

CAP. 6 LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

SCHEMA DEL CAPITOLO

1. La procreazione

1.1. Introduzione

1.2. Fecondazione intra-corporea

1.2.1. Inseminazione Artificiale (IA)

1.2.2. Trasferimento dei Gameti (GIFT)

1.3. Fecondazione extra-corporea

1.3.1. Fecondazione in vitro (FIVET)

1.3.2. Micromanipolazioni (ICSI)

1.4. Conclusione

2. La Legge 40/2004

2.1. L'importanza

2.2. Esame della Legge

2.3. "Linee guida" del 1 luglio 2015

2.4. Conclusione

3. Il futuro della Legge 40/2004

1. La procreazione

1.1. INTRODUZIONE

San Giovanni XXIII nell'enciclica *Mater e Magistra* sosteneva che la trasmissione della vita umana fu affidata dalla natura ad "un atto personale e cosciente e, come tale, soggetto alle leggi di Dio, immutabili e inviolabili"¹. E san Giovanni Paolo II ribadì: "La fecondità è il frutto e il segno dell'amore coniugale, la testimonianza viva della piena donazione reciproca degli sposi"². Questo atto è l'intima unione d'amore degli sposi che donandosi totalmente si aprono alla vita divenendo "pro-creatori", chiamati ad agire in sintonia con il progetto divino. Pertanto, l'azione procreativa insita nella sessualità umana, non ammette interferenze di estranei nel rapporto della coppia poichè rendono l'atto incompleto, spersonalizzato e disumanizzato. L'atto della coppia coinvolge "la totalità dell'essere dei coniugi", cioè il cuore, il corpo, la psiche e lo spirito in una reciproca donazione mostrando così l'altissima dignità della persona del figlio. Dunque, per la Dottrina cattolica, come già sottolineato in precedenza, la "responsabilità procreativa" si esprime come inscindibile unità dei due significati dell'atto coniugale: quello unitivo e quello procreativo.

Ma oggi il rapporto tra sessualità e procreazione, tra dimensione fisica, psichica ed affettiva e il dono totale e reciproco degli sposi, sono a volte annullati dall'intervento della tecnica medica che permette la procreazione umana all'esterno dal suo processo naturale di amore mediante la "fecondazione artificiale" "intra-corporea" ed "extra-corporea".

A volte, alcune coppie, mosse dal dramma della sterilità che fa apparire la loro

¹ GIOVANNI XXIII, *Mater e Magistra*, n. 8.

² GIOVANNI PAOLO II, *Familiaris consortio*, n. 28.

unione incompiuta o incompleta, oppure affascinate dall'errata mentalità del "diritto al figlio", si rivolgono alla tecnica medica.

Varie sono le tecniche.

*Per la fecondazione "intra-corporea":

-Inseminazione Artificiale (IA).

-Trasferimento dei Gameti (GIFT).

*Per la fecondazione "extra-corporea":

-Fecondazione in vitro e embryo-transfer (F.I.V.E.T);

-Micromanipolazione (I.C.S.A.).

Mentre è accettata, a determinate condizioni, quella "intra-corporea" in quanto il concepimento avviene nel luogo naturale, lo scindere la dimensione "unitiva" da quella "procreativa" rende per la Dottrina cattolica inaccettabile la fecondazione "extra-corporea". Ma anche in quella "intra-corporea" il mezzo tecnico deve risultare "non sostitutivo dell'atto coniugale, ma si deve configurare come una facilitazione ed un aiuto affinché esso raggiunga il suo scopo naturale"³.

1.2.FECONDAZIONE INTRA-CORPOREA

1.2.1.INSEMINAZIONE ARTIFICIALE (AI)

L'inseminazione artificiale consiste nel prelevare il seme maschile e introdurlo, appunto, artificialmente mediante una canula nel canale cervicale femminile e qui gli spermatozoi imboccano la tuba uterina e la fecondazione avviene con modalità naturali.

E' *omologa*, quando si avvale del seme del partner che però soffre, ad esempio, di difetti degli organi genitali maschili; è *eterologa* quando i gameti sono donati all'esterno della coppia, ad esempio per mancanza di spermatozoi.

La fecondazione intra-corporea *omologa*, è la pratica meno problematica a livello etico e giuridico, essendoci perfetta identità fra "genitori genetici" e "genitori giuridico-sociali". Il bioeticista, cardinale E. Sgreccia, invita ad utilizzare la tecnica con cautela, e soprattutto "deve trattarsi di un aiuto terapeutico e integrativo a far sì che l'atto coniugale, in sé completo in tutte le sue componenti (fisiche, psichiche, spirituali), possa aver effetto procreativo"⁴. Dunque, il mezzo tecnico, non deve risultare sostitutivo dell'atto coniugale, ma unicamente facilitarlo.

Nella modalità *eterologa* è presente un "terzo soggetto": il donatore del seme o la donatrice dell'ovulo; ciò implica problemi etici e giuridici. Questa presenza: costituisce la violazione dell'unità coniugale; una modalità particolare di concepire la famiglia; l'alterazione del rapporto figlio-genitori (la madre è totalmente mamma, il padre unicamente a livello legale e educativo, quindi è svuotata la paternità "biologica") con probabili ripercussioni anche nella famiglia. Osservava lo psichiatra e sessuologo W. Pasini: "Per le donne il rischio ricorrente è quello di sentirsi deluse dal proprio partner che viene 'squalificato' dalla maggior potenza del donatore, o anche di sentire inconsciamente di 'tradite' il partner coltivando così al tempo stesso sentimenti

³ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Donum vitae*, II, B, 6.

