

MICHELE ARAMINI

BIOETICA

della VITA NASCENTE

L'insegnamento cattolico



ISBN 978-88-8424-455-0

© Mimep-Docete, 2018

Casa Editrice Mimep-Docete
via Papa Giovanni XXIII, 2
20060 Pessano con Bornago (MI)
tel. 02 95741935; 02 95744647
www.mimep.it; www.mimepjunior.it
info@mimep.it

Indice

INTRODUZIONE	11
CAPITOLO I – Lo statuto ontologico e morale dell’embrione umano	19
1. I dati della biologia	20
2. L’indagine filosofica	25
3. Gli aspetti etici relativi all’embrione umano	35
4. La tutela giuridica dell’embrione	39
CAPITOLO II – L’aborto	41
1. L’aborto volontario	43
2. La legge 194, 22 maggio 1978	53
3. L’aborto con la pillola «del giorno dopo»	62
4. La diagnosi prenatale	66
5. I Centri di aiuto alla vita	71
6. Valutazione morale dell’aborto	76
A. L’aborto come male morale	76
B. Il presunto e inesistente diritto di aborto	78
C. L’obiezione di coscienza	82

CAPITOLO III – La clonazione	85
1. Aspetti scientifici	86
2. La valutazione morale della clonazione	91
CAPITOLO IV – Le cellule staminali	99
1. Aspetti scientifici	100
2. Le applicazioni terapeutiche	108
3. Interrogativi etici	109
CAPITOLO V – Il problema della sterilità e le tecniche di fecondazione artificiale	117
1. Il problema della sterilità di coppia	117
2. Le tecniche della medicina di inizio vita	119
CAPITOLO VI	
Se la medicina mi aiuta a vincere la sterilità, perché non farlo?	127
1. Un facile entusiasmo per la FIVET	127
2. I fattori culturali che fanno simpatizzare per la FIVET	130
CAPITOLO VII	
Avere figli o essere genitori?	137
1. Motivazioni delle coppie che ricorrono alla FIVET	137

2. Il contesto socio-culturale relativo alla generazione	141
CAPITOLO VIII – Il libertarismo bioetico	149
1. La bioetica laica di derivazione anglosassone	150
2. Il pensiero femminista	157
CAPITOLO IX – Che cosa fanno in Europa	159
1. La legislazione dei paesi europei	159
2. La legislazione francese	168
CAPITOLO X – La legge italiana	177
1. La situazione precedente: il far west procreativo	178
2. La legge n. 40/2004 e i suoi punti qualificanti	181
CAPITOLO XI – L’insegnamento della Chiesa cattolica	199
1. L’Istruzione <i>Donum Vitae</i>	200
2. L’enciclica <i>Evangelium Vitae</i>	215
3. L’istruzione <i>Dignitas Personae</i>	217
4. Ragioni dell’insegnamento della Chiesa cattolica	218
5. La FIVET omologa ovvero il “caso semplice”	220

6. Gli interventi di aiuto all'atto coniugale e la GIFT	225
--	-----

**CAPITOLO XII – Il significato della
generazione umana** **229**

1. Il quadro sociale	229
2. La Bibbia e la generazione	243
3. La generazione dell'uomo: un atto di fede	349

CONCLUSIONE **259**

APPENDICE

Le testimonianze (da www.napro.it)	275
---	-----

*Occorre dare voce
a chi non ha voce*

Santa Teresa di Calcutta

Il sottotitolo del nostro libro viene da una celebre frase di Santa Teresa di Calcutta, la grande santa dei poveri e degli emarginati. In un celebre discorso alle Nazioni Unite, Madre Teresa disse che il nascituro era il più povero e il più debole tra tutti gli esseri umani e per questo bisognava dargli voce. Gli applausi tributati a quel discorso, purtroppo non hanno invertito la tendenza che si registra in tutto il mondo nel trascurare i diritti dell'embrione umano e la sua stessa vita.

La diffusione della pratica abortiva in gran parte dei Paesi del mondo, ha fortemente indebolito la sensibilità delle coscienze dei nostri contemporanei a riguardo della protezione dell'embrione. E, d'altra parte, tutto ciò è comprensibile, perché se si è disposti ad abortire con facilità, rivendendo addirittura un diritto all'aborto, il resto viene come facile conseguenza.

La “cultura” dei diritti

Nella quasi totalità dei paesi occidentali e anche in quelli di altre culture, ormai si è diffusa la cultura dei diritti. Tale cultura applicata all'ambito della vita nascente chiede il diritto all'aborto, il diritto al figlio, ma anche all'adozione anche fuori dal contesto familiare, e pure fuori dal contesto di coppia.

In base al diritto alla salute si rivendica la liceità della sperimentazione distruttiva sugli embrioni; si rivendica il diritto alla contraccezione di emergenza anche nel caso fosse abortiva ecc. le conseguenze della cultura dei diritti si fanno sentire anche sul piano giuridico e vengono erose con grande velocità una serie di norme, che erano poste a protezione della vita umana. In nome di questo libertarismo, ormai è assolutamente vietato vietare. Ogni divieto, anche il più fondato, anche quello che serve a costruire il bene comune, viene osteggiato per principio. In questo clima, hanno buon gioco tutti coloro che sono portatori di interessi ideologici e/o economici. Si pensi al business della fecondazione assistita e alla sua immorale deriva della maternità surrogata, che rende oggetti, fattrici,

tante donne dei paesi poveri, ma anche di quelli ricchi, dove persone fragili o povere accettano per denaro di portare in grembo un figlio che sarà loro tolto subito alla nascita.

Tra i numerosi diritti che si rivendicano, c'è anche quello ad avere un figlio sano. Questo desiderio, pieno di ansia, sta aprendo la corsa alla diagnosi prenatale preimpianto. Una corsa che è insensata anche da punto di vista scientifico, perché le analisi genetiche compiute su una sola cellula embrionale non danno garanzia di diagnosi certa. Inoltre, si pone la questione di quali malattie sono da considerare gravi. Esiste il rischio che ogni piccolo difetto diventi motivazione per scarta la vita umana dell'embrione.

L'affermazione che i genitori abbiano diritto ad avere un figlio sano, sembra diventare cosa così ovvia da non dover essere messa in discussione. Coloro che osassero metterla in questione sarebbero immediatamente tacciati di insensibilità e di crudeltà.

È invece questa ovvietà va messa in discussione. Affermare che i genitori hanno diritto al figlio sano è fonte di gravissima violazione del diritto alla vita dei figli che sono stati generati.

Si pensi solo per un istante a quale tipo di violazione della vita si dà origine: un embrione portatore di una malattia, per questo solo fatto viene distrutto. Come dire che per il fatto di essere malato, si merita la condanna a morte. Esiste crudeltà maggiore di questa? La *Donum Vitae* lo aveva profetizzato: con la fecondazione artificiale si scivolerà verso la considerazione dei figli come se fossero un prodotto, e se si tratta di prodotto difettoso diventa automatico scartarlo. Eppure questa condanna a morte non sembra fare più problema. Si sta scivolando verso una insensibilità morale che colpisce al cuore la nostra convivenza civile: chi non può difendersi viene calpestato da coloro che possono affermare i loro presunti diritti. Se si va in questa direzione, in futuro, ci saranno altri deboli i cui diritti saranno dimenticati.

