che, per questo solo motivo, siamo tenuti a tematizzare con particolare attenzione dal punto di vista della coerenza (logica e assiologica). Così, ad es., per limitarci ai soli principi costituzionali, è fondato rilevare che l'assimilazione della sterilità a una patologia giustifica, a norma dell'art. 321 Cost., calibrati interventi terapeutici e para-terapeutici di trattamento; che tale trattamento non può mai violare la dignità umana, come da disposto dell'art. 2 Cost.; che dalle pratiche di fecondazione assistita non può mai derivare una situazione giuridica di disegualianza, o comunque tale da limitare il pieno sviluppo delle persone, se non a condizione di violare il disposto dell'art. 3 Cost.; che il richiamo costituzionale alla famiglia, ex art. 29, e l'obbligo parimenti costituzionale che grava sui genitori di prendersi cura dei figli (art. 301 Cost.) impone di assicurare piena tutela al rapporto genitori-figli in ogni caso e perciò anche quando la nascita avvenga a seguito di fecondazione assistita.

In questa prospettiva è possibile rilevare come a partire da questi principi, problemi medico-deontologici, pubblicistici e amministrativistici, civilistici e penalistici vengono di necessità ad intrecciarsi strettamente. Nei paragrafi seguenti questi problemi verranno trattati a partire, per essenziali ragioni di chiarezza tematica e espositiva, da un breve inventario problematico, ad onta di possibili ripetizioni e reiterazioni tematiche: particolare attenzione, all'interno di questo inventario, verrà riservata a quei problemi che sembrano dover più di altri attirare l'attenzione del legislatore.

3. Ambiti di liceità della F.A.

In questo documento il CNB considera le varie tecnologie riproduttive come strumenti per realizzare il desiderio delle persone, uomini e donne, di

avere un figlio e perciò in quanto orientate alla procreazione di un nuovo essere umano. La fecondazione di ovociti umani con finalità diverse da questa (ad es. con finalità sperimentali) sembra in contrasto con il rispetto che si deve alla dignità umana (su questo tema il CNB si riserva di intervenire in un successivo documento).

Quando si consideri sotto questo punto di vista la procreazione assistita, sembra opportuno evidenziare i punti seguenti:

1. Ogni forma di F.A. va ritenuta, in linea di principio, giuridicamente *non sindacabile* qualora esperita su donna coniugata con seme del marito, previo il consenso delle due figure genitoriali.

Per alcuni membri del Comitato, tale liceità può incontrare insuperabili limitazioni, ove le tecniche usate per la F.A. possano far sorgere problemi di carattere specifico, quali quelli indicati nei capitoli etici del presente documento (ad es. riguardo alla produzione di embrioni in provetta).

2. Secondo alcuni membri del Comitato la predetta insindacabilità va estesa anche alle ipotesi di F.A. su donna non coniugata, purché stabilmente convivente con un *partner* e ove si ricorra, col suo consenso, all'utilizzazione del seme di questo.

3. Altrettanto lecita giuridicamente dovrebbe ritenersi, per alcuni membri del Comitato, la F.A. su donna coniugata — o stabilmente convivente — con seme di donatore (AID), in presenza di formale consenso del coniuge (o del convivente) e con la contestuale assunzione, da parte di quest'ultimo, di formale responsabilità genitoriale nei confronti del nascituro.

4. È opinione prevalente nel Comitato che la F.A. di donna nubile priva di *partner*, di donna coniugata senza il consenso del marito o di donna con seme del marito, ma dopo la morte di questo, non debba essere considerata giuridicamente lecita. Essa comunque, qualora venga effettuata, implica considerazioni giuridiche che attengono soprattutto, anche se non esclusivamente, allo *status* giuridico del nascituro e in tal senso è necessario un esplicito intervento del legislatore.

5. Ad avviso del Comitato è assolutamente indispensabile sul piano giuridico che vengano fornite indicazioni sul destino degli eventuali embrioni sovrannumerari in caso di FIVET — indipendentemente dalla valutazione strettamente bioetica che si intenda dare di questa evenienza —, anche al fine di evitare al riguardo qualunque forma di commercializzazione.

6. La libera attività sperimentale su uova fecondate, ancorché limitata ai primi giorni di vita o comunque alle primissime fasi della divisione cellulare dello zigote, fa sorgere gravi e ulteriori questioni bioetiche, sulle quali il CNB intende intervenire in modo esauriente con altro documento. È possibile per ora rimarcare come la L. 194/1978 sulla interruzione della gravidanza affermi che lo Stato tutela la vita umana fin dal suo inizio (art. 1), ancorché la tutela giuridica della *vita autonoma* e cioè della persona (in senso stretta-

mente giuridico) si concretizzi solo con l'acquisizione da parte del feto della capacità di vita autonoma. Su questo fondamento è da ritenere problematica la liceità di interventi sperimentali sugli embrioni, che non siano diretti a loro esclusivo vantaggio.

7. Il Comitato è concorde nel ritenere che dovrebbe essere vietata, ricorrendo se del caso alla sanzione penale, ogni forma di modificazione del genoma del nascituro correlata alla F.A. e operata a fini non terapeutici. Si rinvia su questo punto al documento sulla *Terapia genica*, emanato dal CNB nel febbraio 1991.

8. Il Comitato è concorde nel ritenere che gravi problemi di liceità giuridica nascono in ordine a qualsiasi forma di maternità surrogata o portante. Il CNB ritiene opportuno che siano vietate, ricorrendo se del caso alla sanzione penale, tutte quelle ipotesi in cui maternità surrogate o portanti presupponessero accordi di carattere commerciale di qualsiasi tipo.

4. Problemi civilistici

4.1. Il pregiudiziale problema di politica del diritto civile da risolvere in ambito procreatico riguarda l'opportunità, o la necessità, di un intervento legislativo per quel che riguarda il regime della filiazione (stato di legittimità del figlio nato da donna coniugata a seguito di pratica di F.A., ammissibilità e limiti dell'azione di disconoscimento nel caso di inseminazione omologa non consensuale e di inseminazione eterologa, accertamento di paternità o attribuzione di pretese patrimoniali al nato nei confronti del donatore).

La persistente mancanza di una disciplina normativa rende esperibili talune tutele che già possono rinvenirsi nel sistema; dell'ordinamento positivo conviene perciò mettere in luce le lacune ed i confini non superabili (o difficili da superare) in via di mera interpretazione delle regole e di adattamento degli istituti. L'ultimo rilievo induce a considerare con favore, sia pure nel segno della misura e della prudenza delle soluzioni, l'ipotesi di una regolamentazione, per legge, almeno dei punti nodali della materia.

Le vie da percorrere potrebbero essere, in via alternativa, le seguenti: l'aggiunta di specifiche previsioni nel regime della filiazione legittima e naturale; la predisposizione di una legge a sé, che non sia meramente derogatoria o integrativa del codice civile. La prima soluzione dispensa, almeno in parte, dalla necessità di una precisa e rigida presa di posizione in ordine alle pratiche consentite ed a quelle vietate, che appare invece scelta ineludibile ove si preferisca la seconda opzione.

Le materie da trattare sono, come si è accennato, lo stato di figlio legittimo (e le presunzioni di paternità e di concepimento in costanza di matrimonio); l'azione di disconoscimento della paternità e di contestazione della legittimità; la filiazione naturale (riconoscimento volontario del figlio, dichiarazione giudiziale di paternità o maternità naturale, legittimazione). Nell'ultimo tema si inquadrano le questioni riguardanti, sempre con riferimento alle tecniche di procreazione assistita, le coppie non unite in matrimo-

nio e l'ipotesi della fecondazione di donna non coniugata. Come si è detto, se si procede alla modifica del codice civile attraverso regole formulate come addizioni o eccezioni alla generale disciplina, è possibile evitare talune scelte di fondo ideologicamente condizionate e limitarsi a prendere atto dell'attuale fenomenologia (che comprende inseminazione omologa ed eterologa, ricorso alla GIFT come alla FIVET, ecc.).

4.2. Quanto all'inseminazione artificiale omologa nell'ambito della famiglia legittima non sussistono problemi di particolare gravità: dovrebbe considerarsi non contrastante coi principi positivi l'acquisizione dello *status* di figlio legittimo da parte del soggetto che viene ad esistenza. Non può incidere sulla legittimità del figlio l'eventuale revoca del consenso prestato alla inseminazione, revoca che venga manifestata dal marito prima che venga eseguito l'intervento di F.A. La legittimità del figlio dovrebbe ammettersi, ove ne ricorrano i presupposti (riferiti al tempo di raccolta del seme), anche al di là del termine finale entro il quale opera la presunzione di concepimento in costanza del matrimonio (ciò che del resto già costituisce, nel diritto vigente, oggetto di una prova che può essere data dai soggetti interessati).

Concludendo su questo punto, non risulta indispensabile una modifica dell'attuale regime delle presunzioni di legittimità nel caso di inseminazione omologa consentita.

Di indubbia utilità appare invece l'inserire, nel regime del disconoscimento di paternità, l'espressa menzione del fatto dell'inseminazione consentita come circostanza idonea ad escludere la rilevanza della mancata coabitazione o dell'impotenza di generare nel periodo tra il trecentesimo ed il centottantesimo giorno prima della nascita (che costituiscono, assieme all'adulterio ed al celamento della gravidanza, i casi in cui è ammesso il disconoscimento di paternità; deve aggiungersi che non sembra necessario alcun chiarimento normativo circa l'estraneità del profilo dell'adulterio alle pratiche in esame).

Più delicato appare il problema dell'inseminazione omologa *post mortem* del marito (ipotesi che, anche nel caso in cui venisse ritenuta non illecita dal legislatore, in ogni modo richiederebbe come suo necessario presupposto il consenso esplicito del donatore all'utilizzazione postuma del proprio seme).

Alla stregua del diritto vigente, salva l'ipotesi di nascita del figlio entro il trecentesimo giorno dalla morte del marito (ipotesi in cui si dà luogo alla presunzione di concepimento in costanza di matrimonio, ma può essere data la prova contraria), non può attribuirsi al soggetto che nasce lo stato di figlio legittimo. Su questo punto è auspicabile un intervento del legislatore, per superare la rigidità di questa disciplina: infatti anche nell'ipotesi in cui la legge proibisca ogni forma di inseminazione *post mortem*, non appare equo togliere al nato una paternità postuma, biologicamente fondata (le eventuali limitazioni poste dal legislatore alla F.A. *post mortem* dovrebbero essere accompagnate da sanzioni specifiche a carico delle Banche del seme e dei Centri di F.A. e della donna che avesse richiesto e ottenuto il loro intervento). È anche opportuno che il legislatore consideri i problemi successivi che inevitabilmente sorgono nelle ipotesi di fecondazione *post mortem*.

Per analogia, nelle ipotesi — invero rare — di inseminazione omologa non consentita o avvenuta sulla base di un consenso revocato, lo stato di legittimità del figlio non dovrebbe essere inciso dalle indicate vicende, poiché non si giustifica un'assimilazione di queste al caso di adulterio (tra l'altro per l'elementare ragione che non potrebbe essere data alcuna prova di incompatibilità dei caratteri genetici del nato con quelli del padre).

4.3. Il discorso sulla inseminazione eterologa — ove questa venisse formalmente accolta nel nostro ordinamento — non può trascurare due premesse: essere informato il sistema attualmente vigente al preminente valore della verità dei rapporti di filiazione contro il *favor legitimitatis* dominante nell'originaria stesura del codice civile; essere tuttora vigenti le norme incriminatrici in tema di alterazione di stato mediante false attestazioni o certificazioni. La rigida applicazione di tali principi ha condotto a ritenere che il marito, anche nel caso in cui avesse prestato il proprio consenso all'inseminazione ad opera di un terzo donatore, potesse agire per il disconoscimento della paternità che gli veniva attribuita per presunzione legale. Ove fosse mancato il consenso, si è anche fatto luogo senza difficoltà all'applicazione della norma che contempla l'adulterio della donna all'epoca del concepimento, come uno dei casi in cui l'azione è stata ammessa.

Le soluzioni alternative o riduttive non possono dare una soddisfacente risposta: così è a dire del suggerimento del riconoscimento del nato come figlio naturale, da parte della donna, e della successiva adozione «in un caso particolare» da parte del marito di lei; inappagante è anche l'idea di restringere le pretese del figlio al mantenimento e all'educazione, come avviene nelle ipotesi in cui non sia proponibile l'azione per la dichiarazione giudiziale di paternità (ad es. per il figlio incestuoso).

Deve dunque darsi atto della necessità di formalizzare il consenso e di considerarlo, una volta che sia manifestato con carattere di certezza, di univocità e a partire da una piena informazione della sua rilevanza giuridica, *preclusivo dell'azione di disconoscimento di paternità*. L'innovazione, per quanto rilevante, non sembra eversiva del sistema vigente, che è sì contrassegnato dall'accresciuto favore per la verità delle situazioni (anche con sacrificio della stabilità dei rapporti familiari), ma che attribuisce un notevole spazio di esplicazione e di efficacia all'assunzione responsabile di doveri e di potestà al di là dei legami di sangue, come soprattutto è testimoniato dalla moderna concezione e dall'attuale regime dell'adozione ed in particolare dell'adozione legittimante.

In mancanza di una specifica previsione normativa circa l'indole vincolante (e gli effetti preclusivi) del consenso alla inseminazione eterologa, si potrebbe intanto pensare a rimedi analoghi a quelli usati dalla più sensibile giurisprudenza straniera (in specie dei giudici francesi) per affermare l'*autoresponsabilità* della persona in ordine a dichiarazioni emesse o a comportamenti univoci osservati (ad es. nei c.d. riconoscimenti fatti «per compiacenza» e cioè chiaramente falsi di figli naturali).

Il principio di autoresponsabilità non è invece da solo sufficiente a risolvere altri problemi in discussione, come quello della maternità "contesa" tra

donatrice di ovociti e “portatrice”. Indipendentemente dall’eventuale favore o disfavore, con cui la legge possa fronteggiare questa eventualità, nel sistema vigente risulta ancora decisivo, con riguardo all’intero processo generativo, il finale momento del parto per l’attribuzione della maternità. Il CNB ritiene che questo principio vada in ogni caso rigorosamente confermato, essendo l’unico in grado di garantire la certezza dello stato giuridico del nato e di prevenire possibili contenziosi tra le sue due figure materne.

Comune a tutte le forme di inseminazione eterologa, quale che sia la metodica usata, è il problema della segretezza del donatore e dell’ammissibilità di una azione diretta all’accertamento giudiziale di paternità.

Quanto all’azione diretta all’accertamento giudiziale di paternità, esiste il problema se debba seguitare a darsi prevalente valore alla verità biologica nei rapporti di filiazione, ovvero se non sia opportuno introdurre talune preclusioni (per esempio nei confronti del *partner* che abbia espresso il proprio consenso alla F.A. eterologa).

Per quel che riguarda la figura del donatore, è possibile formulare le seguenti osservazioni. Considerando che il diritto alla salute del nato appare di certo prevalente su ogni altro, è da ritenere che, in via eccezionale, la segretezza del donatore — anche quando venga riconosciuta meritevole di tutela, — debba cedere per motivate ragioni di carattere diagnostico-terapeutico. È anche opportuno considerare attentamente l’ipotesi che essa possa cedere a fronte di richiesta di un giudice, per rigorose esigenze di giustizia. Indipendentemente da queste ipotesi specifiche, resta in generale il problema se vada riconosciuto di principio un diritto del nato — eventualmente dopo che abbia raggiunto la maggiore età e su sua formale richiesta — a conoscere l’identità del proprio genitore biologico. Molti membri del Comitato ritengono che questo diritto rientri tra quelli fondamentali della persona e non possa venir quindi indebitamente subordinato all’(eventuale) interesse del donatore a tenere segreta la propria identità. È da segnalare come subordinato a questo diritto, ma non coincidente con esso, quello del nato da F.A. di proporre azione di accertamento giudiziale di paternità/maternità nei confronti del genitore biologico.

Il CNB auspica che il legislatore prenda chiara posizione in merito. A favore di una rigorosa tutela dell’anonimato del donatore milita il fatto che, donando i propri gameti, egli non persegue certamente alcun progetto parentale nei confronti del nascituro e che la sua figura, di conseguenza, non può facilmente essere assimilata a quella di un genitore. D’altra parte, va rimarcato come in diversi ordinamenti stranieri sia stato positivamente riconosciuto — con diverse modalità — il diritto del figlio a conoscere l’identità dei propri genitori biologici (cfr. la legge federale austriaca del luglio 1992, art. 30; la legge svedese del 1985; in Germania è stata la Corte Costituzionale che ha rinvenuto nell’art. 1 del *Grundgesetz* il diritto del figlio a conoscere i reali rapporti di filiazione). Né va taciuto come numerose Convenzioni internazionali in tema di tutela giuridica del minore gli riconoscano, alla stregua di un suo diritto fondamentale, quello «di conoscere i propri genitori» e «a conservare la propria identità» (cfr. artt. 7 e 8 della Convenzione di N.Y. del 1989, già ratificata da 154 Stati, tra cui l’Italia).

Ove una donna sola — eventualmente contro espresse disposizioni di legge — si sottoponesse a interventi a fini procreativi, non potrebbero che applicarsi i principi propri degli istituti generali (riconoscimento volontario, accertamento giudiziale di paternità), con una rilevanza, almeno indiretta, e cioè sul terreno della prova, degli accordi intercorsi tra i soggetti interessati.

5. Problemi deontologici

L'equipe medica che realizzi la F.A. nei limiti esposti sub 4.1, 4.2, 4.3 non incorre in illeciti di indole penale o deontologica nella misura in cui siano rispettati:

- a) il principio della finalità terapeutica individuale e di coppia;
- b) il principio del consenso informato: sul punto si rinvia al documento emanato dal CNB nel giugno del 1992 (l'informazione deve comunque comprendere l'indicazione dei vantaggi e degli svantaggi della tecnica proposta, con particolare riferimento ai disagi, alle complicanze, alle percentuali di successo e di insuccesso, da indicarsi con parametri omogenei e trasparenti);
- c) il principio del segreto professionale.

6. Problemi bioetici

L'estrema rilevanza delle problematiche inerenti alle diverse forme di F.A. induce il CNB a ritenere particolarmente opportuno che qualsiasi prassi al riguardo avvenga nell'orizzonte non solo di specifiche norme giuridiche — la cui concreta individuazione è demandata alla sovranità e alla saggezza del legislatore — ma anche di regole di comportamento e di protocolli esecutivi cui siano confidati, in qualunque fase o momento della procedura, l'impegno alla tutela pubblica della salute e della dignità delle persone, nonché il principio della preminente rilevanza della difesa della vita umana.

A tal fine il CNB ritiene auspicabile che tutte le procedure di F.A. vengano costantemente seguite, in particolare per gli aspetti innovativi, da appositi Comitati per la bioetica, sia sotto il profilo della proposizione di concrete *guidelines* che del controllo materiale di eticità.

7. Problemi afferenti all'organizzazione sanitaria

L'interesse giuridico (e particolarmente quello medico-legale) al nostro tema si estende anche alla disciplina (*necessaria*) della organizzazione e della gestione delle strutture pubbliche e private cui affidare le procedure di raccolta dei gameti e di F.A.

7. 1. *Centri di raccolta e conservazione dei gameti (Banche dei gameti)*

7.1.1. Con l'espressione *Banche dei gameti* si indicano le strutture o i centri preposti alla raccolta, alla conservazione e al trattamento dei gameti umani al fine di effettuare l'inseminazione artificiale omologa differita o eterologa. In generale tale raccolta va riferita ai gameti maschili, ma le considerazioni seguenti andranno intese, nei limiti della compatibilità del discorso, anche con riferimento ai gameti femminili. L'organizzazione di Banche di ovociti, grazie al rapido sviluppo della ricerca, sta infatti uscendo dalla fase sperimentale.

È evidente che la questione relativa alle Banche dei gameti non riguarda l'inseminazione artificiale omologa contestuale, dato che tale pratica non richiede la conservazione dei gameti; diverso è il caso dell'inseminazione omologa differita, ove, benché il "donatore" sia all'interno della coppia, i gameti donati devono essere conservati, essendo l'inseminazione artificiale posticipata cronologicamente. Ciò dovrebbe avvenire di norma per ragioni di ordine medico, ad es. quando sono previsti in diversi momenti cicli di trattamento per la F.A., oppure quando il soggetto deve sottoporsi a terapie radianti o chemioterapie sterilizzanti o alla stessa sterilizzazione diretta; ma si possono anche ipotizzare casi — peraltro marginali, almeno statisticamente, e che richiedono una più attenta valutazione bioetica — in cui la conservazione del seme non dipenda da ragioni di ordine strettamente medico, ma da una decisione personale della coppia, che intenda garantire la propria fecondità futura dal rischio di eventi che possano incidere sulla fertilità del partner maschile della stessa. In ogni modo, in evenienze del genere, non si pongono i problemi relativi alla scelta del "donatore". Resta evidentemente doverosa, in questa ipotesi, la reiterazione del consenso del coniuge donatore all'utilizzazione differita dei propri gameti; e va di conseguenza considerata illecita tale utilizzazione dopo lo scioglimento del matrimonio e in assenza di ulteriore esplicita autorizzazione.

Va ulteriormente precisato che le Banche dei gameti non vanno confuse con le *Banche degli embrioni*, strutture atte a conservare ovuli già fecondati in vitro per impianti successivi. L'analogia delle due istituzioni consente comunque di pensare che tutte le garanzie pubbliche poste a carico delle prime debbano, e a maggior ragione, essere applicate alle seconde.

Le regolamentazioni che è auspicabile vengano introdotte a carico delle Banche dei gameti devono essere pensate in modo da garantire da una parte la salute pubblica e dall'altra gli interessi dei soggetti coinvolti a vario titolo nella pratica di fecondazione assistita, con particolare considerazione degli interessi del nascituro, dei futuri genitori, dei donatori.

7.1.2. Da un punto di vista giuridico generale, va rilevata la situazione attuale di carenza normativa in materia. Il CNB si limita ad auspicare un intervento legislativo in ordine ai seguenti punti:

a) l'istituzione di strutture apposite (le *Banche dei gameti*, per l'appunto), mediante specifica autorizzazione del Ministero della Sanità corredata da parere obbligatorio del Consiglio Superiore di Sanità (in ordine alla deter-

minazione di *standars* minimi, alla programmazione dei Centri e alla valutazione degli *standars* degli stessi). Tali strutture dovrebbero essere giuridicamente distinte e autonome rispetto ai Centri autorizzati a effettuare la F.A., in modo da impedire che il formarsi di interessi convergenti possa offuscare l'auspicabile immagine di linearità e correttezza che dovrebbe caratterizzare tali istituzioni (il che non preclude affatto alla possibilità che le Banche dei gameti possano sorgere, fisicamente, all'interno degli stessi centri per l'inseminazione e agire in stretta connessione con essi). Si dovrebbe prevedere la figura di un *Responsabile* del controllo e della supervisione sulla competenza professionale degli operatori della Banca e della legittimità delle procedure nello svolgimento delle operazioni che precedono la fecondazione assistita. Non dovrebbe ritenersi sufficiente il mero controllo di un medico (controllo professionale-privatistico): sarebbero auspicabili oltre alle garanzie di ordine sanitario, anche garanzie di ordine giuridico (controllo pubblico). Ogni Banca dovrebbe essere sottoposta a controllo da parte del Ministero della Sanità, affinché nell'erogazione dei propri servizi essa osservi scrupolosamente la normativa, anche deontologica, vigente; ogni Banca dovrebbe, altresì, comunicare all'Istituto Superiore di Sanità la situazione relativa alla propria attività di prelievo e di fornitura di gameti per fini di documentazione e statistica sanitaria;

b) le specifiche modalità di raccolta del seme maschile dovrebbero essere conformi alle direttive già stabilite nel precedente parere al riguardo emanato dal CNB;

c) andrebbe preclusa la possibilità di scambio tra le diverse Banche dei gameti raccolti (per evitare possibili elusioni dei predetti controlli);

d) si dovrebbe prevedere un limite temporale massimo alla conservazione dei gameti, adottando le indicazioni più prudenziali offerte al riguardo dalla scienza;

e) in vista della possibilità che lo sviluppo della medicina preventiva renda necessario, per la tutela del preminente diritto costituzionale alla salute, porre limiti all'anonimato del donatore dei gameti, la Banca dovrebbe provvedere non solo alla raccolta e alla conservazione, ma anche alla classificazione e alla schedatura dei gameti in appositi registri. La classificazione dovrebbe tener conto di tutte le caratteristiche del seme che appaiano scientificamente rilevanti e in particolare di quelle che potrebbero confliggere — una volta utilizzato il seme per la fecondazione — col legittimo desiderio di riservatezza in ordine alla fecondazione assistita da parte della donna o della coppia che ne abbiano fatto richiesta. In ogni modo, dovrebbe essere compito della Banca assumere con assoluto rigore i dati sulla identità del donatore, archivarli e custodirli, al fine di poterli esibire nei casi previsti dalla legge;

f) ogni Banca dovrebbe garantire la riservatezza su tutte le operazioni da essa svolte e su tutte le documentazioni da essa possedute;

g) dovrebbero essere regolamentate le forme di pubblicità delle Banche e dei Centri (al fine di disincentivare le finalità di lucro dell'attività);

h) dovrebbe essere riservata all'esclusiva competenza delle Banche la "scelta" del seme da destinare alla fecondazione assistita, scelta che dovrebbe essere effettuata adottando criteri di assoluta imparzialità e obiettività (oltre che di tutte le cautele necessarie per evitare l'eventuale utilizzazione di seme proveniente da parenti della donna interessata alla donazione). I soggetti destinatari del seme non dovrebbero esprimere "preferenze" sulle condizioni fisiche, psichiche, sociali o etniche del donatore, né indicare un donatore preferenziale o comunque da essi conosciuto, per evitare che la fecondazione assistita possa divenire veicolo di pratiche eugenetiche selettivo-qualitative (e al limite di pratiche incestuose). Andrebbe ritenuta lecita la sola preferenzialità per i caratteri somatici del donatore.

7.1.3. Ove la legge ritenesse lecita la F.A. eterologa, una particolare attenzione andrebbe riservata ai criteri per la selezione del donatore o della donatrice di gameti. Va rilevato che mentre l'uso delle uova soprannumerarie ottenute nel corso di F.A. non comporta un aumento di rischio per le donatrici, le donne che si offrono come volontarie e che non sono trattate per sterilità debbono affrontare alcuni rischi specifici (in particolare quello della iperstimolazione e delle anestesie o analgesie necessarie per il prelievo delle uova): ciò dovrebbe indurre il legislatore a escludere la donazione di ovociti, qualora ciò comportasse un rischio elevato per la donatrice.

I criteri giuridici generali al riguardo potrebbero riassumersi nei seguenti punti:

1) criterio minimale è evidentemente l'accertamento medico-clinico e di laboratorio sull'idoneità alla donazione, al fine di tutelare la salute della donna ricevente e del nascituro (a mero titolo di esempio, si può sottolineare l'esigenza che sia accertata l'idoneità fisiologica dei gameti donati alla riproduzione, l'assenza nei donatori di malattie ereditarie trasmissibili geneticamente o sessualmente; appare inoltre indispensabile che il donatore sia sottoposto ad anamnesi completa sulla sua storia personale e familiare in relazione soprattutto a precedenti riproduttivi o a fattori rischiosi, quali consumo di stupefacenti o di sostanze alcoliche, o esposizione a radiazioni, ecc.). Si impone il problema degli accertamenti in tema di STD e dei tests presintomatici, soprattutto nelle malattie ereditarie, a manifestazione ritardata, come la corea di Huntington, il rene policistico, ecc. e se detti tests debbano coinvolgere persone diverse dal donatore (ad es. ascendenti e collaterali). Va altresì sottolineato come tali accertamenti medico-clinici debbano essere posti in essere in forza del preminente diritto alla salute dei genitori e del nascituro. Va inoltre rimarcato come tali accertamenti possano — in un orizzonte di crescita del sapere scientifico, del quale però già si avvertono concretissime anticipazioni — rendere molto problematica *di fatto* (indipendentemente cioè dalla valutazione strettamente etica che se ne voglia dare) la protezione dell'anonimato del donatore dei gameti.

2) si potrebbe inoltre prevedere la recezione di ulteriori criteri, di carattere psicologico, di accertamento della idoneità alla donazione dei gameti al fine di

evidenziare la capacità e la consapevolezza nel donante del significato dell'atto di donazione che intende compiere.

3) la donazione dovrebbe essere rigorosamente tale, quindi *gratuita* sotto ogni profilo (non violano il principio della gratuità eventuali rimborsi di spese sostenute dal donatore, purché obiettivamente documentate). I gameti dovrebbero essere considerati sotto ogni profilo non commercializzabili, non cedibili, né trasferibili a qualunque titolo a terzi. È infatti evidente che la commercializzazione dei gameti e comunque la retribuzione, diretta o indiretta, dei donatori non solo toglie valore etico alla donazione e contribuisce a far insorgere tra donatore e Banche dei gameti o tra donatore e riceventi inopportune dinamiche di ordine commerciale (che potrebbero anche sfociare in altrettanto inopportuni contenziosi giudiziari), ma favorisce sia nei donatori che nelle Banche dei gameti il determinarsi di finalità speculative (cui potrebbero accompagnarsi comportamenti fraudolenti, per minimizzare le controindicazioni alla donazione e/o per massimizzare la retribuzione);

4) il donatore dovrebbe essere chiamato a esprimere un consenso esplicito, attuale, scritto, personale (cioè non delegabile) e libero all'utilizzazione dei suoi gameti a fini riproduttivi, secondo i criteri precedentemente indicati. La validità del consenso richiede che egli abbia raggiunto la maggiore età. Nell'ipotesi in cui venisse legittimata nel nostro ordinamento la F.A. eterologa, ove il donatore fosse coniugato, tale consenso dovrebbe essere avallato da quello del coniuge (sia per coerenza generale con la dignità riconosciuta dal nostro ordinamento al matrimonio, sia in particolare per il fatto che, come mostrano studi recenti, la donazione può essere psicologicamente vissuta — dal coniuge del donante — come un adulterio);

5) andrebbe rigorosamente proibita oltre ad ogni manipolazione dei gameti, anche la mescolanza di semi di donatori diversi o del seme di un donatore esterno col seme del marito o del partner della donna ricevente. Anche se una simile pratica potrebbe favorire l'anonimato del donatore o aiutare psicologicamente il partner maschile della coppia, mantenendolo nella idea (o nell'illusione) di poter essere stato comunque lui l'autentico padre genetico del figlio, essa appare in contraddizione con l'esigenza di poter comunque risalire, ove necessario almeno per motivi terapeutici e con facilità, alla obiettiva identità genetica paterna;

6) andrebbe preclusa al donatore la possibilità di destinare il proprio gamete ad uso privato o riservato, indicando una "coppia preferenziale", per evitare ogni indiretta e fraudolenta commercializzazione dei gameti. Ogni accordo privato in tal senso andrebbe considerato nullo;

7) in relazione infine al problema dell'eventuale anonimato del donatore, va ribadito che una eventuale scelta legislativa in tal senso dovrebbe comunque prioritariamente garantire — sempre che non vi siano altri metodi esperibili nel rispetto dell'anonimato stesso — la tutela del diritto alla salute del nato: il donatore dovrebbe essere sempre edotto di tale limite e in generale delle possibilità di essere identificato per quello specifico fine (o per altri individuati dalla legge) come genitore del nato dalla pratica di fecondazione assistita;

8) in ogni modo e ad ogni fine, il donatore dovrebbe sempre essere adeguatamente informato dalla Banca del seme della vigente normativa civilistica in ordine alla fecondazione assistita e del rilievo giuridico che l'ordinamento attribuisce all'atto della donazione. In particolare, ove la legge istituisse la figura del genitore legale del nato e precludesse il disconoscimento di paternità/maternità nei suoi confronti, il donatore dovrebbe essere edotto della impossibilità legale di rivendicare davanti alla legge il suo ruolo di genitore genetico del nato.

7.1.4. Il CNB ritiene che i caratteri sopra indicati per le Banche dei gameti vadano tutelati con fermezza, se non sempre a livello penale, almeno a livello amministrativo. Si auspica, pertanto, che ogni qual volta emergano sicure responsabilità a tale livello delle Banche, il Ministero debba revocar loro le autorizzazioni di sua competenza.

7.2. I Centri di F.A.

7.2.1. Per essi non può prescindersi dalle garanzie tecnico-scientifiche in termini di accreditamento e di VRQ (*valutazione e controllo della qualità*).

7.2.2. Si ripetono, per quel che concerne i Centri di F.A., le raccomandazioni già fatte sopra per le Banche dei gameti: e cioè che essi vengano specificamente autorizzati dal Ministero della Sanità, che siano retti da un *Responsabile* sia sul piano strettamente sanitario che su quello giuridico e bioetico; che siano sottoposti a controllo da parte del Ministero della Sanità, e che debbano comunicare all'Istituto Superiore di Sanità la situazione relativa alla propria attività per fini di documentazione e statistica sanitaria. Va inoltre rilevato che l'alta tecnologia richiesta per l'organizzazione delle Banche degli embrioni rende comunque opportuno il loro inserimento nei Centri di F.A.

7.2.3. In analogia con le Banche dei gameti, anche i Centri di F.A. dovrebbero offrire tutte le necessarie garanzie professionali, oltre che igienico-sanitarie e tecnico strumentali, da accertare in via preventiva ai fini della autorizzazione di cui si è detto sopra, e dovrebbero essere costantemente sottoposti a ulteriori controlli, in vista del periodico rinnovo della autorizzazione o per la determinazione di una sua eventuale revoca.

7.2.4. L'organizzazione sanitaria dei Centri di F.A. postula inoltre:

a) la *tutela della donna* ricettrice di gameti maschili attraverso l'informazione sulla normativa vigente e sullo statuto giuridico del nascituro, sul rapporto rischi/benefici e in particolare sulle percentuali di successo/insuccesso della pratica, indicati con parametri omogenei e trasparenti; spetta altresì ai Centri di F.A. recepire il consenso motivato della donna, garantire la scrupolosa osservanza del segreto professionale, la prevenzione di contagi e malformazioni e offrire inoltre tutte le opportunità per una corretta diagnostica prenatale;

b) la *tutela della coppia*, in particolare di quella coniugata; spetta ai Centri informare adeguatamente e correttamente il marito (o il partner) della

donna sulla rilevanza giuridica della pratica di F.A. e in particolare sullo statuto giuridico del nascituro e recepirne il consenso informato, ove la legge lo richieda;

c) la *tutela dell'embrione*: inerisce a questo punto la compatibilità delle pratiche di F.A. con l'IVG, ai sensi della L. 194/1978: indipendentemente da considerazioni di bioetica personalistica (contraria di principio alla legalizzazione dell'aborto volontario), sembrerebbe coerente che l'IVG, dopo F.A., debba essere ammessa solo per stretti motivi di tutela della salute della donna. Altre ipotesi di tutela dell'embrione concernono: 1) il problema dell'aborto selettivo; 2) il problema della produzione di embrioni al solo scopo di farne oggetto di sperimentazione e di ricerca (prescindendo cioè dall'obiettivo di ottenere una gravidanza); 3) il problema della loro commercializzazione. A parte la prima — che dovrebbe essere analizzata alla luce della L. 194/1978 — le altre appaiono in linea di principio, secondo il diritto comune, *giuridicamente illecite*;

d) la *tutela del nato*: i Centri di F.A. devono garantire al nato il *diritto a un patrimonio genetico non manipolato*. Rientra in questa ipotesi l'interdizione di ogni pratica orientata alla clonazione e all'ectogenesi a fini procreativi, alla produzione di ibridi e chimere, agli impianti interspecifici e alla scissione embrionaria. Appare di conseguenza altresì da interdire ogni pratica per la selezione del sesso (con eccezione per la prevenzione di malattie ereditarie, legate al sesso).

7.2.5. L'organizzazione sanitaria non può prescindere dal considerare, in termini di *guidelines* per Banche e Centri clinici, le condizioni di *eventuale contenzioso*, con riflessioni sulla responsabilità professionale degli operatori dei Centri. Tali condizioni possono concernere in particolare problemi afferenti a:

a) *infezioni sessualmente trasmesse*;

b) *malattie ereditarie, malformazioni del nato*;

c) *maternità surrogata (che andrebbe proibita per evitare possibili contese tra madre genetica e madre di grembo)*;

d) *destino di eventuali embrioni sovrannumerari*. I grossi problemi bioetici che concernono tali embrioni rendono assolutamente auspicabile che i Centri di F.A. operino in modo tale da evitarne o almeno limitarne la produzione e che comunque il progresso del sapere scientifico la renda presto superflua. È comunque indispensabile che il legislatore specifichi espressamente lo statuto giuridico degli embrioni, onde evitare la loro assimilazione a mero materiale biologico e per individuare con estrema chiarezza su quali soggetti ricada l'onere della loro conservazione e la potestà di decidere sul loro destino.

LA BIOETICA, IL SUO METODO ARGOMENTATIVO E LA SUA APPLICAZIONE ALLE VARIE FORME DELLA PROCREAZIONE ASSISTITA

1. I problemi bioetici della procreazione tecnologicamente assistita e la loro collocazione nello spazio che separa, collegandoli, morale e diritto

Il punto di partenza della riflessione che si ha intenzione di svolgere è rappresentato dall'assunto che le questioni bioetiche in generale, e quelle relative ai temi della procreazione assistita in particolare, abbiano una forma considerevolmente diversa, sia, come è più evidente, da quella delle questioni giuridiche inerenti ai medesimi temi, sia anche da quella delle questioni strettamente morali le quali abbiano, pur'esse, ad oggetto, gli stessi, oppure altri aspetti del comportamento umano.

La differenza con quest'ultimo tipo di questioni, in particolare, non attiene naturalmente, soltanto al numero, sicuramente più circoscritto, delle prime rispetto a quello, teoricamente e praticamente indeterminabile, delle seconde, ma specialmente alla loro forma essenziale, e cioè al dato onde le questioni bioetiche, non ruotano soltanto intorno alla decisione individuale di una persona, o di più persone esistenzialmente coinvolte nella medesima situazione concreta, ma sempre, per necessità, intorno a decisioni, potenzialmente conflittuali, di persone che non condividono il medesimo problema esistenziale, ma si trovano fra loro collegate da ragioni di natura professionale. Le questioni bioetiche si pongono, anzi, immediatamente e contestualmente, all'interno di un sistema ancor più complesso di rapporti: oltre a proporsi, infatti, entro il microcosmo delle relazioni fra i soggetti che, a vario titolo, sono direttamente implicati in ciascuna delle pratiche di procreazione assistita, che si mostra sempre preventivamente determinabile e schematizzabile, esse si propongono anche entro il macrocosmo delle relazioni fra le opinioni pubbliche di ciascun Paese e dei dibattiti che impegnano le istituzioni politico-costituzionali del medesimo.

La ragione di ciò è nota. Essa risiede nel fatto che i soggetti operanti nella sfera sociale più ristretta non sarebbero in grado di risolvere, se pretendessero di restare all'interno di essa, i molteplici problemi che vi si propongono: non saprebbero e potrebbero conciliare le possibili divergenze reciproche nella valutazione etica delle pratiche procreative, non potrebbero nutrire o creare certezze riguardo alla liceità giuridica di quelle medesime pratiche, non potrebbero conoscere e tanto meno determinare le conseguenze civilistiche o penalistiche della loro effettuazione, e così via; è a causa di tutto ciò, dunque,

che essi si vedono costretti a mettersi in comunicazione con il mondo delle istituzioni sociali e politiche, a differenza di quanto avverrebbe laddove quegli stessi soggetti avessero ad affrontare questioni di carattere squisitamente morale, per la soluzione delle quali i medesimi non farebbero che applicare, in piena autonomia, i criteri etici considerati più convenienti allo scopo di giudicare e di orientare la propria condotta.

Ecco, per ciò, che il mondo delle istituzioni politiche è, per necessità, chiamato a mettere in gioco la propria autorità, proprio allo scopo di consentire, in primo luogo ai protagonisti stessi di quel nucleo intrigato di rapporti, di venire a capo delle questioni per le quali essi medesimi lo chiamano in causa. Ciò avviene, anzitutto, con la discussione aperta di ognuna di tali questioni e, in secondo luogo: *a)* con la valutazione dell'opportunità di una loro regolamentazione giuridica, globale o parziale; *b)* con la valutazione, subordinata all'esito positivo della prima, dei contenuti da versare in quella regolamentazione, e degli scopi, positivi o negativi, di autorizzazione o di proibizione, ai quali orientarla; *c)* infine, con la decisione, anch'essa eventuale, di consentire, oltre alla predisposizione di strutture private, anche l'organizzazione di strutture pubbliche atte a generalizzare l'effettività delle pratiche di riproduzione tecnologicamente assistita, allorché queste siano state previamente considerate e regolate dal diritto.

Non soltanto, dunque, nello spirito dell'impostazione introdotta, non si può che consentire senza riserve con la tesi, comune ai sostenitori delle opinioni più diverse, secondo la quale nella discussione bioetica avente a suo oggetto gli istituti della procreazione tecnologicamente assistita, dovrebbero essere tenuti nitidamente distinti i profili etici da quelli giuridico-istituzionali del discorso, ma si deve, in quello stesso spirito, andare più in là di quanto quella stessa tesi non vada. Sembra, infatti, necessario superare la presa di posizione ricordata, affermando che quella discussione, qualora voglia assumere i caratteri convenienti ai contenuti e allo stile riflessivo della bioetica, e sfuggire alla prigionia nella quale tendono a rinserrarla l'argomentazione etica e quella giuridica, debba differenziarsi da entrambe, rifiutando l'alternativa di essere disgiuntamente definibile, o secondo i criteri dell'argomentazione etica, o secondo i criteri dell'argomentazione giuridica. Essa dovrebbe, invece, a tale scopo, stabilire il proprio centro argomentativo in uno spazio intermedio fra morale e diritto, funzionante da luogo di separazione e di collegamento di entrambi, e tale da permettere, per tale sua collocazione, a quanti vi operino, anzitutto, di attingere dall'una e dall'altro i criteri-guida del discorso che essa intende sviluppare, e quindi di sintetizzarli in un modo elastico e sempre rivedibile, ma, ciò non di meno, proprio e originale.

La conseguenza più significativa di questo modo di vedere sarebbe in ciò che nel discorso bioetico sugli istituti della procreazione assistita dovrebbero confluire, imponendo entrambi una limitazione agli elementi contrapposti, sia aspetti caratterizzanti del discorso morale, rappresentati, per esempio, dalla disponibilità ad ammettere limiti alla libertà individuale di scegliere e di pretendere qualcosa, allorché questa possa esercitarsi solo attraverso la negazione di valori evidenti e perciò diffusamente, pur se non unanimemente,

condivisi, sia aspetti essenziali della convivenza civile caratteristica di un ordinamento giuridico liberaldemocratico, di un ordinamento, cioè, strutturato intorno a una costituzione che riconosce a ogni persona un certo numero di diritti inviolabili di libertà, i quali, nel loro insieme, operano in guisa da garantire a ogni singolo il diritto ad effettuare scelte autonome dalle indicazioni di qualsiasi potere e diverse da quelle effettuabili da ciascun altro.

2. Conseguenze del metodo prescelto sul ruolo formale, sui limiti sostanziali e sui poteri di limitazione della legge nella disciplina degli istituti della procreazione assistita

Sul piano formale, la prima conseguenza delle interrelazioni che, secondo quanto si è osservato, informano di sé la struttura bioetica delle questioni di procreazione assistita è quella per la quale i diversi schemi di risposta elaborati relativamente ad esse dalla riflessione bioetica, dopo che questa si sia impegnata a sintetizzare nella propria chiave principi etici e principi giuridici del più alto rango, dovrebbero rappresentare il fondamento della successiva regolamentazione legislativa di tali questioni. Quest'ultima dovrebbe, dunque, essere considerata, dal lato formale come espressione della necessità istituzionale che l'ordinamento generale faccia filtrare le sue valutazioni fin dentro la sfera appartata degli istituti della procreazione tecnologicamente assistita, dal lato sostanziale come espressione dell'esigenza che le regole da dettare si attengano all'equilibrio conveniente a una normazione che si propone di attuare nella materia considerata, principi di libertà e principi etici, e sia nutrita, perciò, della consapevolezza che il tenore dell'intervento regolativo ad essa richiesto debba trattenersi entro i limiti suggeriti dalla riflessione bioetica, purché quest'ultima abbia cercato di formulare proposte dirette a bilanciare criticamente la tutela dei valori chiamati obiettivamente in causa da ciascuna fattispecie procreativa, con quella delle istanze personali di libertà che reclamano di apprezzare quei valori secondo indicazioni attinte alla sfera della coscienza individuale.