⁴ E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, Vol. I°, Vita e Pensiero, Milano 1996, pg. 320.

di aggressività e di colpa nei suoi confronti. Non meno difficile è la situazione dell'uomo, per il quale l'accettazione della tecnica eterologa da donatore, suppone la definitiva accettazione della propria sterilità⁵.

Anche a livello giuridico si pongono degli interrogativi.

-Quale dovrà essere il rapporto dei "nati" rispetto al donatore?

-Quali vincoli si pongono sull'anonimato di questo?

Si pone, poi, il problema dell'eventuale trasmissione di patologie genetiche. In Inghilterra, ad esempio, alcune madri, sollecitarono cospicui risarcimenti per il trasferimento di difetti genetici dal donatore al nato anche se la donazione del gamete dovrebbe rimanere anonima ed essere gratuita. In Italia, il Consiglio superiore di sanità (Ccss), ha approvato nel giugno 2015 "un regolamento" elaborato dal Ministero della Salute per recepire l'allegato 3 della Direttiva della Comunità Europea 17/2006, ponendo "paletti sanitari stretti" per tutelare la salute del concepito. Secondo questo regolamento è necessaria la mappa cromosomica del donatore accompagnata da esami approfonditi prima di utilizzare i gameti donati per la fecondazione eterologa. E' fissato anche il limite massimo di dieci nascite per ogni donatore e l'età entro cui è possibile donare gameti: uomini di età compresa fra i 18 e i 40 anni e donne fra i 20 e i 35 anni. Infine, Deve essere volontaria e altruistica e non può essere retribuita.

Per il Magistero della Chiesa l'inseminazione artificiale eterologa come la fecondazione extra-corporea è illegittima per l'invasione della tecnica rispetto alla naturalità dell'atto generativo umano, inoltre "lede i diritti del figlio, lo priva della relazione filiale con le sue origini parentali e può ostacolare la maturazione della sua identità personale"⁶.

1.2.2.TRASFERIMENTO DEI GEMETI (GAMETE INTRA FALLOPIAN TRASFER = GIFT)

E' il trasferimento intratubarico dei gameti per via laparoscopica. E' una tecnica semplice a livello tecnico e, quella omologa, non pone problematiche a livello etico.

1.3.FECONDAZIONE EXTRA-CORPOREA

1.3.1.FECONDAZIONE IN VITRO E EMBRYO-TRANSFER (FIVET)

IL METODO

Nella fecondazione extra-corporea, comunemente denominata FIVET, cioè in vitro con trasferimento dell'embrione, "l'incontro" tra l'ovulo femminile e lo spermatozoo maschile è provocato all'esterno dell'apparato genitale femminile.

Le procedure iniziano con la valutazione del tipo di sterilità presente nella coppia e il primo passo è il blocco, mediante ormoni, della funzione specifica dell'ipofisi. Si si procede poi alla somministrazione delle gonadotropine⁷.

Quando gli ovuli collegati al follicolo "sono pronti", si procede alla loro

⁵ W. PASINI, *Valutazione critica degli aspetti psicologici dell'inseminazione artificiale eterologa*, in *Sessuologia*, 1978, pg. 2.

⁶ *Donum vitae*, op. cit., II. 2.

⁷ Ormoni che hanno lo scopo di stimolare l'ovaio a produrre e portare a maturazione un certo numero di ovuli.

aspirazione per via transvaginale, guidata da un ecografo e portati all'esterno. Si ripongono in un'ambiente idoneo e poi posti a contatto con gli spermatozoi. Nella "provetta" spermatozoo ed ovulo si potranno uniranno dando inizio ad nuova vita.

Il "trasferimento" nella donna della nuova creatura avviene poi per "via vaginale" (immettendo un catetere nel collo dell'utero) o per "via addominale" con un ago particolare che penetra l'utero sotto controllo ecografico.

La prima bambina nata con questa tecnica fu Louise Brown nel 1977.

PROBLEMATICHE

La fecondazione extra-corporea, metodica alquanto onerosa per la donna sia a livello di sforzi fisici che di costi, si scontra con speranze e illusioni e pone problematiche etiche e fisiche.

I risultati sono carenti: il prelievo ovcitario ha circa il 95% di riuscita; la fecondazione degli ovuli è tra il 65% e l'80%; ma solo il 15%-20% giunge al termine della gravidanza.

PROBLEMATICHE ETICHE

-Separazione dell'atto unitivo da quello procreativo.

Afferma la *Donum vitae*: "L'origine di una persona umana è in realtà il risultato di una donazione. Il concepito dovrà essere il frutto dell'amore dei suoi genitori: non può essere voluto né concepito come il prodotto di un intervento di tecniche mediche e biologiche: ciò equivarrebbe a ridurlo a diventare l'oggetto di una tecnologia scientifica. Nessuno può sottoporre la venuta al mondo di un bambino a delle condizioni di efficienza tecnica valutabili secondo parametri di controllo e di dominio"⁸. Di conseguenza: "la procreazione è privata dal punto di vista morale della sua perfezione propria quando non è voluta come il frutto dell'atto coniugale, cioè del gesto specifico dell'unione degli sposi"⁹.