È un fenomeno che altre volte abbiamo denunciato: sempre più diritti per i forti e sempre meno per i deboli.

Di fronte alle prepotenze di Agamennone, Tersite si lamentava che il nobile Achille fosse anch'egli diventato un indolente vile e non si ergesse più a difensore degli oppressi. Anche oggi pos-

siamo chiederci se esistano difensori della giustizia. Di fronte alla forza e all'arbitrio di chi rivendica diritti, chi si fa paladino della vita dei deboli?

La debolezza dell'embrione

Ma chi è il debole di cui parliamo? Questo piccolo embrione chi è?

Sono note le proposte tendenti a definire l'embrione nei primi momenti di vita, come pre-embrione, al fine di sottolinearne il carattere indeterminato e non specificamente umano. I dati della biologia ormai hanno fatto piazza pulita di queste definizioni che sono puramente strumentali, in quanto hanno il solo scopo di avere le mani libere sull'embrione. Non esiste nessuna soglia che permetta di dire che prima c'è una cosa e poi c'è un uomo: c'è solo e sempre un uomo, fin dall'inizio.

Da un punto di vista filosofico poi va detto che l'essere umano allo stadio embrionale, quanto a dignità ed umanità, non è diverso all'essere umano allo stadio di adulto o di anziano (quali siamo tutti noi), ma è certo diverso quanto a potenzialità: le nostre vite (degli adulti matu-

ri) volgono al declino, la sua (dell'embrione), se non lo uccidiamo, va verso la crescita. Ci sono diverse stagioni della vita ed è per questo che gli esseri umani allo stadio embrionale, i nostri figli, hanno maggiori potenzialità di vita di quelli che abbiamo noi adulti. Noi dovremmo avere, in atto, maggiore saggezza.

Saggezza significa comprendere che l'embrione esige un riconoscimento, anche se i suoi tratti ci sono ancora nascosti, anche se nessuna traccia visibile è ancora apparsa. Lo statuto dell'embrione smette di essere solo un problema teorico che si può affrontare con grande distacco e diventa una realtà viva solo per l'uomo che accetta di farne un problema personale. In questo senso diventerà essenziale la riflessione sul significato della generazione umana, che svolgeremo in un apposito capitolo.

Saggezza significa comprendere che nessuno può adoperare la persona come mezzo, neppure Dio e neppure i genitori. I genitori se hanno vero desiderio di mettersi a servizio della vita, sanno che non hanno diritto al figlio sano, ma hanno diritto a tutte le cure possibili per il loro figlio eventualmente malato.

Con queste considerazioni ci avviamo ad approfondire i temi fondamentali della bioetica della vita nascente, per conoscere la sostanza delle questioni e i principi etici che devono regolarle.

Il problema della sterilità e le tecniche di fecondazione

In sintesi

Esiste un problema grave di sterilità per quasi il 20 % delle coppie. A questo problema si pensa di poter ovviare principalmente con la FIVET, tecnica relativamente semplice, ma rivoluzionaria. Permette infatti di sganciare la nascita di una persona dall'attività sessuale e dalla famiglia. Dal punto di vista delle tecniche, ogni singolo può farsi "confezionare" un figlio. Ciò ha conseguenze importantissime sulla persona del nascituro e sull'intero tessuto sociale.

1. Il problema della sterilità di coppia

La sterilità affligge un numero considerevole di coppie. Un numero che, per vari fattori, sembra in aumento nei paesi che hanno uno stile di vita occidentale. Le tecniche di fecondazione artificiale sono state messe a punto, in prima istanza, proprio con lo scopo di rimediare alla sterilità di coppia,

mentre solo in seguito si sono perseguiti altri fini. Secondo la definizione medica, per sterilità si intende l'incapacità di una coppia di avere una gravidanza dopo un anno di rapporti sessuali senza uso di metodi anticoncezionali⁴¹ (altri studi⁴² indicano un periodo più lungo fino ad arrivare ai due anni). Con buona approssimazione si può dire che, per l'Italia, la sterilità riguarda circa il 12-13% delle coppie (altri modi di definire la sterilità la fanno salire al 20% circa delle coppie). Questo dato è in linea con quello degli altri paesi occidentali. L'origine della sterilità è maschile nel 30% dei casi, è femminile nel 20-30% dei casi, per il restante 40-50% si ha la compresenza di cause maschili e femminili. Per quanto concerne le cause si deve sottolineare in primo luogo la tendenza a ritardare la prima gravidanza, dato che la relazione tra età della donna e fecondità è molto stretta: più si innalza l'età della donna e minori sono le probabilità di avere un figlio. In secondo luogo si deve segnalare l'aumento delle gravidanze ectopiche (quelle fuori

⁴¹ E. CITTADINI, R. PALERMO, C. ZANGARA, *Sterilità femminile*, in G.B. CANDIANI - V. DANESINO - A. GASTALDI (a cura di), *La clinica ostetrica e ginecologica*, Masson, Milano 1996, pp. 1171-1193.

⁴² T. BIMBI, *La riproduzione artificiale come costruzione sociale*, in A. DI MEIO, C. MANCINA (a cura di), *Bioetica*, Laterza, Bari 1989, p. 324.

dall'utero) che compromettono la possibilità di ulteriori gravidanze normali. Ciò a causa dell'attività sessuale iniziata precocemente e spesso esercitata, con diversi partner sessuali, fatto che comporta un aumento di malattie sessualmente trasmissibili e un aumento delle infiammazioni pelviche. Altro fattore da considerare è lo stress psichico e fisico a cui le donne sono sottoposte nella vita odierna. Infine esiste anche una percentuale consistente (28%) di sterilità inspiegate (dette idiopatiche). Esistono anche cause di sterilità maschile: insufficienza o assenza di spermatozoi, ostruzione dei dotti deferenti, malformazioni del pene.

2. Le tecniche della medicina di inizio vita

Esistono circa una ventina di tecniche differenti per realizzare la fecondazione artificiale. Per non lasciarsi confondere da questa abbondanza di metodi operiamo alcune distinzioni di base. La prima distinzione necessaria è quella tra inseminazione artificiale e fecondazione in vitro. Si tratta di due metodiche molto differenti: la prima avviene all'interno del corpo della donna,

introducendo lo sperma nelle vie genitali femminili. Si tratta perciò di una *fecondazione intracorporea*.

Tecnica completamente diversa è la *fecondazione in vitro* con successivo trasferimento di embrioni nell'utero o in una tuba della donna. Quest'ultima tecnica è relativamente recente: gli studi iniziano negli anni Cinquanta e solo nel 1978 si ha la prima nascita. Dopo il prelievo delle cellule germinali maschili e femminili, si procede alla fecondazione, facendo crescere l'embrione per un po' di tempo. Tutto ciò avviene in laboratorio, nel vetro delle provette e delle bacinelle contenenti il liquido di coltura. Successivamente l'embrione viene trasferito in utero. È questo processo che viene espresso con la sigla FIVET (fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni).

Sia l'inseminazione artificiale sia la FIVET possono essere omologhe oppure eterologhe.

