

LA PROCREAZIONE ASSISTITA

1. Il problema

La grande questione della procreazione assistita è subentrata nel momento in cui la coppia coniugale ha sofferto la difficoltà a generare. Per tale ragione è divenuta una risposta di speranza all'infertilità della coppia. Infatti, grazie a determinate metodologie e tecniche di procreazione o fecondazione assistita, si è riusciti a superare quelle barriere insormontabili per la generazione di una vita e a restituire ai coniugi la possibilità di divenire genitori.

Fin qui il discorso potrebbe essere accettabile. Ma vi sono delle grosse implicanze etiche relative ai **metodi** di fecondazione ed ai suoi **luoghi**, in quanto non tengono in debito rispetto la dignità della coppia del matrimonio, e allo stesso tempo la dignità della vita, del nascere umano.

Certo, la sterilità della coppia costituisce un grosso problema, capace di alterare l'umore dei coniugi. Dal nostro punto di vista ci chiediamo: quali possono essere le cause della infertilità? Le cause vanno ricercate nelle alterazioni morfologiche e funzionali per motivi genetici, ormonali, infettivi, immunologici, traumatici e anche psicologici. Tutto ciò può comportare l'assenza o l'estrema scarsezza dei gameti maturi sia da parte femminile che maschile, o in altri casi difetti che impediscono l'incontro dei gameti, anche se presenti.

Gli studi preposti a questo problema sono giunti a definire sterile una coppia solo quando l'impossibilità a procreare permane dopo 18-24 mesi di rapporti sessuali naturalmente consumati e teoricamente fecondanti. A fronte di questa situazione, si è soliti parlare di procreazione assistita o artificiale quando nel processo generativo vengono introdotte procedure ad elevata tecnologia che, per un certo periodo limitato e coincidente con i cicli di trattamento, cercano di rendere possibile il concepimento e la gestazione. Va specificato, inoltre, che dal punto di vista terminologico, tra i bioeticisti laici si preferisce usare più la dicitura *riproduzione assistita*, anziché procreazione artificiale.

Le situazioni cliniche in cui possono ritrovarsi le coppie sono:

- a. **sub-fertilità**, cioè coppie con ridotta probabilità di ottenere concepimento pari al 12-14% del totale;
- b. **sterilità superabile** con terapia farmacologica o chirurgica, oppure con tecniche di riproduzione artificiale avvalendosi di elementi biologici (ovociti, spermatozoi, utero) della stessa coppia (circa il 7-8% del totale);
- c. coppie affette da **sterilità non superabile, se non con tecniche di riproduzione artificiale**, avvalendosi anche di elementi biologici esterni alla coppia (circa l'1-2% del totale).

Purtroppo oggi il dato delle coppie in difficoltà per l'infertilità è in crescita, mentre restano invariati i tempi biologici: *dopo i 35 anni la fertilità femminile inizia a diminuire, per declinare rapidamente dopo i 38, al punto che all'età di 40 anni circa la metà delle donne risultano ormai sterili*. Alcune volte, nel caso di sub-fertilità, il risultato può essere raggiunto cambiando semplicemente la dieta, o ricorrendo a delle cure ormonali o chirurgiche. Ma spesso vi sono dei casi in cui, di fronte all'impossibilità naturale di avere dei figli, si va a fare ricorso a delle tecniche di riproduzione artificiale.

La caratteristica che hanno in comune questi procedimenti è quella di aiutare o sostituire i processi naturali, affinché l'ovulo e gli spermatozoi si incontrino. Per poter classificare queste tecniche sono stati proposti diversi criteri.

- In primo luogo ***il sito*** in cui s'intende ottenere la fecondazione, e può essere **intracorporea** (mediante *inseminazione intrauterina, intraperitoneale, tubarica*), oppure **extracorporea o in vitro**, con conseguente trasferimento dell'embrione nell'utero.
- Un altro criterio di classificazione riguarda invece ***l'origine*** degli elementi biologici. In questo caso si può parlare di tecniche **omologhe**, quando ci si avvale esclusivamente degli elementi biologici della coppia, e **eterologhe**, quando si fa ricorso a uno più elementi estranei alla coppia.
- È possibile un'altra distinzione, e si verifica quando nel processo della riproduzione artificiale entra in causa una donna che si presta per la gestazione del concepito, impegnandosi a consegnarlo al termine del processo alla coppia committente. È il caso della cosiddetta
 - ***madre sostitutiva***, che potrebbe essere una semplice gestante,
 - oppure ***madre biologica***, la quale porta in grembo la vita umana originata dall'obolo di razza donna (in questo caso si può parlare anche di ***madre portatrice***).
 - Ma potrebbe anche coincidere con la ***madre genetica*** del concepito, qualora abbia lei stessa fornito l'uovo per la fecondazione (in questo caso si parla anche di ***madre surrogata***).

Nel presente capitolo divideremo l'argomentazione in due sezioni collegate e distinte: **la fecondazione intracorporea e la fecondazione extracorporea**.

LA FECONDAZIONE INTRACORPOREA

Prima di esaminare il problema si rende necessaria una precisazione. Va fatta una distinzione fra le tecniche di fecondazione intracorporea e quelle che ottengono la fecondazione dell'ovulo all'esterno del corpo della donna per poi impiantarle nell'utero.

1. Le prime si possono chiamare semplicemente **inseminazione** e comportano un minor numero di problemi morali.
2. Le metodiche di **fecondazione extracorporea**, invece, comportano una produzione di embrioni in provetta e, di conseguenza, suscitano forti interrogativi morali.