-Molteplice perdite (cioè morte) di embrioni che giunge anche al 90% di quelli trasferiti nella donna. Questi non sono aborti spontanei, ossia subiti ma volontari. Sostiene la *Donum vitae*: "E' già stato ricordato come, nelle circostanze in cui è abitualmente praticata, la FIVET implichi la distruzione di esseri umani, fatto questo che è contro la dottrina già richiamata sulla illiceità dell'aborto"¹⁰.

-Parti gemellari plurimi nel 46% delle gravidanze.

"Di fronte alla gravidanza multipla, l'équipe medica domanda se si vuole procedere alla 'riduzione delle camere' o alla 'riduzione embrionale'. Di cosa si tratta? Della soppressione volontaria degli embrioni indesiderati che si sono annidati. Spesso questa viene praticata introducendo con un ago del cloruro di sodio negli embrioni indesiderati: l'iniezione di questa soluzione salina ne provoca la morte"¹¹.

-L'atto procreativo che si trasforma in processo tecnologico.

-Alte percentuali d'insuccessi: 87%.

⁸ *Donum vitae*, op. cit., II. 4 B.

⁹ *Donum vitae*, op. cit., II. 4 B. Questi concetti sono presenti oltre che nella *Familiaris consortio* di Giovanni Paolo II, nella Costituzione *Gaudium et spes* del Concilio Vaticano II, n. 51 e nella enciclica *Humanae Vitae* di Paolo VI, n. 12.

¹⁰ *Donum vitae*, op. cit., n. 5.

¹¹ G. CARBONE, *La fecondazione extracorporea: tecniche, valutazioni e disciplina giuridica*, Studio Domenicano, Bologna 2005, pg. 28.

Anche oggi 8 donne su 10 falliscono l'obiettivo essendo il successo della fecondazione extra-corporea basato unicamente su ripetuti tentativi. E' più aumenta l'età, più diminuiscono le percentuali di riuscita. Ammonisce il dottor Pasquale Totaro, responsabile medico del Centro per la fecondazione assistita della clinica barese "Santa Maria", pioniera nel settore e attiva dal 1991: "Bisogna essere lucidi, a 43 anni la riuscita di una fecondazione assistita è minima infatti dopo i 40 anni quasi tutti gli ovociti sono anomali geneticamente, ecco perché è molto difficile rimanere incinta e, spesso, si abortisce naturalmente"¹².

-*Elevati costi degli interventi* per il Sistema Sanitario o per i singoli che solitamente vanno ripetuti più volte.

PROBLEMATICHE FISICHE

-*Rischio presente e futuro per la donna.*

Scrisse il professore C. Flamigni, uno dei fautori della fecondazione extra-corporea: "L'intera procedura impone uno sforzo fisico non indifferente, sottoponendo l'organismo a stimoli ormonali non fisiologici, a mini-interventi chirurgici (il prelievo degli ovociti) e almeno a un'anestesia profonda o a un'anestesia"¹³. Nel futuro, inoltre, la donna potrebbe soffrire alcune patologie: gestosi, placente previe, malformazioni fetali, gravidanze extrauterine, lesioni vascolari, iperstimolazione ovarica. Dunque, le tecniche di procreazione medicalmente assistita, non sono esenti da rischi e spesso le donne non sono adeguatamente informate anche se dovrebbero essere esplicitati sia nei vari colloqui che il medico ha con la coppia, sia nel consenso informato sottoposto alla paziente prima dell'inizio della procedura.

In Italia, la prima vittima fu Arianna Acrivoulis, di 38 anni, morta nel giugno 2015 all'ospedale di Conversano (Bari) mentre si sottoponeva, sotto anestesia, a una fase del trattamento di procreazione medicalmente assistita. E, così, un intervento "di routine" nel Centro Pma si trasformò in tragedia. Una grande tragedia che si somma al dolore; quello che deve averlo preceduto negli anni di attesa del figlio desiderato e cercato.

- *Incognita per i bambini.*

Nascendo solitamente prematuri, questi neonati richiedono cure intensive prolungate.

Rischiano maggiormente la paralisi cerebrale (+ 3,7%) e ritardi nello sviluppo mentale (+ 4%). Ad esempio, i ricercatori del *Telethon Institute For Child Health Research* della *Western Australia University*, pubblicarono nel 2010 i risultati di alcuni studi che indicavano un aumento del 25% di difetti in questi bambini.

Vari scienziati, inoltre, temono la comparsa d'anomalie tardive e malattie degenerative riguardanti il sistema nervoso e i muscoli.

Due testimonianze.

Il professor *J. Winston*, "padre scientifico" della prima bambina concepita in provetta, l'11 settembre 2010 ad un convegno, a *Manchester*, asserì che alcune tecniche di fecondazione artificiale "dovrebbero essere più approfonditamente studiate", poiché "potrebbero causare problemi di salute a lungo termine nei

¹² LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO, 12 giugno 2015

¹³ C. FLAMIGNI, *Il libro della procreazione*, Mondadori, Milano 1998, pg. 327.

bambini nati dalla fecondazione in vitro”.

