

I QUADERNI DI  
SCIENZA & VITA®

7  
LA LEGGE 40, SEI ANNI DOPO

## I Quaderni di Scienza & Vita

*Periodico dell'Associazione Scienza & Vita*

*Iscrizione ROC n° 14872 del 29/09/2006*

*Reg. Trib. Roma n° 116 del 05/04/2007*

Lungotevere dei Vallati, 10 • 00186 Roma

Tel. 06.68192554 • Fax 06.68195205

[www.scienzaevita.org](http://www.scienzaevita.org)

[segreteria@scienzaevita.org](mailto:segreteria@scienzaevita.org)

n. 7 • Marzo 2010

*Direttore responsabile*

Pier Giorgio Liverani

*Direzione scientifica*

Paola Ricci Sindoni • Paolo Marchionni

*Comitato scientifico*

Carlo Valerio Bellieni

Adriano Bompiani

Daniela Notarfonso Cefaloni

Francesco D'Agostino

Bruno Dallapiccola

Luca Diotallevi

M. Luisa Di Pietro

Marianna Gensabella

Gianluigi Gigli

Giorgio Israel

Giuseppe Mari

Claudia Navarini

Marco Olivetti

Laura Palazzani

Gino Passarello

Edoardo Patriarca

Adriano Pessina

Rodolfo Proietti

Claudio Risè

Eugenia Roccella

Lucio Romano

Patrizia Vergani

*Comitato di redazione*

Marina Casini

Giulia Galeotti

Ilaria Nava

Paola Parente

Palma Sgreccia

*Responsabile comunicazione*

*e coordinamento*

Beatrice Rosati

*Segreteria di redazione*

Luca Ciociola

Emanuela Vinai

*Studio e progettazione grafica*

Pietro Vanessi • Roma

*Impaginazione*

Nikolina Popovic

*Stampa*

Mediagraf (Roma) So. Gra. Ro.

® Tutti i diritti riservati. Nessuna parte di questo volume può essere riprodotta, registrata o trasmessa, in qualsiasi modo e con qualsiasi mezzo, senza il preventivo consenso formale dell'Associazione Scienza & Vita.

# INDICE

*pag. 5* | INTRODUZIONE  
*di Paola Ricci Sindoni e Paolo Marchionni*

**PROSPETTIVE ANTROPOLOGICO-BIOETICHE**  
*pag. 13* | SUL PROCREARE: CONSIDERAZIONI BIOETICHE  
*di Maria Luisa Di Pietro e Dino Moltisanti*

*pag. 21* | I CENTRI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA:  
NUOVE PRASSI OPERATIVE?  
*di Assuntina Morresi*

**LETTURE**  
*a cura di Palma Sgreccia*  
*pag. 27* | IL SENSO DELLA NASCITA  
*di Hannah Arendt*

*pag. 31* | RIMANERE APERTI AL NON CERCATO  
*di Michael J. Sandel*

**PROSPETTIVE SCIENTIFICHE**  
*pag. 37* | I RISULTATI DELLA LEGGE 40 ATTRAVERSO  
LE RELAZIONI MINISTERALI  
*di Lucio Romano ed Emanuela Lulli*

*pag. 45* | LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO SCIENTIFICO A PARTIRE  
DAI "PALETTI" DELLA LEGGE: UN'ESPERIENZA TUTTA ITALIANA  
*di Eleonora Porcu*

*pag. 53* | LA PREVENZIONE DELLA STERILITÀ:  
NOVITÀ DAL MONDO SCIENTIFICO  
*di Clementina Peris*

*pag. 59* | L'INSEGNAMENTO DEL METODO BILLINGS  
NELL'INFERTILITÀ DI COPPIA  
*di Paola Pellicanò*

*pag. 63* | CONSULENZA IN TEMA DI PMA: ESPERIENZE CONCRETE  
*di Daniela Notarfonso*

## PROSPETTIVE GIURIDICHE

*pag. 69* | IL FONDAMENTO COSTITUZIONALE  
DEL DIRITTO ALLA VITA DEL CONCEPITO

*di Filippo Vari*

*pag. 75* | I PUNTI FONDAMENTALI DELLA LEGGE 40:  
PROFILI APPLICATIVI

APPENDICE:

PRESENTAZIONE AL PARLAMENTO

DI UNA PROPOSTA DI LEGGE PER LA MODIFICA DELL'ART. 1 DEL CODICE CIVILE  
SULLA CAPACITÀ GIURIDICA DEL CONCEPITO

*di Carlo Casini*

*pag. 85* | PROFILI DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE:  
COME SI È TENTATO DI STRAVOLGERE LA LEGGE

*di Marina Casini*

## PERCORSI TEMATICI

*pag. 97* | Cinema: IL CINEMA ITALIANO E LA MATERNITÀ

*di Paola Dalla Torre*

*pag. 101* | Letteratura: VENUTO AL MONDO

*di Giovanna Costanzo*

*pag. 105* | Arte: LA VISITAZIONE E L'ATTESA DELLA VITA

*di Anna Delle Foglie*

## LINGUA E ANTILINGUA

*pag. 107* | IL "LEGALESE" DELLA PMA

*di Pier Giorgio Liverani*

*pag. 109* | GLOSSARIO

*a cura di Ilaria Nava*

*pag. 111* | GLI AUTORI

*pag. 114* | L'ASSOCIAZIONE SCIENZA & VITA

*pag. 116* | LE ASSOCIAZIONI SCIENZA & VITA SUL TERRITORIO NAZIONALE

*pag. 121* | I QUADERNI GIÀ PUBBLICATI

# INTRODUZIONE

di Paola Ricci Sindoni\* e Paolo Marchionni\*\*

Nel febbraio 2004, dopo un lungo dibattito che ha attraversato diverse legislature nel corso di quasi 20 anni, venne approvata in Parlamento la prima legge in Italia sulla procreazione medicalmente assistita.

Tale risultato fu il frutto della convergenza politica di una maggioranza “trasversale” che condivise alcuni assunti fondamentali: il primo secondo il quale non si poteva lasciare privo di “governo” legislativo un campo nel quale ogni novità scientifica automaticamente rischiava di diventare occasione per “aggiungere” una modalità nuova per generare un bambino, senza alcuna valutazione dell’impatto culturale e morale; il secondo, per il quale era indispensabile provvedere ad omogeneizzare su standard minimi accettabili e condivisi i centri ove si realizzavano le procedure della PMA; il terzo, qui elencato per ultimo ma in realtà centrale nella riflessione bio-politica, per cui era da rimarcare la tutela di tutti i soggetti coinvolti nelle procedure di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), e tra questi anche il concepito.

La legge, come è noto, rispondeva a queste esigenze con alcune decisioni significative, come quella di vietare la fecondazione eterologa, di impedire la diagnosi genetica pre-impianto, di non consentire la sperimentazione sugli embrioni concepiti né una iperproduzione di essi con il conseguente stoccaggio mediante congelamento.

Una legge che, pur non potendosi definire perfetta, e che lasciava – e lascia – numerosi spazi di critica, aveva comunque il merito di tutelare alcuni aspetti fondamentali.

Per tale motivo, quando le forze laiciste che erano risultate “sconfitte” dalla decisione trasversale del Parlamento promossero – dopo pochissime settimane dalla approvazione della legge – i referendum abrogativi, si costituì il Comitato Scienza & Vita per la legge 40<sup>1</sup>, dalla cui esperienza nacque poi la nostra Associazione.

\* *Ordinario di Filosofia Morale, Università di Messina; vice-presidente Associazione Scienza & Vita.*

\*\* *Medico legale, ASUR Marche, Zona Territoriale n. 1 – Pesaro.*

<sup>1</sup> Sulla storia del Comitato Scienza & Vita si veda B. Rosati (a cura di), *Essere umani. Dall’inizio alla fine*, Comitato Scienza & Vita, Roma 2006.

I primi mesi del 2005, fino alla celebrazione dei referendum nel giugno di quell'anno, segnarono per molti – filosofi, biologi, medici, giuristi, comunicatori, ecc. – l'occasione per un impegno di informazione, divulgazione, coscientizzazione capillare nel Paese.

Ma le forze erano impari: le *corazzate* delle grandi testate giornalistiche – della carta stampata come della televisione – erano chiaramente schierate a favore dei referendari. Colpì, in quella vicenda, “l'emergere di gente competente e vogliosa di battersi. Sembrava quasi che non aspettasse altro. [...] Stare sul merito, non abbracciare provocazioni, parlare alla gente, fare appello al senso concreto della vita: queste le leve di un impegno che non molla l'osso. E non rinunciare a dire *opportune et importune* che dal momento della fecondazione ci si trova dinanzi ad un essere umano reale seppure in via di sviluppo, appartenente alla nostra specie, diverso dai genitori, fornito di una sua individualità, costituito da uno specifico programma genetico e caratterizzato da un continuum di sviluppo. Dunque, indisponibile ai suoi simili, anche ai suoi congiunti, anche agli scienziati”<sup>2</sup>.

Ciò nonostante la gente, il paese reale, il popolo italiano comprese il messaggio e la posta in gioco, e scelse di non partecipare al voto, per confermare l'idea che una questione così importante non poteva giocarsi sulla dialettica emozionale dei numeri grezzi della partecipazione “abrogativa”, ma richiedeva – come era di fatto avvenuto – il lavoro ponderato nelle sedi legislative proprie, le Commissioni Parlamentari ed il Parlamento tutto.

Da quell'evento sono trascorsi degli anni, intensi e produttivi, non privi di complessità in merito ad una lettura autentica e all'applicazione corretta della legge. Nasce dall'esigenza di “fare il punto” questo Quaderno: **La legge 40, sei anni dopo**; con questo titolo vogliamo ripercorrere – riflettendo con i nostri lettori – il percorso della legge e la sua messa in pratica.

Sembra passato un secolo, e sono trascorsi invece appunto soltanto sei anni dalla sua entrata in vigore, e nemmeno cinque dalla consultazione referendaria: e nonostante la legge 40 stia rispondendo al suo mandato, e stia dunque funzionando – come sottolineato in questo Quaderno dal contributo di Lucio Romano ed Emanuela Lulli – sia per quanto riguarda le effettive nascite di bambini concepiti con la PMA sia per quanto attiene alla salute delle donne, negli ultimi 3 anni, e soprattutto con la Sentenza della Corte Costituzionale n. 151/2009, gli attacchi all'impianto della legge e alla sua struttura portante sono stati di tale in-

<sup>2</sup>D. Boffo, *Bioetica e mass-media, tra passione e incomprensione*. Intervento al Convegno “1986 – 2006: i primi vent'anni del Centro di Bioetica”, Roma, Università Cattolica del S. Cuore, 30 giugno 2006. Pubblicato su <http://www.scienzaevita.org/dossier.php>.

tensità, da aver in buona parte vanificato i presupposti di diritto che avevano portato alla sua stesura ed approvazione.

Presupposti che – come ci ricordano Filippo Vari, Carlo Casini e Marina Casini, da prospettive differenti – sono tutt’altro che superati ed anzi richiedono un attento ed ulteriore approfondimento.

Con le sentenze dei tribunali di Cagliari e di Firenze, del TAR Lazio, della Corte Costituzionale e – da ultima – del Tribunale di Salerno (del gennaio 2010)<sup>3</sup>, si è tentato di *de-strutturare e de-costruire* la legge 40, contro la quale “si è scatenata un'autentica guerriglia in sede ordinaria, con tanti magistrati nelle vesti di guastatori pronti a disarticolare progressivamente la legge, in forza di sentenze. Mettendo in discussione di volta in volta altrettanti pezzi della disciplina sulla PMA”<sup>4</sup>, nella convinzione che sia “ormai ... ‘riformabile’ la legislazione democratica per sentenza ordinaria quando si tratti di temi sensibili come la vita e la morte”<sup>5</sup>. E qui il pensiero corre immediatamente alla vicenda triste di Eluana Englaro ed alle sentenze di “giustizia creativa” che l’hanno caratterizzata.

A questo riguardo va sottolineato anche l’odierno silenzio del Parlamento, che pure soltanto sei anni fa ha votato quella legge: sembra quasi che nelle aule parlamentari oggi non si trovino più i promotori – qualcuno ha scritto di recente i “padri” – di quella legge, o che essi, pur presenti, si nascondano nell’ombra per non assumersi la responsabilità di confermare quella scelta di alto profilo fatta allora, quando fu posto all’articolo 1 il baluardo della identificazione del concepito quale soggetto di diritti, che oggi le sentenze hanno tentato di svuotare di significato.

È invece necessario trovare lo spazio politico e culturale per riaffermare le scelte di allora, ponendo in evidenza come la stessa legge 40 si sia impegnata a promuovere la ricerca scientifica per comprendere le cause di infertilità, ricerca che non può prescindere da una contemporanea azione educativa di rispetto e tutela del bene *fertilità*, quando esso è presente; ed anche la ricerca verso nuove strategie di intervento che riducano ulteriormente l’uso strumentale di embrioni a fini procreativi.

In questa riflessione ci accompagnano Clementina Peris, che sottolinea la valenza della promozione della prevenzione della infertilità, Paola Pellicanò che in-

<sup>3</sup> La sentenza del Giudice salernitano non è commentata dagli autori dei contributi di questo Quaderno perché l’accettazione dei contributi stessi si è chiusa nel dicembre scorso.

<sup>4</sup> D. Delle Foglie, “È la coscienza attuale”: e si scardina l’uomo, *Avvenire*, inserto è vita, 21.01.2010, p. 2, consultabile in <http://www.scienzaevita.org/rassegne/c14a40872c3febb5e9d3f8e1c1542597.pdf>.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

dica la utilità dell'osservazione del muco cervicale per la identificazione della fase fertile del ciclo femminile, con particolare riguardo alle coppie ipo/infertili, ed Eleonora Porcu, che racconta l'esperienza tutta italiana della crioconservazione degli ovociti.

Ma troppo spesso – accanto alla proposta di nuove “forme del generare” – non si associa un'attenzione al vissuto interiore dei soggetti che partecipano a tale scelta: così le coppie spesso vivono la ricerca della gravidanza in maniera contrastata, quando si arriva a sostituire il senso di frustrazione legato all'esperienza della sterilità con quello derivato dalla scarsa consapevolezza delle conseguenze anche psicologiche che la coppia dovrà affrontare dopo l'esperienza della PMA: ed in tal senso ci guida la riflessione proposta da Daniela Notarfonso.

Non è ancora chiaro come si stiano muovendo i centri PMA dopo la sentenza 151, ma non pare – come ci ricorda Assuntina Morresi nel suo contributo – ci sia la “corsa” a riempire i frigoriferi di embrioni congelati, con tutte le difficoltà gestionali che questo comporta.

Ma il cuore centrale della riflessione resta ancora una volta il senso della generazione: generare figli è un diritto o un desiderio, assolutamente legittimo? La stessa Mary Warnock, nota ai lettori ed ai cultori della bioetica per aver presieduto agli inizi degli anni '80 il Comitato Britannico per la Fecondazione e l'Embriologia e per aver legato il suo nome al documento nel quale viene indicata la capziosa e scientificamente infondata distinzione tra embrione e pre-embrione, si è posta la domanda, formulando questa risposta: “Dobbiamo preoccuparci del pericolo di confondere quel che è desiderato appassionatamente e profondamente con ciò che è un diritto. [...] Troverei deplorabile che le persone diventassero così ossessionate dal diritto di avere un figlio, e di averlo nel modo desiderato e anche con le caratteristiche preferite, da dimenticare il vecchio senso di stupore e gratitudine che accompagna un figlio. [...] La gratitudine non è ciò che si prova quando tutto ciò che si è avuto è quanto era dovuto”<sup>6</sup>.

Ci accompagnano nella riflessione *Sul generare* Maria Luisa Di Pietro, già co-presidente della nostra Associazione, e Dino Moltisanti, i quali tratteggiano la necessità di riproporre una verità antropologica che ponga al centro l'Uomo, e di adoperarsi per “difendere la vita umana da ogni forma di pericolo, di minaccia e di riduzionismo biologico”.

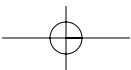
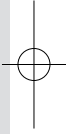
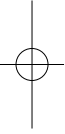
Completano il Quaderno le consuete “rubriche”: le *Lecture* con brani da Hannah Arendt e Michael J. Sandel, selezionati da Palma Sgreccia, i *Percorsi te-*

<sup>6</sup>M. Warnock, *Fare bambini: esiste un diritto ad avere figli?*, Einaudi, Torino 2002.

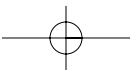
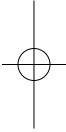
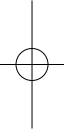


*matici* con i contributi di Paola Dalla Torre (cinema), Giovanna Costanzo (letteratura) e Anna Delle Foglie (arte), la sezione *Lingua e Antilingua* del direttore Pier Giorgio Liverani e – riproposto di questo numero – il *Glossario* dei termini più rilevanti, curato da Ilaria Nava.

Nell'affidare ai lettori lo sforzo di sintesi di una riflessione variegata e multidisciplinare, ci piace riproporre – a distanza di cinque anni – la riflessione del Comitato Scienza & Vita all'indomani della celebrazione dei referendum: "Noi vigileremo perché l'esito del referendum non venga tradito. Né dalla politica, né dal Parlamento, né da scienziati e medici". Vigileremo, per quanto possibile, anche quando il potere giudiziario rischia di condizionare in maniera pesante il confronto culturale attraverso sentenze che, nei fatti, sconfessano il potere legislativo del Parlamento sovrano.



**PROSPETTIVE  
ANTROPOLOGICO-BIOETICHE**



## SUL PROCREARE: CONSIDERAZIONI BIOETICHE

di Maria Luisa Di Pietro\* e Dino Moltisanti\*\*

1. 1956: Rostand annuncia l'inizio di una nuova rivoluzione, che avrebbe messo l'uomo nelle condizioni di produrre un altro uomo, con queste parole: "Da questo momento, abbiamo il mezzo per agire sulla cosa vitale [...] poiché siamo penetrati negli arcani della natura e abbiamo messo le mani su alcune delle sue forze, poiché cominciamo a capire dove colpire, quali siano i suoi punti sensibili, e abbiamo strappato alla vita alcuni dei suoi segreti"<sup>1</sup>.

Uno dei modi con cui si è concretizzata, dopo circa venti anni, questa rivoluzione è stata la fecondazione artificiale. Una rivoluzione non solo tecnica, ma anche culturale: a fronte del fare tecnico di chi mescola, costruisce, controlla, seleziona e scarta esseri umani, la domande non sono, infatti, di senso ma solo tecniche. Quanti embrioni produrre in ogni ciclo di fecondazione artificiale e quanti trasferirne nell'utero materno? Per quanti anni gli embrioni possono essere crioconservati? Fino a che età si può accedere alle tecniche di fecondazione artificiale?

Un fatto inevitabile questo, dal momento che la cultura della tecnica porta con sé l'eliminazione della dimensione sia del *limite* sia del *sensu*. Il *limite*: riflettere sul limite è fondamentale per svelare le insidie che una certa idea di tecnologia nasconde soprattutto nel momento in cui induce false speranze e appare cieca rispetto alla fragilità e alla vulnerabilità umane. Il *sensu*: la tecnica non si interroga sul senso delle cose; la tecnica – come scrive Galimberti – "funziona"<sup>2</sup>. Se è vero però che è nella ricerca e nella costruzione del senso che si dà all'identità personale, è evidente il rischio di spersonalizzazione di ciò che è governato dalla tecnica. Una spersonalizzazione ancor più evidente se riferita al procreare, che nella relazionalità interpersonale pone la sua stessa ragione di esistere. È ovvio che non si può chiedere alla biologia e alla fisiologia della riproduzione di affrontare la questione del "significato": quando, però, queste smettono i panni della osservazione

\* *Professore Associato di Bioetica, Centro di Ateneo di Bioetica, Università Cattolica S. Cuore, Roma; già copresidente Associazione Scienza & Vita.*

\*\* *Dottore di ricerca in Bioetica, Centro di Ateneo di Bioetica, Università Cattolica S. Cuore, Roma.*

<sup>1</sup>J. Rostand, *Peut-on modifier l'homme?*, in *Les Essais LXXXI*, Gallimard, Parigi 1956, p. 29.

<sup>2</sup>U. Galimberti, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano 2005, p. 33.

e della spiegazione dell'essere umano per indossare quelli della manipolazione e della progettazione, si pone una domanda non più eludibile. Quale è il senso del procreare?

**2.** Una prima risposta è insita nel termine “procreazione”, utilizzato nella domanda. Non “procreazione umana”, ma “procreazione” per mettere in evidenza che solo il generare umano è degno di questo nome. Per le altre specie viventi si parla, invece, di “riproduzione”. Una risposta più circostanziata richiede, però, la previa analisi di quel contesto culturale che ha consentito alla “tecnica” di incidere in modo così profondo sulla sessualità umana e sul procreare.

È la “cultura della separazione”.

*La separazione del corpo dalla persona.* Il corpo considerato sempre più una “proprietà” e in tal modo oggettivizzato, spersonalizzato e ridotto alla sola natura biologica. Una tale lettura del corpo ha due conseguenze: la natura biologica viene intesa o come forza da assecondare o come realtà indifferente e, quindi, da utilizzare secondo il proprio volere. In entrambi i casi l'uomo si espropria di ciò che lo caratterizza in quanto tale: la corporeità.

*La separazione dell'èros dall'agàpe.* L'amore nella sua dimensione passionale ed egoistica (*èros*) e l'amore nella sua dimensione oblativa (*agàpe*) non sono tra di loro in competizione, ma anzi costituiscono l'impalcatura dell'Amore. La cultura attuale ha, però, separato l'*èros* dall'*agàpe* e ha esaltato soprattutto l'aspetto erotico dell'amore contribuendo all'emergere di atteggiamenti edonistici, utilitaristici e libertari. Questi ultimi non sono da sottovalutare nelle complesse dinamiche affettive, ma se vengono assolutizzati negano la Verità propria dell'amore.

*La separazione tra le due capacità insite nella sessualità, unitiva e procreativa.* È oggi possibile disgiungere i due significati – unitivo e procreativo – insiti nella sessualità: la coniugalità senza la procreazione, la procreazione senza coniugalità. Una tale separazione, possibile sul piano tecnico, viola una “necessità” o inseparabilità di altro tipo, di ordine non scientifico ma antropologico e ontologico. Se non si ricomponesse questa separazione, se non si recupera la Verità sull'Uomo, se non si ricomincia a pensare alla “serietà” della sessualità, non è possibile dare una risposta di “significato” e di “senso” al procreare umano. E, allora, ancor prima di domandarsi “quale è il senso del procreare”, la domanda che l'uomo dell'epoca contemporanea deve tornare a porsi è: si può comprendere la procreazione separandola dalla sessualità umana e dal suo significato? Si può comprendere la “verità” della generazione umana riducendola a mera riproduzione? Nel caso dell'uomo può, in sostanza, il biologico esaurire ciò che già intuitivamente non perviene solo alla sfera del fisico?

**3. La Verità sull'Uomo.** Cosa è l'Uomo? È questa una delle grandi questioni di ogni tempo: solo una lettura, che sappia andare al di là del "fenomeno" per cogliere l'Uomo nella sua totalità (il "fondamento"), è in grado di dare risposte adeguate. Da dove iniziare questa indagine sull'Uomo? Senz'altro dall'esperienza, che insegna come l'essere umano abbia una caratteristica che già a livello intuitivo lo distingue da qualsiasi altro essere vivente: la sua profonda "unità" pur nella molteplicità delle sue manifestazioni. È sempre lo stesso uomo che mangia, dorme, sfugge al freddo, corre (attività corporee), pensa, sceglie, entra in relazione (attività spirituali). L'Uomo può essere, allora, concepito come una "unitotalità corporeo-spirituale": una definizione che corregge gli errori delle visioni dualiste e materialiste incapaci di dare pienamente ragione della profonda unità dell'uomo e, insieme, della sua irriducibilità a pura natura corporea. La prospettiva antropologica dell'unità consente di cogliere e dare ragione di quanto è più immediatamente evidente nell'essere umano: la sua unità. L'Uomo "è" un corpo, nel senso che la dimensione corporea è sostanziale per l'uomo e non può essere considerata quindi un accidente o dotata di "dignità inferiore". A sua volta il corpo può essere a giusta ragione definito "umano" proprio perché prende significato dalla sua connessione con la persona e perché è animato da un'anima spirituale, quella stessa anima per cui conosciamo e siamo liberi.

Si possono facilmente dedurre le conseguenze ontologiche e assiologiche di questa "verità" antropologica: il corpo non è né proprietà né merce, ma dimensione dell'uomo stesso da rispettare e tutelare in quanto tale; il corpo è primo principio di individuazione e differenziazione; il corpo è linguaggio, principio di strumentalità e anche limite; il corpo è mezzo affinché la persona si esprima ed entri in comunicazione e in comunione con l'altro. La mediazione sociale del corpo è uno degli aspetti sottolineati da Marcel: se l'esistenza umana è tale in quanto è un "essere con" altri, essere aperti agli altri, ciò è possibile attraverso la corporeità e il suo linguaggio<sup>3</sup>. Ed ancora: il corpo è "presenza" di fronte agli altri, è sintesi del passato, presente e futuro; è "espressione" e, quindi, cultura, civilizzazione, capacità di trasformazione del mondo e della materia; è mediazione per la realizzazione della persona; è anche mediazione per conferire al mondo significati sempre nuovi, trascendendo di continuo le proprie esperienze e i precedenti significati. Questo perché l'esistenza personale, che pur si realizza nella corporeità, non si esaurisce completamente in essa a motivo della dimensione spirituale che va a "formare" il corpo e quindi anche a "significarlo".

<sup>3</sup>G. Marcel, *Homo viator*, Aubier, Paris 1945.

4. Caratteristiche fondamentali della corporeità umana sono la differenziazione e la complementarità dei sessi. La corporeità umana è segnata, infatti, fin dall'origine e in modo originale dalla differenza sessuale che – partendo dalle sue componenti biologiche – risulta radicata nella struttura ontologica della persona. Che l'essere umano sia uomo o donna è scritto, anzitutto, nelle strutture della corporeità. La differenziazione si situa a vari livelli (cromosomico, gonadico, ormonale, duttale, fenotipico, psichico) e fa sì che l'essere sessuati sia una dato "originario" perché presente fin dalla fecondazione, ma anche "originante", perché è dalla differenza e complementarità dei due sessi che ha origine la vita, e "originale", perché la mascolinità o la femminilità non sono assimilabili a quanto accade per le altre specie viventi. L'essere umano, infatti, non "ha" solo un sesso maschile o femminile, ma "è" uomo o donna. La differenziazione non si limita, in tal senso, ad alcune caratteristiche accessorie ma riguarda la totalità dell'uomo (e la sua corporeità) nel profondo. Dalla differenziazione emerge il significato della complementarità dell'uomo e della donna: uguali in dignità personale, differenti per completarsi reciprocamente.

La sessualità non è, dunque, un oggetto di cui poter "vestirsi" o "svestirsi" al bisogno. È una forza complessa e integrante che investe l'esistenza e le attività umane, imprimendo un modo di essere specifico; è la modalità con cui ciascuno agisce e reagisce agli stimoli esterni, è dimensione strutturale. La sessualità è anche segno e luogo dell'apertura, dell'incontro, del dialogo, della comunicazione e dell'unità delle persone tra loro; la sessualità è espressione della persona intimamente orientata all'Amore e al dono, alla fecondità nella coniugalità o nella scelta verginale. È evidente, allora, che riferirsi alla sessualità umana solo nel senso dell'esercizio della stessa è limitante: prima che essere una funzione, essa è un modo di essere dell'umano e, più che alla sfera dell'"avere" o del "fare", appartiene alla sfera dell'"essere"; è appunto una "struttura". Anche se struttura fondamentale, l'essere umano eccede – però – la sua sessualità corporea. Se è vero cioè, che in ogni sua attività, l'essere umano non può "ontologicamente separarsi" dal suo essere uomo o donna, è facile concludere – però – che la realizzazione e il perfezionamento morale dell'essere umano non passa necessariamente dall'esercizio delle funzioni sessuali. L'unione sessuale tra l'uomo e la donna, lungi dunque dall'essere un atto solo biologico, è infatti un atto di donazione completa di sé, un atto che implica da parte del soggetto che lo pone una serie di caratteristiche che ne determinano il significato più vero: definitività (quale dono potrebbe essere "a tempo?"); esclusività (quale dono può essere fatto contemporaneamente a più persone?); gratuità (quale dono è fatto con l'obiettivo di un qualsivoglia ritorno?), ecc.

La prospettiva dell'unità consente – quindi – di acquisire la consapevolezza che, da una parte, non si può prescindere dalla corporeità (sempre segnata dalla differenza maschile e femminile) nella realizzazione degli atti peculiarmente umani; dall'altra, che questi atti sono "segno" della spiritualità personale e di "quell'illimitato autotrascendimento per il quale la persona si costituisce come un



mai compiuto progetto di sé”<sup>4</sup>. In mancanza di questa lettura e della scoperta della verità della sessualità umana e, quindi, di un bene intelligibile da perseguire in modo libero e responsabile, ci si trova a doversi affidare ad altri criteri che potranno essere – al bisogno – la libertà intesa come autonomia slegata da ogni riferimento a valori che la precedono e la fondano, o l’emozione e il “sentimento” con tutte le sue volubilità che lasciano poco spazio alla libertà del singolo, o l’interesse e il piacere che nel lungo termine distruggono e non aiutano la relazione interpersonale se non integrati nella dimensione dell’amore e dell’affettività. Far emergere queste contraddizioni è il compito che spetta oggi ad un pensiero “forte”.

**5.** Nella prospettiva dell’unità, ogni atto umano è dotato di un senso “personale”, globale, che sappia tenere insieme la dimensione corporea e la dimensione spirituale proprie dell’essere umano. La procreazione non sfugge a questa importante verità antropologica. Essa è concepita nel suo significato pieno solo come un atto interpersonale, in cui il dono di sé all’altro nella sua forma più coinvolgente e globale (l’atto sessuale, inteso come donazione interpersonale dei coniugi, nelle sue dimensioni fisica, psicologica e spirituale) costituisce – dal punto di vista ontologico – l’elemento ineliminabile e non sostituibile dall’intervento della tecnica. La fecondazione artificiale, quando è sostitutiva dell’atto coniugale, rischia di fatto quanto di più “umano” e “naturale” c’è nell’atto procreativo: la partecipazione personale nell’atto della generazione, completamente o parzialmente sostituito dalla stessa tecnologia. È ovvio che il termine “natura” ha qui un’accezione ben precisa. Esso non si riferisce – come si dirà di seguito – solo alla sfera del biologico ma indica ciò che è specifico di un certo ente, in questo caso l’uomo.

Allora, la domanda da porsi è: nel caso dell’origine di un nuovo essere umano esiste una sorta di “necessità” ontologica – non biologica visto che in un laboratorio si può fare diversamente – affinché il processo biologico della “riproduzione” sia collocato all’interno dell’avvenimento personale della procreazione ovvero della reciproca donazione corporea e spirituale dell’uomo e della donna? La risposta è affermativa e introduce immediatamente la conseguenza etica per cui solo all’interno della coniugalità è veramente rispettata la dignità propria del procreare.

**6.** È facile immaginare la reazione di chi sta leggendo quanto fin qui scritto: nella prospettiva dell’unità non c’è spazio per la tecnica, per l’artificialità di cui la fecondazione “artificiale” si fa foriera! Rifiutare l’artificialità vuol dire rifiutare il progresso! Perché mai, se ciò che è “naturale” è buono, non si accetta di poter concepire anche con l’ausilio di una tecnica? Non è, forse, frutto dell’intelletto umano e della capacità dell’uomo di dominare la natura?

Per rispondere a tali affermazioni, si deve chiarire – innanzitutto – il significato di artificialità. “Artificialità” vuol dire “produrre qualcosa con artificio, con

<sup>4</sup>G. Salatiello, *Identità maschile e femminile in una lettura antropologica*, in M.L. Di Pietro (a cura di), *Educare all’identità sessuata*, La Scuola, Brescia 2000, p. 82.

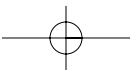
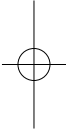
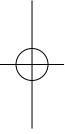
espediti diretti a supplire alle deficienze della natura”. In tal senso qualsiasi intervento su un organismo per supplire a una funzione o attività carente è un intervento artificiale, giustificato da una ben precisa finalità: terapeutica o riabilitativa. Con la fecondazione artificiale non ci si limita – però – a supplire le difficoltà dell’incontro dello spermatozoo con la cellula uovo; l’artificialità stravolge il più personale degli atti umani, quello procreativo. Non si tratta, allora, di rifiutare l’artificialità *in toto* (sarebbe un controsenso difendere l’inviolabilità della vita umana e rifiutare nel contempo quei mezzi che, nel rispetto della dignità umana, possono aiutare a sostenerla), quanto – piuttosto – di difendere la vita umana da ogni forma di pericolo, di minaccia e di riduzionismo biologico.

La natura a cui si fa riferimento non è – ovviamente – quella biologica bensì ontologica, intesa come caratteristica strutturale per cui ogni essere umano è unione intrinseca di corpo e spirito. L’uomo esercita la sua libertà nelle scelte: ma è nella sua natura umana che ritrova l’orizzonte o, per meglio dire, la guida al suo agire. E anche i limiti: “artificiale” è, allora, in senso stretto non ciò che l’uomo è in grado di produrre e che sopperisce a una funzione, ma ciò che va contro i contenuti e le finalità intrinseche alla natura umana. È questa “artificialità” che viene rifiutata nella fecondazione artificiale. “Artificialità” non equivale, dunque, a impiego di una tecnica: essa può essere lecitamente utilizzata in tanti campi della medicina e, quindi, anche in presenza dell’infertilità. Stimolare l’ovulazione, effettuare interventi di microchirurgia per rimuovere zone di endometriosi, o distruggere il lume tubarico o correggere un varicocele: si ricorre alla tecnica per restituire la funzionalità ad un organo necessario per una procreazione altrimenti non possibile. Ed ancora: prelevare il seme, ottenuto durante un atto coniugale, dal *Semen Collection Device* o dal fondo della vagina per veicolarlo nelle vie genitali femminili: si ricorre alla tecnica, all’artificialità, ma in questo caso l’intervento è successivo a un atto coniugale già verificatosi. L’artificialità assume, invece, un significato ben diverso quando cancella la presenza dell’uomo e della donna, quando li sostituisce: si può parlare in tal caso di “procreazione assistita”? Certamente no. E se quest’ultima locuzione viene utilizzata, è al solo scopo di ingannare quanti – distratti o poco informati – non sanno che da lì a poco verranno trasformati in impersonali produttori di gameti, ai quali si chiederà di svolgere una funzione ma non di essere presenti come persone.

7. Chi ha difficoltà ad avere un figlio è, dunque, destinato a non avere risposta alla propria aspirazione alla maternità o paternità? È innegabile quanto il desiderio di essere padre o madre sia legato “fisiologicamente” alla coniugalità e quanto sia da considerare un’esigenza profondamente umana la ricerca di una gravidanza. La risposta può, però, essere ricercata in qualsiasi modo anche violando il diritto alla vita e alla salute del nascituro o distruggendo i significati stessi della famiglia, del matrimonio e della coniugalità? Non sarebbe, piuttosto, necessario recuperare il senso pieno del procreare e della fecondità? La fertilità – come fatto

biologico – può anche non realizzarsi, ma la fecondità – come predisposizione dello spirito – trascende i limiti del biologico. La maternità e la paternità sono situazioni affettivo-dinamiche e comportamentali, ricche di affetti, energie, fantasie, sogni, pensieri, realizzabili in diversi contesti e progetti di vita. Poter comprendere che la fecondità è una dimensione della natura ontologica della persona umana e che può essere vissuta oltre il “limite” biologico, non può che rappresentare una grande ricchezza e un’incredibile forza. “Chi ama davvero, ama il mondo intero e non un individuo in particolare”, scriveva Fromm: ed è proprio la riscoperta della fecondità nell’Amore che può aiutare a vincere la delusione di una mancata genitorialità fisica ed aprirsi a forme diverse di maternità e di paternità<sup>5</sup>.

<sup>5</sup>G. Cesari, *La fecondità nella sterilità*, Medicina e Morale, 1993, 1: 283-291.



# I CENTRI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA: NUOVE PRASSI OPERATIVE?

di Assuntina Morresi\*

La sentenza della Corte Costituzionale n. 151/2009 sulla legge 40/2004, che regola in Italia la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA, d'ora in poi), non ne ha cambiato sostanzialmente la *ratio* e l'impianto.

