

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, lowercase, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

La procreazione medicalmente assistita

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Preprint
Authors	del Gruppo di lavoro sui problemi etici posti dalla scienza
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-06-16 21:59:18
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/228400

LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

A cura del Gruppo di lavoro sui problemi etici posti dalla scienza, nominato dalla Tavola Valdese, composto da persone appartenenti alle chiese evangeliche e attive nell'ambito della ricerca, dell'università e della chiesa

1. CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

Poco di più di un secolo ci separa dalle prime scoperte sui meccanismi che stanno alla base del processo di fecondazione e della fisiologia riproduttiva nella specie umana.

In questo lasso di tempo la ricerca di terapie per l'infertilità è passata dai primi tentativi di inseminazione artificiale(1) realizzati alla fine del XVIII secolo, alla nascita nel 1978 in Gran Bretagna di Louise Brown, la prima neonata concepita mediante fecondazione *in vitro*(2) (i.e. fuori dal corpo materno).

Questa nascita, risultato di anni di ricerca di P. Edwards (embriologo) e P. Steptoe (ginecologo) ha rappresentato il punto di partenza di una nuova era nel settore della medicina della procreazione umana. Per la prima volta si disponeva di un mezzo (palliativo e non terapeutico) per porre rimedio alla frustrazione delle coppie confrontate con lo scacco dell'infertilità.

Un atteggiamento positivo da parte delle chiese protestanti ha accompagnato i primi passi delle nuove tecnologie riproduttive che permettono la realizzazione del progetto procreativo di donne e uomini incapaci di generare spontaneamente.

Contemporaneamente al diffondersi delle prime applicazioni della fecondazione *in vitro* in campo clinico, nel campo della ricerca sperimentale venivano messe a punto nuove e rivoluzionarie tecniche di manipolazione del materiale genetico: nasceva così un nuovo settore applicativo della biologia, l'ingegneria genetica, risultato dell'interazione di metodologie della genetica e della biologia molecolare(3).

L'ingegneria genetica ha favorito uno sviluppo tecnologico di portata inattesa il quale, a sua volta, ha accelerato il progredire delle conoscenze nel settore della ricerca di base. La circolarità tra scienza e tecnologia ha così reso possibile la messa in atto di una vera e propria ricostruzione biotecnologica della procreazione umana che conferisce all'essere umano un potere su se stesso e sui suoi simili fino ad oggi sconosciuto.

Sono passati solo vent'anni e attualmente in tutto il mondo i bambini nati grazie alla fecondazione *in vitro* sono più di duecentomila.

La biomedicina pretende di padroneggiare la fecondità: di quali strumenti si potrà avvalere la società per controllare questa padronanza?

Il presente documento intende apportare un contributo al dibattito relativo alle innumerevoli questioni sollevate dalla procreazione medicalmente assistita e dalle sue ripercussioni in campo medico, scientifico, etico, giuridico e sociale.

Ciò che sottende il documento non è una visione allarmistica ed oscurantista del progresso scientifico e delle sue ricadute nella società, ma piuttosto l'intenzione di offrire spunti di riflessione ai membri delle nostre chiese, a coloro che sono confrontati con scelte procreative difficili, agli operatori del settore, affinché partecipino attivamente al processo di maturazione di una coscienza sociale vigilante, pluralista e responsabile.

Il documento si articola in sei paragrafi:

- a) nel primo si definiscono i vari tipi di infertilità ai quali la procreazione assistita può dare risposta;
- b) nel secondo viene descritta la natura dell'intervento biomedico;
- c) nel terzo sono analizzate alcune delle ripercussioni di questo intervento sulla vita di donne e uomini e sulla società nel suo insieme;
- d) il quarto offre una breve panoramica delle problematiche sollevate dalla regolamentazione normativa delle tecniche di riproduzione artificiale con particolare riferimento al progetto di legge recentemente votato alla Camera dei Deputati del Parlamento italiano;
- e) il quinto paragrafo esamina la delicata questione della procreazione artificiale nei suoi aspetti etici;
- f) il documento si conclude infine con una serie di proposte volte a favorire una necessaria e corretta integrazione nella società delle nuove tecnologie riproduttive e delle problematiche ad esse connesse.

2. CAUSE E CONSEGUENZE DELLA INFERTILITÀ

Le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono "finalizzate alla soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità che si manifestano nella donna, nell'uomo o nella coppia"(4).

Quale è il significato esatto dei termini sterilità e infertilità?

Fertile si definisce la coppia che ottiene la gravidanza entro due anni di rapporti non protetti; le coppie che non la ottengono includono sia soggetti sterili sia coppie subfertili.

L'individuo **sterile** presenta anomalie anatomiche o funzionali (come per esempio l'assenza di utero, l'occlusione delle tube o la menopausa precoce, nella donna e l'azoospermia(5) nell'uomo) che rendono impossibile l'instaurarsi di una gravidanza spontanea, mentre è **subfertile** la coppia con alterazioni della capacità riproduttiva che riducono più o meno gravemente la probabilità di concepire.

Nel loro insieme le coppie subfertili e quelle in cui uno dei partner è sterile costituiscono la popolazione **infertile**. Un documento pubblicato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1995 valuta che le coppie infertili nel mondo

ammontino in totale a 60-80 milioni (cioè circa 10-15% delle coppie in età riproduttiva)(6).