D. Sicard, già Presidente del Comitato di Bioetica Francese, sostenne in un'intervista pubblicata da *Figarò*, il 16 novembre 2010: “Da un lato si fa ricorso a tecniche estremamente complesse e sofisticate (...) dall'altro, sempre più nati da queste tecniche di procreazione medicalmente assistita nascono fortemente prematuri e sono portatori di severi handicap”.

1.3.2. MICROMANIPOLAZIONI (ICSI: INTRA CYTOPLASMIC SPERM INJECTION)

Varie sono le forme di intervento diretto sull'ovocita; la più utilizzata è la microiniezione per inserire direttamente lo spermatozoo nel citoplasma ovarico.

1.4. CONCLUSIONE

Alle coppie consigliamo di non lasciarsi ingannare quando mostrano madri serene con in braccio figli nati “dalla provetta” o indicano centri che dispensano la felicità.

Non scordiamo la sofferenza delle donne che hanno ottenuto esiti negativi, ma soprattutto, non dimentichiamo le centinaia di embrioni uccisi. I diritti di questi piccoli esseri umani precedano ogni nostro desiderio!

2. Legge 40/2004

2.1. L'IMPORTANZA

La Legge n. 40 del 19 febbraio 2004: “*Norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita*”, frutto di convergenze trasversali, fu varata dal Parlamento Italiano per regolamentare la procreazione medicalmente assistita priva di normative e costituì il risultato di un lungo e travagliato cammino legislativo.

Non è il meglio nei confronti dell'inizio della vita ma il *male minore*, avendo colmato un pericoloso vuoto legislativo che rese l'Italia per lungo tempo il “*far-west della provetta*”. Era senz'altro, a detta di molti, una legge lacunosa sotto vari profili, pertanto bisognava nel tempo, revisionarla e migliorarla in base all'esperienza clinica e scientifica, ma da parte del Parlamento, e non come sta avvenendo, con le sentenze del potere giudiziario.

Resta sottinteso che per il cristiano perdurano i principi enunciati dall'Istruzione *Donum Vitae*: “La legge civile non potrà accordare la sua garanzia a quelle tecniche di procreazione artificiale che sottraggono, a beneficio di terze persone (medici, biologi, poteri economici e governativi), ciò che costituisce un diritto inerente alla relazione fra gli sposi (...). La legislazione dovrà proibire inoltre, in forza del sostegno che è dovuto alla famiglia, le banche di embrioni, l'inseminazione post morte e la maternità sostitutiva”¹⁴. Dunque, i cattolici, non possono avallare la legge ma la ritengono importante per i principi positivi di matrice costituzionale che costituiscono la condizione minima per garantire alcuni diritti fondamentali a tutti i soggetti coinvolti nelle procedure.

¹⁴ *Donum vitae*, op. cit, n. 6.

La legge fu ed è accompagnata da polemiche che continuano nel tempo.

Il primo tentativo di modificarla per ampliare maggiormente le tecniche riproduttive e per togliere alcuni vincoli, fu il referendum del 2005 predisposto da alcune forze politiche capitanate dai Radicali. La Corte Costituzionale, nel gennaio del 2005, decise l'inammissibilità del referendum di abrogazione totale delle Legge 40 e l'ammissibilità di quattro referendum parzialmente abrogativi.

-Eliminare il limite d'accesso unicamente alle coppie sterili e il vincolo dei tre embrioni da trasferire nella donna.

-Autorizzare la ricerca sugli embrioni e, di conseguenza, sulle cellule staminali embrionali.

-Abrogare l'articolo 1 che stabilisce i diritti dell'embrione.

-Acconsentire la procreazione medicalmente assistita eterologa.

I referendum che si svolsero il 12-13 giugno 2005 fallirono miseramente, poiché il 74,5 % degli elettori esercitarono il diritto costituzionale "dell'astensione"¹⁵ indicando la volontà di non modificare le basi portanti della legge.

Da quel momento, vari, tentarono di smantellare la legge per "via giudiziaria" ritenendola una normativa proibizionista, talvolta anche a causa di informazioni non corrispondenti agli articoli della normativa; per questo la esaminiamo.

2.2.ESAME DELLA LEGGE

-Articolo 1: Finalità.

Enuncia i tre criteri fondanti seguiti dal legislatore:

*la limitazione dell'uso delle nuove tecniche ai casi di sterilità e di infertilità;

*la valutazione del concepito come soggetto titolare di diritti;

*il carattere sussidiario delle tecniche in rapporto ad altri metodi terapeutici idonei a rimuovere le cause di sterilità o di infertilità.

L'articolo 1 reputa inoltre l'embrione *un essere umano titolare degli stessi diritti fondamentali accordati ad ogni persona.*

-Articolo 2: Interventi contro la sterilità e la infertilità.

L'articolo tratta la prevenzione della sterilità e dell'infertilità a livello sanitario, sociale ed economico.

-Articolo 3: Modifica alla legge 29 luglio 1975, n. 405.

Si aumentano le attribuzioni di responsabilità ai consultori familiari.

