



La procreazione assistita: aspetti etici¹

I matrimoni sterili in Italia sono circa il 15%. Sono coppie che spesso «risentono dolorosamente della mancanza di un figlio» (Ostuni). La maggior parte degli autori considerano il desiderio di maternità e di paternità il frutto di un «meccanismo intrapsichico individuale» (James), ma molti studiosi evidenziano anche come esso possa essere socialmente indotto (James) dal «sistema culturale di parentela e filiazione». Secondo James

La nostra cultura è basata su un mito importantissimo, che è quello dei legami di sangue... [esso] favorisce, nella nostra cultura, l'incredibile importanza accordata al legame biologico madre-figlio e, parallelamente, l'insignificanza del ruolo accordato al padre, che si limiterebbe alla mera fornitura dello spermatozoo fecondante... la madre viene investita di una schiacciante responsabilità nella riuscita di questo figlio che sarà, per così dire, una parte di lei; dall'altra, il padre viene drammaticamente escluso dalla sua paternità (e non è certo il tentativo un po' forzato di farlo partecipe del parto o della cura del bambino che potrà rimpiazzare la mancanza di riferimenti cui si trova a far fronte).

Ma, egli aggiunge,

l'istinto naturale della maternità/paternità non esiste affatto... è semplicemente un mito molto enfatizzato in Occidente... al momento della nascita un bambino è ancora ben lontano dall'essere figlio di sua madre... la madre dovrà, prima di poter far posto al figlio reale che ha messo al mondo, staccarsi dal bambino immaginario che ha portato dentro di sé.

Ostuni e coll. notano come fra le coppie sterili alcuni sono «frustrati dalla perdita di controllo del funzionamento del loro corpo, perdita che essi sopportano tanto peggio avendo la pratica contraccettiva indotto la convinzione che “avrebbe dovuto funzionare ad ogni costo”». In questi casi «sia il desiderio sia il rifiuto della

¹ Testo di un discorso pronunciato a una cena sociale del Soroptimist di San Marino novembre-dicembre 1994.

maternità vengono concepiti come veri e propri diritti, indiscutibilmente avallati dalla rivoluzione contraccettiva e dall'aborto».

La maggior parte degli Autori è concorde nell'affermare che il «desiderio di maternità è più pressante di quello di paternità» (Struzziero e Corbo). Terenzi e coll. ascrivono questo fatto a influssi sociali. Affronti e coll. fanno notare che per certe donne «in cui spiccata è l'idealizzazione della maternità, con sovrapposizione del concetto di femminilità al concetto di maternità, il raggiungimento di uno stato gravidico, oltre ad essere fattore di salute, diventa un diritto, un bisogno». Alla luce di queste considerazioni Struzziero e Corbo giungono ad affermare che «offrire alla donna la possibilità di vivere la maternità fa parte del servizio alla vita che è proprio dei compiti del medico».

Non c'è da meravigliarsi dunque se nel mondo contemporaneo siano fiorite le tecniche per aiutare le coppie sterili a realizzare questo desiderio, che alcuni come abbiamo appena detto hanno perfino considerato un diritto. E tuttavia lo stesso Ettore Cittadini, uno dei grandi iniziatori delle moderne tecniche di procreazione assistita in Italia, mentre fa notare che «è oggi possibile... programmare la nascita, il sesso del nascituro, creare artificialmente dei gemelli, dissociare le funzioni parentali e scindere la sessualità dalla procreazione», definisce questo «aspetto della medicina», «“medicina del benessere” e “del desiderio”» (*Contraccezione Fertilità Sessualità* 12.4, 361). Affronti e coll. osservano che questo tipo di medicina pone «interrogativi spinosi per le implicazioni di ordine biologico, etico, religioso e giuridico, con rischio di radicalizzazione delle rispettive posizioni».