Omologhe sono le tecniche che usano i gameti (spermatozoo e ovulo) della coppia. Eterologhe sono le tecniche che usano uno o entrambi i gameti da donatori esterni alla coppia, nel caso in cui le cellule germinali di uno o di entrambi gli sposi siano inadatte alla generazione.

Inseminazione artificiale

A seconda del punto esatto in cui si deposita il seme si parla di inseminazione intracervicale (ICI), di inseminazione intrauterina (IUI) di inseminazione intraperitoneale (IPI). L'inseminazione più comune è quella intracervicale, che si effettua con l'aiuto di una siringa speciale collegata a una cannula intrauterina. L'estremità della cannula viene introdotta nel canale cervicale per una profondità di circa un centimetro e si introducono 0,5 ml di liquido seminale⁴³.

La GIFT

Una forma particolare di inseminazione artificiale è quella chiamata GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer – trasferimento dei gameti nelle tube).

Essa consiste nel trasferimento di cellule uovo e di spermatozoi nella porzione ampollare delle tube per via laparoscopica, con un catetere nel quale gli ovuli e gli spermatozoi sono separati da una bolla d'aria. Quindi il congiungimento dei gameti avviene nella tuba, che è il luogo naturale

⁴³ M. TONINI et AL., *L'inseminazione artificiale omologa: limiti e prospettive*, in «Contracezione, Fertilità, Sessualità», 2 (1980), pp. 155-159.

della fecondazione. Questa tecnica non comporta perciò produzione di embrioni in laboratorio. In realtà, la tecnica, applicabile a un numero basso di casi, è di sostituzione dell'atto coniugale e non di aiuto all'atto generativo, per cui restano problemi di carattere etico, anche se non c'è la distruzione di embrioni.

La fecondazione in vitro (FIVET)

Si tratta della tecnica più rivoluzionaria e importante ed è quella di cui si occupa la legge. La fecondazione in vitro, cioè all'esterno del corpo, è stata messa a punto negli anni Settanta con l'intenzione di rimediare alla sterilità umana. La nascita dei primi bambini, si ebbe a Oldham (GB) nel 1978 (Louise Brown) e a Melbourne nel 1980. La tecnica nella sua essenza consiste nel prelevare un ovulo femminile, nel congiungerlo con gli spermatozoi maschili in ambiente adatto e nel farlo crescere in soluzione nutritizia per 3-4 giorni fino allo stadio di otto o 16 cellule e nell'impiantarlo nell'utero.

In seguito le tecniche si sono evolute e sono nate numerose varianti. Segnaliamo di seguito le principali innovazioni.

L'induzione della superovulazione

È la tecnica che permette il prelievo di molti oociti nello stesso intervento, mentre all'inizio si prelevava l'unico oocita che maturava durante il ciclo naturale. Tale accelerazione si ottiene somministrando appositi ormoni.

Congelamento degli embrioni

La raccolta di oociti multipli, in seguito a superovulazione, conduce di norma alla loro fecondazione, ottenendo più embrioni di quelli necessari per un trasferimento immediato. Gli embrioni non immediatamente utilizzati vengono congelati.

Passaggio alla fecondazione eterologa

La fecondazione omologa non è adatta alle donne con insufficienza ovarica totale, e di quelle a cui siano state asportate le ovaie o con assenza congenita di ovaie. Queste ora possono rimanere incinte con la fecondazione in vitro ottenuta con un oocita donato da altra donna e con l'associazione di una terapia steroidea di sostituzione durante la gravidanza.

Fecondazione mediante microiniezione

(questo metodo prende il nome di ICSI: *Intra Cytoplasmic Sperm Injection*) di un unico spermatozoo attraverso la zona pellucida. Il tasso di fecondazione che si raggiunge con questa tecnica è di circa il 70%. Questa tecnica si usa quando nell'uomo gli spermatozoi sono pochi e/o deboli e perciò non in grado di bucare l'ovulo. Quello che non sa fare lo spermatozoo lo fa la microiniezione, che buca la membrana dell'ovulo e vi fa entrare lo spermatozoo.

La maternità surrogata. Con questo termine si intende la funzione svolta da quelle donne che accettano di condurre a termine una gravidanza per conto di altre donne, con l'accordo di cedere il bambino dopo la nascita.

Il processo di fecondazione comporta la perdita di numerosi embrioni già a motivo della manipolazione, a motivo del congelamento e poi a motivo dell'abbandono di quelli che non servono più (i cosiddetti embrioni soprannumerari). Con buona approssimazione si distruggono circa venti embrioni per avere un "bambino in braccio".

Prima di concludere questa sommaria informazione sulle tecniche occorre ricordare che,

da un punto di vista medico, la fecondazione artificiale non è una terapia, perché essa non guarisce⁴⁴ dalla sterilità e dai problemi di natura psicologica e morale connessi all'essere sterili. In secondo luogo va detto che si tratta di metodiche a bassa percentuale di successo. Esse nei casi migliori raggiungono soltanto il 30% di riuscita, ma in genere si attestano intorno al 20-22%. Si capisce che non si tratta di una risposta risolutiva al problema della sterilità umana, e appuntare tutte le speranze su queste tecniche è errato già sotto il profilo medico. Ancora più sbagliato è cessare di ricercare nuove vie per la cura delle diverse cause di sterilità nell'uomo e nella donna.

⁴⁴ È istruttivo rilevare che alcune tecniche chirurgiche (quale l'intervento di microchirurgia per eliminare le occlusioni tubariche) che rispondono al principio terapeutico, in quanto guariscono dalla sterilità, vengono facilmente tralasciate in favore dell'uso della FIVET.

Se la medicina mi aiuta a vincere la sterilità, perché non farlo?

In sintesi

Uno dei problemi maggiori della nostra epoca è il rapporto tra l'uomo e la scienza. Sembra che tutto ciò che la scienza mette a disposizione sia un bene per l'uomo, soprattutto se serve a scopo terapeutico. Questo approccio tende a eliminare ogni riflessione etica sull'uso della scienza, con la conseguenza di ridurre il concetto di uomo, perché lo si limita al solo piano biologico. In questo contesto il rischio è la perdita della dignità umana. Questo pericolo è aggravato dalla confusione morale in cui le persone si vengono a trovare nella nostra società. In materia di fecondazione artificiale occorre chiedersi se stiamo fabbricando un prodotto o accogliendo una persona.

1. Un facile entusiasmo per la FIVET

L'impossibilità di avere figli è percepita come una grave menomazione sia dai soggetti che la pati-

scono sia, più in generale, dall'opinione pubblica. Un rimedio a questa menomazione è salutato generalmente con grande favore. Sono solo i casi particolari (come la generazione da parte di donne particolarmente anziane, o con il seme congelato di persone morte) che a volte suscitano stupore e rifiuto.

Quindi, a differenza dell'ingegneria genetica che suscita qualche preoccupazione, i metodi artificiali d'aiuto alla procreazione sono percepiti come una realtà concreta e assolutamente benefica per tutte quelle coppie che non possono avere figli. La domanda posta frequentemente è: "Se la medicina ci fornisce un metodo per superare la sterilità, perché non usarlo?"