Più specificamente la conseguenza sostanziale di un metodo cosiffatto di affrontare le questioni bioetiche, non potrebbe essere quella di ritenere che le autorità politiche dovrebbero risolverle nell'ottica dell'affermazione di un'etica pubblicamente imposta su etiche prescelte da privati. Un'atteggiamento di questa natura, infatti, o finirebbe per codificare, puramente e semplicemente, un sistema di valori deliberato in forme unilaterali dal potere pubblico, al di fuori di qualsiasi intesa con i vari universi morali esistenti nell'ordinamento, o impegnerebbe quest'ultimo a trascrivere nelle proprie formule giuridiche i criteri dedotti da uno o da più canoni elaborati da qualcuno di quegli universi, così confondendo il ruolo delle une con quello degli altri; ma in entrambi i casi, quel potere si porrebbe in contrasto con l'orientamento di perfezione morale al quale dichiarerebbe di essersi voluto ispirare, quando imponesse coattivamente l'osservanza delle sue regole anche a coloro che in quei canoni non siano in coscienza disposti a riconoscersi, svelando, in tal modo, la solida-

rietà dell'integralismo etico-giuridico con una struttura statale di natura autoritaria. Soluzioni di questo genere, d'altra parte, si mostrerebbero troppo ignare del fatto che lo spirito delle moderne istituzioni rappresentative (e dunque in sostanza lo spirito più autenticamente liberante dell'etica pubblica) ha tratto il suo nutrimento civilizzatore proprio dalla costituzionalizzazione dei diritti universali degli uomini e dei cittadini, onde è soltanto sulla base della loro piena assimilazione che oggi si può proporre qualsiasi progetto di autenticazione morale dei più diversi aspetti della vita privata e pubblica.

Ma, sul versante opposto, la conseguenza sostanziale della medesima impostazione non potrebbe essere neppure quella di favorire l'approvazione di discipline sulla procreazione assistita, ispirate a una concezione di minimalismo etico sostanzialmente estranea alla tradizione giuridica europea, e nella quale si riflette la negazione più evidente di quei principi di liberalismo etico e di quei criteri di bilanciamento degli interessi e dei valori che innervano le interpretazioni costituzionali più corrispondenti allo spirito del testo singolarissimo al quale sono rivolte. Come affermare che la limitazione pubblicistica anche di una sola forma dell'interesse personale a procreare con il ricorso a qualcuna delle tecniche ormai disponibili allo scopo, dovrebbe considerarsi automaticamente lesiva di un diritto costituzionalmente inviolabile dei singoli e, più in generale, dell'assetto pluralistico della convivenza sociale all'interno dell'ordinamento giuridico dello Stato? Per arrivare a simili conclusioni, infatti, bisognerebbe sostenere, o che tutte le forme della procreazione tecnologicamente assistita rappresentino manifestazioni equivalenti del diritto personale di procreare, che la costituzione garantirebbe come diritto intrinsecamente unitario e inviolabile, entro il quale resterebbero indifferentemente assorbite tutte le possibili forme di procreazione; o che ciascuna e autonoma specie di tale forma procreativa, non ostante la peculiarità della propria struttura valoriale, presenti lo stesso grado di consistenza di tutte le altre e meriti, perciò, allo stesso modo di quelle, di essere considerata come l'oggetto di un diritto, non solo fondamentale, ma addirittura inviolabile, che spetterebbe, perciò, necessariamente, a chiunque intenda realizzare un proprio scopo procreativo all'interno del nostro ordinamento costituzionale. Da un lato, infatti, la natura intrinseca e la struttura interpersonale del diritto di procreare, esclude, come vedremo, la possibilità di riconoscerlo in qualsivoglia fattispecie di procreazione tecnologicamente assistita, dall'altro non appare scientificamente lecito individuare la violazione di una garanzia costituzionale, dovunque il diritto introduca una qualche limitazione a una possibilità d'azione di qualcuno, per quanto essa sia collegata a un diritto che a quel qualcuno sia riconosciuto, dato che, al contrario, la limitazione dei diritti, anche quando essi siano costituzionalmente stabiliti, costituisce un'evenienza normale e anzi necessaria, a condizione che si fondi su ragioni anch'esse di rango costituzionale e che valga, per opposizione, ad illustrare ancor meglio, e dunque a rafforzare, la specifica identità del diritto limitato. Quel rafforzamento, invece, sarebbe ben lungi dal verificarsi qualora si pretendesse, contraddicendo al metodo del bilanciamento dei valori e degli interessi, di allargare indefinitamente la sfera applicativa di un diritto, per esempio del diritto di procreare, pretendendo di affermarne senza variazioni

l'esistenza a prescindere dal numero e dalla forza delle indicazioni contrarie che, caso per caso, vengono addotte a sfavore del suo riconoscimento.

Qualora possa considerarsi accettabile la generalissima concezione esposta, onde l'etica pubblica non sarebbe da costruire come sistema ideologico intrinsecamente compatto a difesa di un'antipluralistica etica di Stato, sibbene, ben più riduttivamente, come insieme di criteri finalizzati a tracciare uno spartiacque tra la varietà dei comportamenti procreativi considerati in linea di principio leciti, pur se difformemente giudicati dalle varie correnti di opinione esistenti nella società relativamente alla loro valutazione etica, e i comportamenti procreativi che si porrebbero al di là delle condizioni stabilite dall'ordinamento a tutela di un certo grado di unità (morale, giuridica e politica), necessariamente presupposta da qualunque pluralismo delle scelte pubblicamente valutabili, occorrerà, allora, naturalmente, tentare di verificarla in concreto, provando, in particolare, a proporre qualche indicazione di principio che possa considerarsi idonea a individuare l'esistenza e la dislocazione della linea di demarcazione indicata e ad esaminare, quindi, il ventaglio delle conseguenze che l'ordinamento giuridico potrebbe collegare al giudizio secondo il quale tale linea di demarcazione sarebbe stata nel concreto superata.

3. I fenomeni della procreazione assistita visti da una prospettiva metodologica particolare: fenomeni compatibili e fenomeni non compatibili con un quadro storico-razionale di «pluralismo tollerabile»

Non sembra, dunque, alla luce della premessa metodologica e delle varie sue implicazioni che si sono finite di esporre, che lo sforzo più significativo del CNB dovrebbe essere indirizzato a valutare le singole fattispecie della procreazione assistita dal punto di vista di ciascuna delle concezioni etiche esistenti nel Paese, o, per lo meno, non esclusivamente da quel punto di vista; da tale prospettiva, che sembra convenire piuttosto alle Chiese e ai centri non ecclesiali di difesa di etiche particolari, dovrebbe, infatti, considerarsi pacificamente ammesso che le diverse concezioni sostenute e animate dalle une e dagli altri dovrebbero concludere necessariamente per la propria negazione reciproca qualora i postulati etici che stanno alla base di ciascuna di esse venissero sviluppati lungo la linea delle implicazioni che ognuno di essi può astrattamente produrre. Quest'esito negativo potrebbe, invece, essere scongiurato qualora si muova dalla prospettiva costitutivamente pluralistica, che si è cercato di fondare metodologicamente all'inizio, cioè dalla prospettiva di un'etica della convivenza civile ispirata alla persuasione che la vitalità delle diverse concezioni etiche risieda nella profondità del loro radicamento personale e sociale piuttosto che nella pretesa di ciascuna a generalizzarsi oltre la sfera della propria effettiva interiorizzazione sociale sulla scia dell'imperatività giuridica della legge, e alla persuasione, collegata alla prima, della necessità di individuare territori nei quali possa realizzarsi creativamente, sul piano della pubblicità, la convivenza reciproca delle diverse etiche particolari che mostrino d'essere alimentate da un'effettivo spessore di consenso.

Naturalmente, quella indicata, sarebbe una prospettiva agevolmente accordabile a modi di pensare disconoscenti l'esistenza di verità ultime e indiscutibili alle quali agganciare le varie affermazioni bioetiche; ma essa potrebbe trovar posto, pur se con maggiori difficoltà, anche all'interno di impostazioni che, viceversa, si riconoscono in quelle verità, qualora anche queste si mostrino disponibili ad oppugnare, come in questo documento si vuole e si fa, il radicato, ma non per ciò meno screditato, convincimento, secondo il quale un sistema di legislazione civile intonato all'accoglienza di regole appropriate alla convivenza pluralistica, e perciò non sintonizzato con le convinzioni di alcuna particolare dottrina, potrebbe accordarsi soltanto a modi d'essere e di pensare alimentati dall'incredulità, o dallo scetticismo. Sembra, infatti, evidente che un convincimento di quella natura possa trovare il proprio decisivo sostegno soltanto su quel modo particolare di intendere il rapporto tra verità e libertà che si esprime nella confusione fra il piano etico-religioso e quello etico-sociale del discorso e che, per effetto di ciò, pretende di trasmettere, immediatamente e in modo obbligante, le forti intuizioni personali che i suoi sostenitori abbiano eventualmente attinto sul primo di essi, alle formulazioni etiche, normative e impersonali, che sono, viceversa, caratteristiche necessarie del secondo.

Da un punto di vista più concreto, poi, la prospettiva indicata sembra, senz'altro, quella più confacente alla natura amministrativa e alla funzione tecnico-consultiva propria del CNB, la quale induce a sostenere la tesi onde quest'ultimo, lungi dal potersi percepire legittimato a rivendicare l'autorità di giudice della liceità morale degli scopi perseguiti da coloro che portano nella propria azione qualcuna delle diverse prospettive etiche, dovrebbe, più riduttivamente, ma in modo, proprio per questo, più efficace, ritenersi appagato nel contenere le proprie valutazioni entro l'ambito segnato dalla necessità di stabilire una linea di confine fra il diritto di procreare e i limiti che, secondo il modo di argomentare avanti descritto, dovrebbero apporsi ad esso; ciò che, nel mentre ne definirebbe e ne confermerebbe il nucleo libertario, varrebbe contestualmente a trattenere la debordanza pubblica delle pretese pluralistiche che, anche nel campo della procreazione tecnologicamente assistita, caratterizza lo sviluppo delle moderne società occidentali.

Pure una prospettiva caratterizzata dai lineamenti che si sono appena illustrati, naturalmente, pone di fronte a difficoltà, la natura delle quali, però, è del tutto speculare a quella incontrata dalle concezioni sulle quali si è brevemente riflettuto; in particolare essa si trova a fronteggiare quella di ottenere intorno alla piattaforma della propria proposta, l'adesione di atteggiamenti culturali che tendono a collegare rigidamente il rifiuto filosofico di verità esistenziali ultime alla ripulsa pratica di ogni specie di limiti legislativi al diritto di procreare, concepito nel modo amplificato che ad esse è proprio. Ma la postulazione di discipline giuridiche, ispirate all'integralismo ideologico di stampo libertario, se dovrebbe essere condivisa allorquando quelle discipline pretendessero di regolare aspetti della vita personale che ricadono indiscutibilmente nel dominio della coscienza di ognuno, i quali, come tali, debbono essere considerati siccome costitutivamente illimitabili, non può essere, invece, condivisa laddove le questioni da esse considerate coinvolgono

necessariamente rapporti intersoggettivi particolarmente differenziati e complessi i quali reclamino, proprio per questo, un intervento normativo parallelamente articolato e diversificato, la struttura del quale dovrà, per la forza delle cose, inevitabilmente sostenersi sulla tensione fra il riconoscimento dei diritti di libertà e la determinazione dei limiti con i quali appare necessario circondarli allorquando essi entrino in rotta di collisione con valori che condividano il rango di tali diritti.

Per tal via la riflessione del Comitato sulla procreazione tecnologicamente assistita, si troverebbe, dunque, ad affrontare una questione più ampia, quella dei limiti di sopportabilità dei conflitti fra valori all'interno del pluralismo, che sta significativamente affluendo al centro delle preoccupazioni di pensatori della più diversa matrice ideologico-religiosa, sia, cioè cristiano-cattolica, che, come prova la più recente riflessione rawlsiana sul liberalismo politico, schiettamente liberale. Quella riflessione dovrebbe, dunque, inserirsi e volersi inserire nel contesto dei dibattiti che hanno ad oggetto le strutture sociali di natura aperta, le quali sono ritenute essere connotate dalla presenza di almeno tre aree ideologicamente caratterizzanti: quella dei valori condivisi da tutti i cittadini (se non altre, almeno quella dei valori costituzionali di libertà civile); quella dei valori che raccolgono riconoscimenti differenziati, ma che vengono, non di meno, da tutti accettati sulla base del rispetto che generalmente si ritiene di dover prestare al principio dell'uguale dignità delle persone e al principio costituzionale del pluralismo; e quella, infine, dei valori che, anche in relazione all'ampiezza e alla compattezza interna delle due aree precedenti, si porrebbero oltre il confine, non assoluto, ma sempre riverificabile con gli strumenti dell'analisi storico-razionale, rappresentato dal pluralismo che sarebbe socialmente tollerabile entro la sfera della normazione e dell'organizzazione costituzionale.

Il compito della riflessione bioetica condotta dal Comitato sarebbe, conseguentemente, quello di formulare, sulla base della piattaforma di etica della convivenza civile consigliata dalla prospettiva del pluralismo tollerabile, proposte relative all'individuazione delle forme di procreazione tecnologicamente assistita da includere nell'area di quelle non unanimemente consentite ma unanimemente accettate, così da poterle distinguere da quelle altre che, facendo capo a quella stessa prospettiva di valutazione, dovrebbero essere, viceversa, incluse, per la vastità multilaterale dei dissensi che suscitano e per la solidità delle ragioni di etica razionale che sorreggono quei dissensi, nell'area ideologica dei fenomeni non integrabili nel pluralismo tollerabile della normazione e dell'organizzazione costituzionale; o che potrebbero essere armonizzati con esso solo laddove esista, nei vari Paesi, un'area di valori da tutti condivisi, di valori comuni, costituitasi sulla base di una tradizione storica di antica origine, e perciò fortemente insediata, la quale, in modo pronunciato, caratterizzi l'intera condizione politico-culturale che in essi si respira, così da favorire un'espansione delle libertà contrassegnata da rigoglio pluralistico assai più robusto di quello che riesce ad affermarsi nei Paesi ove manchino condizioni di unità storico-spirituale tanto fortemente e diffusamente interiorizzate dalla coscienza dei cittadini.

4. Un criterio generale per l'individuazione delle fattispecie riproduttive «tollerabili» in una concezione pluralistica della procreazione tecnologicamente assistita: la centralità della coppia eterosessuale, stabile, in età fertile

La proposta interpretativa generale che può derivarsi dal complesso delle proposizioni metodologiche appena illustrate, è fondata, in definitiva, sull'idea che, nelle questioni esaminate, non possano essere unilateralmente massimizzate, né impostazioni bioeticamente autoritarie disposte a riconoscere l'esistenza di un diritto alla procreazione tecnologicamente assistita solo laddove questa assuma una forma rigidamente predeterminata, né impostazioni bioeticamente libertarie disposte a riconoscere l'esistenza di quel diritto dovunque abbia a manifestarsi una volontà procreativa; entrambe quelle impostazioni, infatti, non soltanto rinunciano a esplorare fino in fondo le possibilità di conciliazione degli interessi in gioco offerte dal metodo del loro bilanciamento, traendo da esso le implicazioni, amplificative o restrittive, che vi sono collegate, ma si precludono la strada alla possibilità di costruire più elasticamente le situazioni giuridiche entro le quali sistemare il fatto della procreazione assistita, sottraendosi in tal modo alla logica binaria tutta costruita sul diritto a procreare o sul divieto di procreare. Dal punto di guardia elastico, diversificato e ispirato all'esigenza di far convivere nelle soluzioni da proporre, la morale e il diritto, l'autorità e la libertà, che il criterio generale suggerisce, sembra potersi considerare, invece, atteggiamento bioetico più solidamente equilibrato, quello di accostarsi a tali istituti muovendo dalla persuasione meditata onde il criterio più largamente condivisibile allo scopo di individuare fra di essi quelli che suscitino resistenza minore di tutti gli altri alla propria inclusione nell'area comprendente le fattispecie intorno alle quali si manifesta un dissenso che, in questa sede, viene definito «tollerabile» (e, dunque, un consenso pubblico potenzialmente generale), sia senz'altro rappresentato da quello che, in linea di principio, inclina a considerare «tollerabili» i dissensi esistenti fra le varie concezioni bioetiche intorno alle forme procreative ausiliate dalla tecnica allorché essi riguardino la procreazione alla quale aspirano entrambi i soggetti di un rapporto eterosessuale di coppia, indipendentemente dal modo in cui tale rapporto si presti ad essere qualificato secondo i parametri stabiliti dalle formule del diritto positivo. Più in particolare la tesi sostenuta in questa riflessione è che, manifestandosi all'interno di tutti gli istituti della procreazione tecnologicamente assistita, un medesimo problema di composizione reciproca dei valori facenti capo alle persone alle quali può essere riconosciuto un diritto a procreare con quelli facenti capo alla persona destinata a nascere per effetto dell'esercizio di quel diritto, la composizione dei medesimi potrà essere considerata, in linea di principio, «tollerabile» laddove, registrandosi l'esercizio della doppia e convergente libertà dei genitori e l'assunzione da parte loro di una doppia e convergente responsabilità nei confronti del figlio, essa possa essere configurata normativamente in guisa da garantire anche gli interessi di quest'ultimo; si rivelerà, al contrario, in linea di principio, «non tollerabile», laddove essa, per quanto non riesca ad equilibrarsi attraverso una costruzione giuridica che trovi gli spazi necessari e sufficienti a rendere realizzabile anche

quest'ultimo interesse, si ritenga, ciò malgrado, soddisfatta dall'assicurare al medesimo una garanzia genitoriale dimidiata, o comunque, meno ampia e generalizzabile di quella che potrebbe essere allo stesso prestata da una coppia genitoriale eterosessuale, stabile e in età ancora fertile, e pretenda, in definitiva, di amplificare, senza precisi limiti, a danno di quello del nascituro, il «diritto o il potere di procreare» di persone alle quali quel diritto non è, né può essere, costituzionalmente garantito.

Sembra, in definitiva, secondo questo modo di vedere, che la conciliazione fra i due interessi, quello della coppia e quello del nascituro non possa realizzarsi in modo simmetrico, ma possa, invece, realizzarsi soltanto sul piano di una inevitabile, alternativa, disparità. In taluni casi, infatti, il primo si potrà affermare solo al prezzo di una certa limitazione del secondo, cioè seguendo una modalità di mutua inclusione; in altri la protezione di quest'ultimo interesse potrà imporre la negazione della pretesa affermativa del primo, di guisa che i due interessi risulteranno coordinati secondo una modalità di mutua esclusione.

5. L'applicazione del criterio generale: la «tollerabilità» della procreazione assistita omologa e della procreazione assistita eterologa

a) Questioni specifiche di metodo.

Gli istituti della procreazione tecnologicamente assistita entro i quali possono essere positivamente riscontrate le condizioni soggettive e oggettive che definiscono il criterio generale di tollerabilità (etica) che si è appena finito di indicare, sono, nel sistema di questa riflessione, quelli della procreazione assistita omologa e della procreazione assistita eterologa; si tratta di istituti certamente fra loro assai diversi e come tali oggetto di valutazioni etiche differenziate e, tuttavia, non tali da condurre ad escluderli, nella prospettiva bioetica qui prescelta, dall'area comune rappresentata dalla loro «tollerabilità» all'interno di una società organizzata secondo le forme di una costituzione pluralistica.

Non è possibile seguire, perciò, in tale prospettiva, la gran parte delle argomentazioni più comunemente elaborate riguardo alla possibilità di accettare o di respingere tali istituti, allorquando esse seguano, come diffusamente avviene, percorsi rigidamente deduttivi e unilaterali, ispirati ai postulati di un monismo o di un pluralismo strutturale, che mal si convengono all'ispirazione etico-razionale e bilanciata del ragionamento bioetico, al quale qui ci si vuole attenere.

Non può essere condivisa, per esempio, la drastica svalutazione di principio dell'impegno che le persone richiedenti l'accesso alla procreazione assistita di forma eterologa si assumono, tanto nei rapporti reciproci, quanto nei confronti del figlio nascituro, che può constatarsi in tesi che pur non difettano di ragioni per guardare criticamente a questa pratica particolare, nel mentre che, invece, quell'impegno, e dunque la sua struttura libertaria, sembra assumere in essa, per entrambi gli aspetti, caratteri particolarmente evidenti.

Relativamente al legame di coppia, infatti, come negare ogni valore alla particolare disponibilità che i soggetti implicati nelle dinamiche decisionali di una tale pratica mutuamente si accordano onde superare gli ostacoli opposti dalla natura alla possibilità di una procreazione esclusivamente propria, come trascurare la loro comune volontà di arricchire con la nascita di un figlio il vincolo coniugale o quello di durevole convivenza, come ignorare l'effetto di stabilizzazione di quel vincolo derivante dal conseguimento dello scopo che quella volontà si è prefissa? Sembra trattarsi, al contrario, di aspetti che vengono giustificatamente apprezzati dagli atteggiamenti bioetici più sensibili alla difesa del diritto di procreare e che, in effetti, per certi versi finiscono per assumere, in tale forma di procreazione tecnologicamente assistita, un risalto addirittura più pronunciato di quello che riescono ad acquistare all'interno dei rapporti nei quali la riproduzione avvenga secondo la forma coniugante naturale.

Relativamente al rapporto di filiazione, poi, è osservazione diffusa e di senso comune quella per la quale proprio il carattere misto, naturale e sociale, della medesima, nella procreazione assistita eterologa, implichi necessariamente la disponibilità della coppia a tenere un atteggiamento affettivo e educativo specialmente responsabile, a prestare un supplemento di impegno, nei confronti di un figlio voluto al di là dei limiti intrinseci all'attività procreativa meramente naturale.

Nè può essere simmetricamente condivisa, dal lato opposto, la parimenti drastica svalutazione che, in nome della ragione libertaria, viene riservata a tutti quegli aspetti obiettivi della procreazione assistita eterologa che la rendono tanto densamente problematica, non solo dal punto di vista etico, ma anche da quello bioetico. È bioeticamente lecito avvalorare apoditticamente il fenomeno della scissione della paternità genetica dalla paternità sociale, caratteristica di quella pratica, levigando tutti gli spigoli della sua dura problematicità, trascurare i gravi rischi di manipolazione ai quali è esposta la selezione dei donatori, sottostimare le limitazioni imposte ai figli nella ricerca della propria paternità genetica, camminare continuamente sul crinale pericoloso rappresentato dal ricorso a convalidazioni di mero fatto di tale istituto e delle sue articolazioni decisive (per es. quella relativa al donatore anonimo), anziché a una vera giustificazione etico-giuridica di quelle articolazioni?

Non condividendosi, dunque, il tentativo di tali impostazioni di convertire la propria unilateralità etica in una parallela unilateralità bioetica, nella riflessione che si propone, gli istituti della procreazione assistita dei quali si parla non verranno, in linea di massima, nè consequenzialmente negati sulla base di un'astratta etica dei principi, nè pregiudizialmente convalidati sulla base di un'astratta etica della libertà, ma, invece, soppesati sulla base del rapporto fra le due strutture, di principio e di libertà, che si misurano necessariamente all'interno della loro forma. Tale riflessione non ha, dunque, nè vuole avere il valore di una presa di posizione diretta a contestare, e, tanto meno, a screditare, il nocciolo delle diverse convinzioni etiche volte a qualificare nell'uno o nell'altro modo gli istituti e i problemi di questa delicata e quanto mai controversa materia, le quali, nel loro vitale nucleo di assolutezza, sono immedesimate a punti di partenza che possono essere accettati o rifiutati, creduti o miscono-

sciuti, ma non razionalmente dimostrati o contestati. Al contrario, essa è nutrita dalla persuasione della necessità di superare il punto di vista che ciascuna di tali convinzioni ha di se stessa, constatando che le obiezioni che tali convinzioni reciprocamente si rivolgono, quando non siano, come non raramente sono, malcertamente inerpicate su argomentazioni artificiose, appaiono, comunque, per lo più, dominate da uno spirito dialettico, e di esclusione, che deprime la capacità di individuare i punti positivi dei modi di vedere avversi, cioè proprio la capacità che deve essere continuamente attivata entro un'argomentazione costantemente chiamata a decidere alternative fra due o fra più valori, come è quella bioetica.

b) La procreazione assistita omologa. Osservazioni minime.

Su tale forma di procreazione assistita, il discorso può essere breve, essendo stata ormai accumulata a suo riguardo una riflessione robusta e raggiunta una forte stabilizzazione positiva di vedute nella gran maggioranza di coloro che ne hanno esplorato le giustificazioni, la natura e i vari aspetti contenutistici.

Ciò che può semmai ancora constatarsi, dal punto di vista bioetico, è che anche le posizioni di principio più intransigenti non muovono ad essa obiezioni attinenti alla compatibilità fra l'affermazione dei vari diritti della coppia, a procreare, a radicarsi socialmente e ad affrancarsi dalla condizione di sterilità, e l'affermazione del diritto alla genitorialità che potrà reclamare, una volta nato, il figlio genetico della stessa, concepito con l'ausilio di un'assistenza medica. Quelle obiezioni sono, infatti, rivolte, o verso l'intervento tecnico in sé considerato, allo scopo di escluderne o di determinarne riduttivamente la liceità morale, restando così esterne al territorio bioetico per eccellenza, rappresentato dalla relazione sociale fra i genitori e il loro figlio, o verso una modalità eventuale della procreazione (la fecondazione in vitro dello sperma e dell'uovo dei due coniugi), la quale, però, taglia trasversalmente gli istituti della procreazione assistita, e, non essendo affatto caratteristica della procreazione omologa, si presta a considerazioni che necessariamente travalicano il campo materiale occupato da questo specifico istituto.

Sembra, dunque, esservi, non solo un'asimmetria evidente fra la forza dei valori sottostanti a ciascuno dei diritti (alla procreazione, alla maternità, alla genitorialità), che cercano uno sbocco affermativo nella procreazione assistita omologa e la forza di quelli che vengono, da talune posizioni, posti a sostegno dei limiti che a quei diritti si vorrebbero opporre, ma anche un'asimmetria dei piani del confronto fra quei valori, nel senso che, secondo i convincimenti di metodo fin qui esposti, non sembra che, nel caso esaminato, le ragioni dell'etica specificamente addotte, debbano anche interpellare problematicamente la coscienza sociale ed assumere, in definitiva, la fisionomia di ragioni propriamente bioetiche.

Può, dunque, essere formulato l'avviso che il legislatore non possa legittimamente opporsi alla libera realizzabilità dei diritti chiamati in causa dalla procreazione assistita di natura omologa, il rango dei quali appare sicuramente

costituzionale, e che esso debba, anzi, apprestare gli apparati organizzativi pubblici appropriati a offrire loro soddisfazione. Allo stesso dovrebbe essere, invece, riconosciuta la libertà di valutare, secondo un apprezzamento meramente politico, i limiti entro i quali ammettere l'accesso alla pratica procreativa qui discussa, allorché questo sia richiesto da persone coniugate o conviventi che intendano utilizzare tale pratica come mezzo alternativo, elettivo anziché necessario, alla procreazione naturale alla quale esse potrebbero, senza problemi, fare ricorso. In quest'ultimo caso, infatti, la richiesta d'accesso, a causa del suo carattere meramente libero, non potrebbe ritenersi assistita da un riconoscimento costituzionale, ma dovrebbe essere considerata come espressione di un'attività semplicemente lecita degli interessati.

c) *La dialettica fra diritti e principi nella procreazione assistita eterologa.*

L'istituto della fecondazione eterologa deve essere senz'altro considerato, per la ricchezza dei suoi contrapposti risvolti, come l'autentico architrave del sistema degli istituti della procreazione assistita, sembrando evidente che i sistemi legislativi dei vari Stati sono piuttosto chiaramente attraversati dalla consapevolezza che il rifiuto di esso equivalga, in definitiva, alla ripulsa di tutto l'insieme degli istituti della procreazione medico-assistita, nel mentre che la sua accettazione regolata non implichi l'accettazione di quell'insieme, ma possa associarsi ad atteggiamenti molto diversificati verso tale insieme e verso le sue singole componenti.

Sta di fatto che in questa riflessione il giudizio di ammissibilità costituzionale e di tollerabilità etica espresso nei confronti dell'istituto, coerentemente con la metodologia di valutazione introduttivamente esposta, e con le osservazioni già svolte, non si fonda sull'opinione che esso appartenga alla categoria dei fenomeni sociali più diffusamente condivisi, ma che, pur dovendo essere incluso nell'area dei fenomeni eticamente controversi, si presti, tuttavia, ad essere apprezzato in modo bioeticamente positivo, tanto in virtù della possibilità di individuare una disciplina giuridica degli interessi dislocati in posizione di reciproca tensione, che può essere conformata in guisa da far salva la soddisfazione dei più essenziali fra essi, quanto in virtù dell'opportunità istituzionale da esso offerta, consistente nel fare spazio nell'ordinamento giuridico ad istituti intorno ai quali si manifesti un dissenso pubblico, e dunque un pluralismo di preferenze etiche, da considerare costituzionalmente «tollerabile».

Per argomentare la tesi esposta, la nostra costruzione non può restare sul piano meramente etico, sulla base del quale vengono ordinariamente elaborati i consensi e i dissensi alla procreazione assistita eterologa, ma deve spostarsi per necessità su un piano diverso, non più solo etico e non ancora positivamente giuridico, che è poi quello che, secondo il modo di vedere qui proposto, conviene al ragionamento bioetico.

Una posizione come quella descritta consente di osservare che la struttura della procreazione assistita eterologa può essere esaminata secondo due schemi assai diversi: o secondo una modalità bioetica aderente alla struttura fenomenica

dell'istituto, la quale pone, perciò, al centro dell'analisi e delle valutazioni che vi sono collegate la figura del terzo, alla quale sono, dunque, collegate in forma dipendente e negativa sia i problemi dell'istituto familiare, sia quelli facenti capo al figlio destinato a nascere; o secondo una modalità bioetica più schiettamente culturale, la quale sovrappone alla forma dei fenomeni una forma diversa, strutturata sui valori incorporati nei soggetti che chiedono di accedere a questo tipo di procreazione, al centro della quale si pone la scelta procreativa della coppia e la positività del suo rapporto con il figlio cui essa aspira, mentre il terzo vi occupa una posizione relativamente decentrata.

Secondo la prima impostazione i valori familiari e quelli della filiazione, dappoiché trovano il proprio substrato nel fatto della donazione di gameti appartenenti a persona diversa dai componenti della coppia, risulterebbero condizionati da tale dipendenza, non solo, come è evidente, quanto alla possibilità di affermarsi, ma anche, come non è evidente, quanto al modo stesso dell'affermarsi; per la seconda impostazione, la dipendenza materiale della filiazione dal fatto della donazione di gameti, troverebbe, invece, il suo contrappeso e il suo riscatto nell'autonomia spirituale assoluta del legame di coppia e nella responsabilità educativa e sociale esclusiva da essa unitariamente rivendicata nei confronti del proprio figlio bio-sociale.

Naturalmente, poiché la disciplina giuridica dell'istituto non incontra alcuna difficoltà tecnica a seguire l'una o l'altra delle due figurazioni principali che possono essergli astrattamente impresse, la questione della preferibilità di una delle due si pone su un piano squisitamente bioetico; e sul medesimo piano si pone, a ragione ben più forte, la questione, ulteriore e più radicale, che implicitamente eppur scopertamente sottostà alla prima delle due impostazioni considerate secondo la quale l'autentica alternativa bioetica riguardante la procreazione assistita eterologa, non sarebbe quella fra il consentire a un modello o a un'altro di disciplina, ma, invece, quella fra il consentire alla disciplina giuridico-positiva dell'istituto e il dissentire, rinunciandovi del tutto, a qualunque disciplina della medesima. L'esame della prima alternativa, quella della preferibilità di una disciplina a terzo dominante o di una disciplina a coppia dominante, ha il suo punto di partenza obbligato e il suo centro nevralgico nel diverso modo in cui le interpretazioni contrapposte configurano il ruolo del donatore. Al riguardo può constatarsi, su un piano del tutto oggettivo, come quelle nelle quali il ruolo del donatore occupa un luogo centrale, sono anche quelle che esigono la sua piena conoscibilità; e come, invece, quelle che si adoperano per marginalizzare l'incidenza di quel ruolo, sono anche quelle che esigono il suo anonimato.

Un'associazione di questa natura, da un canto è piuttosto banale, dato fra l'altro il suo carattere incontestabile, d'altro canto, però, essa è preziosa per penetrare nel vivo delle questioni più controverse. Infatti, mentre non v'è dubbio che le teorie aventi a scopo di affermare la centralità della coppia (e la marginalizzazione del donatore) nella procreazione assistita eterologa intendono realizzarlo reclamando una disciplina che imponga l'anonimato del donatore, sembra che un'uguale coerenza soggettiva non possa essere constatata nelle teorie contrarie. Di queste ultime, a ben vedere, non sarebbe intellettualmente

onesto dire che perseguano lo scopo di marginalizzare la coppia e di centralizzare il donatore e che per conseguire tale scopo reclamino una disciplina che imponga la conoscibilità di quest'ultimo; il valore della conoscibilità del donatore è, infatti, percepito in esse come un bene dotato di una sua diversa giustificazione, e, tuttavia, nel mentre che può e deve ad esse concedersi questo riconoscimento, con altrettanta nitidezza si deve affermare che se lo scopo particolare e intermedio da esse perseguito (quello della conoscibilità assoluta del donatore) fosse effettivamente accolto nelle discipline legislative, il primo effetto che ne seguirebbe sarebbe proprio quello della centralizzazione della figura del donatore, al quale automaticamente si collegherebbero altri importanti, e da quelle teorie non consciamente desiderati, effetti. È innegabile, per esempio, che l'identificabilità del donatore e la sua concreta identificazione, abbiano l'effetto di avvicinarlo alla coppia che ha fatto ricorso alla procreazione assistita in maniera senza pari più intensa di quella che può verificarsi laddove fra la coppia e il donatore si levi un velo legale, tessuto non solo della non conoscenza reciproca fra quei soggetti, ma addirittura dell'inconoscibilità reciproca di essi. Sarebbe, forse, la lacerazione di quel velo il modo migliore per fronteggiare i pericoli di dissoluzione familiare, tanto fortemente paventati dagli indirizzi bioetici contrari all'anonimato del donatore? Non meno innegabile sembra il dato per il quale la piena e immediata conoscibilità del donatore, e la sua effettiva conoscenza, sortiscano l'effetto di portare al massimo grado di evidenza soggettiva nella coscienza del figlio quella moltiplicazione oggettiva delle figure genitoriali che viene per altro verso denunciata come il massimo degli ostacoli allo sviluppo più armonioso dei processi di identificazione della persona generata con il metodo dell'inseminazione eterologa. Ma è proprio un'enfaticizzazione come quella descritta il mezzo più efficace per disinnescare gli ordigni di cui sarebbe costellato il percorso formativo di quella persona? Una prima, parziale, conclusione di questa riflessione, dunque, è quella che le dottrine bioetiche indirizzate a preferire orientamenti legislativi che costruiscano la procreazione assistita eterologa intorno alla figura di un donatore fin dall'inizio identificabile, siano costrette ad accettare l'immissione nell'ordinamento, familiare e sociale, di situazioni, delle quali esse fortissimamente disconoscono l'eticità; si tratta, dunque, di dottrine che, per l'aspetto considerato, è sconsigliabile seguire a causa delle loro gravi asimmetrie interne.

Quelle dottrine meritano, però, di essere valutate, non soltanto in relazione agli effetti non voluti, e tuttavia caratterizzanti e decisivi, della costruzione che propongono, ma anche, naturalmente, in relazione all'aspetto identificante, e decisamente voluto, di quella costruzione. Sotto tale aspetto, sulla scia di una certa letteratura di lingua tedesca, esse sostengono, infatti, che l'abbattimento dei limiti alla conoscibilità del donatore, fatto proprio dalla legislazione di qualche Paese, troverebbe la sua giustificazione obbligata nell'esigenza di salvaguardare il principio costituzionale del rispetto della dignità umana, in forza del quale dovrebbe ritenersi imposto al legislatore l'obbligo di riconoscere ai figli comunque nati, il diritto a conoscere la verità intorno alla propria origine, e, più in particolare, a conoscere le persone alle quali risale la responsabilità di aver voluto la propria nascita.

La discussione di un'argomento come quello riferito può essere condotta in due modi profondamente diversi, e precisamente, o all'interno dell'accettazione dell'istituto della procreazione assistita eterologa, o al di fuori di tale accettazione, considerando quell'argomento come un mezzo addotto per infirmare definitivamente la legittimità costituzionale dell'istituto preso in esame.

Nella prima delle due prospettazioni, quella interna, la forza di persuasione suscettibile di essere da esso trasmessa, appare, tuttavia, molto limitata. È stato, infatti, diffusamente osservato che l'inconoscibilità del donatore non priva il figlio del diritto a conoscere il proprio padre, essendo questo titolo dal diritto riconosciuto alla persona che si è assunta, assieme alla madre genetica e sociale, la responsabilità di volere la sua nascita, né del diritto a conoscere le caratteristiche genetiche del donatore, la registrazione delle quali si mostra del tutto compatibile con l'esigenza dell'anonimato, né, ancora, del diritto a conoscere la verità sul modo particolare della propria procreazione, né, infine, ovviamente, del diritto a conoscere la propria madre, genetica e sociale; essa lo priva, dunque, di quel particolare aspetto dell'informazione intorno alle proprie origini, che consiste nella conoscenza della persona che è, sì decisamente intervenuta con la donazione del seme (e assai più raramente dell'uovo) nel suo processo generativo, ma che ha subordinato, comunque, quel suo specialissimo intervento alla condizione di essere esentato da qualsiasi responsabilità paterna. Così stando le cose, la disciplina legislativa che costruisce l'istituto della procreazione assistita eterologa intorno al valore della piena conoscibilità del donatore, per un verso attribuirebbe alla persona concepita con le modalità proprie di quella tecnica, quel diritto a conoscere il genitore-non padre che integrerebbe l'insieme delle conoscenze sulla propria origine delle quali essa già sarebbe in possesso, superando il limite intrinseco alla disciplina fondata sull'anonimato; per altro verso, però, essa, paradossalmente, dovrebbe negare a quella stessa persona il diritto a dare qualsiasi seguito concreto alla conoscenza ottenuta, essendo essa impegnata, non meno della disciplina incentrata sull'opposto principio dell'anonimato, a garantire l'irresponsabilità giuridica e sociale del genitore-donatore. La conoscenza concreta del donatore non potrebbe dunque, essere giuridicamente convertita nella conoscenza effettiva del medesimo; essa, naturalmente, potrebbe aprire la strada al **fatto** di tale conoscenza fra genitore genetico e figlio. Ma tale fatto, oltre a presentarsi, per effetto di ciò che si è finito di dire, come fortemente improbabile, e a risultare di assai problematico apprezzamento bioetico, resterebbe, come è chiaro, del tutto al di fuori degli orizzonti di una disciplina della procreazione assistita eterologa che volesse incentrarsi sul valore della piena conoscibilità del donatore e sulle garanzie di lontananza che vi sono connesse.

Il convincimento di questa riflessione è, dunque, che i suggerimenti delle teorie le quali intendono costruire l'istituto della procreazione assistita eterologa intorno al valore della conoscibilità del donatore allo scopo di assicurare alla persona che nascerà con l'applicazione delle sue metodiche il diritto a conoscere integralmente i fatti della propria origine, non meritino di essere consigliati al legislatore e da lui seguiti, in quanto le discipline che essi propongono sono

obbligate a negare a quella persona l'esercizio concreto di quel diritto che esse, in astratto, affermano, invece, di volere alla medesima attribuire.

Resta, a questo punto, da discutere l'eventualità che l'ipotesi di costruire una legislazione avente ad oggetto la procreazione assistita di natura eterologa intorno al valore della piena conoscibilità del donatore non sia diretta, contrariamente all'apparenza, a coltivare il progetto della propria affermazione, ma intenda, invece, mostrare l'insostenibilità bioetica di tutte le costruzioni giuridiche concepibili dell'istituto, ivi compresa quella da essa stessa suggerita, così da guidare i poteri istituzionalmente responsabili verso una valutazione conclusiva di inaccettabilità politico-giuridica dello stesso. Una congettura come quella prospettata, merita di essere esaminata, non soltanto perchè, nella logica di questa riflessione, essa appare, oggettivamente, assai più solida di quella avanti esaminata, ma anche perchè non si può fare a meno di constatare come le proposte di costruire l'istituto di cui parliamo intorno alla figura del donatore conoscibile, provengano, per lo più, da coloro i quali, essendo francamente avversi all'accoglimento di esso nell'ordinamento giuridico, si mostrano, tuttavia, alogicamente persuasi che proposte cosiffattamente elaborate rappresentino il minore dei mali che potrebbero, a loro avviso, discendere dall'affermarsi di una volontà politica favorevole all'accoglimento dell'istituto in questione.

Il nucleo della tesi implicitamente affermata dagli orientamenti considerati sarebbe, dunque, quello per il quale la scissione della paternità-maternità dalla genitorialità, caratteristica della procreazione assistita eterologa, introduca nella vita familiare una ferita etica talmente grave da non poter essere rimediata con soluzioni proposte su qualsivoglia altro piano. Ora, di un'affermazione così conformata non è qui il luogo di discutere la premessa, cioè la valutazione di gravità attribuita al fenomeno che essa considera; perfino nel rapporto Warnock può leggersi, infatti, essere «indubbio che per alcuni la procreazione assistita eterologa resterà sempre (eticamente) inaccettabile», e in questa riflessione non si vuol certo negare che la forma procreativa analizzata faccia istituzionalmente emergere problemi morali, che, sul medesimo piano della forma degli istituti, appaiono intrinsecamente estranei alle forme procreative nelle quali genitorialità e paternità (o maternità) si trovano associate; ciò che si presta, invece, a discussione è la conseguenza tratta da quell'affermazione, quella cioè onde quella ferita etica, anche laddove la si condivida, debba fare da ostacolo insuperabile a qualsiasi difforme valutazione della procreazione assistita eterologa anche sul piano bioetico, cioè sul piano nel quale si deve decidere se i conflitti etici con i quali si ha a che fare, debbano essere risolti secondo una logica di libertà e di coesistenza di regole divergenti (cioè secondo la logica dell'et-et), o secondo una logica di limitazione, e di esclusione della coesistenza di regole giuridico-sociali dissonanti dalle regole morali che affluiscono verso il medesimo oggetto (logica dell'aut-aut).

Per quel che pensiamo le ragioni favorevoli a quest'ultima impostazione potrebbero essere argomentate, anche in questo caso, muovendo da una doppia prospettiva. Si potrebbe, infatti, sostenere che la procreazione assistita eterologa non meriti di essere accolta nell'ordinamento perchè si mostra, nel suo insieme, secondo l'opinione dei suoi stessi sostenitori, eticamente meno preferibile di

quella intrinseca al modello procreativo nel quale la genitorialità genetica coincide con la genitorialità sociale; o si potrebbe sostenere che quella forma procreativa debba essere rifiutata per il fatto di non contenere in se stessa valori etico-giuridici tanto consistenti da bilanciare gli aspetti negativi che, invece, sicuramente, sarebbero in essa presenti, così da suscitare dissensi etici tanto condivisi da superare la soglia della loro «tollerabilità».

Quanto alla prima prospettazione, corrispondente alla logica che potrebbe essere denominata “del più perfetto”, essa corrisponde a un sincero moto di perfezionamento delle varie strutture mondane, ma sembra al contempo dominata, a tacer d'altro, dall'illusione generale onde quel perfezionamento, anziché essere attingibile per le vie della più gratuita libertà di spirito, possa essere raggiunto per le vie del disciplinamento legislativo, e dall'errore particolare secondo il quale la sollecitazione a quel traguardo possa assumere la veste di un comandamento costituzionale, a norma del quale dovrebbero essere invalidati gli istituti non conformi ai parametri etico-giuridici straordinari che in esso sarebbero racchiusi.

Da quest'ultimo punto di vista, tuttavia, l'istituto della procreazione assistita eterologa non si presta ad essere censurato per il fatto che al suo interno si troverebbe contraddetto il modello costituzionale della perfetta relazione coniugale, o quello della perfetta forma del rapporto fra genitori e figli, o quello del perfetto status di figlio; infatti, pur senza sottrarsi al compito di indicare un modo d'essere preferenziale delle forme giuridiche relative a ciascuno di questi tre grandi istituti della medesima istituzione familiare, il testo costituzionale, secondo interpretazioni assai diffuse, non appare fondamentalmente guidato dall'obiettivo di additare un modello unico ed esemplare di quei diversi e concatenati segmenti di quella complessa istituzione, ma immette, invece, la propria carica innovativa nella finalità, originata da un orientamento assai più schiettamente sostanziale, di individuare e garantire l'essenza di ciascuno degli istituti nominati, riponendola, ora nella «naturalità» o stabilità familiare, ora nel «dovere e diritto dei genitori» di «mantenere, istruire ed educare i figli anche nati fuori del matrimonio», ora, simmetricamente, nel diritto dei figli, comunque nati, ad ottenere dal padre e dalla madre i beni del mantenimento, dell'istruzione e dell'educazione.