Tale sentenza, come è noto, ha dichiarato costituzionalmente illegittimo il limite massimo dei tre embrioni da trasferire in un unico e contemporaneo impianto, indicando anche, nell'ottica della legittimità costituzionale degli articoli invocati, che tale trasferimento debba avvenire sempre senza pregiudizio della salute della donna. Rimangono validi i divieti di crioconservazione e di soppressione degli embrioni formati nei percorsi della PMA, che debbono sempre essere in un numero "strettamente necessario" ad una finalità procreativa, senza aperture a possibili usi per fini di ricerca scientifica.

Nei fatti, questo significa dare maggiore responsabilità ai medici dei centri PMA, che possono tracciare percorsi ancor più personalizzati per le singole pazienti, decidendo quindi di volta in volta il numero di ovociti da fecondare e trasferire, mantenendo ferme al tempo stesso per gli embrioni concepiti tutte le tutele che la legge continua a prevedere. La relazione al Parlamento sull'attuazione della legge 40 mostrerà i risultati dell'applicazione di questa sentenza solo fra due anni, visti i tempi necessari a raccogliere i dati: quelli resi noti nel 2009 si riferiscono infatti all'attività dei centri PMA del 2007.

Per ora, i centri PMA, almeno in linea generale, hanno mostrato un atteggiamento prudente. Dalle dichiarazioni pubbliche rilasciate e da documenti sottoscritti da un certo numero di centri PMA italiani, pare emergere la consapevolezza di un maggior carico di responsabilità da parte degli operatori del settore, che non sembrano avere alcuna intenzione di riempire i "frigoriferi" dei centri stessi con embrioni crioconservati creati in eccesso, i cosiddetti "soprannumerari", fonte continua di problemi economici e contenziosi giudiziari, anche nei paesi dove è legale distruggerli o cederli ai laboratori di ricerca.

In questi anni è poi di fatto risultato non praticabile il percorso suggerito

\* *Professore Associato di Chimica Fisica, Facoltà di Scienze Matematiche, Fisiche e Naturali, Università di Perugia.*

dal cosiddetto “decreto Sirchia”, quello dell’agosto 2004 che definiva la categoria di “embrioni abbandonati”, destinandoli ad essere raccolti e conservati in un’unica biobanca, a Milano. Se infatti di circa 3.000 embrioni depositati nei vari centri è stato possibile definire lo stato di “abbandono” secondo i criteri definiti da quel decreto, di altrettanti non si riesce ad entrare in contatto con le coppie da cui sono stati generati, e ci sono forti dubbi sulla effettiva legittimità di trasferirli dai centri PMA senza un esplicito consenso scritto, anche se lo stesso decreto prevede questa possibilità. Ed inoltre rimangono dubbi anche sugli embrioni che rientrano nella definizione di “abbandonati”, secondo quanto stabilito dal decreto stesso, visto che il consenso della coppia è sempre revocabile, ed è già accaduto in almeno un caso – in Italia – che una coppia che aveva già “abbandonato” i propri embrioni, abbia avuto un ripensamento, chiedendone l’impianto. È sembrato quindi inopportuno, finora, alle autorità sanitarie, investire una somma ingente (stimata in qualche centinaio di migliaia di euro), per trasferire tremila embrioni lasciandone altrettanti nei Centri, senza risolvere alcun problema ma forse addirittura gettando i presupposti per eventuali, futuri contenziosi legali.

Per affrontare la gestione della crioconservazione degli embrioni, sempre all’interno delle disposizioni della legge 40, al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – da poco tornato Ministero della Salute – è stata insediata una Commissione apposita, presieduta dal prof. Francesco D’Agostino, che dovrà individuare le criticità e dare indicazioni e suggerimenti su aspetti etici, giuridici e scientifici di questa problematica.

Ma una importante novità sta arrivando con l’applicazione, in Italia, di alcune direttive europee riguardanti l’uso di cellule e tessuti umani. La *direttiva madre*, la n. 23/2004, recepita in Italia nel novembre 2007 con il decreto n. 191, stabilisce infatti criteri di sicurezza, qualità e tracciabilità a cui debbono adeguarsi le biobanche di cellule e tessuti per uso clinico, che comprendono anche i centri PMA. Il recepimento di queste disposizioni europee coinvolge le autorità competenti in materia, e cioè il Ministero della Salute e le regioni, chiamati a rendere operativi i nuovi criteri stabiliti a livello europeo.

È stata quindi insediata al Ministero un’altra commissione, l’“Osservatorio sull’applicazione del decreto 191 alla procreazione medicalmente assistita”, proprio allo scopo di verificare le modalità di attuazione delle direttive europee nell’ambito della PMA; un tavolo di lavoro istituzionale al quale, per la prima volta, sono stati chiamati gli operatori del settore, e cioè alcuni presidenti di società scientifiche della medicina riproduttiva, i rappresentanti delle regioni, oltre che tecnici ed esperti ministeriali.

Nei fatti, i centri PMA costituiranno una rete sul territorio italiano, in totale analogia con quanto già avviene per le biobanche di cellule e tessuti (ad esempio

quelle delle cornee, o anche delle staminali del sangue cordonale, ecc.), coordinati dal Centro Nazionale Trapianti (del Ministero della Salute) che affiancherà il lavoro dei referenti regionali. Insieme si occuperanno di certificare i centri PMA e monitorarne le attività, grazie anche alle ispezioni esplicitamente previste dalla direttiva europea.

L'applicazione del decreto 191 significa una vera e propria rivoluzione nel settore della PMA, che finora ha continuato a svilupparsi velocemente e in modo piuttosto disordinato: i centri PMA nel nostro paese sono molti, circa 350, estremamente diversi nelle prestazioni, nell'organizzazione, nei costi e nei risultati ottenuti.

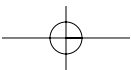
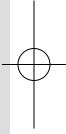
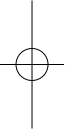
I dati sulla PMA raccolti finora non consentono di paragonare la qualità dei diversi Centri: i dati nazionali, infatti, esprimono valori medi che non dicono niente sulle modalità operative dei singoli centri, non consentendo, ad esempio, di distinguere quelli che investono sulla crioconservazione di ovociti, o di individuare quelli in cui la percentuale di complicanze per la donna o di gravidanze trigemine è minore.

Riguardo quest'ultimo parametro, per esempio, da sempre considerato un indicatore negativo, i parti trigemini in Italia sono in media il 2.7%, un valore molto elevato rispetto a quelli europei, che è però il risultato finale — una media appunto — che va da zero al 13.3%: “Un'enorme variabilità, quindi, un'ampia forbice dovuta alle forti differenze nei criteri seguiti e nelle procedure adottate dagli operatori del settore”, veniva commentato nell'ultima relazione al Parlamento.

E se è evidente che la qualità di ogni singolo Centro non dipende da un solo parametro ma piuttosto dal quadro complessivo di una serie di caratteristiche, è anche vero che solo distinguendo i dati relativi ai singoli Centri si potranno individuare e promuovere le migliori pratiche, quelle cioè che offrono buoni risultati in quanto a bambini nati, ma che al tempo stesso garantiscono il rispetto della legge con riferimento alla tutela degli embrioni concepiti in laboratori e della salute delle donne.

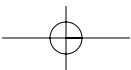
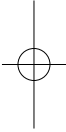
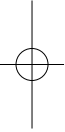
Il decreto 191, che impone standard elevati di sicurezza, qualità e tracciabilità, consentirà di monitorare nel dettaglio l'attività dei singoli centri PMA, e di rendere pubblici i dati relativi a ciascuno, permettendo alle coppie sterili e infertili di scegliere i Centri migliori, in base a parametri attendibili e, soprattutto, pubblici.

Le nuove linee guida della legge 40, che saranno emanate nei prossimi mesi, terranno conto del lavoro svolto dalle due commissioni.





**LETTURE**



# IL SENSO DELLA NASCITA<sup>1</sup>

di Hannah Arendt

Hannah Arendt (Hannover 1906 – New York 1975), allieva di Husserl, Heidegger e Jaspers, nel 1933 dovette emigrare in Francia a causa delle persecuzioni contro gli ebrei. Dal 1941 insegnò filosofia politica a Chicago e New York. Dalla sua vasta produzione – dalla teoria politica alla filosofia, dalla storia della cultura ebraica alla letteratura moderna – segnaliamo in edizione italiana: *Le origini del totalitarismo* (Bompiani, 1982, 2° ed.), *Sulla rivoluzione* (Edizioni di Comunità, 1983), *La disobbedienza civile e altri saggi* (Giuffrè, 1985), *Politica e menzogna* (SugarCo, 1985), *Ebraismo e modernità* (Unicopoli, 1986), *Rahel Vernhagen. Storia di un'ebrea* (Il Saggiatore, 1988), *Tra passato e futuro* (Garzanti, 1991), *La banalità del male* (Feltrinelli, 1992).

*Vita activa* (1958), la pubblicazione da cui è tratto il testo qui riportato, è una spregiudicata analisi della società di massa, accorata denuncia della condizione dell'uomo contemporaneo condannato a una sostanziale solitudine. La Arendt anticipa la critica ecologica e denuncia un grave pericolo: l'«espropriazione del mondo» da parte dell'uomo moderno, dapprima corrode lo spazio politico e poi minaccia il cosmo naturale.

Hannah Arendt introduce il concetto di *natalità*, che non è il semplice fatto biologico della nascita, ma diventa una nuova categoria nella teoria filosofica che tratta dell'uomo. È l'esperienza del nuovo, del rispetto dell'altro, ma significa anche entrare nello spazio pubblico con la consapevolezza della pluralità umana: l'unicità umana è sempre legata ad una pluralità di prospettive, di punti di vista che interrelandosi costruiscono il mondo delle libertà e dei diritti.

## L'azione

La pluralità umana, condizione fondamentale sia del discorso sia dell'azione, ha il duplice carattere dell'eguaglianza e della distinzione. Se gli uomini non fossero uguali, non potrebbero né comprendersi fra loro, né comprendere i propri predecessori, né fare progetti per il futuro e prevedere le necessità dei loro successori. Se gli uomini non fossero diversi, e ogni essere umano distinto da ogni altro che è, fu o mai sarà, non avrebbero bisogno né del discorso né dell'azione per comprendersi a vicenda. Sarebbero soltanto sufficienti segni e suoni per comunicare desideri e necessità immediati e identici.

La distinzione degli esseri umani non si identifica con l'alterità – la curiosa qualità dell'*alteritas* inerente a ogni cosa e quindi, nella filosofia medievale, una delle quattro caratteristiche fondamentali e universali dell'Essere, trascendenti ogni

<sup>1</sup> Il testo qui riportato è tratto da: H. Arendt, *Vita Activa: la condizione umana*, trad. it. di S. Finzi, Bompiani, Milano 1989, pp. 127-129.

La selezione della presente lettura e l'introduzione sono a cura di Palma Sgreccia (*docente stabile di Filosofia, Istituto teologico Camillianum; dottore di ricerca in Bioetica, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma*).

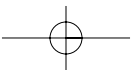
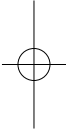
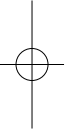
qualità particolare. L'alterità, è vero, è un aspetto importante della pluralità, la ragione per cui tutte le nostre definizioni sono distinzioni, per cui non riusciamo a dire ciò che ogni cosa è senza distinguerla da ogni altra. L'alterità nella sua forma più astratta è reperibile solo nella pura moltiplicazione degli oggetti inorganici, mentre ogni vita organica mostra già variazioni e distinzioni, anche fra gli esemplari di una stessa specie. Ma solo l'uomo può esprimere questa distinzione ed esprimere se stesso, e solo lui può comunicare se stesso e non solamente qualcosa – sete o fame, affetto, ostilità o timore. Nell'uomo, l'alterità, che egli condivide con tutte le altre cose, e la distinzione, che condivide con gli esseri viventi, diventano unicità, e la pluralità umana è la paradossale pluralità di essere unici.

Discorso e azione rivelano questa unicità nella distinzione. Mediante essi, gli uomini si distinguono anziché essere meramente distinti; discorso e azione sono la modalità in cui gli esseri umani appaiono gli uni agli altri non come oggetti fisici, ma *in quanto* uomini. Questo apparire, in quanto è distinto dalla mera esistenza corporea, si fonda sull'iniziativa, un'iniziativa da cui nessun essere umano può astenersi senza perdere la sua umanità. Non è così per nessun'altra attività della *vita activa*. Gli uomini possono benissimo vivere senza lavorare, possono costringere gli altri a lavorare per sé, e possono benissimo decidere di fruire e godere semplicemente del mondo delle cose senza aggiungere da parte loro un solo oggetto d'uso; la vita di uno sfruttatore o di uno schiavista e la vita di un parassita possono essere inique, ma essi certamente sono esseri umani. Ma una vita senza discorso e senza azione – certamente il solo modo di vita che genuinamente ha rinunciato a ogni apparenza e a ogni vanità nel senso biblico del termine – è letteralmente morta per il mondo; ha cessato di essere una vita umana perché non è più vissuta fra gli uomini.

Con la parola e con l'agire ci inseriamo nel mondo umano, e questo inserimento è come una seconda nascita, in cui confermiamo e sobbarchiamo la nuda realtà della nostra apparenza fisica originale. Questo inserimento non ci viene imposto dalla necessità, come il lavoro, ci è suggerito dall'utilità come l'operare può essere stimolato dalla presenza di altri di cui desideriamo godere la compagnia, ma non è mai condizionato. Il suo impulso scaturisce da quel cominciamento che corrisponde alla nostra nascita, e a cui reagiamo iniziando qualcosa di nuovo di nostra iniziativa. Agire, nel senso più generale, significa prendere un'iniziativa, iniziare (come indica la parola greca *achei*, "incominciare", "condurre", e anche "governare"), mettere in movimento qualcosa (che è il significato originale del latino *agere*). Poiché sono *initium*, nuovi venuti e iniziatori grazie alla nascita, gli uomini prendono l'iniziativa, sono pronti all'azione. [*Initium*] *ergo ut esset, creatus est homo, ante quem nullius fuit* ("perché ci fosse un inizio fu creato l'uomo, prima del quale non esisteva nessuno", dice Agostino nella sua filosofia politica). Questo inizio non è come l'inizio del mondo, non è l'inizio di qualcosa ma di qualcuno, che è a sua volta un iniziatore. Con la creazione dell'uomo, il principio del cominciamento entrò nel mondo stesso, e questo, naturalmente, è solo un altro modo di dire che il principio della libertà fu creato quando fu creato l'uomo, ma non prima.

È nella natura del cominciamento che qualcosa di nuovo possa iniziare senza che possiamo prevederlo in base ad accadimenti precedenti. Questo carattere di sorpresa iniziale è inerente a ogni cominciamento e a ogni origine. Così l'origine della vita della materia inorganica è un'infinita improbabilità dei processi inorganici, proprio come la nascita della terra dal punto di vista dei processi dell'universo, o l'evoluzione della vita umana dalla vita animale. Il nuovo si verifica sempre contro la tendenza prevalente delle leggi statistiche e della loro probabilità, che a tutti gli effetti pratici, quotidiani, corrisponde alla certezza; il nuovo quindi appare sempre alla stregua di un miracolo.

Il fatto che l'uomo sia capace di azione significa che da lui ci si può attendere l'inatteso, che è in grado di compiere ciò che è infinitamente improbabile. E ciò è possibile solo perché ogni uomo è unico e con la nascita di ciascuno viene al mondo qualcosa di nuovo nella sua unicità. Di questo qualcuno che è unico si può fondatamente dire che prima di lui non c'era nessuno. Se l'azione come cominciamento corrisponde al fatto della nascita, se questa è la realizzazione della condizione umana della natalità, allora il discorso corrisponde al fatto della distinzione, ed è la realizzazione della condizione umana della pluralità, cioè del vivere come distinto e unico essere tra uguali.



# RIMANERE APERTI AL NON CERCATO<sup>1</sup>

di Michael J. Sandel

Michael J. Sandel, uno dei più eminenti filosofi politici e morali statunitensi, insegna all'Università di Harvard. In *Contro la perfezione* (2007) pone l'attenzione sulle recenti straordinarie scoperte nel campo della genetica che portano con sé grandi promesse per il futuro (anche immediato) insieme ad altrettanti grandi interrogativi. La prospettiva di riuscire a guarire molte gravi malattie si accompagna al rischio di arrivare a manipolare la natura umana per migliorarne le caratteristiche genetiche. Ecco perché molte persone provano inquietudine quando sentono parlare di "ingegneria genetica". Ma in effetti che cosa c'è di davvero sbagliato nel concetto di "ingegneria genetica", ovvero nella "progettazione" della nostra natura di esseri umani? Nel rispondere a questa domanda, Michael Sandel si chiede quali siano le implicazioni morali di una vera e propria "ricerca della perfezione". La spinta a "implementare" la natura umana attraverso la genetica è già di per sé criticabile poiché rappresenta un desiderio di controllo e dominio che finisce per rifiutare il carattere di dono insito nelle capacità e nei successi di ciascun essere umano. Ecco perché la rivoluzione genetica non solo rimette in discussione i termini del dibattito etico, ma porta in primo piano, anche nell'agenda politica e sociale, questioni fortemente spirituali, addirittura teologiche.

## Figli progettati, genitori progettanti

Apprezzare i figli in quanto doni significa accettarli come sono e non come oggetti di un nostro progetto, prodotti della nostra volontà o strumenti della nostra ambizione. L'affetto paterno e materno non dipendono dal talento e dai tratti che il figlio si trova ad avere. Scegliamo gli amici e il coniuge almeno in parte in base a caratteristiche che troviamo apprezzabili, ma non scegliamo i figli. Le loro qualità sono imprevedibili e perfino i genitori più coscienti non possono essere considerati totalmente responsabili delle qualità di chi hanno messo al mondo. Per questo essere genitori insegna, più di qualunque altra relazione umana, ciò che il teologo F. May chiama l'"apertura al non cercato"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Il testo qui riportato è tratto da: M. J. Sandel, *Contro la perfezione. L'etica nell'età dell'ingegneria genetica*, Vita e Pensiero, Milano 2008, pp. 56-60.

<sup>2</sup> Commenti di William F. May al Comitato presidenziale sulla bioetica, 12 ottobre 2002, consultabili su <http://bioethicsprint.bioethics.gov/transcripts/octo2/session2.html>.

La selezione della presente lettura e l'introduzione sono a cura di Palma Sgreccia (*docente stabile di Filosofia, Istituto teologico Camillianum; dottore di ricerca in Bioetica, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma*).

## Plasmare e contemplare

La frase di May descrive una qualità del carattere e del cuore che frena l'impulso alla padronanza e al controllo, e spinge a sentire la vita come un dono. Una qualità che ci aiuta ad accorgerci che la più radicale obiezione morale al miglioramento genetico riguarda non tanto la perfezione a cui aspira, quanto la disposizione umana che esprime e promuove. Il problema non è che i genitori usurpano l'autonomia del figlio da essi progettato (come se il figlio potesse, altrimenti, scegliere da sé i suoi tratti genetici). Il problema è della *hybris* dei genitori progettanti; è il loro impulso a padroneggiare il mistero della nascita. Anche se questa disposizione non fa dei genitori i despoti dei loro figli, essa avvilisce il rapporto tra genitori e figli e priva i genitori dell'umiltà e della più generale comprensione umana che l'apertura al non cercato permette di coltivare.

Apprezzare i figli come doni o benedizioni non significa passività davanti alla malattia e alla sofferenza. Prendersi cura di un figlio malato o infortunato non sminuisce le sue capacità naturali, ma è una condizione del loro sviluppo. Anche se un trattamento medico interviene sulla natura, lo fa nel nome della salute e non equivale a un'illimitata ricerca di padronanza e dominio. Perfino strenui tentativi di curare e guarire le malattie non rappresentano un assalto prometeico a ciò che ci è dato. Il motivo è che la medicina è governata, o almeno guidata, dal principio del ripristino e dalla conservazione delle normali funzioni umane che costituiscono la salute.

Come gli sport, la medicina è una pratica con uno scopo, un *telos*, che la guida e la definisce. Ovviamente cosa vada considerato buona salute o normale funzionamento di un essere umano è suscettibile di discussione, né può essere ridotto alla sola dimensione biologica. Non c'è unanimità, come abbiamo visto, sulla questione se la sordità sia un difetto da curare o una forma di identità e appartenenza da preservare. Ma anche i dissensi poggiano sulla premessa che, in sostanza, la medicina consista nel difendere la salute e combattere le infermità.

Alcuni sostengono che l'obbligo del genitore di curare un figlio malato implichi quello di migliorarne uno sano massimizzando le sue possibilità di successo. Tuttavia ciò è vero solo se si accetta l'idea utilitaristica che la salute non è uno specifico bene umano, ma un mero mezzo con cui massimizzare felicità e benessere. L'esperto di bioetica Julian Savulescu ha sostenuto, per esempio, che "la salute non è intrinsecamente" ma solo "strumentalmente" dotata di valore, una "risorsa" che ci permette di fare ciò che desideriamo. Una simile interpretazione della salute respinge la distinzione tra curare e migliorare. Secondo Savulescu i genitori non hanno solo il dovere di fare il possibile per la salute dei figli; essi sono anche "moralmente tenuti a modificare geneticamente i loro figli". I genitori dovrebbero ricorrere alla tecnologia per manipolare "la memoria, il temperamento, la pazienza, l'empatia, il senso dell'umorismo, l'ottimismo" e altre caratteristiche dei figli, in



modo da dare loro “le migliori opportunità di una vita migliore”<sup>3</sup>.

Ma è un errore concepire la salute in modo interamente strumentale, come un mezzo per massimizzare qualcos'altro. Come il buon carattere, la buona salute è parte integrante del nostro benessere. E anche se avere più salute è meglio che averne meno, se non altro in un certo intervallo di valori, essa non è un bene suscettibile di essere massimizzato. Nessuno aspira a essere un virtuoso della salute (tranne, forse, un ipocondriaco). Negli anni Venti i seguaci dell'eugenetica organizzavano concorsi nelle fiere cittadine e assegnavano premi alle “famiglie più sane”, ma quelle bizzarre iniziative illustrano l'assurdità del concepire l'esser sani in termini strumentali o come un bene da massimizzare. Diversamente dal talento e dai tratti che portano al successo in una società competitiva, la salute è un bene delimitato; i genitori possono quindi volerla nei figli senza rischiare di finire in un vortice simile a un'incontrollata corsa agli armamenti.

Curandosi della salute dei figli, i genitori non vestono i panni del progettista né trasformano i figli in prodotti del loro volere o strumenti della loro ambizione. Non si può dire lo stesso di genitori disposti a sborsare somme ingenti per selezionare il sesso dei figli [...] o che aspirano a influire attraverso la bioingegneria sulle loro doti intellettuali o atletiche. Come tutte le distinzioni, quella della terapia e miglioramento è problematica nei casi limite (come classificare, per esempio, l'ortodonzia, o la somministrazione dell'ormone della crescita a bambini molto bassi di statura?). Questo, però, non oscura il motivo per cui la distinzione è importante: genitori troppo occupati a migliorare i loro figli hanno più probabilità di esprimere, e rendere cronici ed eccessivi, atteggiamenti non conformi al principio dell'amore incondizionato.

Ovviamente l'amore incondizionato non implica che i genitori si astengano dall'influenzare e indirizzare lo sviluppo dei figli. Al contrario: i genitori hanno il dovere di aiutare i figli a scoprire e sviluppare il loro talento e i loro doni. Come sottolineato da May, l'amore dei genitori ha due aspetti: è amore che accetta e amore che trasforma. L'amore che accetta afferma l'essere del figlio, quello che trasforma cerca il suo benessere. Ciascun aspetto dell'amore dei genitori corregge gli eccessi dell'altro: “L'attaccamento diventa troppo apatico se si riduce a mera accettazione del figlio com'è. I genitori hanno il dovere di promuovere l'eccellenza dei figli”<sup>4</sup>. Oggi, però, genitori eccessivamente ambiziosi si lasciano guidare troppo dall'amore che trasforma, esigendo dai figli ogni genere di successi, in una specie di ricerca della perfezione. “I genitori hanno difficoltà a tenersi in equilibrio tra i due aspetti dell'amore”, osserva May.

<sup>3</sup>J. Savulescu, *New Breeds of Humans: The Moral Obligation to Enhance*, Ethics, Law and Moral Philosophy of Reproductive Biomedicine, 1, 1, March 2005, pp. 36-39; Id., *Why I Believe Parents Are Morally Obligated to Genetically Modify Their Children*, Times Higher Education Supplement, November 5, 2004, p. 16.

<sup>4</sup>Commenti di William F. May al Comitato presidenziale sulla bioetica, 17 gennaio 2002, consultabili su [www.bioethics.gov/transcripts/iano2/jansession2intro.html](http://www.bioethics.gov/transcripts/iano2/jansession2intro.html). Cfr. anche W.F. May, *President's Council on Bioethics: My Take of Some of Its Deliberation*, Perspective in Biology and Medicine, 48, Spring 2005, pp. 230-231.

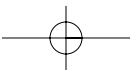
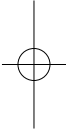
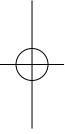
Senza l'amore che trasforma, l'amore che accetta diventa indulgenza e infine negligenza. Senza l'amore che accetta, l'amore che trasforma diventa assillante e finisce col respingere. May vede in questi opposti impulsi una somiglianza con la scienza moderna. Anche la scienza ci invita da un lato a guardare il mondo che ci è dato, studiarlo e apprezzarlo; dall'altro a plasmarlo, cambiarlo e migliorarlo<sup>5</sup>.

Il dovere di plasmare i figli, coltivarli e migliorarli complica la tesi contro il miglioramento. Ammiriamo i genitori che aspirano al meglio per i figli e non risparmiano sforzi nell'aiutarli a essere felici e riuscire nella vita. Ma quale differenza può esserci tra l'aiutarli con lo studio e l'allenamento e l'aiutarli con il miglioramento genetico? [...]

I paladini del miglioramento sostengono che non ci sia differenza, in linea di principio, nel migliorare i figli tramite lo studio o tramite la bioingegneria.

<sup>5</sup>*Ibidem.*

# PROSPETTIVE SCIENTIFICHE



# I RISULTATI DELLA LEGGE 40 ATTRAVERSO LE RELAZIONI MINISTERIALI

di Lucio Romano\* ed Emanuela Lulli\*\*

La legge 40/2004 prevede all'art. 15 che il Ministro della Salute presenti ogni anno una Relazione “in base ai dati raccolti ai sensi dell'articolo 11, comma 5, sull'attività delle strutture autorizzate, con particolare riferimento alla valutazione epidemiologica delle tecniche e degli interventi effettuati”.

Le ultime Relazioni sono state presentate nel 2008<sup>1</sup> per l'anno 2006, e nel 2009<sup>2</sup> per l'anno 2007. Ciò significa che a tutt'oggi non sono ancora pubblicati i dati relativi all'anno 2008 e – ciò che più conta – quelli inerenti il 2009, da quando sono state apportate significative modificazioni alla legge 40 dalla Corte Costituzionale<sup>3</sup>.

Il presente lavoro si prefigge lo scopo di riportare in maniera sintetica alcuni dati inerenti le due ultime Relazioni, raffrontandoli tra loro e correlandoli alla letteratura scientifica. Tuttavia sarebbe improprio riflettere sui risultati della legge 40 escludendo il fondamentale riferimento ai “diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito”, enunciati dalla legge stessa e riferimento ineludibile<sup>4</sup>. Riconoscere il fondamentale diritto alla vita del concepito significa, quindi, tentare di correggere e riequilibrare comportamenti assolutamente censurabili antecedenti

\* *Ginecologo, Università degli Studi di Napoli “Federico II”, Dip. Scienze Ostetrico Ginecologiche; copresidente Associazione Scienza & Vita.*

\*\* *Ginecologo, medico di Medicina Generale, Pesaro; membro Consiglio Esecutivo Associazione Scienza & Vita.*

<sup>1</sup>Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente “Norme in materia di procreazione medicalmente assistita” (Legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15)*, Roma, 30 aprile 2008.

<sup>2</sup>Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente “Norme in materia di procreazione medicalmente assistita” (Legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15)*, Roma, 25 marzo 2009.

<sup>3</sup>Corte Costituzionale, *Sentenza n. 151/2009*: “[...] dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 14, comma 2, della legge 19 febbraio 2004, n. 40 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita), limitatamente alle parole «ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre»; dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 14, comma 3, della legge n. 40 del 2004 nella parte in cui non prevede che il trasferimento degli embrioni, da realizzare non appena possibile, come stabilisce tale norma, debba essere effettuato senza pregiudizio della salute della donna; [...]”. Conseguenza della sentenza è che si sta assistendo a difformità di comportamenti assistenziali e di protocolli da parte dei vari Centri operanti sul territorio. Alcuni, poi, prospettando e delineando percorsi che cancellano *de facto* quasi del tutto la L. 40/2004.

<sup>4</sup>L. 40/2004, art.1 comma 1: “Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito”.

la promulgazione della legge 40<sup>5</sup> con percorsi assistenziali e tecnici che, tuttavia, pongono interrogativi etici.

**a. Epidemiologia e cause della sterilità.** Per quanto riguarda l'analisi di alcuni dati epidemiologici – interessanti per i risvolti sociosanitari – per il 2007 il fattore maschile di sterilità incide nel 26.7% delle coppie trattate con inseminazione semplice. Se a queste si aggiungono le coppie in cui è presente sia il fattore maschile che femminile – pari al 18.5% – possiamo dire che nel 45.2% delle coppie la causa di sterilità è in tutto o in parte attribuibile ad un fattore maschile. Nel 2006 questa quota era pari al 42.8%. Sempre per il 2007, nelle coppie trattate con tecniche a fresco di secondo e terzo livello, il 34.3% ha come principale causa di infertilità un fattore di tipo maschile. Se a queste aggiungiamo le coppie che presentano un fattore congiunto di tipo sia maschile che femminile – riscontrabile nel 16.3% dei casi – possiamo affermare che nel 50.6% delle coppie che inizia un ciclo di PMA la causa di sterilità è in tutto o in parte attribuibile ad un fattore maschile. Tutto ciò significa la rilevanza epidemiologica e sociale della sterilità riconducibile a cause maschili, fattore certamente ingravescente<sup>6</sup>.

Comunque fattori sociali e stili di vita incidono sempre più significativamente sulla genesi della sterilità<sup>7</sup>: età fertile avanzata<sup>8</sup>; maggiore interesse per la realizzazione in ambito lavorativo che – sebbene pienamente auspicata e condivisa – richiederebbe politiche sociali ed economiche maggiormente finalizzate alla tutela sociale ed al sostegno della maternità e della genitorialità; riduzione dell'importanza sociale e del ruolo della famiglia; ecc<sup>9</sup>. Così possono essere richiamati tanti altri fattori che incidono altrettanto significativamente sull'incremento della sterilità: disturbi alimentari (es.: obesità e anoressia); fumo di sigarette; insufficiente attività fisica; stress; eccesso di caffeina e di alcol; esposizione ad inquinanti ambientali come radiazioni, campi elettrici e magnetici, pesticidi, solventi; l'uso di

<sup>5</sup>Ricordiamo solo alcuni aspetti: fecondazione eterologa, commercializzazione di gameti, surrogazione di maternità, sperimentazione su embrioni, trasferimento soprannumerario e selezione embrionaria, ecc.

<sup>6</sup>M. Joffe, *What has happened to human fertility?*, Hum. Reprod. 2009 Nov 19; W.L. Ledger, *Demographics of infertility*, Reprod. Biomed. Online 2009; 18 Suppl. 2:11-4.

<sup>7</sup>Secondo i dati ISTAT, nel 2007 l'età media di matrimonio è stata di 32.64 anni per i celibi e di 29.93 anni per le nubili, in progressivo e costante aumento rispetto agli anni precedenti.

<sup>8</sup>“[...] fertility in women peaks between the ages of 20 and 24; decreases relatively little until approximately age 30 to 32; and then declines progressively, more rapidly after age 40. Overall, fertility rates are 4% to 8% lower in women aged 25-29, 15 to 19% lower between ages 30 and 34, 26-46% lower in women aged 35-39, and as much as 95% lower between ages 40 and 45”, in L. Speroff et al., *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 7° Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2005, p. 1015.

<sup>9</sup>“Declining U.S. birth and fertility rates can be attributed to several factors: greater interest in advanced education and career among women, later marriage and more frequent divorce, improvements in contraception and access to family planning services, delayed childbearing, decreased family size”, in L. Speroff et al., *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 7° Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2005, p. 1013.

droghe; ecc<sup>10</sup>. Evidentemente anche le malattie sessualmente trasmesse hanno un ruolo rilevante (“*sexually transmitted infections are a preventable cause of infertility*”)<sup>11</sup> e, così come auspicato da A. H. Balen e A. J. Rutherford sul *British Medical Journal*, l’educazione in merito alla cosiddetta “programmazione familiare” dovrebbe prefiggersi primariamente la tutela della futura fertilità e non solo la prevenzione delle gravidanze non desiderate (“*education about family planning should deal with protecting future fertility, not just preventing unwanted pregnancy*”)<sup>12</sup>.

Ritornando al fattore età, dalle Relazioni ministeriali si evince che in Italia è sempre maggiore il numero di donne in età fertile avanzata con diagnosi di sterilità. Il 20% dei cicli, quindi 1 su 5, è stato effettuato su donne con età maggiore o uguale ai 40 anni nel 2006, mentre nel 2005 questo dato era pari al 20.7% e per il 2007 è stato del 25.3% (incremento dal 2006 al 2007 pari a 5.3%). Così l’età media di accesso alle tecniche di fecondazione artificiale è stata di 35.6 anni nel 2006 e di 36 anni nel 2007, nettamente al di sopra della media europea che è di 33.8 anni.

In conclusione, l’età delle donne che si rivolgono alla PMA è già elevata e continua ad aumentare: infatti nel 2007 il 23.6% rientrava in un range tra 40 e 45 anni, superiore al dato del 2005 (19.1%) e del 2006 (22.2%), e ben il 39.8% tra 35 e 39 anni (dato 2007). Ciò si traduce, come già ricordato, in maggiori impedimenti ad ottenere una gravidanza<sup>13</sup>. Infatti per donne di età tra 35 e 39 anni il rischio di non avere figli è di circa il 30%, mentre per donne tra 40 e 44 anni il rischio è del 63.5%<sup>14</sup>. Così anche l’età paterna incide negativamente con alterazioni riscontrabili a carico della qualità, quantità e struttura cromosomica degli spermatozoi<sup>15</sup>. Per la molteplicità dei fattori appena elencati, il Ministero della Salute, l’Istituto Superiore di Sanità ed altri Centri di Ricerca hanno programmato una serie di interventi

<sup>10</sup> G.F. Homan, M. Davies, R. Norman, *The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review*, Hum. Reprod. Update 2007; 13(3): 209-23; S. Kumar et al., *Lifestyle factors in deteriorating male reproductive health*, Indian J. Exp Biol. 2009; 47(8):615-24.

<sup>11</sup> A.H. Balen, A.J. Rutherford, *Management of infertility*, BMJ, 2007; 22;335(7620):608-11.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

<sup>13</sup> “Success rate achieved with ART also decline as age increases. The number of oocytes retrieved and embryos available are lower, embryo fragmentation rates higher, and implantation rates are lower in older than in younger women. [...] annual reports on ART success rates in the U.S. derived from registry data collected by the Society for Assisted Reproductive Technology (SART) and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) since 1989 have consistently demonstrated that age is the single most important factor affecting the probability of success with ART. [...] The age-related decline in live births rates reflects not only decreasing fertility but also increasing pregnancy wastage. Just as fertility decreases with increasing age, the incidence of clinical recognized spontaneous miscarriage rises as age advances. Spontaneous miscarriage rates in natural conception cycles are generally low and stable before age 30 (7-15%) and then rise only slightly for ages 30 to 34 (8-12%) but to a greater extent for ages 35 to 39 (17-28%) and ages 40 and older (34-52%). [...] Even if not, the overall miscarriage risk (recognized and unrecognized) in women older than age 40 easily exceeds 50% and may be as high as 75%”, in L. Speroff et al., *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 7° Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2005, p. 1016.

<sup>14</sup> DT. Baird et al., *Fertility and ageing*, Hum. Reprod. Update 2005; 11(3):261-76.

<sup>15</sup> *Ibidem*.

e campagne di informazione e prevenzione. E questo rappresenta un aspetto qualificante, nella misura in cui i percorsi informativi e formativi siano rispettosi della dignità della procreazione, della tutela della vita, dell'educazione della sessualità in una visione antropologica globale ed integrata, senza riduzionismi meccanicistici.

**b. Criticità di sistema.** Per ciò che riguarda il rilevamento dei dati nelle ultime Relazioni, sono state sottolineate criticità di sistema quali perdita di informazioni al follow-up e ridotto numero dei cicli per Centro. Comunque si è riscontrato che i dati dei Centri italiani<sup>16</sup> pervengono ai Registri europei in misura significativamente superiore rispetto a quelli antecedenti la legge 40<sup>17</sup>.