1. L'inseminazione artificiale

Consiste essenzialmente nel prelevare il seme maschile, depositarlo in una cannula e introdurlo nel canale cervicale della donna. Da qui gli spermatozoi risalgono verso l'utero e imboccano la via delle tube ove avverrà la fecondazione. **È una tecnica intracorporea consistente nel ricollocare il seme maschile all'interno della tuba, o nell'introdurlo in essa dopo essere stato variamente raccolto e "lavato"**, affinché possa incontrare l'ovulo femminile per fecondarlo. Si fa ricorso a questa tecnica per superare alcuni problemi di sterilità maschile e femminile.

Tra le principali **cause di sterilità maschile** vanno annoverate *l'impotenza nervosa o psichica*, alcune forme di *anomalia del pene*, *alterazioni ormonali*, *infezioni testicolari*, *criptorchidismo* (la mancata discesa del testicolo nello scroto, con conseguente incapacità di produrre spermatozoi), *malattie a trasmissione sessuale* (sifilide, gonorrea), *assenza o sul numero di spermatozoi nel liquido seminale o anche insufficiente motilità degli spermatozoi* (aspermia, oligospermia, astenospermia).

Le **cause di sterilità femminile** possono essere: *il vaginismo o anomalie anatomiche della vagina*, *manca di ovulazione o gravi irregolarità del ciclo mestruale*, *malformazioni uterine*, *fibromi endometriti*, *malformazioni tubariche*. Non tutte queste forme di sterilità possono essere superate con la sola metodologia dell'inseminazione artificiale; alcune richiedono la fecondazione in vitro.

L'inseminazione può essere di due tipi: **omologa**, se il seme appartiene al marito, e **eterologa**, se il seme proviene da un donatore. In quest'ultimo caso esistono già delle banche del seme a cui ci si può rivolgere per ottenere il seme di qualità. Alcuni operatori, però, preferiscono il seme "fresco" e non congelato.

Le modalità del prelievo del seme possono costituire un problema etico. Il seme può essere **raccolto in conseguenza ad un rapporto sessuale e fuori di esso**. La maniera più frequente per il prelievo del seme maschile è la **masturbazione**; ma si può fare ricorso anche al **coito interrotto** per raccogliere in una provetta sterile l'eiaculazione. Altri modi possono essere l'uso di un

preservativo da cui successivamente prelevare il liquido seminale, il prelievo dello sperma nel fondo della vagina, **l'elettroeiaculazione**, la **spremitura della prostata e delle vesciche seminali**, **la puntura dell'epididimo o del dotto deferente**.

Dal punto di vista medico, la qualità del seme non eiaculato è ritenuta scadente e quindi non adatta all'inseminazione.

Si è soliti distinguere:

* ***Inseminazione artificiale impropriamente detta (IA)***: l'intervento è solo di aiuto all'atto coniugale, e per questo **pienamente lecita**. Forse più corretto chiamarla **procreazione medicalmente assistita**.

* ***Inseminazione artificiale propriamente detta, omologa (IAO)***: comporta il prelievo del seme al di fuori del rapporto sessuale, e per questo **non del tutto lecita**.

* ***Inseminazione artificiale propriamente detta, eterologa (IAE)***: il seme maschile è procurato al di fuori del rapporto sessuale da parte di un donatore e tramite anche banche del seme, il cui ottenimento è di matrice masturbatoria. Lede l'unità del matrimonio per un terzo sopraggiunto. Per questi motivi è **illecita**.

La valutazione morale dell'inseminazione omologa si fonda su un principio già espresso da Pio XII e cioè: l'atto coniugale, nella sua struttura naturale, è un'azione personale, una cooperazione simultanea e immediata dei coniugi, la quale, per la stessa natura degli agenti e la proprietà dell'atto, è l'espressione del dono reciproco... effettua l'unione in una carne sola. Il pontefice non mette al bando l'uso di taluni mezzi artificiali destinati unicamente sia a facilitare l'atto coniugale e sia a procurare la generazione.

Da ciò si evince che: **se l'aiuto medico si configura come sostitutivo dell'atto coniugale è moralmente illecito, se si pone come facilitativo del naturale compimento, è lecito**. Nel primo caso l'intervento medico prescinde dall'atto sessuale e opera una scissione tra il significato punitivo e procreativo. Nel secondo caso, invece, si presenta come un vero e proprio aiuto al conseguimento della finalità generativa.

Nel contesto dell'inseminazione artificiale, pertanto, se l'intervento medico avviene in conseguenza dell'atto coniugale, si può parlare di intervento lecito in quanto teso ad aiutare la coppia nella procreazione. In questo caso, il seme prelevato a seguito di un rapporto sessuale dei coniugi, può essere anche sottoposto a trattamento per la maggiore *capacitazione* degli spermatozoi. Dove risiede la liceità di questo procedimento? Sta nel fatto che esso garantisce la coesistenza in maniera coincidente dell'unione fisica, psicologica e spirituale fra i coniugi.

Nell'ambito del dibattito etico non mancano teologi che vedono come lecita la masturbazione finalizzata al prelievo del seme per l'inseminazione della coppia. Da parte sua, il Magistero della Chiesa ribadisce la posizione di Pio XII: la fecondazione è voluta lecitamente

quando è termine di un atto coniugale di per sé idoneo alla generazione della prole; al contrario, è privata dal punto di vista morale della sua perfezione quando non è voluta come frutto dell'atto coniugale. Quindi: **l'inseminazione artificiale omologa all'interno del matrimonio non può essere ammessa, salvo il caso in cui il mezzo tecnico risulti non sostitutivo dell'atto coniugale, ma si configuri come una facilitazione** (cfr. *Donum Vitae* 6 e *Dignitas Personae* 12).