Il grande successo delle tecniche della procreazione assistita va anche visto alla luce della sua maggiore accettabilità per molte persone nei confronti della tradizionale pratica dell'adozione. Ostuni e coll. fanno notare che «il bambino della inseminazione o della FIVET è un bambino “biologico”, medico, quindi consentito; il figlio adottivo è un figlio sociale» (436). James osserva che «Avendo i genitori biologici abdicato alle loro funzioni educative affidando i figli a nonne e istituzioni cercano una legittimazione nella FIV o IAD almeno della biologicità di uno dei due». Soulé fa osservare che «i genitori biologici si adoperano perché i loro figli credano che non ci sia stato alcun coito tra di loro, e da sempre ricorrono alla favola della cicogna o in modo più moderno del “semino”». Tutto questo gioca naturalmente a favore dei metodi della procreazione assistita. Inoltre la diffusione della contraccezione, il ricorso all'IVG e la tendenza delle ragazze madri a tenere con sé il proprio figlio illegittimo hanno fatto diminuire il numero di bambini disponibili per l'adozione. A chi obietti che molti bambini da adottare esistono ancora nel terzo mondo,

Affronti e coll. rispondono che questo ricorso è da molti scartato per motivi psicologici e sociali.

Ecco dunque almeno in parte spiegato il grande successo della così detta riproduzione assistita, ossia di quelle tecniche messe in atto dai medici per aiutare coppie sterili a generare un figlio.

I metodi fondamentali della riproduzione assistita sono:

- l'induzione dell'ovulazione,
- l'inseminazione artificiale omologa ed eterologa
- la fecondazione artificiale o in vitro [fiv] che può prevedere ovodonazione o embriondonazione
- la surrogazione o madri alternative.

Essi comportano l'introduzione di «manipolazioni del sistema riproduttivo via via più complesse» (Cittadini e Palermo). Di ciascun metodo descriveremo brevemente le caratteristiche tecniche, gli aspetti psicologici, legali ed etici.

Induzione dell'ovulazione

Esiste una serie di farmaci capaci di stimolare l'ovulazione, ossia la produzione dell'ovulo pronto ad essere fecondato da parte dell'ovaio. I principali farmaci induttori dell'ovulazione sono: ciclofenile, epimestrolo, la bromocriptina, il citrato di clomifene, l'FSH puro (metroline), l'HMG (pergonal). L'uso di questi farmaci è sempre più frequente in quanto l'induzione dell'ovulazione non è più utilizzata solo come

- a. induzione primaria dell'ovulazione in donne con anovulazione cronica e/o oligomenorrea e sterilità, o come
- b. approccio fisiologico alla correzione dei difetti della fase luteale che riconoscono la loro origine in un'insufficiente stimolazione della steroidogenesi follicolare, ma anche come
- c. programmazione e timing dell'ovulazione nei tentativi di coito controllato per oligoastenospermie, nelle inseminazioni intraconiugali ed extraconiugali al fine di diminuire il numero degli atti inseminativi e di aumentarne il rendimento, e infine come
- d. induzione di ovulazioni multiple con la finalità di raccogliere più ovociti da fecondare, di ottenere più embrioni da reinserire e di aumentare le chances di gravidanza nella fecondazione extracorporea.

L'uso di questi farmaci presenta tre problemi fondamentali:

- a. una maggiore abortività,
- b. l'induzione di gravidanze multiple con le problematiche ad esse connesse,
- c. il sospetto di una maggiore incidenza di patologie malformative.

I problemi etici non sembrano eccessivamente gravi nei casi di anovulazione cronica, di deficit luteale e, entro certi limiti, di oligoastenospermie. Una coppia sterile per anovulatorietà, deficit luteale o oligospermia può essere aiutata attraverso questa tecnica a concepire nel pieno rispetto perfino delle norme etiche più restrittive che escludono la legittimità della «procreazione senza sessualità».

Inseminazione artificiale

Si effettua mediante la collocazione del seme maschile (fresco o congelato), in concomitanza con il periodo fecondo dell'ovulazione, di regola lungo le vie vaginali, talora direttamente nell'utero o persino nella cavità intraperitoneale (i.p.i.). Per aumentare le probabilità di successo spesso si ricorre all'induzione dell'ovulazione, al fine di programmare il giorno dell'ovulazione, e a tecniche di miglioramento dello sperma. Questa metodica ha generato inquietudini, in quanto comporta una intrusione nei processi della riproduzione umana, che si espleta così senza un vero atto d'amore. Affronti e coll. tuttavia affermano che «artificiale è soltanto il modo con cui il seme viene introdotto nell'apparato genitale femminile in sostituzione della naturale introduzione». E secondo Cittadini c'è più amore in questo sforzo compiuto dai coniugi per avere un figlio che tutti i loro rapporti sessuali. Egli, sempre molto laico nelle sue impostazioni etiche, definisce l'inseminazione artificiale un semplice «“artificio” per favorire l'incontro tra spermatozoi e ovocita quando esso è reso impossibile o difficile da cause anatomiche maschili o femminili o per favorire un incontro più agevole nei casi di deficienza qualitativa dello sperma» (*Contraccezione Fertilità Sessualità* 12.4, 367)

L'inseminazione artificiale può essere omologa o eterologa.