Le cause di infertilità, in gran parte sconosciute fino a pochi anni fa, oggi possono essere dimostrate e trattate nella grande maggioranza dei casi. I casi di infertilità maschile e femminile si verificano con pari frequenza e, spesso, cause di ridotta fertilità presenti in entrambi i partner, concorrono a determinare la subfertilità della coppia.

Rimane circa un 12% di coppie subfertili per le quali gli esami clinici attualmente a nostra disposizione non riscontrano alcuna anomalia: in questi casi si parla di *sterilità da causa ignota (o idiopatica)*.

Le cause di infertilità maschile sono quasi sempre identificabili attraverso l'analisi del liquido seminale, mentre la complessità delle funzioni riproduttive femminili si riflette in quella delle malattie che possono alterarle e degli esami clinici necessari per indagarle.

È inoltre da menzionare il fatto che anche l'età della coppia può avere effetti negativi sulla fertilità: questo fattore è rilevante soprattutto per la donna poiché la sua capacità di procreare comincia a diminuire gradualmente a partire dai 25 anni fino ai 35; oltre questa soglia, il decremento diventa poi molto più accentuato.

È in corso attualmente un dibattito riguardante un ipotetico aumento della sterilità maschile nei paesi occidentali industrializzati. Il paragone con i dati del passato è difficile poiché questi dati sono rari e le modalità con cui essi vengono raccolti sono in continua evoluzione.

Infatti, secondo una analisi statistica compiuta sui dati di sessanta lavori scientifici pubblicati negli ultimi 50 anni, la concentrazione degli spermatozoi nel liquido seminale sarebbe diminuita della metà nel periodo considerato. Questa diminuzione è stata susseguentemente negata da un secondo studio compiuto sugli stessi dati(7) analizzati con un modello statistico più complesso(8).

Tra le cause principali della riduzione di fecondità si possono annoverare l'inquinamento ambientale, l'esposizione ad agenti chimici (pesticidi, solventi organici, ecc.) nei luoghi di lavoro, le abitudini di vita (tabacco, alcool, aumentata assunzione di farmaci) e alimentari, le infezioni genitali. Di altra natura, ma ugualmente influenti sull'infertilità, sono anche i condizionamenti socio-economici (programmazione e pianificazione del momento riproduttivo, evoluzione del ruolo della donna nella società) che conducono le coppie a procrastinare l'epoca del primo concepimento.

Un ulteriore fattore importante per lo sviluppo della vita riproduttiva potrebbe essere rappresentato dalla pressione psicologica dovuta al fatto che il *desiderio-progetto di bambino* che viene contrariato si può trasformare rapidamente in desiderio esacerbato dallo scacco rispetto all'ideale di padronanza e di dominio del corpo, tipico degli ultimi decenni di questo secolo(9): grazie alle connessioni esistenti fra la sfera organica e quella emotiva, tali sentimenti potrebbero giocare un ruolo chiave nell'eziologia delle forme idiopatiche di sterilità.

Comunque, anche qualora si fosse verificata una riduzione di fecondità, per altro difficile da dimostrare come abbiamo appena visto, la sua entità non sarebbe tale da giustificare l'aumentato ricorso alla procreazione medicalmente assistita osservato nei paesi economicamente sviluppati durante gli ultimi quindici anni(10). Questa tendenza potrebbe anche essere spiegata dal fatto che il desiderio di bambino, amplificato dall'esistenza stessa della procreazione assistita, può trasformarsi in domanda alla quale risponde un'offerta medica immediata. A commento dell'immediatezza di questa offerta vorremmo citare le Raccomandazioni dell'Ufficio europeo dell'OMS del 1990 dove si legge: "...la rapida proliferazione dei servizi di fecondazione *in vitro* in quasi tutti i paesi industrializzati è prevalentemente guidata dagli interessi dei fornitori, delle industrie e di altri particolari gruppi di interesse, piuttosto che da una pianificazione razionale basata sui bisogni della popolazione". Come sottolineava un funzionario dell'OMS presentando le suddette Raccomandazioni in contesto italiano, l'espansione del settore della procreazione assistita sembra dovuta maggiormente al fatto che siamo in presenza di un'economia di mercato in cui questo servizio è alla ricerca di nuovi clienti, piuttosto che a una crescita della domanda da parte delle donne e delle coppie.

La sinergia dell'offerta e della domanda, unita alla tendenza sociale attuale a considerare la discendenza biologica come un diritto umano insindacabile, potrebbe così spiegare l'accanimento procreativo del desiderio di 'bambino a tutti i costi', assai diffuso nella nostra società.

3. L'INTERVENTO BIOMEDICO

Quali sono le tecniche (definite tutte in maniera generale con l'espressione procreazione medicalmente assistita, PMA, oppure tecniche di riproduzione artificiale, TRA) utilizzate per combattere l'infertilità?

Va innanzitutto ricordato che lo scopo di tutte le tecnologie riproduttive è quello di avvicinare e di favorire il contatto fra i gameti (i.e. ovocita e spermatozoo) di cui si sia precedentemente verificata la presenza e la funzionalità.

Le tecniche di procreazione assistita sono fondamentalmente di due tipi: le *inseminazioni* e la *fecondazione in vitro*.

Descriveremo per sommi capi gli aspetti medico-biologici di ognuno di essi senza entrare nel merito di tutte le numerose varianti a cui ogni tipo ha dato origine nell'ultimo decennio.