Circa **l'inseminazione artificiale eterologa**, il ricorso ad un donatore del seme chiama in causa un terzo soggetto estraneo alla coppia, che si configura come padre del nascituro. Inoltre è costretto a rimanere nell'anonimato, in quanto i donatori di seme restano anonimi, con contraccolpi di portata non indifferente nella pedagogia e psicologia del bambino. Non va taciuta una certa tendenza all'eugenismo che possa tendere alla richiesta dell'inseminazione eterologa magari per finalità di perfezione di razza o motivazioni simili. Né va trascurata la possibilità di potercisi trovare in casi di incesto a motivo di ignote identità.

Sulla base di tutte queste motivazioni, **si ritiene illecita l'inseminazione artificiale eterologa, perché lede i diritti del figlio, lo priva della relazione filiale con le sue origini parentali** e può ostacolare la maturazione della sua identità personale. Infine priva la coppia della sua unità ed integrità.

2. La GIFT (Gamete Intra Falloppian Transfer) *Trasferimento Intratubarico dei Gameti*

È un metodo di **fecondazione intracorporea**, non molto utilizzato oggi, e che ha trovato un certo avallo nel mondo cattolico. Consiste nell'induzione di un'ovulazione multipla della donna mediante trattamento farmacologico e ormonale, per avere a disposizione un certo numero di ovociti da poter fecondare. Successivamente questi ovuli, prelevati mediante laparoscopia o ago-aspirazione, si introducono in un particolare catetere, dove vengono inseriti pure gli spermatozoi. I gameti all'interno delle catetere sono separati da una bolla d'aria, per evitare che avvenga una fecondazione extracorporea.

Il trasferimento dei gameti può essere eseguito per via laparoscopica, "pinzando" una delle due tube della donna ed introducendo in essa il contenuto del catetere, posizionato più o meno alla stessa altezza in cui si verifica naturalmente la fecondazione. **È attuata dopo un normale atto coniugale** e risulta più efficace dell'inseminazione artificiale, ma non può essere applicabile in ogni caso di sterilità (per esempio l'occlusione tubarica). Anche in questo caso si può parlare di metodica **omologa o eterologa**, a seconda che gameti provengano dalla coppia o da donatori.

Dal punto di vista morale valgono le stesse cose dette per l'inseminazione artificiale, benché in questo caso l'équipe medica ha più spazio di manipolazione. Anche se i gameti sono prelevati

immediatamente dopo l'atto coniugale, potrebbe far problema il collegamento immediato tra l'atto e il ritrovato tecnico: non basta che ci sia una sintonia spazio-temporale fra l'atto compiuto dai coniugi e il prelievo dei gameti da parte dell'équipe medica, è necessario che l'atto coniugale non venga compromesso nel suo significato interpersonale, cioè che non sia strumentalizzato ai fini di avere un figlio. Il sospetto è che il tutto si fermi sull'aspetto strumentale, che sia più un mezzo per prelevare lo sperma anziché un atto per procreare una vita. Resta evidente che l'équipe medica non può sostituire l'atto coniugale, che si rivela determinante per la fecondazione dell'ovulo.

Il Magistero non si è ancora pronunciato su questa metodica. Non vige la proibizione assoluta, ma piuttosto la tolleranza.

3. La LTOT (Low Tubal Oocyte Transfer) *Trasferimento Ovocitario nella Tuba Proximale*

Si ricorre a questa tecnica quando la causa della sterilità sta nella difficoltà dell'ovulo a sganciarsi dall'ovaio o comunque a raggiungere il punto adatto alla fecondazione. Il metodo consiste *nell'indurre un'ovulazione multipla, per prelevare gli ovociti per via laparoscopica e trasferirli nella giusta altezza delle tube di Falloppio per la fecondazione*. In questo modo l'apparato genitale femminile si trova nella condizione di poter accogliere il seme maschile. Se la coppia a questo punto ha un rapporto sessuale, può succedere che uno di questi ovuli venga fecondato.

Dal punto di vista morale non sembrano esserci particolari problemi nell'accogliere questo procedimento, visto che l'intervento medico non sostituisce né strumentalizza l'atto coniugale per l'ottenimento dei gameti, ma si limita a trattare farmacologicamente la donna per indurla ad una ovulazione multipla e a porla nelle condizioni di restare incinta.

4. La GIUT (Gamete Intra Uterine Transfer) *Trasferimento Intrauterino di Ovociti e Sperma*

Si tratta del trasferimento intrauterino dei gameti. *Consiste nel trasferimento contemporaneo, ma separato, della cellula uovo e degli spermatozoi nell'utero dopo trenta minuti circa di permanenza dei gameti in una provetta*. La percentuale di successo è del 10%. Questa tecnica non si configura come un aiuto all'atto coniugale, perché non rispetta l'unità, in quanto la procedura tecnica richiederebbe il *prelievo del seme solo mediante masturbazione*. Per giunta, tanto la GIUT che la LTOT divengono occasione di una elevata perdita di embrioni: e questo è un elemento che non è trascurabile dal punto di vista morale.

5. IUI (Intra Uterin Insemination) *Inseminazione Intrauterina*

Consiste nella deposizione del liquido seminale all'interno della cavità dell'utero, per questo è chiamata inseminazione intrauterina. Anche in questo caso la problematicità risiede sul modo di ottenimento del seme (se da masturbazione o altro, come indicato nelle pagine precedenti) e sull'origine del seme, se dal marito o da un donatore.

LA FECONDAZIONE EXTRACORPOREA

Esistono dei casi di particolare difficoltà di sterilità, come da *danno tubarico irreparabile*, che non possono essere risolti dalla GIFT e dalla LTOT, ma si rende necessario il ricorso alla fecondazione di fuori del corpo della donna, che comporta la produzione dell'embrione in provetta ed il successivo suo trasferimento in utero. La più nota di queste tecniche è la FIVET, a cui si sono aggiunte diverse altre.