-Articolo 4: Accesso alle tecniche.

Sono elencati gli accertamenti medici da compiersi per appurare la sterilità e l'infertilità che dovranno essere certificati medicalmente. Quindi, va accertata l'impossibilità di rimuovere con altre modalità le cause che impossibilitano il concepimento.

Si evidenzia, inoltre, l'unitarietà delle figure genitoriali e il divieto alla procreazione medicalmente assistita eterologa.

¹⁵ L'articolo 75 della Costituzione Italiana, recita: "È indetto referendum popolare [cfr. art. 87 c. 6] per deliberare l'abrogazione, totale o parziale, di una legge o di un atto avente valore di legge [cfr. artt. 76, 77], quando lo richiedono cinquecentomila elettori o cinque Consigli regionali. (...) Hanno diritto di partecipare al referendum tutti i cittadini chiamati ad eleggere la Camera dei deputati. La proposta soggetta a referendum è approvata se ha partecipato alla votazione la maggioranza degli aventi diritto, e se è raggiunta la maggioranza dei voti validamente espressi".

-Articolo 5: Requisiti soggettivi.

Con questo articolo lo Stato stabilisce i criteri di generazione della vita umana in base alla dimensione sociale della procreazione.

Le condizioni per accedere alla procreazione medicalmente assistita sono:

- *la richiesta della coppia coniugata o convivente,
- *entrambi maggiorenni,
- *di sesso diverso,
- *di età potenzialmente fertile,
- *viventi.

E' proibita la procreazione ai singoli, agli omosessuali, alle cosiddette "mamme-nonne". E' impossibile ricorrervi nel post-mortem. E' esclusa la "maternità surrogata"¹⁶.

Con queste condizioni si riconosce la famiglia o la coppia convivente da anni la struttura che crea le condizioni per una adeguata crescita.

-Articolo 6: Consenso informato.

Per permettere alla coppia la maturazione di una volontà consapevole, questa dovrà essere adeguatamente informata sugli effetti medici e psicologici e sui costi. Inseguito, dovrà firmare un Consenso informato, irrevocabile dopo il concepimento.

-Articolo 7: Linee guida: natura, finalità e limiti.

-Articolo 8: Stato giuridico del nato.

Il nato possiede lo stato di figlio legittimo.

-Articolo 9: Divieto di disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre.

-Articolo 10: Strutture autorizzate.

La procedura sarà effettuata unicamente in strutture autorizzate dalle Regioni.

-Articolo 11: Registro.

Presso l' Istituto Superiore di Sanità è istituito un Registro Nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime.

-Articolo 12: Divieti generali e sanzioni.

Sono previste sanzioni amministrative, civili e penali rapportate alla gravità delle violazioni delle disposizioni di legge.

-Articolo 13: Sperimentazione sugli embrioni.

Sono tutelati i diritti dell'embrione e come seguito a ciò che è affermato nell'articolo primo è vietata la sperimentazione sulle cellule staminali e la clonazione.

Anche la diagnosi preimpianto dovrà porsi come obiettivo lo sviluppo e la salute, cioè l'ulteriore benessere dell'embrione.

-Articolo 14: Limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni.

Per tutelare la vita umana è proibita:

- *la soppressione degli embrioni,
- *la crioconservazione,

¹⁶ Maternità surrogata = Una donna porta avanti una gravidanza su commissione di un'altra impossibilitata a compierla, fermo restando l'impegno di consegnarle il neonato. L'argomento sarà trattato nel capitolo 19 di questo Manuale.

*la riduzione embrionaria di gravidanza plurima,

*la produzione per ogni trattamento di oltre tre embrioni che dovranno essere immediatamente trasferiti nella donna (Norma eliminata dalla Corte Costituzionale).

-*Articolo 15: Relazione in Parlamento.*

L'Istituto Superiore di Sanità predisporrà ogni anno una relazione per il Parlamento.

-*Articolo 16: Obiezione di coscienza.*

Il personale sanitario potrà avvalersi dell'obiezione di coscienza.

-*Articolo 17: Disposizioni transitorie*¹⁷.

2.3."LINEE GUIDA" DEL 1 LUGLIO 2015

Il 1 luglio 2015, il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin ha firmato il Decreto di aggiornamento delle "Linee-guida per l'applicazione della Legge 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita (Pma)". "Il nuovo testo - recita il comunicato ufficiale del ministero - che aggiorna le linee guida del 2008, è stato rivisto in rapporto all'evoluzione tecnico-scientifica del settore e all'evoluzione normativa; in particolare ai decreti legislativi 191/2007 e 16/2010 e all'Accordo Stato Regioni del 15 marzo 2012 (che applica alla Pma le normative europee su qualità e sicurezza di cellule umane), e alle sentenze della Corte Costituzionale n.151/2009 e n.162/2014, le quali hanno eliminato, rispettivamente, il numero massimo di tre embrioni da creare e trasferire in un unico e contemporaneo impianto e il divieto di fecondazione eterologa".

Le "nuove linee-guida" da una parte chiedono agli operatori la massima scrupolosità nell'espletamento delle procedure tecniche e dall'altra è ribadito il dovere di tutela dell'embrione contro possibili derive eugenetiche. Per questo rimane "il divieto della diagnosi preimpianto a fini eugenetici": "le indagini relative allo stato di salute degli embrioni creati in vitro, ai sensi dell'art.14, comma 5, dovranno sempre essere volte alla tutela della salute e dello sviluppo di ciascun embrione".