A fronte di questa facile accoglienza della medicina di inizio vita, dovrebbe essere naturale domandarsi se un atto come quello della generazione dell'uomo possa essere trattato alla stregua di un qualunque problema tecnico, risolto da una tecnologia sempre più sofisticata. In realtà, per molti la domanda non si pone, in quanto si tratta solo di una ordinaria utilizzazione dei mezzi tecnici messi a disposizione dalla ricerca scientifica, per altri, quelli che si attengono alla concezione

procedurale⁴⁵ della bioetica, non si deve neppure porre. Per tutte queste persone, coloro che si interessano agli aspetti etici sembrano sollevare inutili problemi, o vengono considerati portatori di una mentalità religiosa non condivisa dalla maggioranza e, in ogni caso, culturalmente arretrata. Spingendo il discorso un poco in profondità, ci si accorge che gran parte dell'opinione pubblica percepisce in modo piuttosto indistinto i problemi morali connessi alle tecniche di fecondazione artificiale. Ciò è conseguenza abbastanza naturale del fatto che tali tecniche sono relativamente nuove. Esse sono, per certi aspetti, specialistiche, e, pertanto, non sono adeguatamente conosciute non solo dalla generalità delle persone, ma anche dagli stessi medici non specialisti. Manca addirittura la cognizione esatta dello stesso processo di fecondazione artificiale. A facile esempio di questa scarsa informazione, basti citare la confusione persistente che si fa tra inseminazione artificiale, nelle sue varie forme, e fecondazione artificiale (FIVET) propriamente detta.

⁴⁵ È la concezione per cui, non esistendo la possibilità di accordo sul bene e sul male, per avere la pace sociale, occorre lasciare a ciascuno di regolarsi in piena autonomia nelle scelte bioetiche.

2. I fattori culturali

Ma il favore che la procreazione assistita incontra, almeno in prima istanza, non è legato soltanto ad una superficiale conoscenza della materia, che porterebbe a sorvolare sui risvolti morali. In realtà esso trova alimento in diversi fattori culturali propri delle nostre società avanzate, quali un automatismo nell'utilizzazione delle risorse e delle possibilità aperte dalla scienza e dal suo braccio operativo che è la tecnologia. Molti ricercatori scientifici, filosofi e giuristi teorizzano come del tutto ovvio il passaggio dalla scoperta di una nuova via operativa alla sua esecuzione immediata.

La medicina non sfugge a questa logica. Qualsiasi problema di salute “deve” trovare nella medicina una risposta adeguata, dimenticando che la medicina rimane comunque un'attività umana con i suoi insuperabili limiti. Nello stesso tempo, tutto ciò che la medicina mette a disposizione diventa una risorsa da non sprecare. In quest'ottica sembra semplicemente assurdo non utilizzare la FIVET per rendere possibile la generazione in una coppia con gravi problemi di sterilità.

In secondo luogo la riflessione morale sulla fecondazione artificiale dovrà tenere conto del generale processo di privatizzazione della coscienza in atto ormai da molti anni nelle società avanzate. Si tratta di quel fenomeno di separazione tra regole della vita pubblica e regole della vita privata, che conduce a concepire la libertà individuale in termini di arbitrio personale. Nell'ambito pubblico valgono tutte le norme (tante e sempre più minuziose) che servono a regolare i rapporti tra i "soci". Nell'ambito privato, valgono soltanto le decisioni personali, le quali sono insindacabili e sempre "buone", indipendentemente da ogni norma morale che garantisca la loro buona qualità. Il primo fattore, costituito da ricerca scientifica, applicazioni tecnologiche e logica di mercato si intreccia con il secondo fattore, cioè il processo di privatizzazione della coscienza. Si ha come risultato una nuova mentalità molto propensa all'uso delle nuove tecnologie: il singolo individuo, in modo del tutto autonomo, stabilisce il fine da raggiungere e si avvale di tutti gli strumenti che permettono di raggiungerlo in modo efficace ed efficiente. In altre parole, abbiamo l'uso della razionalità strumentale a servizio di una libertà indivi-

duale che fissa autonomamente i propri obiettivi. Questo modello di razionalità si applica ormai a tutti gli ambiti della vita umana. Conseguenza di ciò è la forte domanda di intervento medico anche nel processo della generazione umana, quando questo è segnato da patologie incurabili.

Alla crescita della domanda contribuisce il fatto che le coppie che soffrono a causa della sterilità sono numerose e tale numero è cresciuto negli ultimi decenni, quindi il numero dei potenziali utilizzatori delle tecniche di sostegno alla generazione diventa sempre più elevato. In altre parole, c'è un "mercato", cioè una richiesta consistente e in continua crescita.

Per comprendere le ragioni della richiesta crescente di generazione assistita, occorre allargare la domanda, e siamo così al terzo grande elemento culturale da approfondire, chiedendosi se la richiesta di generare artificialmente un figlio non nasca anche dalla stessa idea che si ha del "figlio" e del processo generativo nell'uomo.

Che cosa o chi è il figlio?

In altri termini, bisogna chiedersi "che cosa" o "chi è" il figlio per una coppia che decide di

sottoporsi ai protocolli richiesti dalla fecondazione artificiale. L'idea di figlio che essa ha è la stessa delle altre coppie che lo possono generare naturalmente o differisce per qualche aspetto importante? Lo stesso si deve dire per il senso della generazione: quale senso ha l'atto decisivo della generazione per una coppia che procede alla fecondazione artificiale? Che vuole esattamente questa coppia, chiedendo alla medicina di essere aiutata a generare? La fecondazione artificiale rende possibile la generazione anche al di fuori della coppia, così una singola persona potrebbe chiedere di avere un figlio. In questo caso, che significa generare?

Le domande non sono di poca importanza visto che la sociologia e la psicologia ci istruiscono sul fatto che l'idea di generare un figlio è un'idea sulla quale possono incidere molti fattori. Nelle nostre società occidentali non è diventato il figlio una realtà (un oggetto?) sempre più raro e perciò sempre più prezioso? La sua mancanza in una coppia che lo desidera assume contorni di grave sofferenza e di vero e proprio dramma. Da qui la crescita di un desiderio straordinariamen-

te intenso di avere il “proprio” figlio, nel caso che lo si voglia e non lo si possa avere in modo naturale. Si afferma che a questo desiderio non si deve dire di no, pena l’essere crudeli; anzi, una società civile deve mobilitare le proprie risorse tecniche, giuridiche ed economiche, dando per scontata la bontà del desiderio.

Ma siamo certi che il desiderio di “avere un figlio” sia sempre un desiderio “buono”? Si tratta di un desiderio che si colloca tra i desideri secondari, quelli di natura psicologica. Su questi desideri influisce molto la cultura e l’azione dei mass – media. Bisognerebbe quindi valutare quanto questo desiderio nasca in modo originale come esigenza propria e quanto sia il frutto di una cultura individualistica. A ciò si deve aggiungere l’interesse economico di molti medici e “imprenditori” della medicina, che hanno tutto l’interesse a usare i mezzi di comunicazione sociale per stimolare e rendere urgente il desiderio del figlio.