Se ne deduce, insomma, che se si volesse rifiutare l'istituto della procreazione assistita eterologa in nome della sua non corrispondenza a un modello etico più perfetto della procreazione, ciò corrisponderebbe a un atteggiamento fortemente tautologico e adialettico. Esso, infatti, non potrebbe essere sostenuto, nè appellandosi alla fede religiosa o libertaria dalle quali potrebbe, a prima vista, ritenersi originato, essendo le voci più autorevoli che provengono da entrambe quelle fedi ben conscie dell'inermità, dell'erroneità e financo della diseticità insita nelle posizioni che pretendono di trasferire nella legge civile vincoli morali del comportamento particolarmente intensi, essendo questi ultimi sopportabili e, anzi, perfino desiderabili, soltanto per coloro che ne abbiano scoperte le ragioni in una sfera spirituale superiore a quella dalla quale tale legge pur sempre nasce; nè appellandosi a parametri desunti dalla struttura

razionale dei principi costituzionali che presiedono alla disciplina delle varie forme e relazioni dell'istituzione familiare, essendo quei principi ispirati, come si è detto, non soltanto da un'etica indicativa di forme e di relazioni familiari preferenziali, ma anche, più sostanzialmente, più comprensivamente e, in definitiva, più spiritualmente, da un'etica di garanzia della formazione sociale famiglia e delle persone che ne fanno parte, indipendentemente dagli schemi giuridico-formali secondo i quali l'una e le altre si prestino ad essere nel concreto qualificate.

Queste considerazioni, dunque, nel mentre che non consentono a una riflessione come quella qui condotta, di rinvenire nel modello più esigente del ragionamento bioetico, gli ingredienti sulla base dei quali la procreazione assistita eterologa dovrebbe essere inconfutabilmente rifiutata, non solo da parte delle persone che eticamente non la condividono, ma dal consorzio civile e politico nel suo insieme, impongono, in pari tempo, di verificare se quell'istituto debba essere, tuttavia, criticato e respinto, non in forza della ragione appena esaminata, ma perché, da parte della coscienza più diffusa, esso dovrebbe essere considerato privo dei requisiti indispensabili a renderlo bioeticamente «tollerabile».

L'esame di questo argomento richiede manifestamente che non ci si limiti, siccome finora si è fatto, a indicare il lato critico delle teorie bioetiche le quali, argomentando contro l'eticità dell'istituto della procreazione assistita eterologa, si oppongono al suo accoglimento nell'ordinamento giuridico, ma piuttosto che, all'inverso, vengano indicate le ragioni bioetiche adducibili a sostegno della sua accoglibilità all'interno di esso, verificando la loro resistenza alle osservazioni critiche che vogliano rilevarne, non tanto, come le precedenti, la difformità da un modello procreativo "perfetto", quanto l'inadeguatezza rispetto ai valori etici minimali imposti dall'ordinamento giuridico.

Per quel che ritiene questa riflessione, tali ragioni sembrano poter essere suddivise in, intrinseche e estrinseche, a seconda che pertengano essenzialmente al microcosmo etico dei soggetti implicati nella pratica della procreazione eterologa o che pertengano, viceversa, al macrocosmo dell'etica del diritto.

Quanto alle ragioni intrinseche che possono invocarsi a favore dell'ammissibilità bioetica della procreazione assistita eterologa, esse risiedono nel fatto che, nè la struttura della coppia, nè i doveri che essa si addossa nel rapporto con il figlio nato da quella pratica, nè, simmetricamente, i diritti esercitabili da quest'ultimo nei confronti di essa, appaiono essenzialmente diversi dalla struttura, dai doveri e dai diritti riscontrabili laddove quella struttura e quelle situazioni trovino posto all'interno di un quadro procreativo naturale.

Riguardo alla struttura di coppia, essa occupa un ruolo molto centrale nella procreazione eterologa come istituto, ben diversa evidentemente dalla procreazione eterologa come fatto illecito (che non entra nelle nostre considerazioni e al quale non può essere riferito il nostro apprezzamento), dal momento che, per effetto delle garanzie formali e sostanziali che dovranno accompagnare l'effettuazione di tale pratica, questa si mostra atta a stabilire un collegamento molto diretto fra il rapporto coniugale o quello di durevole convivenza e l'effetto procreativo, e, laddove è il caso, a condurre alla legalizzazione di rapporti

di coppia che legali non erano; l'istituto mostra, dunque, specialmente riguardo al primo di tali effetti, di poter realizzare un valore che non appare altrettanto naturalmente conseguibile allorché l'attività procreativa segua le modalità naturali e che è noto per essere particolarmente apprezzato proprio dagli orientamenti etici ad esso meno favorevoli. Una volta, dunque, che il legislatore abbia costruito un quadro legale rigoroso, escludendo l'effettuazione della pratica esaminata al di fuori delle coordinate giuridiche stabilite, sarebbe privo di senso, non solo rinnovare, ma neppure rievocare i tentativi, talvolta operati nel passato, di istituire analogie fra essa e fenomeni del tutto diversi, come l'adulterio, le pratiche contrarie al buon costume o altre consimili, i quali, ove avessero successo, otterrebbero il risultato di coinvolgere la procreazione assistita eterologa, unitariamente considerata, nel giudizio di riprovazione morale riservato a quei fenomeni come pure a particolari forme della sua effettuazione (inseminazione eterologa della moglie contro o senza il consenso del coniuge). Viceversa l'eterogeneità etica evidente dei fenomeni considerati, mostra la forzosità dei tentativi di istituire fra essi un confronto positivo, del resto già a suo tempo rilevata anche da dottrine (Trabucchi) pur non simpatizzanti con questa forma procreativa, ed offre la prova migliore del carattere squilibrato delle critiche ad essa rivolte dalla prospettiva mirata ad affermarne il carattere bioeticamente degradato.

Riguardo alla relazione della coppia con il figlio e di quest'ultimo con la prima, i limiti di conoscenza entro i quali essa sarà costretta a svilupparsi, essendo del tutto estrinseci alle volontà di entrambi i soggetti della relazione, non sono tali da condizionare negativamente la veracità interna della medesima, che è il suo valore etico più significativo. Quest'ultima, anzi, all'interno di una relazione sorta in conseguenza di un'inseminazione eterologa, non potrà configurarsi soltanto come una condizione fra le altre del suo buon andamento, ma dovrà necessariamente rappresentare l'autentico obiettivo di tale relazione. È presunzione azzardata quella di ritenere che la coppia genitoriale, nel mentre che chiede di accedere a tale pratica sia perfettamente consapevole dell'importanza essenziale che vi occupa il valore veracità, e si adoperi quindi, via via che si rafforza il processo di maturazione psicologica del figlio, a preparare il momento nel quale la verità intorno alla propria origine genetica gli sarà comunicata? Sembra di no, e che pertanto un'intonazione etica particolarmente pronunciata appartenga alla dotazione culturale normale di una relazione educativa sorta sulla base dei presupposti considerati; la quale, in ipotesi, potrebbe essere dal legislatore esplicitamente rafforzata condizionando l'effettuazione della pratica all'accertamento della consapevolezza della coppia riguardo alla necessità che sia comunicata al figlio nascituro quella verità che gli è essenziale. A fronte di tali giustificate presunzioni circa il rispetto della veracità, non sembra che possa essere attribuito peso determinante e preclusivo dell'accogliibilità bioetica della procreazione assistita eterologa, all'inverisimigliante ipotesi che quell'impegno alla veracità non venga poi concretamente rispettato dalla coppia, la quale, se lasciasse apprendere dal figlio la verità di origine da una parola diversa dalla propria, metterebbe a repentaglio il successo di tutto il proprio sforzo generativo e educativo.

In questo contesto di veracità acquista la dimensione che gli è propria anche l'obiettivo limitazione che la persona nata con la tecnica della procreazione eterologa con donatore anonimo è costretta a sperimentare nella conoscenza del proprio genitore genetico. Si è detto, infatti, che quella limitazione non è affatto funzionale all'esonero del donatore dalla sua responsabilità genitoriale, non è, cioè, funzionalizzata negativamente; essa appare, viceversa, finalizzata positivamente a facilitare l'incanalamento del processo educativo lungo l'unica strada da esso percorribile. Ma se, dunque, è il legame teleologico fra limitazione e educazione quello che giustifica bioeticamente il ricorso alla prima da parte del legislatore, e se, d'altra parte, il processo educativo, per la parte in cui esso è di responsabilità esclusiva dei genitori, non si prolunga indefinitamente nel tempo, ma si presume nell'essenza compiuto allorché il figlio bio-sociale della coppia, al sopravvenire dell'età maggiore, sia nella condizione di conoscere da se medesimo la verità intorno alla propria origine, allora può essere considerato razionale il superamento di quella limitazione oggettiva da parte del legislatore e la parallela attribuzione da parte sua al figlio maggiorenne del diritto a conoscere l'identità del proprio padre genetico, allorché il processo formativo possa convenzionalmente ritenersi compiuto.

Di fronte a una strategia legislativa come quella ipotizzata, con il suo senso, la sua misura interna, la tesi che coinvolga in una valutazione bioetica negativa la dinamica complessiva della posizione-abolizione del vincolo di segretezza intorno alla persona del donatore, sostenendone la contrarietà al principio costituzionale di tutela della dignità umana, appare, nello spirito di questa riflessione, particolarmente forzata. Da un lato, infatti, essa sottovalterebbe oltre misura la finalizzazione del vincolo di segretezza alla costituzione il più possibile libera della personalità che si pretenderebbe offesa, dall'altro essa trascurerebbe, in misura parimenti eccedente, la circostanza per la quale il limite alla conoscenza della persona del donatore, a causa dell'indisponibilità di principio di quest'ultimo all'interazione della sua personalità con quella del suo figlio genetico, può presentarsi come un autentico ostacolo allo sviluppo della coscienza di quest'ultimo, soltanto a partire dal momento in cui la maturazione personale di lui abbia raggiunto un livello tanto differenziato da consentirgli di trarre elementi di conoscenza significativi pure attraverso un'attività di informazione e di riflessione forzosamente costretta ad alimentarsi dei soli dati acquisibili senza la collaborazione della persona alla quale essi si riferiscono. Di guisa che, semmai, è solo per il suo prolungarsi al di là di quel momento che il divieto di conoscibilità del donatore potrebbe incontrare più consistenti difficoltà di giustificazione.

Coerentemente alla serie degli argomenti indicati sembra, dunque, lecito consigliare al legislatore di prendere atto dell'esistenza di ragioni "intrinseche" positive nell'istituto della procreazione assistita eterologa, indirettamente confermata dall'eccentricità delle critiche volte a negare radicalmente quelle ragioni, e di risolversi a disciplinare quell'istituto conformemente alle indicazioni di prudenza parimenti suggerite da coloro che lo sostengono non ostante la sua problematicità etica, quanto da coloro che lo osteggiano a causa di quella stessa problematicità.

Solo un cenno può essere riservato, infine, a conclusione del discorso sull'istituto della procreazione assistita eterologa fin qui condotto, alle ragioni "estrinseche" invocabili a sostegno di un giudizio favorevole alla sua «tollerabilità» bioetica, le quali pur meriterebbero assai più ampio sviluppo.

La più forte di esse risiede nella convinzione, richiamata nella parte introduttiva del discorso, per la quale laddove esista, sulla base del diritto o di un'assetto stabile dei fatti, una coppia eterosessuale, stabile, e in età fertile, ivi si radichi il diritto costituzionale di procreare, il quale, da par suo, esige che l'ordinamento, non solo non ostacoli la propria realizzazione, ma che, per quanto è possibile, favorisca la rimozione degli ostacoli al suo esercizio. Una tale concezione presuppone, naturalmente, che il legislatore distacchi parzialmente l'ordine delle qualificazioni giuridiche da quello delle implicazioni imposte dalle leggi biologiche, seguendo il quale quel diritto non potrebbe essere riconosciuto se non a coloro che fossero biologicamente in grado di realizzarlo all'interno della coppia, anche quando fossero costretti a far ricorso all'ausilio della tecnica; essa implica, viceversa, che il legislatore, pur restando agganciato a quest'ultimo ordine, tuttavia ne preveda il superamento parziale allorché lo sconfinamento biologico della procreazione dal cerchio della coppia avvenga in condizioni che ne consentano il riassorbimento entro il quadro giuridico forte costituito dalle medesime coppie coniugate o durevolmente conviventi rispetto alle quali lo sconfinamento previsto si è poi effettivamente verificato, ed entro l'orbita del loro diritto costituzionale alla procreazione. Il legislatore non tutelerebbe, dunque, così facendo, un astratto diritto alla paternità (o alla maternità) di qualcuno, ma invece, molto concretamente, solo quel diritto alla paternità (o alla maternità) che si mostrasse radicato nel diritto procreativo della coppia.

Delle ragioni estrinseche ulteriori che potrebbero indurre il legislatore a considerare con favore l'eventualità di mostrarsi accogliente nei riguardi di una disciplina della procreazione assistita eterologa, non si farà qui che una veloce ricognizione. La disciplina che venisse dettata al riguardo, sarebbe, anzitutto, una disciplina "mite", incline, cioè, a farsi carico delle difficoltà, oggettive e gravi, di alcuni, senza imporre limitazioni irragionevoli ai diritti di altri. Sarebbe, poi, una disciplina "pluralista", che avrebbe il pregio di accogliere nell'ordinamento una regolamentazione della procreazione assistita eterologa nella quale si combinerebbero l'adesione delle concezioni libertarie, le quali in caso di reiezione dell'istituto verrebbero del tutto sacrificate, e l'adesione critica delle concezioni eticamente più rigide, che potrebbe trovare la sua base nel principio bioetico del «pluralismo tollerabile». Sarebbe, inoltre, una disciplina "generalizzabile", la quale troverebbe applicazione ogni volta che ricorressero le precise condizioni da essa stessa stabilite, ed escluderebbe l'esercizio di una discrezionalità incontrollabile da parte di ogni genere di autorità applicativa, così da precludere ogni condizionamento legalmente non previsto alla realizzazione di un diritto costituzionale dei cittadini coniugati o stabilmente conviventi.

Una disciplina di questa natura corrisponderebbe, infine, al modello più largamente accettato dagli ordinamenti degli Stati dell'Europa occidentale

e potrebbe trarre proprio da ciò, tanto la forza per sottrarre le proprie disposizioni a facili elusioni, quanto quella necessaria a resistere più facilmente alle fughe in avanti che potrebbero essere suggerite dallo spirito di imitazione dei modelli offerti dalla legislazione di molti Stati nordamericani.

Osservato dall'angolo visuale delle ragioni «estrinseche», l'istituto della procreazione assistita eterologa, mostra, dunque, di potersi agevolmente coordinare con molti dei valori più importanti che caratterizzano l'ordinamento giuridico nel quale si dovrebbe inserire e il sistema degli ordinamenti nel quale quest'ultimo dovrebbe, a sua volta, progressivamente integrarsi.

6. Le fattispecie di procreazione tecnologicamente assistita che possono essere concepite come quelle i ponentisi al limite o oltre il limite del pluralismo etico «tollerabile» in un ordinamento democratico. Generalità

Quanto meno sul piano del metodo può considerarsi superiore a ogni disputa di parte il rilievo che tutte le forme di procreazione assistita diverse da quelle fondate sulla centralità della coppia eterosessuale, unita dal matrimonio o dalla convivenza durevole, si trovano esposte a dissensi etici assai più radicali e a difficoltà di inserimento pratico nel tessuto degli ordinamenti giuridici democratici, di gran lunga più ardue di quelle che investono le forme di procreazione assistita identificate da quella particolare centralità; queste ultime, come risulta dall'approccio presentato in questa riflessione, si prestano, al contrario, ad essere ben comprese dallo spirito di una bioetica unitaria, la quale trova condizioni naturalmente favorevoli al suo sviluppo proprio all'interno del registro pluralistico delle democrazie che mettano fra i propri valori costitutivi quello della positività da attribuirsi allo sforzo di irrobustire incessantemente le forme della cultura etica della responsabilità, nelle quali soltanto sembra poter trovare l'ambiente che gli è necessario, la vitale, e, secondo lungimiranti avvisi, perfino religiosamente preziosa, diversità delle differenti, e non rinunciabili, convinzioni e prassi etiche sempre alberganti in Paesi grandi e articolati secondo modalità ognora più complesse.

Un riscontro concreto alla fondatezza dell'affermazione secondo la quale le forme di fecondazione tecnologicamente assistita "altre" da quelle finora esaminate pongono di fronte a questioni eticamente e giuridicamente più dirimpenti rispetto a quelle suscitate dalle forme ordinarie della procreazione assistita di natura omologa e della procreazione assistita di natura eterologa, può essere oggettivamente offerta dalla circostanza per la quale, mentre appare evidente l'esistenza di una linea di tendenza uniforme degli ordinamenti giuridici dei Paesi a struttura democratica a favore dell'accoglienza nella propria legislazione di discipline aventi ad oggetto le forme che potrebbero dirsi «generali» della procreazione tecnologicamente assistita, altrettanto evidente appare la difformità delle risposte offerte da quegli stessi ordinamenti allorché affrontano il problema della regolamentazione giuridica delle fattispecie che potrebbero denominarsi «speciali» di questa particolare forma di procreazione. È noto, infatti, che mentre Paesi come la Francia e la Repub-

blica federale tedesca, per non indicare che i principali fra essi, i quali pure hanno aperto i loro ordinamenti alle ragioni delle forme di procreazione tecnologicamente assistita fondate sulla centralità della coppia eterosessuale, stabile, e in età fertile, hanno, non di meno, rifiutato di accogliere nella propria legislazione una disciplina positiva delle forme speciali di fecondazione tecnologicamente assistita, altri Paesi, come la Spagna, l'Inghilterra e molti Stati del Nord America, oltre ad accogliere nei propri ordinamenti giuridici le forme generali della procreazione in discorso, hanno dato anche, in misura variabile, una qualche accoglienza, a una o a più di quelle speciali forme di procreazione.

La ricognizione della risposta profondamente eterogenea degli ordinamenti ai problemi posti dalle forme procreative di cui ci stiamo occupando, alla quale si è appena finito di compiere un riferimento non più che accennato, se permette, di attingere con una certa immediatezza, sul versante da noi preso in considerazione, la prova indiretta ed estrinseca dell'eterogeneità strutturale esistente fra le fattispecie generali e quelle speciali della procreazione tecnologicamente assistita, offre, al contempo, la possibilità di rilevare come tale diversità evidente dello spessore problematico dell'eticità in gioco nelle forme speciali di tale procreazione, abbia, tuttavia, condotto, in certi casi, alla formulazione di un giudizio di «non tollerabilità» delle medesime all'interno del contesto di una democrazia pluralistica, in certi altri casi, viceversa, alla formulazione di un giudizio di «tollerabilità» di quelle forme speciali, all'interno di contesti aventi caratteristiche formali parimenti democratiche, pur se talora affluenti intorno a forme di Stato o di governo non coincidenti con quelle dei primi, e poggiate, il più delle volte, su tradizioni storiche assai differenti.

Preso, adunque, atto delle omogeneità e delle contraddizioni emergenti dai dati offerti dalle diverse legislazioni nazionali, questa riflessione ritiene, per il momento almeno, di dover soprassedere a un'indagine volta a esplorare se le ragioni che hanno indotto alcuni Paesi ad adottare discipline legislative almeno parzialmente positive nei confronti di questa o di quell'altra forma di procreazione «speciale» tecnologicamente assistita, siano coerenti con quelle suggerite dalla meditazione bioetica di quegli stessi Paesi, o se abbiano, invece, preferito seguire indicazioni da essa difformi, che siano state, ciò malgrado, positivamente valutate dalla ragion giuridica dei medesimi; tornando sul terreno di esame e di valutazione che gli è proprio, questa riflessione valuta, invece, di dover primieramente additare i peculiari profili strutturali delle varie forme «speciali» della procreazione assistita dalla tecnica onde pervenire, poi, a un loro apprezzamento bioetico confortato dal sostegno, il più possibile ampio, dell'argomentazione razionale, da serie argomentative, cioè, che possano essere condivise, se non da qualsiasi punto di vista bioetico, almeno da una vasta pluralità di quei punti di vista.

Le fattispecie di procreazione «speciale» ausiliata dalla tecnica che meritano considerazione, anche nell'ambito dell'economia intrinsecamente circoscritta di un'analisi, prevalentemente, pur se non esclusivamente, metodologica come questa che si propone alla comune meditazione, sono sostanzialmente le se-

guenti: quella di donne che, pur vivendo al di fuori di una relazione di coppia, perché la rifiutano o perché sono vedove, chiedono di avere accesso alle tecniche di inseminazione artificiale; quella delle donne, sole, coniugate o conviventi, che abbiano superato l'età fertile e domandino, ciò non ostante, accesso a quelle stesse pratiche; quella delle donne che domandano di essere ammesse alla procreazione fruendo dell'ausilio di altre donne, disponibili a condurre, in loro vece, l'intero processo della gravidanza.

7. L'inseminazione tecnologicamente assistita della donna sola

Riguardo alla prima di tali fattispecie, quella dell'inseminazione artificiale della donna sola, non è certo da indubbiare che il desiderio procreativo di quest'ultima, quando ci si limiti a considerarlo di per sé, abbia, alla stessa stregua del desiderio procreativo maturato in altre situazioni, natura schiettamente positiva; quello che, viceversa, appare denegabile è che esso possa essere presentato, sul piano etico e su quello giuridico, come una manifestazione fra le altre del diritto costituzionale (o di un diritto comunque primigenio) alla procreazione libera riconosciuto a ogni persona. Il diritto di procreare, infatti, pur potendo senz'altro essere ascritto al genere dei diritti costituzionali fondamentali, e fra essi di quelli inviolabili, non può essere in alcun modo incluso nella più ristretta specie di quelli che posseggono carattere assoluto, i quali non solo, sono esercitabili da ognuno per il solo fatto d'essere una persona (uomo o donna), indipendentemente dalla sua cittadinanza ma anche indipendentemente dall'accordo con un'altra persona, che, nel caso discusso, sarebbe di sesso diverso dal proprio; a tale categoria di diritti costituzionali appartengono, per esempio, il diritto di circolazione, il diritto di parola, il diritto a credere o a non credere ed altri. Quel diritto rientra, invece, fra i diritti fondamentali sottoposti, naturalmente e giuridicamente, nel loro esercizio, a una rigida condizione di reciprocità, onde il diritto procreativo dell'uno, per fondamentale che sia, può realizzarsi soltanto insieme al diritto a procreare dell'altro e, pur in un intreccio di completa libertà, dipende rigidamente da questo nel mentre che, a propria volta, lo condiziona.

Certamente non è affatto giuridicamente escluso, che, in linea di fatto, possa intervenire, nella concreta vicenda esistenziale di qualcuno, una certa quale assolutizzazione di tale diritto personale. Può accadere, infatti, che la condizione di mutua intesa fra due partners di sesso diverso venga, tacitamente o esplicitamente, da essi interpretata come destinata a operare nel solo momento della coniugazione sessuale, di guisa che la responsabilità nei confronti del figlio casualmente o deliberatamente generato abbia ad essere assunta unicamente dalla madre naturale o, in estremo limite, perfino dal solo padre naturale che abbia dichiarato la propria disponibilità ad addossarsela per intero su di sé; ma proprio perciò, proprio per il fatto, cioè, che l'ordinamento giuridico eviterebbe, in un caso come quello esaminato, di effettuare qualsiasi accertamento circa la genesi etica, controversa, illecita o sublime che sia, di un fatto riproduttivo connotato dai caratteri che si sono descritti, e del fatto che, in

adesione al più evidente pluralismo etico, si limiterebbe a prendere atto di quel fatto e ad assicurare al nuovo nato la protezione che costituzionalmente di sicuro gli spetta, per quali ragioni bioetiche dovrebbe esso adempiere a una funzione ulteriore e più positiva, non liberale ma, invece, protettiva e assistenziale, nei confronti di soggetti adulti come sono le donne che aspirano a procreare, ma che, tuttavia, rifiutano, insieme ai loro compagni occasionali, le responsabilità sociali (la relazione coniugale o la relazione di convivenza durevole) che vi sono indefettibilmente connesse? Per quali ragioni bioetiche, cioè intrinsecamente legate al profilo della reciprocità, dovrebbe il diritto, non soltanto restare neutrale, come fa, al cospetto di soggetti che manifestano una volontà procreativa esplicitamente defamiliarizzata, ma superare questo atteggiamento di agnosticismo permissivo, e adoperarsi a creare le condizioni favorevoli affinché una volontà cosiffatta possa meglio realizzarsi, giungendo così fino al punto di elevare ad assoluto il diritto di procreare, che viceversa appare, fra tutti i diritti, quello meno assoluto? Questa riflessione dichiara di non essere in grado di indicarne.

Secondo alcune posizioni la pretesa di una donna sola all'inseminazione artificiale non sarebbe giustificata in tutti i casi, ma lo sarebbe, però, nell'ipotesi in cui essa sia affetta da sterilità; opererebbe, infatti, nel caso indicato, un'indicazione favorevole all'accettazione della sua richiesta, discendente dal meccanismo di necessaria equiparazione analogica della sua posizione con quella della donna sterile, coniugata o durevolmente convivente. Sembra, tuttavia, che tali opinioni, di per sé apprezzabili in quanto sembrano avvertire che contro le richieste di legalizzazione dell'inseminazione di donne nubili o non altrimenti legate in un rapporto di coppia, non militano (almeno oggettivamente) ragioni antifemminili, ma, tutto al contrario, la percezione dello spirito di onnipotenza che sembra nutrirle, si mostrino fragili sul piano logico; da un lato, infatti, esse assimilano forzosamente fra loro situazioni assai diverse, che cercano di tenere insieme esagerando l'importanza della comune occorrenza al loro interno della situazione di sterilità; dall'altro esse finiscono per penalizzare, sulla base di una ragionevolezza afferrabile, e anzi, come detto, apprezzabile, ma, ciò non di meno, debole, le ragioni che stanno alla base delle pretese all'inseminazione artificiale delle donne sole feconde, rispetto alle ragioni che stanno alla base della medesima richiesta avanzata da donne sole, affette da sterilità, utilizzando, ingiustificatamente, nel far così, una minorazione fisiologica certamente grave per l'attribuzione di una posizione di privilegio.

Il vero di quelle opinioni sta nel fatto che astrattamente il diritto al rimedio della sterilità presenta i caratteri del diritto assoluto; esse non distinguono, però, fra il diritto alla cura della sterilità, che concettualmente ben può essere concepito come assoluto, dal diritto alla procreazione, che, invece, è per sua natura, squisitamente relativo; si perviene in tal modo, a una sovrapposizione di concetti la quale trova la sua spiegazione più verisimile nella circostanza che, allo stato attuale, difettano tecniche capaci di soccorrere la sterilità senza la prova offerta dal risultato positivo di un esperimento di fecondazione concreta, anziché attraverso i riscontri offerti da sperimentazioni che si mostri-

no, in altro modo, idonee a riattivare la potenzialità generativa femminile, oltre che capaci di accertare la riattivazione avvenuta.

Se ci si limita a considerare la questione considerata esclusivamente dal punto di vista della posizione della donna, dunque, l'effettuazione di pratiche di inseminazione artificiale di donne sole dovrebbe essere considerata dal diritto, in linea strettamente logica, alla stregua di una mera libertà di fatto, lasciata alla negoziazione privata delle parti che vi sono coinvolte, la donna che chiede l'inseminazione e il Centro privato al quale si rivolgerebbe per ottenerla. Andando, infatti, in positivo, oltre questo riconoscimento, lo Stato trasformerebbe questa libertà in un vero e proprio diritto, che per giunta verrebbe, inevitabilmente, ad assumere, contro la propria intrinseca struttura, carattere assoluto; ma una soluzione di questa natura andrebbe ben al di là dell'obiettivo di non interferenza nelle scelte procreative dei singoli al quale esso dovrebbe attenersi. Nella medesima linea meramente logica lo Stato non potrebbe neppure, come si è appena ipotizzato, precludere alle donne che lo volessero di accedere a proprio rischio e pericolo alle pratiche di inseminazione artificiale, restando però ad esse rigorosamente estraneo.

Nello spirito più complessivo di questa impostazione, costruita intorno all'idea della centralità della coppia, una soluzione legislativa di questo tipo non potrebbe essere, tuttavia, consigliata. Essa, infatti, nel mentre che convaliderebbe una composizione degli interessi facenti capo ai diversi membri della comunità familiare, tutta polarizzata sulla garanzia da essa offerta all'interesse dell'unico genitore sociale, sacrificerebbe seccamente, in parallelo, ogni considerazione dell'interesse del figlio nascituro, del quale sarebbe autorizzato, fin dall'origine, in modo cioè non casuale, ma generalizzato e programmatico, l'inserimento in una famiglia monoparentale. Quest'ultima, per effetto di ciò, non si presenterebbe più con la fisionomia dell'istituto che l'ordinamento apprezza per il fatto di rappresentare la forma di sopravvivenza di una preesistente famiglia biparentale, e di essere, proprio per ciò, idonea ad offrire ai figli la migliore fra le protezioni possibili dopo quella perduta, ma, invece, con la fisionomia dell'istituto il quale si mostrerebbe meritevole di tutela di per sé stesso, non ostante la diffusa convinzione che esso, in quanto tale, non valga a preconstituire per il figlio il modello familiare astrattamente preferibile.

Non ci si può nascondere, dunque, che, da un punto di vista etico-politico appare fortemente improbabile, e, per quanto ultimamente si è detto, neppure consigliabile, che la collettività organizzata a Stato si limiti a contenere le proprie possibilità di azione nei limiti di un ruolo di pura osservazione dello svolgimento di tali pratiche. Ove questa impossibilità avesse a verificarsi, la soluzione da considerare eticamente e giuridicamente più conveniente, fra quelle che direttamente si oppongono, positiva l'una negativa l'altra, dovrebbe essere considerata, per le ragioni ormai esposte, quella preclusiva. In quest'ultima ipotesi, il diritto dovrebbe, prevedere sanzioni a carico dei Centri nei quali la particolare forma di inseminazione artificiale descritta fosse, contro legge, praticata, oltre che a carico di coloro che abbiano la responsabilità giuridica di essi e di quanti abbiano eseguito concretamente l'intervento.

8. L'inseminazione tecnologicamente assistita della donna sposata con il seme del marito morto: qualche riflessione

Se si guarda alla pretesa (o alla richiesta) di una donna sposata di essere fecondata con il seme del marito premorto dal punto di vista della donna stessa, si deve senz'altro ammettere che la struttura etica della questione con ciò sollevata appare notevolmente diversa da quella che caratterizza la questione appena discussa; manca, infatti, in essa quell'affermazione femminile di indipendenza morale dal rapporto con una persona adulta di sesso diverso che si rinviene in quest'ultima e vi si trova, al contrario, se la fattispecie reale corrisponda a quella del modello astratto, uno spirito opposto, proteso a valorizzare la creatività, anche fisico-materiale, di un rapporto eterosessuale, pur dopo che questo, con la morte del coniuge maschio, sembra per necessità destinato a sopravvivere su un piano esclusivamente spirituale. Mentre, dunque, la pretesa alla procreazione assistita della donna sola appare molto discutibile in sè stessa, prima ancora che nella sua conseguenza, la pretesa alla procreazione della vedova con il seme del marito sembra, al contrario, espressione di un'intenzionalità che, sotto il profilo etico, pare da apprezzare, non solo per la sua liceità, ma anche per un suo evidente spessore etico. Se, dunque, è chiaro che alla questione considerata non si può guardare limitandosi all'assolutizzazione della prospettiva esposta, la quale deve essere integrata in un contesto bioetico più vasto, non è, per ciò solo, lecito rinunciare ad inserire quella prospettiva particolare nel contesto della relazione procreativa, deprivandola del senso positivo che essa, comunque, introduce nella complessità di quest'ultima relazione. Solo così, infatti, è possibile individuare il senso del problema bioetico che essa solleva, che è quello di verificare se, accanto al valore positivo di quella prospettiva di partenza, si debbano individuare valori negativi, legati a prospettive diverse e confluenti con la prima, i quali, nella loro opposizione ad esso, meritino, eventualmente, di essere considerati prevalenti.

Le prospettive "altre" alle quali si è fatto implicito riferimento sono, ovviamente, quella che, in vari modi, fa capo al coniuge morto, e quella della tutela dell'interesse del figlio al quale si offre la possibilità di nascere; peculiare, la prima d'esse, all'istituto considerato e, viceversa, comune, l'altra, a questo stesso istituto e a quello dell'inseminazione artificiale richiesta da donna slegata da un durevole rapporto eterosessuale di coppia.

Il modo più semplice, quindi non l'unico, di guardare all'istituto considerato dalla prospettiva del coniuge morto, è quella di acclarare l'esistenza di sue eventuali dichiarazioni di volontà attinenti alle due eventualità (la propria morte e la volontà della moglie di essere inseminata con lo sperma del marito) che condizionano l'identità di tale istituto. All'acclaramento di una volontà contraria del coniuge premorto all'inseminazione del coniuge sopravvissuto con il proprio seme, anche se previamente depositato in una banca specializzata, che varrebbe, a maggior ragione, come divieto al prelievo di esso dal suo cadavere, dovrebbe attribuirsi senza incertezze un valore preclusivo dell'effettuazione della pratica in discorso, a meno di non voler assegnare valore assoluto, antagonistico ed esclusivo, alla volontà positiva, contraria, del coniuge sopravvissuto; ma in

quest'ultima, però, come già si è detto, in tanto può essere riconosciuta una valenza eticamente positiva, in quanto essa possa essere considerata come l'unica espressione concretamente possibile di una comune intenzione di filiazione.

Tale comune intenzione sembra manifestarsi con l'evidenza più forte laddove la volontà attuale del coniuge superstite si combini con la volontà positiva espressa, in un momento anteriore a quello della richiesta, dal coniuge premorto — a propria volta manifestata sulla base di un accordo esplicito con sua moglie — il quale abbia espressamente preso in considerazione la situazione di cui si sta parlando allo scopo di legittimare *ex ante* l'eventuale volontà riproduttiva che abbia ad essere manifestata, dopo la sua morte, dal coniuge sopravvissuto. La formazione di una volontà positiva come quella qui ipotizzata sembra, per necessità, collegata alla circostanza che il coniuge premorto abbia provveduto, d'accordo con l'altro coniuge, in un momento *x* della propria vita, a depositare il proprio seme in una banca specializzata e abbia contestualmente autorizzato l'utilizzazione di esso ad opera del coniuge sopravvissuto a scopo di riproduzione. Infatti, non solo sarebbe scarsamente coerente con la volontà di realizzare nelle condizioni più favorevoli quel risultato, e deve ritenersi, per ciò, difficilmente immaginabile, l'ipotesi in cui il coniuge premorto, che mai si sia preoccupato, nel corso della vita, della conservazione del proprio seme, manifesti, tuttavia, in un certo momento di quello stesso corso, la volontà formale che, nell'ipotesi in cui la morte propria abbia a precedere quella della moglie, quel seme sia prelevato dal proprio cadavere, e sia da altri depositato in un luogo di custodia, in vista di un'eventuale successiva, pur se necessariamente tempestiva, inseminazione di quest'ultima, ma appare, oltre tutto, arduo considerare legittimo un'atto unilaterale di disposizione del proprio corpo come quello esaminato; in relazione ad esso, infatti, a differenza che nei trapianti d'organo, rivolti a favore di persone indeterminate, l'adesione preventiva del soggetto ricevente appare, per varie ragioni, indispensabile: a causa del legame personalissimo che con quell'atto si vuole istituire fra il donante e il particolarissimo soggetto che riceve il dono; a causa delle gravi responsabilità che con tale specialissimo dono si intendono trasferire su quel soggetto, e, in modo particolare, a causa della necessità di risalire a un momento precedente a quello della morte del coniuge maschio allo scopo di accertare se in quel momento le due volontà coniugali si siano effettivamente accordate intorno all'opportunità dell'inseminazione della moglie pur dopo la morte del marito, con il seme di lui, onde evitare il pericolo che a tale pratica si addivenga o sulla base del condizionamento della volontà del coniuge sopravvissuto da parte del coniuge premorto, o per effetto della strumentalizzazione della volontà del primo da parte di quest'ultimo.

In conseguenza dell'impostazione seguita, ove il Parlamento si risolvesse a introdurre nella legislazione l'istituto dell'inseminazione tecnologicamente assistita della vedova, sarebbe opportuno che esso restringesse tale introduzione all'ipotesi in cui la richiesta di inseminazione formulata da quest'ultima, potesse addurre a proprio sostegno l'esistenza di un preesistente consenso coniugale documentato, conforme al senso di quella richiesta e, a conferma di essa, il deposito preesistente dello sperma maschile in una Banca del seme. In tale

ipotesi, pur sopravvivendo nell'istituto esaminato, uno iato non superato, nè superabile, fra il valore di ciascuna delle due volontà coniugali, dato che la volontà femminile resta del tutto libera di dare o di negare attuazione pratica al consenso precedentemente raggiunto con l'altro coniuge, esso sarebbe, tuttavia, ricondotto, in conseguenza di tali restrizioni, entro dimensioni che potrebbero farlo considerare bioeticamente più accettabile.

Per effetto di tale impostazione, da un lato dovrebbero essere ritenute insufficienti alla legittimazione bioetica dell'istituto, le due volontà coniugali, quella permissiva del coniuge premorto e quella pretensiva della moglie sopravvissuta, allorché l'una e l'altra siano state formulate in modo slegato e unilaterale e non abbiano, per ciò, mai potuto o voluto incontrarsi in un momento nel quale il loro valore poteva essere ritenuto identico; dall'altro, a maggior ragione, dovrebbe essere considerata insufficiente ad operare quella legittimazione la volontà favorevole all'inseminazione *post mortem* della vedova, attribuita, sulla base di una mera presunzione, al coniuge premorto il quale, però, non l'abbia mai espressamente manifestata nel corso della vita. La presunzione, in quest'ultima ipotesi, non potrebbe, infatti, essere sorretta, nè sull'ulteriore presunzione del favore del coniuge premorto all'inseminazione della moglie con il proprio seme, in quanto quest'ultima si mostra evidentemente legata alla doppia circostanza dell'esistenza dello stato matrimoniale e, ancor di più, della permanenza in vita dei due coniugi, l'una e l'altra mancanti nel caso di specie, nè sul fatto che, a determinate condizioni, al figlio nato a seguito di inseminazione medico-assistita della vedova potrebbe essere attribuita la qualifica di figlio legittimo; anzitutto perché quella qualificazione potrebbe essere il frutto di una determinazione legislativa potenzialmente dissociata da una scelta parallela operata dalla stessa o da altra legge a favore dell'istituto dell'inseminazione artificiale di donne vedove con il seme del marito, e, in secondo luogo, perché la situazione descritta appare come la conseguenza particolare del criterio generale per il quale, nella materia della procreazione medico-assistita, non è inconsueto che l'ordine delle qualificazioni attinenti allo *status* di figlio si presenti ben distinto da quello riguardante, invece, le qualificazioni che attengono alla relazione coniugale, con la conseguenza che i criteri utilizzati per risolvere le questioni relative al primo gruppo di problemi possono ben divergere da quelli che appaiono più confacenti all'inquadramento e alla soluzione dell'altro e ben diverso gruppo dei medesimi. Sicché l'eventuale *status legitimitatis* del figlio in seguito all'applicazione della pratica in discorso, ben potrebbe trovarsi a coesistere positivamente con apprezzamenti giuridicamente sfavorevoli degli atti giuridici compiuti dai suoi genitori, e nei quali debba essere identificato il presupposto formale della sua nascita.

Un'ultima osservazione è opportuno riservare al fatto che, riguardata in sé stessa, l'attribuzione dello *status legitimitatis* al figlio nato da inseminazione artificiale della vedova non potrebbe in alcun modo essere considerata come prova che l'ordinamento giuridico apprezza allo stesso modo la filiazione avvenuta in costanza di matrimonio e quella avvenuta dopo lo scioglimento, per cause naturali, del medesimo; sembra, infatti, che essa dovrebbe, al contrario, essere

considerata come segno che lo *status* di figlio, nello spirito della costituzione, deve essere apprezzato secondo la prospettiva giuridicamente più favorevole ai suoi interessi fra quelle che in astratto potrebbero essere utilizzate per regolarli. Si tratta di un'orientamento che, come è chiaro, rivela per intero la sua pregnanza in tutte le situazioni nelle quali gli interessi filiali si mostrino, per la loro collocazione in un contesto familiare meno strutturato, particolarmente bisognosi delle garanzie che possano essere, a suo favore, apprestate dal diritto.

Qualora si possa concordare su ciò, pare difficile negare che l'istituto in questione, una volta disciplinato dal diritto, si caratterizzi per il fatto di legittimare la filiazione all'interno di una particolare e preordinata riduzione del contesto familiare nel quale il figlio programmato verrà ad inserirsi. Per superare la prospettiva appena presentata, non ostante che essa non venga generalmente negata, si sostiene, talvolta, tuttavia, che gli interessi del figlio non verrebbero sacrificati per effetto di tale riduzione del contesto familiare, in quanto il fatto di nascere dovrebbe essere comunque considerato preferibile rispetto al non-fatto del non nascere; cosicché l'istituto esaminato supererebbe le obiezioni che ad esso vengono mosse dalla prospettiva che più si preoccupa della tutela di quegli interessi. E, in effetti, anche colui che abbia qualche difficoltà a nutrire certezze filosofiche da includere nel genere di quella che si è finita di esporre, come potrebbe con sicurezza affermare che un figlio senza padre dovrà essere necessariamente meno felice, e personalmente e socialmente meno creativo, di quanto potrà essere un figlio al quale non manchi alcuno dei genitori? Anzi, in fondo, tale radicale incertezza circa la felicità del figlio nato dall'inseminazione artificiale, omologa, della vedova, non potrebbe modificarsi in lui, neppure in funzione del modo in cui l'ordinamento giuridico abbia a qualificare il suo *status* filiale. Il vero è, a tal proposito, che l'ordinamento giuridico non può, nè assicurare, nè escludere la felicità di alcuno, ma può, invece, più riduttivamente e realisticamente, preoccuparsi, se ritenga di farlo, di predisporre le condizioni ritenute generalmente più favorevoli alla tutela degli interessi materiali e morali che sembrano aver più bisogno di essa. In questo spirito esso può ben ritenere che l'interesse costituzionale dei figli all'educazione, al mantenimento e all'assistenza, trovi garanzie, materiali e morali, più ampie all'interno di una famiglia biparentale che non all'interno di una famiglia programmaticamente monoparentale e può, conseguentemente considerare prevalenti le esigenze di garanzia di tali interessi rispetto a quelle preoccupate di garantire l'attuazione della volontà genitoriale di procreare che si sia manifestata nelle forme che sono state precedentemente prese in considerazione.

Una soluzione normativa come quella esaminata rappresenterebbe, dunque, la sintesi di un bilanciamento fra interessi costituzionalmente apprezzabili e, secondo le vedute propugnate in questa relazione, dovrebbe essere considerata come quella che dal punto di vista bioetico si raccomanda di più al futuro legislatore. Essa troverebbe, infatti, la sua ragione più profonda nel fatto che la forma più appropriata alla tutela della posizione debole del figlio nato per inseminazione artificiale della vedova, sembra dover essere quella che segue le linee di un modello che si conforma a parametri eticamente alti e rigorosi, piuttosto che a parametri eticamente minimali, sia per l'evidente necessità di

compensare con forti ancoraggi giuridici la debolezza intrinseca di quegli interessi, sia per la necessità di assicurare carattere di effettività alla difesa che agli stessi si vuole garantire nei confronti degli interessi più forti che con essi vengono naturalmente a confronto. Solo garanzie forti, insomma, possono riuscire nell'intento di assicurare una tutela adeguata a interessi in sé stessi deboli e, tuttavia, considerati dalla costituzione degni di protezione prioritaria.