Quali le novità rispetto alle linee-guida precedenti?
-La possibilità di ricorrere alla fecondazione eterologa anche nella modalità "doppia", con entrambi i gameti da donatore: "Il ricorso alla tecnica di Pma di tipo eterologo è legittimo, come indicato dalla sentenza 162/2014 della Corte Costituzionale, 'esclusivamente in riferimento al caso in cui sia stata accertata l'esistenza di una patologia che sia causa irreversibile di sterilità o infertilità assolute'" ma "non è possibile per le coppie scegliere particolari caratteristiche fenotipiche del donatore".

-L'accesso alla procreazione medicalmente assistita di "coppie sierio-discordanti" (in cui uno dei due partner è portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili per infezioni da Hiv, Hbv o Hcv). Nella versione precedente l'accesso era previsto solo per l'uomo portatore, mentre ora è consentito anche alla donna portatrice.

Il ministro Lorenzin ha inoltre precisato che "riguardo la fecondazione eterologa, nelle linee guida vengono fornite le indicazioni per la coppia che

¹⁷ Per approfondire la Legge: C. CASINI, M. CASINI, M.L. DI PIETRO, *La Legge 19 febbraio 2004, n. 40. Norme in materia di procreazione medicalmente assistita. Commentario*, Giappichelli, Torino 2004; C. CASINI, *La legge sulla fecondazione artificiale. Un primo passo nella giusta direzione*. Cantagalli, Siena 2004; AA. VV., *La fecondazione assistita. Riflessione di otto grandi giuristi*, Rcs, Milano 2005.

accede ai trattamenti di fecondazione assistita, mentre tutto ciò che riguarda i donatori di gameti sarà contenuto nel testo di un nuovo Regolamento, già approvato dal Consiglio Superiore di Sanità, che sta proseguendo il suo iter per il recepimento delle direttive europee di riferimento”.

2.4.CONCLUSIONE

I massmedia, discutendo sulla Legge 40, solitamente evidenziano gli aspetti da loro ritenuti negativi, conservatori ed oscurantistici, travisando il significato della normativa e occultando i dati positivi forniti dal Ministero della Salute.

Ad esempio, mentre nel 2005 solo 1 donna su 10 riusciva ad avere il figlio, oggi questa percentuale è scesa ad 1 donna su 8. Nel 2015, secondo i dati diffusi dal Ministero della sanità, in Italia sono stati fatti 91.556 cicli di fecondazione artificiali e sono nati 12.187 bambini, per un tasso di successo del 13,31%. E i bambini nati con questa tecnica rappresentano il 2,4 delle nascite. Un altro dato rilevante è il calo delle gravidanze plurime (-22,3%).

Rimane aperta “la strage degli embrioni”!

Secondo i dati sopra riportati, ammettendo che i Centri abbiano impiantato in ogni ciclo tre embrioni (ma in molti casi di più), nel 2013 furono impiantati circa 274.600 embrioni, ma nacquero unicamente 12.187 bambini; circa 262.481 embrioni furono distrutti e 22.143 furono congelati (il 16,8% in più rispetto al 2012). Dove finiranno queste decine di migliaia di embrioni? Nessuno lo sa e nessuno se lo chiede!

Per questo, non possiamo definirla una “buona legge”, ma unicamente “il male minore”.

3. Il futuro della Legge 40/2004

La cocente sconfitta del 2005 da molti fu “digerita male”, così si avviarono una serie di ricorsi ai tribunali, ai Tar e alla Corte Europea per i Diritti Umani di Strasburgo; attualmente sono in corso circa 30 procedimenti. Inoltre, l’ 11 aprile 2008, calpestando la volontà popolare, il Ministro della Sanità L. Turco, firmò “nuove” Linee Guida che autorizzavano, tra l’altro, i soggetti sieropositivi ad usufruire di questa tecnica.

Evidenziamo i tre casi più preoccupanti: la sentenza della Corte Europea per i diritti umani di Strasburgo a favore di Walter Pavan e Rosetta Costa e le Sentenze n.162 del 9 aprile 2014 della Corte Costituzionale che ha dichiarato illegittimo il divieto di “fecondazione eterologa” previsto dall’articolo 4 comma 3 Legge 40/2004 e la Sentenza n. 96 del 5 giugno 2015 riguardante la diagnosi pre-impianto.

Esaminiamoli.

A Walter Pavan (37 anni) e Rosetta Costa (35 anni), due coniugi romani, nel 2006 nacque una bambina affetta da fibrosi cistica (o mucoviscidosi), una grave malattia genetica, a volte mortale. I due genitori, dopo essersi sottoposti allo screening genetico, apprendono di essere entrambi portatori sani del “gene

difettoso” all’origine della patologia della figlia.

Nel 2010 la signora Rosetta è nuovamente gravida, ma dalla diagnosi prenatale apprende che il feto è anch’esso affetto dalla patologia del feto precedente, perciò abortì. Dopo questa seconda negativa esperienza, la coppia romana, pretese di usufruire della procreazione medicalmente assistita per poter sottoporre gli embrioni alla diagnosi genetica pre-impianto.