L'inseminazione artificiale OMOLOGA (IAH)

L'inseminazione artificiale OMOLOGA (IAH) prevede l'uso del seme del marito o di colui che anche socialmente assume il ruolo di genitore.

Legalmente è perfettamente legittima, purché sia attuata con il consenso della donna. Nel caso sia eseguita *post mortem* (ovviamente del maschio) richiede una sua disposizione testamentaria.

Da un punto di vista etico questo metodo rientra nel concetto di «artificialità della riproduzione intesa come potenzialità e capacità generatrice indipendente dalla

sessualità» (Ostuni). Comportando una «dissociazione fra momento unitivo e momento procreativo», essa viene esclusa da quelle coppie che non accettano «procreazione senza sessualità». E tuttavia Affronti e coll. fanno notare la «liberalizzazione dei costumi con scissione del binomio sessualità uguale procreazione». E Valsecchi e coll. sottolineano che la sessualità è considerata «sempre meno una funzione procreativa, anzi sempre più funzione radicale di godimento, funzione costante di incontro personale, funzione complessa di socializzazione fra molti, funzione corale di desiderio e di gioco» (Valsecchi), Queste considerazioni ne giustificano al contrario la notevole diffusione.

A questo proposito la chiesa cattolica ha una posizione che a taluni appare molto rigida. La Chiesa afferma che

i figli della provetta, come vengono chiamati questi «prodotti di laboratorio in serie», sono considerati il frutto di un atto disumanizzante, che separa l'atto d'amore da quello riproduttivo; siffatta procreazione senza sessualità minaccia, specie per alcune sue estreme applicazioni, di considerare l'uomo come un animale, pertanto trattasi di metodiche non consentite né dalla morale naturale, né dalla morale cattolica propriamente detta. Tali illiceità devono ricavarsi sia dall'esame della natura della riproduzione, sia dalla dottrina del matrimonio. (Affronti)

Sempre dal punto di vista etico l'inseminazione artificiale omologa comporta la difficoltà del prelievo del campione di sperma mediante ipsazione.

L'inseminazione artificiale ETEROLOGA (IAD)

L'inseminazione artificiale ETEROLOGA (IAD) prevede l'uso del seme di un donatore. Su questa tecnica si concentra la maggior richiesta, malgrado gli innegabili problemi etici e legali che essa comporta.

Questa tecnica si è affermata dopo l'introduzione della criopreservazione del seme e la realizzazione delle così dette banche dello sperma. Questo ha infatti permesso un ampio stoccaggio di campioni in rapporto alle caratteristiche somatiche e gruppali dei donatori. Come curiosità storica possiamo ricordare che i primi tentativi di criopreservazione dello sperma sono stati compiuti da Lazzaro Spallanzani nel 1776; un secolo dopo il Mantegazza proponeva la criopreservazione dello sperma di mariti assenti per motivi bellici. Oggi depositano preventivamente il proprio seme presso banche dello sperma anche uomini che si sottopongono a vasectomia.

Le banche dello sperma in genere tengono un registro dei donatori con le caratteristiche minime: in primo luogo, l'emogruppo e le caratteristiche somatiche; in secondo luogo, attività lavorative, interessi, aspetto, temperamento, abitudini, storia medica.

Vari autori descrivono quelli che essi considerano le caratteristiche ideali del donatore: dovrebbe essere giovane, in quanto il crescere dell'età comporta un progressivo aumento dell'incidenza di anomalie cromosomiche, sconosciuto alla coppia ricevente, offrire il seme gratuitamente. In effetti in Italia si usano per lo più studenti universitari volontari o remunerati con una cifra di entità minima. Si descrivono tuttavia donatori mercenari, e anche Nobel. Affronti e coll. scrivono che a loro giudizio lo sperma dovrebbe essere offerto gratuitamente e rappresentare il dono consapevole di una coppia che ha la gioia di avere figli a un'altra coppia priva di questa felicità.

Dal punto di vista della legge, l'inseminazione artificiale eterologa si colloca ai confini della legalità per la complicazione dei rapporti fra nascituro e donatore e padre putativo. Si pone anche il problema di possibili matrimoni consanguinei, dato l'anonimato del donatore. Di fatto l'evenienza si è dimostrata pressoché impossibile.