Si colloca, tuttavia, al di là del senso della riflessione fin qui svolta a proposito dell'istituto considerato, l'affermazione ricorrente per la quale la protezione prioritaria del figlio, della quale si è discusso, che conduce ad oppugnare l'opportunità della legalizzazione dell'inseminazione tecnologicamente assistita della vedova, debba considerarsi nient'altro che la semplice conseguenza dell'esistenza di un diritto costituzionale del medesimo alla doppia figura genitoriale. In realtà una locuzione come quest'ultima, imposta dall'uso più che da una meditazione adeguata del suo senso, rischia di far naufragare un'intenzione garantistica degna di pregio sugli scogli di forzature, tecniche e bioetiche, di varia natura, e non merita, quindi, l'attaccamento che spesso si mostra verso di essa. Dal punto di vista bioetico una costruzione come quella criticata è fondata su una svalutazione della particolare volontà coniugale che si manifesta con le forme e con il senso che appartengono alla struttura della fattispecie in discorso, che si spinge molto al di là dei limiti entro i quali, secondo la riflessione fin qui sviluppata, può essere riconosciuta una valenza etica in tale particolare volontà, e che, per ciò, trasgredisce quella logica del bilanciamento di interessi che dovrebbe innervare, laddove ciò si mostri possibile, le tesi bioetiche che non intendano rinunciare al proprio carattere di problematicità. Dal punto di vista tecnico-giuridico, poi, l'individuazione di un diritto di rango costituzionale come quello ricordato, da un lato si mostra inconfidente con la forma dell'istituto in questione, dal momento che la legalizzazione di esso realizzerebbe proprio quella doppia genitorialità, genetica e legale, che riuscirebbe a filtrare indenne fra le maglie troppo larghe di quel diritto; dall'altro, ove a quest'ultimo si voglia attribuire il significato pregnante di «diritto a nascere da due genitori entrambi viventi al momento del concepimento», esso rivelerebbe, in definitiva, la propria fragilità. Qualora, infatti, dovesse essere concepito un figlio in violazione di un diritto configurato nel modo che si è detto, allora i sostenitori della sua esistenza, nonché denunciarne la violazione, sarebbero costretti a pronunciarsi contro la sua attuazione per il fatto che essa impedirebbe il venire al mondo di quel soggetto, sicché, in conclusione, la rivendicazione di un diritto cosiffatto potrebbe giovare unicamente a soggetti non concepiti, e, dunque, a non soggetti. Sembra, dunque, consigliabile rinunciare alla pretesa di convertire la tutela che a tali futuri soggetti può essere razionalmente assicurata nella chiave oggettiva, e allo stesso tempo elastica, delle garanzie giuridiche che il legislatore, sulla base della costituzione, potrà loro accordare proteggendone gli interessi, in una tutela tutta ideologica, che voglia essere declinata nella chiave, rigida, e allo stesso tempo, tecnicamente inconcludente, di diritti, che agli stessi futuri soggetti sarebbero immediatamente attribuiti dalla costituzione, senza necessità di mediazioni legislative.

9. L'inseminazione tecnologicamente assistita di donne che abbiano superato l'età fertile

A sfavore dell'inseminazione artificiale di donne sole che abbiano superato l'età fertile valgono, in misura considerevolmente rafforzata, tutti gli argomenti addotti e adducibili a sfavore dell'inseminazione artificiale delle donne nubili che non accettino neppure l'esperienza di un rapporto eterosessuale di convivenza durevole. La ragione del rafforzamento risiede, come appare evidente, nella circostanza che, nella fattispecie considerata, il ruolo in linea di principio solo ausiliante della tecnica finisce per assumere quel carattere viceversa imperante che si presta a giustificare le critiche di depersonalizzazione e di artificializzazione della vita rivolte in tesi generale alle pratiche riproduttive assistite da una delle relazioni di base (D'Agostino)(*), le quali, secondo la riflessione svolta, sembrano da condividere solo con riferimento alla struttura, particolarmente schiacciata da interventi guidati dall'esterno, di talune delle fattispecie procreative «speciali».

In effetti l'osservazione secondo la quale, non soltanto nella particolare figura della fattispecie di procreazione assistita appena esaminata, ma anche in tutte le altre logicamente riconducibili a quella in cui la procreazione assistita sia richiesta da una donna che abbia superato i limiti dell'età fertile, l'intervento tecnico assolve a una funzione molto più penetrante rispetto a quella da esso esercitata nelle forme generali di quella stessa modalità di procreazione, e talora anche rispetto a quella dallo stesso esercitata in fattispecie diverse, anch'esse «speciali», della medesima, non appare dettata da preferenze ideologiche, ma sostenuta dal rilievo che, in tutte tali figure, quell'intervento è finalizzato a superare un ostacolo più arduo di quelli di fronte ai quali esso viene solitamente a trovarsi in altre fattispecie di riproduzione; in effetti la capacità di riproduzione che l'intervento tecnico si propone di riattivare, non riguarda una minorazione particolare della donna ausiliata, ma, invece, un limite oggettivo e assolutamente normale di tutte le donne che abbiano raggiunto la medesima età di quella richiedente quell'intervento. Per effetto di ciò quest'ultimo pretende, da parte della donna e del medico che lo conduce, un impegno molto prolungato nel tempo, psicologicamente molto duro, che, secondo diffuse osservazioni, sortisce il più delle volte l'effetto di marginalizzare la figura del coniuge maschile e di costringere il coniuge femminile nel ruolo anomalo e paradossale della persona che, pur vivendo entro un rapporto di coppia, è chiamata a compiere uno sforzo solitario molto al di là dell'usuale per conseguire lo scopo riproduttivo; onde quest'ultimo, diventato vieppiù il corpo di lei un complicato laboratorio sperimentale, finisce per divenire, com'è ben comprensibile, in forme molto appariscenti, quasi esclusivamente il suo.

Ma oltre che per gli aspetti bioeticamente critici appena indicati, la procreazione assistita della donna in età non fertile presenta, se la si guardi da un punto di vista più generale, due caratteristiche specialmente negative; la

(*) Vedi infra il capitolo Etica della fecondazione assistita.

prima consiste nell'intrinseca non generalizzabilità sanitaria della pratica a tutte le persone che pure siano in possesso dei requisiti astratti che le legittimano a richiederla, con la conseguenza che la richiesta di ottenere l'intervento non si presta a diventare l'oggetto di un diritto di chi la formula, ma appare subordinata in misura più ampia di ogni altra, alle valutazioni selettive tecnico-discrezionali del medico al quale essa è indirizzata; la seconda consiste nella non generalizzabilità economica della medesima, dovuta alla circostanza che l'intervento richiesto, non soltanto si presenta particolarmente costoso, ma risulta oggettivamente discriminante in ragione del fatto di collocarsi fra quelli che, a causa della loro più limitata rilevanza e apprezzabilità sociale, godono delle minori probabilità di fruire di finanziamenti erogati dai pubblici poteri.

A bilanciamento soltanto parziale dei disvalori bioetici, di natura particolare e generale, dei quali si è fatto fin qui discorso, ai quali deve essere aggiunto quello, più ovvio e diffusamente descritto, ma non per ciò meno degno di meditazione, rappresentato dal controinteresse del nascituro ad avere genitori da sè distanziati per età oltre i limiti di ciò che secondo le leggi naturali può verificarsi, stanno, tuttavia, le seguenti considerazioni. Anzitutto la circostanza che la richiesta femminile si pone, secondo che si è ipotizzato, all'interno di un rapporto coniugale o di un rapporto di convivenza durevole; in secondo luogo dalla circostanza che lo scopo riproduttivo della donna, nelle predette condizioni richiedente, non potrebbe realizzarsi, a differenza di quanto avviene per la donna sola in età fertile, con mezzi diversi da quelli offerti dalla procreazione assistita; in terzo luogo dalla considerazione che un ordinamento giuridico ispirato ai valori della democrazia pluralistica, come quello datosi dalla Repubblica italiana, non prevede fra i propri compiti quello di vigilare sui rischi che, assumendosi le responsabilità ad essi proprie, i cittadini possono ragionevolmente attendersi dall'esercizio della propria azione libera, se non quando ed in quanto quei rischi possano mettere a repentaglio i valori fondamentali della convivenza, a tutti sostanzialmente o metodologicamente comuni, protetti dalle proprie regole costituzionali.

Da una prospettiva squisitamente bioetica, dunque, la pretesa alla procreazione assistita (omologa) da parte di una donna in età non fertile, coniugata o stabilmente convivente con una persona d'altro sesso che sia, appare, da un lato degna di essere positivamente regolata in ossequio a un principio generale di garanzia delle azioni responsabili al quale sembra dover essere offerto un qualche riconoscimento applicativo anche nella specifica e controversa fattispecie esaminata; dall'altro bisognevole d'essere sottoposta ai limiti specialmente rigorosi, pur se aperti ai ripensamenti restrittivi o ampliativi che, nel corso degli anni, dovessero rivelarsi necessari, i quali dovranno essere suggeriti, in accordo fra loro, dalla riflessione e dall'esperienza tecnico-scientifica e da una lungimirante intesa bioetica fra le diverse posizioni morali. Tali limiti dovrebbero essere conformati in guisa da offrire contestualmente protezione, oltre che ai valori generali che la pratica appare particolarmente idonea a contraddire, ai tre valori particolari che, nella medesima, assumono un peso ugualmente determinante; quello della tutela della salute della donna, per garantirla dalla minaccia di pratiche procreative prive dell'attendibilità tecnico-scientifica re-

clamata dalla complessità degli interventi su di lei compiuti; quello degli interessi del nascituro, qualora l'analisi sistematica dei nati da donne in età non fertile consentisse di constatare il carattere sicuramente o prevalentemente dannoso di questa pratica particolare di procreazione assistita, e consigliasse, conseguentemente di vietarla o, se non altro, di abbassare il limite di età entro il quale essa fosse stata in precedenza consentita; quello, preliminare e condizionante, dell'idoneità tecnico-scientifica dei Centri presso i quali la pratica in discorso dovrebbe essere realizzata.

La trasgressione alle regole alle quali, come qui si propone, sia in futuro affidato l'ufficio di garantire il rispetto di ciascuno dei valori indicati (controllabilità e serietà delle tecniche utilizzate, rispetto del limite massimo di età, controllo dell'idoneità dei Centri privati nei quali si effettuano gli interventi) dovrebbe conseguentemente rendere illecita la pratica effettuata e determinare, come suo ulteriore effetto, tanto l'interruzione automatica di qualsiasi attività svolta dai Centri nei quali essa sia stata condotta a termine, quanto l'interdizione dall'esercizio professionale dei responsabili di quei Centri, oltre che di tutti coloro i quali abbiano preso effettivamente parte alla realizzazione della stessa.

10. La fecondazione artificiale nella forma della maternità surrogata

Esiste solida unanimità fra gli studiosi di etica nel considerare illecita la pratica di fecondazione assistita consistente nella surrogazione di maternità in tutti i casi nei quali essa sia fondata su un accordo economico stipulato direttamente fra la madre surrogante e la madre surrogata, o indirettamente, per conto di entrambe da speciali agenzie di intermediazione.

Un certo dibattito suscita, viceversa, fra di essi l'ipotesi nella quale la surrogazione di maternità sia fondata su ragioni esclusivamente filantropiche, nella quale, ordinariamente, la madre surrogante proviene dalla cerchia parentale della madre surrogata, o, talora, più raramente, anche dalla cerchia delle più strette amicizie di quest'ultima. Abolita, infatti, la diseticità rappresentata dal carattere mercenario della surrogazione, ne comparirebbe, secondo l'opinione più largamente accettata, un'altra, rappresentata questa dai danni che deriverebbero a carico dell'identità del nascituro dalla radicale scissione esistente nella fattispecie considerata fra la donna che sopporta per intero il processo della gestazione e la donna alla quale dovrebbe essere successivamente attribuita la maternità sociale e giuridica del nascituro, i quali acquisterebbero una consistenza del tutto peculiare e un'offensività specialmente aggravata, proprio quando, nel processo procreativo, si trovino coinvolte nell'assolvimento del medesimo ruolo materno, due persone legate fra loro da uno strettissimo rapporto di familiarità. In particolare l'assolvimento di quel ruolo da parte di persone legate da un rapporto di parentalità immediatamente verticale (la figlia che si fa carico della gravidanza in luogo della madre e viceversa), determinando lo schiacciamento verso l'alto o verso il basso di ruoli caratterizzati dalla loro rigida dislocazione verticale (onde la sorella e la nonna sarebbero contestual-

mente anche madri del futuro figlio e la figura paterna risulterebbe, di riflesso, anch'essa parallelamente sdoppiata secondo la medesima logica orizzontale-verticale), rischierebbe di disordinare radicalmente le strutture affettive e mentali della creatura che si trovasse ad essere incolpevolmente investita da tanto complicati intrecci generativi.

A tali gravi obiezioni si rivolge da parte di altri studiosi una censura di astrattezza; esse non sarebbero formulate, infatti, sulla base dello studio empirico della struttura psicologica di persone nate con il metodo della maternità surrogata, ma, invece, sulla base di inverificati criteri di natura teorica.

Secondo le posizioni etiche e scientifiche più diffusamente accolte, dunque, la surrogazione della maternità dovrebbe essere considerata senz'altro alla stregua di una pratica eticamente e giuridicamente illecita; secondo altre posizioni il giudizio di illiceità etica e giuridica dovrebbe essere, non rovesciato, ma piuttosto sospeso, in attesa dei più puntuali riscontri che questa pratica di fecondazione assistita dalla tecnica potrà offrire dopo un ragionevole periodo di sperimentazione.

Se ciò è vero, il punto nevralgico della situazione che viene a proporsi, per effetto della contrapposizione descritta, sembra costituito dal carattere asimmetrico della medesima. Le posizioni da ultimo descritte non sembrano, infatti, tanto impegnate nella contestazione dei dati più evidenti che caratterizzano la fattispecie della surrogazione di maternità, come la smaterializzazione radicale di quest'ultima, e lo sdoppiamento di entrambe le figure genitoriali che normalmente vi interviene, sulla cui evidenza negativa, intrinseca e consequenziale, si fonda la diffusa ripulsa etica delle pratiche di surrogazione della maternità; esse sembrano piuttosto impegnate a negare la tesi per la quale, entro tali non contestabili premesse fattuali, pur considerate in modo quanto meno preoccupato, sarebbero ineluttabilmente implicate le conseguenze negative che vengono ad esse associate dai sostenitori delle posizioni contrarie all'accettabilità etica di quelle pratiche. Donde la richiesta di mantenere aperta la riflessione pubblica intorno ad esse e contestualmente anche la possibilità di farvi ricorso pratico.

Ora per valutare se, anche nei confronti della pratica procreativa esaminata, sia possibile conquistare un superiore punto di vista bioetico, onde verificare, a partire da esso, quali possibilità vi siano di individuare, rispetto a quella pratica, i lineamenti di un'etica della coesistenza, e tenere parallelamente aperto il discorso intorno ad essa, ci si trova di fronte a difficoltà molto considerevoli.

In capo allo schema che sarà qui, conclusivamente, proposto allo scopo di riepilogare i principali modi d'essere di quel patto, giova, senz'altro, ricordare a titolo di premessa che, sulla scia di un'antichissima tradizione, anche gli ordinamenti giuridici contemporanei, nella loro quasi totalità, statuiscono in modo fermissimo che l'unico fatto decisivo a stabilire la maternità di chiunque, debba essere considerato quello della gestazione e del parto di quel chiunque, sicché, in conseguenza, a fronte della regola ricordata, nessun patto di surrogazione potrebbe garantire alla donna surrogata la certezza giuridica di conseguire lo scopo in vista del quale ella abbia preso l'iniziativa di stipularlo. L'ordinamento giuridico, infatti, in tal caso, non soltanto dovrebbe considerare perfet-

tamente legale l'eventuale pretesa della donna surrogante d'essere riconosciuta madre dell'essere umano da essa tenuto in grembo e partorito, anche se non generato, pur quando la stessa sia stata avanzata in totale dispregio dei contenuti del patto, ma, in parallelo, dovrebbe anche qualificare antigiuridica, o, comunque, non garantibile, la pretesa di essere riconosciuta madre della donna surrogata, pur quando la stessa, al contrario dell'altra, si mostri perfettamente consonante con la lettera e con lo spirito di quello stesso patto. Solo, dunque, se si risolvano a dettare in materia di riconoscimento della maternità, una regola nuova, derogatoria di quella sulla cui base essi hanno fin'ora risolto il problema del riconoscimento della maternità, gli ordinamenti giuridici potrebbero assicurare al patto di surrogazione quella forza vincolante che ad esso è necessaria per garantire, conformemente alla sua natura, gli scopi che si sono proposti, con il dar vita ad esso, le parti contraenti.

Vi sono, dunque, secondo quanto si è detto, tre modi diversi attraverso i quali il diritto degli ordinamenti nazionali può guardare, ed effettivamente guarda, ai patti per la surrogazione della maternità: può affermarne la non liceità; può riconoscerne la liceità, senza, però, garantire con la propria autorità carattere vincolante agli impegni che vi sono previsti; può riconoscere la liceità e, allo stesso tempo, garantire l'impegnatività delle loro previsioni, così da introdurre implicitamente, accanto a quella tradizionale, una nuova forma di riconoscimento della maternità. Esistono, perciò, in conseguenza di tali possibili prese di posizione, tre specie di patti di surrogazione: illeciti, meramente leciti, pienamente leciti, cioè, non solo tollerati, ma riconosciuti e garantiti.

L'ipotesi che più diffusamente occorre nell'esperienza degli ordinamenti giuridici, è quella della qualificazione illecita impressa ai patti di cui si parla; si tratta di un atteggiamento negativo nel quale si riconoscono, per esempio, tutti gli ordinamenti dell'Europa continentale, alla base del quale si trovano, sia ragioni sostanziali, ravvisabili nei gravi pericoli di strumentalizzazione di persone culturalmente ed economicamente deboli, sia nell'accoglimento delle argomentazioni che, come si è detto, individuano nella pratica della surrogazione di maternità, la fonte di gravi inconvenienti nel processo di formazione della persona nata attraverso essa.

Il modo quasi neutrale di guardare ai patti di surrogazione è quello fatto proprio dall'ordinamento inglese, nel quale, nel mentre che è penalmente vietata l'attività delle agenzie costituite allo scopo di favorire la stipulazione di patti di quel tipo, questi ultimi non sono di per se stessi vietati, gratuiti o onerosi che siano, ma non sono, tuttavia, garantiti allorché sorgano controversie fra le parti contraenti intorno all'oggetto del rapporto contrattuale, e, cioè nell'ipotesi in cui la donna surrogante, che ha condotto innanzi la gestazione e ha vissuto l'esperienza del parto, reclami, contro la previsione del patto, la maternità dell'essere umano da essa partorito. La ragione che più evidentemente sottostà a una soluzione giuridica come quella esaminata risiede nell'accoglimento del principio di autonomia di ciascuno nelle proprie scelte personali, che, ovviamente, dovrebbe trovare applicazione privilegiata nel campo delle scelte procreative. Nello stesso tempo, però, quel principio, in linea di principio e in via

normale, viene abbandonato dalla giurisprudenza nel caso appena ricordato, in quanto la controversia fra le due contrapposte autonomie, della donna surrogante e di quella surrogata, non viene risolta facendo ricorso alle regole che disciplinano le materie delle quali le singole persone hanno la disponibilità, bensì ripristinando una gerarchia fra il criterio tradizionale e oggettivo di individuazione della maternità e il criterio pattizio e soggettivo di determinazione della medesima.

In un ordinamento funzionante secondo il doppio criterio indicato, dunque, la possibilità che il patto di surrogazione nella maternità abbia a realizzarsi conformemente all'intenzione della donna che l'abbia promosso, appare legata esclusivamente all'ipotesi particolare che l'accordo fra le donne che l'abbiano concluso non sia turbato, o addirittura del tutto sconvolto, da ripensamenti di alcun genere da parte di una qualsiasi delle due parti contraenti, o, come più verosimilmente appare ipotizzabile, dai ripensamenti della donna che abbia in origine accettato il ruolo surrogante. Il patto, dunque, nell'ipotesi esaminata, potrà funzionare solo se effettivamente sarà, per propria, autonoma, forza, in grado di funzionare, e, per giunta, nell'ipotesi in cui si riveli non funzionante per effetto di conflitti venuti a mutarne in modo determinante l'equilibrio, esso costituirà il presupposto per l'attivazione di conseguenze giuridiche sfavorevoli destinate a colpire proprio la donna che lo abbia considerato come lo strumento appropriato a realizzare il proprio scopo procreativo.

Il modo favorevole di guardare ai patti di surrogazione nella maternità è, infine, quello fatto proprio dalla legislazione di alcuni Stati della federazione nordamericana, i quali considerano pienamente vincolanti gli impegni che, per mezzo d'essi, le parti contraenti si sono indotte ad assumere. A fondamento di tale scelta legislativa, che equipara a tutti gli effetti il criterio oggettivo e quello soggettivo di individuazione della maternità, sta il concetto molto allargato di *privacy* che l'ordinamento di quegli Stati ha ritenuto opportuno far proprio. In esso confluiscono in una sintesi unitaria, la libertà economica e la libertà morale di ognuno, avvertite come due valori pariordinati e reciprocamente indissolubili che, all'interno di esso, si implicano e si trainano reciprocamente, in modo da far apparire inconcepibile, non soltanto ogni tentativo di distinguere i limiti opponibili all'una da quelli opponibili all'altra, ma anche ogni pretesa di attenuare la libertà economica allorchè essa, come avviene nei patti di surrogazione nella maternità, abbia ad oggetto comportamenti che dipendono da valutazioni di carattere morale. In una costellazione di valori così ordinata, dunque, viene a mancare ogni ragione per sostenere eventuali rivendicazioni di maternità avanzate dalla madre di sostituzione, in violazione del patto da essa sottoscritto, così come, simmetricamente, non è dato rinvenire ragioni in nome delle quali sia consentito contestare la pretesa di adempimento degli obblighi assunti con quel patto, che fosse fatta valere, nel caso che insorgano controversie, dalla madre sostituita. In sintesi, una costellazione di valori, come quella evocata nel suo schema essenziale, appare del tutto polarizzata sulla garanzia dei soggetti forti e, in particolare, sulla garanzia accordata alle potenzialità economiche di costoro, che funzionano da propellente all'esercizio delle loro prerogative morali, e appare, sul versante opposto, illiberalmente non preoccupu-

pata delle ragioni di necessità che possono avere indotto le future madri di sostituzione a sottoscrivere il patto di surrogazione e altrettanto illiberalmente poco preoccupata di mantenere l'atteggiamento di prudenza confacente alla molteplicità delle osservazioni critiche rivolte all'istituto della surrogazione della maternità, secondo le quali esso, indipendentemente dal suo carattere lucroso, contiene in sé rischi gravi per lo svolgimento armonico del processo di sviluppo psicologico del figlio al quale si vuole, con esso, dar vita.

Al legislatore, dunque, non potrebbe essere consigliata una sistemazione normativa dell'istituto della maternità di surrogazione come quella ultimamente esposta, essendo essa fondata, non solo su un'evidente unilateralità bioetica, ma anche su un'individuazione di parametri etico-giuridici e soprattutto su una concatenazione gerarchica fra essi, che non potrebbe invocare a proprio sostegno il conforto di parallele indicazioni costituzionali. Sembra arduo, infatti, reperire in esse, almeno nel campo delle scelte più profondamente personali, quella protezione tanto pronunciata dell'iniziativa economica che conduce, inevitabilmente, a sottodimensionare le garanzie di libertà morale delle persone economicamente meno forti; e ancor più arduo sembra il reperirvi, come effetto dell'adesione a quello stesso pronunciamento favorevole, un atteggiamento di indifferenza relativamente al diritto alla vita del figlio che si vuol far nascere, cioè verso quel coacervo di diritti che costituzionalmente sono ad esso attribuiti (l'educazione, l'istruzione, il libero sviluppo della personalità, oltre al mantenimento), che non sembra potersi considerare insensibile al verificarsi di eventi tanto perturbanti come quello che consiste nella scissione di due funzioni come quella generativa e quella gestazionale, le quali, di norma, coesistono nell'unica funzione della maternità.

Il legislatore, che voglia restare nell'orbita delle regole dettate dagli ordinamenti giuridici europei, dovrebbe, dunque, prendere in considerazione gli altri due atteggiamenti tenuti da questi ultimi nei confronti dell'istituto esaminato.

Non si saprebbe, tuttavia, consigliargli di imboccare la via, minoritaria e singolare, seguita dall'ordinamento inglese, e, in precedenza, se ne sono già indicate alcune ragioni. Oltre a richiamare tali ragioni, si può, al riguardo osservare, che, in quell'ordinamento, la contestazione della primazia della logica economica in nome dei limiti ad essa opposti dalle esigenze bioetiche, può verificarsi solo in concomitanza con i conflitti che impediscono la pacifica realizzazione delle previsioni del patto di surrogazione, di guisa che non è facile considerare soddisfacente, dal punto di vista dei valori che sottostanno a quelle esigenze, una sistemazione dell'istituto della surrogazione della maternità che si mostra in grado di accoglierli solo quando abbia a verificarsi, molte o poche volte, una situazione la cui occorrenza è indeterminabile con i mezzi della previsione razionale. Sembra, inoltre, inevitabile osservare che anche una sistemazione normativa più equilibrata di quella precedente, quale è quella che si sta considerando, nel ricostruire l'unitarietà della funzione materna intorno alla funzione gestazionale piuttosto che intorno a quella genetica, si limita ad arbitrare, nel modo appena detto, gli effetti della scissione della funzione materna, senza, tuttavia, intervenire minimamente sul fatto stesso di quella

scissione, la quale, anche nell'ipotesi che appare meno insoddisfacente, conduce alla conseguenza grave di considerare madre di x una donna che l'ha partorito, ma che gli è geneticamente estranea.

La ricognizione dei complessi problemi collegati alla fattispecie procreativa della quale si è velocemente discusso, induce, conclusivamente, a considerare consigliabile la rinuncia all'obiettivo di offrirgli una qualunque sistemazione normativa e a postulare, conseguentemente, un pronunciamento di illiceità dell'ordinamento riguardo alla praticabilità di quella fattispecie. Le obiezioni, scientifiche, giuridiche e morali, ad essa assai diffusamente rivolte, mostrano, infatti, d'essere, almeno fino al giorno d'oggi, fondate su un'impianto dimostrativo più riccamente articolato, più immediatamente evidente e più positivamente argomentato di quello invocato a proprio sostegno dalle tesi che, trascinandosi dietro esse stesse non poche perplessità, a quelle opinioni critiche variamente si oppongono.

Sergio Stammati

BIBLIOGRAFIA

(Limitata, in linea di massima, all'ultimo decennio)

Avvertenza: la riflessione svolta, non si è proposta di esaminare tutti gli argomenti presentati, sui temi della procreazione medico assistita, da una letteratura che, al 90% è di natura etica o civilistica; intendimento di essa è stato piuttosto quello di discutere, conformemente al metodo prescelto, alcune delle questioni più importanti che quella varia letteratura più comunemente considera.

- AA. VV., *Atti del convegno sulle manipolazioni genetiche*, Roma 1984.
- AA. VV., *Procreazione artificiale e interventi nella genetica umana*, Atti del Convegno di Verona, Padova, 1987.
- AA. VV., *Manipolazioni genetiche e diritto*, Atti del XXXV convegno nazionale di studio, Milano 1986.
- AA. VV., *Fascicolo sui problemi dell'inseminazione artificiale umana*, «Diritto di famiglia», 1987, p. 921 e ss.
- AA. VV., *Fascicolo sui problemi delle nuove tecnologie riproduttive*; «Democrazia e diritto», 4/5, 1988.
- AGAZZI E., *La filosofia di fronte ai problemi delle manipolazioni genetiche*, «Iustitia» 1985, p. 162 e ss.
- ALPA E., *Appunti sulla inseminazione artificiale*, «Riv. critica del diritto privato», 1985, p. 333 e ss.
- BALDISSEROTTO G., *Procreazione artificiale umana e diritto*, «Diritto ecclesiastico», 1989, I, p. 321 e ss.
- BARNI M., NOVELLI G. A., *Prospettive dell'ingegneria genetica: aspetti deontologici*, «Studi resp. medico», 1985, p. 59 e ss.
- BESSONE M., *Commento agli artt. 29-31*, in BRANCA G. (a cura di) *Rapporti etico-sociali del Commentario alla costituzione*, Bologna 1976.
- BOBBIO N., *Elogio della mitezza*, Milano 1994.
- BOMPIANI A., *Problemi biologici e clinici aperti dall'ingegneria genetica, dall'inseminazione artificiale, dalla fecondazione in vitro con embryo transfer nella specie umana*, in *Manipolazioni genetiche*, cit. p. 57 e ss.
- BOMPIANI A., *Bioetica in Italia, lineamenti e tendenze*, Bologna 1992.

- BUSNELLI F. D., *Opzioni e principi per una disciplina normativa delle biotecnologie avanzate*, «Riv. critica del diritto privato», 1991, p. 283 e ss.
- CARBONE M., *Maternità, paternità e procreazione artificiale*, «Diritto di famiglia» 1993, p. 855 e ss.
- CARCATERRA G., *Sui fondamenti teorici della bioetica*, Atti del convegno sui nuovi diritti, Roma, 1989, p. 13 e ss.
- COMMISSIONE SANTOSUOSSO, *Fecondazione artificiale umana e trattamento degli embrioni*, del 22 novembre 1985, e allegate proposte di legge, «Giur. it.», 1986, IV, p. 33 e ss.
- COMPORZI M., *Ingegneria genetica e diritto: profili costituzionalistici e civilistici*, «Iustitia», 1985, p. 324 e ss.
- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Istruzione su: il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*, «Osservatore romano», 11 marzo 1987.
- CONSIGLIO D'EUROPA, *Draft of recommendations on artificial insemination of human being and explanatory report*, Strasbourg, march 5, 1979.
- D'AGOSTINO F., *Etica della fecondazione assistita*, 1995, in questo volume.
- D'ADDINO SERRAVALLE P., *Ingegneria genetica e valutazione del giurista*, Napoli, 1988.
- DOGLIOTTI M., *Inseminazione artificiale. Problemi e prospettive*, «Giur. it.», 1985, IV, p. 417 e ss.
- FERRANDO G., *Modelli giuridici di controllo delle tecniche di procreazione artificiale*, «Riv. di diritto civile», 1992, I, p. 519 e ss.
- FERRANDO G. (a cura di) *La procreazione artificiale fra etica e diritto*, Padova, 1989.
- FORTUNATO S., *Profili giuridici dell'inseminazione artificiale*, «Giur. it.», 1990, IV, p. 24 e ss.;
- FURGIUELE G., *La fecondazione artificiale: quali principi per il civilista?*, «Scritti Falzea», II, p. 297 e ss.
- GANDOLFI G., *Profili civilistici della fecondazione artificiale*, «Giur. it.», 1986, IV, p. 84 e ss.
- GORASSINI A., *Procreazione (diritto civile)*, in EdD., XXXVIII, p. 944 e ss.
- GRUPPO DI LAVORO COMUNE DEL MINISTERO FEDERALE DELLA RICERCA E TECNOLOGIA E DEL MINISTERO FEDERALE DELLA GIUSTIZIA, *Fecondazione in vitro, analisi genomica e terapia genetica*, (c. d. rapporto Benda), 1985.
- JEMOLO A. C., *Sulla fecondazione artificiale*, «Temi italiana», 1959, p. 94 e ss.
- LANDOLFI M. C., *Inseminazione artificiale e tutela del nascituro*, «Diritto di famiglia», 1991, p. 194 e ss.
- LECALDANO E., *Implicazioni etiche nel campo della fecondazione assistita*, 1995, in questo volume.
- LENTI L., *Procreazione artificiale (Rassegna)*, «Riv. di diritto civile», 1994, I, p. 1731 e ss.

- LISERRE A., *Il problema della regola nella ingegneria genetica*, «Riv. di diritto civile», 1992, I, p. 181 e ss.
- LOJACONO V., *Inseminazione artificiale (diritto civile)*, EdD., XXI, p. 751 e ss.
- LOMBARDI VALLAURI L., *Bioetica, potere e diritto*, «Iustitia», 1984, p. 1 e ss.
- LUZI F. (a cura di), *La legislazione straniera sulla procreazione assistita*, COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, Roma, 1992.
- MACRÌ F., «*La maternità surrogata: l'esperienza anglo-americana e quella europeo-continentale*», «Arch. civ.», 1992, p. 519 e ss.
- MAJELLO U., *Inseminazione artificiale e adozione*, «Dir e giur.», 1964, p. 490 e ss.
- MANTOVANI F., *Le possibilità, i rischi e i limiti delle manipolazioni genetiche e delle tecniche bio-mediche moderne*, «Riv. med. leg.», 1990, p. 419 e ss.
- MANTOVANI F., *La fecondazione assistita tra il «diritto alla prole» e il «diritto ai due genitori»*, «Indice pen.», 1990, p. 416 e ss.
- MASTROPAOLO F., *Aspetti giuridici delle manipolazioni biologiche*, «Quadrim», 1989, p. 173 e ss.
- MILAN G., *La madre su commissione. Problemi giuridici*, «Giust. civ.», 1985, II, p. 325 e ss.
- MORI M., *La fecondazione artificiale*, Bari, 1995;
- OCCHIOCUPO N., *Costituzione italiana e «Raccomandazioni» di organismi europei per una disciplina normativa della c. d. ingegneria genetica*, «Dir. e soc.», 1988, p. 499 e ss.
- PALMERI G., *Maternità surrogata. La prima pronuncia italiana*, «Giur. it.», 1990, I, 2, p. 295 e ss.
- PANUCCIO V., *Il (difficile) rapporto fra diritto e scienza di fronte ai segreti della vita*, «Nomos», 1989, I, p. 55 e ss.
- PATTI S., *Verità e stato giuridico della persona*, «Riv. di diritto civile», 1988, I, p. 231 e ss.
- PERLINGERI P., *Riflessioni sull'inseminazione artificiale e sulla manipolazione genetica*, «Iustitia», 1988, p. 93 e ss.
- RENZONI GOVERNATORI L., *Fecondazione artificiale umana: aspetti etici*, «Studi Condorelli», III, p. 259 e ss.
- Report of the committee of inquiry into human fertilization and embryology*, London 1984
- RESCIGNO P., *Persona e comunità. Saggi di diritto privato*, Bologna, 1966.
- RIMOLI F., *Appunti per uno studio sul diritto alla procreazione*, «Diritto e società», 1994, p. 115 e ss.
- RODOTÀ S., *Tecnologie e diritti*, Bologna 1995.
- ROMBOLI R., *Commento all'art. 5 del c. civ.*, in *Commentario al codice civile*, diretto da A. Scialoja e G. Branca, Bologna, 1988.

- SANTOSUOSSO F., *La fecondazione artificiale nella donna. Conseguenze dell'inseminazione artificiale per il diritto civile, penale e canonico*, Milano, 1961.
- SANTOSUOSSO F., *Contributo per una disciplina giuridica in tema di fecondazione artificiale*, «Iustitia», 1966, p. 119 e ss.
- SANTOSUOSSO F., *La fecondazione artificiale umana*, Milano, 1984.
- SANTOSUOSSO F., *Riproduzione artificiale umana e diritto*, «Iustitia», 1985, p. 345 e ss.
- SEMIZZI C., *Rilevi giuridici sulla inseminazione artificiale*, «Giur. it.», 1984, IV, p. 42 e ss.
- SERRA A., *Il concepimento umano in vitro. Dati biologici e prospettive*, in *Embryo-transfer*, Verona, 1984.
- SERRA A., *Interrogativi etici dell'ingegneria genetica*, «Medicina e morale», 1984, p. 306 e ss.
- SGRECCIA E., *Problemi etici della fecondazione artificiale*, 1995, in questo volume.
- TETTAMANZI D., *Bambini fabbricati*, Casale Monferrato, 1985.
- TORTORICI F., *Spunti per una regolamentazione della fecondazione artificiale*, «Diritto di famiglia», 1984, p. 1058 e ss.
- TRABUCCHI A., voce *Inseminazione artificiale (diritto civile)*, in *Nss. D. I.*, VIII, 1962.
- VERCELLONE P., *Qualche idea per fare una legge in materia di procreazione artificiale*, «Giur. it.», 1989, IV, p. 86 e ss.,
- VIAFORA C. (a cura di), *Vent'anni di bioetica - Idee, protagonisti, istituzioni*, Padova 1990.
- VIANO C. A., (a cura di), *Teorie etiche contemporanee*, Torino, 1990.
- VITUCCI M. C., *Profili civilistici dell'ingegneria genetica*, «Giust. civ.», 1990, II, p. 253 e ss.
- ZATTI P., *Artificio e «natura» nella procreazione*, «Rivista del diritto privato», 1986 (aprile), p. 176 e ss.

ETICA DELLA FECONDAZIONE ASSISTITA

1. La fecondazione assistita come problema bioetico

Per quanto sia considerato da molti come oramai definitivamente acquisito e consolidato sul piano della pratica sociale, il nuovo paradigma dell'assistenza tecnologica alla procreazione umana, o, come è ormai usuale dire, della *fecondazione assistita* (F.A.) non cessa di essere altamente controverso sul piano bioetico. La cosa non deve stupire, ove si consideri come al riguardo vengano ad intrecciarsi non solo ardue questioni morali, ma anche problemi psicologici e sociologici, medici e giuridici, in nodi tematici di estrema complessità, la cui stessa focalizzazione appare estremamente ardua e la cui gestione concettuale è apertissima non solo all'onnipresente rischio della banalizzazione e della contraddizione, ma anche alla tentazione, forse ancora più grave, della *rimozione* epistemologico-dialettica, quasi che l'intera questione fosse riducibile a un mero problema di coscienza individuale, afferente all'intimità personale di ciascuno e suscettibile, al più, di analisi esclusivamente casistiche. È una tentazione, questa, che va combattuta e vinta, non solo per quel che attiene alla F.A., ma più in generale per tutte le questioni di rilievo bioetico. Quali che siano infatti le visioni del mondo proprie di ciascun individuo, quali che siano le gerarchie di valori cui ciascuno aderisce, è indubbio che i problemi bioetici non trovano il loro luogo specifico solo nell'intimo delle coscienze, non possono cioè ridursi a fatto o a problematica strettamente *privata*: essi afferiscono alla dimensione pubblica della coesistenza sociale. Una delle difficoltà non ultime della riflessione bioetica sta proprio, da una parte, nel suo dover salvaguardare contro ogni possibile offesa ed aggressione quel bene prezioso che è l'autonomia etica del singolo e nel doverla dall'altra mediare con le esigenze imprescindibili di quell'*etica pubblica*, su cui si fonda la possibilità di una vita sociale ordinata e che garantisce che i diritti e le spettanze di ogni individuo non siano soffocati o violentati dal potere prevalente di altri.

Il contributo che si vuole offrire in questo capitolo del documento non intende mettere in questione la rilevanza bioetica dei problemi psicologici, sociologici, medici o giuridici della procreativa, ma solo offrire un contributo di riflessione sulla valenza strettamente *etica* delle pratiche ad essa connesse. In che limiti le dimensioni etiche che qui verranno sottolineate abbiano la possibilità di tradursi in norme positive di carattere deontologico, civilistico o penalistico, o in che limite sia opportuno che esse agiscano come libero orientamento dell'*ethos pubblico* è questione cui si farà riferimento nelle ultime pagine di questo capitolo e che comunque dovrà essere assunta in tutta la sua gravità dal legislatore e dal suo prudente apprezzamento.

2. La bioetica e «la questione della tecnica»

I problemi bioetici della procreatica non possono essere assimilati a problemi etici tradizionali, tematizzabili focalizzando innanzi tutto *il o i valori* in gioco, per poi gerarchizzarli, e per analizzare successivamente le questioni attinenti alla loro incarnazione nella prassi. Se viene costretta in questa prospettiva, la bioetica della procreatica perde molto della sua autentica rilevanza e si riduce ad una sorta di casistica, peraltro facilmente esposta al rischio della banalizzazione. È infatti evidente che il desiderio procreativo di una donna o di una coppia è sicuramente un valore che merita di essere tutelato; che analogamente è un valore la difesa degli interessi di chi sarà chiamato a nascere tramite pratiche di F.A.; e infine che — in linea generale — è un valore che l'intera procedura di F.A. avvenga secondo corretti protocolli medici e nel pieno rispetto di un principio assolutamente condiviso da tutti come quello della tutela della salute. Se si segue questa prospettiva, la *novità* da un punto di vista bioetico dei problemi della procreatica andrebbe quindi riferita non al piano dei valori da promuovere o da difendere (tutti riconducibili, come si è visto, a valori in certo senso “tradizionali”, a partire dallo stesso desiderio procreativo, tra i più caratteristici e diffusi in tutti i tempi e in tutte le culture), ma a quello del controllo delle *tecniche* adottate, capaci, a causa del loro carattere di frontiera, di turbare gli spiriti, in particolare quelli affetti da misonismo. Ma se si ritiene — come è frequente rilevare — che quello della tecnica sia un problema esclusivamente *strumentale*, ne seguirà di necessità una sua sostanziale irrilevanza da un punto di vista propriamente etico.

È però ben possibile impostare i problemi bioetici della procreatica in una prospettiva profondamente diversa, che senza trascurare la corretta analisi dei valori in gioco, li inquadri all'interno di un diverso orizzonte problematico. In questo orizzonte, quella che da molti è tuttora ritenuta una dimensione strettamente *strumentale*, e cioè la tecnica, acquista invece una valenza antropologica e culturale assolutamente nuova, fino ad essere considerata alla stregua della cifra (per usare un termine caro a Karl Jaspers) o se si preferisce dell'*emblema fondamentale* dell'epoca moderna, con ineludibili ricadute sul piano etico e — per quello che qui ci interessa — *bioetico*. I più lucidi interpreti della coscienza filosofica e sociale del Novecento, a partire da Bergson fino a Heidegger e a Horkheimer, hanno colto e interpretato secondo modalità tematiche diversificate, ma comunque convergenti nell'essenziale, questo tema: l'esplosione della tecnica, la trasformazione dell'*homo sapiens* in *homo faber*, costituiscono il segno di una alterazione della stessa identità dell'uomo, del suo *Dasein*, del suo *esserci nel mondo*. Secondo questa linea interpretativa, che ha suscitato infiniti dibattiti e che in questa sede è possibile solo menzionare, ma evidentemente né presentare in modo adeguato, né meno che mai argomentare, la tecnica non costituisce soltanto uno *strumento* (ormai potentissimo) a disposizione dell'uomo, per soddisfare i suoi interessi (più o meno legittimi) e destinata a conoscere sempre nuovi e ulteriori perfezionamenti, ma

la strada per la completa *cosificazione* del mondo, che gli toglie ogni significato e lo *desertifica* come ambito vitale di accoglienza non solo per l'uomo, ma al limite per ogni vivente. Simbolo adeguato della tecnica — intesa secondo questa prospettiva — è il *meccanismo*, cioè un artefatto integralmente scomponibile e ricomponibile in tutte le sue parti costitutive, dotato di un valore non intrinseco, ma conseguente al valore del *progetto* in base al quale è costruito e alla minuziosità con cui il progetto stesso è realizzato. Come simbolo alternativo a quello del meccanismo può invece essere scelto quello dell'*organismo*, unità vivente non artefatta, non progettata, dotata quindi di un valore intrinseco, composta anche essa di *parti*, che però non tollerano di essere scomposte o ricomposte, pena la morte dell'organismo stesso. L'intera storia dell'uomo può essere (ed è stata) interpretata come caratterizzata, fino all'avvento della *modernità*, da un grande equilibrio dialettico tra principio meccanicistico e principio organicistico, suscettibile anche di conoscere caratteristiche inversioni prospettiche (ad es. è ben possibile attribuire al meccanismo, entro una certa misura, un valore intrinseco o, per dir così, *organico*: ma con il rischio di cadere nel *feticismo*; ed è ben possibile considerare l'organismo, entro una certa misura, in una prospettiva meccanicistica — gran parte del progresso della medicina è dipeso proprio da questo). La novità dell'*epoca moderna* — secondo la linea interpretativa che stiamo presentando — starebbe nel suo aver rinunciato a mantenere in equilibrio questa dialettica, nel suo aver assolutizzato il principio meccanicistico, e cercato ostinatamente di ridurre ad esso ogni dimensione organicistica.

Il *disagio* che nel mondo in cui viviamo avvertiamo tutti per l'*artificializzazione dell'ambiente* e il correlativo nascere di nuove affascinanti e nobili (anche se a volte confuse) istanze ecologiche sono un indizio di come questa prospettiva filosofico-culturale possieda una sua indubbia concretezza e meriti, se non condivisione, almeno attenzione, riflessione e rispetto.

Le preoccupazioni espresse da tale prospettiva sono condivise anche da chi attribuisce alla tecnica una natura originariamente positiva e riconosce che in seconda istanza tale sua intenzionalità originaria potrebbe essere (ed essere stata) pervertita. La tecnica avrebbe infatti la caratteristica di consentire di portare all'atto le potenzialità iscritte nella realtà, dispiegandone nuove modalità, mentre l'attitudine di dominio e l'assolutizzazione della tendenza cosalizzante sarebbero conseguenze eventuali e secondarie. Secondo questa tesi più ottimistica, nel custodire e coltivare le potenzialità dell'essere, l'uomo dispiega nuovi significati per la sua stessa vita: esercitandosi nel gesto tecnico, l'uomo può dunque giungere a migliorare se stesso e la qualità del suo rapporto con l'ambiente.

In quest'ottica si può dire che il rischio del mondo contemporaneo consista, più che nel fatto tecnico in sé, nel tendenziale smarrimento delle ragioni originarie che presiedono alla figura dell'*homo faber*, il quale, per esser tale, non cessa però di essere *homo sapiens*, ovvero custode della vita propria e del proprio ambiente vitale.