Il Tribunale di Roma negò l’autorizzazione. I due coniugi si rivolsero alla Corte Europea per i diritti umani di Strasburgo, argomentando che la legge 40/2004 violava alcuni articoli della Convenzione dei Diritti Umani. In particolare, l’articolo 8 (rispetto della vita familiare e privata) dovendo seguire la comune prassi del concepimento naturale e poi eventualmente abortire e l’articolo 14 (divieto di discriminazione) in quanto la legge prevedeva il ricorso alla procreazione medicalmente assistita unicamente alle coppie sterili o affette da malattie sessualmente trasmissibili.

Sul primo punto, nel settembre 2012, la Corte di Strasburgo accolse il ricorso dei due coniugi condannando l’Italia a un risarcimento di 17.500 euri, mentre ruscò la seconda accusa.

Quali motivazioni indussero i giudici di Strasburgo a sentenziare che la legge 40/2004 violi la Convenzione dei Diritti Umani?

Si legge nel comunicato emesso dalla Corte: “(i giudici) hanno ritenuto che il desiderio dei ricorrenti di rivolgersi alla procreazione assistita e alla diagnosi genetica pre-impianto per avere un figlio non affetto da fibrosi cistica sia una forma della loro vita privata e familiare”.

Inoltre, il comunicato, parla anche di “incoerenza” della legge 40/2004; è vietata la diagnosi genetica pre-impianto ma la legge 194/1978 (“Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”) “autorizza l’aborto di feti che mostrano sintomi della malattia”.

Per molti bioeticisti e giuristi non esiste nessuna “incoerenza” essendo le due leggi assai differenti tra loro.

La 194/1978 riguarda specificatamente la pratica dell’aborto e consente “l’aborto terapeutico” per salvaguardare la salute della madre, anche se in moltissimi casi è la salute del feto e non quella della madre a determinare l’aborto come dimostra l’ampio crollo delle nascite di bambini affetti da sindrome di Down. Mentre la legge 40/2004 acconsente a chi è infertile di avere figli, indipendentemente dal loro stato di salute.

Di conseguenza, esiste una profonda differenza tra diagnosi “pre-prenatale” e diagnosi “pre-impianto”, che non dovrebbe provocare la morte dell’embrione anche se gravato da malformazioni.

E questa è la conclusione della Corte: “(la posizione italiana) lascia ai ricorrenti una sola possibilità che comporta ansia e sofferenza: avviare una gravidanza e porvi termine se i test prenatali mostrano che il feto è malato”.

Il governo italiano ricorse alla *Grande Chambre*, essendo il verdetto non definitivo. Ma nel marzo 2013, la *Grande Chambre*, confermò la sentenza precedente.

Cosa è accaduto dopo la sentenza?

Nulla, poichè la sentenza è stata applicata unicamente al singolo caso della coppia in oggetto.

Un secondo caso preoccupante riguarda la “Sentenza 162” del 9 aprile 2014 della Corte Costituzionale che ha dichiarato illegittimo “il divieto di fecondazione eterologa” previsto dall’articolo 4 comma 3 Legge 40/2004.

La motivazione fornita dalla Corte Costituzionale è l’esistenza del “diritto al figlio” che è incoercibile, cioè assoluto rientrando nella “la sfera più intima e intangibile della persona umana”. Per la Corte il divenire genitori e il formare una famiglia che abbia anche dei figli è “espressione della fondamentale e generale libertà di autodeterminarsi: una libertà costituzionalmente fondata” (si richiamano in proposito gli articoli 2, 3 e 31 della Costituzione Italiana). “E se è vero – continua la sentenza – che la Costituzione non pone una nozione di famiglia inscindibilmente correlata alla presenza di figli, la formazione di una famiglia caratterizzata dalla presenza di figli, anche indipendentemente dal dato genetico è favorevolmente considerata dall’ordinamento giuridico (...) come dimostra la regolamentazione dell’istituto dell’adozione”.

Un terzo caso riguarda la “Sentenza 96” del 5 giugno 2015 della Corte Costituzionale che ha autorizzato la diagnosi pre-impianto.

Il 14 maggio 2015, la Corte Costituzionale, ha comunicato l’esito del quesito posto da due coppie, non sterili ma portatrici di anomalie genetiche trasmissibili, sulla incostituzionalità del divieto previsto dalla legge 40/2004 ai partner non sterili di poter eseguire la diagnosi pre-impianto degli embrioni prodotti in laboratorio tramite la fecondazione artificiale.

I giudici, però, hanno precisato che l’accesso alla fecondazione in vitro e alla conseguente diagnosi pre impianto non è permesso a tutte le coppie che soffrono di patologie ereditarie, ma solo a quelle predisposte a generare embrioni con malformazioni tali da sottoporre la gestante a gravi rischi. Dunque è stata aggiunta unicamente una categoria in più di fruitori della provetta: non solo le coppie sterili o infertili, ma anche quelle con “particolari patologie genetiche”. Afferma il comunicato: “La Corte costituzionale nella camera di consiglio del 14 maggio, ha dichiarato l’illegittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, e 4, comma 1, della legge 19 febbraio 2004, n. 40 (norme in materia di procreazione medicalmente assistita), nella parte in cui non consentono il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita alle coppie fertili portatrici di malattie genetiche trasmissibili”. E queste malattie devono essere rispondere “ai criteri di gravità di cui all’art. 6, comma 1, lettera b), della legge 22 maggio 1978, n. 194, ed essere “accertate da apposite strutture pubbliche”.