1) L'inseminazione è una tecnica mediante la quale gli spermatozoi vengono introdotti meccanicamente nelle vie genitali femminili; i tipi di inseminazione più in uso sono l'inseminazione artificiale (IA) mediante la quale gli spermatozoi vengono depositati nel collo dell'utero, l'inseminazione intrauterina (IU) e quella intraperitoneale (IPI) che prevedono l'immissione degli spermatozoi rispettivamente nell'utero e nella cavità peritoneale.

Quando l'inseminazione è realizzata con lo sperma del congiunto si parlerà di IAC mentre nella IAD si utilizza quello di un donatore.

2) La metodologia della fecondazione *in vitro* e trasferimento di embrioni (FIVET) prevede una stimolazione ovarica mediante trattamento ormonale allo scopo di far maturare contemporaneamente più ovociti (nell'intento di aumentare l'efficacia complessiva della FIVET), la raccolta per aspirazione dal follicolo degli ovociti (operazione che viene compiuta in ambulatorio e sotto anestesia leggera), l'inseminazione degli ovociti con gli spermatozoi (25000-100000 spermatozoi per

ovocita), l'incubazione a 37° della soluzione nutritiva contenente ovociti e spermatozoi per controllare se è avvenuta la fusione tra i due gameti e se le prime divisioni cellulari dello zigote(11) sono regolari e, infine, dopo circa due giorni, il trasferimento nell'utero della futura madre di uno o più embrioni che, di solito, a quel momento, hanno raggiunto lo stadio a 8 cellule.

Dal 1992 è stata introdotta con successo una tecnica che modifica in modo più radicale il processo di fecondazione poiché comporta una fecondazione *in vitro* mediante l'introduzione per microiniezione di spermatozoi direttamente nel citoplasma degli ovociti. La rapida diffusione della iniezione intracitoplasmatica di un singolo spermatozoo (ICSI) è dovuta anche al fatto che essa permette di utilizzare per la microiniezione gli spermatidi (precursori dei gameti maschili, prima del completamento della maturazione) al posto degli spermatozoi, dando così agli uomini sterili la possibilità di procreare senza dover ricorrere a un donatore di sperma.

4. LE RIPERCUSSIONI DELLE NUOVE TECNOLOGIE RIPRODUTTIVE

L'analisi sociologica non vede soluzione di continuità tra le attuali tecnologie della procreazione artificiale e le 'vecchie' tecnologie per il controllo della gravidanza e del parto rappresentate dalla contraccezione, dall'assistenza al travaglio e al parto e dal monitoraggio prenatale e della gravidanza (ecografia, amniocentesi): tanto le prime quanto le seconde, infatti, rientrano nel processo di medicalizzazione della riproduzione, in atto già da tempo(12).

Tuttavia, la fecondazione *in vitro* ha modificato radicalmente lo scenario della procreazione perché, portando la fecondazione, e dunque anche l'embrione, fuori dal corpo materno, ha determinato una vera e propria rivoluzione simbolica. Gli effetti di questo mutamento sono evidenti in tutti i molteplici settori direttamente o indirettamente implicati nella procreazione umana. Vediamone alcuni esempi relativi agli aspetti medico-biologici da un lato (punti a, b, c) e a quelli sociali dall'altro (punti d, e, f).

a) PMA E SALUTE

L'analisi dei trattamenti farmacologici e degli interventi medici che la FIVET e l'ICSI comportano dimostra che, benché attualmente la "evidence based medicine"(13) sia il fondamento di ogni atto medico, le nuove tecnologie riproduttive costituiscono una eccezione a questa regola. Esse sono state infatti introdotte nella pratica clinica prima che fossero disponibili dati sufficienti sulla loro sicurezza, sull'efficacia, sui rischi che sono loro associati e sugli effetti che possono avere sulla salute a medio e a lungo termine(14).

A titolo di esempio possiamo citare il fatto che fino al momento attuale la letteratura scientifica non si è ancora pronunciata in maniera definitiva su questioni fondamentali quali:

- la potenziale associazione tra il trattamento ormonale per la stimolazione ovarica e il cancro dell'ovaio e dell'utero(15);
- le conseguenze cliniche del lieve, ma significativo aumento della frequenza di anomalie cromosomiche osservato nei neonati concepiti mediante ICSI e la potenziale associazione di questa tecnica con la trasmissione delle anomalie genetiche associate all'infertilità maschile(16).

Inoltre ci si potrebbe domandare se la scarsa elaborazione dei dati clinici e epidemiologici attinenti alla procreazione artificiale potrebbe avere influito sul mancato sviluppo di tecnologie più efficaci destinate a migliorare il suo basso tasso di successo che per la fecondazione *in vitro* attualmente varia dal 15% al 20%(17). Un perfezionamento delle tecniche permetterebbe di ridurre il numero di embrioni trasferiti in utero diminuendo, di conseguenza, il rischio di nascite multiple (che, nel caso di impianto di tre embrioni, è pari al 33%) e delle patologie materne e neonatali ad esse associate.

b) PMA E RICERCA

Esiste anche la possibilità che la PMA sia utilizzata per la produzione di embrioni come fonte di tessuti fetali.

La richiesta sempre più pressante proveniente dal mondo scientifico di autorizzare le ricerche sull'embrione umano pone dei problemi etici di grande rilevanza relativi alle applicazioni sperimentali e cliniche della ricerca sugli embrioni generati mediante procreazione artificiale.