3. F.A., manipolazione e depersonalizzazione

Se le pratiche di F.A. vengono comprese in questo nuovo orizzonte epistemologico dominato dal primato della tecnologia, acquistano immediatamente una nuova e specifica valenza *bioetica*. È indubbio che nei casi più semplici esse possiedono un carattere terapeutico *in senso ampio*, soprattutto quando l'opera del medico si limita a favorire l'incontro tra i gameti della coppia, by-passando l'ostacolo che non permette loro di determinare il concepimento per via naturale e mettendo con ciò l'organismo materno in condizione di eseguire normalmente il «compito» della gravidanza: un'ipotesi del genere non differisce in modo sostanziale da altri interventi medici che, mediante il superamento di un ostacolo consentono il normale svolgimento di una determinata funzione (come avviene ad es. nei casi di posizionamento di certi tipi di protesi). Però l'analogia appena prospettata non ci consente, peraltro, di equiparare del tutto anche le pratiche più semplici di F.A. ad una *comune* terapia medica (pur non sussistendo dubbi sulla sua eticità, questo dato già impone come necessaria un'adeguata e approfondita comunicazione tra il medico e la coppia perché l'intervento sia vissuto in maniera adeguata alla reale complessità dei suoi significati). Appare quindi chiaro come, appena ci si allontani dai casi più semplici, già nei casi appena più complessi le pratiche di F.A. si differenzino radicalmente da qualsiasi prassi terapeutica *in senso stretto*: non solo non hanno alcun carattere propriamente *curativo* (dato che non ridonano ai corpi la loro *fecondità naturale*), ma soprattutto operano attraverso una *manipolazione tecnologica* dei soggetti chiamati alla generazione, non assimilabile ad alcuna altra prassi di carattere biomedico. Le conseguenze bioetiche di questo dato sono di estremo rilievo.

Nella F.A., la scissione della *dimensione unitiva* dalla *dimensione procreativa* (per utilizzare una formula spesso ripetuta, da molti criticata, ma anche il più delle volte fraintesa) non crea problemi etici in quanto corrisponderebbe ad una violazione di supreme *leggi divine* o di *leggi naturali* che presiedono alla procreazione (sull'esistenza e sul contenuto delle quali non è questo il luogo per discutere), ma in quanto *depersonalizza* la generazione umana: da effetto di un incontro diretto e immediato tra due persone, questa diviene l'effetto di una raffinata procedura tecnologica, ammirevole scientificamente, quanto esistenzialmente *impersonale* e per questo solo motivo eticamente problematica. Nella F.A., per quanto grande sia il desiderio psicologico di una coppia sterile di avere comunque un figlio, la *depersonalizzazione* della procedura impoverisce il significato stesso della generazione (come si rende evidente, nella frequente richiesta della coppia di mantenere la massima *privacy* in ordine all'avvenuta F.A.) e altera in modo significativo quella valenza *personale* dei ruoli generazionali, ai quali è affidata la costruzione della stessa identità personale profonda dell'uomo.

4. Problemi bioetici nella fecondazione omologa

Tutti gli altri problemi strettamente *etici* che fan nascere le pratiche di F.A. si radicano in questo che abbiamo appena messo in luce e non possono essere considerati indipendentemente da esso. È indubbio ad es. che il rapporto di coppia — e in particolare quello *coniugale*, nella sua dimensione specificamente etica e non meramente giuridica — può essere significativamente *alterato* dalle pratiche di F.A. Come che si voglia, infatti, tematizzare quello specifico fenomeno che definiamo *coppia*, esso possiede una caratteristica valenza antropologica: nella *coppia* (e massimamente in quella coniugale) l'incontro *fisico* dell'uomo e della donna non possiede un mero carattere istintuale, ma mette in gioco specifici valori *personali*, cioè affettivi, psicologici, sociali e giuridici che hanno un carattere propriamente *umano*: nella coppia si realizza sempre e comunque l'incontro di un *io* con un *tu*. La *coppia* non si crea nell'ordine dell'artificializzazione dell'esistenza, nell'ordine del *tecnologico*; essa anzi costituisce una delle più significative linee di resistenza all'artificializzazione del mondo. Inserire nell'ordine della vita della coppia la dimensione tecnologica della F.A. può significare alterare la sua *relazionalità costitutiva personale* (in questa prospettiva va rilevata come significativa la differenza che corre tra la scelta di ricorrere alla F.A. e la scelta da parte della coppia di adottare un bambino: l'opzione adottiva ha sempre uno spiccato carattere personale, perché implica esclusivamente la messa in gioco dell'affettività e della accoglienza e non della tecnologia).

5. Problemi bioetici nella fecondazione eterologa

Per quanto rilevante possa essere sul piano etico la decisione di una coppia di ottenere un figlio tramite F.A. *omologa*, molto più grave, ovviamente, sembra essere la scelta di ricorrere a F.A. *eterologa*.

5.1. Rilievo bioetico della figura del donatore del seme

L'inserimento all'interno della dinamica della coppia della figura del *donatore* non può che portare al limite il carattere di *depersonalizzazione* della procedura al quale si è già accennato. Depersonalizzazione che si rende evidente nell'irrisolvibile paradosso che inerisce alla F.A. eterologa. Perché infatti una coppia richiede la F.A. eterologa e non ad es. l'adozione di un minore? Evidentemente perché da parte almeno di uno dei due membri della coppia si ritiene alla stregua di un valore *essenziale e irrinunciabile* l'avere un obiettivo vincolo genetico col figlio che verrà così dato alla luce. Ma con altrettanta evidenza si deve pensare che per l'altro membro della coppia questo valore sia *inessenziale e rinunciabile*, al punto da fargli acconsentire ad essere surrogato da un donatore di gameti. È chiaro che in una simile situazione emerge una profonda diversità nell'ordine dei valori e delle intenzioni all'interno della coppia, che vanificando l'indispensabile

simmetria tra i *partners* ne rende problematica la valenza specificamente *antropologica* e fa sorgere gravissime questioni *etiche* sulla procedura di F.A. nel suo complesso.

Un breve accenno meritano altresì i problemi che nascono quando si rifletta sulla figura del *donatore*. Sul piano strettamente etico, la scelta di donare gameti viene in genere giustificata sottolineandone la generosità e l'altruismo. Ma per operare una valutazione etica adeguata di questo gesto è pur necessario riflettere a fondo su *ciò che viene donato*: non una cosa, non mero materiale biologico, ma cellule germinali, una parte essenziale, cioè, della propria identità, quella parte che verrà trasmessa al figlio chiamato alla vita tramite F.A. e che attiverà inevitabilmente in lui — ne sia o no consapevole il donatore — legami psicologici col suo genitore *genetico* (così come non è da escludere che anche nel donatore possano attivarsi problemi psicologici in riferimento ai possibili figli nati grazie alla donazione dei suoi gameti). Simili problemi, per quanto meno rilevanti di molti altri inerenti alla F.A., non possono essere né banalizzati né rimossi.

5.2. *Problemi bioetici inerenti al nascituro*

Ancora maggiori sono le perplessità che sorgono quando spostiamo la nostra attenzione dai membri della coppia che la richiede alla figura del bambino chiamato alla vita tramite la F.A. Vengono qui in rilievo gli interessi (in senso lato) del nascituro: di un soggetto, cioè, *terzo* rispetto alla coppia che chiede di essere ammessa alle pratiche di F.A., e meritevole di particolare tutela, anche sul piano giuridico-sociale.

5.2.1. La moltiplicazione delle figure genitoriali

Il primo degli *specifici* interessi del nascituro che hanno una valenza *etica* (oltre a quelli inerenti alla sua salute: ma in questo caso si tratta di interessi che coincidono con quelli della coppia che vuol darlo alla luce e che pertanto non possiedono una loro rigorosa specificità) è quello che non venga recata offesa alla sua *identità*. In un essere umano, sotto la parola *identità* si cela un denso e complesso nucleo di significati; ai nostri fini può essere sufficiente rilevare come l'identità abbia una valenza specificamente *familiare* e si costruisca attraverso il rapporto costitutivo (positivo o negativo) che unisce ciascun essere umano ai propri genitori (noti o ignoti).

È evidente che sotto questo profilo il ricorso alla fecondazione omologa non crea particolari problemi etici, dato che l'identità personale del nascituro è assolutamente certa, sotto ogni punto di vista. Nel caso della fecondazione eterologa invece si verifica il fenomeno, oramai ben noto, perché tantissime volte sottolineato nei suoi esiti più paradossali e più conturbanti, della *moltiplicazione delle figure genitoriali*. In questa sede non prenderemo in esame i gravissimi problemi psicologici e sociologici che conseguono a questa situazione (e che invano si cerca di rimuovere da parte di chi vuole ad ogni costo legittimare la F.A. eterologa), ma ci limiteremo a osservare come non

possa apparire *etico* che il desiderio di genitorialità di una coppia venga a trovare soddisfazione attraverso una pratica che obiettivamente *indebolisce* l'identità personale del figlio destinato a nascere, creandogli — almeno potenzialmente — una molteplicità di referenti esistenziali diversi, se non conflittuali tra loro.

Particolarmente gravi eticamente appaiono, in particolare, le ipotesi in cui gli embrioni, ottenuti in provetta, vengano poi trasferiti nell'utero di altra donna (la c.d. "madre portatrice"). Si tratta di ipotesi che creano a *livello sociale* una grande quantità di ben noti e spinosi problemi casistici, che peraltro già da anni turbano l'opinione pubblica (e che il più delle volte si condensano nella irresolubile conflittualità, almeno potenziale, tra madre genetica e madre portatrice). Queste ipotesi si aggravano ulteriormente nei casi in cui la madre portatrice sia a sua volta madre o sorella o comunque parente della madre genetica: indipendentemente dalle *buone intenzioni* delle donne coinvolte in questi processi, va rimarcato come l'alterazione dei ruoli familiari che ne consegue è assolutamente irrimediabile. In conclusione, va rilevato che, oltre all'impossibilità di valutare in chiave socialmente positiva lo sdoppiamento della figura materna, sono sufficienti elementari considerazioni tuzioristiche nei confronti del nascituro e del suo sviluppo psicologico e personale per indurci a ritenere non etiche queste pratiche.

5.2.2 Il diritto a una «doppia figura genitoriale»

I problemi che insorgono a seguito di pratiche di F.A. si accentuano in modo particolare quando ad essa chiedi di essere ammessa una donna priva di *partner*: in questa ipotesi si toglie al nascituro quello che è stato efficacemente chiamato il *diritto a una doppia figura genitoriale*. Diritto questo — si badi bene — che possiede una pluralità di valenze: da quella psicologica (dato che per un'equilibrata crescita è indispensabile possedere un doppio referente genitoriale), a quella sociale (dato che le garanzie di assistenza che due genitori possono dare a un figlio sono evidentemente migliori di quella che può dare un genitore solo), a quella soprattutto *antropologico-esistenziale*, che è poi l'unica, da un punto di vista etico, che in questa sede ci interessa. Il figlio di donna sola, ottenuto tramite F.A., è costitutivamente *diverso*, in virtù della sua nascita, e in forza della tecnologia, dai bambini nati "naturalmente": il suo *non aver padre* non dipende, come per gli orfani, dalla natura, o, come per gli abbandonati, dalla *cattiva volontà* di un soggetto reale: ipotesi ambedue tragiche, ma in qualche modo socialmente *non prevenibili* e comunque dotate di un loro intrinseco *significato* esistenziale (quello della *sventura*, che incombe su ogni vivente esponendolo in ogni istante alla possibilità della morte delle persone care, nel primo caso; quello dell'*ingiustizia*, dimensione onnipresente — e *deformata* — dell'*esperienza umana*). Il *non aver padre* di chi nasce da F.A. di donna sola dipende invece da un *progetto* individuale, che richiede per la sua realizzazione il convergere di forze e di intenzionalità sociali diverse: in breve da una *procedura tecnologica*, che toglie al nato ineluttabilmente una parte

della propria identità. L'orfano può sempre *costruire* un proprio rapporto ideale col padre scomparso; il bambino abbandonato può sempre *ipotizzare* un possibile rapporto col padre che lo ha abbandonato. Al figlio della F.A. di donna sola è preclusa *di principio* l'una e l'altra possibilità. Il carattere non etico della procedura è, sotto questo profilo, particolarmente evidente.

5.2.3. Il diritto a conoscere i propri genitori genetici

Una specifica riflessione bioetica va infine riservata al complesso tema dell'anonimato del donatore di gameti in caso di F.A. eterologa. È assolutamente evidente che nella normalità dei casi chi si risolve a donare i propri gameti non ha alcun progetto genitoriale nei confronti dei figli che grazie alla sua donazione potrebbero nascere a seguito di pratiche di F.A. e che quindi è portato a porre l'anonimato come condizione imprescindibile alla donazione stessa. Esistono però fondate ragioni che possono indurci a revocare in dubbio la *legittimità bioetica* di tale anonimato, quando esso entri in contrasto con interessi e spettanze di chi sia nato grazie a donazione di gameti. Si tratta di ragioni che appartengono a due ordini diversi. In primo luogo vanno considerate le ragioni di ordine sanitario. Il progresso della medicina già rende e comunque renderà in un futuro molto prossimo assolutamente essenziale a fini diagnostici e terapeutici il poter ricostruire la corretta genitorialità genetica dei pazienti. Il secondo ordine di argomenti ha invece un diverso carattere: si tratta di prendere sul serio l'eventuale (ma sempre possibile e comunque sempre rispettabile) desiderio del nato da F.A. di conoscere comunque (indipendentemente da specifiche ragioni diagnostico-terapeutiche) le proprie origini biologiche. Tale desiderio può avere motivazioni diverse (dal mero interesse a qualificare in concreto la propria identità sociale a quello — in casi limite puramente astratto, ma non perciò indegno di rispetto — di conoscere comunque il nome del proprio genitore biologico). È comunque molto probabile che quali, che siano le sue motivazioni, tale desiderio debba essere considerato alla stregua di un *diritto umano fondamentale*, perché tale da concernere la conoscenza del substrato stesso della identità della persona: se così fosse, sarebbe conseguente la negazione di ogni valore bioetico dell'anonimato del donatore del seme. Ma anche se a tale riconoscimento non si ritenesse di poter giungere, non c'è motivo perché l'interesse del nato a conoscere il nome del proprio genitore genetico debba essere a priori ritenuto meno rilevante dell'interesse del donatore a restare anonimo: tra i due opposti desideri, quello del donatore di gameti di nascondere la propria identità e quello del nato da F.A. di venirla a conoscere non sarebbe *bioeticamente* sensato prendere pregiudizialmente posizione e operare una scelta; bisognerebbe cioè rispettarli ambedue, come dotati di intrinseche buone ragioni. Ne dovrebbe seguire — ma su questo punto si tornerà nella parte giuridica del documento — l'impossibilità di garantire legalmente l'anonimato del donatore, anche nei casi in cui l'ordinamento non intendesse attribuire al donatore i diritti e gli oneri legali della genitorialità.

5.3. Bioetica dell'embrione

È possibile, a questo punto, inserire alcune valutazioni etiche in ordine alla possibilità che le pratiche di F.A. comportino il rischio che durante la loro esecuzione si addivenga alla soppressione intenzionale di embrioni. In un documento come questo, che non è esplicitamente dedicato al problema bioetico dello statuto dell'embrione, può essere sufficiente osservare quanto segue:

a) il rispetto e la tutela della *vita umana* vanno ritenuti alla stregua di principi bioetici fondamentali e irrinunciabili (e in tal senso si è pure pronunciato anche il legislatore italiano, nell'art. 1 della L. 194/1978, che conferma che «lo Stato...tutela la vita umana fin dal suo inizio»);

b) in quanto appartenente alla specie umana l'embrione *fin dal concepimento* è un essere umano, nuovo rispetto al patrimonio genetico dei genitori, individualizzato, soggetto attivo della propria costruzione ed intrinsecamente autonomo nella sua crescita, che si sviluppa in modo graduale, continuo e coordinato e quindi meritevole, sotto ogni profilo, di rispetto e di tutela;

c) ogni argomento a favore di una *tutela differenziata dell'embrione* (una tutela cioè che non inizi nel momento stesso della fusione dei gameti umani, ma in epoca successiva) oltre ad apparire estremamente fragile a causa della sua arbitrarietà (dato che dal momento della fusione dei gameti fino alla nascita ogni evento biologico che si sussegue a carico del concepito appare ugualmente necessario al suo corretto sviluppo) appare debole da un punto di vista *tuzioristico*: già la sola esistenza di un *semplice dubbio* in merito alla corretta individuazione dello statuto ontologico dell'embrione (e i dubbi in merito non possono non essere riconosciuti da tutti come almeno *consistenti*), il mero sospetto cioè che la soppressione dell'embrione comporti la soppressione di un essere umano, dovrebbe implicare il *dovere etico* di rispettarlo e tutelarlo in ogni occasione;

d) pertanto, ogni pratica di F.A., sia omologa che eterologa, che provochi intenzionalmente la produzione di embrioni in sovrannumero prevedendo la possibilità della soppressione di alcuni di essi, appare condannabile da un punto di vista bioetico;

e) di conseguenza, va riaffermato che la vita dell'embrione umano deve essere riconosciuta *inviolabile e non strumentalizzabile* ad alcun fine esterno (sia esso la fornitura di cellule o tessuti per scopi farmacologici o di trapianto, o la produzione di altri esseri umani mediante clonazione, o anche la stessa ricerca sperimentale scientifica e medica).

6. Questioni in margine

Considerazioni più rapide è possibile fare per quel che concerne il problema dell'ammissibilità a pratiche di F.A. di coppie omosessuali, di donne

in menopausa o comunque per altre finalità non strettamente procreative. Si tratta di ipotesi statisticamente meno frequenti, ma non immeritevoli di attenzione per la loro rilevanza etica.

6.1. *Le coppie omosessuali e la F.A.*

Cominciando dal riflettere sulle pretese delle coppie omosessuali di essere ammesse alla F.A., è essenziale sottolineare come non si intenda, in questa sede, procedere ad alcuna valutazione *etica* della omosessualità, né ad alcuna osservazione *fenomenologica* che abbia per oggetto le coppie omosessuali. Si deve però rimarcare come il desiderio di genitorialità di una coppia omosessuale possieda un evidente — e estremamente problematico — carattere *mimetico* della coppia eterosessuale, che fa sorgere *sotto questo esclusivo profilo* gravi problemi etici. L'esperienza di coppia di tipo omosessuale implica infatti l'alterazione esistenziale dell'immagine di almeno uno dei due *partners*, che assume la funzione del sesso mancante, non avendone però la sostanza psico-somatica. I *partners* si collocano pertanto nella difficile situazione dell'*esser-come*, facendo riferimento, per la soddisfazione del loro desiderio mimetico, ad una raffinata procedura tecnologica, che comunque non potrà mai sottrarli all'ambiguità costitutiva del loro rapporto. Tutti i problemi etici sopra analizzati con riferimento alle coppie che chiedono di essere ammesse a F.A. eterologa si ripresentano, in questa circostanza, veramente ingigantiti. Ma ancor più grave, da un punto di vista etico, appare la questione se tale *mimesi* possa operare negativamente nei confronti del figlio che verrebbe alla luce tramite F.A. e del diritto di questo ad acquistare una identità personale non incrinata sotto alcun profilo. Queste considerazioni inducono a ritenere — se non altro almeno per forti ragioni prudenziali — che non si possa attribuire valore bioetico al desiderio di coppie omosessuali di essere ammesse a pratiche di F.A. (anche quando questo desiderio vada riconosciuto in se stesso come meditato e generoso).

6.2. *F.A. in donne in menopausa*

Consideriamo ora il problema dell'*eticità* della F.A. a carico di una donna in menopausa. Uno degli argomenti più frequentemente, e più ragionevolmente, addotti da chi critica questa pratica è il grave dislivello di età che si viene a determinare tra la madre e il figlio, con tutti i conseguenti e immaginabili problemi psicologici e sociali che l'una e l'altro dovranno inevitabilmente prima o poi affrontare. Tanto potrebbe bastare per ritenere molto problematica, da un punto di vista bioetico, questa possibilità. Ma è opportuno aggiungere, che anche nel caso in cui non si avesse una ragionevole certezza (*scientifica*) su possibili danni socio-psicologici a carico del nascituro, resterebbe pur sempre aperta la possibilità di valutare questo caso in chiave strettamente *etica*. Il vero problema etico che nasce in questa ipotesi non è collegato infatti a una mera, per quanto relevantissima, questione anagrafica, ma a quello della *riduzione tecnologica* del significato della

gestazione. La donna anziana vuol ostentatamente negare, tramite la F.A., non solo i limiti connessi alla propria età anagrafica, ma quelli generalmente connessi ad ogni gestazione in generale: l'artificialità entra nella sua gravidanza non solo come mero momento di avvio di un processo "naturale", ma come necessario e ineludibile momento di continuo supporto. Sotto questo profilo, la F.A. a carico di donne in menopausa realizza nel modo più compiuto — e paradossalmente coerente — l'artificializzazione del nascere, massimizzando i problemi bioetici conseguenti a questa pratica.

6.3. *Altre ipotesi residuali*

Un discorso brevissimo va riservato ad alcune ipotesi residuali, di diversa rilevanza bioetica, che però si sono già presentate nella pratica, suscitando dibattiti molto accesi. Le ipotesi sono quelle della produzione di embrioni, prescindendo dall'obiettivo di ottenere una gravidanza e quindi all'esclusivo scopo di sperimentazione, di ricerca o di utilizzazione commerciale. Anche se meritevoli di diversa considerazione (dato ad es. che le finalità sperimentali e di ricerca scientifica sono intrinsecamente più degne di quelle commerciali), per tutte queste ipotesi valgono le considerazioni negative già fatte quando si è trattato della bioetica dell'embrione. Si può però aggiungere in questo contesto un'ulteriore osservazione di grande rilievo bioetico: come cioè l'utilizzazione di tecnologie progettate originariamente a fini di F.A., per finalità non procreative, e la conseguente utilizzazione degli embrioni come mero *materiale biologico*, privo di una propria identità e di proprie spettanze, costituisca un vistoso e ulteriore esempio di quel fenomeno della *colonizzazione del mondo vitale*, per usare la forte espressione di Jürgen Habermas, che contrassegna il predominio della tecnologia nel nostro tempo e contro il quale appare sempre più indispensabile reagire con fermezza e consapevolezza.

7. Valutazioni etiche e prescrizioni giuridiche

7.1. *Come passare da valutazioni etiche a valutazioni giuridiche*

Condividere le valutazioni — e le preoccupazioni — sopra esposte non implica affatto, di per sé, l'elaborazione di un *giudizio etico negativo di carattere individuale* a carico di coloro che chiedono di utilizzare queste pratiche. Il giudizio sulle azioni e sulle scelte dei singoli non possiede mai un carattere *logico-deduttivo*, ma è reso possibile solo a partire dalla precisa conoscenza di un contesto esistenziale, che è evidentemente preclusa a chiunque operi riflessioni generali e/o di principio, come quelle sopra sviluppate. Deve però restar fermo che la lettura etica (coi conseguenti giudizi di approvazione o di riprovazione) delle azioni e più in generale delle esperienze umane è sempre e comunque legittima (anzi, doverosa), indipendentemente dal rispetto (anch'esso *assolutamente doveroso*) da nutrire nei confronti dei singoli soggetti agenti. Il valore etico non si radica e non coincide con gli

interessi, con i desideri o meno che mai con le pulsioni dei singoli, ma possiede una sua obiettività, che lo rende suscettibile di riflessione e di analisi. Del resto, se non si assumesse questo presupposto, lo stesso pensiero bioetico perderebbe ogni consistenza obiettiva e si ridurrebbe a mera registrazione cronachistica (peraltro ben poco interessante) di opzioni morali soggettive, sprovviste — proprio perché *soggettive* — di ogni rigore teoretico.

Condividere le valutazioni — e le preoccupazioni — sopra esposte non implica nemmeno di per sé la pretesa che l'ordinamento giuridico debba intervenire con la propria forza sanzionatoria per proscrivere in generale gli interventi di F.A.

È infatti evidente che la mera valutazione etica di un qualsiasi fenomeno non ci consente, in quanto tale, di qualificarlo in senso positivo o negativo sul piano giuridico. La dimensione sanzionatoria (così come del resto quella promozionale) del diritto non trova le sue radici e le sue ragioni nei giudizi di carattere strettamente morale: il giurista non è al servizio del moralista, così come il diritto non è al servizio della moralità. Al diritto non sta a cuore la difesa dell'etica in generale, ma esclusivamente la difesa dell'etica che gli è propria, quella della *socialità della coesistenza*, che si realizza individuando e proponendo ragionevoli modelli di azione sociale e promuovendo la difesa dei soggetti (in genere i più deboli socialmente) nei confronti di ogni eventuale e indebita azione lesiva nei loro confronti che possa venir posta in essere da altri soggetti (in genere quelli socialmente più forti). Di conseguenza, ogni valutazione *bioetica* nel campo della procreatica potrà avere una *ricaduta giuridica* solo quando siano percepibili dinamiche sociali rilevanti per il diritto, quando — in buona sostanza — il diritto avvertirà che vengono messi in gioco *valori coesistenzialmente rilevanti* o che comunque l'ammissibilità sociale di alcune pratiche possa condurre al sacrificio di spettanze soggettive, di carattere relazionale, meritevoli di tutela. Anche se in generale i valori umani e le spettanze soggettive possiedono una duplice e caratteristica rilevanza, allo stesso tempo etica e giuridica, potrà ben darsi che una pratica *eticamente riprovevole* possa essere considerata *lecita* dall'ordinamento giuridico. E potrà anche darsi il caso inverso: che una pratica che un soggetto sarebbe disposto ad attivare mosso da un generoso spirito altruistico (e quindi da ritenere moralmente *apprezzabile*) possa venir ritenuta *illecita* giuridicamente, fino ad essere formalmente repressa, perché ritenuta obiettivamente lesiva di specifici valori sociali.

Prendiamo ora rapidamente in considerazione i valori sociali che il diritto non può fare a meno di tutelare e di promuovere, pena l'infedeltà ai propri principi costitutivi, e che entrano di necessità in gioco qualora vengano poste in atto pratiche di F.A.

7.2. *Il rilievo primario del diritto alla salute*

Appartiene di certo a questa categoria il valore della *salute*, che peraltro nel nostro ordinamento ha un rango costituzionale (art. 32): appare quindi imprescindibile come esigenza giuridica (oltre che etica) che tutte

le pratiche di F.A. siano poste in essere in modo tale da garantire nel modo ottimale la salute — fisica e psichica — di tutti i soggetti coinvolti nel processo (ivi compresi i soggetti nati). La difesa di questo valore acquista quindi quasi la valenza di un presupposto logico di ogni conseguente processo. Non è inopportuno in questo luogo ribadire che la tutela di questo valore può imporre drastici limiti normativi all'anonimato del donatore dei gameti.

7.3. *Liceità giuridica della F.A. omologa*

È molto dubbio che valori giuridici, nel senso di coesistenzialmente rilevanti, siano in gioco nel caso della F.A. omologa: per quanto gravi possano essere le obiezioni etiche che le si possano muovere, essa va con ogni probabilità ritenuta assolutamente *lecita* da un punto di vista giuridico (quando la tecnica utilizzata non faccia sorgere problemi bioetici di ordine diverso, come ad es. il sacrificio di embrioni sovrannumerari).

7.4. *Limiti di liceità della F.A. eterologa*

Maggiori invece sono i dubbi che possono nascere a carico della F.A. eterologa, sia sotto il profilo della tutela della famiglia come istituto giuridico di rilevanza costituzionale (dato che, senza alcun dubbio, la pratica della F.A. eterologa può — almeno potenzialmente — incrinarla), sia sotto il profilo della difesa dei *preminenti interessi relazionali del nascituro* (essenzialmente quelli di conoscere la propria identità biologica e di non veder dissociata la genitorialità genetica da quella sociale). Il legislatore dovrà muoversi in materia con estrema prudenza. Nel caso in cui prevalga l'idea dell'opportunità di un riconoscimento normativo della liceità della F.A. eterologa, il legislatore avrà comunque il dovere di operare in modo tale da rendere irrilevanti o almeno minimizzare i rischi connessi a questa pratica: ad es. ammettendo alla F.A. eterologa solo coppie coniugate, imponendo ai Centri di F.A. di conservare tutti i dati necessari alla (eventuale) identificazione del donatore dei gameti e precludendo al membro della coppia che non sia genitore genetico del bambino e che abbia dato un consenso libero e informato alla F.A. ogni futura azione di disconoscimento nei confronti del nato.

Da parte di molti si suggerisce di considerare le *coppie stabili* analoghe a quelle coniugate, ai fini della loro ammissibilità alla F.A. omologa ed eterologa. Il problema è molto delicato e coinvolge questioni che superano l'ambito della mera riflessione bioetica: esso mette in gioco — lo si voglia o no — non solo il problema della obiettiva *giuridicizzazione dei matrimoni di fatto* (che proprio attraverso l'ammissione di "coppie stabili" a pratiche di F.A. acquisterebbero un evidente profilo istituzionale — da loro probabilmente non desiderato), ma ancor più il problema dell'identità stessa della famiglia «come società naturale fondata sul matrimonio» (secondo il dettato dell'art. 29 della nostra Carta costituzionale). La risposta che il legislatore sarà chiamato a dare in materia implicherà scelte molto significative, anche

al di là delle problematiche bioetiche strettamente intese, e questo dato va posto nel dovuto risalto.

7.5. *Ipotesi di illiceità della F.A.*

Molto grandi sono infine le perplessità giuridiche che sorgono per quel che attiene all'ammissibilità di coppie omosessuali, di donne sole e di donne in menopausa a pratiche di F.A. Si tratta certamente di tre ipotesi molto diverse, per quel che concerne la loro valutazione etica, ma che in prospettiva giuridica possono essere accomunate almeno sotto un profilo, che è poi l'unico veramente rilevante. In ognuno di questi casi si favorisce infatti la nascita di un bambino non solo al di fuori di una famiglia (anche di fatto), ma al limite *contro* di essa: il che significa sottrarre al nascituro una sua *spettanza fondamentale*. Peraltro, accanto alle elementari ragioni etiche, psicologiche, sociologiche e più generalmente antropologiche, che fanno sorgere gravi perplessità in ordine alle pratiche predette, va considerata altresì un'esigenza minimale di coerenza giuridico-ordinamentale (che ha poi in se stessa una propria valenza etica). Come potrebbe infatti il legislatore in un ordinamento come il nostro, che come abbiamo appena ricordato parla della famiglia come di una *società naturale*, introdurre il riconoscimento di queste nuove e alternative forme di convivenza, senza contraddire se stesso? L'esigenza giuridica di garantire i *preminenti interessi del nascituro* si fa sotto questo profilo talmente forte da non lasciar dubbi sulla necessità di qualificare come illecite giuridicamente queste ipotesi.

Francesco D'Agostino

PROBLEMI ETICI DELLA FECONDAZIONE ARTIFICIALE

LE TECNICHE DI FECONDAZIONE ARTIFICIALE

Introduzione

Gli aspetti tecnici della fecondazione artificiale sono stati oggetto di altri contributi presentati al CNB: la nostra riflessione si limiterà a considerare solamente gli aspetti etici inerenti al rapporto che le tecniche hanno con la procreazione, considerata nelle sue dimensioni personale, matrimoniale e familiare, nonché all'impatto che la fecondazione artificiale può avere sul neoconcepito, sulla coppia, sulla famiglia e sulla società. La riflessione etica sarà, poi, completata da alcuni richiami alle leggi vigenti, in materia, in altri Paesi occidentali.

L'orientamento etico di questa proposta è quello dell'etica che fa riferimento alla persona e al bene oggettivo della medesima rapportato alla sua natura spirituale e corporea unitariamente intesa (personalismo ontologico). Tale etica implica una concezione personalistica dell'atto procreativo — come meglio si dirà — e una concezione della famiglia intesa come comunione piena e indissolubile di amore e di vita di un uomo e di una donna, aperta alla procreazione. Certamente questa visione si armonizza con la morale cattolica, ma per questo non cessa di avere in sé dei valori razionalmente apprezzabili.

Per tale motivo riteniamo di poter presentare queste conclusioni etiche e le conseguenti proposte normative, anche in un contesto pluralista.

La trattazione comprende i seguenti temi:

Fecondazione artificiale

1. Problematiche etico-mediche

1.1 Stimolazione dell'ovulazione

1.1.1 La sindrome da iperstimolazione

1.1.2 Possibile aumento della incidenza di malformazioni fetali

1.1.3 Asincronia dello sviluppo endometrio-embrionale

1.2 Le gravidanze a rischio

1.2.1 Gravidanze ectopiche

1.2.2 Gravidanze multiple

Fecondazione artificiale omologa

2. Problemi etico-giuridici

- 2.1 La perdita di embrioni umani. La sperimentazione su embrioni umani. La diagnosi pre-implantatoria.
 - 2.1.1 Lo statuto dell'embrione umano
 - 2.1.2. Alcune conferme in campo giuridico
- 2.2 Scissione della dimensione unitiva dalla dimensione procreativa operata dall'intervento tecnico (posizione della Chiesa cattolica)
- 2.3 Modalità del prelievo del seme
- 2.4 Altre problematiche
 - 2.4.1. Manipolazione dello sperma a fini selettivi ed eugenetici
 - 2.4.2. Selezione delle coppie. Richiesta di inseminazione artificiale *post-mortem*

Fecondazione artificiale eterologa

3. Problemi etico-medici

- 3.1. Esclusione di malattie e difetti trasmissibili

4. Problemi etico-giuridici

- 4.1 Rottura dell'unità della famiglia/coppia in relazione al terzo estraneo implicato nella procreazione
- 4.2. Altre problematiche
 - 4.2.1. Uso di una singola donazione per più inseminazioni o fecondazioni in vitro
 - 4.2.2. La donazione di cellule uovo e di embrioni
 - 4.2.3. Anonimato e rivendicazione di paternità da parte del donatore
 - 4.2.4. Non riconoscimento del concepito da parte del coniuge che in un primo momento aveva approvato la donazione
 - 4.2.5. Diritto del figlio nato con la fecondazione artificiale a conoscere i propri genitori genetici
 - 4.2.6. Problemi del consenso realmente informato
 - 4.2.7. Richiesta dell'inseminazione artificiale eterologa da parte di donna sola o omosessuale

5. Le Banche del seme

- 5.1. Screening dei donatori
- 5.2. Caratteristiche della donazione dello sperma

5.3. Numero limitato di inseminazioni con una singola donazione

5.4. L'anonimato del donatore

6. *La maternità sostitutiva*

6.1. Aspetti etici

6.2. Alcune conferme in ambito giuridico

7. *La fecondazione interspecie. L'ectogenesi totale.*

Conclusioni

FECONDAZIONE ARTIFICIALE

Riteniamo opportuno, innanzitutto, prendere in considerazione nell'ambito di questa riflessione alcuni aspetti medici connessi con le tecniche di fecondazione artificiale, perché, costituendo fattori di rischio per la donna e/o per il feto, rappresentano problemi etici, anche quando fossero in parte fronteggiabili: basti pensare, ad esempio, all'obbligo morale di ridurre tali complicanze o rischi.

Come è noto il termine *fecondazione artificiale* indica quell'insieme di tecniche la cui finalità è di ottenere un concepimento con modalità diverse dal rapporto sessuale. La fecondazione può avvenire o nelle vie genitali della donna (*fecondazione artificiale intracorporea*) o al di fuori del suo organismo (*fecondazione artificiale extracorporea*). I gameti utilizzati possono provenire dalla coppia richiedente (*fecondazione artificiale omologa*) o da donatori (*fecondazione artificiale eterologa*).

1. Problematiche etico-mediche

Alcune problematiche etico-mediche prese in esame in questo paragrafo sono comuni alle varie tecniche di fecondazione artificiale e riguardano: la stimolazione dell'ovulazione nella donna; il congelamento-scongelo del seme; l'insorgenza di gravidanze a rischio.

1.1. Stimolazione dell'ovulazione

Come è noto, è prassi praticare, nell'ambito dei programmi di fecondazione artificiale, una induzione farmacologica dell'ovulazione allo scopo di aumentare le possibilità del concepimento. I protocolli seguiti sono comuni per tutte le tecniche di fecondazione artificiale e prevedono l'uso di gonadotropine (*human Chorionic Gonadotropin* o *hCG*; *human Menopausal Gonadotropin* o *hMG*); clomifene citrato; GNRH (*Gonadotropin Releasing Hormone*) e suoi agonisti. Rimandando alla letteratura specifica per l'esame dei singoli protocolli e le modalità di monitoraggio dell'ovulazione indotta (1), vogliamo in questa sede richiamare l'attenzione sulle complicanze che si potrebbero verificare a seguito dell'uso di questi farmaci, cioè: la sindrome da iperstimolazione; l'aumentata incidenza di malformazioni fetali; l'asincronia dello sviluppo endometrio-embrione. Tali complicanze vanno tenute in conto sia per il giudizio medico-deontologico, sia per le considerazioni etiche.

1.1.1. La sindrome da iperstimolazione

Come risulta dalla letteratura la sindrome da iperstimolazione ovarica è una grave complicanza (caratterizzata da accrescimento ovarico, accumulo di liquidi negli spazi interstiziali, squilibri elettrolitici, ipovolemia ed oliguria) che può verificarsi a seguito della stimolazione dell'ovulazione ed il più delle volte avviene dopo trattamento con hMG o con clomifene citrato (2).

La trattazione dell'eziologia di questa sindrome, del quadro clinico e dei singoli interventi terapeutici, sono argomenti che sono più propriamente scientifici; qui vogliamo, tuttavia, richiamare che accanto a forme lievi e moderate, le quali richiedono solo stretta osservazione e un trattamento sintomatico, ve ne sono alcune severe, segnate da gravi complicazioni (ascite, idrotorace, quadro di shock, aumentato rischio di tromboembolismo, ictus, ARDS [Adult Respiratory Distress Syndrome]) (3).

1.1.2. Possibile aumento della incidenza di malformazioni fetali

Come è noto il 60-80% circa degli aborti spontanei nel primo trimestre di gravidanza è determinato da alterazioni cromosomiche presenti sia nei gameti maschili o femminili che nella cellula uovo fecondata (embrione).

Mentre negli oociti vi è una elevata percentuale di anomalie cromosomiche determinatesi durante la gametogenesi (vedi ad esempio la trisomia 21 in cui il cromosoma soprannumerario è spesso di origine materna), le anomalie cromosomiche degli spermatozoi presentano, invece, un'incidenza solo del 5-10% (4).

Pur essendo stato rilevato che (5) nella popolazione sterile vi è una percentuale maggiore di alterazioni cromosomiche rispetto alla popolazione fertile, l'elevata presenza di alterazioni cromosomiche negli oociti ottenuti mediante ovulazione indotta ha fatto avanzare l'ipotesi di una correlazione tra tali anomalie e le dosi e le modalità di somministrazione dell'hMG o del clomifene citrato (6). La percentuale di anomalie cromosomiche rilevate negli oociti prelevati dopo induzione nei programmi di fecondazione in vitro e poi fecondati varia nei differenti rapporti: dal 4% al 21-57% di alterazioni in generale del bilanciamento del corredo cromosomico (aneuploidia) dopo stimolazione con FSH o clomifene citrato (7) al 28% della sola alterazione in difetto del bilanciamento del corredo cromosomico (ipoploidia), con un'incidenza totale di cariotipo alterato del 50% (8). Dati analoghi sono stati ottenuti con studi condotti su cavia e su topo (9). Questi dati vengono interpretati da molti come una concausa, per esempio nella fecondazione in vitro, della bassa percentuale di successo di questa tecnica.

1.1.3. Asincronia dello sviluppo endometrio-embrione

Perché si realizzi l'impianto dell'embrione in utero è determinante la sincronia tra lo sviluppo dell'embrione e quello della mucosa interna dell'utero (endometrio) (10). Lo sviluppo endometriale è indotto dagli estrogeni che stimolano l'attività proliferativa del tessuto di sostegno e del tessuto ghiandolare e determinano un aumento del flusso ematico. Il progesterone prodotto dal

corpo luteo durante la fase postovulatoria blocca invece l'attività proliferativa e induce la secrezione ghiandola, preparando così la parete uterina all'impianto della blastociste.

È noto che dosi elevate di estrogeni provocano un effetto abortivo impedendo l'impianto dell'embrione (11). Tale effetto abortivo degli estrogeni, stando alla letteratura, sembra essere dovuto da una parte ad una azione di contrasto con l'attività del corpo luteo (azione luteolitica) con ridotta produzione di progesterone, dall'altra ad un arresto della maturazione endometriale a causa di un turbato equilibrio metabolico cellulare. Durante la fase di induzione dell'ovulazione i farmaci somministrati aumentano i livelli endogeni di estrogeni fino a raggiungere valori da tre a sei volte superiori a quelli fisiologici che dunque pur essendo neutralizzati dal progesterone potrebbero essere causa di una ridotta percentuale di gravidanze a seguito della morte in fase pre o postimplantatoria dell'embrione (12). È stato rilevato tuttavia che questa asincronia embrione-endometrio non si verificherebbe qualora per indurre lo sviluppo follicolare si ricorresse all'uso del clomifene citrato da solo o associato ad hMG (13). Infatti, l'azione antiestrogenica del clomifene citrato antagonizzerebbe gli effetti sull'endometrio di elevati livelli di estrogeni.

Da quanto fin qui detto in merito alle terapie di stimolazione ovarica ne traiamo la conclusione sul piano etico-deontologico — a prescindere dal giudizio etico sulle singole tecniche di fecondazione artificiale — che essa vada utilizzata solo in relazione ad una reale necessità (patologie che causano una insufficienza ovarica) e non primariamente in vista di un'aumentato successo delle tecniche di fecondazione artificiale, dovendo sempre essere valutata la proporzionalità fra rischi e benefici.

1.2. *Le gravidanze a rischio*

Con il ricorso alle tecniche di fecondazione artificiale è possibile l'insorgenza — con un'incidenza maggiore rispetto a quanto avviene in natura — di gravidanze a rischio. In questa sede esamineremo il problema delle gravidanze ectopiche e delle gravidanze plurime.

1.2.1. *Gravidanze ectopiche*

È noto che si parla di gravidanze ectopiche quando l'embrione si impianta fuori dalla cavità uterina, sua sede fisiologica. In natura una tale evenienza sembra essere aumentata in questi ultimi anni, passando da valori di 1 ogni 80 gravidanze intrauterine (1,2%) ad 1 su 36 (2,8%) (14). Il 95% di queste gravidanze è localizzato nella tuba di Falloppio e tra le condizioni che ne hanno determinato l'incremento vi sarebbero: l'aumento delle infezioni tubariche; le conseguenze iatrogene dei mezzi di controllo della fertilità o abortivi (per es. uso della spirale) o della induzione della ovulazione; l'utilizzazione di nuove tecniche diagnostiche (per es. la salpingografia).

Dal momento che allo stato attuale di conoscenze vi è l'impossibilità materiale che una gravidanza tubarica giunga a termine, una volta posta la diagnosi si interviene sempre allo scopo di interromperla o mediante salpin-

gectomia o con un intervento conservativo (salpingotomia laterale, distacco dell'embrione mediante espressione tubarica, etc.). Si sta oggi valutando la possibilità di trasferire l'embrione dalla tuba alla cavità uterina affinché la gravidanza possa seguire il suo naturale decorso.

Nel caso della GIFT la percentuale di gravidanze ectopiche varia dal 2,5 all'8,3% con una media di 5,5% circa (15), cioè valori doppi rispetto a quanto riscontrato in natura, pari del resto a quello che si determina anche con la FIVET e quindi conseguenza sicuramente delle tecniche di fecondazione artificiale (16).

Data la difficoltà che le gravidanze ectopiche, in particolare extrauterine, giungano a termine, bisogna aggiungere tali gravidanze nel computo delle perdite fetali in quanto di fatto esse si interrompono spontaneamente o vengono interrotte per evitare gravi complicanze (emorragie materne anche mortali).

Questo elemento è certamente rilevante dal punto di vista etico.

1.2.2. Gravidanze multiple

Un'altra complicanza delle tecniche di fecondazione artificiale è la formazione di gravidanze plurime. Mentre l'incidenza di gravidanze bigemellari e trigemellari in natura è pari, rispettivamente a 1:80 (1,25%) e 1:80² (0,01%) (17), la percentuale di gravidanze multiple dopo il ricorso alla GIFT è compresa, secondo le statistiche esaminate, tra il 7,1 e il 23% e tra il 4,3-22% dopo ricorso alla FIVET (18).

La possibilità di avere gravidanze bi o plurigemellari dopo GIFT o FIVET dipende, rispettivamente, dal numero di oociti e di embrioni trasferiti nelle tube o nell'utero. Nel caso della GIFT può accadere, anche, di avere un numero di gravidanze maggiore del previsto (cioè in numero maggiore agli oociti collocati nelle tube) e questo può dipendere sia dal fatto che un embrione può andare incontro, nelle prime fasi di sviluppo, a divisione gemellare sia dal fatto che talora non vengono aspirati tutti gli oociti di cui si è indotta la maturazione (19). Esaminiamo quale è l'atteggiamento della donna e dei medici dopo la diagnosi di una gravidanza bi, tri o plurigemellare a seguito del ricorso alle tecniche di fecondazione artificiale.