1. La FIV-ET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfert)

Si tratta della fecondazione in vitro con il trasferimento di embrioni. Già dalla definizione si intuisce che si compone di *due tempi distinti consequenziali: la fecondazione in provetta e il trasferimento dell'embrione nelle vie interne uterine*. Può essere omologa, se i gameti appartengono alla coppia ed eterologa se almeno uno dei gameti non appartiene alla coppia. Analizziamo il procedimento.

*** La prima fase** prevede:

- ❖ il **monitoraggio dell'ovulazione**, generalmente indotta in modo farmacologico, da cui si ottengono quattro o sei ovociti (a volte anche di più), per iperstimolazione farmacologica delle ovaie.
- ❖ Quindi si passa al **prelievo dell'ovocita** mediante agoaspirazione per via addominale o trans vaginale, trans uretrale o trans vescicale. Gli ovuli ottenuti sono distinti in immaturi, maturi o molto maturi. I più adatti alla fecondazione sono gli ovuli maturi.
- ❖ Successivamente si procede anche al **prelievo e trattamento del seme maschile**, previamente sottoposto ad esame di laboratorio. Se il seme non dovesse risultare di qualità, si fa ricorso a quello di un donatore. Gli ovociti vengono tenuti per circa cinque o sei ore in un adeguato terreno di coltura (in gran parte acqua distillata cinque volte).
- ❖ Successivamente si procede al **trasferimento in provetta di ovociti e del liquido seminale**, in genere raccolto circa un'ora prima della fertilizzazione. Qui avviene la fecondazione degli ovuli, ossia la produzione dell'embrione, i quali saranno trasferiti

nell'utero a partire dal 3° o 5-6° giorno dalla fecondazione, vale a dire allo stadio di blastocisti.

Quanti ovuli devono essere fecondati? Per donne di età fino a 35 anni ne servono 2 o 3. Per donne di età superiore ai 35 anni ne occorrono almeno 4 o 5. In ogni caso *ci troviamo di fronte ad embrioni soprannumerari*, i quali dopo 24 ore di incubazione sono già pronti per essere trasferiti, avendo raggiunto lo stadio di quattro cellule. Alcuni di essi, giudicati di buona qualità, vengono congelati per essere eventualmente adoperati in un successivo tentativo di trasferimento in utero.

*** La seconda fase** comporta:

il **trasferimento nelle vie intrauterine dell'ovulo fecondato in provetta**. Il periodo immediatamente successivo al trasferimento è quello più delicato: la maggior parte dei fallimenti si verifica proprio in questa fase. In ogni caso, circa due settimane dopo il trasferimento degli embrioni la donna è in grado di sapere se il trattamento ha avuto successo.

Quali sono i vari tipi di FIVET? Come dicevamo prima, può essere

- **omologa**, quando vengono utilizzati gameti dei due coniugi e l'embrione viene trasferito nella donna di questa stessa coppia,
- ma può essere anche **eterologa** quanto entrambi o uno dei gameti non sono della coppia, e quando intervengono nuove figure non appartenenti alla coppia per le fasi successive del trasferimento dell'embrione e della gestazione.

Si verifica allora una casistica che possiamo così riassumere:

1. con embrione trasferito nell'utero della moglie:

- quando si utilizza il seme di un donatore e l'ovulo della moglie;
- quando si utilizza il seme del marito e l'ovulo di una donatrice;
- quando vengono utilizzati entrambi gameti di donatori.

2. Con embrione trasferito nell'utero in una "affitto" di un'altra donna:

- quando si utilizza il seme di un donatore e l'ovulo della moglie;
- quando s'utilizza il seme del marito e l'ovulo di una donatrice;
- quando vengono utilizzati entrambi i gameti del marito e della moglie.

Da questo schema si può evincere che la fecondazione artificiale eterologa può dare inizio ad una sorta di molteplici combinazioni che avrà come risultante la formazione fino a tre coppie di genitori: quelli *committenti*, quelli *genetici*, quelli *gestazionali*, con conseguenze di parentado e psicologiche. Le situazioni che possono verificarsi nell'ambito dei procedimenti spesso adottati nella FIVET possono essere seguenti:

1. **Madri surrogate e uteri in affitto**: è il caso in cui si chiede l'intervento di una donna diversa da quella genetica, la quale si dichiara disponibile a farsi carico della gestazione con l'impegno di consegnare il bambino una volta nato al committente.

- Si parla di madre surrogata, quando la prestazione è gratuita,
- ed uteri in “ affitto” quando la prestazione è fatta dietro pagamento con regolare contratto.

2. **Madri nonne**: è il caso di donne in età avanzata, cioè in menopausa, quindi biologicamente e fisiologicamente sterili, alle quali si va a trasferire l'embrione o comunque un ovulo per la fecondazione.

3. **Incrocio di madri, zie, nonne**: si verifica quando a svolgere una funzione di madre surrogata è la madre, o la sorella della donna che ha ottenuto la fecondazione in vitro con sperma del marito. Oppure quando una parente è intervenuta come donatrice di ovuli.

4. **Riduzione fetale**: con logica aberrante volta a guardare solo al benessere della donna e ad assicurarle l'appagamento del desiderio di figli sani, si procede alla soppressione di uno o più feti in gestazione, facendo passare il tutto con la cinica e sprezzante espressione “terapia fetale”.

5. **Figli a coppie omosessuali**: coppie lesbiche possono avere un figlio attraverso la fecondazione in vitro con sperma di un donatore. Ma anche coppie di omosessuali maschi, grazie ad ovuli donati, madri surrogate o uteri in affitto.