Per poter proseguire il loro lavoro, gli specialisti di biologia dello sviluppo chiedono di poter disporre di embrioni vivi. Da essi sarebbe possibile ottenere e coltivare *ex vivo* collezioni di cellule staminali(18) embrionali che, grazie alla loro stato indifferenziato e mediante trattamenti con sostanze adatte, potrebbero differenziarsi nei vari tessuti del corpo umano e essere utilizzabili come innesti per la cura di numerose malattie.

Il trasferimento dei nuclei di queste cellule in ovociti precedentemente enucleati aprirebbe la strada a una possibilità di clonazione nella specie umana.

Le stesse cellule, geneticamente modificate o meno, potrebbero essere iniettate in embrioni umani che trasmetterebbero così alla loro discendenza il genoma delle cellule staminali(19).

La possibilità di aggirare facilmente con questi mezzi le leggi che vietano la clonazione(20) e la terapia genica germinale(21) suscita una grande inquietudine.

Consideriamo, infatti, che qualsiasi intervento sul genoma umano allo scopo di modificare il patrimonio genetico della discendenza e qualsiasi tentativo di clonazione dell'essere umano siano eticamente inaccettabili poiché ogni individuo ha diritto alla propria specifica identità genetica.

Inoltre, per ciò che concerne la ricerca sull'embrione umano, si potrebbe ritenere che ciò che è stato sviluppato per aiutare le coppie sterili non dovrebbe essere utilizzato per aprire altri campi di ricerca. Tuttavia, considerando la complessità della

questione e l'utilità per la terapia della sterilità dei dati forniti da queste ricerche, esse potrebbero essere autorizzate in condizioni molto restrittive e sotto il controllo di un organismo multidisciplinare creato a questo scopo in un quadro legislativo specifico.

c) PMA E GENI

Vogliamo richiamare l'attenzione anche sul fatto che le tecniche messe a punto per la fecondazione *in vitro* potrebbero condurre al rischio di applicazione di pratiche eugenetiche volte al "miglioramento della specie umana" grazie alla diagnosi genetica pre-impianto (DPI) che fornisce la possibilità di effettuare il trasferimento selettivo di embrioni.

La DPI può essere eseguita dopo la fecondazione *in vitro*, praticando una biopsia embrionale allo scopo di ottenere e analizzare, mediante test genetici, una delle 6-8 cellule che costituiscono l'embrione umano di tre giorni. Questo tipo di diagnosi, la cui utilità è innegabile per la prevenzione di gravi patologie genetiche, viene compiuta su parecchi embrioni contemporaneamente e permette, dunque, la selezione embrionale.

Viene così aperta la strada a pratiche eugenetiche che conducono alla eliminazione non soltanto degli embrioni malati, ma anche di quelli che sono portatori sani di un gene difettoso. Il 'desiderio di bambino perfetto' è, però, un obiettivo nello stesso tempo scientificamente illusorio (poiché, anche se si eliminano tutti gli embrioni portatori di geni patologici, ci saranno sempre nuove alterazioni responsabili di future patologie che potranno avvenire nei geni embrionali) e eticamente pericoloso. Il rifiuto dell'alterità e il riduzionismo genetico che caratterizzano la nostra epoca possono, in effetti, condurre a uno scivolamento dal concetto di gene "patogeno" (responsabile, cioè di una malattia) a quello di gene "cattivo", nel senso più esteso del termine e fornire così la legittimazione a nuove forme di discriminazione.

d) PMA E MUTAZIONI CULTURALI

Una madre che genera il figlio di sua figlia, una donna che genera il figlio di uno sconosciuto, un uomo che genera dei figli che non incontrerà mai, donne che accolgono nel loro corpo figli destinati ad altri, figli concepiti e nati dopo la morte di uno o l'altro dei loro genitori: l'importanza delle mutazioni culturali indotte dalla procreazione assistita (scardinamento dell'essenza del generare umano, trasformazione di riferimenti fondativi dell'individuo quali le nozioni di identità e filiazione, di madre, di padre, di vita e di morte) disorienta(22); la natura di certe applicazioni delle nuove tecnologie riproduttive rischia di condurre alla commercializzazione e alla strumentalizzazione del corpo della donna e del corpo umano in generale e alla perdita della centralità dei soggetti della procreazione.

Queste tendenze pongono degli interrogativi che evocano la nozione di coscienza del limite, cioè la necessità di disporre in permanenza di strumenti per controllare tanto gli effetti imprevisi, quanto le applicazioni socialmente e storicamente non desiderate del nostro agire scientifico. Come è stato sottolineato nel contributo del gruppo di lavoro sulla bioetica della Commissione Ecumenica Europea per Chiesa e Società (BECCS)(23) al simposio del Consiglio d'Europa sull'embrione umano tenutosi nel dicembre 96, appena le nuove tecnologie riproduttive toccano le origini stesse della vita diventa della massima importanza stabilire i limiti di queste tecnologie e rispettarli.

e) L'ACCESSO ALLA PMA

Tra molte altre questioni, la procreazione artificiale pone anche quella dell'accesso.

Deve essere rigidamente limitato, oppure, al contrario, bisogna lasciare la possibilità di realizzare un progetto parentale a tutte le nuove forme di famiglia (famiglie monoparentali, coppie omosessuali, famiglie variamente disaggregate e ricomposte) presenti nelle società occidentali?

A questo proposito si è sviluppato nei nostri paesi un dibattito che si trasforma spesso in guerra ideologica che oppone una rigida morale normativa ad una fiducia cieca nella liberalizzazione.