Alcune donne, pur consapevoli delle complicanze di una gravidanza plurigemellare (anemia, preeclampsia, idroamnios, parto pretermine, etc.), scelgono di portarla comunque a termine. In altri casi, poiché i medici ritengono rischioso portare avanti una gravidanza plurigemellare, viene attuato un procedimento di riduzione praticando il c.d. aborto selettivo. In questo modo — si dice — si assicurerebbe agli embrioni rimasti vivi una maggiore possibilità di sopravvivenza e di crescita e alla madre un periodo di gestazione meno rischioso, senza tenere in considerazione il fatto che tale fine viene perseguito a danno della vita degli embrioni soppressi. Talora, infine, l'esito abortivo si determina spontaneamente.

La possibilità di indurre una gravidanza plurima è una evenienza di grande rilevanza etica. Non si può, infatti, giustificare in alcun modo la soppressione di quelle vite ricercate in modo tanto insistente da configurare spesso una sorta di accanimento.

FECONDAZIONE ARTIFICIALE OMOLOGA

2. Problemi etico-giuridici

L'attuale orientamento etico e giuridico in tema di fecondazione artificiale omologa è — come vedremo — di accettare in generale il ricorso a tali tecniche, riconoscendo come criterio di giustificazione il desiderio della coppia di avere un figlio, desiderio talora elevato al significato di diritto. Solo in alcuni casi si invita alla cautela in considerazione degli scopi manipolativi (manipolazione di embrioni e di gameti) che potrebbero essere perseguiti con queste tecniche di fecondazione artificiale o si pone l'accento sulle modalità di selezione delle coppie o si danno indicazioni relativamente al numero di oociti (in caso di GIFT) o degli embrioni (in caso di FIVET) da trasferire rispettivamente nelle tube e in utero.

È, invece, di difficile comprensione, soprattutto da parte della letteratura di ispirazione laica, il principio sostenuto dalla dottrina cattolica sia di difesa incondizionata della vita nascente sia, e soprattutto, in relazione alla inscindibilità delle dimensioni unitiva e procreativa dell'atto coniugale. Insegnamento, quest'ultimo, fondato sulla visione antropologica della sessualità umana che è propria del cattolicesimo (visione unitaria della persona e del rapporto coniugale) e che è stata riproposta anche dal Concilio Vaticano II (*Costituzione Pastorale Gaudium et Spes*): una posizione che ha peraltro a suo favore anche elementi indipendenti dalla concezione religiosa.

In questo paragrafo esamineremo, accanto alla posizione cattolica sul tema, una serie di problematiche che devono indurre alla riflessione anche coloro che non aderiscono all'insegnamento cattolico.

2.1 *La perdita di embrioni umani. La sperimentazione su embrioni umani. La diagnosi pre-implantatoria*

È noto come nell'applicazione di alcune tecniche di fecondazione artificiale sia in forma omologa che eterologa, un certo numero di embrioni vengano dispersi o rimangano in surplus e congelati (20), per essere poi utilizzati in gravidanze differite nella madre genetica o in altra donna o nella sperimentazione, con una perdita complessiva di embrioni, nel caso ad esempio della FIVET, superiore — secondo alcune statistiche — al 90%. La differenza tra le varie statistiche è da addebitare alle modalità di computo: noi valutiamo la differenza tra il numero di embrioni fecondati e il numero dei "bambini in braccio". In questo modo abbiamo la percezione reale della percentuale degli embrioni perduti.

Vi è chi — per ovviare a questa situazione — feconda solo il numero di embrioni che può essere trasferito nell'utero della donna in un solo ciclo FIVET (un massimo di tre embrioni) o propone di fecondare un embrione a tentativo: la realtà, però, è che nei Centri ove si pratica attualmente la FIVET, la perdita di embrioni non è un problema superato.

Inoltre, le tecniche di fecondazione artificiale, in particolar modo la FIVET, possono essere finalizzate — come del resto già avviene — alla creazione di embrioni al solo scopo di ricerca, o divenire occasione per la selezione dell'embrione, in base al sesso o alla presenza di patologie diagnosticabili in epoca precoce, mediante la diagnosi pre-implantatoria.

2.1.1. Lo statuto dell'embrione umano

Nel tentativo di minimizzare il disvalore della perdita di embrioni, vi è chi sostiene che essa non può essere imputata né al ginecologo né al biologo, la cui azione sarebbe volta solamente a far nascere una nuova vita, per cui non si può addebitare loro un aborto non direttamente procurato, né ai genitori che cercano un figlio, e, poi, contro la propria volontà, ne vedono morire uno, due, tre... "spontaneamente" (21). Ma il paragone non regge: infatti, in realtà la perdita di embrioni nella fecondazione artificiale non è una perdita spontanea perché — pur se non direttamente ricercata — è, comunque, conseguenza della tecnica utilizzata.

Si argomenta, inoltre, che sono alte le percentuali di aborti spontanei dovuti ai processi naturali per cui non si dovrebbe incolpare chi causa indirettamente queste perdite nell'ambito di procedure di fecondazione artificiale. Ma in proposito si deve rispondere che non è lecito riprodurre volontariamente un fatto naturale negativo che sfugge invece alla volontà dell'uomo. Non si può, ad esempio, giustificare una guerra con perdita di vite umane partendo dal ragionamento che anche i terremoti — eventi naturali — causano la perdita di vite umane: dove entra la previsione di una concatenazione certa di fatti e la scelta di porre in atto questa serie di eventi entra in causa la responsabilità del soggetto agente.

Vi è anche chi si richiama al principio del volontario indiretto (22), peraltro non applicabile al problema in discussione. Infatti, se facciamo riferimento alla FIVET, l'effetto negativo (ovvero il surplus e lo spreco di embrioni) è mezzo e condizione per ottenere l'effetto ritenuto positivo non altrimenti raggiungibile. Mentre il principio del «volontario indiretto» esige che l'effetto moralmente lecito sia quello diretto, perché non si può fare il male per conseguire il bene.

Per giustificare la perdita di embrioni e un loro eventuale uso nella sperimentazione, ma soprattutto per superare le difficoltà di natura etica, è stato introdotto, inoltre, l'uso del termine «preembrione» ed avanzata la proposta di una concezione gradualista circa il valore della vita prenatale e di una conseguente tutela differenziata.

Tra le ragioni che vengono addotte a sostegno di tale concezione gradualista dell'embrione vi è quella della negazione della individualità del processo

vitale dello zigote stesso. Ma è proprio su un concetto semplicistico di individualità che si gioca l'equivoco: l'embrione non sarebbe individuo fin dal primo momento del suo concepimento, in quanto, si dice, il termine «individuo» implica una entità unica non divisibile e non riproducibile, mentre l'embrione umano fino a che non è impiantato nell'utero potrebbe dividersi in embrioni gemelli durante i primi stadi della sua evoluzione.

Recentemente questa equivocità del concetto di individuo è stata accuratamente analizzata (23): l'*individuum* è l'*indivisum in se*, che non vuol dire dunque non divisibile bensì *divisum a quolibet alio*.

I due termini della definizione, dunque, esprimono l'unità presente nello zigote: l'*unum* è la sua natura cellulare, l'organicità che manifestano le reazioni precoci dell'embrione, le proprietà della totipotenzialità (che può condurlo per motivi ancora non noti alla gemellazione o alla trasformazione in mola vescicolare); l'*aliquid* è la caratteristica del suo messaggio genetico rigorosamente individuale, distinto da qualsiasi altro.

Nel momento della formazione del gemello si costituiscono di fatto due individualità: l'embrione originario non perde la individuazione, l'embrione originato ha anche egli una sua individualità. Circa la necessità che l'embrione si impianti per poter sopravvivere nessuno la nega, ma l'impianto è solo la condizione per la sopravvivenza e lo sviluppo di un individuo già costituito.

Ed ancora la formazione della stria primitiva, che è certo un evento importante nello sviluppo dell'embrione ma non diversamente da altri che costituiscono l'organogenesi, è tuttavia programmata e determinata dall'embrione stesso e non è qualcosa che viene indotta dall'esterno o compaia a caso (24).

È con la fecondazione che avviene la mutazione sostanziale e si costituisce un nuovo essere umano.

Chi ritiene, invece, che solo al 14° o al 40° giorno dello sviluppo l'essere umano si individualizzi dovrebbe spiegare perché e per quale principio attivo il “grappolo di cellule” iniziale diventa individuo e in quale momento. Il principio attivo, animatore, unificante e strutturante è presente indubbiamente fin dall'inizio e non compare certo dopo 14 giorni.

Il fatto che la maggior parte delle cellule dell'embrione precoce sembrerebbero deputate a formare il trofoblasto, e dunque la placenta e le altre strutture di supporto nutrizionale dell'embrione e non l'embrione stesso, non consente di negare che esista una codificazione genetica unitaria e unidirezionale che costituisce insieme sia il trofoblasto sia l'individuo-embrione vero e proprio.

La riflessione filosofica deve aggiungersi all'osservazione del fatto biologico e ha come scopo quello di mettere in evidenza quale sia il rapporto tra la costituzione biologica ed il concetto di individuo umano inteso nella sua totalità di essere personale e inoltre deve spiegare la relazione di continuità che intercorre tra il periodo di vita embrionale e l'espandersi della personalità pienamente sviluppata (25). Tale riflessione non può che concludersi con l'affermazione che l'embrione umano fin dalla fecondazione — pur trovandosi in una particolare fase della sua esistenza in cui la forma umana esteriore, così come siamo comunemente portati a pensarla, non è ancora espressa — non è tuttavia una

pura potenzialità ma una sostanza vivente ed individualizzata, che presenta uno sviluppo identico e in progressione continua fino alla nascita e oltre.

Fin dal momento della fecondazione il nuovo essere umano è in grado di guidare a maturazione una corporeità che serve ad esprimere le grandezze incommensurabili dell'individualità personale: infatti l'embrione umano è un essere in cui il principio dello sviluppo e del mutamento è, come in tutte le sostanze viventi, interno alla sostanza stessa. Ci sembra, allora, equivoca e fuorviante l'espressione secondo cui l'embrione è un uomo in potenza; l'embrione è in potenza un bambino, o un adulto, o un vecchio, ma come individuo non è in potenza: *lo è già in atto*. E se dal punto di vista psico-sociale la persona si realizza come personalità in un lungo cammino di interscambi relazionali e culturali con l'ambiente, la sua esistenza come persona è da porsi fin dal momento in cui viene posta in essere la sua individualità biologica.

Se la riflessione biologica e filosofica ci porta a riconoscere l'embrione umano come individuo della specie umana, si deve di conseguenza riconoscere che esso è detentore di diritti fondamentali: primo fra tutti il diritto alla vita. L'individuo umano, perciò, dal primo momento della sua esistenza e cioè a partire dalla fecondazione, esige il rispetto incondizionato moralmente dovuto alla persona umana, perché è lo stesso e medesimo individuo che, sviluppandosi, manifesta di persona.

Ma anche se non vi fosse, per chi non è sufficientemente informato, completa certezza sull'individualità personale dell'embrione umano, il comportamento nei suoi confronti non può essere modificato. Il dubbio obbliga moralmente a far sì che si eviti qualsiasi pericolo nei riguardi del neoconcepito, sin dall'inizio, in quanto si potrebbe, comunque, incorrere nel rischio di sopprimere un essere umano e questo è un atto moralmente inaccettabile. Per questo motivo anche coloro che — come alcuni anche in campo cattolico — hanno pensato all'animazione ritardata o all'individualità graduale non hanno mai legittimato l'aborto.

Se si riconosce l'embrione umano come individuo umano fin dal momento della fecondazione, si deve conseguentemente riconoscere l'obbligo della sua protezione giuridica e assicurargli in primo luogo la tutela della vita e dell'integrità fisica e genetica. La vita dell'embrione umano deve, dunque, essere riconosciuta inviolabile fin dal concepimento e non strumentalizzabile ad alcun fine esterno, nè alla "produzione" al di fuori del corpo della donna o in condizioni di palese rischio, nè alla sperimentazione, nè alla selezione mediante diagnosi pre-implantatoria o altre tecniche, nè alla fornitura di cellule o tessuti per scopi farmacologici o di trapianto né alla produzione di altri esseri umani mediante la clonazione.

È da condannare ancor più la creazione di embrioni al solo scopo di utilizzarli nella sperimentazione.

2.1.2. Alcune conferme in campo giuridico

A favore di una protezione, seppur parziale dell'embrione umano, si è pronunciata la legge tedesca del 1990 (26), la quale vieta che vengano trasferiti

più di tre oociti all'interno del medesimo ciclo GIFT (art. 1, 4) e vengano fecondati più di tre embrioni a tentativo FIVET (art. 4) allo scopo di evitare la formazione di embrioni soprannumerari.

Per quanto concerne la questione dell'utilizzo di embrioni e feti nella sperimentazione, esistono rilevanti indicazioni sia nelle Raccomandazioni e Risoluzioni del Consiglio d'Europa e del Parlamento Europeo sia nel diritto condito di altri Stati.

Tra i documenti del Consiglio d'Europa si ricorda la *Raccomandazione n. 1100* del 2 febbraio 1989 sull'utilizzazione di embrioni e feti umani nell'ambito della ricerca scientifica(27), che riprendendo i contenuti della *Raccomandazione 934/1982* e della *Raccomandazione 1046/1986*, riafferma l'identità e l'individualità dell'embrione umano fin dal momento della fecondazione.

L'Assemblea «... considerando che è opportuno definire la protezione giuridica dell'embrione umano sin dalla fecondazione dell'ovulo come è previsto dalla *Raccomandazione 1046*; considerando che l'embrione umano, pur sviluppandosi in fasi successive indicate con definizioni differenti (zigote, morula, blastula, embrione preimplantatorio o preembrione, embrione, feto), manifesta comunque una differenziazione progressiva del suo organismo, e tuttavia mantiene continuamente la propria identità biologica e genetica...», stabilisce che «conformemente alla *Raccomandazione 934* e *1046* le ricerche in vitro su embrioni vivi non possono essere autorizzate tranne nel caso in cui si tratti di ricerche applicate di carattere diagnostico effettuate ai fini di prevenzione o terapia (nell'interesse del feto, N.d.R.); non si intervenga sul loro patrimonio genetico non patologico».

Uguale divieto viene fatto alla sperimentazione, a meno che non direttamente terapeutica, su feti impiantati e viventi in utero e su embrioni postimplantatori o su feti viventi al fuori dell'utero.

Ciò che risulta forse poco chiaro nel testo della *Raccomandazione 1100/1989* è se su embrioni preimplantatori vivi non viabili è concessa, oltre alla ricerca, in alcuni casi, anche la sperimentazione. È, infatti, noto che mentre la ricerca può essere fatta in modo da rispettare l'integrità e la dignità dell'embrione, la sperimentazione implica interventi che possono danneggiarlo.

Ma alla luce di quanto in precedenza precisato dalla *Raccomandazione 1046/1986* si può dedurre che la *Raccomandazione 1100/1989* consente la ricerca ma non la sperimentazione anche se tale interpretazione viene messa in dubbio dall'art. 14 ove — relativamente, agli embrioni vivi postimplantatori o ai feti al di fuori dell'utero — si manifesta una certa tolleranza nei confronti di quegli Stati che consentono la sperimentazione: «Devono essere proibiti gli esperimenti su embrioni o feti viventi, vitali o non (postimplantatori o al di fuori dell'utero). Tuttavia, nel caso in cui uno Stato autorizzi talune esperienze su feti o embrioni non viabili esclusivamente, queste esperienze possono essere praticate, solo nel caso in cui siano conformi alle disposizioni della presente raccomandazione e abbiano avuto il consenso preventivo delle autorità sanitarie o scientifiche, o, se del caso, della commissione nazionale interdisciplinare».

Disposizioni simili vengono date anche dalle due *Risoluzioni* del Parlamento Europeo, la *Risoluzione A2-327/88* su problemi etici e giuridici della manipolazione genetica e la *Risoluzione A2-372/88* sulla fecondazione artificiale in vivo e in vitro (28).

La *Risoluzione A2-327/88* così si pronuncia: «Il Parlamento europeo... in merito alla ricerca su embrioni ricorda che anche lo zigote deve essere protetto e che pertanto non lo si può utilizzare in modo indiscriminato per la sperimentazione; è del parere che non sia sufficiente una regolamentazione del problema mediante direttive specifiche a livello medico; chiede di definire in modo giuridicamente vincolante i possibili settori di applicazione della ricerca, della diagnostica e delle terapie particolarmente anche prenatali, in modo che gli interventi sugli embrioni umani vivi ovvero sui feti o esperimenti su di essi siano giustificati solo se presentano un'utilità diretta, non altrimenti realizzabile, per il benessere del bambino in questione e della madre e rispettano l'integrità fisica e psichica della donna in questione...ritiene consentito l'impiego a scopi diagnostici di embrioni ovvero feti morti solo qualora esista una giustificazione riconosciuta; chiede di vietare, prevedendo sanzioni penali, il mantenimento in vita degli embrioni umani in modo artificiale al fine di poter prelevare tessuti ed organi al momento opportuno; chiede che gli embrioni umani morti vengano utilizzati a scopi terapeutici o scientifici solo negli stessi casi in cui si farebbe ricorso ad un cadavere umano».

Ed ancora la stessa *Risoluzione* fa divieto di impiegare embrioni a fini commerciali e industriali e di congelare gli embrioni a meno che non sia finalizzato a gravidanze differite nella stessa donna.

Più brevemente nella *Risoluzione A2-372/88* leggiamo che: «Il Parlamento Europeo... riconosce il valore della vita e più in particolare il diritto alla protezione della persona umana e perciò esprime preoccupazione per lo spreco di embrioni che la fecondazione in vitro può comportare e auspica l'uso di tecniche e di metodologie che eliminano tale rischio; chiede conseguentemente che nella fecondazione in vitro venga fecondato lo stesso numero di ovuli che può essere impiantato...».

Per quanto riguarda le legislazioni vigenti ricordiamo che la sperimentazione su embrioni umani fecondati in vitro è proibita dalla legge norvegese e dalla legge austriaca (29); quest'ultima all'art. 9, comma 1, così recita: «Gli embrioni non possono essere utilizzati per nessun altro scopo che per la procreazione medicalmente assistita. Essi devono essere esaminati e trattati a tal riguardo secondo le necessità dettate dalle conoscenze scientifiche e dall'esperienza medica allo scopo di procurare una gravidanza». La legge tedesca riconosce — come già detto — una tutela parziale all'embrione e consente la sperimentazione sull'embrione fino alla 21-22 ora dal concepimento, momento in cui si completa la carigamia ovvero la fusione dei patrimoni genetici del gamete maschile e del gamete femminile (30). Vengono, altresì, vietati la generazione di embrioni con la sola finalità di usarli nella sperimentazione e qualsiasi forma di diagnosi pre-implantatoria, la divisione gemellare, la clonazione (31).

2.2. Scissione della dimensione unitiva dalla dimensione procreativa operata dall'intervento tecnico (posizione della Chiesa cattolica)

Riteniamo doveroso presentare questa posizione sia perché esiste ed ha diritto di cittadinanza, sia perché potrebbe trovare consensi anche nell'ambito non confessionale avendo delle fondazioni anche razionalmente elaborate sul terreno antropologico.

Secondo l'insegnamento cattolico ufficiale in tema di fecondazione artificiale, insegnamento reso esplicito nell'*Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione* del 22 febbraio 1987 (32), la fecondazione in vitro, anche in forma omologa, non è eticamente accettabile, dal momento che «è in se stessa illecita e contrastante con la dignità della procreazione e dell'unione coniugale, anche quando tutto sia messo in atto per evitare la morte dell'embrione umano» (II.5). Ed anche «l'inseminazione artificiale omologa non può essere ammessa salvo il caso in cui il mezzo tecnico risulti non sostitutivo dell'atto coniugale, ma si configuri come una facilitazione e un aiuto affinché esso raggiunga il suo scopo naturale» (II.6).

Viene fatta dunque distinzione tra, da una parte, la fecondazione in vitro e l'inseminazione artificiale propriamente detta, che si verifica quando l'intervento tecnico sostituisce l'atto coniugale al fine di raggiungere la procreazione, e l'inseminazione artificiale impropriamente detta, dall'altra, quando l'intervento medico risulta essere una sorta di aiuto all'atto stesso che viene compiuto ed è causa della procreazione (33).

Le motivazioni che portano alla non accettazione della fecondazione in vitro omologa e dell'inseminazione omologa propriamente detta sono legate alla struttura stessa dell'atto coniugale, che per essere personale e totalmente espressivo del dono di sé deve essere compiuto attraverso un atto personale e corporeo. In questa situazione, poi, la dottrina della Chiesa vede riflessa la stessa Volontà del Creatore che è all'origine dell'amore e della vita. Che nell'atto coniugale devono essere inscindibilmente compresenti la dimensione unitivo-affettiva e quella procreativa lo troviamo affermato anche nella *Humanae Vitae* e nella *Familiaris Consortio* (34) in tema di contraccezione: «L'atto coniugale con il quale gli sposi si manifestano reciprocamente il dono di sé, esprime simultaneamente l'apertura al dono della vita: è un atto inscindibile, corporale e spirituale. È nel corpo e per mezzo del corpo che gli sposi consumano il matrimonio e possono diventare padre e madre. Per rispettare il linguaggio dei corpi e la loro naturale generosità, l'unione coniugale deve avvenire nel rispetto dell'apertura alla procreazione e la procreazione della persona deve essere il frutto e il termine dell'amore sponsale. L'origine dell'essere umano risulta così da una procreazione legata all'unione non soltanto biologica ma anche spirituale dei genitori uniti nel vincolo del matrimonio» (35).

Le caratteristiche peculiari dell'atto coniugale sono allora: l'essere dono, un dono specifico di una persona ad un'altra, e la totalità del dono nell'inscindibilità delle dimensioni corporale e psico-spirituale della persona.

Le due dimensioni dell'atto coniugale non vengono concepite in questa visione come semplicemente giustapposte ma necessariamente coesistenti, e tale

inscindibilità non è da intendere in senso fisico, poiché ci sono periodi naturali in cui entrambe le dimensioni non possono attuarsi o comunque si può intervenire materialmente con la contraccezione per separarle, ma si deve intendere in senso etico.

Con la fecondazione in vitro e con l'inseminazione artificiale si attua, invece, la sostituzione dell'atto coniugale con un atto tecnico: è, allora, molto di più della separazione della dimensione procreativa dalla dimensione unitiva del medesimo atto procreativo — il che avviene anche con la contraccezione — dal momento che è il medico o il biologo l'artefice della fecondazione senza alcuna connessione con l'atto coniugale.

Gli atti unitivi possono realizzarsi distintamente da quell'atto tecnico che è causa della fecondazione: non è, allora, solo la dimensione biologica che manca nella fecondazione artificiale ma è tutto l'atto coniugale nella sua totalità spirituale, cioè personale, ad essere cancellato.

La procreazione ha, allora, luogo senza l'espressione di tutta la persona, perdendo quel carattere di comunionalità che è considerato come l'unico *ethos* adeguato per il concepimento di un nuovo essere umano.

Si è, allora, di fronte ad una situazione di causalità plurima, non nel senso, però, di presenza di più genitori, il che avviene evidentemente con le tecniche di fecondazione artificiale eterologa: nel caso della fecondazione artificiale omologa è prevista una causalità plurima diversa da quella genitoriale, a seguito della compartecipazione del tecnico, medico o biologo, all'evento procreativo. Ne consegue che quando si verifica per sbaglio lo scambio del seme o un errore o un rischio questo non potrebbe essere imputato alla natura, ma potrebbe essere giuridicamente perseguito a carico di chi ha tecnicamente eseguito la fecondazione in vitro o l'inseminazione.

Partendo da questa visione interpersonale e intraconiugale dell'atto procreativo, l'insegnamento cattolico considera eticamente accettabile soltanto quelle procedure che non provocano scissione tra l'atto unitivo e la procreazione e che, pertanto, rappresentino un complemento dell'atto coniugale e non una sua sostituzione. Si tratta in definitiva di quelle tecniche — come già detto — finalizzate ad aiutare l'atto coniugale affinché una unione già completa e corporea dei coniugi possa raggiungere lo scopo desiderato, cioè il concepimento.

Tra l'atto coniugale e l'atto medico-biologico vi deve essere allora una continuità sia intenzionale che oggettiva: questo vuol dire che la tecnica deve configurarsi come una concausa (aiuto) all'unione coniugale per il concepimento e non come causa unica sopravvenuta (sostituzione) che di per sé, in modo indipendente dall'unione coniugale, porti al concepimento.

Per quanto riguarda in particolare il tipo di tecniche che si configurano come aiuto e non come sostituzione all'atto coniugale, l'insegnamento cattolico ufficiale non dà nessuna indicazione, ma solitamente si fa riferimento a quelle procedure, già definite di inseminazione artificiale impropriamente detta, con prelievo del seme maschile durante o dopo l'atto coniugale per un accompagnamento e veicolazione nelle vie genitali femminili. Secondo alcuni tra le tecniche di aiuto dell'atto coniugale non sarebbe compresa la GIFT, se non a precise condizioni e con molte perplessità.

2.3. *Modalità del prelievo del seme*

Il prelievo del seme per le tecniche di fecondazione artificiale può avvenire utilizzando varie metodiche: al di fuori del rapporto sessuale (masturbazione, spremitura della prostata e delle vescicole seminali, puntura dell'epididimo), in relazione con il rapporto sessuale (coito interrotto, coito con condom integro o perforato, prelievo dal fornice vaginale posteriore, prelievo, nel caso di eiaculazione retrograda, degli spermatozoi dalle urine mediante centrifugazione).

Il prelievo del seme viene eseguito per lo più mediante masturbazione, il che può presentare problemi di ordine etico e psicologico per la coppia o anche solamente per il partner maschile.

Dal punto di vista dell'etica personalista e cattolica, infatti, la masturbazione è qui considerata un segno di dissociazione tra la componente unitiva e procreativa dell'atto coniugale, ed anche quando vi si ricorre in vista della procreazione rimane sempre un gesto privo del suo reale significato unitivo.

2.4. *Altre problematiche*

2.4.1. Manipolazione dello sperma a fini selettivi ed eugenetici

Le tecniche di fecondazione artificiale omologa possono rappresentare una occasione per manipolare a scopi selettivi (ad esempio, selezione del sesso) o eugenetici il seme maschile: tali finalità oltre ad essere eticamente illecite perché contrarie al principio di uguaglianza ed alla dignità della persona umana, vengono considerate inaccettabili anche da un punto di vista giuridico.

Ad esempio, la legge tedesca, il Consiglio d'Europa e il Parlamento Europeo non approvano il ricorso alle tecniche di fecondazione artificiale omologa che siano finalizzate alla scelta del sesso o ad altro tipo di selezione (36). La scelta del sesso viene da taluni giustificata soltanto nel caso di malattie genetiche legate al sesso (X-linked), come l'emofilia, la distrofia muscolare tipo Duchenne, ed altre (37).

2.4.2. Selezione delle coppie. Richiesta di inseminazione artificiale *post-mortem*

Le tecniche di fecondazione artificiale omologa possono essere richieste sia da coppie coniugate che conviventi o da donne vedove, con l'uso in questo ultimo del seme maritale prelevato prima della morte. Tra i paesi europei, solo la Norvegia vieta l'accesso delle coppie che non convivono in modo stabile alle tecniche di fecondazione artificiale eterologa (38), mentre in altri stati si esclude il ricorso alla suddetta tecnica dopo la morte del coniuge, l'annullamento del matrimonio e la separazione legale (39), allo scopo di salvaguardare il diritto del nascituro ad avere una vera famiglia con doppia figura genitoriale. Per lo stesso motivo, in alcuni casi, si richiede che la donna che accede alle tecniche di fecondazione artificiale omologa faccia richiesta scritta firmata anche dal partner (40).

Per quanto riguarda il riconoscimento del nascituro, è previsto che dovrà essere considerato figlio legittimo dell'uomo che ha dato il seme per la fecondazione in vitro o per inseminare la moglie o la convivente (41).

Quello che emerge dall'esame delle normative esistenti in materia è comunque il generico riconoscimento di un presunto diritto della coppia alla generazione: ma da parte di altri, in particolare ma non solo cattolici, si obietta che per i coniugi esiste solo il diritto ad avere rapporti coniugali aperti alla generazione e non può essere riconosciuto il "diritto" ad avere un figlio. Se così fosse sarebbe, infatti, illegale e invalido ogni matrimonio infertile.

FECONDAZIONE ARTIFICIALE ETEROLOGA

Il ricorso alle tecniche di fecondazione artificiale eterologa solleva, accanto a problemi sovrapponibili a quelli già indicati per la forma omologa (tutela dell'embrione; scissione delle due dimensioni dell'atto coniugale, etc.), alla cui analisi rimandiamo, altri interrogativi di natura etica e giuridica in relazione all'inserimento di un terzo estraneo (il donatore) nell'unità della coppia e familiare.

3. Problemi etico-medici

3.1. *Esclusione di malattie e difetti trasmissibili*

Allo scopo di evitare rischi per la ricevente (malattie infettive) e per il concepito (malattie infettive e ereditarie) è generalmente ritenuto necessario selezionare i donatori di sperma, prima che lo stesso venga usato fresco o venga congelato.

Alcune legislazioni in materia prevedono pertanto che il prelievo, la conservazione e il congelamento del seme vengano sempre preceduti dall'accertamento della sanità psico-fisica del donatore (42).

Tale accertamento non presenta problemi etici, ma solo tecnici, nell'evitare la trasmissione mediante lo sperma di agenti infettivi affinché non si ripetano casi di donne o di nascituri contagiati da HIV o da altre malattie sessualmente trasmesse.

Rilevanti e complessi sono invece i problemi etici e scientifici connessi all'accertamento della sanità del donatore, sia sul versante psichico, sia su quello dei tests genetici necessari per evitare i rischi di trasmissione di malattie o predisposizioni morbose ereditarie, problema, quest'ultimo, che sta assumendo dimensioni sempre più grandi, tali da costituire un ostacolo etico praticamente insormontabile alla fecondazione eterologa.

Su questi aspetti è da ritenere non si sia riflettuto abbastanza in quei Paesi che hanno normativamente consentito la fecondazione eterologa, e particolarmente in quelli, come la Norvegia, che hanno legiferato in epoca assai recente, quando le possibilità di diagnosi genetica erano già avanzate.

Queste nuove possibilità della genetica umana costituiscono di per sé un importante ed autonomo capitolo della bioetica, in quanto si riflettono su molteplici aspetti della vita dell'uomo. Ma nel campo della fecondazione eterologa esse assumono un rilievo del tutto particolare perché vengono a collocarsi

nel pericoloso terreno dell'eugenetica, eticamente condannato da tempo ed in modo irrevocabile.

Allo stato attuale sono possibili — per almeno 200 loci del genoma umano individuabili con tests genetici appropriati — diagnosi di malattie, trasmissibili, non necessariamente dominanti (e quindi trasmesse da portatori sani), ed oggi anche di predisposizioni a malattie di varia gravità, tra cui i tumori, che possono estrinsecarsi nell'incontro con cromosomi materni analogamente connotati. Ne deriva, sul piano scientifico, che la previa verifica della sanità del donatore ai fini della procreazione non è più confinabile a comuni accertamenti clinici di uno stato di salute apparente ma deve essere esteso ai tests genetici. Ma affinché questa indagine abbia reale efficacia, è evidente che i tests genetici devono essere effettuati anche nella ricevente e, in caso di più inseminazioni dello stesso seme in donne diverse, anche in ciascuna delle riceventi. Le conseguenze pratiche di questi esami, peraltro, dovrebbero essere quelle di scartare fecondazioni eterologhe a rischio, e ricercarne altre esaminando il seme di diversi donatori. Se le candidate a ricevere il seme di un determinato donatore sono più di una — fino a cinque come stabiliscono le norme di qualche Paese — le combinazioni selettive diventerebbero plurime e per ogni caso si potrebbe prospettare la selezione di diversi donatori.

Si entrerebbe così, palesemente, nella vasta ed inesplorata area dell'eugenetica che è da considerare eticamente illecita.

Ne consegue che proprio i progressi della genetica — realizzatisi in questi ultimi tempi e prevalentemente in epoca successiva all'emanazione in molti Paesi di norme che consentono la fecondazione eterologa — inducono a ritenere, in una prospettiva ormai attuale e sempre più ampia, che questa pratica comporti implicazioni etiche negative così gravi ed insuperabili da rendere inaccettabile la sua legittimazione nei Paesi che ancora non l'hanno decretata, e probabile a breve termine il suo abbandono in quegli altri che l'hanno troppo frettolosamente ammessa.

Anche il profilo della sanità psichica del donatore non è certo scevro da problemi pratici ed etici perché si tratta di stabilire quali siano le caratteristiche psichiche che rendono idoneo un donatore: se la semplice assenza di sintomi psicotici, cioè di gravi malattie psichiatriche (non sempre agevoli da diagnosticare), ovvero anche di altri disturbi psichici nell'ampia gamma dei possibili.

Ed a questo punto sorge un altro rilevante problema, che riguarda sia l'accertamento della sanità fisica che di quella psichica. Chi deciderebbe infatti l'idoneità del donatore? Un medico od un collegio di medici? Ovvero la ricevente e suo marito? Nella prima ipotesi è assai dubbia la legittimazione dei medici a decidere sul destino altrui in un ambito che non è di loro competenza in quanto non si tratta di una "terapia" ma della procreazione di un individuo. Nella seconda ipotesi, è alquanto dubbio che dei non addetti ai lavori profani possano realmente comprendere la natura di determinate inidoneità del donatore, la cui gamma può essere ampia. Ciò ha a che vedere anche con il complesso problema del consenso realmente informato di cui si tratterà sub 4.2.6.

4. Problemi etico-giuridici

4.1. *Rottura dell'unità della famiglia/coppia in relazione al terzo estraneo implicato nella procreazione*

Le tecniche di fecondazione artificiale eterologa a causa dell'utilizzazione di sperma, di cellule uovo o di embrioni da donatore, introducono la presenza — nel rapporto di coppia — di un terzo o quarto partner, compromettendo un bene fondamentale del matrimonio, cioè l'unità tra i due sposi, e ledendo il loro diritto esclusivo di diventare padre e madre solo l'uno attraverso l'altro.

Su questo punto la posizione cattolica è chiara: «La fecondazione artificiale eterologa è contraria all'unità del matrimonio, alla dignità degli sposi, alla vocazione propria dei genitori ed al diritto del figlio di essere concepito e messo al mondo nel matrimonio e dal matrimonio [...] Essa costituisce inoltre una offesa alla vocazione comune degli sposi che sono chiamati alla paternità e alla maternità; priva oggettivamente la fecondità coniugale della sua unità e integrità; opera e manifesta una rottura fra parentalità genetica, parentalità gestazionale e responsabilità educativa» (43).

Nonostante molti siano consapevoli del potenziale distruttivo della fecondazione artificiale eterologa nei confronti dell'unità della famiglia, vi è chi avanza giustificazioni etiche in suo sostegno: il ricorso a queste tecniche si baserebbe su un amore particolarmente intenso e sofferto della coppia per avere un figlio, sul valore inestimabile di una nuova vita, sul significato non meramente biologico della maternità e paternità, tralasciando poi l'opinione di chi esalta il significato d'amore e di giustizia sociale presente nella donazione dei gameti a favore delle coppie sterili. Si tratta, ovviamente, di giustificazioni che considerano le intenzioni, i sentimenti e i risultati, ma lasciano intatto il fatto che la fecondazione artificiale eterologa compromette sempre il bene dell'unità coniugale e familiare.

Quando l'unità coniugale viene violata e dissociata poi si facilitano conseguenze che riguardano una serie di valori e di esigenze relative ai coniugi, al figlio, ai genitori e alla società tutta. Infatti, intaccando l'unità degli sposi, si svilisce la loro dignità personale, si contraddice all'esigenza etica della fedeltà, si misconosce il loro diritto di diventare genitori l'uno con l'altro e l'uno attraverso l'altro. Tale diritto dei coniugi non scaturisce dalla loro volontà ma risiede nell'istituzione stessa del matrimonio, alla quale hanno consentito in modo cosciente e libero. Ne consegue che i coniugi non sono padroni o arbitri di tale diritto e non possono usarne a piacimento facendo spazio ad un terzo o ad un quarto partner.

Ne consegue anche che il consenso del coniuge sterile alla moglie perché si faccia fecondare da una terza persona non modifica il fatto negativo della fecondazione artificiale eterologa e per molti il correlato giudizio morale negativo. Quel consenso non ha alcun valore proprio perché ha per oggetto un diritto indisponibile.

Violata l'unità dei coniugi, viene violata anche quell'unità allargata che lega tra loro i genitori al figlio e il figlio ai genitori: l'alterazione dei rapporti

intraconiugali sfocia nell'alterazione dei rapporti parentali-filiali. Infatti il nascituro sarà figlio di genitori diversi, avrà una madre e due padri, uno naturale e uno legale: questo lede i diritti del figlio, lo priva della relazione filiale con le sue origini parentali e ostacola la maturazione della sua identità personale. Dall'altra parte la fecondazione artificiale eterologa falsifica la fisiologia originale dell'essere padre e madre, sconvolgendone i tratti caratteristici.

La disgregazione oggettiva dell'unità coniugale che può essere provocata dalla fecondazione artificiale eterologa continua il suo cammino giungendo ad intaccare i rapporti psicologici intraconiugali e intrafamiliari.

La comparazione fatta da molti tra fecondazione artificiale eterologa e adozione non modifica tale giudizio; infatti l'adozione non infrange il rapporto matrimoniale in quanto il bambino ha avuto due genitori più o meno legittimi che hanno dato insieme la vita al figlio in un rapporto di reciproca donazione: con l'adozione egli verrà affidato ad un'altra coppia per il solo compito educativo. Si tratta, in altre parole, di un servizio ad un bambino rimasto — per motivi vari — solo.

Alcuni organismi laici, pur non condannando esplicitamente il ricorso alla fecondazione artificiale eterologa, hanno espresso alcuni dubbi nei confronti della donazione di gameti e di embrioni, per cui, tranne in alcuni casi in cui tali tecniche sono state approvate in modo incondizionato, vi è stato un unanime invito alla prudenza.

A questo proposito così si legge al n. 10 della *Risoluzione (doc. A 2-372/88)* del Parlamento Europeo: «(Il Parlamento Europeo) ritiene che la fecondazione eterologa intracorporale o in vitro non sia auspicabile, ciò vale per la donazione di seme e di ovuli e per la loro crioconservazione; ritiene che nel caso in cui questo principio non venga accolto in qualche stato membro, debbano essere rispettate queste condizioni [...] [tra cui] la presenza verificata di una sterilità irreversibile o accertato rischio grave di malformazione di bambino naturalmente concepito» (44).

Talora in sede legislativa si consiglia — tranne in qualche caso in cui si esclude assolutamente il ricorso a tale tecnica [vedi, ad es., la legge svedese limitatamente alla fecondazione in vitro (45)] — un graduale approccio alle tecniche di fecondazione artificiale eterologa, considerate come ultima *chance* dopo il fallimento delle tecniche di fecondazione artificiale in forma omologa (46).

4.2. Altre problematiche

Alla luce del giudizio complessivo e negativo nei confronti della fecondazione artificiale eterologa, vengono prese in esame altre problematiche ad essa legate e valutate anche alla luce degli attuali orientamenti legislativi.

4.2.1. Uso di una singola donazione per più inseminazioni o fecondazioni in vitro

Utilizzando il seme dello stesso donatore per fecondazioni eterologhe in donne diverse, oltre a causare quei gravi ed insuperabili problemi che sono

stati esaminati sub 3.1. in merito alle conseguenze dell'inevitabile impiego dei tests genetici sul donatore — si corre indiscutibilmente il rischio di unioni incestuose tra figli provenienti dallo stesso capostipite o tra il donatore e la propria figlia, di cui egli sconosce la vera identità: l'incidenza di tale rischio è direttamente proporzionale alla densità della popolazione e al numero di nascite ottenute con il seme dallo stesso donatore (47). Le misure indicate per prevenire questi inconvenienti sono varie e la loro diversità mette in evidenza l'incertezza che si nutre su una loro reale efficacia:

a) uso dei donatori con una frequenza non eccessiva per periodi di tempo non troppo lunghi (2-5 anni);

b) prelievo solo da donatori con età compresa tra i 21 e i 40 anni ed inseminazione con lo stesso seme di un numero di donne compreso tra 5 e 10, possibilmente residenti in regioni diverse;

c) conoscenza dell'identità del donatore e annotazione su registri depositati presso le Banche del seme.

4.2.2. La donazione di cellule uovo e di embrioni

Per motivi tecnici — invasività delle tecniche di prelievo, difficoltà di conservazione, difficoltosa gestione dell'anonimato — più che per ragioni etiche, vi è la tendenza a vietare la donazione delle cellule uovo: in questo senso è molto chiara la legge tedesca che si pronuncia come segue: «È punito ... chi effettua il transfer in una donna di un oocita non fecondato proveniente da un'altra donna» (48).

Il ricorso alla donazione di embrioni — considerato da alcuni l'unica modalità per portare alla viabilità embrioni destinati altrimenti a morire — è severamente vietato dalla legge norvegese (49). Certamente la soluzione migliore e più consona alla dignità dell'individuo umano è quella di non "creare" embrioni in vitro.

4.2.3. Anonimato e rivendicazione di paternità da parte del donatore

La donazione in esame, che da alcuni viene addirittura considerata un atto di generosità (ma non si può parlare di generosità quando si rinuncia a priori ad ogni responsabilità nei confronti di un proprio figlio), è obiettivamente diversa dal dono di sangue o di organi: gli spermatozoi portano, infatti, un'informazione, un patrimonio genetico che è determinante per lo sviluppo della persona umana e non può quindi essere configurato come un semplice passaggio di cellule. L'uomo, che ha donato i gameti, ha un legame profondo con il nascituro, poichè lui è il vero genitore. È allora da ritenere insostenibile la proposta di stabilire normativamente l'anonimato del donatore, poichè è inalienabile diritto di ogni individuo a conoscere le proprie origini genetiche anche in ragione, in Italia, della norma costituzionale (art 32 Cost.) che stabilisce il diritto alla salute e quindi anche il diritto a tutte le informazioni che possono servire a preservarla.

Il diritto all'anonimato riconosciuto da diversi stati non deve essere confuso con il diritto del donatore a rivendicare la propria paternità biologica, diritto che è stato invece ritenuto insussistente (51). Per facilitare l'identificazione del donatore le varie normative proposte o vigenti, da noi esaminate, prescrivono la registrazione di alcuni dati in modo che il figlio, raggiunta la maggiore età, possa conoscere almeno le generalità del padre e risalire così alle proprie origini; ovvero prevedono — come la legge austriaca — che sia reso noto al figlio il nome del genitore genetico (52). Ed ancora la Federazione Elvetica ha stabilito che «l'accesso di una persona ai dati concernenti la sua origine è garantito».

Orbene, a parte considerazioni di ordine strettamente giuridico, sta di fatto che l'anonimato è da ritenere ormai insostenibile, nell'attualità, a fronte dei complessi problemi che esso comporta. Non sarebbe anzitutto accettabile, sul piano morale prima ancora che su quello giuridico, che una minoranza di cittadini abbia precluso il diritto di conoscere il padre proprio biologico solo perchè la madre ha stipulato un patto con il marito, il quale ha dato il suo consenso alla fecondazione eterologa ad opera di un padre biologico anonimo. Ma una volta ammesso il diritto a conoscere l'identità del padre biologico, ne deriverebbe come conseguenza l'impossibilità di proibire normativamente al figlio la via giudiziaria civile per il disconoscimento di paternità del padre legale e il correlativo riconoscimento del padre biologico, risultando eticamente inaccettabile un patto stipulato alle spalle del nascituro ed una discriminazione rispetto a tutti gli altri cittadini.

Se a questo punto si sommano gli argomenti contrari all'anonimato con quelli che dimostrano come l'indispensabile esame genetico del seme e della ricevente comporti di fatto l'introduzione nell'ordinamento di inaccettabili principi di selezione eugenetica, se ne deve concludere per l'improponibilità della fecondazione eterologa: da considerare ormai una esperienza non più prolungabile alla luce delle conoscenze odierne e non certo introducibile normativamente proprio nel momento storico in cui vanno sempre più designandosi i suoi plurimi aspetti negativi specie per il minore.

4.2.4. Non riconoscimento del concepito da parte del coniuge che in un primo momento aveva approvato la donazione

La cronaca recente ha riportato episodi incresciosi, verificatisi a seguito del rifiuto del marito di una donna inseminata con seme da donatore a riconoscere il bambino concepito con tali modalità, dopo aver dato in un primo momento la propria approvazione. Le motivazioni di tale rifiuto possono essere diverse: la sensazione di veder frustrata la propria virilità; la paura di convivere con un bambino concepito con il seme di un altro uomo; il ricordo dell'intrusione di un estraneo nel rapporto con la propria moglie, al punto da considerarlo un vero e proprio adulterio.

A causa di tali problemi alcune legislazioni hanno stabilito che l'accesso alla fecondazione artificiale eterologa sia preceduto dalla sottoscrizione da parte di entrambi i coniugi di un documento in cui si attesti la volontà del padre

sociale di riconoscere alla nascita il bambino partorito dalla di lui moglie (53). In altre legislazioni è la legge stessa che attribuisce automaticamente la paternità all'uomo coniugato o convivente con la donna che ha fatto ricorso alla fecondazione artificiale con seme da donatore (54).