Di fronte alle possibilità apertesesi con la fecondazione artificiale e in relazione ai tanti dibattiti

ti che questo tema suscita, occorre ribadire con forza che esiste un soggetto che non può essere dimenticato nella riflessione: si tratta del figlio, che non va trattato solo come “oggetto del desiderio” degli adulti, ma come soggetto dotato di una propria dignità originaria, che deve essere tutelata. In questa direzione di tutela del soggetto più debole si è posta la legge italiana.

Il libertarismo bioetico

In sintesi

Le forti contrapposizioni avutesi in occasione dell'approvazione della legge sono state generate da diverse posizioni etiche. Ma ancora più radicalmente dalla volontà di una delle posizioni di non fare alcuna legge, se non per la regolazione di aspetti marginali. In questo capitolo spieghiamo la posizione della bioetica laica di origine anglosassone che è contraria a ogni forma di regolamentazione. Essa ritiene che non si possa trovare nessun accordo sul bene e sul male e perciò lo stato dovrebbe lasciare le scelte etiche ai singoli individui, in maniera che si possano regolare in base al principio di autonomia.

In tema di fecondazione artificiale si sono registrati dei dibattiti aspri sul tipo di legge da fare. In realtà il nocciolo della questione è semplicemente un altro: fare o non fare una legge. Una parte del parlamento non voleva affatto una legge di sostanza che entrasse nel merito dei diritti del figlio e della difesa della vita degli embrioni. Al più questa posizione era disposta a porre

qualche norma che fissasse gli standard di lavoro dei centri di fecondazione artificiale. Era questa la posizione sostenuta dal gruppo di scienziati e filosofi che curano la pagina “scienza e filosofia” del Supplemento domenicale del Sole 24 Ore. È la posizione di quel filone della bioetica laica che si chiama bioetica anglosassone, di cui adesso cerchiamo di capire le linee essenziali.

1. La bioetica laica di derivazione anglosassone

Essa lavora con un piccolo gruppo di principi: il principio di autonomia, il principio di beneficenza, il principio di giustizia e il principio di non maleficenza. Il principio più importante secondo questo pensiero è il principio di autonomia, per cui ci esimiamo dallo spiegare gli altri.

Per il principio di autonomia l'autorità per le azioni che coinvolgono altri, in una società laica e pluralistica, è derivata dal libero consenso di coloro che vi sono coinvolti. Senza tale consenso non c'è autorità. Quindi solo il consenso è origine dell'autorità e il rispetto del principio di auto-

nomia è la condizione necessaria della possibilità di una comunità morale. Formulato come massima, il principio di autonomia suona così: non fare agli altri ciò che essi non vorrebbero che fosse loro fatto e fai per loro ciò che ti sei impegnato contrattualmente a fare. Il principio di autonomia fonda quella che può essere denominata la morale dell'autonomia come rispetto reciproco. Questo principio viene applicato in un contesto culturale in cui il concetto di persona è stravolto. L'idea di persona umana che viene presa in considerazione è quella propria della bioetica anglosassone per cui si introduce la distinzione tra esseri umani che non sono ancora persone umane, quindi senza i diritti propri di queste, e persone umane dotate di vita mentale superiore, in possesso di tutti i diritti. Rinviamo al capitolo primo dove abbiamo presentato e criticato questa posizione.

Conseguenze sul valore della vita umana

Modificazione del concetto di persona e principio di autonomia individuale concorrono nell'attribuire alla vita dell'uomo un valore relativo, subordinato all'arbitrio dell'uomo: è l'uomo che fa, programma la realtà e la sua stessa vita.

Senza una dignità oggettiva, dell'uomo si prende solo la dimensione biologica, quella misurabile in termini di quantità e perciò diventa ovvio scegliere, nelle questioni bioetiche, l'utilità che si ritiene maggiore. Ad esempio, la società può decidere di favorire alcune gravidanze e non altre. Anzi si può arrivare all'assurdo di favorire alcune specie di animali piuttosto che gli esseri umani. Riprendiamo una citazione da Engelhardt: «Sarebbe del tutto ragionevole investire denaro in riserve naturali piuttosto che in un programma per ridurre gli aborti spontanei, in un paese con un aumento incontrollato della popolazione. In effetti, tra due malattie, una che causa un aumento del tasso di aborti spontanei tra gli esseri umani di quel paese e l'altra tra una specie di mammiferi non umani in via di estinzione, si potrebbe correttamente ritenere che l'investimento nella ricerca per salvare i mammiferi non umani abbia una priorità superiore»⁵¹.

Mettendo insieme il fatto che gli embrioni, i feti e persino degli infanti, non hanno diritti, in-

⁵¹ ENGELHARDT H. T., *Manuale di Bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1992, p. 252.

sieme col principio di autonomia, considerato come il fondamento della moralità, si ottiene che le pratiche dell'aborto, della fecondazione artificiale, della sperimentazione sugli embrioni, della clonazione, diventano ammissibili sul piano etico. Secondo questa posizione la fecondazione artificiale è un diritto della persona adulta e non ci sono altri diritti da salvaguardare, dato che gli embrioni non sono portatori di diritti. In questa situazione una legge che regolasse o vietasse alcune pratiche sarebbe considerata lesiva dell'autonomia dei soggetti che intendono praticare la fecondazione artificiale. Ecco perché questa posizione è contraria per principio a legiferare nel merito delle scelte di fecondazione artificiale, mentre è disponibile a regolare gli standard qualitativi dei centri di procreazione assistita (qualificazione degli operatori, aggiornamento tecnico, ecc.).

Da questa posizione discendono quindi forti conseguenze anche nell'ambito del diritto e delle leggi. L'autorità dello stato in materia di fecondazione artificiale secondo la bioetica laica deve essere molto limitata. Infatti Engelhardt ribadisce con molta determinazione l'idea che tutto

ciò che riguarda gli stadi iniziali della vita è nella sfera esclusiva dell'autonomia personale: «dopo il nostro corpo, lo sperma, gli ovuli, gli zigoti e i feti che produciamo ci appartengono nel modo più originario. Sono l'estensione e il frutto del nostro corpo. Sono a nostra disposizione finché non prendono possesso di sé in quanto esseri coscienti»⁵². Pertanto non è consentito l'uso della forza legale per determinare le scelte delle donne riguardo all'aborto e alle tecniche di fecondazione artificiale. E ciò che vale per l'inizio della vita lo si afferma per ogni altra questione bioetica. Per la bioetica laica, i soli problemi morali relativi alle questioni bioetiche sono quelli che riguardano promesse, fiducia e impegni, cioè le complesse relazioni fra le persone coinvolte.

A questo proposito è utile riportare il ragionamento di Engelhardt in merito a un caso di fecondazione artificiale: «In un caso estremo, un uomo A e una donna B possono donare un uovo e il seme per la fecondazione in vitro e l'impianto in una donna C, che sarà la madre ospite e darà in adozione il bambino a un uomo D e a una donna E, entrambi sterili (la donna senza ovaie

⁵² *Ibidem* p. 252-3.

e senza utero) e per i quali la donna C è disposta a fungere da ospite. Sarà necessario che ci siano degli accordi circa la qualità dell'assistenza e delle cure che saranno fornite dalla clinica per la fecondazione artificiale. Sarà necessario che ci sia una rete di fiducia e di promesse che definiscano gli obblighi della madre ospite C di evitare agenti teratogeni (provocanti malformazioni) o le altre circostanze che potrebbero danneggiare il feto. Sarà necessario chiarire chi si assumerà la responsabilità del bambino nel caso in cui nasca con gravi malformazioni congenite. Dovranno essere definiti anche i limiti degli obblighi di A e B. Questi problemi sono importanti, ma non riguardano solo la fecondazione in vitro. Fanno parte, invece, della rete di obblighi reciproci che lega in generale le persone e che è sostenuta dalle preoccupazioni morali per il rispetto reciproco e la beneficenza»⁵³.