Dal punto di vista psicologico, non esistono molti studi sulle coppie che hanno avuto un figlio con tale tecnica per un doppio ordine di motivi: scarsa collaborazione delle coppie che hanno praticato l'IAD e riluttanza degli psicologi stessi a intromettersi in equilibri familiari che si per sé possono già essere delicati. Affronti e coll. esaminano la psicologia della domanda: in genere proviene da coppie di livello culturale medio-elevato. In queste coppie il bisogno della gravidanza è centrale rispetto al bisogno del figlio. Alcuni evidenziano il desiderio della donna di limitare la ferita narcisistica e il danno alla virilità del marito: infatti l'inseminazione artificiale può avvenire in segreto e pertanto la complicità fra i due rinsalda il legame. Struzziero e Corbo sono fra i pochi che hanno esaminato gli effetti psicologici sul marito, sulla moglie, sul figlio e sul medico.

Il marito «si trova nella condizione di conciliare lo stato di malattia con la situazione di essere diventato padre di un bambino che non è suo»; nonostante questo essi rilevano una «bassa incidenza di alterazioni dell'equilibrio psichico».

Quanto alla moglie, essa in genere tende a identificare il donatore con il «padre mitico, onnipotente che genera un figlio con sua figlia» (e pertanto può avere pensieri di incesto). In tal modo essa tende a idealizzare il figlio. Essi fanno notare a riprova di questo fatto che molto spesso i figli nati con questa tecnica ricevono nomi mitici, di eroi o eroine, e raramente nomi tratti dall'ambito familiare.

Per il figlio questa idealizzazione può costringerlo al ruolo di bambino bravo a tutti i costi che non può tradire le aspettative dei genitori.

James definisce il figlio nato da questa tecnica «figlio a tutti i costi» e la gravidanza «gravidanza preziosa». Egli osserva che «questo significa azionare un mito... estremamente pesante e rischioso: “il figlio che si aspetta sarà senz’altro un bravo bambino, ed i genitori dovranno amarlo senza riserve”». «Condannati a soddisfare i loro genitori, questi bambini corrono il rischio di manifestare delle gravi turbe della personalità, determinate dall’obbligo di entrare nell’identità in prestito, costituita dal desiderio dell’altro».

Il medico, talvolta l’unico a conoscere l’identità del donatore (James), è descritto da James come

Padre onnipotente, fornitore di bambini, guardiano dell’alcova, garante della filialità, grande riparatore di maternità e paternità in panne... a quale insufficienza ripara dunque? Ed in ricordo di quale umiliazione? Egli è colui che guarisce la ferita, è colui che allarga i limiti, è colui che dà un figlio. Colui che fa dell’altro, in un certo senso, un eterno obbligato? E quale controregalo, in effetti, sarà mai possibile fare in cambio di un simile debito?

Ostuni afferma che talvolta «il narcisismo del medico, inteso come necessità di conferma o, provocatoriamente, di “paternità” rischia di essere fuorviante» (437). Qualcuno suggerisce che proprio questo narcisismo può aver spinto taluni a esagerare in questo senso.

Quanto ai donatori, Affronti e coll. dicono «a volte il donatore può percepire in maniera psicologicamente negativa la sua funzione di stallone» e che il 55% dei donatori in qualche modo pensano al bambino e che il 10% se ne rammarica.

Affronti e coll. elencano come controindicazioni all’inseminazione artificiale eterologa i conflitti coniugali che si spera di risolvere con l’arrivo del figlio, e nervosi del marito.

Le obiezioni di carattere etico sono identiche a quelle contro l’inseminazione artificiale omologa. Ci si può in aggiunta porre il problema se un figlio nato in questo modo possa essere considerato adulterino. I sostenitori della tecnica sostengono da questo punto di vista che è sufficiente che la coppia sia d’accordo sul metodo. E tuttavia alla luce dell’estrema delicatezza del legame della coppia, ci si chiede se questo atto (ma altrettanto si può dire dell’ovodonazione) sia compatibile con il rispetto dei diritti dei due membri della coppia, se sia compatibile con il sentimento

di reciproca lealtà auspicabile come solida base del legame coniugale. Né vale l'obiezione che sia sufficiente il libero consenso di entrambi. Il diritto di ciascuno dei due partner a essere accettato come è e ad avere come tale la lealtà del partner può essere considerato talmente importante ai fini dell'unità della coppia da non potersi includere fra i diritti volontariamente rinunciabili. In altre parole la rinuncia volontaria a questo diritto potrebbe essere di per sé lesiva dell'unità della coppia.