4.2.5. Diritto del figlio nato con la fecondazione artificiale a conoscere i propri genitori genetici

Il bambino "ottenuto" con la fecondazione artificiale eterologa dopo donazione di seme, di oociti o di embrioni, sarà figlio di una madre e di due padri, o di due madri e un padre, o di due padri e di due madri: questa situazione è di ostacolo al bambino sia nell'individuare la propria identità biologica e giuridica sia nella maturazione psicologica, soprattutto qualora la donazione di gameti e di embrioni rimanga anonima come per lo più avviene (55). Ma anche quando il donatore sia conosciuto il bambino avrebbe sempre difficoltà di rapporto con i genitori di cui uno sarà solamente putativo.

4.2.6. Problemi del consenso realmente informato

La fecondazione eterologa prevede un consenso scritto da parte di entrambi i coniugi. Ma è principio fondamentale del consenso una informazione reale ed approfondita. In questo ambito non valgono certo gli argomenti, assai validi, che si adducono in genere a sostenere l'opportunità di una informazione medica attenuata e personalizzata quando si tratti di ottenere il consenso di un paziente a praticare esami diagnostici e terapie a rischio. È infatti nota la necessità per il medico di operare un saggio bilanciamento tra il dovere di informare e l'opportunità di salvaguardare per quanto possibile la serenità del paziente che si accinge a subire l'indagine diagnostica o la terapia rischiosa.

Nel campo della fecondazione artificiale, invece, queste remore non sussistono e pertanto l'informazione dovrebbe essere completa e includere dettagliatamente e senza reticenze tutti gli aspetti negativi di natura psicologica, genetica, giuridica e sociologica, che coinvolgono la coppia e soprattutto il figlio. Non ci risulta che questo tipo di consenso sia dettagliatamente prescritto nelle legislazioni che hanno ammesso la fecondazione eterologa ed è fortemente da dubitare che, ove questa venisse introdotta in Italia nel contesto attuale delle aggiornate conoscenze genetiche, delle norme costituzionali e di quelle sui minori e sulla filiazione, essa sarebbe realmente preceduta da informazioni sincere e disinteressate: con il conseguente rischio di fallimenti irrimediabili e di danno gravissimo per il figlio.

4.2.7. Richiesta dell'inseminazione artificiale eterologa da parte di donna sola o omosessuale

La richiesta di inseminazione artificiale eterologa è stata di fatto avanzata da donne sole o da donne omosessuali: il figlio vivrebbe in tal modo in una situazione familiare anomala in cui mancherebbe la possibilità di identificarsi

con il genitore dello stesso sesso e di distinguersi da quello di sesso opposto con conseguenze gravi sul suo sviluppo psichico.

In alcuni paesi è stata presa in considerazione una tale eventualità e le conseguenze che ne potrebbero derivare, tanto che la maggior parte delle normative richiede che l'inseminazione artificiale eterologa venga fatta esclusivamente su coppie coniugate o conviventi (56).

5. Le Banche del seme

Il seme maschile, proveniente dal coniuge o dal donatore e sottoposto a procedure di congelamento, viene conservato presso le cosiddette Banche del seme per essere successivamente utilizzato per le tecniche di fecondazione artificiale omologa o eterologa. In un primo momento l'accesso alle Banche del seme era privo di qualsiasi controllo e solo successivamente, con l'evidenziarsi di gravi problemi, alcuni Paesi hanno elaborato normative in materia. Prenderemo in esame le varie problematiche etico-mediche e etiche inerenti all'utilizzo delle Banche del seme, indicando volta per volta quali siano stati i suggerimenti da parte dei Comitati di Etica o delle Commissioni incaricate di elaborare normative.

5.1. Screening dei donatori

Vedi punto 3.1.

5.2. Caratteristiche della donazione dello sperma

Per facilitare la selezione dei donatori di sperma si è sempre sottolineata la necessità che tale donazione fosse volontaria e soprattutto gratuita: l'allettamento con denaro, oltre a sminuire il significato del "dono", spingerebbe chi dà il seme a celare l'eventuale presenza di patologie trasmissibili per paura di essere esclusi e non ricevere il promesso pagamento.

Per questo motivo in alcune legislazioni si è stabilito che i donatori non vengano pagati (57), fatto salvo il rimborso delle eventuali spese di viaggio e della perdita di giornate lavorative (58). Si è anche previsto che il donatore di seme sia informato, prima del prelievo, sull'uso che verrà fatto del suo seme e se ne richieda il consenso qualora si pensi di utilizzarlo per la ricerca scientifica (59).

5.3. Numero limitato di inseminazioni con una singola donazione

Vedi punto 4.2.1

5.4. L'anonimato del donatore

Vedi punto 4.2.3

6. La maternità sostitutiva

6.1. *Aspetti etici*

Come è noto la maternità sostitutiva viene realizzata con la doppia modalità del prestito di utero (*madre portante*) o del prestito dell'ovocita e dell'utero (*madre surrogata*). Questo comporta una dissociazione tra il ruolo di madre genetica-sociale e gestazionale, nel primo caso, e tra madre genetica-gestazionale e sociale, nel secondo caso. Ci si trova, così, di fronte ad un bambino che riceve il patrimonio genetico da due persone, le influenze vitali intrauterine dalla madre in affitto, e l'educazione da altre due persone ancora.

Con il ricorso al prestito dell'utero e/o alla donazione delle cellule uovo nell'ambito delle procedure di fecondazione artificiale si viola gravemente il profondo legame esistente tra madre e figlio, stravolgendo il significato stesso di maternità e di filiazione. «La maternità sostitutiva — scrive la Congregazione per la Dottrina della Fede — rappresenta una mancanza oggettiva di fronte agli obblighi dell'amore materno, della fedeltà coniugale e della maternità responsabile: offende la dignità e il diritto del figlio ad essere concepito, portato in grembo, messo al mondo ed educato dai propri genitori; essa instaura, a detrimento delle famiglie, una divisione fra gli elementi fisici, psichici e morali che lo costituiscono» (60).

Quando si accetta che una donna limiti il suo intervento alla sola maternità gestazionale e/o genetica le si chiede di sottomettersi ad una maternità abortita, il che non può essere senza conseguenze nè per lei nè per il bambino nato da questa gravidanza "fredda". Infatti la donna, che porterà il bimbo in grembo per nove mesi, non è la sua mamma genetica e non potrà vivere l'esperienza di stringerlo tra le braccia una volta nato.

Questo fatto è vissuto, solitamente, in modo negativo dalla madre gestazionale, dal momento che l'esperienza della maternità, profondamente legata con la struttura personale dell'essere donna e con la dimensione personale del dono, non è solo uno *status* biologico e fisiologico.

Una volta che il bimbo è nato, anche se l'educazione del figlio dovrebbe contenere in sé il duplice contributo dei genitori, è tuttavia il contributo materno ad essere decisivo per le basi di una nuova personalità umana.

La maternità solo gestazionale e/o genetica falsifica, dunque, la fisionomia originale dell'essere madre, sconvolgendone i tratti caratteristici: l'unione dei coniugi diviene cosa inutile; l'origine si moltiplica, dividendosi.

In secondo luogo, il portare nel proprio corpo un bambino non concepito da sé non è una prestazione equiparabile ad altre simili (donazione di sangue, di rene, etc.): la donna, ridotta ad uno dei suoi organi, viene offesa nella sua dignità e il fatto che sia consenziente non muta i dati del problema morale.

Ancor più grave è l'offesa alla dignità del bambino, non voluto per sé ma per soddisfare il desiderio di maternità di una donna o di una coppia.

Che la relazione madre-bambino già durante la vita prenatale sia fondamentale per creare le basi dell'identità e della sanità mentale del figlio è un fatto sostenuto dalla psicologia e vissuto nell'esperienza quotidiana da ogni

madre: è vero che non esistono dati tangibili di questa conversazione fragile ma nel contempo possente tra la madre e il suo bambino, ma è altrettanto vero che, ad esempio, il vissuto dell'abbandono in tenera età segna profondamente lo sviluppo psico-fisico di un individuo.

Tra la madre e il bambino, che — alla nascita — viene ceduto a terzi, si crea, dunque, una frattura e questo è, di per sé, un fatto disumano.

Talora può accadere che non vi sia una separazione totale tra la madre e il suo bambino, come avviene ad esempio quando la madre portante o donante è amica, sorella o anche madre di chi si occuperà della educazione del bambino: in questo caso il bambino avrà ancora maggiore difficoltà nel perseguire la propria identificazione sì necessaria per lo sviluppo della propria identità. Non saprà, infatti, qualora informato, se chiamare mamma anche la zia o la nonna.

È, infine, da tenere in considerazione l'illiceità dell'eventuale affitto del proprio utero o delle cellule uovo. Infatti, secondo un'antropologia di impostazione personalistica e metafisica — come, ma non solo, quella cattolica —, il corpo, quale incarnazione e manifestazione dell'Io e unità sostanziale con la psiche e con lo spirito, ha un valore soggettivo che va rispettato, tutelato e protetto: pertanto detto corpo non può essere considerato nè un oggetto di proprietà nè tanto meno merce di scambio. Il corpo, in quanto dotato di valore intrinseco, non ha prezzo e non può quindi essere oggetto di contratto.

Se dunque il corpo umano non ha un prezzo e non è commercializzabile, non lo sono neanche sue parti come, ad esempio, l'utero o le cellule uovo: e questo è riconosciuto anche in sede di discussione legislativa tanto che negli stati ove la materia è regolamentata si vieta — generalmente — la compravendita di gameti e di "uteri". Ed ancora vengono legalmente osteggiate le associazioni impegnate in questo tipo di intermediazioni: ad esempio, il tribunale amministrativo di Strasburgo ha impedito l'iscrizione nel registro delle associazioni del gruppo *Les Cicognes*, intermediario nei contratti di maternità surrogata, ritenendo che si tratti di un'attività illecita, mentre la Corte di Appello di Aix-en-Provence ha ordinato lo scioglimento di un'altra associazione che perseguiva gli stessi scopi.

Oggetto della compravendita nel caso in esame non è soltanto l'utero della donna, quindi una sua funzione, ma anche il frutto di questa funzione, cioè il bambino. Non ci sono, infatti, dubbi che ogni contratto di maternità surrogata è finalizzato alla consegna del "prodotto" e questa è compra-vendita di neonati: ne è testimonianza anche il fatto che se il bimbo è portatore di handicap, i genitori committenti solitamente non lo vogliono.

Rifiutare l'idea che il prestito dell'utero o delle cellule uovo sia oggetto di compravendita, non vuol dire, però, legittimare tali pratiche nel caso in cui la modalità di scambio sia la donazione. La donazione ha senso ed è eticamente giustificata solo qualora vi sia l'incondizionato rispetto del corpo umano e della sua dignità personale e, nel caso in esame, tale incondizionato rispetto — che viene a mancare — coinvolge anche la persona del nascituro.

È ambigua, indubbiamente, una donazione che porta danno ad un terzo innocente, il bambino, non voluto per sé ma per uno scopo diverso da sé. Una

nuova vita viene chiamata all'esistenza con la deliberata intenzione di abbandonarla subito dopo la nascita: si può ancora parlare di donazione? Donando le cellule uovo o prestando l'utero, la donna dona più che se stessa: dona, da una parte, una storia genetica, un patrimonio di cui è solamente l'affidataria e, dall'altra, dona non tanto un organo ma l'anello di una catena, che è lo stretto vincolo che si crea tra ogni madre e il suo bambino.

È allora destituito del senso di responsabilità, proprio del genitore, donare i propri gameti senza occuparsi del loro divenire, affidando la propria discendenza a conosciuti e abdicando, anche nel caso del prestito dell'utero, ad altri ogni responsabilità nei confronti di chi nascerà.

6.2. *Alcune conferme in ambito giuridico*

Gli accordi di maternità surrogata o portante vengono vietati da tutte le normative europee sulla materia (61).

La legge spagnola, oltre a vietare i contratti di surroga, ne stabilisce la nullità sia che si tratti di contratti gratuiti che onerosi (62) e allo stesso modo si pronuncia la legge inglese che all'articolo 36, I comma, così sancisce: «Nessun accordo di maternità surrogata può essere giuridicamente applicabile da o contro una persona che ha partecipato all'accordo stesso» (63).

7. **La fecondazione interspecie. L'ectogenesi totale**

Sono noti i tentativi di fecondazione e di gestazione interspecie nonché di ectogenesi totale, ovvero la realizzazione di una gravidanza totalmente al di fuori dell'organismo della donna.

Per quanto già precisato ai punti 2.1.1 e 2.2, si considera gravemente illecito, in quanto lesivo della dignità dell'individuo umano e del significato della procreazione, qualsiasi tentativo di fecondazione e gestazione interspecie nonché di ectogenesi totale.

Questa posizione trova tra l'altro conferma in alcune legislazioni (64).

Conclusioni

1. La visione antropologica richiamata all'inizio, che è anche in sintonia con la morale cattolica, comporta un giudizio negativo sulle tecniche di fecondazione artificiale con maggiore gravità per quelle che comportano la perdita di embrioni umani e per quelle che prevedono la c.d. «donazione di embrioni o di gameti». Il giudizio è comunque negativo ogni qualvolta le tecniche di fecondazione artificiale vengono a sostituire l'atto coniugale espresso tra i coniugi personalmente, attraverso l'esercizio della comunione consapevole e responsabile della sessualità psico-fisica e spirituale.

Rimangono consentite e raccomandate da questa impostazione etica tutte le terapie strettamente terapeutiche (ad es., microchirurgia tubarica), la pre-

venzione delle cause di infertilità e in genere le cure che possano predisporre l'organismo maschile e femminile alla fertilità. Si riconosce che su questi settori della prevenzione e della cura propriamente detta della sterilità si porta minor interesse rispetto alle tecniche di fecondazione artificiale.

Sono, inoltre, riconosciute lecite tutte quelle tecniche che in vista dell'atto coniugale o in seguito ad esso sono impiegate a far sì che tale atto possa raggiungere meglio il suo effetto finale che è la fecondazione e la gravidanza.

2. In questa ottica si considerano con preoccupazione e con un giudizio etico negativo gli effetti che vengono a instaurarsi a seguito della fecondazione artificiale, quali la sperimentazione sugli embrioni, la perdita di valore sempre più grave della vita dei nascituri, la dissociazione della parentalità dalla coniugalità e, infine, la crescente dinamica selettiva della vita del nascituro, la selezione dei donatori, che inevitabilmente e sempre di più in futuro diventerebbero di fatto una pratica eugenetica come del resto avviene già con la diagnosi pre-implantatoria e la selezione del sesso. L'eugenismo che queste tecniche introducono rappresenta uno degli aspetti più gravi e pericolosi della moderna procreativa.

3. Passando al piano giuridico-legislativo e tenendo in conto la pluralità delle convinzioni etiche, anche se uno stato di diritto non può far propria una singola corrente di pensiero, non può però neanche rinunciare ad alcuni valori che per lo Stato stesso sono fondanti. Difatti una comunità politica è tale nella misura in cui possiede dei valori «comuni», sui quali fondare la convivenza. Tali valori comuni vanno innanzitutto individuati nei principi sui quali i cittadini hanno accettato di fondare la convivenza, nonostante la diversità delle loro opzioni etiche, cioè nei principi contenuti nella Costituzione.

Nella Costituzione italiana in vigore i principi in questione, aventi una rilevanza bioetica, possono essere riassunti nel modo seguente:

a) il principio personalistico, che comporta l'affermazione del primato dell'uomo come valore etico in sé, da cui discende l'inviolabilità del diritto alla vita (cfr. artt. 2, 13, e 24 Cost.) e la sua protezione giuridica «sin dal suo inizio» (come incisivamente dice la stessa legge n. 194 del 1978 all'art. 1), nonché il rispetto della dignità della persona umana;

b) il principio di eguaglianza (art. 3 Cost.), che comporta il divieto assoluto di discriminazione per qualsivoglia motivo, ivi comprese le «condizioni personali e sociali». Da esso discende l'illegittimità di ogni regolamentazione giuridica della procreazione assistita che, di diritto o di fatto, discriminasse i cittadini in ragione delle modalità con cui furono concepiti (ad esempio in materia di accertamento della paternità: cfr. anche art. 30 Cost.);

c) il principio di familiarità, che si desume dal combinato disposto degli artt. 29-31 Cost., per cui nella famiglia come «società naturale fondata sul matrimonio» è individuata la struttura relazionale umana fondamentale attraverso la quale ogni soggetto acquisisce la propria identità soggettiva personale;

d) il principio della libertà di coscienza (art. 19 Cost.), che significa immunità da coercizioni esterne in materia di coscienza, per cui è compito del legislatore assicurare uno sviluppo dell'ordinamento giuridico che eviti, per quanto possibile, contrasti tra norma interna (o di coscienza) e norma esterna (posta dalla legge positiva), ammettendo di conseguenza la possibilità di sollevare obiezione di coscienza ogni qual volta tale contrasto insorga.

Alla luce di questi principi, che appaiono del resto consonanti con quelli contenuti in numerosi documenti internazionali, si possono trarre alcune conclusioni in materia di procreazione assistita sempre nell'ottica del diritto e della legge civile.

In particolare si ritiene che vada vietata in modo assoluto la fecondazione artificiale eterologa e che potrebbe essere legalmente riconosciute, tra le tecniche di fecondazione artificiale propriamente detta, l'inseminazione artificiale, la GIFT e la FIVET omologhe solo in caso di necessità, con un criterio di gradualità in base all'invasività della tecnica e con la fecondazione e il trasferimento (in caso di FIVET) di un solo embrione alla volta.

4. L'accesso alle suddette tecniche dovrebbe essere legalmente consentito solo previo *counselling*, nel corso del quale vanno valutate le reali intenzioni della coppia richiedente e la loro capacità psico-fisica di far fronte alle procedure previste. Alla coppia deve essere sempre prospettata l'ipotesi dell'adozione.

5. La coppia che accede a queste procedure di fecondazione artificiale omologa — in considerazione dell'assetto giuridico che la famiglia ha in Italia — deve essere coniugata e non convivente (vanno escluse anche le cosiddette famiglie di fatto).

6. Nell'ambito delle procedure previste nei programmi di fecondazione artificiale omologa si deve privilegiare, qualora sia possibile, il prelievo di seme durante l'atto sessuale. Qualora questo non sia possibile, il prelievo di seme deve essere fatto secondo modalità che non offendano le convinzioni morali e religiose del partner maschile. Il trattamento del seme deve essere finalizzato al miglioramento delle sue capacità fecondanti e non ad una sua eventuale manipolazione o selezione. La selezione dei gameti ai fini della prevenzione delle malattie genetiche legate al sesso potrebbe essere invece accettata.

7. Si ritiene contraria agli interessi del nascituro la legalizzazione della fecondazione artificiale omologa post-mortem.

8. Va vietata anche legalmente qualsiasi forma di sperimentazione sull'embrione umano, a meno che tale intervento non abbia scopi strettamente terapeutici e sia finalizzato al bene esclusivo dell'individuo in causa.

9. Vanno vietate, inoltre, legalmente: le tecniche di fecondazione artificiale di donna sola o convivente in coppia omosessuale o precaria; la fecondazione

artificiale della donna in menopausa; l'ectogenesi; la divisione gemellare in vitro ed ogni tipo di clonazione e fecondazione artificiale interspecie.

10. Ai divieti espressi dalla legge vanno aggiunte in proporzione alla gravità, le pene, affinché la legge sia efficace e severamente sanzionatoria.

11. In ogni caso deve essere giuridicamente riconosciuto l'istituto dell'obiezione di coscienza nei confronti delle tecniche di fecondazione artificiale: al medico e al biologo deve essere concesso di non partecipare alle suddette procedure, ma non deve essere impedito di avvicinare le coppie richiedenti nel corso del previsto *counselling*.

Elio Sgreccia

BIBLIOGRAFIA

- (1) SCOTT R.T., ROSENWAKS Z., *Ovulation induction for assisted reproduction*, «J Reproductive Med.», 1989 (34/1) suppl.: 108-114; MAUSHER S. J., ÖHNINGER S. et al., *The value of basal and/or stimulated serum gonadotropin levels in prediction of stimulation response and in vitro fertilization outcome*, «Fertil. Steril.», 1988 (50): 298.
- (2) GERMOND M., GAILLARD M.C., SENN A., *Syndrome d'hyperstimulation ovarienne*, «Arch Gynecol. Obstet.», 1989 (246): S53-S64; CHOW K.K., CHOO H.T., *Ovarian hyperstimulation syndrome with clomiphene citrate. Case report*, «Br. J. Obstet Gynaecol», 1984 (91): 1051; FUJITA Y., TASAKA K., MIYAKE A., et al., *Methods for monitoring follicle maturation decrease: the ovarian hyperstimulation syndrome during gonadotropin treatment*, «Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.», 1989(32): 223.
- (3) DEMEY H.I., DAELEMANS R., GALDERMANS D., et al., *Acute oligo-anuria during ovarian hyperstimulation syndrome*, «Acta Obstet. Gynecol Scand.», 1987 (66): 741; MASHIACH S., BIDER D., MORAN O., et al., *Adnexal torsion of hyperstimulated ovaries in pregnancies after gonadotropin therapy*, «Fertil. Steril.», 1990 (53): 7; WAGNER M.G., ST. CLAIRE P.A., *Are in vitro fertilisation and embryo transfer of benefit to all?*, «The Lancet», 1989; ii: 1027-1030; SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DELLA FERTILITÀ E STERILITÀ, *Libro bianco sulla riproduzione assistita*, SIFES, Palermo 1991, pp. 80-85.
- (4) MATTEI J.F. et al, *Origin of the extrachromosome in trisomy 21*, «Human Genet.», 1979 (46): 107-110; BRANDIFF B. et al., *Detection of chromosome abnormalities in human sperm*, «Prog. Clin. Biol. Res.», 1986 (209B): 469-476.
- (5) HENS L. et al, *Chromosome aberration in 500 couples referred for in vitro fertilization or related fertility treatment*, «Human Reprod.», 1988 (3/4): 451-457.
- (6) BONGSO A. et al., *Chromosome anomalies in human oocytes failing to fertilize after insemination in vitro*, «Human Reprod.», 1988 (3/5): 654-649; WRAMSBY H. et al, *Chromosome analysis of human oocytes recovered from preovulatory follicles in stimulated cycles*, «New England J. Med.», 1987 (316): 121-124; SANTALO J., BADENAS J., et al., *The genetic risks of in vitro fertilization techniques: the use of an animal model*, «J. Assisted Reproduction and Genetics», 1992 (9): 462-474.
- (7) MARTIN R.H. et al., *Chromosomal analysis of unfertilised human oocytes*, «J. Reprod. Fertil.», 1986 (78): 673- 678; PLACHOT M. et al, *Chromosome investigation in early life. I. Human oocytes recovered in a IVF programme*, «Human Reprod.», 1986 (1): 547-551.
- (8) WRAMSBY, *op. cit.*

- (9) MARTIN R.H., *Comparison of chromosomal abnormalities in hamster egg and human sperm pronuclei*, «Biol. Reprod.», 1984 (31): 819-825; MAUDLIN I., FRASER L.F., *The effect of PMSG dose on the incidence of chromosomal anomalies in mouse embryo fertilised in vitro*, «J. Reprod. Fertil.», 1977 (50): 275-280.
- (10) FOSSUM G.T., DAVIDSON A., PAULSON R.J., *Ovarian hyperstimulation inhibits embryo implantation in the mouse*, «J. Vitro Fertil. Embryo Transfer», 1989 (6): 7-10; GIDLEY-BAIRD A.A., et al., *Failure of implantation in human in vitro fertilization and embryo-transfer patients: the effects of altered progesterone-estrogen ratios in humans and mice*, «Fertil. Steril.», 1986 (45): 69-74.
- (11) *Ibidem*.
- (12) FOSSUM, *op. cit.*, pp. 7-10.
- (13) SUNDSTROM P., NILSSON O., LIEDHOLM P., *Scanning electron microscopy of human preimplantation endometrium in normal and clomiphene |citrate - human chorionic gonadotropin stimulated cycles*, «Fertil. Steril.», 1983 (40): 642-647.
- (14) RUBIN G.L., et al., *Ectopic pregnancy in the United States: 1970: through 1978*, «JM», 1983 (249): 1725-1729; BERAL V., *An epidemiological study of recent trends in ectopic pregnancy*, «Br. J. Obstet. Gynaecol.», 1975 (82): 775-782.
- (15) Cfr.: DI PIETRO M.L., SPAGNOLO A.G., SGRECCIA E., *Meta-analisi dei dati scientifici sulla GIFT: un contributo alla riflessione etica*, «Medicina e Morale», 1990 (1): 13-40.
- (16) AUSTRALIAN IN VITRO FERTILIZATION COLLABORATIVE GROUP, *High incidence of preterm birth and early losses in pregnancy after in vitro fertilisation*, «Br. Med.», 1985 (291): 1160:
- (17) STIRRAT G.M., *Aids in Obstetrics and Gynaecology*, Churchill Livingstone, London, 1987, p. 83.
- (18) SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DELLA FERTILITÀ E STERILITÀ, *op. cit.*, pp. 86-89.
- (19) BATZER F.R., et al., *Multiple pregnancies with gamete intrafallopian transfer (GIFT): complications of a new technique*, «J. Vitro Fertil. Embryo Transfer», 1988 (5/1): 35-37.
- (20) Ricordiamo che già nel 1990, quindi prima dell'approvazione della legge francese su questa problematica, il Comité Consultatif National d'Ethique aveva dato parere positivo per la soppressione di tutti gli embrioni crioconservati nei laboratori francesi (*Etat actuel des etudes par le Comit concernant les dons de gametes et d'embryons*, 15 decembre 1989, Paris, in off-set).
- (21) JONES H.W., *The ethics of in vitro fertilization 1982*, «Fertil. Steril.» 1982 (37): 146-149; CURRAN E., *Fecondation in vitro et transfer d'embrion du point de vue de la theologie morale*, «Le Supplement», 1979 (130): 319; VESPIEREN P., *L'aventure de la fecondation in vitro*, «Etudes», 1982 (375/5): 485-488.
- (22) Questa posizione sostenuta da E. Curran, H.W. Jones e P. Verspieren, le cui opinioni vengono riportate da: RODRIGUEZ LUNO A., LOPEZ MONDEJAR R., *La fecondazione in vitro: aspetti medici e morali*, Città Nuova, Roma 1986, pp. 83-87.

- (23) CASPAR P., *Individuazione genetica e gemellarità: l'obiezione dei gemelli monozigoti*, «Medicina e Morale», 1994 (3): 453-467.
- (24) SERRA A., *Per un'analisi integrata dello status dell'embrione umano. Alcuni dati della genetica e dell'embriologia*, in BIOLO S. (a cura di), *Nascita e morte dell'uomo*, Marietti, Genova 1993, pp. 55-105; BIGGERS J. D. *Arbitrary partitions of prenatal life*, «Hum Reprod.», 1990 (1): 1-6.
- (25) CENTRO DI BIOETICA, *Identità e Statuto dell'embrione umano*, 14.4.1989, riportato da: «Medicina e Morale», 1989 (4): 663-676; CROSBY J. F., *Are some human beings not persons?*, «Antrophos», (ora Antcophotes) 1986 (2): 215-222; IRVINGDINI, *Scientific and philosophical expertise: an evolution of the arguments on personhood*, «Linaere Anoterley», 1993 (60/1): 18-47.
- (26) *Embryonenschutzgesetz - ESchG*, 13.12.1990.
- (27) ASSEMBLEE PARLEMENTAIRE DU CONSEIL DE L'EUROPE, *Recommandation 1100 (1989) sur l'utilisation des embryos et foetus humains dans la recherche scientifique*, Strasbourg 1989, in off-set; ID., *Recommandation 1046 (1986) relative a l'utilisation d'embryos et foetus humains a des fines diagnostiques, therapeutiques, scientifiques, industrielle et commerciales*, Strasbourg 1986, in off-set; ID., *Recommandation 934 (1982) relative a l'ingegneria genetica*, Strasbourg 1982, in off-set.
- (28) PARLAMENTO EUROPEO, *Risoluzione (doc. A 2-372/88) concernente la fecondazione artificiale in vivo e in vitro*, Strasbourg 16.3.1989; ID., *Risoluzione (doc. A 2-327/88) sui problemi etici e giuridici della manipolazione genetica*, Strasbourg 16.3.1988.
- (29) Cfr: *Norwegian law on assisted reproduction and genetics*, june 1994, art. 3.1, riportata da: «Bull. Med. Eth.», 1994; june-july: 8-11; *Bundesgesetz, mit dem regelungen uber die medizinisch unterstutze fortpflanzung getroffen sowie das allgemene burgerliche ggesetzbuch, das ehgesetz und die jurisdiktionsnom geandert werden*, *Bundesgesetzblatt fur die Republik Osterreich*, 105. «Stuck-Ausgegeben AM» 4. juni 1992, n. 275.
- (30) *Embryonenschutzgesetz - ESchG*, 13.12.1990, art. 2.
- (31) In questo senso si pronuncia in modo esplicito la legge tedesca.
- (32) CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*, 22.2.1987. Tip. Poliglotta Vaticana, Città del Vaticano, 1987.
- (33) SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed etica medica*, Vita e Pensiero, Milano 1991, pp. 294-303.
- (34) PAOLO VI, *Lettera Enciclica Humanae Vitae*, 25 settembre 1968, in *Enchiridion Vaticanum*, 3 (1968-1970), Dehoniane, Bologna 1982, pp. 280-391; GIOVANNI PAOLO II, *Esortazione Apostolica Familiaris Consortio*, 22 novembre 1981, in *Enchiridion Vaticanum*, 7 (1980-1981), Dehoniane, Bologna 1985, pp. 1388-1603.
- (35) CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *op. cit.*, II.4.

- (36) *Embryonenschutzgesetz - ESchG...*, art. 3; CONSIGLIO D'EUROPA, *Rapporto sull'inseminazione artificiale*, 18 settembre 1981, Strasbourg 1981 (in offset); PARLAMENTO EUROPEO, *Risoluzione (doc. A 2-327/88)*; *Proposta di legge sulla procreazione artificiale omologa ad iniziativa di Costante Degan et al.*, riportata da «Medicina e Morale» 1988 (5): 727ss, che all'art. 10 comma 1 così recita: "Sono ammessi soltanto i trattamenti dei gameti e del liquido seminale relativi al miglioramento della capacità fecondante ed al superamento di condizioni patologiche nel rispetto dei diritti e della dignità umana". Ma la finalità selettiva non è accettata neanche dalla legge spagnola: *Ley 35/1988 de 22 noviembre sobre técnicas de reproducción asistida*, art. 1, comma 3.
- (37) *Norwegian law, op. cit.*, art. 4.3.
- (38) *Ibidem*, art. 2.2.
- (39) *Vedi*, ad esempio: *Embryonenschutzgesetz - ESchG, op. cit.*, art. 4, comma 3.
- (40) *Norwegian law on assisted., op. cit.*, art. 2.3.
- (41) *Vedi*, ad esempio: SVEZIA, *Legge n. 1140/1984, op. cit.*, art.6.
- (42) Tale screening è esplicitamente previsto dalle leggi della Gran Bretagna, della Norvegia e della Spagna.
- (43) CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *op. cit.*, II.2.
- (44) PARLAMENTO EUROPEO, *Risoluzione*, (doc. A 2-372/88), *op. cit.*
- (45) *The swedish in Vitro Fertilisation Act - 1988.*
- (46) *Vedi*, ad esempio, quanto viene consigliato da: COMMISSIONE SANTOSUOSSO, *Proposta di disciplina della nuova genetica umana del 22 ottobre 1985*, art. 26, comma 3 e 7.
- (47) JACQUARD A., SCHOEVAERT D., *Artificial insemination and consanguinity*, in *Human artificial insemination and semen preservation*, Plenum Press, New York 1980, p. 385.
- (48) *Embryonenschutzgesetz - ESchG., op. cit.*, art. 1.1.
- (49) *Norwegian law, op. cit.*, art. 2.11.
- (50) SVEZIA, *Legge n.1140/1984 sull'inseminazione*, art. 4; *Ley 35/1988, 22 noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida*, art. 5.
- (51) COMMISSIONE SANTOSUOSSO, *Proposta di legge, op. cit.*, art. 37; STATO DEL VICTORIA, *Legge n. 10069/1984*, artt. 10 e 10 f; STATO DELLA CALIFORNIA, *Codice Civile*, 7005.
- (52) *Vedi*, ad esempio, la legge austriaca: *Bundesgesetz, mit dem regelungen uber die medizinisch, op. cit.*
- (53) SVEZIA, *Legge n. 1140/1984, op. cit.*, art. 6.
- (54) ESTADO DE ESPANA, *Ley 35/1988, op. cit.*, art. 8 comma 1.
- (55) SOKOLOFF B.Z., *Alternative methods of reproduction*, «Clinical Pediatrics», 1987 (26/1): 11-17.

- (56) SVEZIA, *Legge n.1140/1984, op. cit.*, art. 3 comma 2. In questo senso si pronunciano anche le leggi dell'Austria e della Norvegia.
- (57) In questo senso si sono espresse le leggi dell'Austria, della Spagna e della Svezia.
- (58) È quanto viene suggerito da: AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *New guidelines for the use of semen donor insemination*, «Fertil. Steril.», 1990, 53, 3, suppl. 1.
- (59) HUMAN FERTILISATION AND EMBRIOLOGY AUTHORITY, *Draft guidance on fertility treatment*, «Bull. Med. Eth.», 1991 (67): 17-21.
- (60) CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *op. cit.*, II.3.
- (61) In questo senso si pronunciano le leggi di: Austria, Gran Bretagna, Norvegia, Spagna, Svezia.
- (62) *Ley 35/1988, op. cit.*, art. 10.
- (63) GREAT BRITAIN, *Human Fertilisation and Embriology Act*, 1990 in: *Fecondazione Umana ed Embriologia nel Regno Unito*, a cura di FILIPPO LUZI, Senato della Repubblica, Servizio Studi, 1991
- (64) La fecondazione interspecie è, ad esempio, vietata in modo esplicito dalla legge spagnola.

IMPLICAZIONI ETICHE NEL CAMPO DELLA FECONDAZIONE ASSISTITA

1. Principi etici generali

a) In primo luogo occorre distinguere nettamente tra i diversi livelli di implicazioni etiche in gioco nel campo della fecondazione assistita.

Un primo livello è quello dell'approvazione o disapprovazione morale che viene espressa in genere ricorrendo a espressioni verbali e a forme più o meno articolate di giustificazione dei principi assunti. Tale livello è completamente demandato al libero confronto tra diverse concezioni di valore e stili di vita all'interno della discussione pubblica. Naturalmente questo da un punto di vista ideale perchè poi in realtà il confronto è spesso tutt'altro che libero e paritario e frequentemente manipolato.

Un secondo livello è quello della proposta di determinate procedure regolative che vengono considerate come idonee a salvaguardare gli interessi di tutti coloro che sono coinvolti. Le proposte sono quindi rivolte non tanto ad escludere, quanto a rendere possibili determinate pratiche in condizioni che l'interesse pubblico ritiene opportuno predeterminare. Larga parte dei regolamenti amministrativi e dei codici è appunto rivolta a rendere possibile la coesistenza armonica di diversi interessi e la soddisfazione di obiettivi individuali lungo linee che non danneggino gli interessi di coloro che sono coinvolti.

Un terzo livello è quello che si concretizza in veri e propri divieti o obblighi giuridici e nel riconoscimento di una liceità o illiceità direttamente sanzionabile.

Un quarto livello, ancora diverso, è quello legato ad una valutazione di ordine politico sulla possibilità che una certa pratica debba essere fatta rientrare o meno nell'ambito dell'utilizzazione delle risorse comuni nel campo dell'assistenza pubblica, ed eventualmente con quale collocazione nelle priorità che regolano la distribuzione di tali risorse pubbliche.

Nell'affrontare l'insieme delle questioni etiche proprie del campo della fecondazione assistita occorrerà tenere sempre ben presente il livello in cui ci si muove e evitare confusioni tra giudizi e discorsi dalla diversa portata. Come criterio generale va rifiutata la tendenza ad esportare principi e valori accettabili ad un livello su di un altro piano. La tendenza più frequente è quella di far valere criteri di ordine morale come norme giuridiche. Ma non va rifiutata solamente questa tendenza ad un'imposizione per legge di una qualche morale, ma anche, ad esempio, la tendenza a confondere una valutazione in termini di conseguenze politiche con una valutazione in base a principi morali o a diritti giuridici.

b) In secondo luogo occorrerà stabilire con precisione nella discussione di ciascuna pratica quali sono gli interessi coinvolti da soddisfare ove possibile, e laddove siano prevedibili conflitti di interessi, suggerire ordini di priorità o eventuali procedure per dirimere conflitti (Hare, 1993).

Nel caso della procreazione assistita prioritario sembra essere cronologicamente l'interesse dei genitori ad avere un figlio attraverso una pratica che permetta di salvaguardare una qualche continuità biologica (il fatto che si tratti di un interesse così connotato distingue l'area della fecondazione assistita da quella coinvolta nel caso dell'adozione in cui dal desiderio di avere un figlio è del tutto assente la componente biologica). Per quanto riguarda gli interessi dei genitori in presenza di inseminazione artificiale nell'utero si ritiene abbia una priorità (in analogia con quanto accade nel caso dell'aborto) l'interesse della madre, mentre nel caso di fecondazione artificiale non sembra possibile istituire una gerarchia di ordine etico tra i due donatori di gameti salvo con il passaggio alla fase dell'impianto in cui la madre (intesa in questa sede come colei che porta avanti la gravidanza) torna ad avere un ruolo eticamente primario.

In secondo luogo va riconosciuto l'interesse del nascituro ad avere dopo la nascita, una vita organicamente sana e un riconoscimento giuridico di cittadinanza (con tutti i diritti che accompagnano nella società italiana il riconoscimento di cittadinanza) e dunque che non si dia il caso che il modo della sua nascita rappresenti una lesione del diritto all'eguaglianza di trattamento.

In terzo luogo va riconosciuto l'interesse del personale sanitario, eventualmente coinvolto, a non essere costretto a svolgere azioni contro la propria volontà e in contrasto con quelli che sono i principi morali che ispirano il proprio progetto di vita. Naturalmente tale interesse va temperato nelle situazioni concrete con gli altri interessi in gioco.

In quarto luogo va precisato che laddove vengano offerte le garanzie adeguate da un punto di vista sanitario e rispettate le regolamentazioni eventualmente fissate, tali tecniche procreative potranno essere realizzate non solo in strutture pubbliche, ma anche in strutture private. Non si può utilizzare la distinzione tra strutture sanitarie private e pubbliche — ed un'eventuale esclusione delle strutture private — come una via surrettizia per realizzare una forma di controllo etico statale. Naturalmente le strutture private all'interno della regolamentazione stabilita potranno autonomamente fissarsi ulteriori limitazioni. Ma è da rifiutare in generale da un punto di vista etico — e ovviamente laddove non vi siano specifiche ragioni tecnico-sanitarie — sia l'affidare esclusivamente a strutture pubbliche determinate pratiche, sia prevedere una regolamentazione eticamente differente tra strutture pubbliche e private, sia affidare completamente ai meccanismi della domanda e dell'offerta le procedure accettabili per le strutture private. In questo senso laddove appare eticamente giustificato l'obbligo di una qualche autorizzazione ministeriale per chi opera nel campo della procreazione assistita, risulta come lesivo della parità di trattamento il divieto avanzato in Italia dalla circolare Degan per quanto riguarda la fecondazione eterologa nelle strutture pubbliche. Si tratta appunto

di quel modo surrettizio di imporre una morale da considerarsi particolarmente criticabile sotto il profilo del rispetto dell'autonomia, del pluralismo e del diritto ad un uguale trattamento.

c) Vanno inoltre ben distinti i vari tipi di interventi o di pratiche riconoscibili nel campo della fecondazione assistita. Le implicazioni etiche vanno esaminate separatamente per ciascuno di essi. Si distinguerà dunque in particolare tra:

1. Inseminazione artificiale omologa;
2. Inseminazione artificiale eterologa;
3. Fecondazione in vitro omologa;
4. Fecondazione in vitro eterologa;
5. Procreazione attraverso la crioconservazione;
6. Fecondazione di donna sola;
7. Maternità surrogata.

In questo documento si comincerà con l'affrontare solo alcune di queste tecniche. Le più specifiche problematiche etiche sollevate dalle diverse pratiche vanno comunque affrontate facendo valere, nei limiti del possibile, impostazioni generali coerenti che rendano esplicito il quadro di principi e di regole più di fondo per il campo della procreazione assistita.

d) Vanno dunque preliminarmente enunciate alcune premesse etiche di ordine generale che sembra di potere fare valere — in aggiunta a quanto già specificato nella sezione 2 a proposito degli interessi coinvolti — per tutto il campo della procreazione assistita complessivamente inteso.

Così in primo luogo va sottolineato che l'obiettivo cui tendono le pratiche della fecondazione assistita è in generale benefico. Si tratta infatti di contribuire a portare alle luce una nuova vita umana che sia sana da un punto di vista organico e che sia venuta all'esistenza in presenza di desideri da parte di esseri umani di avere un coinvolgimento biologico alla nascita di un essere umano. In generale tali tecniche si originano proprio dall'esigenza benefica di ampliare il numero di esseri umani dei quali può essere soddisfatto il desiderio procreativo e inoltre di assicurare che i processi procreativi portino alla nascita di un essere umano organicamente sano. Da questo punto di vista non risulta dunque comprensibile una connotazione eticamente negativa di queste tecniche. Tale connotazione può avere senso solo laddove il modo di procreazione renda impossibile ottenere gli obiettivi di una soddisfazione delle preferenze personali procreative degli individui, della nascita di esseri umani sani e la cui qualità di vita sia eticamente accettabile.

In secondo luogo va sottolineato che il desiderio, o interesse a fare nascere una nuova vita umana, rappresenta un nucleo di preferenze personali del tutto indipendente nella vita individuale degli esseri umani, nucleo che possiamo fare rientrare nella sfera dei diritti di autonomia che vanno salvaguardati da interventi coattivi pubblici. La decisione sul se, quando, e quante volte avere un figlio è di spettanza dei genitori e non può essere espropriata, limitata

o provocata coattivamente dal potere pubblico. Salvo lesione di interessi altrui anche la decisione sul come soddisfare il proprio interesse procreativo deve ritenersi come rientrante nella sfera dei diritti di autonomia. Laddove sembra eticamente fuori discussione che via sia una sorta di diritto negativo che protegge le pratiche procreative, può risultare più controverso che in questo caso si possa fare riferimento ad un vero e proprio diritto positivo. In larga parte tale questione si collegherà con quella più generale del cosiddetto diritto positivo alla salute in tutti quei casi in cui il ricorso alla procreazione assistita si origina da manifesti casi di sterilità.

In terzo luogo, come si è detto, un intervento pubblico sarà invece richiesto per garantire al nascituro che il suo stesso modo di nascere non costituisca una lesione del diritto di eguale cittadinanza e dunque che nessuno dei diritti positivamente collegati a questo gli venga sottratto (*).

Una quarta indicazione di ordine generale sottolinea che da un punto di vista etico una valutazione sulle procedure concrete cui si ricorre per soddisfare il desiderio di avere un figlio — ove i modi della nascita ne garantiscano i diritti di cittadinanza — non sembra potere andare al di là di un'eventuale approvazione o disapprovazione morale, e di una individuazione di regolamenti amministrativi e sanitari rivolti a garantire l'affidabilità di queste pratiche. Questo ordine di valutazioni andrà dunque prevalentemente affidato alla discussione pubblica e non potrà essere codificata giuridicamente. Infatti il riconoscimento dell'esistenza nella nostra società civile di un pluralismo per quanto riguarda le concezioni morali che accompagnano la vita sessuale, i modi di considerare la nascita, i modi di intendere i rapporti familiari, comporta che sul piano della regolamentazione giuridica si dovrà dare vita ad una legislazione che permetta la coesistenza di questa pluralità di concezioni. Non si potrà accettare nessuna imposizione giuridica di una sola concezione, a preferenza delle altre, di quelli che sono i desideri o gli interessi moralmente accettabili relativi alla procreazione. Tra l'altro il tentativo di imporre coattivamente l'uniformità risulterebbe socialmente pericoloso, inefficace e dannoso; anche in questo caso è prevedibile che certe pratiche e procedure considerate da molti come naturali, qualora fossero dichiarate illecite, si diffonderebbero in modo clandestino con guasti ancora maggiori. Prefigurare come accettabile e codificare giuridicamente, ad esempio, solo il desiderio di avere un figlio biologico da parte di una coppia legalmente sposata che potrà ricorrere alle tecniche di fecondazione assistita solo in caso di sicura sterilità — considerando dunque tutti i desideri non riconducibili a questo modello non già eventualmente come moralmente disapprovabili, ma come veri e propri illeciti giuridici — equivale alla imposizione di una determinata morale per legge e ad un'intrusione illiberale del potere pubblico nella sfera dell'autonomia individuale.