Secondo questa posizione aborto, fecondazione artificiale, sperimentazione sugli embrioni, sorte degli embrioni soprannumerari, ecc. va lasciata all'autonomia dei soggetti. E si comprende che con questo modo di impostare la questione

⁵³ *Ibidem* p. 277.

ogni limite posto dalla legge sembra un attentato all'autonomia personale.

L'errore della bioetica laica

Ma questo modo di impostare la questione è errato. Rimandiamo ancora al capitolo primo per critica di questa concezione errata della persona umana. Ricordiamo soltanto che arrogarsi il diritto di stabilire quando un infante diventa persona è un abuso gravissimo, perché a nessun uomo spetta il compito di farsi giudice dell'essere persona di un altro uomo. L'essere persona è un fatto originario connesso alla vita umana fin dal suo inizio. Non si deve separare il concetto di essere umano da quello di persona umana: essi coincidono sempre.

Perciò va ribadito che tutti gli esseri umani sono persone umane, qualunque sia il grado di sviluppo in cui stanno vivendo, e va ribadita la necessità della protezione dei loro diritti. Il principio di autonomia usato dai forti nei confronti dei deboli violerebbe i loro diritti e perfino la loro vita. Per questo è necessario che ci siano delle leggi che li proteggano. Le leggi allora non derivano da una imposizione di un'autorità arbi-

traria dello stato o delle gerarchie religiose, ma rispondono a un elementare senso di giustizia e di rispetto per ogni persona umana, che nessuno deve pensare di avere in proprio potere. Se il diritto smettesse di svolgere il suo compito fondamentale che è quello di proteggere i deboli nei confronti dei forti, diventerebbe una costruzione ipocrita e inutile.

2. Il pensiero femminista

Le tecniche di fecondazione artificiale, che in passato sono apparse come una via di liberazione dal fardello della maternità, più recentemente vengono viste, dal pensiero femminista, come strumenti attraverso i quali l'uomo esprime la sua invidia del potere di generare e tenta di dominare le donne espropriandole di tale potere. Per questo motivo si denuncia il carattere maschilista della scienza, la quale, lungi dall'essere neutrale e imparziale, rivela la sua valenza ideologica nel suo abuso della natura femminile. Alle donne si suggerisce di rinunciare ai propri diritti individuali di lotta alla sterilità, invitandole a non av-

valersi delle tecniche di fecondazione artificiale, che si tradurrebbero in una perdita di potere delle donne, in quanto gruppo sociale; inoltre, il corpo femminile sarebbe una nuova merce nel grande mercato della riproduzione umana: parti del corpo possono essere vendute, uteri possono essere affittati, ecc.

All'interno del movimento femminista ci sono varie posizioni, ma ormai è acquisito in modo irreversibile che non si possono dare solo risposte tecniche ai problemi posti dalle tecnologie riproduttive. Le domande morali, giuridiche e simboliche (quelle che richiamano il significato) non possono in nessun modo essere tralasciate. In questo quadro una delle domande più ricorrenti e importanti è quella che riguarda il significato dell'avere un figlio a tutti i costi: che cosa si nasconde dietro a questo bisogno? È una domanda importante ai fini del rispetto dei figli che devono nascere.

Che cosa fanno in Europa?

In sintesi

Ormai quasi tutti i paesi europei si sono dati delle norme per regolare la procreazione assistita. Le diverse legislazioni si possono disporre ad arco. Ad un estremo si pongono Gran Bretagna e Spagna che hanno legislazioni meno attente ai diritti dell'embrione e dei figli, per arrivare all'altro estremo costituito dall'Austria, dalla Svizzera e dalla Germania, dove la tutela dell'embrione è alta. In mezzo si collocano altri paesi come la Francia, alla quale si è ispirata la legge italiana. Nella maggior parte dei paesi europei si è compreso che la FIVET ha delle ricadute che possono essere dirompenti sulla vita umana, sulla famiglia, sul tessuto sociale e si sono posti limiti ben precisi al suo uso.

1. La legislazione dei paesi europei

L'analisi svolta nei capitoli precedenti ci ha permesso di apprezzare la grande portata dei problemi suscitati dalle tecnologie riproduttive. Si tratta di problemi che hanno forte rilevanza etica, sociale e giuridica. Per questa ragione molti Paesi hanno provveduto a le-

giferare per regolare i diversi aspetti implicati nell'uso di queste tecnologie.

Un problema non secondario è costituito dalla rapida evoluzione delle tecnologie, che introduce sempre nuovi casi e fa invecchiare le norme giuridiche emanate per regolare la materia. Ma anche se il diritto non potrà inseguire tutte le nuove tecniche, potrà certamente dettare gli orientamenti di fondo, lasciando ai successivi aggiornamenti la cura di regolare l'uso delle novità.

In Europa, quasi tutti i Paesi hanno già una legislazione che regola le tecnologie riproduttive. In alcuni Paesi sono state emanate leggi da parte dei Parlamenti centrali, in altri, la materia è regolata da norme giuridiche di rango inferiore (decreti ministeriali, regolamenti sanitari, ecc.). Le leggi nazionali dei Paesi europei sono molto diversificate tra di loro. Alcune hanno scelto di intervenire in modo minimale. È il caso della Svizzera, dove si è definito solo lo *status* del nascituro (la stessa scelta è stata fatta negli Usa, dove peraltro i singoli Stati sono intervenuti con leggi riguardanti aspetti specifici della procreazione assistita). In Gran Bretagna e in Svezia si è legiferato in modo frammentario, disciplinando solo alcuni

aspetti, ritenuti più urgenti. In Spagna e in Francia sono state emanate leggi che disciplinano la materia in modo completo.

Per una valutazione etica anche sommaria si devono segnalare almeno due elementi: la disattenzione per i diritti del nascituro di alcune legislazioni (Spagna e Gran Bretagna), che permettono anche la fecondazione di una donna sola. E la contraddizione di altre legislazioni che riconoscono lo *status* giuridico all'embrione e gli accordano protezione prima dell'impianto in utero, mentre durante la gravidanza privano l'embrione della personalità giuridica, in quanto resta nella sfera della legge che regola l'aborto (è il caso della Germania, ma ora anche il caso dell'Italia).

Anche le Istituzioni della Comunità europea sono intervenute in materia di procreazione assistita e di tutela dell'embrione. Tuttavia, si sente l'esigenza di una regolamentazione internazionale, in mancanza della quale l'efficacia della disciplina nazionale risulterebbe ridotta, ma non si è giunti ancora ad alcun accordo di questo genere. In questo capitolo passeremo in rassegna le legislazioni dei principali Paesi europei.