In questo dibattito potrebbe iscriversi il progetto di Raccomandazione del comitato dei ministri del Consiglio d'Europa sul *diritto alla libera scelta in materia di sessualità e di procreazione*. Questo documento raccomanda che gli Stati riconoscano "il diritto fondamentale di ogni donna e ogni uomo alla libera scelta in materia di sessualità e di procreazione (...) così come il diritto di scegliere una forma di famiglia", ritenendo che questi diritti devono essere considerati come facenti parte integrante dei Diritti dell'Uomo.

Il testo del rapporto esplicativo menziona l'esistenza di una evoluzione dei comportamenti relazionali nell'ambito delle società europee nel corso degli ultimi trenta anni. Questo cambiamento comporta "la diminuzione del numero delle famiglie tradizionali, la diversificazione dei modelli familiari e l'apparizione di forme differenti di vita relazionale". Esso insiste particolarmente sul fatto che "nessuna discriminazione deve essere realizzata sulla base dei modi di vita dell'individuo" e che, di conseguenza, "ciò deve implicare gli stessi diritti per tutti/e".

Tuttavia lo stesso testo, senza temere di apparire contraddittorio, precisa che il diritto alla libera scelta in materia di procreazione non comprende il libero accesso alla PMA.

Questa contraddizione deriva da una profonda incertezza a proposito dello statuto sociale della PMA. L'incertezza, a sua volta, è il risultato del fatto che, nel settore delle nuove tecnologie riproduttive, tutto è andato "troppo in fretta e troppo lontano" cosicché una elaborazione di queste pratiche procreative da parte del contesto sociale non è stata possibile.

Il progresso della tecnica è oggi molto più rapido della sua metabolizzazione nella coscienza, nei costumi, nelle leggi e nella pratica politica della società. La percezione di questo ritardo inquieta la collettività che s'interroga sul rischio che le nuove tecnologie della riproduzione non pongano più problemi di quanti ne risolvano poiché ogni problema risolto ne fa nascere un altro che non avevamo previsto.

f) ANONIMATO DEI DONATORI

Vogliamo concludere questa analisi offrendo alla riflessione dei nostri lettori una questione aperta, quella cioè del diritto del bambino alla sua identità e alla conoscenza della sua origine; da questo punto di vista, il principio dell'anonimato dei donatori di sperma è in flagrante contraddizione con la Convenzione Internazionale dei diritti del bambino. Siamo coscienti dei problemi di natura sociale e psicologica che il rispetto di questa norma può sollevare nelle nostre società dove diritti dei genitori, diritti dei donatori di gameti e diritti dei bambini sembrano confliggere(24) ; tuttavia siamo persuasi, e il parallelo tra PMA e adozione non fa che rafforzare questa opinione, che il rispetto dell'interesse del bambino imponga che esso abbia accesso a tutte le informazioni che gli altri hanno su di lui.

5. LA LEGGE

In Italia le prime proposte di legge in tema di inseminazione artificiale vengono presentate in Parlamento alla fine degli anni 50, ma si deve aspettare fino al 1985 perché venga adottato il primo provvedimento atto a regolamentare la materia della procreazione assistita. Questo provvedimento, che rimane a tutt'oggi l'unico tipo di regolamentazione esistente nel nostro paese, è rappresentato da una circolare del Ministero della Sanità che vieta alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale di effettuare interventi di fecondazione con seme di donatore .

Come era prevedibile, questa circolare ha avuto per effetto la proliferazione di centri privati spesso più interessati alla massimizzazione dei profitti che alla qualità dei servizi erogati e la conseguente perdita di ogni controllo sulla fascia più a rischio delle nuove tecnologie riproduttive.

Pochi anni prima era stata nominata dal Ministro della Sanità una Commissione costituita da scienziati, rappresentanti del Ministero e dell'Istituto Superiore di Sanità (28 uomini e 5 donne!) per procedere a uno studio preliminare alla formulazione di una normativa.

Questa Commissione, dopo una discussione svoltasi esclusivamente all'interno del ristretto gruppo di esperti che la componevano, concludeva i suoi lavori nel 1985 con proposte marcatamente proibizioniste. Veniva così persa l'occasione di dare inizio a una riflessione a ampio raggio sull'impatto delle biotecnologie applicate alla procreazione e di promuovere la crescita individuale e collettiva della coscienza sociale relativa a queste tematiche(25).

Da allora la situazione non è migliorata poiché un dibattito approfondito e pluralista non ha mai trovato spazio nel nostro paese.

Questa carenza potrebbe forse essere all'origine delle numerose contraddizioni e degli aspetti discutibili del progetto di legge approvato alla Camera dei Deputati nello scorso mese di maggio e attualmente in discussione al Senato.

Tra i molti aspetti di questo progetto, tre ci sembrano particolarmente degni di nota:

1) l'esistenza di materiale genetico (embrione) distinto dai soggetti che l'hanno prodotto, resa possibile dalle tecniche di procreazione assistita, è stata colta come occasione per ribadire un primato (biologicamente opinabile, ideologicamente pericoloso e praticamente gravido di possibili conseguenze nefaste) del prodotto del concepimento rispetto agli altri soggetti della procreazione. All'embrione – "che persona deve ancora diventare"(26) – è stato adesso attribuito lo status di soggetto a cui vanno riconosciuti diritti autonomi con la conseguenza dell'appiattimento della specificità del ruolo di madri e padri implicati nella procreazione;