Va segnalato che la perdita di informazioni al follow-up delle gravidanze ottenute da tecniche di II e III livello (FIVET e ICSI) è notevolmente diminuita: 13.3% nel 2007 rispetto al 21.5% nel 2006 e addirittura al 41.3% nel 2005. Il miglioramento al follow-up segnala verosimilmente la maggiore attenzione posta dal personale dei Centri a mantenere contatti con le coppie da cui una drastica riduzione della perdita di informazioni. Comunque l'obiettivo da perseguire nei prossimi anni dovrà essere quello di limitare la perdita di informazioni al 5-10%, comparabile con i dati degli altri Registri europei.

Altra criticità, significativa sotto il profilo scientifico e per i conseguenti risultati, è che molti Centri svolgono un ridotto numero di cicli: ben il 41.1% ha praticato nel 2006 da 1 a 99 cicli appena, il 37.6% nel 2007. Il 26.1% solo da 100 a 199 cicli nel 2006, il 25.4% nel 2007. Da 500 a 1.000 cicli l'8.2% dei Centri nel 2006, così come il 9.9% nel 2007.

**c. Gravidanze, nati vivi, gemellarità.** L'analisi delle gravidanze ottenute nel 2007 evidenzia che nei 341 Centri censiti nel nostro Paese e iscritti al Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita, sono state trattate complessivamente 55.437 coppie<sup>18</sup> (43.024 nel 2005 e 52.206 nel 2006) e sono stati iniziati 75.280 cicli (63.585 nel 2005 e 70.695 nel 2006), rilevandosi così un costante aumento negli anni.

Le gravidanze ottenute sono state 11.685, pari al 15.5% (15.0 nel 2006 e 14.9 nel 2005), mentre ne sono state monitorate complessivamente 9.884 (il 15.4% di esse è stato perso al *follow-up*). I bambini nati vivi sono stati complessivamente 9.137 (7.507 nel 2006 e 4.940 nel 2005). Si può dedurre che – dall'entrata in vi-

<sup>16</sup> Al 31 gennaio 2009 i centri che in Italia applicano le tecniche PMA iscritti al Registro Nazionale sono 341 (142 di I livello e 199 di II e III livello).

<sup>17</sup> “[...] the number of reporting clinics in Italy (177/194) [...] has increased considerably. Expansion of reporting in Italy can be explained by the fact that reporting became mandatory in 2004” in A. Nyboe Andersen et al., *Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE: ESHRE. The European IVF Monitoring Programme (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)*, Hum. Reprod. 2009; 24(6):1267-87.

<sup>18</sup> “Complessivamente” indica tutte le tipologie di tecniche: I, II, III livello, scongelamento di embrioni e ovociti.



gore della legge 40 – si è evidenziato un *trend* in aumento di accesso alle tecniche di PMA, dei cicli di trattamento, delle gravidanze e dei nati vivi.

Nel dettaglio circa il numero di embrioni trasferiti con le tecniche a fresco, che la legge 40 fissava – prima della recente sentenza della Corte Costituzionale – in un numero massimo di 3, l'analisi dei dati contenuti nella Relazione 2009, riferita al 2007, mostra che il totale dei trasferimenti con 3 embrioni è pari al 49.1% (50.9 % nel 2006 e 50.4% nel 2005). Viceversa la percentuale di trasferimenti con singolo embrione è salito al 20.4% dal 18.7 sia del 2006 che del 2005. La incidenza dei trasferimenti con 2 embrioni è stata del 30.5 % (30.4 nel 2006 e 30.9 nel 2005)<sup>19</sup>. Nel 2007 gli embrioni trasferiti con tecniche a fresco sono stati 30.780.

Le Relazioni dettagliano i risultati delle gravidanze ottenute con le tecniche di primo livello (inseminazione semplice): nel 2007 le coppie trattate sono state 18.972, con 3.400 gravidanze, di cui 2.703 monitorate e 2.337 nati vivi (nel 2005 sono state trattate 15.770 coppie, con 2.805 gravidanze delle quali 1.464 dall'esito conosciuto e con 1.291 nati vivi; nel 2006 le coppie trattate sono state 18.431, con 3.203 gravidanze delle quali 2.296 dall'esito conosciuto e con 1.999 nati vivi). Anche con le tecniche di primo livello si riscontra aumento dei cicli e dei nati vivi.

Per quanto riguarda poi le tecniche di secondo e terzo livello, sono state utilizzate la ICSI, la FIVET e la FER (*frozen embryo replacement*)<sup>20</sup>. Le prime due sono metodiche “a fresco” con le quali si sono avute – nel 2007 – 7.854 gravidanze, 6.793 delle quali dall'esito conosciuto con 6.486 nati vivi. Anche in questo caso si è riscontrato un aumento dei cicli, delle gravidanze e dei nati vivi rispetto ai dati inerenti gli anni precedenti (2006: 30.274 coppie trattate, 6.962 gravidanze delle quali 5.464 dall'esito conosciuto, 5.218 nati vivi; 2005: 27.254 coppie trattate, 6.243 gravidanze delle quali 3.603 dall'esito conosciuto, 3.385 nati vivi).

Sempre per il 2007, con le tecniche da scongelamento (nell'80.8% per gli ovociti e nel 19.2% per gli embrioni) sono state ottenute 431 gravidanze, di cui 388 monitorate con 314 nati vivi. Nel 2006: 3.882 cicli, 443 gravidanze ottenute delle quali 348 dall'esito conosciuto, con 290 nati vivi. Nel 2005: 4.049 cicli iniziati, 451

<sup>19</sup>“This report also demonstrates that the number of embryos transferred in IVF and ICSI cycles differed substantially between countries, but there is a clear trend towards transfers with fewer embryos. The mean percentage of SETs increased from 12.0% in 2001 to 13.7% in 2002, 15.7% in 2003, 19.1% in 2004 and 20.0% in 2005. The proportion of DET increased by 1% since 2004, and the proportion of three (21.5%) and four (2.3%) embryo transfers continued to decrease in 2005. In conclusion, the trend towards reduction in the number of embryos transferred continued in 2005. [...] The consistent trend towards transfer of fewer embryos is also reflected in the overall occurrence of multiple deliveries after IVF and ICSI. In 2000, the average multiple delivery rate was 26.9%, declining to 25.5% in 2001, 24.5% in 2002, 23.1% in 2003, 22.7% in 2004 and 21.8% in 2005. During the 9 year period of EIM reporting, the most remarkable finding regarding multiple births has been the reduction in triplet deliveries from 3.6% in 1997, to 2.3% in 1998, 2.3% in 1999, 1.9% in 2000, 1.5% in 2001, 1.3% in 2002, 1.1% in 2003, 1.0% in 2004 and 0.8% in 2005. [...] however, huge differences in triplet rates are still found between countries”, in A. Nyboe Andersen, et al., *Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE: ESHRE. The European IVF Monitoring Programme (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)*, Hum. Reprod. 2009; 24(6):1267-87.

<sup>20</sup> FER (*frozen embryo replacement*): gli embrioni sono crioconservati in attesa di trasferimento e scongelati al momento di essere utilizzati.

gravidanze ottenute delle quali 325 dall'esito conosciuto, con 264 nati vivi. Tra le tecniche a fresco, quella maggiormente utilizzata è stata la ICSI nel 78.0% dei casi, mentre nel 22.0% dei casi è stata usata la FIVET.

Con l'applicazione delle tecniche a fresco nell'anno 2007 sono state ottenute 19.6 gravidanze ogni 100 cicli iniziati. La percentuale di gravidanze rispetto ai trasferimenti è del 25.5%. Quindi, rispetto al 2006, si è registrato un certo aumento dei successi. Ricordiamo, infatti, che nel 2006 l'applicazione delle tecniche portava a delle percentuali di gravidanze pari a 18.9% e 24.5% relativamente a cicli iniziati e trasferimenti effettuati.

Riguardo al prelievo degli ovociti, nella Relazione relativa al 2007 c'è da rilevare che solo il 38.0% degli ovociti è stato utilizzato per la applicazione delle tecniche, mentre il 50.0% è stato scartato e solo il 12.0% è stato crioconservato<sup>21</sup>. "Quest'ultimo dato continua a rappresentare una criticità dovuta alla non adeguata diffusione della tecnica di crioconservazione degli ovociti (viene effettuata solo in Centri con consolidata esperienza, soprattutto nel Nord; il 40.9% dei Centri non la effettua e solamente in 4 Centri si è superato il tetto del 50% di congelamenti ovocitari rispetto ai prelievi effettuati)"<sup>22</sup>. A questo proposito va ricordato che la legge 40 consente la crioconservazione degli ovociti<sup>23</sup> e le Relazioni auspicano che un maggior numero di Centri ne faccia ricorso<sup>24</sup>.

Un altro dato su cui è doverosa un'approfondita e non nuova riflessione, soprattutto sotto il profilo etico, è quello inerente i nati vivi dopo tecniche di scongelamento embrionale: nel 2006 su 2.378 embrioni scongelati sono arrivati alla nascita solo 97, nel 2007 su 1.825 solo 65. Questi dati continuano ad inquietare

<sup>21</sup>N. Noyes, E. Porcu, A. Borini, *Over 900 oocyte cryopreservation babies born with no apparent increase in congenital anomalies*, *Reprod. Biomed. Online*, 2009; 18(6):769-76; E. Porcu et al., *Human oocyte cryopreservation in infertility and oncology*, *Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes.*, 2008; 5(6):529-35; G. Ambrosini, A. Andrisani, E. Porcu et al., *Oocytes cryopreservation: state of art*, *Reprod. Toxicol.*, 2006; 22(2):250-62; E. Porcu et al., *Progress with oocyte cryopreservation*, *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2006; 18(3):273-9.

<sup>22</sup>Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" (Legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15)*, Roma, 25 marzo 2009, p. 6.

<sup>23</sup>L. 40/2004, art. 14 comma 8: "È consentita la crioconservazione dei gameti maschile e femminile, previo consenso informato e scritto".

<sup>24</sup>"I progetti già finanziati e quelli che lo saranno a breve rappresentano una risposta, anche parziale, alle evidenze da tutti riconosciute e mirano a implementare la ricerca su alcune specifiche metodiche legate al miglioramento della crioconservazione degli ovociti, alla preservazione della fertilità, allo studio delle cause dell'infertilità. [...] a fronte del numero eccessivo di gravidanze trigemine di altri centri, dovrebbe indurre gli operatori ad un confronto fra le differenti strategie adottate, sia riguardo alla scelta ed al numero di ovociti da fecondare, soprattutto nelle donne più giovani, che alla possibilità di crioconservazione degli ovociti, per poterne diminuire il numero di quelli che rimangono oggi inutilizzati. [...] A tale proposito, si auspica un aumento dei centri nei quali effettuare la crioconservazione dei gameti", in Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" (Legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15)*, Roma, 25 marzo 2009, pp. 3, 8.

sulla eticità di una procedura che di per sé comporta la perdita di un notevole numero di embrioni umani e che la legge 40 – prima della sentenza costituzionale del 2009 – aveva limitato a situazioni del tutto marginali<sup>25</sup>.

Ulteriore considerazione merita il tema della gemellarità<sup>26</sup>. Rimane alto il numero di gravidanze trigemine in particolare per donne tra 29 (<=29 anni: 5.5%) e 34 anni (30-34 anni: 4.4%). È da ricordare che la probabilità di ottenere gravidanze gemellari decresce all'aumentare dell'età. Per il 2007, nella classe di età più bassa, ovvero quella che include le donne entro i 29 anni, la percentuale di gravidanze multiple è pari al 28.4%. Questo rischio di ottenere una gravidanza multipla decresce linearmente, sino al 19.4% nella classe di età che comprende le donne tra 30 e 34 anni. Da 34 anni in poi la diminuzione percentuale delle gravidanze multiple è molto più marcata, sino ad annullarsi completamente a partire dal quarantacinquesimo anno di età. Nel 2007 “le gravidanze gemellari si attestano intorno ai valori della media europea, mentre le trigemine la superano, con una media nazionale del 3.3%. Questo è però un risultato medio di valori che – escludendo i Centri con meno di dieci gravidanze – variano da zero al 12.0%. Una enorme variabilità, quindi un'ampia forbice dovuta alle forti differenze nei criteri seguiti e nelle procedure adottate dagli operatori del settore: l'ottimo risultato di diversi Centri, che ottengono risultati inferiori alla media di riferimento europea rispetto a questo parametro – da sempre considerato uno degli indicatori più significativi del buon esito delle tecniche di fecondazione assistita – a fronte del numero eccessivo di gravidanze trigemine di altri Centri, dovrebbe indurre gli operatori ad un confronto fra le differenti strategie adottate, sia riguardo alla scelta ed al numero di ovociti da fecondare, soprattutto nelle donne più giovani, che alla possibilità di crioconservazione degli ovociti [...]”<sup>27</sup>. È opportuno richiamare che la legge 40 all'art.2 indicava che non si doveva creare “[...] un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre”, in considerazione anche di protocolli condivisi e validati a livello internazionale che suggeriscono un numero ridotto di embrioni da trasferire – anche uno o due – per donne più giovani<sup>28</sup>.

<sup>25</sup> “[...] l'effetto più benefico della legge è quello di aver evitato nel solo triennio 2005-2006-2007, per il quale esistono dati che consentono il calcolo, la possibile formazione soprannumeraria e la conseguente possibile distruzione, diretta o per congelamento, di altri 120.000 embrioni (i calcoli danno la cifra di 121.869). Si può dunque affermare che il divieto contenuto nell'art.14 di distruzione, congelamento e produzione soprannumeraria di embrioni si ispira ad un criterio di paternità e maternità responsabile sia pure nell'ambito di tecniche che restano in sé gravate da riserve etiche anche quando gli embrioni sono tutti trasferiti in utero”, in C. Casini, *2° Rapporto sullo stato di attuazione della Legge 40/2004. Sì alla Vita* (inserto) 2009; 5:3.

<sup>26</sup> S. Sunderam et al., *Assisted reproductive technology surveillance-United States, 2006*, *MMWR Surveill. Summ.* 2009; 58(5):1-25.

<sup>27</sup> Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente “Norme in materia di procreazione medicalmente assistita” (Legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15)*, Roma, 25 marzo 2009, p. 8.

<sup>28</sup> American Society for Reproductive Medicine, *Guidelines on number of embryos transferred*, *Fertil. Steril.* 2009; 92:1518-9.

**d. Sindrome da iperstimolazione ovarica (OHSS, *ovarian hyperstimulation syndrome*).** Dalle Relazioni riguardanti i dati degli anni 2006 e 2007 si rileva una significativa riduzione nell'incidenza della sindrome da iperstimolazione ovarica, patologia estremamente temibile, rispetto agli ultimi dati disponibili del Registro Europeo (1.02% dei cicli iniziati)<sup>29</sup>. Infatti nel 2006 le complicanze da OHSS incidono per lo 0.44% dei cicli iniziati, nel 2007 l'incidenza è stata dello 0.53%. La ridotta incidenza della OHSS è ascrivibile ai migliorati protocolli di induzione dell'ovulazione (*mild ovarian stimulation*)<sup>30</sup> e all'esigenza di non produrre un numero eccessivo di ovociti<sup>31</sup>. Effetti addebitabili anche alla legge 40 che, appunto, aveva già previsto la necessità di non produrre un numero eccessivo di ovociti e di embrioni<sup>32</sup>.

**e. Nati malformati.** Infine un ulteriore elemento di riflessione riguarda i bambini nati con malformazioni. La percentuale nel 2007 è stata pari all'1.1% rispetto al numero totale dei nati vivi con le tecniche di II e III livello, maggiore rispetto agli ultimi dati disponibili (0.4%) e riferiti alla popolazione generale di nati vivi. Dei nati malformati, la maggior parte (0.8%) sono stati concepiti con tecnica ICSI<sup>33</sup>. Con tecniche di I livello, i nati vivi malformati sono stati lo 0,5% dei nati vivi.

<sup>29</sup> A. Raziel et al., *Outcome of IVF pregnancies following severe OHSS*, *Reprod. Biomed. Online* 2009; 19(1):61-5.

<sup>30</sup> "In a recent comment to Nature, Alan Trounson said 'If you remove all the expensive stuff and use low-cost drugs (such as clomiphene) and remove just one or two oocytes, and only transfer one embryo, it can be done for ,US\$100' [...] Low cost drugs and less potent ovarian stimulation are one way to reduce the cost of IVF. [...] Mild ovarian stimulation, with the aim of reducing the number of developing follicles, could reduce cost and adverse events and would be consistent with the transfer of fewer embryos, resulting in fewer multiple births. [...] Nevertheless, mild stimulation can reduce gonadotrophin dosage, cutting costs, time commitments and the need for intense monitoring. Mild stimulation also diminishes patient distress and complications. When combined with the transfer of fewer embryos, multiple birth rates are reduced", in J. Collins, *Mild stimulation for in vitro fertilization: making progress downward*, *Hum. Reprod. Update* 2009; 15(1):1-3.

<sup>31</sup> M.F. Verberg et al., *Mild ovarian stimulation for IVF*, *Hum. Reprod. Update* 2009; 15(1):13-29.

<sup>32</sup> M.A. Santos, E.W. Kuijk, N.S. Macklon, *The impact of ovarian stimulation for IVF on the developing embryo*, *Reproduction* 2010; 139(1):23-34.

<sup>33</sup> "Reports on the risk of congenital malformations associated with ICSI, compared to those associated with conventional fertilization in IVF cycles, have yielded conflicting results. At least in part, differences in sample size and patient demographics might help to explain the differing conclusions. The most comprehensive multicenter study conducted thus far, based on data from five-year-old children, has suggested that ICSI is associated with an increased risk of certain major congenital anomalies. [...] Certain conditions may carry an increased risk for transmission of genetic abnormalities to offspring via ICSI. Whether the increased prevalence of genetic abnormalities observed in ICSI offspring relates to the procedure itself, or to the characteristics of couples who require ICSI to conceive, is unclear", in The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology, *Genetic considerations related to intracytoplasmic sperm injection (ICSI)*, *Fertil. Steril.* 2008; 90/(suppl.3):S182-S184.

# LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO SCIENTIFICO A PARTIRE DAI “PALETTI” DELLA LEGGE 40/2004: UN’ ESPERIENZA TUTTA ITALIANA

di Eleonora Porcu\*

*“Il ‘dubbio metodico’ cartesiano ha  
ispirato il metodo sperimentale della  
scienza moderna”*

Dubitare anche di acquisizioni scientifiche apparentemente consolidate è il modo col quale la Scienza progredisce. La legge 40/2004, con le sue restrizioni, ha offerto, paradossalmente, un modo per mettere alla prova certezze scientifiche apparentemente incrollabili sulla PMA.

Come tutti sappiamo, la fecondazione extracorporea era una tecnica a bassa efficienza ai suoi esordi. Si pensò quindi di compensare le carenze tecniche e l'intrinsecamente scarsa fertilità umana aumentando il numero di embrioni da generare e trasferire, strategia che aumentò la percentuale di gravidanze ma anche il numero di gravidanze multiple e le relative complicanze. L'evoluzione scientifica e tecnologica condusse quindi alla scelta di una riduzione del numero di embrioni da trasferire fino al numero massimo di due-tre attualmente condiviso dalla comunità scientifica.

L'introduzione del congelamento degli embrioni in eccesso (Trounson e Mohr, 1983) consentì all'intero processo di raggiungere una buona efficienza complessiva. Apparentemente non esistevano alternative: generare molti embrioni, trasferire quelli che apparivano morfologicamente migliori all'esame microscopico, congelare i rimanenti ed eventualmente trasferirli in cicli successivi. Quindi, la procreazione medicalmente assistita è nata e si è sviluppata sull'assunto concettuale e metodologico che tutti gli ovociti disponibili dovessero essere inseminati e che la maggior disponibilità di embrioni da selezionare per l'impianto fosse l'unica e indiscutibile garanzia di efficienza della tecnica.

A questo riguardo, l'atteggiamento scientifico è stato da sempre stato estremamente conservatore. Quasi nessun ricercatore in medicina o biologia ha messo in dubbio che i fondamenti di questa strategia fossero inviolabili e che la formula inconfutabile fosse “molti embrioni selezione impianto crioconservazione embrioni soprannumerari”. In realtà, in Italia, l'attuazione piena di questa strategia avveniva in una minoranza dei centri di PMA. Uno studio promosso dal Ministero della

\* Ginecologo, responsabile del Centro di Sterilità e Procreazione Medicalmente Assistita, Università di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi.

Salute nel 2001 e pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2003 (Spinelli et al., 2003) documenta che, all'epoca dell'indagine, e quindi poco prima della legge 40, solo il 37,4% dei Centri praticava il congelamento degli embrioni. Conseguentemente, il 62,6% dei Centri buttava via gli embrioni soprannumerari routinariamente costringendo le pazienti a ripetere cicli di stimolazione ormonale ed interventi di prelievo di ovociti. Quindi, una delle critiche principali mosse alla legge 40, ovvero quella di nuocere alla salute delle pazienti impedendo il congelamento embrionario, in realtà ha sempre ignorato che la salute delle donne era da anni messa a repentaglio dal basso standard medio scientifico e tecnologico della PMA in Italia.

Al contrario, nella minoranza di Centri che praticava la crioconservazione degli embrioni, l'efficienza dei trattamenti era maggiore, così come la tutela della salute femminile. In verità, tuttavia, la crioconservazione degli embrioni sollevava un altro problema, ovvero quello degli embrioni "abbandonati", problema reale e concreto non solo in Italia ma in tutto il panorama internazionale della PMA. All'epoca dello studio ministeriale, gli embrioni in giacenza presso i centri PMA erano 24.452. A livello internazionale, si calcola che gli embrioni congelati giacenti siano diverse centinaia di migliaia. Indipendentemente dalle legislazioni dei vari Paesi, gli embrioni congelati abbandonati costituiscono da sempre un problema insoluto con risvolti giuridici importanti e condivisi da tutti, e risvolti etici sollevati da alcuni gruppi di opinione.

La ricerca di soluzioni scientifiche e tecnologiche di questo problema è coeva con l'inizio storico della crioconservazione degli embrioni. La possibile alternativa venne annunciata alla comunità scientifica internazionale quando Chen pubblicò nel 1986 (Chen, 1986) l'esperienza della prima gravidanza al mondo ottenuta con ovociti umani congelati, solo tre anni dopo la pubblicazione della prima gravidanza con embrioni congelati. La strada alternativa era quindi tracciata, ma in realtà pochi ricercatori si cimentarono in questo cammino.

La straordinarietà dell'evento era legata alle apparenti difficoltà tecniche di far sopravvivere i gameti femminili alle basse temperature. La notizia fece appassionare me e la mia *équipe* ad un disegno sperimentale finalizzato a sostituire il congelamento degli embrioni che, per quanto efficiente, comportava problemi etici condivisi da alcuni e problemi legali condivisi da tutti i centri di fecondazione assistita. Solo dopo dieci anni di studio è arrivata la prima gravidanza (Porcu 1997), fortunatamente seguita con una crescente regolarità da altre (Porcu et al., 2000; Boldt 2003; Yoon 2003; Borini 2004).

È stato a questo punto che disegni di legge sempre più restrittivi si sono succeduti nelle discussioni parlamentari del nostro Paese ed è stato a questo punto che ci siamo chiesti se il nuovo strumento tecnologico del congelamento degli ovociti potesse mitigare o addirittura annullare il presunto crollo di efficienza riproduttiva legato all'inseminazione di solo tre ovociti e all'introduzione della legge 40.

Volevamo avere delle prove scientifiche e non farci cogliere impreparati

dalle decisioni politiche. Iniziammo cautamente a ridurre il numero di ovociti da inseminare applicando caso per caso la scelta più appropriata e congelando i gameti in eccedenza.

Valutando inizialmente il rendimento sui cosiddetti cicli “freschi”, la prima sorpresa fu che la percentuale di fecondazione su tre ovociti rimaneva pressoché inalterata, oscillando intorno al 75%, così come la percentuale di clivaggio, generalmente superiore al 90%. È interessante notare che i risultati clinici e di laboratorio appaiono condizionati non tanto dal numero assoluto di ovociti inseminati quanto piuttosto dal *pool* di origine di questi ovociti. Ovvero, se inseminiamo elettivamente solo tre ovociti in pazienti che ne hanno prodotti molti di più, i risultati sono statisticamente invariati rispetto a quelli ottenuti inseminando tutti i gameti femminili e comunque migliori di quelli ottenuti dalla inseminazione obbligatoria di pochi ovociti nelle pazienti che ne hanno prodotti tre o meno di tre.

Nella nostra esperienza e col tipo di popolazione infertile afferente al nostro centro, possiamo dire che in generale l'inseminazione di tre ovociti consente il trasferimento di un numero medio intorno ai due embrioni mentre l'inseminazione di tutti gli ovociti disponibili conduce al trasferimento di circa 2,5 embrioni scelti. Il numero di gravidanze ottenute col primo metodo, sebbene leggermente inferiore al secondo, non dà luogo a differenze statisticamente significative.

Secondo la nostra esperienza, l'obbligo di legge di non produrre più di tre embrioni non conduce alla pesante penalizzazione dei risultati. La attenta selezione degli ovociti e delle metodologie di coltura e trasferimento embrionale hanno determinato un progressivo miglioramento dei risultati nel nostro centro PMA nei cinque anni di legge 40. Nel 2008, la percentuale di gravidanza per *transfer* embrionale è arrivata al 33%, ovvero due punti percentuali superiore alla media pubblicata nei dati più recenti del Registro Europeo ESHRE della PMA (Nyboe Andersen et al., 2009). La bassa media (25.5%) riportata dal Registro Italiano (Relazione Ministeriale 2009) non rispecchia quindi tanto gli effetti negativi della legge 40, quanto piuttosto il basso standard di operatività nella PMA che caratterizzava il nostro Paese già prima della entrata in vigore della legge, che è stato semplicemente disvelato dalla legge stessa. I risultati di chi compensava il proprio basso livello di qualità col numero elevato di embrioni sono collassati dopo la legge. I risultati dei Centri con un buon livello qualitativo sono rimasti invariati o addirittura migliorati a seguito dello sforzo di ottimizzazione tecnologica.

La possibilità di ottenere buoni risultati inseminando pochi ovociti è stata documentata anche da studi eseguiti in Paesi privi di costrizioni legislative. Engmann (2005) ha realizzato un disegno sperimentale nel quale confrontava i risultati dell'inseminazione di un numero limitato di ovociti ( $3.4 \pm 0.6$ ) rispetto a quelli ottenuti inseminando tutti gli ovociti disponibili ( $14.0 \pm 5.7$ ). La percentuale di gravidanza clinica non era diversa nei due gruppi. L'Autore conclude affermando che inseminare pochi ovociti, nelle pazienti che scelgono di non avere embrioni in eccesso da crioconservare, non condiziona negativamente la probabilità di concepimento.

Un'altra dura critica mossa alla legge 40 è quella di indurre un notevole in-

cremento delle gravidanze trigemine a causa dell'obbligo di impianto di tutti gli embrioni generati. La percentuale di gravidanze trigemine riportata nei dati più recenti del Registro Italiano PMA è del 3.4%. Come prova del livello eccessivo di questo indice, esso viene abitualmente confrontato alla percentuale del Registro Europeo che si attesta all'1%. Quindi, le gravidanze trigemine da PMA sarebbero più del triplo nel nostro Paese rispetto alla media europea. In realtà i dati non sono confrontabili perché la percentuale europea è calcolata sui parti mentre quella italiana è calcolata sulle gravidanze. Alla percentuale europea dovrebbero pertanto essere aggiunte le gravidanze esitate in aborto e le riduzioni embrionarie oppure le percentuali italiane dovrebbero essere ricalcolate sui parti. Solo allora si potrebbe operare un confronto reale, che sarebbe ovviamente su numeri ben diversi.

La incidenza di gravidanze bigemine e trigemine rimane comunque un problema connaturato alla PMA, sebbene in Europa il fenomeno sia quasi irrisorio se confrontato con gli Stati Uniti, dove la maggioranza delle gravidanze da PMA non è singola.

Nel centro PMA dell'Ospedale S. Orsola-Malpighi dell'Università di Bologna, dopo l'avvento della legge 40, abbiamo elaborato una strategia per limitare le gravidanze multiple. Nelle pazienti "a rischio" (ovvero molto giovani, con ovaio policistico, con sviluppo di molti follicoli e recupero di molti gameti), vengono inseminati solo due ovociti scelti tra i migliori. Questo protocollo ha eliminato, per definizione, le gravidanze trigemine nel gruppo a rischio, ha ridotto nello stesso gruppo le bigemine al 15% ed ha consentito comunque una percentuale di gravidanza intorno al 40%. Quindi, anche all'interno delle prospettive di lavoro consentite dalla legge 40 è possibile ottenere un contenimento del fenomeno gravidanze multiple senza condizionare negativamente l'efficienza delle tecniche PMA.

Prendendo ora in considerazione il divieto di congelamento degli embrioni, riteniamo che la crioconservazione degli ovociti possa essere un'alternativa non solo teorica. I potenziali riproduttivi complessivi determinati dalla scorta di ovociti o di embrioni crioconservati non sembrano differire significativamente nella nostra esperienza (Porcu, 2002). Esiste ovviamente una curva di apprendimento prima di ottenere la piena efficienza delle metodiche di crioconservazione.

Negli ultimi anni tuttavia, l'applicazione di nuovi protocolli di crioconservazione hanno consentito un miglioramento dei risultati ed un'applicazione estensiva del congelamento degli ovociti (Porcu et al., 2000; Fabbri et al., 2001; Boldt et al., 2006; Borini et al., 2006; Levi Setti et al., 2006; De Santis et al., 2007).

La crioconservazione degli ovociti offre la possibilità di una gestione più flessibile dei cicli PMA consentendo la crioconservazione degli ovociti soprannumerari, la crioconservazione di tutti gli ovociti recuperati nelle pazienti a rischio di sindrome da iperstimolazione ovarica (OHSS) o nei casi di fallimento della produzione del campione seminale, oltre alla possibilità di attivare specifici programmi di protezione del potenziale riproduttivo. Sono molteplici infatti le condizioni che possono mettere a rischio la fertilità delle pazienti: trattamenti radio e chemio-



rapici, endometriosi pelvica severa, chirurgia ovarica, predisposizione genetica, tutte condizioni nelle quali la crioconservazione degli ovociti consente la possibilità di preservare il potenziale riproduttivo. La prima nascita da ovociti crioconservati in una paziente con cancro ovarico è stata pubblicata recentemente (Porcu et al., 2008).

È nostra opinione che inseminando anche pochi ovociti e crioconservando gli ovociti in eccesso si possano offrire nel tempo alle pazienti percentuali cumulative di gravidanza paragonabili a quelle degli embrioni crioconservati.

In Italia, il divieto imposto dalla normativa vigente in materia di procreazione medicalmente assistita di crioconservare embrioni ha accelerato l'impiego del congelamento degli ovociti in alternativa alla crioconservazione degli embrioni al fine di non sprecare il potenziale riproduttivo degli ovociti recuperati per singolo ciclo. Questo ha inoltre consentito di alimentare il dibattito sull'efficienza del congelamento ovocitario producendo un aumento dei dati presenti in letteratura e risultati più riproducibili. Nel 2005 il nostro gruppo ha presentato i risultati di 501 cicli di scongelamento di ovociti con una sopravvivenza del 69.6%, una fecondazione dopo ICSI del 73.9%, un clivaggio del 91.6% (Porcu, 2005). La percentuale di gravidanza era del 17% per *transfer* e del 47.8% quella cumulativa tra cicli con ovociti freschi e congelati.

In un recente articolo (Borini et al., 2007) sono state riportati risultati simili su 660 cicli di scongelamento di ovociti crioconservati. La percentuale di sopravvivenza è stata del 68.1 %, con una percentuale di fecondazione e clivaggio embrionale rispettivamente di 76.1% e 91.8%, non dissimili dalle percentuali che si ottengono nei cicli con ovociti freschi. La percentuale di gravidanza da ovociti congelati riportata dallo studio è stata del 17.2% con una percentuale di aborto del 21%. La percentuale di gravidanza cumulativa, derivante da *transfer* di embrioni freschi e da *transfer* di embrioni da ovociti scongelati per ciclo iniziato, è stata del 47.4%.

Questi dati documentano ulteriormente che, anche nell'attuale regime normativo, il congelamento degli ovociti offre alle pazienti la opportunità di mantenere tutte le possibilità di successo per ciclo di trattamento iniziato e di conservare tutta la potenzialità riproduttiva per singolo ovocita recuperato.

L'obiezione più frequente che la crioconservazione degli ovociti fa sorgere è il suo carattere di sperimentaltà. È singolare osservare come altre metodiche innovative, tra le quali la ICSI o lo stesso congelamento degli embrioni, non siano state, a suo tempo, sottoposte, alla stessa quarantena sperimentale bensì siano state rapidamente incorporate nella routine clinica. Credo sia condivisibile l'opinione che molte tecniche di PMA possano essere definite ancora oggi sperimentali e che la loro diffusione dipenda prevalentemente dalla intrinseca insostituibilità di alcune di esse.

Una indagine recentemente pubblicata ha comunque fornito dati rassicuranti sulla sicurezza della crioconservazione ovocitaria dimostrando come la incidenza di malformazioni nei bambini nati da ovociti congelati non differisca dalla popolazione generale (Noyes, Porcu e Borini, 2009).

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- J. Boldt, D. Cline, D. McLaughlin, *Human oocyte cryopreservation as an adjunct to IVF-embryo transfer cycles*, Hum. Reprod. 2003; 18(6), pp. 1250-5.
- J. Boldt, N. Tidswell, A. Sayers, R. Kilani, D. Cline, *Human oocyte cryopreservation: 5-year experience with a sodium-depleted slow freezing method*, Reprod. Biomed. Online 2006; 13(1):96-100.
- A. Borini, V. Bianchi, M.A. Bonu, R. Sciajno, E. Sereni, M. Cattoli, et al., *Evidence based clinical outcome of oocyte slow cooling*, Reprod. Biomed. Online 2007; 15 (2): 157-181.
- A. Borini, M.A. Bonu, G. Coticchio, V. Bianchi, M. Cattoli, C. Flamigni, *Pregnancies dna birth after oocyte cryopreservation*, Fertil. Steril. 2004, 82:601-5.
- A. Borini, C. Lagalla, M.A. Bonu, V. Bianchi, C. Flamigni, G. Coticchio, *Cumulative pregnancy rates resulting from the use of fresh and frozen oocytes: 7 years' experience*, Reprod. Biomed. Online 2006; 12(4):481-6.
- C. Chen, *Pregnancies after human oocyte cryopreservation*, Ann. N.Y. Acad. Sci., 1987; 541:541-549.
- C. Chen, *Pregnancy after human oocyte cryopreservation*, Lancet, 1986; pp. 884-886.
- L. De Santis, I. Cino, E. Rabelotti, E. Papaleo, F. Calzi, F.M. Fusi, C. Brigante, A. Ferrari, *Oocyte cryopreservation: clinical outcome of slow-cooling protocols differing in sucrose concentration*, Reprod. Biomed. Online 2007;14(1):57-63.
- L. Engmann, L. Siano, D. Schmidt, C. Benadiva, D. Maier, J. Nulsen, *Outcome of in vitro fertilization treatment in patients who electively inseminate a limited number of oocytes to avoid creating surplus human embryos for cryopreservation*, Fertil. Steril. 2005; Vol. 84, 5; 1406-1410.
- R. Fabbri, E. Porcu, T. Marsella et al., *Human oocyte cryopreservation: new perspectives regarding oocyte survival*, Hum. Reprod. 2007; 16:411-416.
- P.E. Levi Setti, E. Albani, P.V. Novara, A. Cesana, G. Morreale, *Cryopreservation of supernumerary oocytes in IVF/ICSI cycles*, Hum. Reprod. 2006; 21(2):370-5.
- A. Nyboe Andersen, V. Goossens, S. Bhattacharya, A.P. Ferraretti, M.S. Kupka, J. de Mouzon, K.G. Nygren, and The European IVFmonitoring (EIM) Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), *Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE*, Hum. Reprod. 2009; 24, 6; 1267-1287.
- E. Porcu, R. Fabbri, G. Damiano et al., *Clinical experience and applications of oocyte cryopreservation*, Mol. Cell. Endocrinol. 2000; 169, 33-37.
- E. Porcu, R. Fabbri, R. Seracchioli, R. De Cesare, S. Giunchi, D. Caracciolo, *Obstetrics, perinatal outcome and follow up of children conceived from cryopreserved oocytes*, Fertil. Steril. 2000; 74, n.3S, Suppl. 1 S48.