6. **Embrioni specchio**: da un embrione precoce viene staccata una cellula dando origine ad un secondo embrione, gemello del primo, grazie alla totipotenza delle cellule nella fase iniziale dello sviluppo embrionale. Quest'embrione viene sottoposto a esami genetici, mentre l'altro viene congelato. Se l'esito dell'esame è insoddisfacente, l'embrione esaminato viene gettato via, e l'altro, congelato, viene trasferito in utero. In caso contrario, vengono ambedue gettati, o uno dei due consegnato come cavia per ricerca.

7. **Prelievo di ovogoni da bambine abortite**: il tessuto ovarico con gli ovogoni, che in quella fase sono di numero elevatissimo (si parla di circa 2 milioni), viene prelevato. Gli ovogoni vengono congelati e al momento necessario vengono portati artificialmente a maturazione, pronti per essere fecondati in vitro. Il risultato è che se il procedimento va a buon fine, si metteranno al mondo figli che avranno come madre genetica una bambina morta.

8. **Utero artificiale o gestazione extracorporea**: persegue come finalità quello di abbassare il limite di età gestazionale a partire dalla quale è possibile far sopravvivere il feto fuori dall'utero materno grazie ad apparecchiature sempre più sofisticate.

9. Gli studi della scienza stanno portando con successo **la possibilità di trasferire un embrione umano in un utero di mammiferi compatibili alla razza umana**, come una scimmia o

altri. In casi di ricerca scientifica più avanzata si sta procedendo anche alla fecondazione di gameti ibridi, cioè di razza umana ed animale. Il risultato è raccapricciante e non merita alcun un commento.

A) Problematiche e valutazioni morali relative alla FIVET

Entrambe le modalità della FIVET, omologa e eterologa, comportano grossi problemi morali, anche se quella eterologa è aggravata dal ricorso ad un partner al di fuori della coppia coniugale.

Anzitutto bisogna evidenziare che le tecniche fino ad ora adottate comportano uno **spreco di numerosi embrioni umani**; e se l'embrione è un uomo che sta vivendo - come abbiamo precedentemente dimostrato - non ci può lasciare indifferenti la deliberata sua soppressione, per la contraddittoria finalità di avere un figlio. Nessun uomo può infliggere la morte ad un suo simile, anche se allo stadio iniziale della sua vita.

Un'ulteriore problema morale è dato dalla **scissione dell'aspetto unitivo da quello procreativo**. Nel caso di specie si persegue la finalità procreativa e si mortifica quella unitiva, per cui gli sposi, per avere un figlio, non vivono la copula sessuale. Nel perseguimento del desiderio di avere un figlio manca la donazione reciproca personale del marito e della moglie, un donarsi che non dev'essere solo psicologico e spirituale ma anche corporale. Un ruolo di primo piano lo riveste l'etica medica, dalla stimolazione dell'ovulazione sino al trasferimento in utero dell'embrione fecondato in provetta. In termini più semplici: la vita è un prodotto di laboratorio scientifico.

La Congregazione per la Dottrina della Fede la definisce **illecita perché comporta la distruzione di esseri umani**, dissocia i gesti destinati alla fecondazione umana dell'atto coniugale ed è attuata al di fuori del corpo dei coniugi mediante gesti di terze persone, per cui la vita e l'identità dell'embrione è affidata al potere dei medici e dei biologi (DV II,5).

Anchor più problematica è la FIVET eterologa. Essa costituisce una chiara violazione dell'unità coniugale ed una consistente alterazione del rapporto tra genitori e i figli, per l'ingresso nel processo generativo di terze persone. Alla scissione dell'atto unitivo da quello procreativo, la FIVET eterologa va ad alterare i rapporti di coniugalità e di genitorialità producendo delle conseguenze psicologiche, sociali ed affettive piuttosto devastanti per l'equilibrio psico-affettivo del soggetto.

L'aspetto inquietante di questa metodologia artificiale è che **va a ledere la dignità del figlio**, non cercato per se stesso, ma per quello che significa per la madre per il padre. È *“il figlio ad ogni costo”* ottenuto sulla base di un presunto diritto al figlio, dimenticando che questi è un dono da cogliere ed invocare. L'ardente desiderio di avere un figlio non può giustificare qualunque metodologia per il suo ottenimento, perché ogni *uomo ha il diritto di nascere secondo la modalità*

della specie umana: da due genitori, nell'ambito di un rapporto sessuale in un contesto familiare ed accolto in un corpo materno per tutto il periodo della gestazione sino alla nascita.

Ogni figlio ha diritto ad una famiglia intesa secondo diritto naturale, cioè un uomo ed una donna legati liberamente in un impegno di amore che si chiama famiglia. Non può essere desiderio capriccioso di un singolo o di partner che vivono egoisticamente il loro amore sfidando le regole della natura. Pertanto, il figlio ha diritto di nascere in un contesto naturale e di naturalità. Non può essere concepito per un capriccio egoistico al di fuori dell'età riproduttiva. Non può essere concepito all'interno di coppie omosessuali, le quali vogliono regolarizzare il loro diritto di famiglia e di unione rispetto alle altre coppie facendo ricorso all'ultimo traguardo che è la nascita di un figlio, che in verità non è loro, in quanto debbono comunque ricorrere a una terza persona eterosessuale.

Infine va considerato il caso in cui ci si trova di fronte agli “uteri in affitto” e alle “madri surrogate”: ogni bimbo ha diritto ad avere una sola madre che copra tutto il processo generativo: dalla produzione dell'ovulo fino a tutta la gestazione che sfocerà nel parto. Il dono della vita non è un commercio, non è una cooperativa in affari economici o sentimentali, non è un nuovo lavoro sancito da un'assunzione della stipulazione regolare di un contratto tra le due parti: il committente e l'esecutore. Gli effetti deleteri di questi procedimenti si affaceranno lungo l'età dello sviluppo e si esprimeranno con grossi complessi complicazioni da parte del soggetto nato.