2) la tutela della salute della donna non sembra essere una preoccupazione prioritaria per gli estensori della legge. Infatti, a differenza di ciò che si è verificato in altri paesi europei, questo testo di legge rinvia la maggior parte delle decisioni attinenti agli aspetti sanitari e alle questioni biologiche che li sottendono ad altre sedi e a tempi successivi alla sua entrata in vigore. Nei casi in cui, invece, la legge si esprime sulle procedure bio-mediche connesse alla assistenza alla procreazione, essa opta spesso per scelte potenzialmente dannose per la salute. Per esempio, per quanto riguarda il numero di embrioni che possono essere prodotti per ogni intervento di fecondazione, la decisione di produrre solo tre embrioni per ciclo (art 16), dato il basso tasso di successo delle tecniche attualmente in uso, può implicare la necessità per la donna di sottoporsi a più di un ciclo di trattamento ormonale per la stimolazione ovarica, con il conseguente significativo aumento dei rischi sanitari connessi;

3) questa legge sembra più volta alla difesa di un modello di famiglia 'normale' e al tentativo di scardinare la legge sull'aborto che all'introduzione di regole per tutelare la salute dei soggetti coinvolti nell'assistenza alla procreazione.

Sembra, invece, opportuno, che gli aspetti sanitari della procreazione assistita vengano affrontati con un regolamento volto a disciplinare l'attività delle strutture che praticano l'assistenza alla procreazione e a tutelare la salute di tutti i soggetti coinvolti, nell'attesa di una indispensabile maturazione della coscienza sociale su queste tematiche.

6. DONNA E FUTURO

Le nostre considerazioni s'inseriscono quindi in una prospettiva assai ampia, se si tiene conto dei fattori che sono qui rappresentati. Da un lato constatiamo i progressi della scienza e l'aumento delle possibilità che essa ci offre. Dall'altro si deve indubbiamente registrare anche un'evoluzione dei costumi e delle idee. Entrambi questi fattori fanno maturare insieme promesse e contraddizioni. La scienza ci apre un futuro brillante per certi aspetti, ma ancora dubbioso o oscuro per altri aspetti, mentre l'evoluzione dei costumi e delle società determina l'arbitrarietà o l'incertezza del comportamento nell'ambito familiare. La dimensione del tempo che guarda al futuro è così diventata della più grande importanza proprio per l'intrecciarsi di tali fattori: lo sviluppo scientifico e tecnologico e l'evoluzione dei costumi, insieme con l'incertezza che essi provocano. Tutto ciò impone una consapevolezza rinnovata e chiama alla ricerca di una nuova etica che sappia dare il giusto peso alla dimensione del futuro. Ora, proprio nel campo della PMA, il tema 'futuro' acquista subitaneamente un volto più concreto: è il volto della figlia e del figlio. Ad essi è legata in maniera forte, fin dai tempi più antichi, la dimensione del futuro. In quest'ambito la figura della donna assume un significato del tutto particolare, a causa dell'incidenza delle questioni trattate in questo documento. Nel corpo della donna sembra iscritta la dimensione del futuro in un modo notevole. D'altra parte il corpo ricorda anche la nozione di limite e ci collega ad una realtà attuale insuperabile. Non possiamo dimenticare l'io integrato nel corpo, il nostro corpo vissuto, che è insieme il nostro limite e la nostra ricchezza umana.

L'insieme di tali considerazioni ci autorizza a mettere in evidenza il *legame tra donna e futuro*.

Una indiretta conseguenza delle pratiche di PMA descritte in questo documento, può essere quella che il corpo della donna diventi oggetto di ricerca e di sperimentazione secondo un metodo scientifico basato ancora sul concetto di dominio. È quindi importante che si dia più spazio alle donne scienziate e alla cultura che esse trasmettono, proprio nell'ambito delle nuove tecnologie di PMA, in quanto l'opzione delle donne in campo scientifico sembra essere quella della dinamica di relazione e di una visione olistica della realtà, piuttosto che quella del dominio.(27)

Allo stesso modo, diventa sempre più urgente che i valori che vengono dal mondo della cura, dell'interiorità, degli affetti, della corporeità, che finora sono stati considerati specificità del mondo femminile, diventino patrimonio universale della civiltà umana e quindi di uomini e donne. Attraverso questa crescita di coscienza di uomini e donne, cittadini e cittadine, l'autodeterminazione cui ogni individuo ha diritto potrebbe aprirsi ad una rete di relazioni di corresponsabilità, pur riconoscendo l'autonomia morale e la libertà individuale di ognuno/a. In questa rete di relazioni di corresponsabilità il padre, come riferimento eticamente valido, dovrebbe rispondere alle stesse aspettative che si richiedono in genere solo e sempre alla madre.

Nel contesto delle nostre scelte etiche non vi è però soltanto la voce femminile e la voce maschile, ma vi è anche quella del povero e del ricco, del libero e dell'oppresso. L'etica ci pone sempre di fronte a nuove scelte e a nuovi ripensamenti, così se vogliamo adottare l'ottica di una rete di relazioni, non possiamo ignorare ciò che accade oltre i confini della nostra casa occidentale, che comincia ad essere invasa dalla sofferenza di bambini e bambine che provengono da mondi molto diversi dal nostro. Si evidenzia allora l'esigenza di responsabilità verso regioni e continenti vittime del razzismo, del genocidio, dello squilibrio nella distribuzione delle ricchezze.