E. Porcu, S. Venturoli, G. Damiano, P.M. Ciotti, L. Notarangelo, R. Paradisi, M. Moscarini, G. Ambrosiani, *Healthy twins delivered after oocyte cryopreservation and bilateral ovariectomy for ovarian cancer*, Reprod. BioMed. Online 2008; Vol 17, 2; 265-267.

E. Porcu, R. Fabbri, P.M. Ciotti, F. Frau, R. De Cesare, S. Venturoli, *Oocytes or embryo storage?*, Fertil. Steril. 2002; 169 (Suppl. 1) S15.

E. Porcu, R. Fabbri, G. Damiano, S. Giunchi, R. Fratto, P.M. Ciotti, S. Venturoli, C. Flamigni, *Clinical experience and applications of oocyte cryopreservation*, Mol. Cell. Endocrinol 2000; 169 pp. 33-37.

E. Porcu, R. Fabbri, R. Seracchioli, P.M. Ciotti, O. Magrini, and C. Flamigni. *Birth of a healthy female after intracytoplasmic sperm injection of cryopreserved human oocytes*, Fertil. Steril. 1997; 68 pp. 724-726.

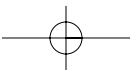
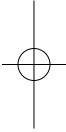
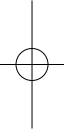
*Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita. Attività anno 2007 centri procreazione medicalmente assistita (legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15), 2009.*

A. Spinelli, G. Scaravelli, V. Vigiliano, S. Diemoz, *Indagine sull'attività di procreazione medicalmente assistita in Italia*, Rapporti ISTISAN 03/14, 2003.

A. Trounson, L. Morh, *Human pregnancy following cryopreservation, thawing and transfer of an eight cell embryo*, 1983; Nature 305 ( 5936): 707-709.

J.F. van Uem, E.R. Siebzehnrubl, B. Schuh, R. Koch, S. Trotnow, N. Lang, *Birth after cryopreservation of unfertilized oocytes*, Lancet, 1987; 1(8535):752-3.

T.K. Yoon, T.J. Kim, S.E. Park, S.W. Hong, J.J. Ko, H. Chung, K.Y. Cha, *Live births after vitrification of oocytes in a stimulated in vitro fertilization-embryo transfer program*, Fertil. Steril. 2003; 79(6), pp. 1323-6.



# LA PREVENZIONE DELLA STERILITÀ: NOVITÀ DAL MONDO SCIENTIFICO

di Clementina Peris\*

La fertilità umana è l'espressione coordinata della piena funzionalità di più organi rivolta alla riproduzione della specie. A differenza di qualunque altra funzione del corpo necessaria alla sopravvivenza dell'individuo, necessita però della adeguata funzionalità anche relazionale di due persone di sesso diverso. Come altre funzioni, manifesta la sua completa competenza solo a maturità fisica piena raggiunta dai componenti la coppia, evidenzia un *plateau* di efficienza per un periodo più o meno lungo, quindi mostra un decadimento della stessa fino al momento dell'incompetenza. Anche qui a differenza di altre funzioni, molto prima che queste generalmente mostrino segni di incompetenza. Oggi è però paradossalmente più difficile, a livello di popolazione generale, avere una corretta percezione dei fenomeni fisiologici che sottostanno ai processi riproduttivi e tradurre questa conoscenza in prevenzione della sterilità. Ciò anche per il ruolo non correttamente informativo dei mass-media che promuovono equivoci sui risultati della scienza e della tecnologia in questo campo<sup>1</sup>, tanto che anche in un ambito acculturato quale quello universitario vi può essere scarsa informazione a proposito<sup>2</sup>.

La fertilità relativa è diminuita di circa la metà nelle donne subito prima dei 40 anni rispetto alle stesse donne dopo i 20 anni e declina con l'età sia negli uomini che nelle donne, anche se il processo è più evidente nelle donne<sup>3</sup>. Questo avviene non solo per il decadimento della funzione delle cellule germinali dovuto all'età, ma anche per patologie di tipo organico a carico degli organi riproduttivi, il cui rischio di manifestazione aumenta col tempo (ad esempio, l'endometriosi e la sua recidiva o la presenza di fibromi uterini). Inoltre la frequenza dei rapporti tende a declinare nel tempo e ancor più nelle coppie sterili: in più della metà delle coppie sterili l'attività sessuale è compromessa, almeno temporaneamente<sup>4</sup>. Un supporto psicologico che ottenga un effetto positivo sul comportamento sessuale, compresa la frequenza dei rapporti, potrebbe aumentare la possibilità di gravidanza su questa sola base<sup>5</sup>. Bisogna tener presente che specifiche raccomandazioni riguardanti la frequenza e la temporizzazione dei rapporti possono indurre stress senza alcuna necessità. Rapporti sessuali giornalieri o a giorni alterni sono associati a un'alta probabilità di gravidanza, mentre questa cala al 15% per ciclo in coppie fertili con un solo rapporto alla settimana. Di questo le coppie dovrebbero essere informate, ma anche consigliate, e cioè che la frequenza ottimale dei loro rapporti sessuali è quella che meglio interpreta il loro desiderio<sup>6</sup>. Lo stile di vita globalmente inteso è sovente chiamato in causa in caso di sterilità, ma è difficile definire quale dei fattori che sottostanno allo stile di vita di quella particolare coppia è prevalente nel

\* Ginecologo, ASO OIRM - S. Anna, Torino.

manifestare la patologia o come fattori diversi possano in momenti diversi cooperare a manifestare una sterilità e spontaneamente, almeno così appare, regredire, tanto da consentire l'insorgere della gravidanza, magari quando non operanti in sinergia.

Tra i fattori finora individuati, oltre all'età e alla frequenza dei rapporti sessuali, i più rilevanti sono la dieta alimentare seguita, le abitudini voluttuarie, l'attività fisica e il rischio individuale dovuto a inquinanti vari. La dieta alimentare mediterranea è in tutto il mondo riconosciuta come la più adeguata ad assicurare la tutela di una buona salute. In realtà ora è poco seguita anche ove essa ha avuto origine per lo stile di vita che si accompagna all'attività scolastica prima, e lavorativa poi. Ne consegue da una parte un aumento dell'obesità o comunque del sovrappeso, e dall'altra parte un controllo dell'alimentazione che può diventare patologico, associato o meno a un eccesso di attività fisica. È poco noto quanto queste condizioni di alimentazione non equilibrata rispetto ai fabbisogni dell'organismo incidano sulla probabilità di gravidanza, anche se ormai molti studi richiamano l'attenzione su questi aspetti. In particolare incide sulla funzione ovarica e quindi sulla possibilità di un concepimento la percentuale di tessuto adiposo depositato a livello addominale (modello androide). La percentuale e la disposizione del grasso corporeo possono essere considerate un indice di deficit ovarico, tenendo presente che la correlazione dipende dalla causa del deficit stesso, cioè legata a un difetto nutrizionale in caso di bassi depositi di grasso corporeo e a eccesso nutrizionale (anche relativo, non associato a sovrappeso) in caso di deposizione di grasso di tipo androide<sup>7</sup>. In effetti un danno riproduttivo si manifesta anche in presenza di un ciclo mestruale considerato regolare se vi è obesità o sovrappeso, ma pure sottopeso o eccesso di attività fisica, e ciò anche se si ricorre a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)<sup>8, 9, 10, 11, 12, 13</sup>. In caso di obesità il tempo di ricerca di gravidanza è raddoppiato, mentre si incrementa di 4 volte in caso di sottopeso<sup>14</sup>. In caso di sovrappeso o obesità il danno riproduttivo riguarda anche gli uomini e si manifesta non solo con una riduzione del numero di spermatozoi<sup>15</sup>, ma in particolare di quelli mobili con assetto cromosomico normale<sup>16</sup>. Il danno è nettamente incrementato se entrambi i membri della coppia sono sovrappeso o obesi<sup>17</sup>. L'importanza di un peso corretto, di uno stile alimentare equilibrato, di un'attività fisica moderata e costante, ma non eccessiva è però ampiamente sottostimata. La correzione di questi fattori anche temporaneamente o casualmente è in grado di porre rimedio a tanti casi di sterilità, come è nozione comune e dato scientifico su cui si basa il trattamento non invasivo dell'attesa, consigliato dagli esperti in caso di età non avanzata e diagnosi non certa<sup>18</sup>.

Tra le abitudini voluttuarie molto diffuso è il fumo, e oggi soprattutto nelle donne giovani. Come è tardiva l'evidenza del danno del fumo sui vari organi ed apparati, così lo è sull'apparato riproduttivo femminile e maschile, ed anche di questa nozione vi è scarsa percezione a livello pubblico. Il fumo aumenta il rischio relativo di sterilità del 60%, la menopausa è significativamente anticipata nelle fumatrici per l'accelerazione della scomparsa dei follicoli primordiali, c'è aumento di abortività e di gravidanze extrauterine e il danno persiste anche con uso di tecni-

che di PMA<sup>6, 19</sup>.

Anche l'uso di marijuana, legale in alcuni paesi, è stato associato con una maggiore incidenza di sterilità<sup>6</sup>, mentre per le altre droghe è ancora più difficile accertare il rischio, dato che sono illegali.

Per quanto riguarda l'alcool, un uso moderato non pare correlato ad aumento di rischio di sterilità<sup>6</sup>.

Gli agenti inquinanti ambientali (bifenili policlorinati, pesticidi, agenti chimici perfluorinati), ormai tanto diffusi in tutti i paesi, possono costituire un rischio riproduttivo da cui è ben difficile difendersi, data la loro presenza in tanti prodotti di consumo. Un più lungo periodo di ricerca di gravidanza è stato riscontrato essere correlato con più alti livelli di inquinanti perfluorinati circolanti a livello plasmatico in donne desiderose di prole<sup>20</sup>.

La prevenzione della sterilità prevederebbe anche la tutela sociale da esperienze sessuali troppo precoci, che si traducono in un aggravio di sofferenza delle donne<sup>21</sup>, e nella consapevolezza della validità della propria difesa dalle malattie sessualmente trasmesse, che possano comportare un danno dell'apparato riproduttivo (ad esempio l'infezione da *Neisseria Gonorrhoeae* e da *Chlamydia Trachomatis*). Rapporti non protetti con partner multipli aumentano significativamente il rischio di sterilità: questa informazione dovrebbe essere diffusa per aumentare la consapevolezza circa il proprio rischio personale di eventuali problemi per la fertilità futura<sup>22</sup>, tenendo inoltre conto che l'esposizione a fattori infettivi può comportare una diminuita probabilità di gravidanza anche in assenza di danno tubarico<sup>23</sup>.

Come si vede, ci sono molti modi di procedere per prevenire la sterilità e talvolta comportano una valutazione critica dello stile di vita attuale alla ricerca dell'equilibrio. Fondamentale è l'attenzione rivolta alla tutela del proprio patrimonio di salute, attraverso una corretta informazione a livello di popolazione e una scelta rivolta alla tutela della fertilità a livello individuale e sociale. Ad esempio, prevenire la sterilità può coincidere anche con l'essere liberi di dare libera espressione alla propria fertilità in tempi non programmati, avendo a disposizione strumenti di supporto sociale alla maternità.

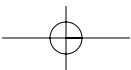
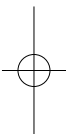
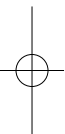
## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. I. Daly, M. Richards, *Postponers and older mothers: print media's representation of delayed motherhood. Abstracts of the 25th Annual Meeting of ESHRE*, Amsterdam, The Netherlands, 28 June-1 July, 2009, p. 200.
2. C. Lampic, A.S. Svanberg, P. Karlström, T. Tydén, *Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics*, Hum. Reprod. 2006; 21: 558-64.
3. D.B. Dunson, D.D. Baird, B. Colombo, *Increased infertility with age in men and women*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2004; 103: 51-6.
4. T. Wischmann, *Psychogenic infertility – myths and facts*, J. Assist. Reprod. Genet. 2003; 20: 485-94.
5. K. Hämmerli, H. Znoj, J. Barth, *The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate*, Hum. Reprod. Update 2009; 15: 279-95.
6. American Society for Reproductive Medicine, *Optimizing natural fertility*, Fertil. Steril. 2008; 90: S 1-6.
7. S. Kirchengast, J. Huber, *Body composition characteristics and fat distribution patterns in young infertile women*, Fertil. Steril. 2004; 81: 539-44.
8. J.W. van der Steeg, P. Steures, M.J.C. Eijkemans, J.D.F. Habbema, P.G.A. Hompes, J.M. Burggraaff, G.J.E. Oosterhuis, P.M.M. Bossuyt, F. van der Veen, B.W.J. Mol, *Obesity affects spontaneous pregnancy chances in subfertile, ovulatory women*, Hum. Reprod. 2008; 23: 324-328.
9. G.H. Homan, M. Davies, R. Norman, *The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review*, Hum. Reprod. Update 2007; 13: 209-23.
10. J.W. Rich-Edwards, D. Spiegelman, M. Garland, E. Hertzmark, D.J. Hunter, G.A. Colditz, W.C. Willet, H. Wand, J.E. Manson, *Physical activity, body mass index and ovulatory disorder infertility*, Epidemiology 2002; 13: 184-90.
11. P. Fedorcsak, P.O. Dale, R. Storeng, G. Ertzeid, S. Bjercke, N. Oldereid, A.K. Omland, T. Abyholm, T. Tanbo, *Impact of overweight and underweight on assisted reproduction treatment*, Hum. Reprod. 2004; 19: 2523-28.
12. S.N. Morris, S.A. Missmer, D.W. Cramer, R.D. Powers, P.M. McShane, M.D. Hornstein, *Effects of lifetime exercise on the outcome of in vitro fertilization*, Obstet. Gynecol. 2006; 108: 938-45.
13. Z. Veleva, A. Tiitinen, S. Vilksa, C. Hydén-Granskog, C. Tomás, H. Martikainen, S. Tapanainen, *High and low BMI increase the risk of miscarriage after IVF/ICSI and FET*, Hum. Reprod. 2008; 23: 878-84.
14. M.A. Hassan, S.R. Killick, *Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity*, Fertil. Steril. 2004; 81: 384-92.
15. A.O. Hammoud, N. Wilde, M. Gibson, A. Parks, D.T. Carrel, A.W. Meikle, *Male obesity and*



*alteration in sperm parameters*, Fertil. Steril. 2008; 90: 2222-5.

16. H. I. Kort, J. B. Massey, C.W. Elsner, D. Mitchell-Leef, D. B. Shapiro, M. A. Witt, W. E. Roubush, *Impact of body mass index values on sperm quantity and quality*, J. Androl., 2006; 27: 450-2.
17. C. H. Ramlau-Hansen, A. M. Thulstrup, E. A. Nohr, J.P. Bonde, T. I. Sorensen, J. Olsen, *Subfecundity in overweight and obese couples*, Hum. Reprod. 2007; 22: 1634-37.
18. C. Gnoth, E. Godehardt, P. Frank-Herrmann, K. Friol, J. Tigges, G. Freundl, *Definition and prevalence of subfertility and infertility*, Hum. Reprod. 2005; 20: 1144-7.
19. A. L. Waylen, M. Metwally, G. L. Jones, A. J. Wilkinson, W. L. Ledger, *Effects of cigarette smoking upon clinical outcomes of assisted reproduction: a meta-analy meta-analysis*, Hum. Reprod. Update 2009; 15: 31-44.
20. C. Fei, J. K. McLaughlin, L. Lipworth, J. Olsen, *Maternal levels of perfluorinated chemicals and subfecundity*, Hum. Reprod. 2009; 24: 1200-5.
21. C. Magnusson, K. Trost, *Girls experiencing sexual intercourse early: could it play a part in reproductive health in middle adulthood?*, J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2006; 27: 237-44.
22. L. Bunting, J. Boivin, *Univariate and multivariate risk model of correlates of pregnancy and time to pregnancy. Abstracts of the 25th Annual Meeting of ESHRE*, Amsterdam, The Netherlands, 28 June- 1 July, 2009, p. 195.
23. S. F. P. J. Coppus, J. A. Land, B. C. Opmeer, P. Steures, M. J. C. Eijkemans, P. G. A. Hompes, P. M. M. Bossuyt, F. van der Veen, B. W. J. Mol, J. W. van der Steeg, *Chlamydia trachomatis IgG seropositivity is associated with lower natural conception rates in ovulatory subfertile women without tubal pathology. Abstracts of the 25th Annual Meeting of ESHRE*, Amsterdam, The Netherlands, 28 June - 1 July, 2009, p. 100.



# L'INSEGNAMENTO DEL METODO BILLINGS NELL'INFERTILITÀ DI COPPIA

di Paola Pellicanò\*

Il fine della fertilità umana è la vita e la vita di una persona inizia con l'incontro di due piccolissime cellule, l'ovulo e lo spermatozoo. Affinché questo avvenga, è necessario che gli spermatozoi abbiano la possibilità di entrare nelle vie genitali femminili, risalire fino alle tube di Falloppio ed incontrare una cellula uovo pronta ad essere fecondata. La fertilità maschile è continua, la fertilità femminile periodica e il periodo fertile della coppia è determinato dal momento dell'ovulazione nel ciclo femminile: se la donna riconosce il verificarsi dell'ovulazione, pertanto, è in grado di comprendere, all'interno di ogni ciclo, il suo periodo di potenziale fertilità.

Il Metodo Billings è uno dei più moderni e scientifici Metodi Naturali, altrimenti detti metodi diagnostici della fertilità: attraverso la rilevazione di segni e sintomi naturali, che si evidenziano nel corso del ciclo mestruale, essi offrono alla donna la possibilità di riconoscere, giorno per giorno, la presenza o assenza di fertilità nel suo organismo. I Metodi Naturali costituiscono uno strumento privilegiato di conoscenza che aiuta la coppia ad acquisire la consapevolezza del valore della propria fertilità e a maturare scelte che hanno alla base la condivisione, il rispetto reciproco tra i coniugi e l'amore nei confronti della vita: è prezioso, dunque, l'aiuto che essi possono dare quando la coppia stia ricercando la gravidanza. Nella nostra esperienza di insegnamento del Metodo Billings vengono privilegiati quattro aspetti, la cui importanza appare anche nella gestione di un problema quale l'infertilità di coppia: accoglienza, insegnamento dei sintomi di fertilità, monitoraggio diagnostico e terapeutico, valore educativo.

## L'accoglienza

Quando la coppia ricerca la gravidanza, e in particolare qualora si tratti di una coppia infertile (ossia che ricerca la gravidanza da almeno 12 mesi), la sua situazione psicologica può essere molto complessa: entrano in gioco investimenti affettivi e psicologici sul figlio, frustrazioni e conflitti, pressioni familiari e del contesto sociale. Talora, le coppie hanno già fatto innumerevoli indagini diagnostiche e trattamenti più o meno invasivi, spesso anche tecniche di fecondazione artificiale. L'insegnamento del Metodo Naturale si fonda su un corretto atteggiamento di accoglienza e sull'importanza dell'ascolto, quali che siano l'esperienza prece-

\* *Medico, Centro Studi per la Regolazione Naturale della Fertilità, Università Cattolica S. Cuore, Roma.*

dente della coppia, le loro condizioni, le loro aspettative. Di questa fase, ovviamente, fa parte anche una corretta anamnesi. L'ascolto è una necessità umana, perché crea un clima di fiducia tra l'insegnante e la coppia e diminuisce le tensioni. L'ascolto, d'altra parte, è una necessità scientifica per chi insegna i Metodi Naturali, i quali si basano sulle rilevazioni fatte dalla donna, che vanno poi interpretate e spiegate alla coppia dall'insegnante.

### **L'insegnamento dei sintomi di fertilità**

È molto importante che la donna sia aiutata a rilevare e ad interpretare i propri sintomi di fertilità. In un ciclo ovulatorio l'andamento del sintomo del muco secondo il Metodo Billings è caratteristico per ogni donna ed è di grande aiuto per cogliere non solo il periodo fertile ma anche la massima fertilità. Il giorno che il Metodo identifica come "Picco" della fertilità è, infatti, vicinissimo all'ovulazione e, inoltre, è il momento in cui il muco cervicale, secreto dal collo dell'utero, crea nell'organismo femminile le condizioni più favorevoli alla sopravvivenza, motilità e selezione degli spermatozoi. Attraverso le rilevazioni del sintomo, dunque, la coppia può identificare i giorni di più alta fertilità del ciclo, quando rapporti sessuali mirati hanno maggiori probabilità di dar luogo al concepimento: questo è di aiuto anche in casi di ridotta fertilità maschile.

### **Il monitoraggio diagnostico e terapeutico**

La rilevazione del sintomo del muco secondo il Metodo Billings si rivela di grande aiuto anche nell'inquadramento diagnostico della coppia infertile. La secrezione cervicale può, infatti, essere anormale, ad esempio può non essere evidenziato il "Picco", e questo può aiutare a diagnosticare ad esempio disturbi dell'ovulazione o patologia cervico-vaginale; si può inoltre monitorizzare la durata della fase luteinica, rilevando altre anomalie endocrine.

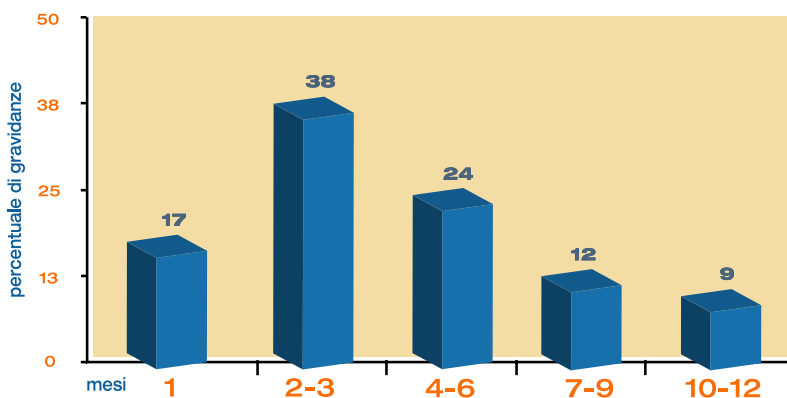
La conoscenza delle diverse fasi del ciclo consente poi un corretto *timing* per l'esecuzione di alcune indagini diagnostiche (dosaggi ormonali, monitoraggio ecografico, *Post Coital Test*, ecc.). Una volta fatta la diagnosi, il Metodo Billings si rivela altresì utile per la verifica dell'efficacia delle terapie: se il sintomo del muco, che manifestava delle anomalie, si normalizza e la donna può riconoscere un chiaro "Picco", questo conferma la buona riuscita del trattamento.

### **Alcuni dati**

Attingendo ai dati provenienti da diversi Centri di Insegnamento del Metodo Billings in Italia e raccolti dal Centro Studi per la Regolazione Naturale della Fertilità dell'Università Cattolica del S. Cuore di Roma nel periodo 2001 – 2007, è stato selezionato un campione di 422 donne che hanno appreso e utilizzato il Me-

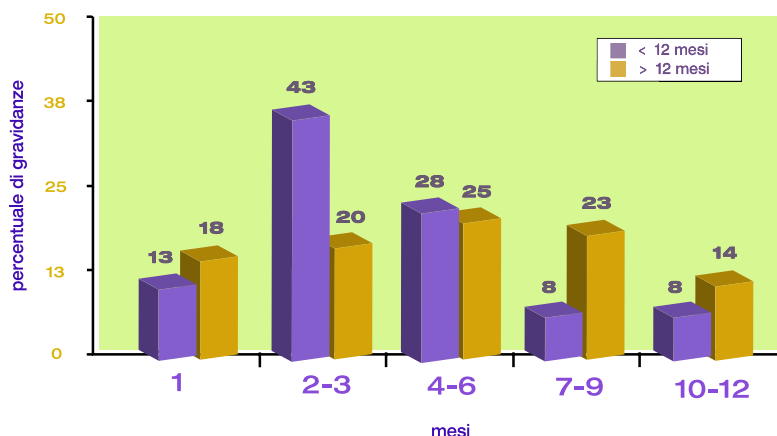
todo Billings per ottenere il concepimento<sup>1</sup>: la loro età era compresa tra i 20 e i 46 anni; il tempo precedente di ricerca della gravidanza era molto variabile, da meno di un mese a oltre 10 anni. Nel periodo di osservazione identificato dallo studio, della durata di 12 mesi, 274 donne (65%) hanno ottenuto il concepimento, mentre 148 coppie (35%) non hanno ottenuto la gravidanza. Studiando la popolazione che ha ottenuto il concepimento, si osserva che circa il 79% delle coppie raggiunge tale obiettivo entro i primi 6 mesi. Analizzando più in dettaglio il tempo impiegato per il concepimento si rileva che il 17% delle donne ottiene la gravidanza al primo mese di uso; il 38% impiega 2-3 mesi; il 24% 4-6 mesi; il 12% 7-9 mesi; il 9% 10-12 mesi (figura 1).

Valutando poi i concepimenti ottenuti in relazione al tempo precedente di ricerca della gravidanza, si osserva che, tra le coppie che ricercano il concepimento da un tempo inferiore o uguale ad 1 anno, il 57% concepisce entro i primi 3 mesi e l'84% entro 6 mesi; qualora il tempo precedente di ricerca sia maggiore di 1 anno, si arriva ad un tasso di concepimento del 39% entro i primi 3 mesi e del 64% entro 6 mesi (figura 2).



**Figura 1.** Mesi impiegati per ottenere la gravidanza.

<sup>1</sup>E. Giacchi, A. Saporosi, P. Pellicanò, *La finestra fertile: evidenze statistiche e cliniche*, in A. Bompiani (a cura di), *Atti del Seminario sulla Fertilità ed Infertilità Umana*, Istituto Scientifico Internazionale Paolo VI di Ricerca sulla Fertilità ed Infertilità Umana per una Procreazione Responsabile, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, 6 dicembre 2006, p. 85-103.



**Figura 2.** Tempo impiegato per ottenere il concepimento in relazione al periodo precedente di ricerca della gravidanza.

Il campione in esame è certamente eterogeneo, comprendendo presumibilmente sia donne fertili, sia donne subfertili e meriterebbe un inquadramento clinico più approfondito che i dati a disposizione non consentono di estrapolare. La presenza nel campione studiato di coppie presumibilmente subfertili acquista comunque un particolare interesse, se i risultati in termini di gravidanze (65%) vengono confrontati con quelli pubblicati in letteratura sull'utilizzo dei metodi naturali per la ricerca della gravidanza solo da parte di donne fertili (92-98%)<sup>2</sup> e conferma la validità del Metodo Billings come primo approccio alle coppie che ricercano la gravidanza, anche in casi di ridotta fertilità.

### Il valore educativo

Ma, assieme ai dati clinici, non bisogna dimenticare che una delle potenzialità più preziose per il Metodo Billings, come per ogni Metodo Naturale, è il suo valore educativo che mira a privilegiare l'unione e l'armonia coniugale come il più importante patrimonio da tutelare, in ogni circostanza. Le coppie che acquisiscono questa consapevolezza affrontano l'iter diagnostico-terapeutico rimanendo, in un certo senso, protagoniste ed accettano con maggiore serenità anche un'eventuale infertilità fisica, talora maturando una disponibilità ad aprirsi, ad esempio con l'adozione, all'accoglienza di un bambino da loro non generato biologicamente. Questa apertura alla vita e questa riscoperta del rapporto coniugale costituiscono un successo altrettanto importante quanto il concepimento e dimostrano come, anche in coppie usualmente definite "sterili", sia sempre possibile vivere una peculiare e reale fecondità: la fecondità dell'amore.

<sup>2</sup>T. W. Hilgers, K.D. Daly, A.M. Prebil, S.K. Hilgers, *Cumulative Pregnancy Rates in Patients with Apparently Normal Fertility and Fertility Focused Intercourse*, J. Repr. Med. 1992; 37:864-866; C. Gnoth, D. Godehardt, E. Godehardt, P. Frank-Herrmann, G. Freundl, *Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of fertility*, Hum. Repr. 2003; 18 (9):1959-66.

# CONSULENZA IN TEMA DI PMA: ESPERIENZE CONCRETE

di Daniela Notarfonso\*

## Introduzione

L'esperienza della maternità e della paternità sono, senza dubbio, una delle dimensioni determinanti nella vita di una persona. Il significato affettivo, ma anche quello simbolico, del generare mettono in gioco tutta una esistenza; riportano alla luce i vissuti della propria infanzia, le relazioni parentali, gli investimenti esistenziali; coinvolgono tutta la persona, il senso del suo esistere e soprattutto del suo divenire.

È anche per questo che quando nella vita di una persona e di una coppia prende forma la consapevolezza della propria infertilità, questa si fa strada in modo dirompente, alterando l'orizzonte esistenziale e divenendo, in alcuni casi, motivo di conflitti interiori, sensi di colpa, sentimenti di inadeguatezza che mettono a dura prova l'equilibrio esistenziale di chi li prova. Scoprire di essere sterili diventa causa di alterazione della vita della coppia, motivo di grandi sofferenze e di angosce spesso incontenibili.

Per questo motivo, quando una coppia decide di intraprendere il percorso della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) l'*équipe* medica del centro prescelto viene investita di attese miracolistiche perché con la sua scienza e la sua tecnica potrà realizzare il sogno: avere un figlio.

Basterebbero solo queste considerazioni per farci comprendere quali e quante attese e paure avvolgono le coppie che si rivolgono ai centri PMA; e quali e quanti sentimenti contrastanti si alterneranno nelle varie fasi dell'iter previsto.

È di frequente osservazione, infatti, che per quanto le coppie si preparino e vengano sostenute e seguite dall'*équipe* di professionisti, il vissuto personale, l'impatto emotivo di questa attesa, che non sempre mantiene le promesse, travalica ogni previsione ed è spesso più grande di loro.

## Cenni di un'esperienza

Chi scrive lavora ormai da sei anni in un Consultorio familiare della Confederazione dei Consultori di Ispirazione Cristiana. Siamo ubicati in una città piuttosto vicino a Roma e con la nostra *équipe* ogni anno accogliamo circa 100 nuclei familiari che ci chiedono di essere accompagnati per un tratto del loro percorso di vita. In questo ambito, ho avuto modo di ascoltare alcune donne e alcune famiglie

\* *Medico bioeticista, direttore sanitario del Centro Famiglia e Vita, Aprilia; vice-presidente Associazione Scienza & Vita.*

che sono giunte a noi per chiedere un sostegno per problematiche familiari inerenti la loro sterilità e le conseguenze di ripetuti tentativi di PMA, indipendentemente dagli esiti, in alcuni casi anche opposti.

In particolare, volevo soffermarmi su due storie sofferte che mi hanno molto colpito perché hanno messo in luce una certa leggerezza con la quale la questione sterilità e la sua potenziale soluzione (la PMA) sono, a volte, trattate. Abbagliati come si è dall'obiettivo di dare un figlio a chi lo chiede, si fa fatica a cogliere il costo nascosto che questa strada richiede alle persone coinvolte.

### **Storia n. 1: un conflitto non risolto**

La famiglia di cui vi racconto nel 2004 ha intrapreso con successo un percorso di PMA eterologa<sup>1</sup> che ha portato alla nascita di una bella bambina che ora ha circa 5 anni. La coppia è giunta al Centro Famiglia e Vita presentando un problema relazionale tra i coniugi, amplificato da conflitti con le famiglie d'origine. A mano a mano che si è approfondita la loro storia personale e familiare siamo riusciti a mettere insieme tutti i tasselli: il marito è affetto da sterilità secondaria e sia lui che la sua famiglia ne erano a conoscenza fin dall'adolescenza; dopo alcuni anni di matrimonio, i due hanno deciso di tentare la strada della PMA eterologa per avere un figlio e le famiglie d'origine non sono state coinvolte in questa scelta. Il tentativo va a buon fine, la bimba nasce.

Dopo la gioia iniziale, le cose cominciano a non andare più tanto bene: i fratelli di lui, durante un litigio, fanno illazioni su come sia avvenuta la gravidanza, quasi offendendo la donna, lui si sente inadeguato ed è incapace sia di comunicare le circostanze in cui è avvenuto il concepimento della bambina, sia di difendere la moglie che si sente tradita. Pian piano il marito si distacca dalla bambina, e quando viene da noi ne parla in modo non coinvolto, quasi estraneo. Ci chiedono se dire alla bambina che il padre anagrafico non è in realtà il padre biologico e nello stesso tempo non escludono la separazione. Una vita di famiglia nella quale qualcosa si è rotto, forse in modo irreparabile.

Ascoltando questa storia, quello che più mi ha meravigliato è la totale impreparazione dei due alla gestione di una situazione così delicata nella quale quella in cui erano venuti a trovarsi. Scarsa coesione di coppia, difficile attaccamento del padre verso la bambina: evidentemente non avevano avuto modo di valutare tutti i fattori connessi, di condividere le attese, i desideri, ma anche le paure, i dubbi. Tecnicamente erano riusciti ad avere un figlio ricorrendo al seme di un estraneo, ma non erano capaci di gestire i sentimenti contrastanti che ciò aveva provocato in loro e in coloro che stavano attorno. Ciò a conferma del fatto che le implicazioni esistenziali, messe in campo dalle tecniche di PMA, hanno riflessi molto profondi sui vissuti di tutti i soggetti coinvolti, soprattutto dei figli voluti a tutti i costi.

<sup>1</sup>Si tratta di uno degli ultimi casi effettuati in Italia prima della promulgazione della Legge 40 proprio nel 2004, che vieta l'utilizzo di gameti provenienti da un donatore esterno alla coppia.



## Storia n. 2: l'unica via d'uscita

Si tratta di una coppia di giovani adulti di circa 35 anni, sposati da tre anni. Nell'attesa di una gravidanza, che non è arrivata, hanno cominciato a mettersi in allarme e ad intraprendere l'iter diagnostico che, dopo alcuni mesi, ha mostrato un problema del marito: una oligo-astenospermia grave che non lascia molte speranze.

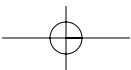
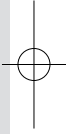
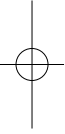
Il medico che li ha seguiti in questo periodo, quando ha appreso il risultato dello spermioγραμμα, ha detto loro che non c'erano possibilità di ottenere una gravidanza per via naturale e che la loro unica *chance* era quella di sottoporsi ad un tentativo di ICSI<sup>2</sup>; perciò ha immediatamente preparato una lettera di accompagnamento indirizzandoli ad un collega, direttore di un Centro nel quale avrebbero potuto effettuare tale trattamento. Il tutto senza soffermarsi un attimo a capire qual'era il vissuto di questi due giovani, che non avevano ancora metabolizzato una notizia così definitiva; senza curarsi di sapere se pensavano di intraprendere il percorso della PMA, se sapevano cosa fosse una ICSI ecc.

Il marito, "responsabile" della sterilità, ci ha riferito un vissuto di profonda frustrazione: "mi sono sentito messo in un angolo, quasi costretto a dire di sì a qualcosa che è del tutto estranea alla mia sensibilità. Non mi è stato dato neanche il tempo di pensare. Mi sono trovato con in mano la lettera da portare al medico per fare qualcosa che forse non voglio fare o che, comunque, vorrei scegliere consapevolmente dopo una analisi attenta dei pro e dei contro ed un dialogo profondo con mia moglie". Anche in questo caso è stata rilevata una discrepanza tra la decisione di ricorrere alla PMA nella moglie (molto favorevole) e nel marito (dubbioso). In questa situazione, fortunatamente, i due giovani sono stati capaci di fermarsi e di ascoltarsi, accogliendo le paure e le attese l'uno dell'altro. Hanno deciso di vagliare bene diverse ipotesi, tra cui anche l'adozione, prima di decidere.

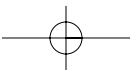
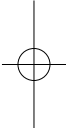
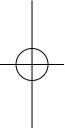
## Conclusione

Mai come nell'ambito della sterilità, gli aspetti psicologici ed i vissuti della coppia non possono essere ignorati: l'efficacia tecnica di un trattamento di FIV non ha una valenza univoca per le diverse persone e per le coppie che ad esso si sottopongono. È necessario tener presente quanto, dell'immagine del sé, sia coinvolta nell'esperienza della sterilità, una esperienza di fallimento, di solitudine, di frustrazione, di lutto. Ogni azione intrapresa dall'equipe medica, perciò, travalica l'aspetto tecnico per caricarsi di significati che intervengono poi nella percezione dell'esperienza, nella riuscita del tentativo e nel benessere pieno di tutti i protagonisti. Di questo va tenuto conto se si persegue non solo il successo statistico della tecnica, ma la crescita umana delle persone coinvolte, la tenuta dei legami affettivi all'interno della coppia e, soprattutto, la adeguata accoglienza del figlio tanto desiderato.

<sup>2</sup> Si tratta di una tecnica particolare di fecondazione in vitro che prevede la microiniezione intraovocitaria della testa di uno spermatozoo.