Fecondazione artificiale

La fecondazione artificiale consiste nella fusione «in vitro» dei gameti della coppia che vengono poi trapiantati. Essa viene ottenuta mettendo in incubazione in provetta con seme capacitato più ovociti (prelevati mediante appositi aghi, per via laparoscopica, oppure con guida ecografica per via transaddominale, transvaginale, transvescicale) e quindi mediante coltura degli embrioni così ottenuti e loro posizionamento (in genere in numero di quattro) nel fondo dell'utero (dopo circa 48 ore) con particolari cateteri.

Per meglio comprendere le tecniche e gli aspetti legali ed etici della fecondazione artificiale è opportuno ricordare alcuni semplici concetti di embriologia. La cellula che si determina con la fusione del pronucleo di un ovocita con il pronucleo di uno spermatozoo si chiama zigote o uovo fecondato. Questa unica cellula dopo qualche ora dalla fecondazione (fra le 14 e le 26 ore) incomincia a suddividersi inizialmente con un ritmo alquanto lento. Quando il prodotto del concepimento è giunto a essere composto di 16 o più cellule si parla di morula; a 32-64 cellule è detto blastocisti; dopo 5 giorni la blastocisti è composta di 180 cellule. Fino allo stadio di 100 cellule (Cittadini) si parla di preembrione, dopo si parla di embrione vero e proprio. Il preembrione resta libero per 2-3 giorni in cavità uterina prima di impiantarsi.

Esistono varie tecniche di fecondazione artificiale.

FIV/ET: fecondazione in vitro con trasferimento di embrione

I primi esperimenti di questa tecnica risalgono al 1969, ma solo il 25 luglio 1978 si ha il primo frutto: è la piccola inglese Louise Brown; in Italia il primo figlio della fiv/et nasce a Palermo nel 1984 nella Clinica del professor Ettore Cittadini. Nel 1991 i nati da fiv/et erano oltre 38.000. La percentuale di successo della tecnica è varia per i vari autori. Si parla di gravidanza nel 15% circa delle coppie trattate e di parti nel 12%.

Vi sono vari tipi di fiv/et:

L'ovodonazione

Un primo tipo è la donazione di ovuli o ovodonazione. Questo comporta il trasferimento dell'ovulo di una donna fertile nell'utero di una donna sterile incapace di ovulare o con ovaie incapaci di procreare perché affette da sindrome aderenziale.

L'ovodonazione può essere espletata secondo varie modalità:

- una prima modalità è quella del recupero di preembrioni mediante lavaggio dell'utero di donatrici fertili sottoposte a inseminazione artificiale;
- una seconda modalità prevede la fecondazione in vitro di un ovocita donato a una donna affetta da fallimento ovarico precoce.

L'ovodonazione è una fecondazione eterologa, che comporta una grande novità. Infatti come osserva Cittadini «la donna che porta un bambino che non è il bambino genetico di suo marito configura la vecchissima condizione dell'adulterio, mentre la donna che porta un bambino che non è suo figlio genetico rappresenta una situazione interamente nuova» (*Contraccezione Fertilità Sessualità* 19.1 [gennaio 1992], 15)

Esistono vari tipi di donatrici:

- a. donatrice relazionale (sorella, parente o amica)
- b. donatrice passionale (dona per altruismo senza conoscere)
- c. donatrice occasionale (in occasione di interventi chirurgici)
- d. donatrice addizionale (paziente FIV/ET che dona parte degli ovuli che le sono stati prelevati)

Anche l'ovodonazione come la donazione dello sperma deve essere secondo la maggioranza degli autori gratuita e anonima. Al concetto dell'anonimato si ribella la psicologa francese Genevieve Delaisi De Parseva, che scrive:

non è un dono megalomaniaco, è un dono umano, io ti dono un ovulo tu ne puoi fare quello che vuoi. Quando il bambino sarà in età di comprendere esattamente cos'è il dono di un ovulo, saprà che la donna donatrice ha donato un "vettore di genitorialità" cioè a dire qualcosa che è servito perché lui nascesse. Questa trasparenza mi sembra importante per aiutare il bambino a costruirsi uno psichismo solido. Se la coppia è sufficientemente matura per fare appello ad un'amica che le donerà un ovulo e lei stessa è sufficientemente matura da donarlo, perché un bambino non dovrebbe sentirsi bene integrato in questa storia umana che si iscrive così bene nelle nostre referenze culturali? (in Cittadini e Palermo)