B) Problematiche mediche e psicologiche

In genere le tecniche di riproduzione artificiale si basano su una complessa stimolazione farmacologica delle ovaie. Questa iperstimolazione ovarica può comportare alcuni rischi nel corso o a ridosso del ciclo di trattamento. In particolare può indurre ad un ingrossamento anomalo delle ovaie, o può anche provocare delle cisti ovariche, come pure delle possibili patologie tumorali.

Per quanto concerne il congelamento degli embrioni in eccesso, va detto che la crioconservazione compromette probabilmente la vitalità di una parte degli embrioni. Gli embrioni congelati possono venire utilizzati per un ulteriore tentativo, in caso di insuccesso. Sorte peggiore la hanno gli embrioni avanzati, i quali facilmente vengono destinati all'eliminazione, alla donazione (o adozione) e all'impiego a fini sperimentali (prospettive terapeutiche). Proprio per evitare l'eliminazione della strumentalizzazione degli embrioni si rende necessaria la limitazione della loro produzione.

Per quanto concerne il seme del donatore, non pochi sono stati i casi in cui si sono verificate trasmissioni di malattie ereditarie o infettive, a danno della madre o del bambino. Con le attuali tecniche di conservazione del seme, è frequente la possibilità che dei virus patogeni non individuati

siano trasportati dall'azoto liquido del congelatore da un campione all'altro. Un modo per arginare questo problema è far uscire il donatore dall'anonimato.

Anche le gravidanze avviate dalle tecniche di riproduzione artificiale presentano dei problemi. Viene la possibilità di aborti spontanei, ma anche di una plurigravidanza, per l'attecchimento di più embrioni all'utero, che rende difficile la gestazione. A quel punto si procede alla selezione ed eliminazione degli embrioni, ipocritamente fatta passare come terapia fetale.

Infine, vi possono essere problematiche relative alla salute dei bambini ottenute mediante queste tecniche produttive. Degli studi hanno dimostrato che questi bimbi spesso nascono sottopeso o con dei difetti neonatali in percentuale maggiore rispetto a quelli concepiti in modo naturale.

Dal punto di vista psicologico, i trattamenti di procreazione artificiale possono risultare molto stressanti per la coppia, in particolare per la donna. Altresì può risultare traumatico per il bambino venire a conoscenza della sua origine, che lo fa molto diverso dai suoi simili e lo pone in un atteggiamento di autodiscriminazione.

4. ICSI (Intra-Citoplasmic Sperm Injection) *Iniezione Intra-Citoplasmica dello Spermatozoo*

È una tecnica introdotta agli inizi degli anni 90 e vuole risolvere problemi di infertilità di coppia per la sterilità maschile particolarmente gravi, non superabili con la sola FIVET. Questa tecnica di micromanipolazione dei gameti *consente di introdurre un singolo spermatozoo direttamente all'interno del citoplasma dell'ovocita*, superando tutte le barriere naturali che normalmente circondano un ovocita.

Questa metodologia si rende efficace per quelle coppie il cui partner maschile presenta un numero molto basso di spermatozoi, oltre che scarsamente vitali. L'ICSI si differenzia dalla FIVET per il fatto che in quest'ultima gli spermatozoi penetrano spontaneamente all'interno del ovocita, mentre nell'ICSI sono introdotti nel citoplasma ovocitario attraverso una micropipetta, con conseguente percentuale di fertilità azione decisamente più alta. Dunque la differenza sta solo nella fertilità d'azione in vitro.

IL MAGISTERO ECCLESIALE E LA RIPRODUZIONE ARTIFICIALE

I documenti che esprimono il pensiero della Chiesa circa l'argomento che stiamo sviluppando sono: *Donum vitae*, *il Catechismo della Chiesa Cattolica*, *Evangelium vitae* e *Dignitas personae*.

1. Donum vitae

Come si ricorderà è il documento pubblicato dalla congregazione per la dottrina della fede nel 1987, che considera i problemi etici sollevati dagli interventi sulla procreazione umana (seconda parte), e più specificamente il rispetto degli embrioni umani (prima parte) e la legislazione civile (terza parte).

Le indicazioni etiche sulla riproduzione artificiale contenuta nel documento non vanno a coprire tutte le tecniche, ma solo quelle che costituiscono più urgenza in quanto più eticamente implicanti. Il documento parte dalla considerazione preliminare delle circostanze e delle conseguenze che comportano le tecniche rispetto all'embrione umano.

In primo luogo il documento affronta la fecondazione artificiale eterologa e poi quella omologa. Dopo aver dichiarato e ricordato le proprietà del matrimonio, il documento asserisce a chiari caratteri che la fecondazione artificiale eterologa viene dichiarata contraria all'unità del matrimonio, alla dignità dei discorsi, alla vocazione propria dei genitori e al diritto del figlio ad essere concepito e messo al mondo nel matrimonio e dal matrimonio. Alla stessa stregua è qualificata come contraria la maternità sostitutiva, in quanto anch'essa attentatrice all'unità del matrimonio e alla dignità della procreazione della persona umana. Essa rappresenta una mancanza oggettiva di fronte agli obblighi dell'amore materno, della fedeltà coniugale e della maternità responsabile, altresì offende la dignità e il diritto del figlio ad essere concepito, portato in grembo, e messo al mondo ed educato dai propri genitori.

Il rifiuto dell'inseminazione omologa si avvale di un'argomentazione più complessa. La procreazione si avvale del matrimonio, ed in essa deve avere luogo. Ma la dignità del procreare umano viene meno con il ricorso alle tecniche omologhe.