# PROSPETTIVE GIURIDICHE



# IL FONDAMENTO COSTITUZIONALE DEL DIRITTO ALLA VITA DEL CONCEPITO

di Filippo Vari\*

## **Il diritto alla vita come condizione per il godimento di ogni altra posizione giuridica**

Sul piano logico il diritto alla vita costituisce la “condizione necessaria” per il godimento di ogni altra posizione giuridica soggettiva<sup>1</sup> e, dunque, può essere considerato come “il diritto dei diritti, la libertà delle libertà”<sup>2</sup>.

Questa elementare verità ha trovato seguito nella Costituzione Italiana anche in riferimento al concepito.

## **La tutela del concepito nell’art. 2 della Costituzione e la giurisprudenza della Corte Costituzionale**

Parte della dottrina<sup>3</sup>, analizzando il fondamento costituzionale del diritto alla vita con riguardo alla situazione del concepito, evoca l’articolo 2 della Costituzione, secondo il quale “la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità”.

In tale filone interpretativo anche la Corte costituzionale riconduce tra i “diritti inviolabili dell’uomo”, cui fa riferimento l’art. 2 della Costituzione, “la tutela costituzionale del concepito, specificamente sotto l’aspetto del suo diritto alla vita”<sup>4</sup>.

Al riguardo non possono, peraltro, tacersi le gravi contraddizioni che hanno segnato la giurisprudenza del giudice delle leggi: si pensi alla sentenza con la quale è stata dichiarata l’incostituzionalità della disposizione del codice penale che non prevedeva che la gestazione potesse essere interrotta quando fosse medicalmente accertata “la pericolosità della gravidanza per il benessere fisico e l’equilibrio psichico della gestante”, e tale “danno o pericolo”, pur “non altrimenti evitabile”, non

\* *Professore Associato di Diritto costituzionale, docente di Istituzioni di Diritto pubblico, Facoltà di Giurisprudenza, Università Europea, Roma.*

<sup>1</sup> P. F. Grossi, *Alcuni interrogativi sulle libertà civili nella formulazione della Carta di Nizza*, in AA.VV., *The Spanish Constitution in the European Constitutional Context*, a cura di F. Fernández Segado, Madrid 2003, 291, nt. 59.

<sup>2</sup> Così A. Baldassarre, *Lo statuto costituzionale dell’embrione*, in AA.VV., *La tutela dell’embrione*, a cura di G. Biscontini, L. Ruggeri, Napoli 2002, p. 35 segg.

<sup>3</sup> Cfr. per tutti A. Barbera, C. Fusaro, *Corso di diritto pubblico*, IV ed., Bologna 2006, p. 127.

<sup>4</sup> G. Vassalli, *Prefazione* a F. Vari, *Concepito e procreazione assistita, Profili costituzionali*, I, Bari 2008, V.

potesse essere ricondotto negli “estremi dello stato di necessità previsto dall’art. 54” del codice stesso<sup>5</sup>. Tale sentenza si fonda, come di recente ricordato da Giuliano Vassalli<sup>6</sup>, su un’incomprensibile e fallace distinzione tra uomo e persona, poi smentita dalla giurisprudenza successiva della stessa Corte<sup>7</sup>.

Al di là delle contraddizioni, resta il fatto che la giurisprudenza della Corte ha ribadito in molte occasioni il fondamento costituzionale della tutela della vita fin dal concepimento<sup>8</sup>. Una pietra miliare è la sentenza n. 35 del 1997<sup>9</sup>, nella quale la Corte ha affermato che “il diritto alla vita”, tutelato dall’art. 2 della Costituzione, “inteso nella sua estensione più lata”, è da iscriversi “tra quei diritti che occupano nell’ordinamento una posizione, per dir così, privilegiata, in quanto appartengono «all’essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana»”, che “non possono essere sovvertiti o modificati nel loro contenuto essenziale neppure da leggi di revisione costituzionale o da altre leggi costituzionali”.

### **La garanzia del diritto alla vita del concepito negli articoli 30, 31 e 32 della Costituzione**

Altra parte della dottrina, nel ricercare il fondamento costituzionale del diritto alla vita del concepito, pone in risalto la portata dell’articolo 31 della Costituzione, evidenziando come la protezione ivi accordata alla maternità “indubbiamente presupponga la compresenza di due soggetti, che si presentano e si palesano come i necessari protagonisti” di tale rapporto “ed in mancanza dei quali, cioè, quel rapporto non si riesce neppure ad immaginare”: la madre e il concepito<sup>10</sup>.

In chiave di sistema con l’art. 31 della Costituzione è stato richiamato, anziché l’art. 2, l’art. 30 della Carta fondamentale, il quale, al primo comma, codificando un principio proprio dello *ius naturale* e in ossequio al principio di sussidiarietà<sup>11</sup>, stabilisce che “è dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio”.

In proposito si è chiarito che “nel dovere di mantenimento dei figli non può non intendersi incluso, prima di ogni altro, come contenuto minimo ed irrinuncia-

<sup>5</sup> Sentenza 18 febbraio 1975 n. 27, in *Giur. Cost.*, 1975, p. 117 segg.

<sup>6</sup> Cfr. G. Vassalli, *op. cit.*, VIII.

<sup>7</sup> Sul punto sia consentito il rinvio a F. Vari, *op. cit.*, p. 47 segg.

<sup>8</sup> Da ultimo si veda la sentenza 28 gennaio 2005, n. 45, in *Giur. Cost.*, 2005, p. 337 segg.

<sup>9</sup> Sentenza 10 febbraio 1997, n. 35, in *Giur. Cost.*, 1997, p. 281 segg. Su tale decisione v. G. Vassalli, *op. cit.*, VI segg.; A. Loiodice, *La tutela dei soggetti coinvolti nella procreazione medicalmente assistita (ipotesi di riflessione)*, in AA.VV., *Procreazione assistita: problemi e prospettive*, Atti del Convegno di studi tenutosi presso l’Accademia nazionale dei Lincei, Roma, 31 gennaio 2005, a cura di G. Razzano, Fasano, 2005, p. 308; M. Olivetti, *La Corte e l’aborto, fra conferme e spunti innovativi*, in *Giur. Cost.*, 1997, p. 312 segg.

<sup>10</sup> P.F. Grossi, *Alcune considerazioni in merito al problema della tutela giuridica del concepito*, in AA.VV., *Procreazione Assistita, op. cit.*, p. 224 segg. Sul punto si veda A. Loiodice, *op. cit.*, p. 318. Sia, inoltre, consentito il rinvio a F. Vari, *op. cit.*, p. 64 segg.

bile, anche l'obbligo di mantenerli in vita, inclusa in essa, fra l'altro, anche quella cosiddetta pre-natale e, quindi, di agevolarne e non impedirne la nascita"<sup>12</sup>. A tale obbligo corrisponde, in capo al concepito, l'esistenza di un vero e proprio diritto<sup>13</sup>.

Ulteriore fondamento per la tutela del concepito è stato, infine, rinvenuto nell'art. 32 della Costituzione che, nel proclamare il diritto alla salute, ne attribuisce la titolarità a ciascun "individuo", con lo scopo di evitare le incertezze e le "possibili contestazioni che l'uso di altre definizioni come soggetto o persona avrebbero potuto far sorgere"<sup>14</sup>.

Nella fattispecie, dunque, è ricompreso il concepito in quanto senza dubbio dotato, fin dall'inizio, di una propria "individualità"<sup>15</sup>.

### **Alcuni corollari derivanti dal fondamento costituzionale del diritto alla vita del concepito**

Alla luce del fondamento costituzionale del diritto alla vita del concepito possono essere valutate e respinte alcune critiche rivolte alla legge 40/2004, approvata dal Parlamento italiano in materia di procreazione artificiale.

In forza delle considerazioni svolte appare senz'altro pretestuosa e riduttiva la tesi di coloro che reputano la legge suddetta espressione di una scelta ispirata a convinzioni religiose e non in linea con i caratteri di una democrazia pluralistica.

Quanto a quest'ultimo aspetto è agevole obiettare, sia pure nel breve spazio a disposizione in questa sede, che le democrazie pluralistiche non escludono "l'opzione di ciascun popolo a favore di determinati valori di fondo e la loro codificazione in un patto fondamentale"<sup>16</sup>. Tra questi principi la Costituzione italiana comprende il diritto alla vita del concepito, secondo quanto evidenziato nei paragrafi precedenti.

Dalle riflessioni svolte si deduce, inoltre, che la Costituzione non permette di disciplinare le vicende relative al concepito trattandolo quale una *res*, come invece vorrebbe una parte di giuristi, medici e politici.

Quanto ai frequenti tentativi di sostenere che la legge 40, per il fatto di porre limiti alle pratiche di procreazione artificiale, non sarebbe rispettosa della libertà della scienza, è vero che l'art. 33 della Costituzione proclama solennemente

<sup>11</sup> Si veda A. D'Atena, *Lezioni di Diritto costituzionale*, II ed., Torino 2006, p. 94 segg.

<sup>12</sup> P. F. Grossi, *Alcune considerazioni*, *op. cit.*, p. 226. Sul punto si veda A. Loiodice, *op. cit.*, p. 318.

<sup>13</sup> P. F. Grossi, *loc. ult. cit.*

<sup>14</sup> Così P. F. Grossi, *Alcune considerazioni*, *op. cit.*, p. 227.

<sup>15</sup> P. Papanti-Pelletier, *Il problema della qualificazione soggettiva del concepito*, in AA.VV., *Procreazione assistita*, *op. cit.*, p. 232; P. Catalano, *Il concepito 'soggetto di diritto' secondo il sistema giuridico romano*, *ibid.*, p. 113. In giurisprudenza sul punto cfr. da ultimo Corte di Cassazione, sez. III civile, sent. 11 maggio 2009, n. 10741, nella quale si afferma che l'art. 32 della Costituzione "riferendosi all'individuo quale destinatario della relativa tutela, contempla implicitamente la protezione del nascituro". Cfr., inoltre, le affermazioni contenute in Corte di Cassazione, sez. III civile, sentenza 29 luglio 2004, n. 14488; Corte di Cassazione, sez. III civile, sentenza 22 novembre 1993, n. 11503.

<sup>16</sup> A. Baldassarre, *Diritti della persona e valori costituzionali*, Torino 1997, p. 147.

che “l’arte e la scienza sono libere e libero ne è l’insegnamento” e l’art. 9 della Carta afferma che “la Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica”. Ciò non esclude, tuttavia, che limiti alla libertà della scienza possono essere desunti sul piano del diritto positivo dalle altre disposizioni costituzionali<sup>17</sup>, come, nel caso in esame, da quelle che garantiscono il diritto alla vita<sup>18</sup>.

In questo contesto appare legittima e coerente con l’assetto normativo ora descritto la scelta operata dal Governo italiano nell’estate del 2009 di intervenire anche sul versante del finanziamento della ricerca, promuovendo esclusivamente gli studi sulle cellule staminali adulte e non quelli condotti sulle cellule staminali embrionali prodotte all’estero e importate in Italia<sup>19</sup>.

### **Un problema di fondo: la tutela del diritto alla vita dell’embrione e la procreazione artificiale**

Le considerazioni svolte sul diritto alla vita del concepito inducono ad accennare, in conclusione di questo breve scritto, a una problematica scottante, a fronte di alcune richieste di modifica della legge 40 in senso meno restrittivo delle pratiche di procreazione artificiale.

La legge sulla Procreazione Medicalmente Assistita è stata considerata dalla maggioranza parlamentare trasversale che la ha approvata, come anche da una parte consistente dell’opinione pubblica, un miglioramento rispetto alle condizioni del cosiddetto *Far West* derivanti dall’assenza di qualsiasi normativa<sup>20</sup>.

Dunque, invece di invocare un “alleggerimento” della disciplina in materia, c’è piuttosto da chiedersi se l’assetto trovato dal legislatore sia effettivamente capace di tutelare il diritto alla vita dell’embrione, dal momento che la legislazione attualmente in vigore permette pratiche sviluppate senza rispetto della dignità dell’uomo – come dimostrano le memorie dei primi scienziati che sono riusciti a riprodurre la persona in vitro<sup>21</sup> – riduce la persona a un prodotto e comporta la distruzione di un elevato numero di embrioni<sup>22</sup>. La questione è ancor più attuale e drammatica dopo la recente sentenza 8 maggio 2009, n. 151 della Corte Costituzionale che, trascurando i dati secondo i quali la normativa approvata dal Parla-

<sup>17</sup> Cfr. M. Nigro, *Lo Stato italiano e la ricerca scientifica (profili organizzativi)*, in Riv. Trim. Dir. pubbl., 1972, p. 753; N. Occhiocupo, *Costituzione italiana e «raccomandazioni» di organismi europei per una disciplina normativa della c.d. ingegneria genetica*, in Dir. Soc., 1988.

<sup>18</sup> In tal senso si veda L. Violini, *Tra scienza e diritto: riflessioni sulla fecondazione medicalmente assistita*, in AA.VV., *op. cit.*, p. 467.

<sup>19</sup> Sul punto si veda l’importante ordinanza 16 luglio 2009, n. 3477 del Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio, sez. III *Quater*, nella quale si sottolinea come il “quadro normativo di riferimento desumibile dalla legge n. 40/2004 [...] pone specifici limiti alla sperimentazione sugli embrioni umani”.

<sup>20</sup> Sul punto si veda G. Vassalli, *Prefazione*, *op. cit.*, IX.

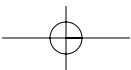
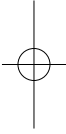
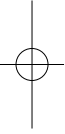
<sup>21</sup> Cfr., in particolare, R. Edwards, P. Steptoe, *A Matter of Life. The Story of a Medical Breakthrough*, New York, 1980.

<sup>22</sup> G. Rocchi, *Statuto e tutela dell’embrione*, in AA.VV., *Produrre uomini*, a cura di A. Bucelli, Firenze 2005, p. 210 segg.



mento era meno lesiva della salute della donna rispetto a legislazioni più permissive<sup>23</sup>, ha ampliato, sia pure in misura minore di quanto propagandato sui mezzi di informazione, le ipotesi nelle quali è possibile congelare gli embrioni e sospendere il loro impianto.

<sup>23</sup>Sul punto si vedano i dati riportati nella “*Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita*” del 25 marzo 2009, nella quale si evidenzia come in Italia, nel 2007, le complicanze per iperstimolazione ovarica si sono presentate nello 0,53% dei cicli di procreazione artificiale, a fronte di una media europea che è del 1,02%. Quanto all’evoluzione recente di alcune normative europee si vedano le considerazioni di A. Simoncini, C. Snead, *Ecco perché la legge 40 è a prova di costituzionalità*, disponibile su internet nel sito [www.ilsussidiario.net](http://www.ilsussidiario.net).



# I PUNTI FONDAMENTALI DELLA LEGGE 40: PROFILI APPLICATIVI

di Carlo Casini\*

## La destinazione alla nascita: criterio fondamentale

In occasione delle celebrazioni del 20° anniversario della Convenzione Universale sui Diritti del Fanciullo (20 novembre 1989 – 20 novembre 2009) è opportuno ricordare l'art. 6 di tale Trattato che ci fece da bussola negli anni in cui la legge 40/2004 si andava preparando. Vi si legge che “in tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche e private, dei Tribunali e degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve avere una considerazione preminente”. La qualificazione del concepito come “fanciullo” è suggerita dalla stessa Convenzione nel cui preambolo è scritto che “il bambino, a causa della sua immaturità ha bisogno di una speciale protezione, anche giuridica, sia prima che dopo la nascita”. Del resto il Comitato Nazionale di Bioetica ha concluso il suo parere del 22 giugno 1996 affermando alla unanimità “Il dovere morale di trattare l'embrione umano fin dalla fecondazione come una persona” e questa posizione è stata confermata nei successivi pareri specificamente rivolti a definire la condizione giuridica degli embrioni generati in provetta (pareri dell'11.4.2003, 15.7.2005, 18.11.2005).

Per introdurre nell'allora futura legge sulla PMA una adeguata attenzione non solo verso gli adulti desiderosi di realizzare la propria umanissima aspirazione ad avere un figlio, ma anche verso il figlio – vero e primario effetto della generazione – il Movimento per la Vita italiano (MPV) nel 1995 aveva presentato una proposta di legge affinché, attraverso la modifica dell'art. 1 C. C., venisse riconosciuta la soggettività giuridica del concepito. Tale proposta non è mai stata portata in discussione, ma l'art. 1 della legge 40/2004 ne ha ripreso il contenuto laddove “assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti compreso il concepito”. Queste parole costituiscono, dunque, l'architettura di tutta la legge. Non può essere ignorato lo scopo di “favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana”, ma neppure il dovere di destinare alla nascita ogni embrione generato in provetta. Perciò il secondo comma dell'art. 14, nel vietare la produzione soprannumeraria di embrioni è diretta conseguenza ed espressione pratica dell'art. 1. Dunque è una disposizione fondamentale collegata anche con il primo comma dell'art. 14 (divieto di distruzione e di congelamento): la regola che fissa in tre il massimo degli embrioni generabili e impiantabili immediatamente in un unico

\* Eurodeputato, presidente della Commissione affari costituzionali; presidente Movimento per la Vita italiano.

contesto armonizza il proposito di “destinazione alla nascita” del figlio con la tutela della salute della madre. Infatti una gravidanza più che trigemina comporta rischi elevati non solo per i figli, ma anche per lei. Perciò non si può sostenere che l’annullamento pronunciato dalla Corte Costituzionale con la sentenza 151 del 2009 riguardi un aspetto secondario. La pronuncia è incoerente e pesantemente lesiva dell’impianto della legge. Vero è che il divieto di distruzione è rimasto intatto, ma quanto al congelamento embrionale sorgono gravi problemi interpretativi ed attuativi. La Corte ha aggiunto al 3° comma la precisazione che il trasferimento dei concepiti congelati nel corpo della donna può avvenire solo se e quando le condizioni di salute di lei lo permettano. Questa precisazione può sembrare una inutile ovvietà, ma, letta insieme all’annullamento dell’obbligo di immediato trasferimento di un numero massimo di tre embrioni e tenuto conto della corruzione del concetto di salute determinato dalla legge 194/78 (secondo la cui pratica attuazione la preoccupazione per una gravidanza indesiderata costituisce una “malattia psichica”), rischia di determinare la più grave inquietudine per l’accumulo di embrioni congelati.

### **Gli attacchi giuridici contro la legge**

Appena approvata la legge 40, subito si sono scatenati contro di essa non solo taluni ambienti medici che praticano la PMA, ma anche alcuni giuristi. Obiettivo comune è stato ed è quello di ignorare gli interessi e i diritti del figlio per focalizzare l’attenzione esclusivamente sulla coppia adulta, anzi sulla donna. Si tratta della stessa metodologia usata riguardo alla legge 194 sull’aborto. Si sono ripetuti i tentativi di imporre una applicazione permissiva della legge 40 o di presentarla alla opinione pubblica come un testo oppressivo e liberticida.

Si è a lungo sostenuta la tesi che la irrevocabilità del consenso alla PMA prestato dalla coppia una volta formato l’embrione (art. 6 n. 3) implicherebbe il possibile uso della violenza fisica sulla donna.

Oppure – al contrario – si è argomentato che, potendo il medico responsabile della struttura rifiutare l’esecuzione della PMA per motivi di ordine igienico-sanitario (art. 6 n. 4) risulterebbe vanificato il divieto di distruzione degli embrioni di cui all’art. 14.

Si è fatto richiamo anche all’inciso contenuto nel primo comma dell’art. 14 (“fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978 n. 194”) per sostenere la liceità della distruzione embrionale anche prima del trasferimento in utero. Per giustificare la diagnosi genetica pre-impianto (DGP) si è invocato l’obbligo di informativa del medico operante nei confronti della coppia richiedente la PMA circa “il numero e lo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire in utero” (art. 14, 5° comma).

Poiché l’art. 13 alla lettera b) del 3° comma vieta “ogni forma di selezione e scopo eugenetico degli embrioni” si è preteso di distinguere lo scopo eugenetico che riguarderebbe solo l’intenzione di selezionare i soggetti sani in base alla diversità della loro razza, dagli interventi “terapeutici” che eliminano gli embrioni giudicati “malati”.

Tutti questi tentativi giuridici di far apparire o rendere di fatto la legge diversa da quello che essa è hanno un denominatore comune: ignorano che l'architrave della legge è il riconoscimento del concepito quale soggetto umano.

Se il concepito è un essere umano già in atto è profondamente diverso revocare la richiesta di PMA prima o dopo la avvenuta fecondazione ed è irrinunciabile il dovere di trasferimento in utero dell'embrione, anche se non è sanzionato e non è coercibile<sup>1</sup>.

È ovvio che il medico debba rifiutare di avviare una procedura di PMA se stima che essa è pericolosa per la donna, ma questo giudizio deve intervenire prima di iniziare la tecnica, non quando, con la formazione dell'embrione, la fase artificiale sta per concludersi<sup>2</sup>. La diversità tra applicazione della legge 194 e applicazione della legge 40 sta nel fatto che nella PMA la generazione è sotto il pieno controllo della società civile, mentre è doverosamente chiusa nella privatezza la generazione naturale. In quest'ultima la gravidanza può essere non desiderata, mentre nella PMA è desideratissima. Perciò non può essere consentito l'aborto nella fase pre-impianto, quando ancora sul piano clinico la gravidanza non risulta iniziata nella donna. L'inciso "fermo restando quanto stabilito dalla L. 22 maggio 1978 n. 194" ha voluto salvare l'applicabilità della IVG legale nella fase successiva all'inizio della gravidanza, cosa che avrebbe potuto essere discutibile, ma non consentire la distruzione degli embrioni prima del trasferimento<sup>3</sup>.

Che il medico, a richiesta della coppia, debba riferire sullo stato di salute degli embrioni non significa affatto che egli possa procedere a DGP, ma solo che debba riferire quanto è constatabile morfologicamente e quindi quale sia la maggiore o minore possibilità di impianto<sup>4</sup>.

Che poi non sia qualificabile come eugenismo la soppressione di soggetti giudicati malati per far nascere solo individui sani è affermazione in se stessa contraddittoria<sup>5</sup>.

In realtà il tempo e la ragione hanno messo fine alle interpretazioni distorte. Ma gli attacchi ripetuti alla legge hanno infine ottenuto dalla Corte Costituzionale l'annullamento parziale del 2° e del 3° comma dell'art. 14.

### **Gli effetti della legge: la tutela del "soggetto" embrione**

Fino a tale sentenza l'effetto più positivo, indiscutibile in linea di fatto, della legge 40 era stato quello di evitare la morte di un gran numero di esseri umani appena chiamati all'esistenza. Su questo punto, dimenticato dalle quattro relazioni ministeriali pubblicate ai sensi dell'art. 15 della legge 40, si soffermano, invece, i due

<sup>1</sup>Si vedano C. Casini, M. Casini, M.L. Di Pietro, *La legge 19 febbraio 2004 n. 40*, Giappichelli, Torino 2004, pag. 127 e segg.

<sup>2</sup>*Ibidem*, pag. 122 e segg.

<sup>3</sup>*Ibidem*, pag. 233 e segg.

<sup>4</sup>*Ibidem*, pag. 247.

<sup>5</sup>*Ibidem*, pag. 204 e segg.

“contro-rapporti” del MPV datati 16 luglio 2007 e 14 agosto 2009<sup>6</sup>. In questi documenti viene fatto un calcolo, approssimativo ma assai prossimo alla realtà, degli embrioni che sarebbero morti se non ci fosse stato il divieto di produzione soprannumeraria stabilito dall’art. 14. Il ragionamento parte dal numero certo dei concepiti morti nella fase di scongelamento nel triennio 2005-2007. Si tratta di 1.845 embrioni formati prima dell’entrata in vigore della legge 40. Il numero di questi decessi va diminuendo: 858 nel 2005, 559 nel 2006, 428 nel 2007. La diminuzione è effetto della legge che non ha consentito nuove crioconservazioni. Il trapasso dal *Far West* procreativo alla vigenza della legge 40 consente di calcolare a quanti esseri umani è stata risparmiata una “generazione per la morte” limitatamente ai casi di crioconservazione. Nel triennio del quale sono stati forniti i dati (2005-2008) sappiamo, infatti, che è morto il 25% degli embrioni per ogni ciclo “non a fresco”. Per gli anni precedenti conosciamo soltanto il numero dei cicli effettuati con embrioni scongelati. Supponendo che fosse identico il numero di concepiti utilizzati e identica la percentuale di morti si può stabilire che, se i ritmi di crioconservazione fossero sempre stati quelli del 2003, nel quinquennio 2003-2007 le morti per scongelamento sarebbero state ben oltre 10.000.

Il calcolo non riguarda le morti di embrioni non congelati, ma avvenute per effetto della selezione o più banalmente per la loro non utilizzazione. L’ultima Relazione ministeriale riferisce che nel 2007 su 116.846 ovociti prelevati, 53.595 risultati idonei non sono stati sottoposti ad inseminazione per rispettare i limiti stabiliti dalla legge 40. Senza di essa, allora, tutti sarebbero stati inseminati e sarebbero stati formati moltissimi embrioni destinati a morire. Quanti? La proporzione tra ovociti inseminati ed embrioni formati risultanti dal medesimo rapporto ministeriale, fa presumere che su 53.595 ovociti idonei circa 43.000 sarebbero stati fecondati. Quale sarebbe stata la loro sorte?

La logica per cui si sostiene che la legge 40 ha evitato la distruzione di un gran numero di vite umane è la stessa per cui gli ambienti abortisti pretendono di contrastare l’aborto con la contraccezione. Io preferisco usare il termine assai più vero e comprensivo di “procreazione responsabile”. Usare responsabilità è facile nella PMA. Basta volerlo. Bastava applicare la legge 40.

Ma ora, dopo la pronuncia della Corte Costituzionale, che cosa sta accadendo e che cosa succederà? La DGP con i suoi ulteriori effetti immediatamente e deliberatamente distruttivi è alle porte. Si deve rilevare che resta il divieto di distruzione e che esso necessariamente comporta il divieto di DGP. Il danno sarebbe soltanto il nuovo progressivo formarsi di un stock di embrioni congelati. Ma la logica che cancella l’identità umana dell’embrione condurrà inevitabilmente a con-

<sup>6</sup>Si veda C. Casini, *A tre anni dalla L. 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita: un esame critico della relazione del Ministro della Salute*, Medicina e Morale, 2007, 4, pagg. 691-715 e C. Casini, *II Rapporto sullo stato di attuazione della L. 40/04 recante norme in materia di procreazione medicalmente assistita anche in confronto con le altre nazioni europee*, Medicina e Morale, 2009, 4, pagg. 693-717.

sentire la uccisione immediata di embrioni a fini selettivi o sperimentali. Vista l'impossibilità per il legislatore ordinario di correggere le pronunce costituzionali e la improbabilità di un ripensamento della Consulta, l'unico antidoto sembra un forte rafforzamento della soggettività del concepito, il cui riconoscimento, contenuto nell'art. 1 della legge 40 non è stato in grado di impedire i danni giuridici e di fatto che ho segnalato. Per questo auspico la ripresentazione parlamentare di quella proposta di legge per modificare l'art. 1 C. C. di cui ho parlato nella parte iniziale di questo intervento. Il testo della proposta di legge è pubblicato di seguito a questo contributo quale appendice. La sua ampia relazione introduttiva integra la sintetica rievocazione dei cinque anni di applicazione della legge 40.

### **Vantaggi per la salute delle donne e per il successo della PMA**

È di conforto constatare, come ben dimostrato nei due rapporti del MPV, a cui si fa rinvio, che la tutela del soggetto embrione non chiede costi in termini di salute della donna o di successo della PMA, anzi: l'incremento delle coppie che ricorrono in Italia alla PMA dimostra la falsità di tante affermazioni sul c. d. "turismo procreativo"; l'aumento dei bimbi nati dimostra la falsità della tesi per la quale i limiti di legge impedirebbero la realizzazione del desiderio di paternità e maternità; la diminuzione netta, anche in rapporto alle altre nazioni europee, della sindrome da iperovulazione mostra che quanto meno si forza la natura tanto più si può ottenere il risultato perseguito.

Resta – ricordiamolo sempre – la riserva di fondo della antropologia cristiana sulla FIVET come tale. Tuttavia se la società decide di gettare lo sguardo anche sul soggetto concepito è aperta la strada ad un recupero più complessivo dei valori concernenti il generare umano.

#### APPENDICE:

#### PRESENTAZIONE AL PARLAMENTO DI UNA PROPOSTA DI LEGGE PER LA MODIFICA DELL'ART. 1 DEL CODICE CIVILE SULLA CAPACITÀ GIURIDICA DEL CONCEPITO

Onorevoli Colleghi,

venti anni fa, il 20 novembre 1989, è stata approvata la Convenzione Universale sui Diritti del Fanciullo. Essa ha trasformato in atto giuridicamente vincolante per i 193 Stati che l'hanno ratificata la precedente dichiarazione del 20 novembre 1959. Così come in quest'ultima era già stato proclamato, la Convenzione del 1989 ripete, al 9° punto del preambolo, che *"il fanciullo, a causa della sua immaturità, ha bisogno di una protezione speciale, anche giuridica, sia prima che dopo la nascita"*. È di rilievo che la Convenzione chiami "bambino" anche il nascituro. Nella medesima logica l'art. 1 per definire il tempo della mi-

nore età fissa come limite massimo i 18 anni o l'età minore stabilita dalle varie leggi nazionali, ma si astiene dall'indicare il momento iniziale dell'infanzia e richiama il concetto di "essere umano" (*"È minore ogni essere umano fino al raggiungimento della maggiore età"*). Due sentenze costituzionali, in Italia il 10 febbraio 1997 (n. 35) e in Polonia il 27 maggio 1997, hanno fatto riferimento al preambolo e all'art. 1 della Convenzione del 1989 per affermare che il riconoscimento del diritto alla vita di ogni essere umano dalla fecondazione trova una conferma anche nel diritto positivo internazionale.

Si può dunque attribuire il nome di "bambino" anche all'embrione e al feto umano ("bambino non ancora nato"), così come comunemente si fa per il neonato e il ragazzo che frequenta la scuola materna, le scuole elementari e persino le scuole secondarie.

Dunque la Convenzione sui diritti del fanciullo si applica anche al concepito.

Non è il caso di richiamare in questa sede le solide acquisizioni della moderna scienza biologica e genetica secondo le quali la vita umana individuale inizia nel momento del concepimento. È sufficiente ricordare i ripetuti pareri sullo Statuto dell'embrione umano del Comitato Nazionale di Bioetica, il primo dei quali, adottato il 28 giugno 1996, così conclude: *"Il Comitato è pervenuto unanimemente a riconoscere il dovere morale di trattare l'embrione umano, fin dalla fecondazione, secondo i criteri di rispetto e tutela che si devono adottare nei confronti degli individui umani a cui si attribuisce comunemente la caratteristica di persone"*. Questo giudizio è stato successivamente confermato nei pareri concernenti le "ricerche utilizzanti embrioni umani e cellule staminali" (11 aprile 2003), "l'ootide" (15 luglio 2005), l'"adozione per la nascita di embrioni crioconservati e residuali derivanti da procreazione medicalmente assistita" (18 novembre 2005), l'"aiuto alle donne in gravidanza e depressione post partum" (16 dicembre 2005). Perciò è doveroso chiedersi cosa significhi per il legislatore il dovere morale di *"Trattare l'embrione come una persona, ossia nel modo in cui conveniamo debbano essere trattati gli individui della nostra specie sulla cui natura di persone non vi sono dubbi"* (così – ancora – il CNB nel parere del 28.6.1996).

Il 20 luglio 1995 il Movimento per la Vita italiano ha depositato alla Camera dei Deputati una proposta di legge di iniziativa popolare, che – annunciata sulla Gazzetta Ufficiale del 5 gennaio 1995 con la firma di un comitato di sole donne, sottoscritta preliminarmente da 400 docenti universitari di biologia, genetica, diritto – aveva avuto poi l'adesione di 197.277 cittadini italiani che l'avevano sottoscritta dinanzi a un pubblico ufficiale e di oltre 1.400.000 persone che avevano firmato una petizione per esprimere il loro consenso e rafforzare la sua autorevolezza. La proposta era costituita da un solo articolo sostitutivo dell'attuale art. 1 del C.C., in modo da anticipare al momento del concepimento il riconoscimento della capacità giuridica, che oggi è, invece, fissato al momento della nascita. Tale proposta, assegnata con il n. 5 alla competente Commissione della Camera, non è stata mai discussa né in quella legislatura, né in quella successiva, nella quale la proposta rimase iscritta nel ruolo parlamentare, in quanto di iniziativa popolare.

Nella XIV legislatura essa è stata ripresentata da numerosi Parlamentari sia al Senato che alla Camera, ma – ancora una volta – non è stata posta in discussione. La ricorrenza del 20° anniversario della Convenzione sui Diritti del Fanciullo offre l'opportunità di ripresentarla per ottenerne formalmente l'approvazione del Parlamento.

Il fondamento teorico della proposta sta nel principio di eguaglianza, che costituisce il cardine della moderna civiltà giuridica. Questo principio proclamato nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e in tutte le Carte internazionali sui diritti umani che



ne sono derivate, recepito in tutte le Costituzioni del nostro tempo, esprime l'idea che l'uomo è sempre fine e mai mezzo, sempre soggetto e mai oggetto, sempre persona e mai cosa. Il modo in cui il diritto distingue i soggetti dagli oggetti è l'attribuzione ai primi della capacità giuridica. "Per il diritto essere soggetto, essere persona, avere capacità giuridica sono espressioni sinonimiche" (cfr. Enciclopedia giuridica Treccani; vol. V, voce "capacità"). La capacità giuridica può essere estesa ad entità diverse dall'individuo umano (enti pubblici o privati), ma, in base al principio di eguaglianza, non può mai essere negata all'uomo. Essa "ha la funzione di tradurre in una qualificazione rilevante per il diritto la condizione naturale dell'individuo" (cfr. Enciclopedia giuridica Treccani; voce "persona fisica"); perciò "rappresenta la condizione prima del principio di eguaglianza non solo formale, ma, soprattutto, sostanziale" (Dogliotti, commentario al C.C. pag. 117). Questa è una acquisizione conquistata nel corso di un lungo cammino storico, che si potrebbe concludere proprio con l'approvazione della legge ora presentata.

Nell'antico diritto lo schiavo, pur essendo riconosciuto come uomo, era considerato una cosa, oggetto di proprietà, in libera disponibilità dei padroni. La sua uccisione costituiva danneggiamento, non omicidio. Né così disumane considerazioni sono lontane dal nostro tempo. Vultenyus (1565-1634), il primo giurista moderno che usa la parola "persona" in senso tecnico, poté scrivere: "*Servus enim homo est, non persona. Homo naturae, persona iuris civilis vocabulum*". Ancora più recentemente, il 6 marzo 1857, la Corte Suprema degli Stati Uniti, nella causa Dred Scott contro Stanford ha scritto: "I neri non sono persone secondo le leggi civili".

Si comprende allora perché la Corte Costituzionale ungherese, nella sentenza n. 64 del 17 dicembre 1991, dopo aver riconosciuto che il concepito è un essere umano, ma ritenendo distinto fino ad oggi il concetto naturalistico di uomo da quello giuridico, ammonisce il legislatore ordinario: "*La questione si pone nel senso che la posizione giuridica dell'uomo dovrebbe essere aggiornata e cioè anche il concetto giuridico di uomo si dovrebbe estendere alla fase pre-natale, fino al concepimento. La natura e la portata di tale estensione potrebbero essere paragonate soltanto all'abolizione della schiavitù, anzi sarebbero ancora più significative perché la soggettività giuridica dell'uomo raggiungerebbe il suo estremo limite possibile e la sua perfezione*".

Nel diritto positivo vi sono già le premesse per il riconoscimento della soggettività giuridica di ogni uomo fin dal concepimento.

L'art. 6 della Dichiarazione Universale sui Diritti dell'Uomo e l'art. 16 del Patto sui diritti civili e politici attribuiscono a "tutti" il diritto al riconoscimento della capacità giuridica. Più esplicitamente ancora l'art. 3 della Convenzione americana sui diritti dell'uomo attribuisce la capacità giuridica fin dal concepimento.

Nel nostro diritto positivo l'art. 22 della Costituzione stabilisce che "*Nessuno può essere privato della capacità giuridica*". Come è noto la capacità giuridica è l'attitudine alla titolarità dei diritti. Non importa il numero dei diritti. Basta l'imputazione anche di un solo diritto per affermare l'esistenza della capacità.