Possiamo suddividere la materia secondo le questioni sulle quali più forte è il bisogno di regolamentazione giuridica:

- diritto all'accesso alle tecniche di procreazione assistita: donna singola, coppia sposata o convivente;
- fecondazione in vitro al di fuori del corpo della donna;
- intervento omologo, con gameti del partner, o eterologo, con gameti di un donatore esterno alla coppia;
- possibilità di donazione di ovociti da parte della donna;
- congelamento (crioconservazione) dell'embrione. Nella fecondazione in vitro è necessario produrre un certo numero di embrioni, detti soprannumerari, per aumentare le possibilità di impianto in utero degli stessi, e decidere del destino degli embrioni soprannumerari (uso eventuale a scopo di ricerca);
- possibilità di effettuare interventi diagnostici o terapeutici sull'embrione;
- maternità surrogata: una donna che porterà a termine la gravidanza mette a disposizione il proprio utero per consentire l'impianto di un em-

brione sviluppato dopo fecondazione in vitro. Infine un'avvertenza relativa al rapido mutamento di queste norme. Ogni paese segue la sua strada e non avendo su questo punto, delle direttive europee, la materia è sempre mutevole.

Il diritto di accesso alle tecniche di fecondazione artificiale

Tutti i Paesi prevedono la possibilità di ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, da parte delle coppie unite in matrimonio o in un “analogo rapporto di convivenza”, come si esprime in particolare la legge austriaca. La Gran Bretagna e la Spagna prevedono inoltre che possano accedere alle tecniche anche le donne sole. In questi due Paesi è consentito l'accesso anche alle donne nubili o vedove, perché ha prevalso, sui diritti del bambino, il diritto di uguaglianza tra donne coniugate e non.

In verità la maggioranza delle legislazioni attribuiscono il diritto soggettivo direttamente alla donna, a condizione, tuttavia, che la stessa sia in possesso di determinati requisiti, tra i quali, appunto, quello di essere unita in matrimonio ovvero conviva in modo stabile, come è previsto dalla

normativa francese. Normalmente è consentito l'accesso alle coppie conviventi, in qualche caso (Austria) è chiesto che la convivenza duri da almeno tre anni o che si dimostri la stabilità della convivenza (Svezia).

La fecondazione in vitro

Oltre alla inseminazione artificiale, è ammessa ovunque la fecondazione in vitro.

Quasi tutti i Paesi ammettono il ricorso, secondo modalità di volta in volta diverse, alle tecniche di fecondazione (in vivo e in vitro) sia omologhe, sia eterologhe. In alcune legislazioni le tecniche eterologhe sono considerate di seconda scelta e, comunque, condizionate alla presenza di indicazioni mediche, tra cui le malattie genetiche. È questo il caso della legge francese, secondo cui il ricorso alla fecondazione eterologa può essere fatto solo nel caso in cui non possa riuscire un'assistenza medica alla procreazione, senza ricorso a un terzo donatore.

In Germania, l'inseminazione eterologa è ammessa solo tra sposati e non tra conviventi, mentre è vietata la FIVET eterologa in cui ci sia dono di ovulo. L'unico Paese che consente solo la FI-

VET omologa, e vieta in ogni caso quella eterologa, è la Svezia.

Condividono il divieto di donare l'ovulo anche l'Austria, la Norvegia e la Svezia. I motivi del divieto sono la difficoltà del prelievo dell'ovulo, la difficoltà di conservazione e la connessa difficoltà di mantenere l'anonimato.

La donazione del seme è in genere regolamentata così: in molti casi è obbligatorio usare seme congelato; il seme deve essere sottoposto a *screening* per accertare l'assenza di malattie trasmissibili per via sessuale e di anomalie genetiche, con il limite di non superare il numero di cinque o sei donne fecondabili con il seme dello stesso donatore; gratuità della donazione; anonimato del donatore, almeno per quanto riguarda l'identificazione personale, perché alcuni dati biologici (annotati in apposito registro) possono essere acquisiti con la maggiore età del figlio.

Il congelamento degli embrioni

Di norma la crioconservazione del seme è esigita per avere la possibilità di operare esami più approfonditi circa l'assenza di malattie. Varia, anche di molto, il tempo massimo di conservazione del

seme (dai due anni della legge austriaca ai dieci di quella inglese).

Tutte le leggi vietano la crioconservazione dell'ovulo, perché, come dice la legge spagnola, non ci sono sufficienti garanzie sulla utilizzabilità a fini riproduttivi dell'ovulo scongelato. Nei prossimi anni queste norme andranno riviste, dato che la conservazione dell'ovulo sta diventando di routine, dopo i forti miglioramenti nelle tecniche (vitrificazione), dovuti a ricercatori italiani. In tal modo si riducono di molto i problemi etici.

La crioconservazione degli embrioni è consentita a scopo di donazione o di gravidanze differite. Circa i tempi della conservazione, la maggioranza dei Paesi prevede un limite massimo di cinque anni. La legge austriaca e quella svedese abbassano questo tempo, rispettivamente a due e un anno.

La sperimentazione sugli embrioni

La sperimentazione sugli embrioni è consentita dalla legge spagnola, inglese e svedese sino al 14° giorno di vita dell'embrione. La legge tedesca consente la sperimentazione sull'embrione sino al momento della singamia, cioè sino a 21-22 ore dopo il concepimento.

La legge francese vieta, in linea generale, la sperimentazione sugli embrioni. Eccezionalmente si può sperimentare con finalità terapeutiche a beneficio dell'embrione.

Maternità surrogata

Tutti i Paesi europei vietano la maternità surrogata. La maggior parte dei Codici civili, infatti, considerano il bambino figlio della madre che lo ha partorito, e ciò impedisce la possibilità di riconoscere validità giuridica ai contratti di surroga. Purtroppo si deve rilevare che negli ultimi anni la pratica si è diffusa enormemente, nonostante le numerose voci che invocavano la sua proibizione a livello mondiale. Purtroppo in questa materia si è sviluppato un business internazionale di grande rilievo e gli interessi degli operatori spingono nel senso della liberalizzazione. Alcuni Stati soprattutto asiatici hanno vietato o limitato la possibilità dell'utero in affitto, ma queste limitazioni sono ancora poco efficaci. I costi medi di una maternità surrogata sono 120–150 mila dollari negli USA e in GB, 25 mila euro in Ucraina, 12–15 mila in India, 6 mila in Nepal. La speranza che si arrivi a un divieto internazionale su pro-

posta delle Nazioni Unite è sostenute da alcuni importanti movimenti femministi, che considerano questa pratica una grave forma di mercificazione della donna. A questo proposito il 2 febbraio 2016 è stata firmata La Carta di Parigi per l'abolizione universale della maternità surrogata.

2. La legislazione francese

Ci occupiamo specificamente della legge francese, perché essa è stata presa come modello di riferimento principale dalla commissione del Parlamento italiano incaricata di elaborare il progetto di legge sulla fecondazione assistita da presentare all'aula.

Innanzitutto, la legge francese si è caratterizzata per un lungo iter procedurale: la sua elaborazione è iniziata nel 1985 ed è arrivata alla conclusione il 30 luglio 1994.