L'Istruzione valorizza tre linee argomentative:

- la connessione inscindibile tra il significato unitivo e significato procreativo dell'atto coniugale. Il ricorso ad un altro elemento extraconiugale va ad operare una separazione analoga tra i beni significati del matrimonio. Per cui, la procreazione è privata dal punto di vista morale della sua perfezione proprio quando non è voluta come il frutto dell'atto coniugale.
- L'unità dell'essere umano esige una procreazione in cui si va ad esprimere l'unione corporea e spirituale ad un tempo dei genitori. Per queste ragioni, la fecondazione

ottenuta fuori dal corpo degli sposi rimane privata dei significati e dei valori che si esprimono nel linguaggio del corpo e nell'unione delle persone umane.

- L'esigenza che l'origine di una persona umana sia espressione di una donazione reciproca e non il prodotto di una tecnologia. Perciò il concepito dovrà essere il frutto dell'amore dei suoi genitori. Non può essere voluto né concepito come il prodotto di un intervento di tecniche mediche biologiche.

A fronte di tutto ciò, quali possono essere le alternative? Giovanni Paolo II ricorda la possibilità di una fecondità diversa, secondo il quale la sterilità fisica o costituire occasione per gli sposi per rendere servizi importanti, quali l'adozione, le varie forme di opere educative l'aiuto ad altre famiglie e a bambini handicappati.

Tuttavia va detto che l'istruzione non preclude la possibilità del ricorso ad interventi medici volti a curare la sterilità, a condizione che questi siano rispettosi della dignità umana e della dignità matrimoniale e procreazionale.

2. Catechismo della Chiesa Cattolica

Conferma quanto affermato dall'istruzione, definendo le tecniche eterologhe come gravemente disoneste, mentre quelle omologhe meno pregiudizievoli, ma comunque inaccettabili. La ragione è la stessa: la dissociazione dell'atto sessuale dall'atto procreatore. Il figlio, afferma il Catechismo, non è qualcosa di dovuto, ma un dono, il più grande del matrimonio. Il Catechismo non trascura la sofferenza dei coniugi privi del dono del figlio, tuttavia specifica che la sterilità fisica non va letta come un male assoluto, ma come occasione per esprimersi in beni maggiori.

3. Evangelium vitae

Giovanni Paolo II riconosce la buona intenzione di queste norme che apparentemente si pongono al servizio della vita; nondimeno molte volte diventano occasione per nuove frontiere contro la vita. ***Dissociano la procreazione dal contesto dell'atto umano del procreare***, l'atto coniugale, ed in diversi casi sono delle vere e proprie dichiarazioni di morte degli embrioni soprannumerari.

4. Dignitas personae

Sulla scorta di quanto già Pio XII affermava, e cioè che sono da escludere tutte le tecniche di fecondazione artificiale eterologa e quelle di fecondazione artificiale omologa sostitutive l'atto coniugale, il documento ribadisce la positività e l'ammissibilità delle tecniche che si configurano come un aiuto all'atto coniugale e alla sua fecondità. L'istruzione *condanna senza mezzi termini la fecondazione in vitro, ricalcando il dramma della soppressione degli embrioni, i quali continuano ad essere sacrificati in numero elevato (n. 14); viene dichiarata come intrinsecamente illecita la tecnica dell'ICSI (n. 17) al tempo stesso ripresenta la problematicità della crioconservazione in quanto non rispettosa della dignità della persona (n. 18), e quindi l'inaccettabilità della crioconservazione di ovociti (n. 20). La riduzione embrionale, poi, viene chiaramente definita come un aborto intenzionale selettivo (n. 21), mentre la diagnosi di pre-impiantatoria si configura come una pratica abortiva precoce a motivo della sua finalizzazione di fatto alla selezione qualitativa con la conseguente distruzione degli embrioni (n. 22).*

Circa il desiderio del figlio, l'Istruzione ricorda che la Chiesa ne riconosce la legittimità e ne comprende le sofferenze, ma ciò non può comportare l'incoraggiamento ad una metodica immorale e irrispettosa della dignità umana relativa alla vita e al suo nascere. Non si può desiderare un figlio distruggendone tanti altri, né si può cogliere un figlio abbandonando tanti altri (n. 16).

L'Istruzione affronta anche il problema della sorte degli embrioni soprannumerari. Alcuni sono preoccupati solo di un adempimento *ad litteram* della legge, giungendo così a svuotare dopo un certo tempo i depositi embrionali. È chiaramente inaccettabile la prassi di destinare gli embrioni per la ricerca o per l'uso terapeutico quale materiale biologico a disposizione (n. 19). È inammissibile la proposta di scongelare questi embrioni, senza riattivarli, ed usarli per la ricerca come se fossero dei normali cadaveri. Nondimeno viene ritenuta eticamente inaccettabile la proposta di metterli a disposizione di coppie infertili come terapia dell'infertilità.

Più attenuato invece sembra il giudizio circa la destinazione di questi embrioni alla cosiddetta ***adozione prenatale***, tollerata solo per dare un'opportunità di nascere ad essere umani che altrimenti andrebbero incontro alla distruzione. La proposta è lodevole, ma non del tutto scevra da opportune osservazioni di carattere etico.

CONSIDERAZIONI FINALI

Il problema della fecondazione artificiale mette in risalto la sofferenza dei coniugi impediti a procreare. D'altro canto, mette in evidenza l'incrementarsi sempre maggiore di un latente o manifesto senso egoistico riferito alla vita, ossia il diritto di un figlio, anche se single. Il figlio non è un oggetto o una semplice finalità da raggiungere in modo spersonalizzato, ma è il Tu, l'espressione del Noi coniugale che dà continuità e concretezza all'amore coniugale stesso. Un figlio deve essere voluto per se stesso e non per altri fini, il che comporterebbe la sua strumentalizzazione.

Nella lettera alle famiglie Giovanni Paolo II ricordava che Dio vuole l'uomo per se stesso, e che in sintonia con questo volere deve agire ed esprimersi quello genitoriale. La conseguenza è che i genitori devono volere la nuova creatura umana come la vuole il Creatore: per se stessa! (n. 9).