L'attuale formulazione dell'art. 1 C. C. afferma che "*La capacità giuridica si acquista dal momento della nascita*", ma subito aggiunge "*I diritti che la legge riconosce al concepito sono subordinati all'evento della nascita*". Tale formulazione, di origine romanistica, ha suscitato non poche discussioni. Come si può escludere la "capacità" del concepito, se gli si riconoscono dei diritti? Non ci soffermeremo sulle tesi contrapposte sostenute dai giuristi. Basta riflettere che i diritti riconosciuti al concepito dal Codice Civile, peraltro subordinati alla nascita (condizione risolutiva o sospensiva?) sono quelli derivanti da successione ereditaria o da donazioni. Si tratta dunque di diritti patrimoniali privati. Ma il soggetto

può avere anche diritti di carattere pubblico, come il diritto alla vita e alla salute, non disciplinati dal Codice Civile, ma dal diritto pubblico, in particolare dalla Costituzione. Perciò la capacità giuridica, che è di per sé un concetto unitario, si estende sia nel diritto privato sia in quello pubblico. Si può dunque sostenere che la capacità giuridica di cui parla l'art. 1 C. C. è soltanto quella privata. È comunque evidente che un chiarimento legislativo è opportuno.

L'art. 1 della legge 40/2004 ha effettuato tale chiarimento laddove afferma che la legge "garantisce i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito". Dunque il concepito è qualificato "soggetto" al pari delle altre persone coinvolte: i genitori, il medico. Ed è un soggetto titolare di diritti. Tale dichiarazione equivale, per quanto sopra detto, al riconoscimento della capacità giuridica del concepito. Ma l'art. 1 della legge 40 riguarda solo la materia della procreazione medicalmente assistita. Non ha dunque una portata generale come l'art. 1 C.C. Inoltre nei primi anni di applicazione della legge 40 né in sede giurisprudenziale, né amministrativa l'art. 1 ha giocato un ruolo interpretativo forte. È opportuno, perciò rinforzare e rendere estesa anche in ambiti diversi dalla PMA il principio proclamato dall'art. 1 legge 40.

Nell'art. 1 della legge 194 (22/5/1978), sulla interruzione volontaria della gravidanza è detto che "la Repubblica tutela la vita umana fin dal suo inizio". Vi è una attenzione verso il concepito, ma non vi è l'attribuzione del diritto alla vita e tanto meno il riconoscimento della sua soggettività. Infatti si possono tutelare anche le cose, come di fatto si tutelano gli animali, le opere d'arte, i boschi, il clima. Nell'art. 1 della legge 194 non vi è una negazione dei diritti del concepito, ma nemmeno vi è un loro riconoscimento. Tanto più opportuna è, dunque, la modifica dell'art. 1 C. C. perché essa condurrebbe ad una applicazione della intera legge 194 più coerente con l'intento di prevenire l'aborto volontario, in qualsiasi forma, legale o clandestino che sia. La Corte Costituzionale nella sua sentenza fondamentale n. 27 del 18 febbraio 1975 ha affermato che i diritti dell'uomo spettano anche all'embrione, ma poi ha affievolito la forza di tale riconoscimento argomentando che "l'embrione persona deve diventare". Il riferimento all'art. 1 C. C. è evidente. Dunque la correzione dell'art. 1 appare altamente significativa.

Nei dibattiti sui mezzi di informazione che seguirono alla presentazione della proposta di legge popolare, due furono le obiezioni. In primo luogo si osservò che l'innovazione avrebbe reso confusi i rapporti ereditari nel caso di morte del concepito prima della nascita. È facile rispondere che la modifica proposta lascia intatta la disciplina dei rapporti patrimoniali in quanto aggiunge al 2° comma dell'art. 1 la parola "patrimoniali". In sostanza, mentre i diritti patrimoniali restano subordinati all'evento della nascita, i diritti non patrimoniali, in primo luogo il diritto alla vita, vengono affermati nella loro pienezza, fin dal concepimento, come conseguenza del riconoscimento della capacità giuridica.

La seconda obiezione è più consistente, ma vi è anche per essa una risposta umanamente e giuridicamente seria. Si disse che la modifica dell'art. 1 C. C. sarebbe in contrasto con la legge 194. Ma questa obiezione contiene un giudizio assolutamente inaccettabile sulla legge 194. Il presupposto logico della critica, infatti, è che la base della legge 194 sarebbe la negazione della identità umana del concepito ovvero del principio di uguaglianza.

Ma non mancarono voci, sia durante l'iter parlamentare, sia nella successiva fase di applicazione della legge, secondo le quali proprio la depenalizzazione dell'aborto avrebbe avuto lo scopo di difendere la vita umana attraverso un consiglio e un aiuto che sarebbero impossibili in un sistema di clandestinità. Purtroppo nella applicazione della legge è prevalsa l'attenzione rivolta soltanto alla donna, con il costo di ignorare totalmente gli interessi e i diritti del concepito fino al punto di negare, talvolta, la sua stessa identità umana. Si tratta

di un prezzo inaccettabile. Invece la posizione di taluni sostenitori della legge 194 suppone la compatibilità del riconoscimento della soggettività dell'embrione con una politica di depenalizzazione dell'aborto. Questo modo di pensare è stato teorizzato dalla Corte Costituzionale tedesca nelle decisioni del 5/2/1975, 4/8/1992, 25/5/1993. In esse viene sviluppata la teoria del diritto penale come "*extrema ratio*", cioè come strumento imposto non dalla gravità del danno sociale che si intende evitare, ma dalla inesistenza di altri mezzi non penali più efficaci per ottenere l'obiettivo perseguito. Nel caso dell'aborto questa giurisprudenza costituzionale tedesca, fermissima nel riconoscere la individualità umana e quindi giuridicamente rilevante del concepito, individua tali strumenti alternativi nel consiglio e nell'aiuto in vista della prosecuzione della gravidanza, con l'avvertenza che tali strumenti non devono essere intesi come funzionali ed un inganno della pubblica opinione, o, comunque di basso profilo, ma come un modo più alto ed efficace di difendere la vita umana.

A questa riflessione si può aggiungere che il diritto, prima di tutto, prima di essere divieto e sanzione, è "guida all'azione". Esso ha la funzione di orientare spontaneamente la libertà dei consociati verso precisi obiettivi di bene comune. Tanto più necessaria è una tale funzione di "guida all'azione" quanto più è importante il bene da perseguire (nel caso in esame la stessa vita umana!) e quanto più lo Stato sceglie di affidarsi alla libertà dei singoli.

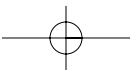
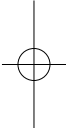
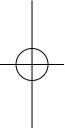
In conclusione il formale riconoscimento sulla soggettività giuridica del concepito non è soltanto l'esito moderno e inevitabile del principio di eguaglianza. Non è soltanto una soluzione giuridicamente corretta non contraddittoria rispetto ad altre parti dell'ordinamento italiano. È anche un modo per motivare meglio il coraggio delle madri, dei padri e delle famiglie, nonché l'impegno della società in ogni sua articolazione per rimuovere le difficoltà che potrebbero orientare una donna verso l'IVG.

Confidiamo, pertanto in una sollecita discussione e approvazione della legge da noi proposta.

#### **Articolo unico:**

**L'art. 1 del Codice Civile è così modificato:**

**"Capacità giuridica: 1. Ogni essere umano ha la capacità giuridica fin dal momento del concepimento. 2. I diritti patrimoniali che la legge riconosce a favore del concepito sono subordinati all'evento della nascita".**



# PROFILI DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE: COME SI È TENTATO DI STRAVOLGERE LA LEGGE

di Marina Casini\*

## Da un'accusa ingiusta...

Una delle accuse più ingiuste nei confronti della legge 40/2004, prima ancora che venisse approvata, è stata quella di incostituzionalità. Pronunciata durante il dibattito parlamentare, ripetuta con più insistenza dopo la sua approvazione, “cavallo di battaglia” nella campagna referendaria, l'accusa ha imboccato la corsia preferenziale nel tentativo di provocare un giudizio dell'organo deputato a valutare la costituzionalità delle leggi: la Corte Costituzionale.

Tale tentativo ha fatto leva sul tema emotivamente più coinvolgente: la diagnosi genetica preimpianto. Esso è stato portato dinanzi agli organi di giustizia allo scopo di ottenere sia l'autorizzazione – nel caso giudiziario in esame – ad effettuare tale forma invasiva di accertamento diagnostico, sia – più in generale – la richiesta di un sindacato di costituzionalità della legge 40.

Il primo tentativo, avviato all'indomani dell'entrata in vigore della legge 40, non ebbe alcun successo. Il giudice monocratico di Catania, infatti, con decisione (3 maggio 2004) – confermata dall'organo collegiale della stessa sede (21 maggio 2004) – non adì la Corte, dichiarando il ricorso manifestamente infondato perché basato su “evidenti paralogismi e su errate ricostruzioni giuridiche della materia”<sup>1</sup>.

Nel pieno della campagna referendaria prese il via il secondo tentativo che raggiunse un risultato parziale: il giudice di Cagliari (16 luglio 2005<sup>2</sup>) portò la legge davanti alla Consulta. È il caso di ricordare che in quell'occasione, come nella successiva di cui si dirà tra breve, il Movimento per la Vita italiano si costituì dinanzi alla Corte Costituzionale, si coordinò con una presenza anche del Forum delle Associazioni Familiari, sollecitò l'Associazione Scienza & Vita a presentare ai giudici della Consulta memorie e documenti, anche senza una formale costituzione. Con

\* Ricercatrice confermata di Bioetica, docente di Bioetica, Facoltà di Medicina e Chirurgia “Agostino Gemelli”, Università Cattolica S. Cuore, Roma.

<sup>1</sup>Tribunale di Catania, *Ordinanza del 3 maggio 2004*, Medicina e Morale, 2004, 3, pp. 601-619.

<sup>2</sup>Tribunale di Cagliari, *Ordinanza del 16 luglio 2005*, Medicina e Morale, 2005, 5, pp. 1076-1091.

l'ordinanza n. 369 del 9 novembre 2006<sup>3</sup> la Consulta dichiarava la manifesta inammissibilità della questione, lasciando integra la legge 40.

Da questo momento si intensificano le richieste di intervento della magistratura. Le decisioni del Tribunale di Cagliari (22 settembre 2007<sup>4</sup>) e di quello fiorentino (17 dicembre 2007<sup>5</sup>) – con cui i giudici “affermata la liceità della diagnosi genetica pre-impianto”, ne disponevano l'autorizzazione con il “trasferimento in utero solo degli embrioni sani o portatori sani rispetto alla patologia” – sono seguite da una triplice impugnativa della legge 40 davanti al Giudice delle leggi. Ad essa si rivolgono il TAR-Lazio (21 gennaio 2008<sup>6</sup>) e, per altre due volte, il Tribunale di Firenze (12 luglio 2008<sup>7</sup>; 26 agosto 2008<sup>8</sup>). Con la sentenza n. 151 dell'8 maggio 2009<sup>9</sup> la Corte, riuniti i tre giudizi, da un lato lascia intatte le norme riguardanti: 1) il divieto di crioconservazione e di soppressione degli embrioni umani (art. 14, comma 1); 2) il limite per la revoca del consenso da parte degli aspiranti genitori individuato nel momento della fecondazione dell'ovulo (art. 6, comma 3); 3) il divieto di riduzione embrionaria di gravidanze plurime (art. 14, comma 4). Dall'altro, però, afferma l'incostituzionalità: 1) dell'art. 14 comma 2, in base al quale «le tecniche di produzione degli embrioni [...] non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre»; 2) dell'art. 14, comma 3 nella parte in cui non prevede che il trasferimento degli embrioni avvenga senza pregiudizio per la salute della donna<sup>10</sup>.

### ...ad un'ingiusta demolizione

La gravità della demolizione si comprende osservando che l'aspetto più allarmante della fecondazione in vitro è la possibilità di ottenere un numero più elevato di embrioni rispetto a quelli che vengono trasferiti nelle vie genitali della donna. A sostegno della “necessità” di “produrre” embrioni umani in abbondanza, vengono addotte varie motivazioni: 1) evitare ripetute stimolazioni ovariche (cosicché, qualora un primo trasferimento non esiti nell'impianto, gli embrioni di

<sup>3</sup>Corte Costituzionale, *Ordinanza (25 ottobre) 9 novembre 2006 n. 369*, Medicina e Morale, 2006, 6, pp. 1236-1241.

<sup>4</sup>Tribunale di Cagliari, *Sentenza del 22 settembre 2007 n. 3336*, Medicina e Morale, 2008, 1, pp. 148-165.

<sup>5</sup>Tribunale di Firenze, *Ordinanza 17-19 dicembre 2007*, Medicina e Morale, 2008, 1, pp. 166-172.

<sup>6</sup>Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio - sede di Roma - Sez. III-quater-Sentenza 31 ottobre 2007-21 gennaio 2008, n. 398, Guida al Diritto, 2008, 6, p. 60 ss.

<sup>7</sup>Tribunale di Firenze, *Ordinanza del 12 luglio 2008*, Gazzetta Ufficiale prima serie speciale, 2008, n. 44.

<sup>8</sup>Tribunale di Firenze, *Ordinanza del 26 agosto 2008*, Gazzetta Ufficiale, prima serie speciale, 2008, n. 50.

<sup>9</sup>Corte Costituzionale, *Sentenza 8 maggio 2009 n. 151*, Medicina e Morale, 2009, 3, pp. 555-580.

<sup>10</sup>Il contenuto dell'art. 14, comma 3 è il seguente: «Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna, non prevedibile al momento della fecondazione, è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile».

scorta – nel frattempo crioconservati – possono essere impiegati per nuovi tentativi, senza bisogno di ricorrere ad ulteriori stimolazioni); 2) assicurarsi la possibilità di selezionare gli embrioni migliori attraverso un'indagine diagnostica (attività che implica un'ampia disponibilità di embrioni, comunque superiore a quella immediatamente trasferibile); 3) ovviare alla possibilità che qualche ovocita, messo in contatto con gli spermatozoi non si fecondi (nel caso che tutte le cellule uovo vengano fecondate, alcuni embrioni possono essere trasferiti, altri possono essere congelati).

È evidente che le motivazioni brevemente descritte, mostrando indifferenza rispetto al problema dell'accumulo di embrioni umani, presuppongono la negazione dell'identità pienamente umana dei concepiti. Viceversa, il limite massimo di tre embrioni con l'obbligo generale dell'immediato trasferimento, ne suppone la dignità umana e il conseguente principio di uguaglianza tra tutti gli esseri umani. Perciò, la sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale non solo non ha toccato un aspetto marginale della legge 40, ma anzi ne ha anche intaccato gravemente la struttura di fondo.

Non è un caso che con esplicito riferimento alla sentenza 151/2009, a nemmeno due mesi di distanza dal deposito della sentenza stessa, il Tribunale di Bologna con l'ordinanza del 29 giugno 2009<sup>11</sup>, abbia disposto: «l'applicazione delle metodiche della procreazione medicalmente assistita, secondo le migliori ed accertate pratiche mediche, previa diagnosi pre-impianto di un numero minimo di sei embrioni, e provvedendo a trasferire nell'utero della Signora B. gli embrioni creati che non presentino la specifica patologia di cui la stessa è portatrice, in base alle direttive impartite dalla medesima paziente, ed applicando in ogni caso le procedure dettate dalla scienza medica per assicurare il miglior successo della tecnica in considerazione dell'età e dello stato di salute della paziente, considerato anche il rischio di gravidanze plurigemellari pericolose, provvedendo alla crioconservazione per un futuro impianto degli embrioni risultati idonei che non sia possibile trasferire immediatamente e, comunque, di quelli risultati affetti della patologia di cui la Signora B. è portatrice».

### **Argomentazioni infondate**

Le argomentazioni con cui si è giunti a demolire la legge 40 possono essere così sintetizzate:

1. la tutela della salute della donna è messa a rischio, in violazione dell'art. 32 Cost.:
  - a) dal susseguirsi di stimolazioni ovariche lievi;
  - b) dall'esposizione all'aborto qualora il figlio risulti, a seguito di diagnosi prenatale, portatore di patologie;
  - c) dall'obbligo di trasferire i tre embrioni prodotti con la possibilità di aumento dell'incidenza di gravidanze multiple laddove i 3 embrioni trasferiti dovessero tutti impiantarsi;

<sup>11</sup>Tribunale di Bologna, *Ordinanza 29 giugno 2009*, testo in offset.

2. è violato il principio di uguaglianza sancito nell'art. 3 Cost., ritenendosi incomprensibile che una donna possa effettuare l'amniocentesi o la villocentesi durante la gravidanza, decidendo poi di abortire se il figlio risulta portatore di anomalie e non possa, invece, effettuare la diagnosi genetica pre-impianto dell'embrione prima del trasferimento in utero;

3. negare la diagnosi medica pre-impianto significherebbe costringere la donna a prendere una decisione non informata, né consapevole;

4. la tutela della vita umana allo stadio embrionale è già affievolita nella legge 40, poiché la previsione di trasferire due o tre embrioni contemporaneamente al fine di aumentare la possibilità di impianto, accetta implicitamente un alto tasso di perdita embrionale e ciò sarebbe in contraddizione con il divieto di produzione di embrioni soprannumerari.

Queste argomentazioni, irrazionali e prive di ogni fondamento, sono state esaminate criticamente – anche sotto il profilo costituzionale – in altra sede<sup>12</sup>. Ciò che adesso preme sottolineare è che gli argomenti addotti per stravolgere la legge 40 attraverso la legittimazione della diagnosi genetica pre-impianto<sup>13</sup> si basano – per ripetere le parole del Giudice di Catania – su “evidenti paralogismi e su errate ricostruzioni giuridiche della materia”.

Essi derivano infatti:

1. dal non considerare la reale protezione della salute della donna, per la quale – oltre che per un migliore esito delle tecniche – è preferibile una stimolazione ovarica “leggera” (anche se talora ripetuta) rispetto ad una stimolazione “intensa” (anche se unica);

2. dal trascurare che i limiti della legge 40 non solo non hanno affatto ridotto le possibilità concrete di superare la sterilità/infertilità, ma stimolano una ricerca scientifica (per esempio quella riguardante il congelamento degli ovociti) che ha già raggiunto apprezzabili risultati;

3. dall'ignoranza delle modalità e degli effetti della diagnosi genetica pre-impianto, diversa nel merito e nel metodo dalla diagnosi preconcezionale e prenatale;

4. dalla diffusa interpretazione e applicazione permissiva della legge 194 sull'aborto;

5. dalla grossolana parificazione della situazione in cui una donna si trova durante la gravidanza (quando il figlio esiste e si trova nella particolarissima circostanza di vivere nel grembo della madre) e quella, molto diversa, in cui si chiede di ricorrere alle tecniche di procreazione artificiale (quando – per definizione – il figlio ancora non esiste e bisogna decidere quali sono le condizioni migliori per

<sup>12</sup> C. Casini, M. Casini, M. L. Di Pietro, E. Traisci, *La Corte Costituzionale e la decostruzione della legge sulla “procreazione medicalmente assistita”*, *Medicina e Morale*, 2009, 3, pp. 439-459; C. Casini, M. Casini, M.L. Di Pietro, *La legge 40 e la diagnosi genetica pre-impianto nelle decisioni di Cagliari e di Firenze*, *Medicina e Morale*, 2008, 1, pp. 35-67.

<sup>13</sup> I tentativi di stravolgere la legge 40 a partire dal tema della diagnosi genetica pre-impianto sono passati anche dalla riformulazione delle Linee guida del 2008. Sul punto mi permetto di rinviare a: M. Casini, *Novità delle nuove linee guida rispetto al divieto di diagnosi genetica pre-impianto?*, *Medicina e Morale*, 2008, 3, pp. 597-604.



chiamarlo all'esistenza);

6. dall'assurdità di legittimare un più grave indebolimento della tutela dell'embrione, per il fatto che la tutela della vita embrionale è già in parte compromessa dall'accettazione di una perdita di embrioni comunque destinati alla nascita;

7. dal sottovalutare che il ricorso routinario alla crioconservazione degli embrioni umani non è scevro da conseguenze negative in ordine sia alla tutela degli stessi, sia al buon esito delle procedure;

8. dal porre un bilanciamento assurdo tra diritto all'informazione sullo stato di salute degli embrioni e la pretesa di scartare – ovvero di distruggere – quelli risultanti affetti da patologie genetiche.

Gli indicati "paralogismi" e le "errate costruzioni" giuridiche e scientifiche della materia si saldano con un atteggiamento costante che non deve essere sottovalutato, anzi esso è probabilmente il presupposto dei tentativi di stravolgere la legge 40: il continuo "sviamento" dello sguardo nei confronti dell'essere umano chiamato all'esistenza dalle tecnologie riproduttive.

### **La costituzionalità del bilanciamento indicato nella legge 40/2004: la destinazione alla nascita**

Si può ritenere, infatti, che l'aggressività nei confronti della legge 40 non derivi tanto dalle singole disposizioni impugnate, quanto dal principio ispiratore di tutta la legge contenuto nell'art. 1 che, però, non è stato oggetto immediato di impugnativa davanti alla Corte Costituzionale. Si tratta del riconoscimento del concepito come un soggetto titolare di diritti al pari degli altri soggetti.

La disciplina che ne consegue discende da questo principio e cerca di essere coerente sia sotto il profilo del diritto alla vita sia sotto quello del diritto alla famiglia dell'essere umano chiamato all'esistenza dalle tecniche di procreazione "medicalmente assistita". «Pertanto è da ribadire che non sembra possa definirsi cosciente e responsabile la scelta di avvalersi della procreazione medicalmente assistita implicante, nella sua programmazione, la possibilità di utilizzare la diagnosi preimpianto, quando a seguito dell'esito della stessa, per avere un figlio sano, vengono ad essere sacrificati altri embrioni, pure essi figli, ritenuti non idonei al trasferimento»<sup>14</sup>.

Nella prospettiva di una limpida tutela del diritto alla vita non si può trascurare il fatto che la legge 40 accettando la fecondazione extracorporea (il cui successo in termini di "bambino in braccio" resta percentualmente modesto), accetta anche la conseguente perdita di parte degli embrioni trasferiti nelle vie genitali della donna. «Certamente non va dimenticato non solo che le tecniche di "Procreazione Medicalmente Assistita" (PMA) sono gravate da riserve etiche generali, ma che la vita del concepito in provetta è in grave pericolo anche quando esso viene destinato alla nascita mediante il trasferimento nelle vie genitali della donna (soltanto 1 su 10 giunge al parto) e che l'ombra di morte si estende quando

<sup>14</sup>G. Milan, *La procreazione medicalmente assistita tra desideri e diritti*, Libreria Alfani, Firenze 2008, p. 175.

vengono trasferiti embrioni precedentemente crioconservati»<sup>15</sup>.

Tuttavia, il principio di destinazione alla nascita, su cui la normativa si fonda, impone che almeno si eviti sia la distruzione diretta e deliberata degli embrioni nella fase anteriore al loro trasferimento, sia il congelamento degli embrioni come prassi di routine. Vi è, infatti, una grande differenza tra la soppressione deliberata e diretta degli embrioni generati in vitro prima che avvenga il loro trasferimento e la morte di embrioni affidati al corpo della donna e quindi destinati a nascere, sebbene la morte sia statisticamente prevista in quanto legata alla fecondazione in vitro.

È pertanto ragionevole il divieto legislativo della diagnosi genetica pre-impianto che implica la logica discriminatoria della distruzione deliberata e diretta di numerosi concepiti ritenuti affetti da anomalie genetiche. Si aggiunga che i limiti della legge 40 non hanno affatto ridotto le possibilità concrete di superare la sterilità/infertilità, proteggono anche la salute della donna, stimolano una ricerca scientifica che ha già raggiunto qualche interessante risultato.

### **Il silenzio sulla “domanda fondamentale”**

Queste ultime considerazioni ci spingono ad affrontare un aspetto decisivo a cui la sentenza n. 151/2009 sembra non aver prestato attenzione: l'identità umana del concepito. La lacuna è tanto più grave quanto più si consideri che la questione è prioritaria all'esame delle norme impugnate. Infatti, il divieto di produrre più di tre embrioni in un unico ciclo da trasferire simultaneamente (art. 14, comma 2) – salvo l'eccezione motivata dall'esigenza di tutelare la vita del concepito in circostanze particolari (art. 14, comma 3) – è la logica conseguenza del divieto generale di distruzione e congelamento degli embrioni (art. 14, comma 1) che deriva necessariamente dal principio generale, ispiratore di tutta la legge, enunciato all'art. 1. Eppure, neanche l'articolo 1 è stato contestato davanti alla Corte Costituzionale, cosicché avrebbe potuto ripetersi la situazione di inammissibilità già dichiarata dalla stessa Corte con l'Ordinanza n. 369 del 2006.

D'altra parte è assolutamente evidente che il principio ispiratore esplicitato nell'art. 1 non è affatto incostituzionale, né irragionevole, né contrastante con altre parti dell'ordinamento giuridico. Per questo stupisce il silenzio della Consulta su un profilo d'importanza fondamentale.

Sullo statuto giuridico dell'embrione umano la Consulta aveva avuto l'occasione di pronunciarsi sia nella sentenza n. 27 del 18 febbraio 1975<sup>16</sup>, laddove si riconosce la tutela costituzionale dell'embrione umano, sia, in modo particolarmente

<sup>15</sup>C. Casini, *II Rapporto sullo stato di attuazione della Legge 40/2004 recante “norme in materia di procreazione medicalmente assistita” anche in confronto con le altre nazioni europee (aprile 2009)*, Medicina e Morale, 2009, 4, pp. 693.

<sup>16</sup>Corte Costituzionale, *sentenza 18 febbraio 1975 n. 27*, in *Giur. Cost.*, 1975, I, pp. 117-120. È significativo che il fondamento costituzionale della tutela del concepito venga ancorato non solo all'art. 31, comma 2 Cost. (tutela della maternità), ma anche e soprattutto all'art. 2 Cost. che «riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo».

preciso, nella sentenza n. 35 del 10 febbraio 1997<sup>17</sup>, nella quale è riconosciuto «il diritto alla vita del concepito» e contemporaneamente ad esso è interpretato sia l'art. 2 della Costituzione, sia l'art. 1 della Legge 194/78. Vi si legge, infatti, che proprio nell'art. 1 della legge 194 «è ribadito il diritto del concepito alla vita». Di tale diritto veniva colta tutta la rilevanza, tanto che si dichiarava appartenente «all'essenza dei valori supremi su cui si fonda la Costituzione Italiana» e si precisava che «la proposta di mantenere una certa tutela solo per il feto cui sia accertata la possibilità di vita autonoma sottolinea l'abbandono di ogni tutela degli altri nati il cui diritto alla vita è consacrato nell'art. 2 della Costituzione» e «ha conseguito nel corso degli anni – così scrive la Corte – sempre maggior riconoscimento ma anche sul piano internazionale e mondiale», cosicché «si è rafforzata la concezione insita nella Costituzione Italiana, in particolare nell'art. 2, seconda la quale il diritto alla vita, inteso nella sua espressione più lata, sia da iscriversi tra i diritti inviolabili». È evidente, perciò che il principio fissato nell'art. 1 della legge 40, lungi dall'essere in contrasto con la Costituzione, costituisce una coerente applicazione di essa alla luce della interpretazione accolta dalla sentenza 35/1997.

La ragionevolezza della soluzione legislativa è dimostrata da ben quattro pareri conformi del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), emanati nel seguente ordine: il 22 giugno 1996, *Identità e statuto dell'embrione umano*<sup>18</sup>; 11 aprile 2003, *Parere sulle ricerche utilizzando embrioni umani e cellule staminali*<sup>19</sup>; 15 luglio 2005, *Considerazioni bioetiche in merito all'"ootide"*<sup>20</sup>; 18 novembre 2005, *Adozione per la nascita degli embrioni crioconservati e residuali derivanti da Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)*<sup>21</sup>.

Per tutti valga l'affermazione conclusiva contenuta nel primo documento: «Il Comitato è pervenuto unanimemente a riconoscere il dovere morale di trattare l'embrione umano, sin dalla fecondazione, secondo i criteri di rispetto e tutela che si devono adottare nei confronti degli individui umani a cui si attribuisce comunemente la caratteristica di persone». Il riconoscimento della soggettività è la necessaria conseguenza di questa affermazione. Si può, ovviamente, dissentire, ma non si può sostenere che esso sia irragionevole.

Che l'art. 1 non sia irragionevole è dimostrato anche da un rapido sguardo alla giurisprudenza costituzionale di altri Paesi. È significativo che in nessuna sentenza costituzionale si trovi la negazione dell'umanità del concepito anche con ri-

<sup>17</sup> Corte Costituzionale, sentenza 30 gennaio (10 febbraio) 1997, n. 35, Giurisprudenza Costituzionale, 1997, I, pp. 281-293.

<sup>18</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *Identità e statuto dell'embrione umano* (22 giugno 1996), Medicina e Morale, 1997, 2, pp. 328-349.

<sup>19</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *Parere sulle ricerche utilizzando embrioni umani e cellule staminali* (11 aprile 2003), Medicina e Morale, 2003, 4, pp. 725-726.

<sup>20</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *Considerazioni bioetiche in merito all'"ootide"* (15 luglio 2005), Medicina e Morale, 2005, 5, pp. 1056-1071.

<sup>21</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *Adozione per la nascita degli embrioni crioconservati e residuali derivanti da procreazione medicalmente assistita (PMA)* (18 novembre 2005), Medicina e Morale, 2006, 1, pp. 154-168. I pareri citati nel testo sono indicati come «testi di riferimento del CNB» nel Parere del 6 ottobre 2007 su *Destino degli embrioni derivanti da procreazione medicalmente assistita e non più impiantabili* (<http://www.governo.it/bioetica/testi/parere061007.pdf>).

ferimento alle prime fasi dello sviluppo successivo alla fecondazione e che, viceversa, nella giurisprudenza costituzionale tedesca (decisioni del 1975, 1992, 1993), polacca (decisione del 28 maggio 1996) e ungherese (decisione del 17 dicembre 1991 n. 64) si trovi il riconoscimento limpido che l'inizio dell'essere umano e della conseguente tutela del suo diritto alla vita comincia fin dal concepimento. È ugualmente significativa la *Convenzione americana sui diritti dell'uomo*, siglata il 22 novembre 1969 a S. José di Costarica, la quale riconosce il diritto alla vita fin dalla fecondazione e la conseguente soggettività del concepito<sup>22</sup>. Il fatto che sul tema della vita umana prima della nascita altri trattati sui diritti umani non facciano le medesime affermazioni, è un silenzio significativo poiché esclude la contraddizione con quanto stabilito nella Convenzione americana appena ricordata.

Al termine di questa succinta disamina viene la Risoluzione del Parlamento europeo dedicata alle questioni etiche e giuridiche della procreazione artificiale umana (16 marzo 1989<sup>23</sup>) dove vengono indicate agli Stati esattamente le regole fatte proprie in Italia dalla legge 40 e, prima ancora, in Germania dalla legge del 13 dicembre 1990 sulla tutela dell'embrione umano<sup>24</sup>.

Questo complesso materiale mostra, quanto meno, la non irragionevolezza del principio fissato nel art. 1, comma 1 della legge 40 comma 1 – il concepito come soggetti titolare di diritti – che, peraltro, è sostenuto anche dal principio cautelativo di precauzione già applicato in molti altri ambiti dell'ordinamento.

### **La modifica dell'art. 1 del Codice Civile, una proposta ancora valida e opportuna**

A quanto fin qui considerato si può obiettare che in sostanza la Consulta, non eliminando né l'art. 1 della legge 40, né il divieto generale di congelamento e distruzione stabilito nel comma 1 dell'art. 14, ha lasciato in piedi il "cuore" della legge, mantenendo la regola generale che riconosce il concepito soggetto al pari dei già nati. Tuttavia, non si può ignorare che la sentenza 151/2009 ha in realtà creato le condizioni perché il principio e il divieto possano essere tranquillamente violati, come ha dimostrato l'ordinanza del Tribunale di Bologna.

Inoltre, come ricordato, sin dai primi anni di applicazione della legge 40, il riconoscimento della soggettività del concepito non ha avuto un'incidenza decisiva nell'interpretazione della legge 40 né in sede giurisprudenziale, né amministrativa. Pertanto, di fronte alla demolizione della legge 40 e a possibili ulteriori derive, è op-

<sup>22</sup> Organizzazione degli Stati Americani, *Convenzione americana sui diritti dell'uomo*, San José de Costa Rica (22 novembre 1969), in E. Vitta, V. Grementieri, *Codice degli atti internazionali sui diritti dell'uomo*, Giuffrè, Milano 1981.

<sup>23</sup> Parlamento Europeo, *Risoluzione sui problemi etici e giuridici della fecondazione artificiale "in vivo" e "in vitro"*, Medicina e Morale, 1989, 3, pp. 587-590. Il contenuto di questa Risoluzione e della coeva Risoluzione sui problemi etici e giuridici dell'ingegneria genetica è stato richiamato nella risoluzione del 20 settembre 1996 dal titolo: *Tutela dei diritti umani e della dignità dell'essere umano in relazione alle applicazioni biologiche e mediche*, in G.U.C.E. del 28 ottobre 1996, n. C320.

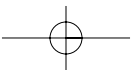
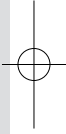
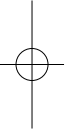
<sup>24</sup> La traduzione in versione italiana della legge tedesca sulla tutela dell'embrione umano è pubblicata in Medicina e Morale, 1991, 3, pp. 509-512.

portuno rinforzare ed estendere anche in ambiti diversi dalla procreazione artificiale il principio proclamato dall'art. 1 della medesima legge. In questa prospettiva sarebbe opportuno ripensare alla Proposta di legge di iniziativa popolare volta a modificare l'art. 1 del Codice Civile italiano, pubblicata nelle pagine di questa stessa rivista. Promossa sin dal 1995 dal Movimento per la Vita italiano<sup>25</sup>, oggetto di riproposizione parlamentare nelle scorse legislature, la Proposta di legge è stata presentata durante la conferenza stampa del 18 novembre u.s. ed aperta alle sottoscrizioni dei parlamentari di tutte le formazioni politiche.

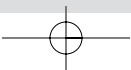
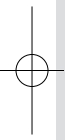
Essa, ripresentata nella significativa occasione del ventesimo anniversario della *Convenzione universale sui diritti del fanciullo* (20 novembre 1989), vuole definire in via generale che l'uomo è sempre un soggetto per il diritto fin dal concepimento<sup>26</sup>: in termini tecnico-giuridici questo significa riconoscergli la capacità giuridica, così come la si riconosce ad ogni uomo, in qualunque condizione o situazione si trovi.

<sup>25</sup> Movimento per la Vita italiano, *Proposta di legge di iniziativa popolare per il riconoscimento della personalità giuridica ad ogni essere umano e conseguente modifica dell'art. 1 del Codice Civile*, Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 4 del 5 gennaio 1995, p. 6.

<sup>26</sup> La modifica dell'art. 1 del Codice Civile sarebbe opportuna anche in ordine all'applicazione e interpretazione della legge sull'interruzione volontaria della gravidanza (22 maggio 1978) nel cui art. 1 («la Repubblica tutela la vita umana fin dal suo inizio») si ravvisa un'attenzione verso il concepito, ma non il riconoscimento del diritto alla vita e tanto meno il riconoscimento della sua soggettività. In altri termini: nell'art. 1 della L. 194/1978 non vi è una negazione dei diritti del concepito, ma nemmeno vi è un loro riconoscimento. Per questo la chiarezza generale sull'inizio della capacità giuridica fin dal concepimento, condurrebbe almeno ad una applicazione della Legge 194 più coerente con l'intento di prevenire l'aborto volontario, in qualsiasi forma, legale o illegale, chirurgico, chimico o farmacologico.



# PERCORSI TEMATICI





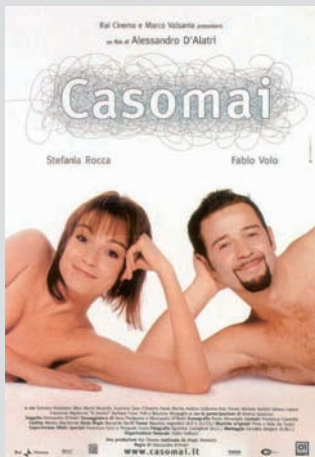
## Cinema

# IL CINEMA ITALIANO E LA MATERNITÀ

di Paola Dalla Torre\*

Il cinema italiano contemporaneo è attraversato da un tema importante, che rende conto di una problematica altrettanto importante della società odierna: il tema della maternità, una maternità negata o desiderata, che mette in scena i tanti nodi ancora irrisolti del nostro mondo sempre più complesso e sempre più dilaniato da spinte opposte e contrastanti. Da una parte, infatti, troviamo storie di donne che non vorrebbero avere figli e si ritrovano a dover gestire una gravidanza inattesa; dall'altra storie di donne che vorrebbero avere figli ma non riescono ad averli, in difficoltà nell'accettare questa loro impossibilità. E, ancora, storie di donne che vogliono dei figli ma non trovano poi il sostegno della società nel momento in cui li hanno messi al mondo. Pellicole, dunque, in cui le protagoniste sono soprattutto femminili e in cui vengono raccontate le loro aspirazioni, che si scontrano con quelle dei propri partner o con quelle di una società civile che non le supporta.