La materia è stata regolata con due leggi distinte, ma strettamente connesse: la legge n. 94-654 che verte sull'assistenza medica alla procreazione e la legge n. 94-653 che detta norme per la tutela del corpo umano.

Nelle fasi preparatorie ci sono state ampie discussioni su diversi punti essenziali, quali la sperimentazione sugli embrioni, la possibilità del dono di embrioni, l'approvazione delle tecniche eterologhe. Oggetto di particolare discussione fu la pratica dell'inseminazione artificiale eterologa, già da decenni praticata nei CECOS (i Centri per lo studio e la conservazione dello sperma umano, situati negli ospedali pubblici).

Come sempre in relazione a questi temi, le discussioni avevano alla base opzioni filosofiche. I primi schemi del disegno di legge privilegiavano il progetto e la volontà umana a scapito del valore oggettivo della realtà corporale (qualificata in senso peggiorativo come "biologica"). A questa impostazione se ne contrapponeva un'altra, per la quale il corporeo e lo spirituale sono indivisibili. La prima posizione sottolineava la prevalenza della filiazione affettiva sulla filiazione biologica e riteneva che il dono di sperma costituisse una risposta accettabile alla sofferenza delle coppie sterili, a condizione che fosse gratuito.

La seconda posizione chiedeva non di impedire una pratica ormai largamente invalsa, ma che lo stato la consentisse senza approvarla, in consi-

derazione delle forti riserve etiche di una parte considerevole della popolazione.

Le discussioni sul tema della donazione di gameti e sul rispetto da riservare agli embrioni rallentarono il cammino delle legge, che poté proseguire solo in seguito a una profonda rielaborazione che, senza scegliere una concezione filosofica particolare, è divenuta rispettosa di alcuni elementi del modello classico di famiglia e accorda all'embrione una protezione più ampia, rispetto al modello precedente.

A. La legge sul rispetto del corpo umano

In questa legge si riaffermano in modo chiaro i principi fondamentali del diritto: la dignità della persona, il rispetto dovuto al suo corpo, il carattere extra patrimoniale di tutti gli elementi del corpo (art. 16,1), che non possono pertanto divenire oggetto di un commercio a scopo di lucro o di qualunque forma di remunerazione. La conseguenza di questi principi è il divieto della maternità di sostituzione.

Il donatore di gameti non ha alcun legame di paternità giuridica con il bambino. La paternità resta in capo all'uomo che ha acconsentito al ricor-

so delle tecniche di assistenza alla procreazione. È sancito il diritto di anonimato del donatore, ma resta il divieto per il donatore di conoscere i dati del ricevente.

L'identità del donatore non è accessibile neppure al figlio maggiorenne, ma solo ai medici per casi di assoluta necessità terapeutica.

B. La legge sulla procreazione assistita

In questa legge si definisce assistenza medica alla procreazione l'uso di ogni tecnica che permetta la procreazione al di fuori del concepimento naturale, come la fecondazione in vitro, l'inseminazione artificiale, o altre tecniche di effetto equivalente.

I soggetti che possono accedere all'assistenza medica per la procreazione sono solo le coppie in età procreativa, sposate e conviventi da almeno due anni. Si può ricorrere alle tecniche solo per rimediare all'infertilità o al pericolo di trasmettere malattie genetiche, non, invece, per motivi di convenienza. Il legislatore prevede, quindi, che ci sia un padre e una madre che allevino il bambino, secondo il modello classico della famiglia. Per quanto concerne le tecniche eterologhe, la

legge francese assegna loro la figura di estremo ricorso. Infatti, si dice che: “L’assistenza medica alla procreazione con un terzo donatore non può esser praticata che come ultima indicazione, quando la procreazione medicalmente assistita, all’interno della coppia, non può dare risultato positivo” (art. 152,6).

Il consenso per il ricorso alle tecniche eterologhe deve essere prestato davanti al giudice o al notaio, ed è irrevocabile (dopo la nascita del bambino). L’autorità giudiziaria può assegnare *ope legis* la paternità all’uomo che la volesse rifiutare.

Il donatore di gameti deve far parte di una coppia che ha procreato ed avere il consenso del coniuge. Il suo seme non può far nascere più di cinque bambini. È esclusa ogni forma di remunerazione. La raccolta del seme può essere effettuata solo in centri pubblici e privati che non abbiano fini di lucro.

Lo statuto dell’embrione

Le due leggi non hanno prodotto uno statuto organico dell’embrione, ma hanno dettato numerose regole per la sua protezione.

La legge sul rispetto del corpo umano formula il principio generale del rispetto dall'inizio della sua vita, senza precisare quando comincia la vita di un essere umano.

La legge sulla procreazione assistita detta regole più precise: in primo luogo si afferma che la fecondazione in vitro può avvenire solo per finalità di procreazione assistita e in nessun caso per fini scientifici o sperimentali (art. 152). L'eventuale *surplus* di embrioni può essere conservato per un periodo massimo di cinque anni, senza precisare che cosa si deve fare al termine di questo periodo. È autorizzato, a titolo eccezionale, il dono di embrione a una coppia sconosciuta. In questo caso, nel procedimento da seguire ci sono somiglianze con l'adozione.

La sperimentazione sugli embrioni è vietata, mentre sono ammessi studi con finalità medica e che non arrechino danno all'embrione. Anche la diagnosi preimpianto non è autorizzata che a titolo eccezionale (art. 162,17).

Una valutazione etica

Il processo di elaborazione delle due leggi è avvenuto in un contesto di elevata qualità demo-

cratica della discussione. Tutte le formazioni sociali sono state sentite e alla fine la società francese ha riservato un'accettazione generale alla legge.

Per il resto, la legislazione registra un compromesso tra le diverse posizioni etiche, soprattutto in materia di tecniche eterologhe. In relazione a questo aspetto, il testo finale è molto meno criticabile del testo iniziale, perché non legittima la procreazione eterologa, ma la consente nei casi in cui altre vie sono precluse. La contraddizione sta nel fatto che si tace su tutto ciò che rende problematiche le tecniche eterologhe.

Sull'altra questione delicata, costituita dalla tutela dell'embrione, la legge prevede un buon grado di protezione, ma non è priva di contraddizioni, soprattutto, in relazione al destino finale dei embrioni soprannumerari. Non risolvendo questo punto, si è rinunciato a risolvere una questione molto importante, riducendo così il rispetto per l'embrione che pure è apertamente affermato. Per una corretta decisione si sarebbe dovuto accogliere la norma che impone di non

fecondare più ovuli di quanti non se ne possano trasferire, ma non è stato fatto.

Altra questione di rilievo è la forza con cui si difende l'anonimato del donatore. Ci si domanda se questa norma salvaguardi il bene del bambino. Abbiamo già visto che la ricerca del padre biologico è un'esigenza che, se non soddisfatta, può arrecare danni anche gravi al bambino. Ma, d'altra parte, perché privare il donatore della possibilità di riconoscere il figlio? La norma dell'anonimato protegge, forse, solo la classe medica, evitando che si producano situazioni che facciano apparire chiaramente che le tecniche eterologhe restano problematiche.