Per quanto riguarda la *famiglia*, le domande che si pongono riguardano precisamente l'evoluzione dei costumi. Oggi il desiderio di genitorialità può manifestarsi in persone che vivono sole, in coppie di fatto o in coppie sposate. La caduta del modello tradizionale di famiglia e l'affermarsi di modelli che potremmo chiamare sperimentali comporta scelte di vita che si aprono a nuove possibilità di convivenza. Considerando inoltre l'instabilità dei legami coniugali e il conseguente maggior numero di separazioni e divorzi e le famiglie ricostituite attraverso le quali si moltiplicano i punti di riferimento parentali, diventa importante valutare la possibilità di creare una rete di supporti e aiuti reciproci per cui si possa parlare di una famiglia estesa ed allargata.

Il punto di vista che oggi emerge dall'area di cultura protestante considera la famiglia nel suo contesto sociale laico, quale si presenta nel mondo contemporaneo.(28) Questo punto di vista è facilitato dal fatto che nel cristianesimo di cultura protestante si fa riferimento alla famiglia al di fuori di ogni concezione sacramentale del matrimonio. Poiché solo Dio è *Altro* e il mondo non ha in sé nulla di sacro, neppure la famiglia è in se stessa sacra. La famiglia appartiene tuttavia alla sfera etica e non può diventare un terreno aperto a qualsiasi arbitrio o preferenza. La famiglia, se formata da credenti, diventerà luogo di testimonianza e impegno vocazionale. Ma anche chi non è credente finirà per doversi seriamente interrogare sulle proprie responsabilità familiari.

Diventare genitori non vuole solo dire dare la vita biologicamente, ma vuole anche dire impegnarsi a creare per il bambino o la bambina un ambiente eticamente adatto, dove possa sviluppare la sua personalità. Dobbiamo prepararci ad entrare in rapporto con questi bambini e bambine, rendendo loro conto delle nostre scelte e rispondendo alle loro domande, in quanto certamente ci interrogheranno sull'eredità ricevuta.

Così questi bambini e bambine ci mettono, ci metteranno, in rapporto con l'umanità futura. Il nostro punto di riferimento quindi non può più essere soltanto l'"io", ma questa umanità futura, che non conosceremo mai e mai ci conoscerà. È giusto ricordare a tal proposito l'imperativo di "non reciprocità" illustrato da Hans Jonas: se sei genitore/trice sei responsabile dei figli/e e, se sei uomo o donna di Stato, sei responsabile degli esseri umani senza aspettarti nulla in cambio, perché è materialmente impossibile.(29) Un'etica di tal genere, per un cristiano o una cristiana, ha il suo parallelo nel detto evangelico "Gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date" (Matteo 10, 8), in cui alla gratuità di Dio verso di noi corrisponde la nostra gratuità verso l'umanità.

Il *rispetto verso il corpo persona* e la *responsabilità verso l'umanità futura* impongono dunque dei limiti. Limiti che in futuro potranno anche rivelarsi superati, ma limiti, che oggi è importante riconoscere, proprio al fine di dare significato alla dimensione del futuro, che oggi appare la più importante.

Quale è la posizione delle chiese nei confronti di questioni così delicate? Nel contesto delle chiese la sessualità e la scelta di procreare rientrano nel campo della libera determinazione degli individui. Non c'è perciò una posizione delle chiese, ma c'è piuttosto un ruolo delle chiese che è quello di aiutare i credenti a assumere le loro responsabilità nella vita quotidiana, promuovendo un dialogo fondato sul pluralismo etico e orientato dalla prospettiva evangelica.

Riassumiamo la nostra posizione sulla PMA nelle seguenti proposte.

7. PROPOSTE

Affinché la tecnologia resti al servizio dell'essere umano e la preoccupazione del benessere delle persone coinvolte sia posta al centro della riflessione e della valutazione del progetto biomedico applicato alla procreazione, proponiamo che:

1. le risorse destinate alla terapia dell'infertilità siano equamente distribuite tra prevenzione, opzioni mediche convenzionali e nuove tecnologie riproduttive. Infatti, le considerevoli risorse economiche legate allo sviluppo della PMA (produzione di nuovi farmaci, messa a punto di nuove tecnologie, sviluppo delle pratiche mediche) al momento attuale implicano delle scelte nell'allocazione delle risorse che hanno condotto a una drastica riduzione della ricerca e dell'applicazione di programmi di prevenzione e di terapia della sterilità;
2. il primato e l'autodeterminazione della donna siano rispettati, poiché, attraverso la sua relazione con il bambino e con il padre essa dà significato alla nascita e a tutti i soggetti implicati nella procreazione;
3. degli esperti nel campo (medici, genetisti e biologi della riproduzione) si esprimano specificando quali sono gli aspetti tecnici della PMA che sono ancora a livello sperimentale e quali, invece, costituiscono un protocollo terapeutico, fondato su conoscenze precise e verificate;
4. un consigliere (indipendente dal medico che pratica l'assistenza alla procreazione) fornisca una informazione completa e circostanziata sulla natura dei trattamenti e dei percorsi da seguire, sui rischi inerenti alla PMA, sui suoi bassi tassi di successo e vengano creati spazi pubblici di informazione e di discussione sulla procreazione assistita e l'infertilità per rompere il silenzio favorito dalla natura invasiva delle tecnologie biomediche;
5. un progetto a livello internazionale venga varato allo scopo di raccogliere informazioni sullo stato di salute alla nascita dei bambini nati da PMA e sul loro sviluppo nei primi anni di vita, insieme alla valutazione (che sarà possibile fra breve) del livello della loro fertilità. Per evitare i rischi di discriminazione impliciti in una iniziativa di questo genere e per garantire il rispetto della vita privata e familiare dei bambini e dei genitori coinvolti nella procreazione assistita, sarebbe indispensabile che questo progetto fosse inquadrato dal punto di vista etico (garanzie di riservatezza, validazione dei progetti di studi epidemiologici da parte di istanze internazionali) e che la raccolta dei dati fosse sottoposta al consenso dei genitori e dei figli quando essi abbiano raggiunto la maggiore età;
6. una valutazione multidisciplinare e approfondita dei dati relativi a vent'anni di applicazione delle tecniche di assistenza medica alla procreazione (analizzati dal punto di vista medico, psicologico, genetico e giuridico) sia condotta a livello europeo e i risultati di questo lavoro siano oggetto di dibattito pubblico;
7. il Comitato Direttivo di Bioetica del Consiglio d'Europa elabori una base comune alle legislazioni promulgate negli Stati membri, nel rispetto delle differenti tradizioni culturali, filosofiche, religiose e dei diritti universali dell'uomo.