Un altro passaggio opportuno al nostro approfondimento lo ricaviamo dalla prima enciclica di Benedetto XVI, *Deus caritas est*, in cui afferma che anche se l'*eros* inizialmente è soprattutto bramoso, ascendente, nell'avvicinarsi poi all'altro si porrà sempre meno domande su di sé, cercherà sempre di più la felicità dell'altro, si preoccuperà sempre di più di lui, si donerà e desidererà esserci per l'altro. È il momento in cui l'agape si inserisce nell'*eros*, che decade e perde anche la sua stessa natura (n. 7). Il desiderio di un figlio deve aprirsi ed esprimersi nell'economia della gratuità dell'amore.

Può tornare utile un'ulteriore specificazione, già espressa nelle pagine precedenti. Nel linguaggio scientifico e nel linguaggio corrente, quando si parla di artificiale nell'ambito della procreazione si intende ogni intervento umano sull'appropriazione in una o più delle sue fasi, dalla raccolta del seme alla fecondazione e trasferimento dell'ovocita fecondato. Questa accezione non dà un colore valutativo. *Nei documenti magisteriali, invece, il termine artificiale assume una valenza più precisa, ed indica tutto ciò che, con qualunque tipo di tecnologia, convenzionali o innovativa, si sostituisce al naturale (qui naturale va inteso in senso non fisicista ma personalista).*

Quando perciò la Chiesa si dichiara contraria alle tecniche di riproduzione artificiali, non mette al bando qualunque tecnica che faciliti o che permetta l'attuarsi della fecondità, ma si riferisce a quelle etniche che dissociano alla procreazione dal contesto integralmente umano dell'atto coniugale (EV 14). Da qui si deduce che va distinta una **artificialità lecita**, che rispetta la verità e la dignità dell'uomo, e una **artificialità illecita** che manipola l'uomo e lo aliena da se stesso. Il Bompiani propone di parlare di procreazione tecnicamente viva quando il mezzo tecnico va a sostenere la natura (agire per implementare eventi naturali), e di tecniche di riproduzione artificiale quando i mezzi vanno a sostituire tempi e modalità di processi fecondativi artificiali.

Il giudizio morale sulle singole tecniche che se ne può desumere, alla luce dell'insegnamento del Magistero, indipendentemente se usate dentro o fuori il matrimonio, può essere così sintetizzato:

- Non possono essere accettate quelle tecniche come la IUI, la FIVET, la ICSI, le quali intervengono in modo drastico sullo svolgimento del processo generativo, lo collocano al di fuori del contesto della vita sessuale e amorosa della coppia, sicché il momento propriamente fecondativo avviene in vitro, artificialmente dissociato dal momento unitivo.
- Sono ammissibili in linea di principio quelle tecniche che come l'inseminazione artificiale rispettano virtualmente l'integrità dell'atto coniugale nel suo duplice momento unitivo e procreativo, anche se i due momenti sono separati nel tempo (cosa che già accade in natura: l'unione non è immediatamente fecondazione, ma quest'ultima avviene qualche ora dopo l'unione), ma senza dubbio strettamente connessi nel significato e nell'intenzione.
- Sono accettabili quelle tecniche (ancora raramente usate) in cui vi sia semplicemente il trasferimento dell'ovulo in una sede più favorevole per l'incontro con gli spermatozoi che avviene dopo un'unione sessuale normale.
- Una questione morale costituita anche dai modi di raccolta del seme. La raccolta compiuta al di fuori di un'unione sessuale dissocia la fenomenologia dal contesto per cui essa deve esprimersi, vale a dire l'amore tra i coniugi. È opportuno che il seme derivi da una sessualità consumata. Del tutto inaccettabile è il seme di un donatore, perché è l'inserimento di un terzo nella coppia coniugale.

QUADRO RIASSUNTIVO DELLE TECNICHE DI INTERVENTO NELL'AMBITO DELLA PROCREAZIONE UMANA

CIV

Coltura Intravaginale

| | |
|----------------|---|
| DIFI | <i>Inseminazione Intrafollicolare Diretta</i> |
| FIV-ET | <i>Fecondazione In Vitro con Trasferimento Embrionale</i> |
| GIFT | <i>Trasferimento Intratubarico dei Gameti</i> |
| GIPT | <i>Trasferimento Intraperitoneale dei Gameti</i> |
| GIUT | <i>Trasferimento Intrauterino di Ovociti e Sperma</i> |
| IA | <i>Inseminazione Artificiale</i> |
| ICI | <i>Inseminazione Intracervicale</i> |
| IPI | <i>Inseminazione Intraperitoneale</i> |
| ITI | <i>Inseminazione Intratubarica</i> |
| IUI | <i>Inseminazione Intrauterina</i> |
| LTOT | <i>Trasferimento Ovocitario nella Tuba Proximale</i> |
| MESA | <i>Aspirazione degli Spermatozoi dall'epidimo e Successiva Test</i> |
| OPT | <i>Cattura Ovocitaria e Trasferimento Intrauterino</i> |
| PRETT | <i>Trasferimento Intratubarico del Pre-Embrione</i> |
| PROST | <i>Trasferimento Intratubarico allo Stadio Pro Nucleare</i> |
| SUZU | <i>Inseminazione Sub-Zonale dell'ovocita</i> |
| TC-GIFT | <i>Gift Transcervicale</i> |
| TC-TEST | <i>Test Transcervicale</i> |
| TEST | <i>Trasferimento Intratubarico dell'Embrione</i> |
| VITI | <i>Inseminazione Intratubarica per via Vaginale</i> |
| ZIFT | <i>Trasferimento Intratubarico dello Zigote</i> |