Sulla base di queste premesse si ribadisce ancora una volta la validità etica di un approccio che delimita il campo di intervento pubblico nella sfera della procreazione assistita esclusivamente al piano regolativo lasciando da parte

(*) Si veda infra la sezione sugli «interessi del nascituro»

— tranne nei casi di lesioni effettive di interessi e di danni empiricamente comprovabili — giudizi di illiceità direttamente sanzionabili. Criteri più sostantivi — ma comunque non legati ad una concezione non pluralistica dei problemi in gioco — potranno essere fatti valere laddove si tratterà di individuare le pratiche garantite dall'assistenza pubblica e i modi di una loro somministrazione. Ciò è da intendersi nel senso che potranno essere suggerite, in modo non discriminante, priorità nell'uso delle risorse pubbliche per regolare l'accesso alle varie pratiche di procreazione assistita. Questo tipo di valutazione in ambito sanitario è generalmente legato all'esigenza di una distribuzione equa delle risorse scarse (in termini di disponibilità economiche, di posti, attrezzature). Ma in questa sede non si dirà nulla su questi aspetti.

2. Criteri generali sulla donazione dei gameti

Oltre ai requisiti generali di sicurezza dal punto di vista medico sembra che rilevanza etica abbiano le questioni delle forme della donazione, del numero di inseminazioni consentite per un singolo donatore o donatrice, dell'anonimato o meno di chi dona. Ma a questo proposito sembra possibile un consenso sui principi della gratuità della donazione, sul numero limitato delle donazioni (da definire convenzionalmente e dunque di dieci) per un tempo non troppo lungo, (anche questo da definire convenzionalmente, e dunque di cinque anni) e sull'anonimato di chi dona tenuto anche nei confronti della coppia ricevente (tranne che per i dati etnici e genetici). Appare difficile allo stato attuale ritenere che tra i diritti di cittadinanza vi sia quello di conoscere il proprio patrimonio genetico, (su questo si veda più avanti) mentre risulta molto più chiaro il diritto di chi dona a non assumere oneri non scelti responsabilmente. In caso di conflitto, fermo restando l'anonimato di chi dona — eccettuato da un punto di vista etnico e genetico — si potrebbero conservare presso i Centri che raccolgono i gameti schede anonime sui dati genetici e sanitari dei donatori. Vanno fatti, ovviamente, controlli adeguati da un punto di vista sanitario sull'idoneità di chi dona. È possibile prevedere in questa area un divieto, sanzionato penalmente, di ogni forma di compenso legato a pratiche quale quella dell'utero in affitto, una sanzione che può essere rivolta a tutti coloro che rendono possibile, con un compenso, tale pratica.

3. Il caso dell'inseminazione artificiale omologa

Tale caso non sembra presentare particolari problemi etici o giuridici. Sulla base di quanto scritto in precedenza non si trovano, infatti, ragioni per giudizi morali contrari o regole giuridiche limitative nel caso in cui la richiesta venga avanzata da coppie (legalmente sposate o di fatto, non avrebbe senso infatti a questo proposito una discriminazione che nella nostra legislazione è del tutto superata) che motivino la scelta con ragioni sanitarie (sterilità, malattie genetiche o altro). Altre condizioni eventuali anche se moralmente

disapprovabili non sono escludibili da un punto di vista giuridico. Una domanda della coppia con certificazione sanitaria sembra potere giustificare il ricorso alla pratica.

Per quanto riguarda l'assistenza pubblica potrà essere limitata (salvo eventuali eccezioni da non escludere tassativamente) alle coppie legalmente sposate o coppie di fatto secondo i criteri già ampiamente adottati nella nostra legislazione per altre problematiche (casa, pensione ecc.) che motivino la richiesta con ragioni sanitarie. Un'eventuale richiesta del genere non deve essere preceduta da documentazione di avere tentato la via dell'adozione. La scelta tra procreazione assistita o adozione è una libera scelta di pertinenza dell'autonomia individuale e non può essere imposta o limitata dai poteri pubblici, in particolare laddove questi poteri non siano in grado di garantire il buon andamento delle pratiche privilegiate.

4. Il caso dell'inseminazione artificiale eterologa

Non sembra presentare problemi — da un punto di vista generale — diversi dal caso precedente. Infatti trattandosi del ricorso ad una tecnica i cui risultati sono benefici (soddisfazione dei desideri della coppia, e nascita di un essere umano sano) eventuali riserve sull'uso di gameti esterni alla coppia passano in seconda linea tenendo conto che il risultato cui si giunge è benefico per tutti e non danneggia nessuno degli interessi in gioco. Tale procedura può ritenersi lesiva solo dei sentimenti morali di coloro che — non direttamente coinvolti — hanno una particolare concezione delle condizioni della nascita che porta alla disapprovazione di questo particolare modo di nascere (ad esempio omologandolo ad un rapporto extra-matrimoniale che non possono accettare). Probabilmente sentimenti morali ispirati da un'analogia concezione della nascita, della vita familiare ecc. risulteranno già offesi anche nel caso in cui si faccia ricorso all'inseminazione artificiale omologa o semplice. Non si può d'altra parte ritenere legittima una pratica politica e giuridica che si faccia guidare da preferenze esterne (preferenze relative alla vita altrui) di natura del tutto negativa. (Dworkin, 1977 e Hart, 1989)

Laddove siano esclusi rischi genetici, vi sia accordo pubblicamente manifestato dalla coppia che chiede l'inseminazione artificiale eterologa, vi sia anonimato di chi dona, vi sia pieno riconoscimento della legittimità del figlio così nato non sembra possibile — tranne che non si voglia seguire la procedura dell'imposizione per legge di una morale — rendere giuridicamente illecita tale pratica. Si potrà ovviamente demandare alla discussione pubblica il bilanciamento delle ragioni morali pro e contro questa pratica e lasciare che i sentimenti morali espressi a questo livello svolgano il loro ruolo di eventuale controllo e censura. (Mill, 1981)

In analogia con quanto detto per l'inseminazione artificiale omologa non sembra nemmeno possibile escludere giuridicamente la legittimità della richiesta di una coppia di fatto. Saranno poi da comprovare le ragioni sanitarie (sterilità, eventuali malattie genetiche ecc.) nel caso in cui si voglia in qualche modo

limitare l'accesso alle tecniche di procreazione assistita nelle strutture pubbliche. Risulterebbe fortemente lesivo del pluralismo delle strutture legate al nostro sistema politico democratico escludere in generale la possibilità di ricorrere alla procreazione assistita per le coppie di fatto nelle strutture pubbliche o ancora impedire loro la realizzazione della inseminazione artificiale eterologa sull'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Si potrebbe richiedere, forse, nella sanità pubblica un privilegiamento di pratiche mosse da ragioni sanitarie (sterilità di vario genere) rispetto ad altre ragioni, senza escludere tassativamente (laddove vi siano disponibilità o si tratti di casi particolarmente drammatici) la richiesta motivata su altre basi. L'impegno scritto al riconoscimento del figlio (con tutte le conseguenze giuridiche derivanti dalla non osservanza di tale impegno) rappresenta ciò che occorre garantire e va evitata una normativa inflessibilmente formalistica che crei condizioni estese di pratiche sommerse o ghettizzazioni. Nelle strutture pubbliche dovrebbe dunque essere stabilita una regolamentazione flessibile che non confinasse sempre e comunque nelle strutture private i casi difficili o controversi.

Va altresì prevista una regolamentazione che garantisca al nascituro la certezza relativamente al riconoscimento da parte della coppia che ha chiesto l'inseminazione artificiale eterologa. Andrebbe dunque codificato l'anonimato del donatore e andrebbero fissate regole che diano validità alla decisione presa dalla coppia di ricorrere all'inseminazione eterologa. Eventuali rinunce o non ottemperanze di responsabilità pubblicamente assunte in precedenza andrebbero sanzionate giuridicamente.

5. I «diritti» in gioco nelle pratiche di inseminazione in vivo e le ovodonazioni fatte con la GIFT e la fecondazione in vitro

Le questioni che sorgono laddove si ricorra a pratiche di inseminazione in vivo o alle ovodonazioni via GIFT vanno affrontate cercando dunque di realizzare un bilanciamento dei diversi desideri o interessi coinvolti, da quelli della donna che chiede l'inseminazione, a quelli dell'eventuale partner, a quelli del donatore, a quelli che si possono ritenere gli interessi del nascituro. In particolare gli interessi del nascituro vanno fatti valere in modo tale da garantire che il modo in cui egli viene al mondo non comporti la lesione dei suoi diritti di cittadinanza quali riconosciuti dalla nostra Costituzione. Per quanto riguarda il nascituro occorrerà inoltre preoccuparsi che siano salvaguardati i diritti fatti valere dalla Convenzione internazionale dei diritti del fanciullo e dell'infanzia.

In particolare uno dei contributi che si intende offrire è quello di interpretare i testi delle diverse «Convenzioni internazionali» in modo tale da renderli omogenei con i principi della Carta costituzionale e con i nostri codici. Si ritiene che ciò possa essere fatto solo sviluppando un'interpretazione più determinata delle nozioni presenti nei differenti articolati. Si ritiene inoltre che vada messa da parte la fallace convinzione che le nozioni in uso nelle Carte internazionali, specialmente se nozioni generali o nozioni cariche di rilevanza etica, siano prive di indeterminatezza o fornite di un significato

univoco. La maggior parte delle nozioni in uso laddove si fanno affermazioni generali di diritti sono polisemiche e dunque vanno sottoposte ad un più preciso trattamento per definirle in modo non equivoco affinché possano effettivamente ispirare norme di comportamento pratico. Va inoltre sottolineato che una serie di nozioni in uso nelle Dichiarazioni, che hanno avuto una redazione prima che fossero disponibili le tecniche di fecondazione assistita, debbono essere rivisitate proprio tenendo conto dei significati nuovi che tali nozioni hanno assunto con il costituirsi e il diffondersi di queste tecniche. Come è evidente, le stesse nozioni di nascita, maternità, paternità, famiglia ecc. sono state sottoposte in questi ultimi decenni ad una trasformazione semantica. Si invita infine a tenere presente che non vi sono basi per considerare scontata e giustificata una lettura di queste Carte — frutto di un continuo restringimento delle nozioni appena ricordate e delle altre con queste connesse — all'interno del significato che esse avevano precedentemente al diffondersi delle diverse pratiche di fecondazione assistita. Laddove una tale riduzione di significato venga proposta ci si trova chiaramente di fronte ad una posizione di ordine normativo, che dunque, va giustificata con argomentazioni proprie per l'ordine normativo e non già fatta passare come una definizione neutra. Vanno di conseguenza evitate le mistificazioni derivanti dal far passare come mere definizioni analitiche delle definizioni che sono invece persuasive o stipulative ecc..

In ragione della necessità di ridefinire con scelte del tutto esplicite — e argomentate — la maggior parte delle nozioni in uso, il contributo prodotto in queste pagine è quello di proporre un quadro concettuale che permetta alcune ridefinizioni operative delle più vaghe e generiche formule presenti nelle Dichiarazioni e nelle Carte. In particolare si suggerisce un quadro concettuale generale che possa facilitare l'eventuale lavoro legislativo e comunque estendere le nozioni presenti in tali Dichiarazioni in modo tale da riconoscere — e non negare o rifiutare perfino a livello concettuale o semantico — le trasformazioni che nel campo della procreazione si sono realizzate negli ultimi decenni.

6. La procreazione assistita e «gli interessi del nascituro»

Ciò premesso emerge quale principio regolativo centrale quello di salvaguardare prevalentemente gli interessi del nascituro. Pur non disconoscendo alcune delle difficoltà presenti in una posizione che intenda fare valere in modo coerente il cosiddetto interesse del nascituro fino al punto di negare la stessa possibilità che si dia vita a quel nascituro i cui diritti si vogliono salvaguardare — difficoltà sia di ordine logico come di ordine etico sulle quali ad esempio hanno richiamato l'attenzione Mary Warnock (Warnock, 1987) e Derek Parfit (Parfit, 1984) — si ritiene che un'attenzione prevalente per l'interesse del nascituro vada affermata. Con questa formula si presenta l'esigenza eticamente centrale che il nascituro non abbia a derivare dai soli modi della sua nascita delle discriminazioni, ovvero diversità di *status* di cittadinanza giuridica e politica. Nessuna differenza di condizione giuridica o di *status*

politico può essere fatta dipendere dal modo particolare in cui si è venuti al mondo; il diritto italiano garantirà l'omogeneità di trattamento per tutti coloro che siano stati generati naturalmente, artificialmente o adottati.

Si ritiene inoltre che il prevalente interesse del nascituro richiede che nei limiti del possibile sia favorita la nascita all'interno di una famiglia in grado di accudirlo. Tale opzione richiede che si tendano a privilegiare quelle forme di concepimento che garantiscono al nascituro una chiara e sicura individuazione dei genitori, ovvero di coloro che, essendosi assunta la responsabilità della nascita, si impegnano a curarlo e aiutarlo fino al raggiungimento della maggiore età.

Proprio alla luce di questa esigenza non si ritiene necessario alcun intervento legislativo per quanto riguarda le inseminazioni o le forme di procreazione assistita di tipo omologo (anche in presenza di una coppia di fatto che comunque si assume esplicitamente la responsabilità giuridica di genitori del nascituro). Per quanto riguarda le forme di inseminazione artificiale eterologa o di ovodonazione si ritiene opportuno un intervento che garantisca la figura giuridica di madre a colei che, avendo ricevuto la donazione di un ovulo, sviluppa la gravidanza e mette al mondo il proprio figlio, e la figura giuridica di padre al marito o partner della donna che ha partorito il bambino, in quanto padre sociale e in quanto abbia acconsentito alla pratica di inseminazione artificiale e alla registrazione anagrafica del bambino come proprio figlio. La linea lungo la quale ci si muove per quanto riguarda le relazioni genitoriali e di filiazione comporta un aggiustamento ed una revisione della concezione tradizionale e naturalistica della maternità e paternità a fondamento biologico. Tale concezione semplificata risulta non essere più adeguata alla complessità delle situazioni attuali e dunque va sostituita con una concezione mista in cui il fondamento biologico venga affiancato da quello sociale. Si ritiene che interventi legislativi vadano realizzati per fare prevalere nel riconoscimento a livello giuridico una derivazione di ordine sociale della maternità e paternità nel senso di un'esplicita assunzione di responsabilità relativamente ai processi che portano alla nascita e di un impegno a prendersi cura di esso. Si rileva che da un punto di vista etico ai processi cosiddetti naturali, proprio se li si vede nell'ordine della salvaguardia dell'interesse del nascituro, non sembra si possa attribuire un valore in quanto tali. Non risulta infatti in alcun modo provata la tesi che il bene o l'interesse del nascituro — le sue esigenze di essere curato, accudito, educato ecc. — vengano saldamente assicurati dalla nascita cosiddetta biologicamente naturale e invece messi in pericolo dai processi artificiali. Si ritiene che il modo migliore di fare valere gli interessi del nascituro sia quello di legare gli impegni relativi alla sua nascita e dunque le stesse figure parentali a ben precise assunzioni di responsabilità. Si tratta cioè di allargare la concezione sociale della paternità e della maternità sul modello già fatto valere nelle nostre leggi a proposito della normativa sull'adozione.

Si ritiene che si debbano modellare le relazioni giuridiche familiari su questa concezione etica della maternità e paternità, conciliandola e armonizzandola con quella naturalistica e biologistica, ma facendo prevalere ed estendendo il principio centrale della responsabilità. In questo senso occorre prevedere una revisione e indebolimento di quella parte del codice italiano che — assu-

mendo la prevalenza etica e giuridica dei rapporti di ordine naturale o biologico — assume come prioritario il diritto all'eventuale accertamento giudiziale della maternità e della paternità biologica. Tale diritto presuppone il riconoscimento di una rilevanza giuridica alla maternità e paternità biologica, mentre la linea da fare valere è quella di una figura prevalentemente sociale di genitore che includa nella sua codificazione anche le componenti biologiche e naturalistiche, ma che non coincida strettamente con esse né pretenda di ricavare una dimensione giuridica da eventi non giuridici quali i fatti biologici e naturali in quanto tali.

Laddove la genitorialità viene ridefinita nei termini di questa dimensione sociale il diritto riconosciuto alla ricerca della genitorialità biologica diventa un diritto «privo di giustificazione» in quanto in effetti il rapporto con la persona che si ha il diritto di conoscere si è svuotato di qualsiasi rilevanza giuridica. (Si vedano in questo senso alcuni dei contributi raccolti in A.A.V.V., 1987 e in particolare quelli di Massimo Bianca e Paolo Zatti).

7. La doppia figura genitoriale e la donna sola

Pur privilegiando quelle forme di concepimento che garantiscono al nascituro un ambiente familiare con doppia figura genitoriale ovvero con una madre e un padre che si siano esplicitamente assunti la reponsabilità della nascita del figlio/a con un riconoscimento giuridicamente rilevante, non si ritiene di poter spingere questo privilegiamento fino al punto di considerare del tutto illegittime eticamente e illegali giuridicamente forme di concepimento diverse. Il requisito eticamente essenziale è che tali forme di concepimento siano conseguenti ad una assunzione di responsabilità di chi vi ricorre e che assicurino comunque al nascituro una cittadinanza giuridica e politica pari a quella degli altri nati e il godimento di cure adeguate alla sua crescita e alla realizzazione di quei livelli di salute ritenuti indispensabili. In assenza di sicuri dati empirici (sociologici e psicologici) che colleghino strettamente il benessere del nascituro con la doppia figura genitoriale non si ritiene di poter escludere — proprio facendo appello all'interesse del nascituro — e dunque considerare del tutto illeciti da un punto di vista giuridico, casi di inseminazione artificiale di una donna il cui partner abbia lasciato il seme morendo prima del concepimento. Si rileva tra l'altro che in questo caso la figura del padre sarebbe pur sempre presente, non diversamente da ciò che accade nel caso di un bambino nato da una madre rimasta vedova dopo il concepimento. Non si riesce a trovare basi etiche per un trattamento diverso delle due donne che successivamente alla morte del loro partner vogliono comunque avere un figlio da lui. Non diversamente non si ritiene possibile sanzionare come del tutto illecita giuridicamente la richiesta di una donna sola che voglia ricorrere alla inseminazione artificiale con gamete di donatore anonimo e che intenda assumersi la responsabilità di accudire e crescere il nascituro.

Nel fare presente questa linea si avanzano alcune argomentazioni che la giustificano. Si ritiene che una simile posizione di dichiarata illiceità di forme

di concepimento in presenza della sola madre, fatta in nome dell'interesse del nascituro potrebbe essere giustificata solo se effettivamente si disponesse di dati che mostrino come lesivi dell'interesse del nascituro tali forme di concepimento. Non solo tali dati non sono disponibili, ma, come è ovvio, le informazioni empiriche di cui disponiamo non forniscono nessuna conferma di una connessione necessaria tra benessere del nato e la crescita in una famiglia con doppia figura genitoriale. Si potrebbe cioè dichiarare illegittima eticamente e giuridicamente irricevibile la richiesta di una donna sola di ricorrere e forme di inseminazione artificiale laddove disponessimo di dati certi che comprovano che tale nascita comporta una qualità di vita inaccettabile, del tutto priva di salute fisica e mentale, di affetti, e caratterizzata da gravi sofferenze e squilibri psichici. Non disponiamo di dati empirici che possano portare a questa conclusione e la ricerca sociologica e psicologica non sembra in grado di connettere strettamente il modo di nascita di un essere umano con il valore o la qualità della sua vita. Anche una nascita del tutto naturale ed in una famiglia cosiddetta normale può essere accompagnata per il nascituro da mancanza di cure, irresponsabilità, crudeltà ecc. (Per un'articolazione di questo tipo di argomentazione risulta utile la lettura di Harris, 1992)

Si richiama in questo senso un'altra argomentazione che indebolisce la posizione di coloro che nell'interesse del nascituro vogliono giungere a considerare illecita la richiesta di concepire di una donna sola. È evidente che proprio in un caso del genere valutando l'interesse del nascituro concepibile da una madre sola occorre paragonare due situazioni: una in cui vi è un nascituro con la sola madre e l'altra (che è quella preferita da chi vuole rendere illegittime queste pratiche) in cui non vi è alcun nascituro. Si ritiene opinabile l'assunzione che il non venire al mondo sia per un certo nascituro comunque preferibile — è più nel suo interesse — al venire al mondo sia pure con la sola madre.

Pur non ritenendo eticamente accettabile una posizione che renda del tutto illecite giuridicamente e in assoluto queste forme di concepimento di una donna sola si raccomanda che la possibilità di ricorrervi sia regolamentata. In particolare occorre prevedere procedure rivolte ad esaminare le motivazioni e le assunzioni di responsabilità che accompagnano le volontà manifestate dalle madri. Vanno inoltre realizzati tutti quegli aggiustamenti del diritto di famiglia necessari per salvaguardare la piena parità del nascituro concepito da madre sola. Non si riscontrano in definitiva ragioni etiche adeguate a valutare, e dunque trattare, in modo diverso la situazione naturale che porta casualmente alla nascita e alla crescita in presenza di un solo genitore e quella in cui tale nascita e crescita in presenza di un solo genitore sia frutto di una scelta responsabile. L'assunzione artificiale di responsabilità sembra avere uno *status* privilegiato per dare validità a rapporti giuridicamente codificati e sembra una più sicura base per garantire gli interessi di coloro le cui sorti dipendono non già da una lotteria naturale, ma da una decisione responsabile.

Si sottolinea inoltre un'ulteriore argomentazione che porta ad escludere divieti e proibizioni assolute di modi di concepimento in presenza della sola madre. Non solo non si dispongono di ragioni accettabili per dimostrare che

tali modi vanno sempre contro gli interessi del nascituro, ma appare sufficientemente comprovato che una codificazione del genere andrebbe contro i desideri della madre. Non si ritiene che sia possibile escludere assolutamente casi in cui tali desideri, non solo siano tanto profondamente radicati da trasformarsi in interessi, ma siano accompagnati da motivazioni (del tutto personali e difficilmente anticipabili con la nostra immaginazione) atte a permetterne l'accoglienza sul piano etico. Va poi ancora sottolineato che non si può escludere tassativamente che i desideri e gli interessi di una madre di avere un figlio da sola, possano comunque essere tali da garantire una decisione responsabile a favore della nascita del bambino e un impegno per la sua cura. Ed è ovviamente questo ciò che conta.

Relativamente dunque a quei pochi casi di inseminazione di donna sola che si dovessero presentare come una richiesta esplicita si suggerisce non già di renderli illegali e sanzionabili giuridicamente quanto piuttosto di renderli difficili e collegarli ad una procedura che consenta un'attenta discussione delle motivazioni ed una serie di colloqui rivolti a saggiare il contesto psicologico in cui simili richieste vengono avanzate.

8. Il caso delle donne in età avanzata

Si ritiene che si debba procedere analogamente anche per quanto riguarda le richieste di ricorso a forme di procreazione assistita da parte di donne non più in età procreativa. In generale non si può accettare un diverso trattamento di queste donne rispetto alle donne in età fertile, ma sterili. Né si può accettare come eticamente rilevante un diverso trattamento degli uomini anziani — la cui attività procreativa viene accettata e talvolta aiutata farmaceuticamente se non considerata apprezzabile — rispetto alle donne anziane. Se il criterio generale è quello della soddisfazione armonica degli interessi di tutti coloro che sono coinvolti — e non già la soddisfazione delle preferenze esterne di eventuali uditori — si potrà escludere tale pratica solo avendo dati sicuri su danni — riduzioni di qualità della vita — per il nascituro (il cui interesse potrebbe comunque essere sempre quello di nascere comunque piuttosto che di non nascere affatto) per la donna che avanza la richiesta, per il partner ecc. Si ritiene che i dati disponibili non siano sufficienti per considerare tali pratiche come dannose o come causa certa di qualità di vita inferiore per l'eventuale nascituro, e dunque come illecite da un punto di vista giuridico. Come nel precedente caso della donna sola si ritiene però opportuno che si ricorra a forme di regolamentazione che disincentivino un ricorso generalizzato a queste pratiche, pur non escludendo assolutamente casi limitati di accettabilità.

9. La procreazione assistita e l'anonimato dei donatori

Va infine detto che si intende ancora una volta ribadire l'opportunità di attenersi in generale al principio dell'anonimato della donatrice e del donatore

(di sperma o di ovuli). Sulla base dell'assunzione di responsabilità presente nella donazione di sperma o ovulo risulterebbe del tutto inaccettabile, da un punto di vista morale, derivare per il/la donatore/trice impegni o oneri variabili e più o meno gravosi a seconda del tipo di procedura in cui l'ovocita è utilizzato (omologa, eterologa o di donna sola, ecc.). La donazione come modo del tutto autonomo di mettere a disposizione un materiale biologico in grado di risolvere necessità altrui, va considerata del tutto liberatoria — tranne che per gli aspetti strettamente sanitari — sul piano di ulteriori responsabilità conseguenti all'utilizzazione del materiale donato. Da una parte la donazione non può essere certamente vincolata o ristretta a particolari forme di procreazione, ad esempio omologa, eterologa o di donna sola. Dall'altra il donatore non può essere considerato responsabile di oneri che derivino dalle forme di procreazione per le quali il materiale donato è stato utilizzato. Si ritiene che la legge debba prevedere esplicitamente la garanzia dell'anonimato del donatore. Inoltre si ritiene che sulla base della ricostruzione giuridica della genitorialità che si è suggerita in questo documento, non si possa in alcun modo estendere il diritto di eventuale accertamento giudiziale di maternità e paternità biologica fino a superare l'anonimato del donatore.

Si ritiene che si debba anche prevedere l'esclusione di forme di retribuzione della donazione e si debba inoltre prevedere il numero di dosi prelevabili da uno stesso donatore.

10. Distinzione tra vita umana nascente nell'utero e vita umana umana nascente mediante fecondazione artificiale

Dopo avere fissato in generale il principio della rilevanza etica delle azioni connesse con la nascita di vite umane e dunque l'opportunità che si ricorra a regole e norme nel trattamento della vita umana prima della nascita, occorre però distinguere tra la situazione in cui la nascita si sviluppi secondo i processi naturali della generazione e quella in cui si ricorre a qualche forma di fecondazione artificiale. Infatti, nel caso in cui la nascita si sviluppa come processo naturale di generazione, saranno i diritti della madre a prevalere in generale, fermo restando il rispetto dell'esigenza di una adeguata giustificazione etica dell'appello a tali diritti (che comunque valgono in quanto diritti negativi comunque). La responsabilità del padre e l'interesse del nascituro sono, secondariamente, dimensioni eticamente rilevanti che occorrerà coinvolgere nel tentativo di avvicinarsi ad una soluzione che consenta di risolvere disaccordi e conflitti che si dovessero presentare per quanto riguarda il processo di nascita della vita umana.

In questa sede si intende trattare però della situazione artificiale in cui le prime fasi della vita umana, precedenti all'impianto nell'utero, si sviluppano in vitro. Si tratta di quello sviluppo delle prime fasi della vita embrionale o pre-embriionale (a seconda della terminologia che si decide di assumere dato che, ovviamente, non esiste una connessione necessaria, ma solo convenzionale tra riscontri della ricerca scientifica e termini che usiamo per riferirci ad essi)

che risultano oggi tecnicamente possibili al di fuori dell'utero. Speciale cura va rivolta verso questi prodotti delle tecniche di fecondazione artificiale che possono portare alla nascita di un essere umano e che proprio a questo fine vengono quasi sempre prodotti.

Del tutto condivisa nella nostra cultura è la convinzione che la vita umana prima della nascita richieda non solo particolare cura ma che sia meritevole di una qualche tutela attraverso il ricorso a principi morali e a regole giuridiche. Affidando alla coscienza di ciascuno la scelta dei principi morali da cui farsi guidare, la questione pubblica riguarda più specificamente il tipo di norme giuridiche da fare valere per la protezione della vita umana nelle prime fasi dopo il concepimento e prima della nascita. Anche in questo caso la norma giuridica non potrà essere strettamente derivata da una particolare posizione morale, metafisica o religiosa, ma dovrà rendere possibile la coesistenza pacifica di cittadini con diverse concezioni della nascita, ferma restando la necessità di una qualche protezione delle prime fasi della vita umana e la salvaguardia della garanzia che il nascituro non subirà lesioni del suo diritto ad una pari cittadinanza.

La contrapposizione tra diverse concezioni del cosiddetto statuto dell'embrione si colloca quindi al di là del contesto che permette di generare norme condivise con cui proteggere e tutelare la vita umana nascente (una tutela e una protezione etica del tutto speciale che sulla base delle nostre capacità limitate di beneficenza non può essere estesa alla stessa stregua a tutte le forme di vita). La discussione sullo statuto dell'embrione infatti si colloca ad un livello di discussione — metafisico, ontologico, religioso — che non può ritenersi rilevante e decisivo per la codificazione giuridica di un Paese che voglia consentire la coesistenza di diverse concezioni filosofiche, religiose ecc.. Il contesto della codificazione si collocherà al di fuori delle ricostruzioni forti sia — per esemplificare — in termini personalistici come in termini materialistici delle fasi di sviluppo della vita umana prima della nascita. Queste concezioni forti — a parte le difficoltà di ordine epistemologico a cui vanno incontro quando pretendono di disporre di argomentazioni incontrovertibili — si accompagnano a distinti approcci etici che non possono essere esportati a livello giuridico, ma vanno fatti coesistere. Ben diverso è il ruolo che i risultati della ricerca scientifica hanno nel senso in cui non può ritenersi accettabile una codificazione che escluda ciò che la ricerca scientifica prova.

Nel senso di un'etica che tuteli la vita umana nascente senza estendersi indebitamente nella sfera religiosa, filosofica o morale di pertinenza della libertà dei cittadini si potrà procedere laddove si assumerà una posizione che, pur riconoscendo il valore delle fasi di sviluppo della vita umana prima della nascita, — e con il valore la necessità di richiamare regole e principi etici nel trattamento di queste fasi — non farà derivare tale valore da una concezione forte che attribuisce diritti o interessi ad un embrione caratterizzato su base ontologica (Dworkin, 1993). Ciò significa che non si potranno — se non esportando appunto una concezione morale a livello giuridico — caratterizzare da un punto di vista giuridico come omicidio o assassinio eventuali lesioni apportate alla vita umana prima della nascita. Regolamentazioni e codificazioni

andranno peraltro esplicitamente formulate onde garantire protezione alla vita umana prima della nascita ed evitare danni o lesioni ad essa, in assenza di motivazioni etiche e giuridiche adeguate.

11. Trattamento etico della vita umana nascente nel contesto della fecondazione artificiale e in quello della sperimentazione

Sulla base di questo generale principio della rilevanza etica delle azioni che hanno a che fare con le varie fasi dello sviluppo della vita umana prima della nascita, diverse considerazioni etiche andranno fatte a seconda della fase dello sviluppo e a seconda del contesto all'interno del quale si originano azioni influenti sulla vita umana prima della nascita.

Non sembra per altro possibile accettare in nessuna occasione azioni che non siano scrupolosamente ispirate da motivazioni di ordine etico, fermo restando il riconoscimento di differenti motivazioni morali e forme di scrupolosità morale.

Rinviamo ad altro documento l'esame dei principi etici generali relativi alle azioni che coinvolgono la vita umana dopo il concepimento nel contesto della sperimentazione scientifica. Al di là del generale principio di salvaguardia della vita umana in tutte le forme del suo sviluppo onde evitare una soluzione di tipo assolutistico (ovvero originata da qualche statuto) si potrà costituire una Commissione o Agenzia di controllo su questa attività di sperimentazione. A questa Commissione andranno trasmesse per altro alcune raccomandazioni e linee guida etiche. (R. M. HARE, *Embryo Experimentation. Public Policy in a Pluralist Society*, in HARE, 1993, pp. 118-130)

Per quanto riguarda il trattamento etico della vita umana dopo la procreazione nel contesto della fecondazione artificiale vanno tenuti presenti i principi generali già enunciati per questo campo della pratica medica nel documento ricordato. In particolare però si richiamano qui i seguenti appunti di precisazione.

Il trattamento della vita umana dopo la procreazione deve essere ispirato al rispetto per le sue prime fasi e le azioni che dovessero essere intraprese sono lecite solo se giustificate in vista della realizzazione del fine benefico della nascita di un essere umano desiderato dai genitori. Differente trattamento andrà ovviamente rivolto a diverse fasi della vita dopo la procreazione e tale trattamento dovrà risultare sempre più cauto e rispettoso e in nessun caso si potranno provocare sofferenze o danni irreparabili al nascituro. In questo senso, sulla base delle informazioni rese disponibili — di volta in volta — dalla ricerca embriologica, andranno evitate azioni che in una qualche fase dello sviluppo prima della nascita producano sofferenze all'embrione o azioni che possano lederlo o danneggiarlo in modo irreparabile.

Relativamente a tre controverse questioni quali quelle: 1) del numero di processi vitali cui si può dare inizio artificialmente in ciascuna circostanza procreativa; 2) della possibilità di ricorrere alla crioconservazione; 3) della liceità di interrompere uno dei processi vitali avviati, occorre preliminarmente

chiarire che tali questioni andranno di volta in volta risolte all'interno di un contesto che dovrà esplicite giustificazioni etiche da parte di coloro (genitori, personale sanitario) che operano. In quest'ottica si evita di fornire un giudizio di liceità o illiceità totale su queste azioni e le si considera permesse nel contesto della fecondazione artificiale. Ritenendo poi non percorribile la strada che vincoli tale permesso attraverso norme rigide e a priori — specificando una volta per tutte e per tutti i casi possibili il numero di processi vitali che si possono avviare nelle loro fasi iniziali, se e quando ricorrere alla crioconservazione, quando interrompere un processo vitale avviato — si demanda a una regolamentazione fatta da coloro che operano effettivamente in questo campo. La raccomandazione avanzata al fine di ispirare tale regolamentazione generale è che essa si impegni ad equilibrare i due diversi principi della soddisfazione dei desideri procreativi di coloro che ricorrono alla fecondazione artificiale e del rispetto della vita umana nelle sue prime fasi.

Eugenio Lecaldano (*)

(*) Nell'elaborazione di questo testo ho potuto avvalermi di consigli e suggerimenti di vari membri del CNB ed in particolare di quelli di Carlo Flamigni, Gilda Ferrando e Carlo Augusto Viano.

BIBLIOGRAFIA

(Limitata ai titoli esplicitamente richiamati nel testo)

- A.A.V.V., *Procreazione artificiale e interventi nella genetica umana*, CEDAM, Padova, 1987
- DWORKIN R., *Taking Rights Seriously*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 1977
- DWORKIN R., *Life's Dominion. An Argument about Abortion and Euthenasia*, Harper Collins, New York, 1993
- HARE R. M., *Essays on Bioethics*, Clarendon Press, Oxford, 1993
- HARRIS J., *Wonderwoman and Superman. The Ethics of Human Biotechnology*, Oxford University Press, Oxford, 1992
- HART J.L., *Between Utility and Rights*, in *Essays in Jurisprudence and Philosophy*, Clarendon Press, Oxford, 1989, pp.198-222
- MILL J. S., *Saggio sulla libertà*, Il Saggiatore, Milano, 1981
- PARFIT D., *Reasons and Persons*, Clarendon Press, Oxford, 1984
- WARNOCK M., *The Good of the Child*, «Bioethics», I, 1987 pp.141-155

MEMBRI DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (*)

- Prof. Adriano Ossicini
Presidente
Ordinario di Psicologia
- Prof.ssa Rita Levi Montalcini
Presidente Onorario
- Prof. Giovanni Berlinguer
Vice Presidente
Ordinario di Fisiologia e Igiene del Lavoro
- Prof. Paolo Martelli
Vice Presidente
Associato di Scienza della Politica
- Cons. Livia Barberio Corsetti
Consigliere di Stato
- Prof. Mauro Barni
Ordinario di Medicina legale
- Prof. Paolo Cattorini
Associato di Bioetica
- Prof. Giovanni Chieffi
Ordinario di Biologia generale
- Prof. Ettore Cittadini
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica
- Prof.ssa Isabella Maria Coghi
Associato di Endocrinologia ginecologica
- Prof. Francesco D'Agostino
Ordinario di Filosofia del Diritto
- Prof. Giuseppe Dalla Torre
Ordinario di Diritto ecclesiastico
- Prof. Luigi De Carli
Ordinario di Genetica
- Prof. Luigi De Cecco
Ordinario di Clinica ginecologica
- Prof.ssa Gilda Ferrando
Associato di Istituzioni di Diritto privato
- Prof. Angelo Fiori
Ordinario di Medicina legale
- Prof. Carlo Flamigni
Ordinario di Endocrinologia ginecologica
- Prof. Luigi Frati
Presidente del Consiglio Superiore di Sanità
- Prof.ssa Renata Gaddini De Benedetti
Associato di Psicopatologia dell'età evolutiva
- Prof. Enrico Garaci
Presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche
- Prof. Aldo Isidori
Ordinario di Andrologia
- Prof.ssa Giancarla Landriscina
Docente di Diritto e Deontologia medica
- Prof. Eugenio Lecaldano
Ordinario di Storia delle Dottrine morali
- Prof. Antonino Leocata
Primario Ospedaliero di Pediatria
- Prof. Siro Lombardini
Ordinario di Economia politica
- Prof.ssa Adriana Loreti Beghè
Associato di Diritto internazionale
- Prof. Corrado Manni
Ordinario di Anestesiologia e Rianimazione
- Prof. Fabrizio Menchini Fabris
Associato di Fisiopatologia della Riproduzione umana
- Prof. Gianfranco Fegiz
Ordinario di Clinica chirurgica
- Prof. Silvio Merli
Ordinario di Medicina legale
- Prof. Sergio Nordio
Ordinario di Pediatria

(*) Ai sensi del DPCM 28 marzo 1990 «Istituzione del Comitato Nazionale per la Bioetica», come modificato dai DPCM 10 luglio 1991 e DPCM dell'11 giugno 1992, 9 settembre 1992 10 settembre 1992, 5 febbraio 1993 e 2 maggio 1994.

Prof. Rodolfo Paoletti
Ordinario di Farmacologia

Prof. Lucio Pinkus
Ordinario di Psicologia dinamica

Prof. Danilo Poggiolini
*Presidente della Federazione Nazionale
Ordine dei Medici*

Prof. Pietro Rescigno
Ordinario di Diritto civile

Prof.ssa Giovanna Rossi Sciumè
Associato di Sociologia

Prof. Gaetano Salvatore
Ordinario di Patologia generale

Prof. Elio Sgreccia
Ordinario di Bioetica

Prof. Bruno Silvestrini
Ordinario di Farmacologia

Prof. Sergio Stamatì
Ordinario di Diritto pubblico

Prof. Fabio Terragni
Biologo

Prof. Glauco Tocchini Valentini
*Biologo, Direttore del Progetto
finalizzato CNR "Ingegneria Genetica"*

Prof. Marco Trabucchi
Ordinario di Neuropsicofarmacologia

Prof. Carlo Augusto Viano
Ordinario di Storia della Filosofia

Prof. Giuseppe Vicari
Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità

MEMBRI DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (*)

Prof. Francesco D'Agostino
*Presidente
Ordinario di Filosofia del Diritto*

Prof. Adriano Bompiani
Presidente Onorario

Prof. Adriano Ossicini
Presidente Onorario

Prof. Angelo Fiori
*Vice Presidente
Ordinario di Medicina legale*

Prof. Evano Agazzi
Ordinario di filosofia della scienza

Cons. Livia Barberio Corsetti
Consigliere di Stato

Prof. Mauro Barni
Ordinario di Medicina legale

Prof. Paolo Benciolini
Ordinario di Medicina legale

Prof. Vincenzo Cappelletti
Ordinario di Storia della Scienza

Prof. Paolo Cattorini
Associato di Bioetica

Prof. Giovanni Chieffi
Ordinario di Biologia generale

Prof.ssa Isabella maria Coghi
Associato di Endocrinologia ginecologica

Prof. Vittorio Danesimo
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica

Prof. Giuseppe Dalla Torre
Ordinario di Diritto ecclesiastico

Prof. Luigi De Carli
Ordinario di Genetica

Prof. Luigi De Cecco
Ordinario di Clinica ginecologica

Prof. Pierpaolo Donati
Ordinario di Sociologia della Famiglia

Prof. Luigi Frati
Presidente del Consiglio Superiore di Sanità

Prof.ssa Renata Gaddini De Benedetti
*Associato di Psicopatologia all'età
evolutiva*

Prof. Enrico Garaci
*Presidente del
Consiglio Nazionale delle Ricerche*

(*) Ai sensi del DPCM 16 dicembre 1994.

- Prof. Aldo Isidori
Ordinario di Andralogia
- Prof. Antonino Leocata
Primario Ospedaliero di Pediatria
- Prof.ssa Adriana Loreti Beghè
Associato di Diritto internazionale
- Prof. Corrado Manni
*Ordinario di Anestesiologia
e Rianimazione*
- Prof. Vittorio Mathieu
Ordinario di Filosofia morale
- Prof. Sergio Nordio
Ordinario di Pediatria
- Prof. Giuseppe Palumbo
*Ordinario di Clinica ostetrica
e ginecologica*
- Prof. Alberto Piazza
Ordinario di Genetica
- Prof. Lucio Pinkus
Ordinario di Psicologia dinamica
- On. Prof. Danilo Poggiolini
*Presidente della Federazione Nazionale
Ordine dei Medici*
- Prof. Paolo Preziosi
Ordinario di Farmacologia
- Prof. Pietro Rescigno
Ordinario di Diritto civile
- Prof. Carlo Romanini
*Ordinario di Clinica ostetrica
e ginecologica*
- Prof.ssa Giovanna Rossi Sciumè
Associato di Sociologia
- Prof. Gaetano Salvatore
Ordinario di Patologia Generale
- Prof. Michele Schiavone
Ordinario di Storia della Filosofia
- Prof. Elio Sgreccia
Ordinario di Bioetica
- Prof. Bruno Silvestrini
Ordinario di Farmacologia
- Prof. Sergio Stammati
Ordinario di Diritto pubblico
- Prof. Giulio Tarro
Virologo
- Prof. Giuseppe Vicari
Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità
- Prof. Everaldo Zanella
Ordinario di Chirurgia generale

Sede del Comitato Nazionale per la Bioetica

Via Veneto, 56 - 00187 Roma
Telefono: (06) 48.16.11

Segreteria scientifica: Giorgio Bartolomei, Giovanni Incorvati, Elena Mancini

Ufficio di Segreteria: Colomba Malerba (Coordinatore tecnico-amministrativo),
Luciano Verduchi (Assistente amministrativo)

Documenti pubblicati dal Comitato Nazionale per la Bioetica

- *Terapia genica*
- *Definizione e accertamento della morte nell'uomo*
- *Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche*
- *Documento sulla sicurezza delle biotecnologiche*
- *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*
- *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali*
- *Donazione d'organo a fini di trapianto*
- *Comitati etici*
- *Informazione e consenso all'atto medico*
- *Diagnosi prenatali*
- *Rapporto al Presidente del Consiglio sui primi due anni di attività del Comitato Nazionale per la Bioetica (13 luglio 1990 - 18 luglio 1992)*
- *La legislazione straniera sulla procreazione assistita*
- *La sperimentazione dei farmaci*
- *Rapporto sulla brevettabilità degli organismi viventi*
- *Trapianti di organi nell'infanzia*
- *Bioetica con l'infanzia*
- *Progetto Genoma Umano*
- *Parere del C.N.B. sulle tecniche di procreazione assistita. Sintesi e conclusioni*
- *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*
- *Parere del C.B.N. sull'eticità della terapia elettroconvulsivante*

Redazione	Comitato Nazionale per la Bioetica
------------------	------------------------------------

Collana
SOCIETÀ E ISTITUZIONI

Direttore	Mirella Boncompagni
------------------	---------------------

Coordinamento editoriale	Raffaella Maria Falco
---------------------------------	-----------------------

Realizzazione grafica	Ufficio grafico dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato presso il Dipartimento per l'informazione e l'editoria
------------------------------	---

Stampa e diffusione	(7211045) Roma 1996 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato
----------------------------	--

LA FECONDAZIONE ASSISTITA
DOCUMENTI DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

ERRATA CORRIGE

pag. 198

Prof. Adriano Bompiani
Presidente Onorario
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica

Prof. Adriano Ossicini
Presidente Onorario
Ordinario di Psicologia

Prof. Evandro Agazzi
Ordinario di Filosofia della Scienza

Prof.ssa Isabella Maria Coghi
Associato di Endocrinologia ginecologica

Prof. Vittorio Danesino
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica

Prof.ssa Renata Gaddini De Benedetti
Associato di Psicopatologia dell'età evolutiva

pag. 199

Prof. Aldo Isidori
Ordinario di Andrologia

Prof. Giulio Tarro
Primario ospedaliero di Virologia

Prof. Everardo Zanella
Ordinario di Chirurgia generale

In copertina: René Magritte, Magie noire
Collezione: Spaak - Francia