Il cinema italiano contemporaneo sembra, dunque, puntare la sua attenzione sulla tematica della maternità, per sviscerarla nelle sue molteplici sfaccettature e tentare di porre interrogativi e, a volte, dare risposte. In particolar modo, sembra che i registi nostrani, oltre a scandagliare il sentimento della madre nei confronti della maternità, sentimento fortemente contrastato e contrastante nella contemporaneità, tentino anche di analizzare le problematiche relative alla società



\* Docente di Storia e Critica del Cinema, Università degli Studi della Tuscia, Viterbo e Università LUMSA, Roma.

e all'aiuto o meno che questa, con la sua legislazione in materia di maternità e famiglia, può offrire.

Il primo a porre il problema della maternità in Italia da un punto di vista politico-sociale è stato Alessandro D'Alatri con il suo film *Casomai*, una pellicola di successo del 2002, interpretata da Fabio Volo e Stefania Rocca. Vi si raccontano le vicende di una coppia di innamorati che decide di sposarsi, di fare dei figli e una famiglia, ma che deve scontrarsi con una società che non aiuta, anzi ostacola, la creazione di un nucleo familiare solido. L'attenzione di D'Alatri è rivolta, dunque, al tema della maternità come una problematica sociale del nostro paese, laddove chi decide di fare dei figli non viene assolutamente aiutato ed incentivato. Difficoltà nel trovare gli asili nido, impossibilità per la madre di ritornare a lavorare, nessun supporto istituzionale e, purtroppo spesso, nessun supporto neanche da amici e parenti: il quadro delineato dalla pellicola di D'Alatri disegna una situazione di grave *impasse*, che necessiterebbe di una risoluzione drastica a livello di politiche familiari e sociali. Secondo il regista, oggi, il desiderio legittimo di maternità di una coppia sposata si scontra con una realtà sociale che preferisce veicolare modelli familiari deboli e quindi più facilmente manipolabili e assimilabili dal mercato. E diventa sempre più difficile mettere al mondo dei figli e mantenere un equilibrio familiare. Pur girata secondo i canoni della commedia, la pellicola mette in evidenza una gravissima carenza della nostra società contemporanea e cerca di porre all'attenzione generale un problema che necessita certamente di una risoluzione.



Nel 2007 Giovanni Veronesi, invece, con *Manuale d'amore 2*, racconta la storia di una coppia che non riesce ad avere figli e si sottopone al trattamento di fecondazione assistita, partendo per la Spagna. Anche in questa pellicola l'attenzione del regista sta nel denunciare quella che, a suo avviso, è una gravissima carenza del sistema legislativo italiano, laddove si considera la legge sulla fecondazione assistita italiana una legge sbagliata o per lo meno sbagliata in parte. Nell'episodio intitolato "Maternità" e interpretato sempre da Fabio Volo insieme a Barbara Bobulova assistiamo, infatti, alle vicende di questa coppia di coniugi che, tra peripezie varie, si reca a Barcellona per riuscire ad avere un bambino. Un episodio dai toni leggeri della commedia che, però, vuole essere una specie di cartina di tornasole per affrontare un tema che in Italia ha avuto e continua ad avere una grande risonanza, quello della legge sulla fecondazione assistita. Non a caso la struttura ad episodi del film viene mutuata dal regista dal modello aureo della commedia all'italiana, genere di punta del nostro cinema negli anni Sessanta, che era in grado di raccontare, meglio di qualsiasi libro, indagine o articolo, la situazione del-

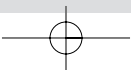
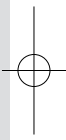
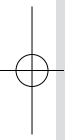


l'Italia e degli italiani. L'aspirazione di Veronesi è proprio quella di riesumare e ridare nuova vita a quel genere e così essere nuovamente in grado di fare pellicole capaci di raccontare la società. Purtroppo, nonostante l'ispirazione alta, il film non riesce ad eguagliare il modello di riferimento, forse perché, rispetto al passato, molti cineasti nostrani contemporanei si lasciano troppo condurre da prese di posizioni ideologiche ben precise, che rovinano spesso la riuscita finale delle loro opere. Nel passato, invece, grazie alla capacità di scrittura di grandi sceneggiatori che si preoccupavano solo di registrare l'esistente e di renderlo attraverso la deformazione ironica del grottesco, i film riuscivano a farsi specchio della realtà senza troppi filtri ideologici ad appesantirli. L'episodio che Veronesi gira sul tema della maternità da una parte ha un suo valore sociologico interessante perché ci rende conto di un fenomeno crescente della nostra società italiana (quello di tante coppie che ricorrono all'estero per riuscire ad avere bambini), dall'altra parte, però, rischia di semplificare e banalizzare un discorso molto complesso, presentando la situazione italiana come "sbagliata" e quella spagnola come "giusta". Una semplificazione che non aiuta affatto una pellicola che vorrebbe essere specchio complesso dei propri tempi complessi.

L'ultimo film che, in ordine di tempo, tratta il problema della maternità è *Lo spazio bianco*, che Francesca Comencini ha tratto, con grande sensibilità, dal libro omonimo di Valeria Parella. Presentato con successo all'ultimo Festival di Venezia ed interpretato da un'ottima Margherita Buy, la storia racconta la vicenda di una donna che, inaspettatamente e anche contro voglia all'inizio, rimane incinta. Dopo aver deciso di tenere la sua bambina, anche se non ha accanto a sé nessuno, finisce per dover assistere la figlia che nasce prematura di tre mesi e che si trova sospesa tra la vita e la morte, in un'incubatrice. La protagonista entra così in un limbo, in uno "spazio bianco" di attesa, di speranza, a volte di disperazione, in cui però alla fine vince sempre e comunque il desiderio di maternità e la difesa della vita. Un film ben diretto e ben interpretato che colpisce emotivamente lo spettatore e lo fa riflettere sul valore della vita e sulla sua unicità, trattando il tema della maternità da un punto di vista interiore e personale.

Se i primi due film che abbiamo citato, infatti, trattavano il tema della maternità da un punto di vista esteriore, cioè da un punto di vista esterno alla madre e alla coppia, e analizzavano, invece, l'impatto sociale del voler mettere al mondo un figlio, in questa pellicola, non a caso diretta da una donna, il punto di vista è tutto interiore, interno alla futura madre, nel tentativo di rendere conto della complessità di sentimenti e sensazioni che investono la donna in un momento così delicato ed unico. Con uno sguardo positivo che apre alla vita e alla sua forza, nonostante tutte le difficoltà.





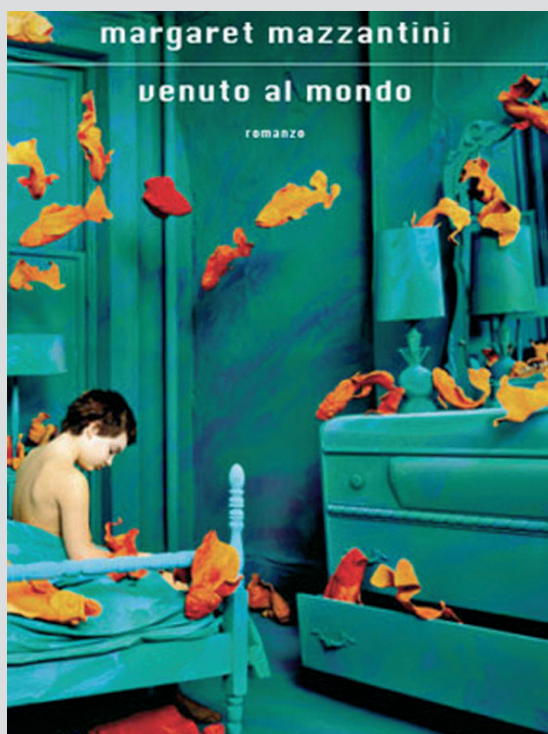
## Letteratura

# VENUTO AL MONDO<sup>1</sup>

di Giovanna Costanzo\*

«La speranza appartiene ai figli. Noi adulti abbiamo già sperato, e quasi sempre abbiamo perso» (pag. 15): con in testa queste parole, lette di sfuggita in una farmacia, Gemma, una donna cinquantenne che sente con forza il peso dei suoi anni, lascia la sua tranquilla esistenza romana e suo marito Giuliano, trascinandosi dietro il figlio sedicenne, Pietro, e si reca, invitata dall'amico e poeta bosniaco Gojko, a Sarajevo, una città splendida, la 'Gerusalemme occidentale', ma al contempo straziata da irrisolte guerre fratricide. Per lei, più che una meta turistica, è un luogo dell'anima, un luogo che le ricorda il nascere del suo amore per Diego, giovane fotografo di belle speranze, durante le Olimpiadi invernali del 1984, ma anche la tragedia della guerra bosniaca del 1992 in cui ha perso la vita lo stesso Diego.

Con la sua scrittura lucida, senza tanti fronzoli, ma convincente ed efficace, Margaret Mazzantini ripercorre in questo suo ultimo emozionante lavoro il viaggio di Gemma dentro la propria storia di dolore e sofferenze, itinerario che diventa occasione anche per rivisitare le ferite ancora aperte del popolo bosniaco, con il suo carico di odio ancora troppo vivido per poter essere dimenticato. Viene così riattraversato, fra *flash back* e richiami alla Sarajevo di oggi, il nascere dell'amore as-



\* Dottore di ricerca, Università di Messina, collabora con la Cattedra di Filosofia Morale presso la stessa università.

<sup>1</sup> Recensione a: M. Mazzantini, *Venuto al Mondo*, Mondadori, Milano 2008.

soluto e impetuoso fra due giovani, fra una bella trentenne e un giovane di cinque anni più giovane, ma anche le difficoltà e le battute di arresto quando la definizione di “ovuli ciechi”, consegnata a quegli ovuli incapaci di portare a compimento la gestazione, rende impossibile il desiderio di maternità e paternità dei due amanti. La voglia di controllare la corsa di quegli ovuli che la natura ha reso “difettosi” spinge la giovane ad un anno di “divaricatore e di aghi dentro”, finché la consapevolezza che quel corpo non «si formerà, non si moltiplicherà, che non ci sarà Dio. Non ci sarà raccolto» (pag. 151) la consegnano ad una esistenza nevrotica e vuota, in cui anche Diego fa fatica a restare, travolto da quella smania di procreazione “ad ogni costo” che non vuole tenere più conto dei naturali ritmi del corpo, costringendolo a pratiche inutili o a pesanti inquisizioni di medici e psicologi.

Questo desiderio smodato e incontrollabile diventa la folle quanto disumana ricerca di una donna, in mezzo alla disperazione e alla povertà dei paesi ex comunisti, in grado di prestare un “utero” in cui poter dar corpo ed anima a questo sogno di eternità e di continuazione di sé di una coppia preda ormai solo dei propri deliri e che si muove “cieca” – come quegli ovuli – senza cioè alcuna considerazione delle “implicazioni” morali e delle conseguenze affettive delle proprie scelte. I due si ritrovano nuovamente a Sarajevo, dove Gemma incontra la giovane musicista Aska e attraverso di lei pensa di aver finalmente trovare la “soluzione” dei suoi problemi, una soluzione capace di sopportare anche variazioni: così quando scopre che non è possibile una più “semplice” procreazione assistita, propone un incontro fugace fra lei e Diego.

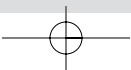
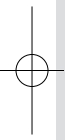
Una scelta in cui non ha fatto però i conti con il suo amore possessivo, con le sue paure e fragilità di donna, ma soprattutto con la brutalità di una guerra etnica che proprio in quei giorni esplose con una virulenza spietata e che sembra definitivamente creare tra marito e moglie un muro di indifferenza e di incomprensioni silenziose.

Il primo ad andarsene è Diego, che faticando a togliersi di dosso l'odio e la sofferenza respirate in quella martoriata terra, decide di ritornarvi, non più per rubare qualche fotogramma da consegnare ai posteri, ma per dare un aiuto concreto ai più piccoli ed indifesi, gesto che lo farà definitivamente annegare in un mare di disperazione. Questo carico di risentimenti e dolore sembra finalmente sciogliersi solo quando Gemma incontra, alla fine del suo viaggio con Pietro, Aska, ormai sposa di Gojko, che le racconta la verità di quel concepimento, verità che apre la possibilità di una storia “altra”. E la donna scopre così che quel bambino che ha imparato ad amare e ad accudire non è figlio del suo uomo, ma figlio dell'odio e della guerra, figlio di quelle violenze che tante donne come Aska hanno subito in quegli anni e che Diego aveva deciso di fare “suo” per consegnarlo ad un destino migliore, prendendo su di sé il peso di una paternità spirituale più forte di quella biologica.

“Venuto al mondo” in una cloaca di odio e di rancore, ma salvato da una “inconsapevole” madre e da un generoso padre, Pietro – da “pietra scartata” – diventa

il testimone di una storia nuova, di una storia non più attraversata dall'odio e dal dolore, bensì dalla speranza di un futuro migliore a partire da una genitorialità più matura e consapevole, da un legame parentale che va al di là di vincoli di sangue. È solo oggi, dopo 16 anni impastati e lavorati dal tempo che la madre biologica riesce a guardare negli occhi il figlio senza farsi travolgere dall'odio e dal risentimento, mentre la madre adottiva si avvia più serenamente ad accompagnarlo alle soglie della sua maturità, senza sentirsi più marcata da quel corpo difettoso, perché non era stato in grado di generare.







## Arte

---

# LA VISITAZIONE E L'ATTESA DELLA VITA

di Anna Delle Foglie\*

*“Tu sei la mia mano, Signore,  
Tu sei la vita,  
e quando una donna partorisce un  
figlio  
la disgrazia e l'amore  
abitano in lei  
come il dubbio della sua esistenza.”*

(Magnificat, un incontro con Maria, 2002)  
Alda Merini

L'attesa è una condizione umana che porta *in nuce* un cambiamento. Quando si tratta dell'attesa di una nuova vita, questa condizione assume una energia straordinaria, sia perché la potenzialità della creatura è visibile e si manifesta nel corpo, fin dal suo microscopico esordio, sia perché coinvolge intensamente la sfera emotiva, già protesa verso l'altro che nascerà.

Privare volontariamente la donna della sua naturale e più grande attesa è come sottrarre il senso profondo e nascosto in tutte le attese della vita.

Il tema iconografico della Visitazione ha le proprie radici testuali nel Vangelo di Luca (1,39-56), e numerosi sono gli artisti, che hanno cercato di tradurre con le immagini il passo evangelico, ma non tutti ne hanno colto la portata di significato. L'attenzione si è soffermata soprattutto al momento dell'incontro, quando Maria si reca in visita dalla cugina Elisabetta, nella casa di Zaccaria: «Appena Elisabetta ebbe udito il saluto di Maria, il bambino sussultò nel suo grembo»<sup>1</sup>.

Giotto è tra coloro che maggiormente hanno interiorizzato l'umanità dell'evento. Prendiamo in esame la scena della Visitazione affrescata nella Cappella

\* *Storica dell'arte, dottorando di ricerca in Storia dell'Arte, Università degli Studi La Sapienza, Roma; archivistica presso la Conferenza Episcopale Italiana.*

<sup>1</sup> Luca 1,39-45, cfr. *La Sacra Bibbia*, Conferenza Episcopale Italiana, Unione Editori e Librai Cattolici Italiani UELCI, 2008, p. 1650.

degli Scrovegni di Padova<sup>2</sup>. Tra il 1303 e il 1305, su incarico di Enrico Scrovegni, noto banchiere cittadino, l'artista di ritorno dal cantiere di Assisi affresca la cappella con gli episodi della vita di Gioacchino e Anna, le storie della Vergine e di Cristo, una serie di allegorie dei Vizi e delle Virtù e il Giudizio Universale.

La scena della Visitazione si svolge sull'uscio di una casa, resa prospetticamente dai volumi geometrici dell'impianto architettonico con le colonnine, che tracciano in verticale il disegno del portichetto antistante. Al centro della scena sullo sfondo azzurro di un cielo

terso, emergono le figure di Maria e di Elisabetta. La Vergine dal volto giovanile, puro e delicato è colta nella dimensione quotidiana, con i capelli raccolti in una acconciatura e vestita di un abbondante abito rosso.



Fig. 1 – Giotto di Bondone (Vespignano, 1267 circa - Firenze, 1337), Visitazione (affresco), Padova, Cappella degli Scrovegni.

Colei che è «benedetta fra le donne» guarda negli occhi la cugina, il cui volto è lievemente scurito e segnato da qualche ruga di troppo, che lascia trasparire il suo essere più in là negli anni. Elisabetta era infatti sterile e quella maternità fu tanto impreveduta quanto piena di stupore. Negli sguardi tra le due donne si coglie gioia e fragilità e nel loro affettuoso abbraccio vi è la pienezza della condivisione che supera la solitudine e le incertezze, rendendo l'attesa da particolare a universale, «di generazione in generazione». Le numerose immagini della Visitazione nell'arte aiutano a saper attendere il bello e il bene che deriva dall'amore per la vita.

<sup>2</sup> Della sterminata bibliografia su Giotto e la Cappella degli Scrovegni di Padova, menzioniamo solo due recenti titoli: Chiara Frugoni, *Gli affreschi della Cappella degli Scrovegni a Padova*, Einaudi, Torino 2005; *Giotto e il Trecento: "il più Sovrano Maestro stato in dipintura"*, catalogo della mostra (Complesso del Vittoriano, Roma, 8 marzo-29 giugno 2009) a cura di Alessandro Tomei, Skira, Milano 2009.

## Lingua e Antilingua

### IL “LEGALESE” DELLA PMA

di Pier Giorgio Liverani\*

Di Antilingue – se n'è cominciato a parlare nello scorso Quaderno – il nostro linguaggio è pieno. Esistono, solo per citarne alcune, *il burocratese*, con cui si invita, per esempio, a “obliterare il titolo di viaggio” o a riservare i posti alle “persone non deambulanti” o si parla di “cittadini passivi di provvedimento esecutivo di rilascio” (gli sfrattati); *l'ipocritese*, che chiama “operatori ecologici” gli spazzini, “non vedenti” i ciechi e “diversamente abili” i disabili; *il politichese*, che ha coniato le “convergenze parallele”, “la non sfiducia”, le “democrazie popolari” (gli stati comunisti), con la sua sottospecie del linguaggio *politically correct* d'importazione statunitense; e c'è perfino *l'ecclesialesse*, che ha già un piccolo dizionario delicatamente dissacrante. Occupandosi questo Quaderno dei primi sei anni di applicazione della legge 40/2004, tratteremo per ora l'antilingua legale o *legalese*, la cui più attuale definizione di grande successo mediatico è stata l'espressione “respingimenti”.

Ufficialmente il legalese è nato, però, nel 1978 con la legge 194 di legalizzazione dell'aborto. Qui basterà ricordare l'asettica definizione di “interruzione volontaria della gravidanza” o l'ultraleggera sigla IVG, che garantiscono dal rischio della carica emotiva di “aborto”; e l'accurata rassicurante cancellazione, dal testo della 194 stessa, delle parole “madre” e “figlio” (nemica l'una dell'altro), sostituite con le meno impegnative “donna”, “concepito”, “feto” o con l'irridente “nascituro”, che mai nascerà. Una tecnica semiologica che sembra la legificazione della «osce-nità» cui erano condannate, nel *Mondo nuovo* di Huxley, le parole madre, maternità, parto.

Ma veniamo alla PMA (le sigle sono sempre meno espressive delle parole), ovvero la “Procreazione mMdicalmente Assistita”, escogitata per evitare la banalizzazione legata all'idea di fecondazione artificiale umana, troppo somigliante a quella usata negli allevamenti bovini o nelle scuderie. Anche in materia di fecondazione artificiale il legalese è ricco di termini affascinanti, che in parte condivide con la terminologia relativa all'aborto. Faccio seguire, qui, una sorta di glossario delle antiparole più usate nel campo della PMA:

**Biotecnologie:** eccone una bella definizione di Guido Ceronetti: «Quanto a *biotecnologie*, che implicano anche la procreazione in laboratorio, nella sua ta-

\* *Giornalista e scrittore; direttore responsabile de “I Quaderni di Scienza & Vita” e di “Sì alla Vita”; già direttore responsabile di “Avvenire”.*

gliente nudità il termine mi sembra appropriato ed è una porta bianca dietro la quale si consumano e si consumeranno innumerevoli e strazianti crimini»<sup>1</sup>.

**Complessi cellulari non destinati a rendere possibile una gravidanza, o di cellule evolutive derivati da fecondazione ovulare controllata:** si tratta degli embrioni umani generati in seguito a una PMA e destinati alla ricerca o alla sperimentazione o allo sfruttamento farmaceutico o commerciale o a ricavarne le cellule staminali.

**Concepimento (in vitro):** il concepimento è il momento più misterioso e più bello della vita, l'attimo in cui l'essere umano si forma, in cui più forte è la presenza di Dio che "soffia il proprio Spirito nelle sue narici" attraverso il gesto e i corpi di un uomo e di una donna. Finora nessun poeta è stato capace di descriverlo nella sua realtà. Bisogna ricorrere al Salmo 19 "Tu mi hai tessuto nel seno di mia madre" o a Isaia "Il Signore ti ha formato sin dal seno materno" o all'efficacissimo Luca "E il Verbo si fece carne". Che c'entra il vetro? La mano del ginecologo? Gli strumenti stregonici dei centri di PMA?

**Crionica, crioconservazione (e termini simili):** è una sorta di anti-camera dell'abbandono (e della relativa tecnica) del figlio "soprannumerario" giudicato inutile o, al meglio, come riserva.

**Diagnosi preimpianto:** è il velo pietoso con cui si copre la sostanza della selezione eugenetica, allo scopo di evitare il trasferimento in utero degli embrioni malati.

**Epidosembrione:** dal greco *epidosis*, letteralmente sopra-dono, cioè dono a beneficio dell'interesse comune, viene l'*epidos-embryos*, vale a dire l'embrione creato in vitro che, non più utilizzato, viene "donato" alla scienza.

**Eterologa (fecondazione):** è, nella realtà, una fecondazione adulterina, cui si aggiunge, da parte del donatore/donatrice, il vero e proprio reato di abbandono di minore, qui graziato *ante factum* in virtù del "dono", che spesso è retribuito.

**Genitori potenziali:** sono i genitori degli embrioni surgelati e immagazzinati sotto azoto liquido (a - 270° circa) e in deposito a loro disposizione.

**Gravidanza:** per consentire gli aborti precocissimi provocati dalla "pillola del giorno dopo" ed equiparare le gravidanze artificiali a quelle naturali si è cercato di trasferire l'inizio della gravidanza dalla fecondazione o concepimento (nelle tube) all'impianto o nidazione in utero del nuovo concepito *in vitro*. Che anche la primissima condizione della donna portatrice di un concepito sia gravidanza è confermato, per esempio, dal caso di una "gravidanza extrauterina", che secondo la logica del legalese, non potrebbe chiamarsi così.

**Procreatica:** è la scienza della fecondazione artificiale umana, di cui rappresenta la Nuova Frontiera, cioè le prospettive del concepimento senza maschio, della maternità in (e oltre la) menopausa, della maternità surrogata, dell'utero artificiale e persino l'ipotesi di una gravidanza maschile.

**Soprannumerari:** sono gli embrioni creati in numero superiore a quello necessario e destinati al crudele e incerto destino della crioconservazione, del decadimento e della morte.

<sup>1</sup>G. Ceronetti, *L'umanità infelice per nascita*, in "La Stampa", 19 giugno 1998.

# GLOSSARIO

a cura di *Ilaria Nava\**

**Il presente “Glossario” contribuisce a rendere più agevole ed accessibile a non specialisti la terminologia scientifica cui si riferiscono i contributi presenti nel Quaderno.**

**Cellule staminali:** cellule progenitrici presenti in tutti i tessuti umani (muscoli, ossa, midollo spinale), non ancora “specializzate” in una determinata funzione e in grado di trasformarsi, almeno teoricamente, in qualunque tipo di cellula umana.

**Crioconservazione:** tecnica che consente la conservazione a lungo termine mediante congelamento. Il termine si può applicare sia ad embrioni già concepiti sia a gameti.

**Diagnosi genetica preimpianto (DGP) o Pre-implantatory genetic diagnosis (PGD):** metodologia complementare alle tecniche di diagnosi prenatale, che permette di identificare la presenza di malattie genetiche o di alterazioni cromosomiche in embrioni generati in vitro, in fasi molto precoci di sviluppo, prima del loro impianto in utero. Vengono prelevate una o due cellule (blastomeri) il cui DNA viene analizzato in relazione al tipo di malattia genetica da diagnosticare. Gli embrioni che risulteranno non affetti dalla patologia genetica, si trasferiranno in utero per ottenere una gravidanza senza la specifica malattia. Il rischio di errore nella diagnosi oggi si attesta intorno al 30%. Le malattie per le quali è oggi possibile la diagnosi genetica pre-impianto sono soltanto una piccola parte delle malattie genetiche conosciute.

**Embrione:** nuovo organismo umano derivato dall’unione di gameti differenziati, maschili e femminili. L’embrione si sviluppa gradualmente ed in maniera coordinata e continuativa da uno stadio monocellulare (zigote) fino al raggiungimento della forma e dell’organizzazione complessa tipica dell’individuo adulto, capace di vita autonoma, senza interruzioni nel processo di sviluppo.

**Eterologa:** fecondazione artificiale in cui uno o entrambi i gameti appartengono a soggetti esterni alla coppia.

**Fecondazione artificiale:** esistono numerose tecniche per realizzarla. La principale distinzione riguarda le tecniche di fecondazione artificiale extracorporea e le tecniche di fecondazione artificiale intracorporea. La fecondazione artificiale extracorporea è l’insieme di quei processi tecnici che consentono la creazione di un

\* *Giornalista.*

embrione in provetta, con successivo trasferimento nel corpo della donna. La tecnica più utilizzata è la FIVET.

Con le tecniche di fecondazione artificiale intracorporea la fecondazione avviene nel corpo della donna. Le tecniche più utilizzate sono la GIFT (in cui la cellula uovo e spermatozoi vengono trasferiti nella tuba di Falloppio) e l'inseminazione artificiale (IA – tecnica con la quale gli spermatozoi vengono trasferiti nelle vie genitali femminili).

Entrambe queste tecniche possono essere omologhe o eterologhe. Nel primo caso i gameti (ovociti femminile e spermatozoi maschili) appartengono ai due membri della coppia, nel secondo uno o entrambi i gameti appartengono ad un soggetto terzo rispetto alla coppia.

**Gameti:** cellule germinali prodotte dalle gonadi (ovaio e testicolo), dotate di un corredo cromosomico aploide che per la specie umana comprende 22 cromosomi, detti autosomi, e un cromosoma sessuale: X per il gamete femminile (ovocita), X o Y per il gamete maschile (spermatozoo).

**PMA:** vedi fecondazione artificiale.

**Ovocita:** cellula germinale femminile contenuta nell'ovaio. Ogni mese un ovocita arriva a maturazione provocando l'ovulazione.

**Sindrome da iperstimolazione ovarica:** costituisce una delle più importanti complicanze della induzione controllata dell'ovulazione. Si caratterizza per un incremento eccessivo delle dimensioni delle ovaie e per la comparsa di alterazioni della permeabilità dei vasi capillari che determina un passaggio di liquidi dal sistema vascolare a livello degli spazi extravascolari. È potenzialmente letale.

**Spermatozoo:** cellula germinale maschile prodotta nel testicolo.

**Sterilità:** incapacità di una coppia, in età normalmente feconda, di ottenere una gravidanza dopo un anno di rapporti sessuali senza usare metodi anticoncezionali.

**Utero:** organo cavo che ospita l'embrione e ne permette lo sviluppo fino al momento del parto. All'interno ha uno strato di mucosa molto vascolarizzato, detto endometrio.

**Zigote:** vedi embrione.

## GLI AUTORI



**Paola Ricci Sindoni**, ordinario di Filosofia Morale, insegna Etica e grandi religioni presso la Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Messina. I suoi interessi di studio sono orientati in prevalenza verso la filosofia tedesca del Novecento, il pensiero ebraico moderno e contemporaneo, la cristologia filosofica, la mistica nelle grandi religioni e il pensiero femminile. Ha pubblicato numerosi saggi in riviste italiane e partecipato come relatrice a vari convegni internazionali. Fa parte del consiglio direttivo di vari organismi, come il Centro internazionale di fenomenologia, l'Associazione internazionale dei filosofi della religione, il Centro di Etica generale e applicata dell'Università di Pavia. Già membro del Comitato Nazionale di Bioetica. Vice-presidente dell'Associazione Scienza & Vita.



**Paolo Marchionni**, medico, specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni presso la Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ha collaborato con il Centro di Bioetica di tale Ateneo. Attualmente è dirigente medico-legale presso la ASUR Marche-Zona Territoriale n. 1, presidente del Comitato Etico della AO "Ospedale San Salvatore" di Pesaro, vice-presidente del Comitato Etico di Area Vasta Romagna/IRST, con sede a Cesena. È docente invitato di Bioetica speciale al ISSR "Giovanni Paolo II" della Arcidiocesi di Pesaro.



**Maria Luisa Di Pietro**, professore associato di Bioetica all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Medico chirurgo, si è specializzata in Endocrinologia e in Medicina Legale e delle Assicurazioni. Membro del Comitato Nazionale per la Bioetica. Presidente del Comitato Etico dell'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma. Membro della Pontificia Accademia per la Vita; professore incaricato di Bioetica e famiglia, Pontificio Istituto "Giovanni Paolo II" per Studi su matrimonio e famiglia, Pontificia Università Lateranense, Roma. Autrice di numerosi volumi tradotti anche in spagnolo, portoghese e coreano. I suoi interessi principali sono rivolti all'educazione della salute, alla consulenza etica, alla ricerca sulle staminali, alla fecondazione artificiale, alla prevenzione e terapia della infertilità, all'obiezione di coscienza. Già copresidente nazionale dell'Associazione Scienza & Vita.



**Dino Moltisanti**, dottore di ricerca in Bioetica presso l'Istituto di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, membro della Redazione della Rivista Internazionale di Bioetica "Medicina e Morale", docente di Bioetica presso Lauree triennali all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Campobasso e Roma, docente di "Filosofia dell'uomo e della corporeità" presso il Corso di Perfezionamento in Bioetica dell'Ucsc e di "Bioetica e Formazione" presso il Master in Bioetica della stessa Università. È segretario della Federazione Internazionale dei Centri ed Istituti di Bioetica di Ispirazione Personalista (FIBIP). Autore di diverse pubblicazioni su riviste scientifiche di bioetica.



**Assuntina Morresi**, è sposata e ha quattro figli. Professore associato di Chimica Fisica all'Università di Perugia, è autrice di più di settanta pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali nel settore della Chimica Fisica, e di un centinaio di contributi a congressi nazionali ed internazionali. È componente del Comitato Nazionale per la Bioetica, editorialista del quotidiano *Avvenire*. Insieme a Eugenia Roccella ha scritto *La favola dell'aborto facile - Miti e realtà della pillola Ru486*, ed. Franco Angeli, 2006, primo libro in Italia sull'aborto chimico. Si occupa prevalentemente degli aspetti scientifici delle problematiche inerenti alla bioetica.



**Palma Sgreccia**, è docente stabile di filosofia presso l'Istituto Teologico Camillianum, dottore di ricerca in bioetica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, docente invitato presso la Facoltà di bioetica dell'Università Pontificia Regina Apostolorum e presso l'ISSR "Giovanni Paolo II" della Arcidiocesi di Pesaro (incorporato all'Università Lateranense), coordinatore scientifico del Master in Bioetica e diritti umani organizzato dal Camillianum e dalla Università LUMSA. Tra le sue pubblicazioni:

*Il pensiero di Luigi Pareyson. Una filosofia della libertà e della sofferenza* (2006), *La dinamica esistenziale dell'uomo. Lezioni di filosofia della salute* (2008).



**Lucio Romano**, copresidente nazionale dell'Associazione Scienza & Vita. Dirigente ginecologo del Dipartimento Scienze Ostetrico Ginecologiche, Università degli Studi di Napoli "Federico II" e docente al Corso di Laurea Specialistica in Scienze Ostetriche. Docente di Bioetica presso la Facoltà di Bioetica dell'Ateneo Pontificio Regina Apostolorum di Roma. Specialista in Ginecologia e Ostetricia, e in Fisiopatologia della Riproduzione Umana ed Educazione Demografica. Dottore di ricerca in Bioetica. Autore di 130 articoli, in ambito ostetrico-ginecologico e bioetico, pubblicati su riviste specializzate. Giornalista pubblicista.



**Emanuela Lulli**, ginecologa, perfezionata in Bioetica. Socio fondatore della Associazione “Donum vitae” per la promozione della Pastorale della Vita e della A.Ma.M.B. (Associazione Marchigiana Metodo Billings). Partecipa a progetti di promozione dell’educazione della sessualità nelle scuole e in gruppi di adolescenti e giovani. Nel 2005 ha fatto parte del Comitato Scienza&Vita per la legge 40, partecipando alla campagna promozionale come testimonial. È inoltre socio fondatore della Associazione Scienza & Vita, e dal giugno 2009 fa parte del Consiglio Esecutivo della stessa.



**Eleonora Porcu**, medico chirurgo, specialista in Ostetricia e Ginecologia, responsabile del Centro di sterilità e Procreazione Medicalmente Assistita del Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna. Ricercatore universitario confermato dell’Università di Bologna. Membro di numerose società scientifiche nazionali e internazionali. Vincitrice di numerosi premi nazionali e internazionali nel proprio campo specifico di ricerca. Membro delle Commissioni del Ministero della Salute “La Salute Delle Donne” (2007-2009), “Gli embrioni crioconservati nei centri PMA” (2009), “Norme di Qualità nei Centri PMA” (2009). Membro del Consiglio Superiore di Sanità. Membro del Comitato Etico dell’Ateneo di Bologna. Docente in diversi corsi di laurea e specializzazione della facoltà di medicina dell’università di Bologna. Autrice di 135 pubblicazioni internazionali e 137 pubblicazioni nazionali, Impact Factor globale: 239.



**Clementina Peris**, laurea in Medicina e Chirurgia, 1975. Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, 1979. In servizio presso ASO OIRM - S. Anna di Torino dal 1979. Ha collaborato alla fondazione e all’attività del Centro FIVER dell’Osp. S. Anna di Torino dal 1983 e ne è stata responsabile dal Novembre 1995 al Dicembre 2008. Responsabile dal Febbraio 2009 della Struttura Semplice Dip. Ginecologia Endocrinologica e Medicina della Subfertilità-Sterilità dell’ASO OIRM - S. Anna. Ha pubblicato circa 150 lavori scientifici relativi a temi di ginecologia endocrinologica e di patologia della riproduzione umana. Docente di Terapia Medica della Sterilità Femminile dall’anno accademico 2000/2001 a tuttora alla scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia dell’Università di Torino e della Scuola post-universitaria di Ginecologia Endocrinologica della “Fondazione Confalonieri di Ragonese” di Milano dal 1998 al 2006.



**Paola Pellicanò**, medico, lavora dal 1988 presso il Centro Studi e Ricerche per la Regolazione Naturale della Fertilità dell’Università Cattolica del S. Cuore di Roma, svolgendo attività di consulenza sulla regolazione naturale della fertilità a coppie che ricercano o desiderano distanziare la gravidanza, didattica universitaria e formazione di insegnanti e formatori del Metodo Billings, promozione culturale in ambito pubblico ed ecclesiale, attività congressuale in Italia e all’estero. Autore di svariati articoli su temi inerenti la fertilità, la sessualità e l’educazione all’amore e co-autore del Libro *Secondo il mio cuore. Sessualità, affettività e vocazione all’amore: un itinerario formativo, un cammino spirituale*, (S. Paolo, 2001).



**Daniela Notarfonso**, medico bioeticista, ha collaborato con Istituto di Bioetica dell’UCSC. Dal 2003 lavora come direttore sanitario e consulente bioetico per il Consultorio Familiare della Diocesi di Albano, Centro Famiglia e Vita di Aprilia e dal 2007 ne è il Direttore; svolge servizio di consulenza bioetica per l’Ufficio della Pastorale Sanitaria della stessa Diocesi. Collabora con la rivista Città Nuova, quindicinale del Movimento dei Focolari. Dal 2000 è membro del Coordinamento regionale del Lazio del “Movimento politico per l’Unità” (Movimento dei Focolari). Il suo impegno, rivolto alla promozione ed alla difesa dei diritti della persona umana e della famiglia, declina la riflessione bioetica all’interno delle problematiche attuali di esclusione ed emarginazione sociale. Dal giugno 2009 è Vicepresidente nazionale dell’Associazione Scienza & Vita.