Si sono fatte molte discussioni sull'età della ricevente. E a questo proposito Carlo Flamigni afferma:

fino a che punto sia vero che una madre anziana non sappia educare il proprio figlio o non gli possa assicurare una presenza educativa utile per un periodo sufficiente, le reazioni “da confronto” dei figli che dovranno paragonare la propria madre a quella degli amici, il carattere spesso egoistico di questa scelta (paura della solitudine), sentimenti di rivalsa o di paura che esprimono il tentativo di arrestare il trascorrere del tempo. (in Cittadini)

Flamigni ricorda che le donne campano oltre 80 anni, che si è vicini a ritardare la data della menopausa, quindi presto una gravidanza in tarda età sarà considerata legittima.

L'embriondonazione

Una seconda modalità della fiv/et è quella della donazione di embrioni o embriodonazione. Trasferimento nell'utero di una donna sterile di uno o più embrioni ottenuti mediante fecondazione in vitro di gameti di due donatori, oppure recuperati mediante lavaggio uterino da una donna fertile a cinque giorni di distanza dalla sua inseminazione artificiale con il seme del partner della ricevente.

Altre tecniche della fiv/et sono:

GIFT (gamete intra-fallopian transfer): trasferimento intratubarico dei gameti [1991: 6000] [il primo nato per gift risale al 1984] [gravidanze dal 15 al 20% dei casi; parti nel 12%] [malformazioni uguali come nelle gravidanze normali]

ZIFT (zygote intra-fallopian transfer): trasferimento intratubarico dei gameti non appena avviene il concepimento.

TEX: trasferimento intratubarico dei gameti allo stadio di tre o quattro cellule

TIUG: trasferimento intrauterino di gameti: ovociti e spermatozoi vengono trasportati separati in catetere e si incontrano nella cavità uterina.

Problemi psicologici: Secondo Ostuni questo è un tipo di nascita eccezionale. Egli fa notare anche che la storia ha tramandato esempi di nascite eccezionali in tutte le culture. I figli di quelle nascite sono comunque sempre stati accettati. Egli osserva: «Evidentemente l'importante è che esistano un padre e una madre che si considerino e siano riconosciuti come tali nella società».

Problemi legali: infezione da AIDS, la mancanza del consenso di uno dei due; paternità del marito.

Aspetti etici:

Fecondazione artificiale:

un intervento di fecondazione extracorporea non intacca assolutamente l'integrità del processo creativo: l'embrione concepito con operazioni di laboratorio è in ogni caso il risultato di una decisione presa dalla coppia in un deciso disegno procreativo, certo più sofferto più cosciente. La tecnologia viene usata esclusivamente al servizio dell'umanità e non può né sminuirla, né minacciarla. La Fiv/et non utilizza fattori estranei, né elementi estranei: il seme è del marito così come l'ovocita e l'utero sono della moglie. C'è solo da accettare la procedura. L'intervento è di tipo vettoriale; non ci si sostituisce alla natura, ma la si aiuta: è solo il concepimento che viene favorito, assistito.

Ovodonazione:

l'apporto di cromosomi estranei alla donna per ottenere un bambino all'interno della sua coppia è moralmente condannabile? Cittadini risponde di no per due ragioni:

- nessuno è mai in condizioni di scegliere i cromosomi che lui stesso trasmette;
- la donazione di sperma è praticata da molti anni, perché no dunque la donazione di ovuli?

È importante la scelta della donatrice.

Embriodonazione:

L'embriodonazione è vista come un'adozione che invece di riguardare un bambino già nato riguarda un embrione nel suo divenire. I francesi la chiamano adozione «rinforzata» o adozione antenatale.

banche di embrioni:

il dono dovrebbe essere anonimo e gratuito.

embrioni sovrannumerari:

a. la valutazione della qualità degli embrioni reinseriti, con eliminazione di embrioni malformati nel caso della diagnosi prenatale

b. il numero massimo di embrioni che è legittimo inserire

c. Spesso gli embrioni vengono congelati. [allo stadio di 2-4 cellule] Esso secondo Cittadini non pone più problemi morali di quanti ne ponga il congelamento dello sperma umano. Per altri invece la fecondazione artificiale, comportando il congelamento degli embrioni, è un fatto che fa sorgere molti interrogativi:

- quale deve essere la sorte degli embrioni congelati?
- per quanto tempo si possono tenere congelati?