Roma, 19 luglio 1999.

Il Gruppo di lavoro sui problemi etici posti dalla scienza

NOTE

- (1) Per la definizione di questo termine, cfr. punto 3.
- (2) Per la definizione di questo termine, cfr. punto 3.
- (3) Anche la genetica e la biologia molecolare sono discipline relativamente 'giovani' poiché la nascita della prima può essere fatta risalire alla formulazione delle leggi di Mendel (1865) e quella della seconda alla scoperta, compiuta da Watson e Crick nel 1953, della struttura a doppia elica del DNA.
- (4) Proposta di legge di disciplina della procreazione medicalmente assistita votata alla Camera dei Deputati del Parlamento Italiano il 26 maggio 1999 e attualmente in attesa di essere esaminata dal Senato.
- (5) Assenza totale di spermatozoi nel liquido seminale.
- (6) Baird D. (1979) *Br. Med. Bull.* 35: 977-80.
- (7) In questo studio sono stati analizzati soltanto i dati contenuti nei 50 lavori pubblicati negli ultimi 20 anni.
- (8) Carlsen E. et al. (1992) *B.M.J.* 305: 609-13. Olsen et al. (1995) 63: 887-93.
- (9) Delaisi G. e Verdier P., *Enfant de personne*, ed. O. Jacob, Paris 1994.
- (10) Il numero di trattamenti di fecondazione in vitro eseguiti in Francia è passato da 6900 del 1985 a 24500 nel '91, mentre,

negli Stati Uniti, nel 1994 le fecondazioni sono state 23000 contro le 30600 del '96. (Testart J., *La procreazione assistita*, Il Saggiatore, Milano 1996 e "Assisted reproductive technology in the US: 1996 results generated from the American Society for Assisted Reproductive Technology")

- (11) Zigote: cellula prodotta durante la fecondazione e risultante dalla fusione dell'ovocita e dello spermatozoo.
- (12) Pizzini F., *Maternità in laboratorio*, Rosenberg e Sellier, Torino 1992.
- (13) "Evidence based medicine": medicina fondata sulle prove di efficacia, cioè sulle conoscenze ottenute mediante l'esame esauriente della letteratura scientifica e la valutazione appropriata dei trattamenti e dei loro risultati.
- (14) "Infertility and subfertility" in *Clinical Evidence* 1, June 1999.
- (15) Healy D. in "Fertility and Reproductive Medicine", *Elsevier Science* 1998.
- (16) Kim E. et al (1998) *Prenat. Diagn.* 18: 1349-65.
- (17) Cfr. nota 14.
- (18) Cellula staminale: qualsiasi tipo cellulare capace sia di proliferare in stato indifferenziato che di dare origine a prodotti differenziati come per esempio le cellule germinali.
- (19) Nau J., in *Le Monde*, 1 ottobre 1998.
- (20) Protocollo addizionale alla Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina del Consiglio d'Europa che sancisce l'interdizione del clonaggio di esseri umani.
- (21) Art. 13 della Convenzione. La terapia genica germinale è una tecnologia biomedica volta all'eliminazione di un difetto genetico mediante intervento diretto sul DNA delle cellule della linea germinale. Il suo effetto verrà dunque trasmesso alla discendenza dell'individuo trattato.
- (22) "Certi *possibili* devono essere rifiutati. Li si riconosce dal loro rumore insopportabile, dalle perturbazioni che annunciano nel tessuto mentale, culturale e politico." (J. Testart)
- (23) All'attività del gruppo (composto da scienziati, teologi e un giurista) partecipa anche una rappresentante della Federazione italiana delle chiese evangeliche.
- (24) Delaisi G. e Verdier P., *Enfant de personne*, ed. O. Jacob, Paris, 1994.
- (25) Lamonica B., Gandus G., Errico R. (1999) in *Questione giustizia* in corso di pubblicazione.
- (26) Espressione tratta da una sentenza della Corte Costituzionale del 1975.
- (27) Cfr. Pons G., voce "Donna (conflitto nella scienza)", in *Dizionario di teologia della pace*, EDB, Bologna, 1997.
- (28) Vedi Bein Ricco E., "La famiglia tra modernità e protestantesimo", in Aa.Vv., *Nuovi volti della famiglia*. Tra libertà e responsabilità, **Claudiana**, Torino 1997.
- (29) Jonas H., *Il principio responsabilità*, Einaudi, Torino 1990.