**Filippo Vari**, professore associato di Diritto costituzionale presso la Facoltà di Giurisprudenza dell’Università Europea di Roma, ove insegna anche Istituzioni di Diritto pubblico. È autore di scritti riguardanti le fonti del diritto, la famiglia, la guerra, la tutela della vita, la libertà di ricerca, nella prospettiva del diritto costituzionale. Si è occupato diffusamente della procreazione artificiale nel volume *Concepito e procreazione assistita. Profili costituzionali*, I, Cacucci editore, Bari 2008.



**Carlo Casini**, è nato a Firenze il 4 marzo 1935. Coniugato, ha quattro figli, risiede a Firenze. Laureato in giurisprudenza, entra in magistratura nel 1961. È stato Parlamentare italiano dal 1979 al 1994 e parlamentare europeo dal 1984 al 1999. Rieleto nel 2006 al Parlamento europeo, attualmente è presidente della Commissione affari costituzionali. È docente di diritto internazionale, di diritti umani e di bioetica presso il Pontificio Ateneo Regina Apostolorum di Roma dal 2002. Dal 1990 è presidente del Movimento per la Vita italiano, di cui è stato uno dei fondatori nel 1975, ed è membro della Pontificia Accademia per la vita. Dal 2002 al 2006 è stato membro del Comitato Nazionale per la Bioetica, e dal 2005 al 2006 dell’European Group on Ethics. Già membro del Consiglio Esecutivo di Scienza & Vita, del direttivo del Forum delle associazioni familiari, del Forum delle associazioni e movimenti di ispirazione cristiana operanti nel campo socio-sanitario, associazioni che ha contribuito a fondare. Autore di molte pubblicazioni in materia di diritti umani, giustizia, famiglia, tossicodipendenza, bioetica. Relatore sui medesimi temi in molti congressi scientifici internazionali in Italia, Argentina, Brasile, Messico, Portogallo, Francia, Spagna, Germania, Polonia, Croazia, Albania, Slovacchia.





**Marina Casini**, nata a Firenze vive e lavora a Roma con marito e figlio. Laureata in Giurisprudenza, è ricercatrice confermata di Bioetica (settore disciplinare MED 43 – Medicina Legale) presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia “A. Gemelli”, Università Cattolica del S. Cuore (sede di Roma). È docente di bioetica presso alcuni Corsi di Laurea triennali per operatori della sanità e al Corso di Bioetica Livello base e Livello avanzato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Nella sua attività didattica e di ricerca si occupa della dimensione giuridico-legislativa della bioetica e dei profili della deontologia professionale in ambito sanitario. È autrice e co-autrice di numerose pubblicazioni in tema di biodiritto, diritti umani e bioetica, aborto, statuto dell’embrione umano, procreazione assistita, testamento biologico, eutanasia, obiezione di coscienza.



**Paola Dalla Torre**, docente di Storia e Critica del Cinema presso la Facoltà di Lingue dell’Università della Tuscia di Viterbo e presso la facoltà di lettere e filosofia dell’Università LUMSA di Roma, collabora a corsi di insegnamento presso la Pontificia Università San Tommaso d’Aquino di Roma. Pubblicista, collabora con l’agenzia di stampa SIR e con TV2000.



**Giovanna Costanzo**, laureata in Filosofia presso l’Università degli Studi di Messina, dal 2000 svolge regolare attività didattica di tipo seminariale presso la cattedra di Filosofia Morale della Facoltà di Lettere e Filosofia della medesima università. Nel 2003 ha conseguito il titolo di Dottore di Ricerca in Metodologie della Filosofia presso l’Università degli Studi di Messina e ha vinto il concorso per il conferimento dell’Assegno di ricerca per collaborazione ed attività di ricerca scientifica. Nel 2004 ha conseguito il Master in Bioetica e Sessuologia presso la Pontificia Università Salesiana di Messina e nel 2008 il Baccalaureato in Teologia presso la stessa Università. Attualmente le è stata assegnata una borsa di studio di durata biennale per attività post-dottorato in “Metodologie della Filosofia” ed è membro del comitato scientifico della rivista *Itinerarium*.



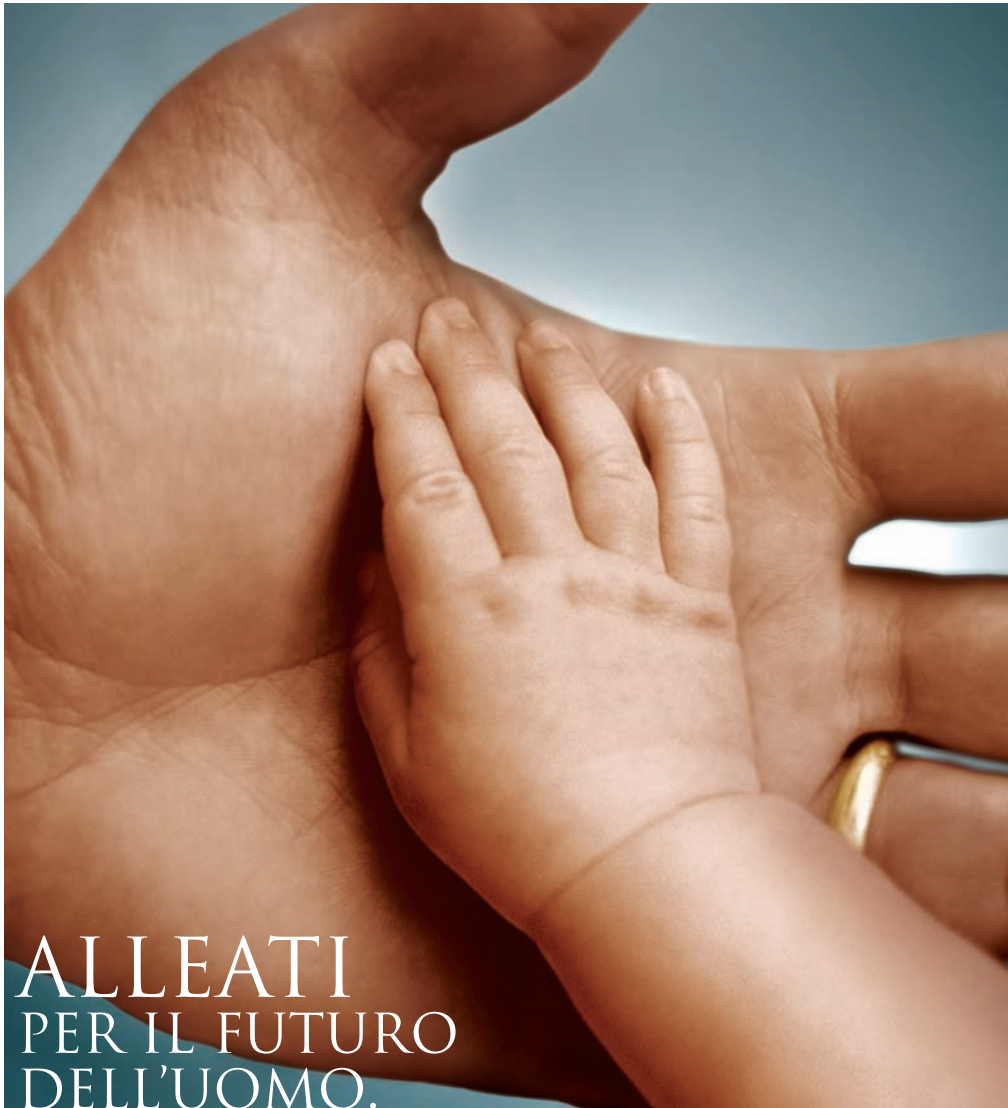
**Anna Delle Foglie**, laureata in Storia dell’Arte all’Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e diplomata presso la Scuola Vaticana di Biblioteconomia, attualmente ricopre l’incarico di archivista presso l’Archivio della Conferenza Episcopale Italiana. Dottorando di ricerca in storia dell’arte presso l’Università degli Studi La Sapienza, Roma e cultore della materia per l’insegnamento di Storia della Miniatura alla Scuola Speciale per Archivisti e Bibliotecari, Università degli Studi La Sapienza, Roma. Pubblica in riviste scientifiche e cataloghi di mostre, nell’ambito della storia dell’arte medievale e moderna e dell’iconografia sacra.



**Pier Giorgio Liverani**, nato a Verona, vive e lavora a Roma. Laureato in Giurisprudenza, giornalista e scrittore. Già direttore di *Avvenire*, cui collabora tuttora come opinionista. È direttore responsabile oltre che de “I Quaderni Scienza & Vita”, anche di “Sì alla vita”, il mensile del Movimento per la Vita italiano; collabora a numerose pubblicazioni cattoliche. È stato tra i fondatori dell’Unione Cattolica della Stampa Italiana (UCSI, l’associazione professionale dei giornalisti cattolici) e del Copercom (Coordinamento di associazioni per la comunicazione). È membro del Consiglio Nazionale degli Utenti presso l’Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni.



**Ilaria Nava**, laureata in Giurisprudenza alla Università Statale di Milano, dopo essersi occupata di cronaca per la stampa locale, nel 2006 inizia a scrivere per *Avvenire*, dedicandosi in particolare ai temi legati alla bioetica e alla famiglia. Dal 2008 è entrata a far parte della redazione di *Piùvoce.net* e dell’ufficio stampa dell’Associazione Scienza & Vita. Nell’anno accademico 2008/09 è stata nominata “cultore della materia” presso la cattedra di Bioetica dell’Università Roma Tre.



ALLEATI  
PER IL FUTURO  
DELL'UOMO.  
UNA SCELTA  
DI VITA.



**La vita umana è il bene più prezioso.** L'Associazione Scienza & Vita è impegnata a rispettare, difendere e promuovere l'Essere Umano. Sempre.  
**Dall'inizio alla fine naturale.**

Scienza & Vita nasce per tutelare e promuovere la vita di ogni essere umano in tutte le fasi della sua esistenza e, in modo particolare, quando essa è più vulnerabile: all'inizio e alla fine del ciclo vitale, nella malattia, nella disabilità. È in questa ottica, che Scienza & Vita affronta le grandi e crescenti sfide nel campo della biomedicina, sfide così significative per l'umanità da interrogare la coscienza di tutti e da non potere essere risolte solo sulla base della praticabilità tecnica.

Scienza & Vita promuove dunque la riflessione e il dialogo e aiuta, attraverso un'opera di formazione e informazione, a dare consapevolezza di ciò che la ricerca e la pratica clinica sono oggi in grado di realizzare e dei limiti che non possono essere oltrepassati senza ledere i capisaldi fondamentali della comune natura umana.

Scienza & Vita incoraggia una scienza in grado di rispettare, difendere e migliorare la vita di ogni essere umano, che eviti ogni forma di abuso e di manipolazione. Una scienza che si lasci interpellare e, quando necessario, anche criticare e correggere, che sappia rispondere e servire con umiltà una società che le si affida, ma che le chiede anche di non sottrarsi all'attenta vigilanza dell'etica e dei diritti umani.

A Scienza & Vita aderiscono quanti, pur provenendo da aree culturali e da credi diversi, sono convinti del dovere di tutelare la vita e la dignità di ogni essere umano dal concepimento alla morte, ma anche una scienza che sia veramente al servizio dell'umanità.

L'Associazione Scienza & Vita svolge la sua attività nel Paese attraverso la fondamentale funzione di supporto delle sue associazioni locali distribuite in tutto il territorio nazionale.

## LE ASSOCIAZIONI SCIENZA & VITA SUL TERRITORIO NAZIONALE



REGIONI & Località	Presidenti e copresidenti	Professioni	e-mail
<b>AREA NORD</b>			
<b>EMILIA ROMAGNA</b>			
Bassa Reggiana (RE)	Ivano Argentini	medico chirurgo	ivanoamail@yahoo.it
Carpi-Mirandola (MO)	Silvia Pignatti	avvocato	silviapignatti@libero.it
	Mario Santangelo	medico chirurgo, neurologo	santangelomcm@tiscalinet.it
Cervia (RA)	Massimo Marangoni	architetto	max@plasticiarchitetonici.com
Cesena	Antonella Pragliola	biologa genetista	antonella.pragliola@libero.it
Ferrara	Chiara Mantovani	medico chirurgo	chiaramm@infinito.it
Modena	Giovanni Battista Cavazzuti	medico chirurgo, pediatra	g.cavazzuti@virgilio.it
Piacenza	Piergiorgio Poisetti	medico chirurgo, nefrologo	pgpoisetti@libero.it
Ravenna	Donatella Laghi	medico specialista in medicina dello sport	pellerig@libero.it
Reggio Emilia	Nunziata D'abbiero	medico chirurgo	dabbiero@interfree.it
San Giorgio di Piano (BO)	Giorgio Bonora	agente immobiliare	giuliana.giorgio@tiscali.it
Sassuolo (MO)	Maria Pagano	avvocato praticante	marypag79@yahoo.it
Terre D'Acqua (BO)	Massimo Zambelli	insegnante di religione cattolica	massimo@orarel.com
Parma	Umberto Squarcia	ordinario pediatria e cardiologia pediatrica	umberto.squarcia@unipr.it
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>			
Sacile (PN)	Angelo Montanari	ordinario di informatica Univ. Udine	angelo.montanari@dimi.uniud.it
Trieste	Giuliano Auber	medico chirurgo, ginecologo	giuliano.auber@virgilio.it
Udine	Francesco Comelli	medico chirurgo	fr.comelli@gmail.com
<b>LIGURIA</b>			
Genova	Gemma Migliaro	medico chirurgo, anestesista	gemmamigliaro@fastwebnet.it
	Enrico Bet	avvocato	enrico@avvbet.it
Genova Quarto	Marco Cingolani	medico chirurgo, allergologo, pediatra	marcocingolani@ospedale-gaslini.ge.it
Ingauna (SV)	Ginetta Perrone	insegnante	scienzaevitaingauna@libero.it
<b>LOMBARDIA</b>			
Bassa Comasca (CO)	Paolo Gamba	assist. di direzione amministr./finanziaria	scienzaevita_co@yahoo.it
Bergamo	Giambattista Guizzetti	medico chirurgo, geriatra, gerontologo	gbguizzetti@alice.it
Brescia	Ornella Parolini	biologa	scienzaevitabrescia@tiscali.it
	Massimo Gandolfini	medico neurochirurgo	
Crema (CR)	Paolo Votta	medico chirurgo	pvotta@libero.it
Cusano Milanino (MI)	Emilio Minelli	medico chirurgo, di base	lager@interfree.it
	Giusy Scotti	docente	scottigiusy@gmail.com
Lodi	Fabrizio De Ponti	ordinario di farmacologia	fabrizio.deponti@unibo.it
	Salvatore Franco Ciccarello	dirigente d'azienda	info@scienzaevitamantova.it
Mantova	Nicola Natale	medico chirurgo, ginecologo	scienzaevita.milano@tiscali.it
Pogliano Milanese (MI)	Francesco Chiesa	libero professionista	churchone@virgilio.it
	Antonio Ercoli	medico chirurgo	scienzaevita.va@libero.it
Varese			
<b>PIEMONTE</b>			
Moncalieri (TO)	Pietro Bucolia	promotore finanziario	pietrobucolia@yahoo.it
Torino 1	Annamaria Poggi	ord. scienze della formaz. Univ. di Torino	segreteria.scienzaevita@gmail.com
Torino 2	Fabrizio Clari	ingegnere	fabrizio.clari@fastwebnet.it

REGIONI & Località	Presidenti e copresidenti	Professioni	e-mail
Vercelli	Franco Balzaretto	medico chirurgo	balzaretto@tin.it
Cuneo	Giorgio Groppo	geometra, libero professionista	studio.groppo@libero.it
<b>TRENTINO ALTO ADIGE</b>			
Bolzano	Daniele Varalta	funzionario di banca	vardan@virgilio.it
<b>VALLE D'AOSTA</b>			
Aosta	Renato Mancinelli	account manager	renato.mancinelli@eni.it
<b>VENETO</b>			
Bovolone (VR)	Ivonne Bedoni	commerciante	ivonneblu@hotmail.com
Rovigo	Luca Busson	medico chirurgo, geriatra	scienzaevita.rovigo@libero.it
Venezia	Bruno Mozzanega	medico chirurgo, ginecologo	scienzaevita.ve@libero.it
Padova	Daria Minucci	medico chirurgo, ginecologo	daria.minucci@unipd.it
<b>AREA CENTRO</b>			
<b>ABRUZZO</b>			
Chieti	Vincenzo Ginefra	medico chirurgo, odontostomatologo	ginefravincenzo@hotmail.it
L'Aquila	Arnaldo Foresti	medico chirurgo, cardiologo, internista	gbaliva1@virgilio.it
<b>LAZIO</b>			
Frosinone	Benedetto Del Vecchio	giurista, bioeticista	b_delvecchio@alice.it
Golfo di Gaeta (LT)	Adele Caramico	docente	adele.caramico@fastwebnet.it
Latina	Emmanuele Di Leo	resp. com. fac. di bioetica APRA	scienza.vita.latina@gmail.com
Roma 1	Gianluigi De Palo	giornalista	scienzaevitaroma@tiscali.it
Roma 2	Giovanni Maria Pirone	medico chirurgo	giovanni.pirone@tiscali.it
Roma 4	Antonio Ventura	ingegnere	av101@tiscali.it
Roma 5	Umberto Borzi	pensionato	scienzaevita.roma5@libero.it
Roma 6	Paolo Diotallevi	medico chirurgo, radiologo, bioeticista	direzione@eosmed.it
	Marcello Sergio	medico ginecologo	marcello.sergio@inwind.it
Viterbo	Andrea Filoscia	medico chirurgo, radiologo	afiloscia@sirm.org
Rieti	Luigi Conti	imprenditore	battaglieculturali@tiscali.it
<b>MARCHE</b>			
Ascoli Piceno	Giampietro Spinelli	pensionato	giampietrosinelli@libero.it
Macerata	Giovanni Borroni	medico chirurgo	gioborr@tin.it
Pesaro Fano e Urbino	Paolo Marchionni	medico legale, bioeticista	paolomarchionni2002@libero.it
<b>TOSCANA</b>			
Arezzo	Lorenzo Schoepflin	ingegnere meccanico	lorenzo79@arezzogiovani.it
Casalguidi (PT)	Beatrice Gorbi	impiegata amministrativa	beagorbi@libero.it
Firenze	Marcello Masotti	direttore amministrativo	marcellomasotti@tin.it
Castelfiorentino (FI)	Letizia Marino	ins. di religione cattolica, pedagogista clinico	tomael@tiscali.it
Grosseto	Gianfranco Amato	avvocato	gianfrancoamato3@virgilio.it
Lucca	Silvana Giambastiani	avvocato	scienzaevitalucca@yahoo.it
Pisa e Livorno	Arduino Aldo Ciappi	avvocato	ciappial@tin.it
Pistoia	Umberto Maria Reali	medico chirurgo, docente universitario	scienzaevita.pistoia@email.it
Pontremoli Lunigiana (MS)	Cristian Ricci	pubblicista, consulente sicurezza aziendale	info@scienzaevitalunigiana.it
San Miniato (PI)	Stefano Giannarelli	ingegnere	scienzaevita.sanminiato@gmail.com
Siena	Paolo Delprato	dirigente bancario	scienzaevitasiena@libero.it



REGIONI & Località	Presidenti e copresidenti	Professioni	e-mail
<b>UMBRIA</b>			
Spoletto (PG)	Maria Di Lena Amici	farmacista	mariadilena@tiscali.it
	Maurizio Silvestri	medico chirurgo, ginecologo, oncologo	silvestrimaurizio@yahoo.it
Perugia	Assunta Morresi	docente universitario di chimica fisica	morresi@unipg.it
<b>AREA SUD</b>			
<b>BASILICATA</b>			
Matera	Giacinta Moliterni	docente matematica e fisica	cinziamoliti@tin.it
	Assunta Gallotta	avvocato	studiodilegalegallotta@email.it
<b>CALABRIA</b>			
Crotone	Giancarlo Cerrelli	avvocato	giancerre@tin.it
Cosenza	Giovanna Scarcello	medico chirurgo, endocrinologo	scienzaevita.cosenza@gmail.com
Lamezia Terme (CZ)	Vincenzo Massara	avvocato	massara40@libero.it
Marina di Caulonia (RC)	Giuseppe Cavallo	giornalista, maestro d'arti marziali	giuseppe.cavallo@yahoo.it
Oppido Palmi (RC)	Maria Angela Rechichi	medico chirurgo, bioeticista	rechichimariangela@tiscali.it
<b>CAMPANIA</b>			
Caserta	Rosario Dores	professore	rosdores@gmail.com
Frattammaggiore (NA)	Gianluca Irollo	farmacista	g.irollo@libero.it
Giugliano (NA)	Antonio Belardo	medico chirurgo	antbela@libero.it
Grottaminarda (AV)	Fernando Antonio Pascuccio	docente scuole medie superiori	pascuccio@inwind.it
Monti Lattari (NA)	Antonino Alfano	resp. patronato-caf/consul. finanziario	info@scienzaevita-montilattari.org
Salerno	Gerardo Falcone	architetto	falcone.gerardo@libero.it
Sorrento - Castellammare (NA)	Berrino Liberato	ordinario di farmacologia II Univ. di Napoli	liberato.berrino@unina2.it
<b>MOLISE</b>			
Venafro (IS)	Angela Scungio	medico chirurgo	angela.scungio@virgilio.it
<b>PUGLIA</b>			
Altamura (BA)	Saverio Loiudice	medico chirurgo	saverioloiudice1960@libero.it
Bari	Filippo Maria Boscia	medico chirurgo	filippo.m.boscia@virgilio.it
Bisceglie (BA)	Maria Giulia Dell'Olio	avvocato	mariagiulia.dellolio@libero.it
Cerignola (FG)	Italia Buttiglione	docente in lettere scuole medie superiori	italia.buttiglione@alice.it
Corato (BA)	Carmela Pisciocchio	capo sala, bioeticista	dolotito@tin.it
Foggia	Elena di Cosmo	docente medicina e chirurgia Univ. di Foggia	labgamma02@libero.it
Galatina (LE)	Vincenzo Fasano	avvocato della Rota Romana	enzo@studiodilegalefasano.it
Maglie (LE)	Eugenio Vilei	medico chirurgo	eugeniovilei@hotmail.com
San Giovanni Rotondo (FG)	Gennaro Cera	medico chirurgo, bioeticista	g.cera@operapadrepio.it
<b>ISOLE</b>			
<b>SARDEGNA</b>			
Cagliari	Mauro Barberio	avvocato	mauraberio@tiscali.it
Sassari	Pietro Sedda	docente scuole medie superiori	gpes@email.it
Carbonia Iglesias	Anna Maria Loi	docente di religione	anna.maria.loi@alice.it
<b>SICILIA</b>			
Agira (EN)	Claudio Trovato	imprenditore	claudiofilt@tiscali.it
Catania	Giovanni Di Rosa	ordinario dir. privato Univ. Catania	gdiorosa@lex.unict.it
Giarre - Riposto (CT)	Angelo Rito Sciacca	medico chirurgo, pediatra	sciacca.rito@gmail.com
Messina	Giuseppe Pracanica	medico chirurgo, medico legale	scienzaevitamessina@virgilio.it
Rosolini (SR)	Giorgio Figura	docente religione cattolica	prof.religione@virgilio.it





# UNISCITI A CHI CREDE IN UNA SCIENZA CHE PROMUOVE LA VITA.

## **Attiva un'Associazione Scienza & Vita nella tua città.**

Per fare autentica divulgazione scientifica. Per proporre un punto di vista diverso da quello abitualmente pubblicizzato. Per offrire importanti occasioni di formazione e discussione a quanti sono realmente interessati a formarsi sui temi eticamente sensibili, relativi al bene intangibile della vita umana e della sua dignità dal concepimento alla morte naturale. Avrai a disposizione molteplici strumenti informativi, divulgativi e di approfondimento per essere subito aggiornato e per svolgere più facilmente la tua attività associativa.

*Per informazioni su come diventare Portavoce di Scienza & Vita nella tua città: 06.68192554 oppure [segreteria@scienzaevita.org](mailto:segreteria@scienzaevita.org)*







## LIBERTÀ DI PENSIERO. LIBERTÀ DI OPINIONE.

***I Quaderni di Scienza & Vita, la collana per approfondire e capire meglio il delicato rapporto tra il Progresso Scientifico e l'Essere Umano.***

Ne I Quaderni di Scienza & Vita le questioni d'attualità scientifica più complesse e che riguardano da vicino ognuno di noi – come l'eutanasia, la salute femminile, la ricerca sulle malattie genetiche, la fecondazione artificiale, l'identità sessuale e non solo – sono trattate in modo scientificamente esaustivo e senza pregiudizi. In ogni parola, paragrafo e pagina, ogni tematica è trattata con onestà intellettuale, cura e profondità di pensiero da parte di studiosi e scienziati autorevoli: biologi, giuristi, medici, antropologi, filosofi e altri ancora che, riga dopo riga, ti permetteranno di costruirti un'opinione davvero libera sul delicato rapporto tra scienza ed etica.

**Buona lettura.**



## I QUADERNI GIÀ PUBBLICATI



QUADERNI N.1

### **Né accanimento né eutanasia**

Novembre 2006

I saggi raccolti in questo quaderno forniscono un quadro generale della nostra concezione di morte: come è cambiata e perché, e quali sono i lati pericolosi di una situazione - quella cioè di un allungamento della vita umana mai conosciuto da nessuna società prima di noi - che presenta in apparenza aspetti solo positivi. Seguono spiegazioni - di buon livello scientifico ma comprensibili anche ai profani - delle questioni in discussione: cosa significa alimentazione artificiale, come si può definire l'accanimento terapeutico, cosa sono le terapie palliative, quali scenari legislativi apre la legalizzazione dell'eutanasia, anche sotto

la forma "leggera" del testamento biologico. A questi contributi informativi si affiancano riflessioni sul senso del rapporto tra il medico e il paziente e sul diritto a una vita e a una morte dignitosa. In proposito è essenziale domandarsi cosa si intende per "dignità umana" e come, nella nostra società, l'autonomia individuale venga considerata una condizione essenziale per definirla. Cessiamo forse di essere umani quando non siamo più - o non ancora - autonomi?

*(dall'Introduzione di Lucetta Scaraffia)*



QUADERNI N.2

### **Identità e genere**

Marzo 2007

Il secondo numero de I Quaderni di Scienza & Vita è dedicato alla nuova teoria dei *gender*, affrontata dai vari punti di vista: genetico (Dallapiccola), socioantropologico (Lacroix), filosofico (Palazzani), giuridico (Olivetti), psicologico (Poterzio). A questi si aggiungono alcuni articoli: una vivace polemica di Claudio Risé a proposito dell'accettazione delle coppie di fatto da parte di alcune amministrazioni regionali; un'analisi di Giulia Galeotti, che compara le legislazioni sul tema dei PACS negli altri paesi europei, e un contributo di Eugenia Roccella, che illustra il rapporto fra i vari tipi di femminismo e il *gender*. Per concludere,

abbiamo deciso di pubblicare in traduzione italiana il documento "Il genere: un problema multidisciplinare" della Conferenza Episcopale Francese, che oltre a offrire un esauriente rapporto sullo stato della questione degli studi, contiene nuovi e interessanti spunti interpretativi.

*(dall'Introduzione di Lucetta Scaraffia)*



## QUADERNI N.3 **Venire al mondo**

Giugno 2007

Il terzo numero de I Quaderni Scienza & Vita è dedicato al tema “Venire al mondo”, un evento il cui buon esito non dipende solo dalla salute della madre e del bambino.

Il mondo in cui il piccolo nato deve entrare, oggi, lo può infatti rifiutare: perché è stato concepito nel momento “sbagliato”, o in una situazione “sbagliata”, oppure perché non “è venuto bene” ed è un “prodotto difettoso”.

Venire al mondo, dunque, significa oggi passare indenni al seccaccio del desiderio della madre e del controllo dei medici, non più come esito naturale di un rapporto sessuale.

Oggi la possibilità di diagnosi prenatali più avanzate e quella di rianimare neonati anche di peso inferiore ai cinquecento grammi hanno reso più difficile l'applicazione della legge 194 e posto sul fronte della rianimazione neonatale nuovi problemi, che cerchiamo di affrontare in questo Quaderno partendo da un caso particolarmente significativo, quello “del bambino di Careggi” (si veda l'articolo di Morresi). Intorno a questo caso si dipartono più questioni: da una parte, la diagnosi prenatale e i problemi, medici ed etici, a essa connessi; dall'altra, la rianimazione di feti, abortiti e non, nati prima della venticinquesima settimana. Sono due questioni che in questo caso, così come in molti altri, si intrecciano – essendo la prima, cioè la diagnosi prenatale, la causa dell'altra, la nascita/aborto come prematuro – implicando nodi etici complessi come il rapporto fra innovazione scientifica e intervento sulla vita umana; e, ancora più in generale, il senso della gravidanza e del parto, la loro “naturalità” e il diritto per ogni essere umano di venire al mondo.

Altra questione esaminata è quella delle cure da dedicare ai “grandi prematuri”, cioè ai neonati che non arrivano a contare venticinque settimane di gestazione, e che ora, se pure solo in parte, possono essere salvati.

Ancora una volta, al centro della nostra riflessione è il valore della vita di fronte alle nuove possibilità offerte dalla scienza, cuore di ogni problema etico contemporaneo. Che si fa particolarmente delicato quando si tratta degli esseri umani più deboli e indifesi: i feti e i neonati prematuri.

*(dall'Introduzione di Lucetta Scaraffia)*

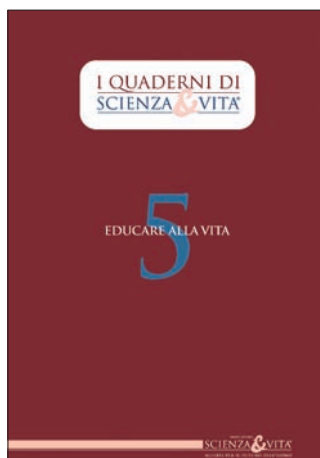


## QUADERNI N.4 **Sterilità maschile**

Maggio 2008

Se della sterilità si parla poco, quasi niente si parla della sterilità maschile, per molto tempo ignorata e nascosta perché, nelle culture occidentali, veniva confusa con l'impotenza, e quindi considerata una ferita vergognosa, lesiva dell'identità maschile. Nelle culture diverse dalla nostra, invece, non ha costituito un problema perché molto spesso era ignorato l'apporto maschile alla riproduzione. Invece, oggi, la gravità del problema impone che venga affrontato: la sterilità maschile è in costante aumento, ed è superiore a quella femminile arrivando a prendere le dimensioni di una malattia sociale. Con il quarto numero de I Quaderni di Scienza & Vita, che affronta il tema della sterilità maschile,

vogliamo mettere in luce un problema grave e nascosto, offrire un continente sommerso di informazioni e lanciare un allarme sociale, che si deve trasformare non solo in una maggiore attenzione alle cause ambientali della sterilità, ma anche in un invito alla ricerca medica di occuparsi maggiormente degli esseri umani curando la sterilità invece di privilegiare la fecondazione artificiale. *(dall'Introduzione di Lucetta Scaraffia)*



## QUADERNI N.5 **Educare alla vita**

Febbraio 2009

Da qualche tempo ormai il tema dell'educazione e delle sue difficili emergenze è entrato nell'agenda di lavoro delle maggiori istituzioni nazionali, sia politiche sia sociali. Anche l'Associazione Scienza & Vita con questo Quaderno intende interagire con il dibattito in corso, offrendo il suo contributo di idee progettuali e di esperienze operative. Le differenti voci, frutto delle diverse competenze, offrono un quadro d'insieme rivolto a custodire il primato della vita durante tutto lo svolgimento dell'avventura umana, colta come bene inderogabile, che ogni sano progetto educativo deve saper valorizzare e promuovere.

Questo quinto Quaderno si articola in quattro grandi aree: la prima prende in esame il tema a partire dalla narrazione della vita, passando attraverso l'educazione alle relazioni e ai legami, per finire con l'educazione alla scienza e la formazione al sentire morale. La seconda area propone il confronto tra due prospettive educative, quella laica e quella credente. La terza area mette a confronto alcune prospettive esistenziali, cioè l'educare all'accoglienza della vita, l'educare al mondo degli affetti e l'educare alla sofferenza. L'ultima area infine sottolinea quanto il difficile atto educativo non possa svolgersi che all'interno di una dimensione relazionale che va dalla famiglia sino alle associazioni di volontariato. Il quaderno si chiude con una nuova rubrica, quella dei "Percorsi tematici" nel cinema, nella letteratura e nell'arte figurativa. *(dalla Presentazione di Paola Ricci Sindoni e Paolo Marchionni)*



QUADERNI N.6

## **Biopolitica ed economia**

*Giugno 2009*

I temi della biopolitica e quelli dell'economia – solo apparentemente distanti – si intrecciano in modo ambiguo e problematico nell'attuale scenario politico-sociale globalizzato. Dall'approfondimento di queste tematiche emerge come soltanto le politiche che perseguono fini umanizzanti possono essere in grado di disciplinare la corsa dei biopoteri e dei mercati finanziari, riducendo i rischi dell'assoggettamento sempre più pervasivo dentro la vita umana, sia nel suo progetto individuale che sociale.

Questo sesto numero de I Quaderni di Scienza & Vita intende entrare nel vivo di questo dibattito, ricentrandolo sulle esigenze

e sul valore universale della persona, al di là di ogni tipo di discriminazione etica e civile.

*(dall'Introduzione di Paola Ricci Sindoni e Paolo Marchionni)*

**I Quaderni di Scienza & Vita sono distribuiti gratuitamente  
e scaricabili dal sito associativo:  
[www.scienzaevita.org/quaderni.php](http://www.scienzaevita.org/quaderni.php)**

L'Associazione Scienza & Vita è disponibile, ove possibile e senza impegno, ad inviare a coloro che ne facciano richiesta, e salvo esaurimento scorte, "I Quaderni di Scienza & Vita". In virtù dell'importanza attribuita alla divulgazione delle idee e informazioni sulle questioni bioetiche proposte nei Quaderni, è gradito un contributo a sostegno della stampa associativa, oltre al rimborso delle spese vive di spedizione.

**È possibile effettuare il versamento del contributo presso  
un qualsiasi ufficio postale o istituto bancario  
o direttamente on-line tramite il sito dell'associazione.**

- Con il bollettino di conto corrente postale intestato a:  
Associazione Scienza & Vita  
c.c. postale 75290387  
Lungotevere dei Vallati, 10 - 00186 Roma

oppure

- Con un bonifico bancario, intestato a:  
Associazione Scienza & Vita  
c.c. Banca Intesa Sanpaolo  
IBAN: IT09G0306905057615248407846

oppure

- Con carta di credito, sul sito internet [www.scienzaevita.org/donazione.php](http://www.scienzaevita.org/donazione.php)  
puoi versare online tramite un sistema protetto e sicuro.  
Se vuoi puoi anche ricevere una ricevuta.

Informiamo inoltre che, nel rispetto di quanto stabilito dal Decreto Legislativo 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), i dati personali saranno conservati nell'archivio elettronico dell'Associazione Scienza & Vita, titolare del trattamento ai sensi dell'art. 4 del citato decreto. Tale archivio è gestito direttamente dall'Associazione Scienza & Vita e i dati ivi contenuti non saranno oggetto di comunicazione o diffusione a terzi. Gli interessati potranno in ogni momento richiedere gratuitamente l'indicazione dell'origine dei propri dati, il loro aggiornamento, rettificazione, integrazione, cancellazione scrivendo a: Associazione Scienza & Vita - Lungotevere dei Vallati, 10 00186 Roma o inviando un'e-mail a: [segreteria@scienzaevita.org](mailto:segreteria@scienzaevita.org).

Per migliorare sempre più  
la qualità della collana “I Quaderni di Scienza & Vita”  
e per approfondire il dialogo con  
tutti coloro che sono interessati  
all’attività dell’Associazione,  
vi invitiamo a compilare  
il questionario nella sezione  
[www.scienzaevita.org/quaderni.php](http://www.scienzaevita.org/quaderni.php)

presente sul sito **www.scienzaevita.org**

Certi di potervi offrire una  
rivista sempre migliore grazie anche  
ai suggerimenti che perverranno,  
vi ringraziamo fin d’ora della vostra  
preziosa collaborazione.

Finito di stampare  
nel mese di Marzo 2010  
presso Mediagraf - Stabilimento di Roma - So.Gra.Ro.