- Devono per forza nascere dall'utero di colei che ha donato l'ovulo?
- Devono essere distrutti?
- Si può dare la vita a embrioni congelati?
- Si possono effettuare su di loro manipolazioni genetiche? Cittadini dice: se si accetta la medicina preventiva mediante amniocentesi alla 17a settimana perché rifiutarla sull'embrione?
- La sezione in due di una blastocisti a 2 cellule mediante tecnica microchirurgica è stata già realizzata con successo nell'animale. Si potrebbero così ottenere più di due embrioni a partire dalla prima fecondazione. Questo può permettere di valutare la normalità del gemello da reinserire. Si può anche immaginare di disporre del proprio «doppione» congelato: una banca personale di ricambio per fronteggiare eventuali insufficienze funzionali dei suoi organi essenziali senza rischio di rigetto.
- Chi deciderà del loro avvenire?

La legge australiana ha ammesso la possibilità di una distruzione degli embrioni non utilizzati dalla coppia alla quale essi erano destinati.

Cittadini dice «Si vede di già delinearsi un “diritto dell'embrione”» (403).

Surrogazione o madre alternativa (surrogate mother)

Una donna fertile, inseminata e fecondata artificialmente, porta a termine la gravidanza per conto di un'altra che è sterile. La londinese Kim Cotton ha partorito su commissione affittando il proprio utero, a pagamento ad altra coppia.

Cittadini fa notare che Sara ha avuto un figlio da Abramo attraverso Agar. I Romani praticavano il prestito di utero (*ventrem locare*). Catone ha prestato la moglie all'amico Ortensio per fargli avere un figlio.

Se ne deve discutere l'aspetto mercantile. Ci si deve preoccupare delle eventuali complicazioni per la surrogata: lacerazioni al momento del parto, il divenire del bambino, i rischi di rottura del contratto.

Alla fine del discorso si possono esprimere ancora alcune considerazioni etiche generali.

Ostuni nota come la vita professionale di molti ginecologi oggi sembra fatta di contraddizioni permanenti. Può infatti capitare ad esempio che nella stessa mattinata venga loro richiesto di sterilizzare una donna o un uomo, poi di fare l'operazione inversa di riparazione, o ancora che venga loro richiesta una prescrizione contraccettiva e nell'ora seguente, un'inseminazione artificiale. Essi possono assistere ad un parto, e

immediatamente dopo, procurare un aborto. Ed è anche vero che il ginecologo può fare tutto questo, non solo lo stesso giorno per pazienti diverse, ma anche per la stessa paziente in un arco di tempo più lungo.

Egli afferma dunque che esiste oggi «un'ambivalenza individuale e professionale evidente nei confronti della fertilità umana».

Alcuni fanno notare anche «l'ambivalenza del desiderio di maternità» e si chiedono «Procreare deve essere considerato un destino? È un dovere? un diritto, o ancora un privilegio? Può il desiderio o il diritto al figlio spingere a tal punto da ricorrere alle così dette “madri in affitto”?» (Ostuni 436). Tanto più alla luce del fatto che «Per lungo tempo si è pensato che nessun elemento giocasse nell'organizzazione psichica del feto, ma oggi sappiamo che il suo sistema nervoso reagisce agli stimoli esterni e che le sue reazioni ai battiti del cuore della madre si organizzano nel tempo» (Ostuni 436-7).

Ostuni dice «Se esiste dunque un “diritto al figlio” o, come Soulé l'ha definito, “un accanimento procreativo”, è necessario che questo sia bilanciato da un “diritto del figlio”: la sua protezione dovrà essere lo scopo principale, qualunque sia il modo in cui egli è stato concepito».

E lo stesso Cittadini afferma che «Il desiderio di un bambino e la lotta contro la sterilità non possono giustificare l'applicazione di tutte le tecniche di fecondazione. Il diritto alla procreazione non deve essere considerato illimitato» (Cittadini 403).

Che cosa sono lo zigote, il preembrione e l'embrione

C'è da stupirsi che in tante parole scritte su questo tema, il problema del significato dello zigote, del preembrione e dell'embrione sia stato sempre eluso. «L'uovo è un essere umano oppure no?» si chiedono Ostuni e coll., ma rispondono che non sta al medico dirlo. Non sono del tutto d'accordo. Il medico, come studioso di biologia, ha gli elementi tecnici e come reduce di studi sia pur superficiali di filosofia ha gli elementi filosofici sufficienti e necessari per farsi una propria idea su questo scottante tema. E credo che questa sua idea sarà così fondamentale da condizionare l'intero suo atteggiamento in tema di contraccezione, programmazione delle nascite, procreazione assistita, parto. Perché se lo zigote è un essere umano, allora tutti i metodi della procreazione assistita che comportano una fecondazione in vitro – con tutte le conseguenze di embrioni sovranumerari – violano flagrantemente i suoi diritti di

essere umano. E alla luce dei più elementari principi dell'etica vanno esclusi, anche in sede sperimentale.

Un altro punto da sottolineare ulteriormente è se sia lecito impegnare tante risorse umane ed economiche della società per il perseguimento di un fine sia pur così delicato come quello di un figlio. Forse anche questo rientra in quell'individualismo senza limiti che la nostra cultura ci tramanda e che il nostro presente continuamente rafforza. A poca distanza dai confini del nostro Paese, e ora anche all'interno dei suoi stessi confini, si trovano problemi ben più scottanti che meritano impegno di risorse umane ed economiche. Non dovremmo forse considerarli prioritari?

Maggiore riflessione è richiesta sul significato del rapporto genitori figli, un rapporto così delicato da non poter rientrare nel predominante concetto dell'avere, ma poter essere inserito solo in quello ahimè poco conosciuto dell'essere. In altre parole non «io ho un figlio», con le sue connotazioni di possesso, quasi da bene di consumo, ma «io sono madre o padre» con il suo grave peso di responsabilità e piccolo o grande dono di amore per ricompensa.

In una società dichiaratamente pluralista come la nostra non ci si possono aspettare giudizi univoci su un tema così delicato come questo. E quindi posso concludere solo con una frase di Ostuni e coll. che mi è sembrata molto pertinente: «La bioetica intesa come normativa morale collettiva, ma soprattutto individuale, dovrà fare i conti più che con un problema di “permissività” o di “legalità” con la coscienza di ognuno» (Ostuni 437).

Bibliografia

- G. Affronti, L. Liotta, A. Angelini, E. Giannone, G. Gilardi, «Procreazione senza sessualità. Aspetti psicologici». *Sessuologia* 10.3 (luglio-settembre 1986), 154.
- M. Carmina, E. Cittadini, M.A. Benigno, F. Fiorino, G. Guastella. «Aspetti medici, etici, ostetrici e pediatrici dei concepimenti indotti». *Contraccezione Fertilità Sessualità* 12.4 (luglio 1985), 361.
- E. Cittadini, R. Palermo, V. Agrifoglio, F. Mannino. «Metodi di fecondazione assistita: ovodonazione». *Contraccezione Fertilità Sessualità* 19.1 (gennaio 1992), 15.
- C. Flamigni. «La donazione di ovociti» (Cittadini).
- F. James (Ginevra). «“Voglio un bambino” etnopsicanalisi del desiderio di avere figli». *Sessuologia* 14.1 (gennaio-marzo 1990), 29.
- R. Ostuni, M.P. Nusiner, V. Pozzi. «L'accanimento procreativo. Aspetti etici e psicologici». *Minerva Ginecologica* 40.7 (luglio 1988), 435.

- C. Simonaro, R. Palermo. «Fisiopatologia dell'impianto del preembrione». *Contraccezione Fertilità Sessualità* 18.5 (settembre 1991), 371.
- M. Soulé. «Les meres de substitution. Acte du colloque Génétique, Procreation et Droit» (Éditions Actes sud, Parigi, 1985), 563.
- E. Struzziero e M. Corbo. «L'inseminazione artificiale eterologa: implicazioni psicologiche». *Sessuologia* 11.2 (aprile-giugno 1987), 113.
- S. Terenzi, G. Trischitta, P. Lopizzo, G. Montanino. «Infertilità e problematiche psico-comportamentali». *Sessuologia* 13.1-2 (gennaio-giugno 1989), 23.
- A. Valsecchi e coll. «Aspetti etici dell'inseminazione artificiale». *Contraccezione Fertilità Sessualità* 2 (1975), 53.