Il 5 giugno 2015 sono state rese pubbliche le motivazioni della sentenza della Corte e, oltre ribadire quello che abbiamo affermato in precedenza, il Parlamento, dovrà redigere una griglia soggetta ad aggiornamento sulla base della evoluzione tecnico-scientifica, di “patologie che possano giustificare l’accesso alla procreazione medicalmente assistita” e alla conseguente diagnosi pre-impianto.

E’ inutile evidenziare che rimane la gravità della sentenza poiché apre nuove porte all’eugenetica ben riassunta nel pensiero di E. Roccella: “Un bambino che non sia sano avrà, d’ora in poi, un diritto affievolito a nascere, e potrà essere scartato”¹⁸.

¹⁸ AVVENIRE, 6 giugno 2015.

Alcuni casi di ricorsi ai Tribunali.

Luglio 2005: il Tribunale di Cagliari sollevò una questione di legittimità costituzionale sull'articolo 13 della legge 40/2004 sollecitato da una coppia portatrice sana di beta-talassemia che chiese di sottoporsi alla diagnosi genetica pre-impianto, ma la Corte di Cassazione nel novembre del 2006 dichiarò la "richiesta inammissibilità"¹⁹.

Nel settembre 2007 il Tribunale di Cagliari ci riprovò trovando l'appoggio del TAR del Lazio che annullò per "eccesso di potere" le linee guida per l'applicazione della legge²⁰.

Il percorso seguito dal Tribunale di Cagliari fu un evidente atto di eugenismo, infatti le probabilità di partorire un figlio affetto da talassemia sono del 50%; inoltre, oggi, anche i portatori di questa patologia conducono un'accettabile qualità di vita.

Non possiamo tacere che la tecnica della diagnosi genetica pre-impianto provoca effetti collaterali, ostacola lo sviluppo degli embrioni ed elimina, spesso, anche quelli sani. I dati sono sconcertanti! Spiega, il dottor Giuseppe Noia, presidente dell'Associazione italiana ginecologi ostetrici cattolici: "il tasso di perdita degli embrioni si mantiene ancora ben superiore al 50%. (...) In un atto medico c'è un bilancio fra utilità della diagnosi e il rischio. Per esempio, per l'amniocentesi il rischio è fra lo 0,5 e l'1%, moltissime tecniche invasive possono attestarsi intorno al 2%. (...) Non si può effettuare una diagnosi sapendo che perderò dal 50 al 60 % degli embrioni. Il livello dell'utilità di una metodica non può prescindere dal concetto antropologico della vita umana. La diagnosi pre-impianto sottende in realtà una grande menzogna culturale, che cioè dell'embrione prima degli 8 giorni si possa fare quello che si vuole. Il dogma culturale generale è stato quello di spostare l'inizio della vita umana dal concepimento all'impianto. Ma quello che è tecnicamente possibile non è sempre accettabile". Il dottor Noia evidenzia poi la tematica della salute del nascituro. "Tutte le manipolazioni realizzate nella fase pre-impianto implicano una serie di complicazioni cosiddette epigenetiche, per cui alcune condizioni mal formative non nascono intrinsecamente all'embrione, ma sono dovute proprio alla manipolazione nelle fasi prima dell'impianto"²¹. Per il dottore, sulla diagnosi pre-impianto, l'informazione che viene fornita alle coppie è spesso inesatta, se non del tutto insufficiente.

Luglio 2008: il Tribunale di Firenze si interrogò sulla legittimità della limitazione a solo tre degli embrioni da inserire nella donna, perciò chiese di ampliare il numero come pure la possibilità di crioconservazione degli stessi.

La Consulta di Stato dichiarò incostituzionale una parte del comma 2 dell'articolo 14; di conseguenza abrogò il limite della produzione di embrioni e il divieto di crioconservazione²².

¹⁹Cfr.: CORTE DI CASSAZIONE, *Ordinanza n. 369/2006*.

²⁰Cfr.: TAR DEL LAZIO, *Sentenza n. 398/08*.

²¹ AVVENIRE, *E' vita*, 18 giugno 2015.

²² Cfr. : CONSULTA DI STATO, *Sentenza 151/2009*.

Gennaio 2010: il Tribunale di Salerno autorizzò la diagnosi genetica pre-impianto ad una coppia fertile portatrice sana di fibrosi cistica per evitare il rischio della nascita un altro figlio malato. Da notare che da genitori portatori di fibrosi cistica il 25% dei bambini ha probabilità di nascere malato, il 50% di nascere sano ma portatore e il 25% di nascere sano e non portatore.

Aprile 2010. Una coppia di Milano, affetta da “azoospermia completa”, chiese di accedere alla fecondazione eterologa nonostante il divieto.

Secondo i giudici del Tribunale civile di Milano questo divieto si pone in contrasto con alcuni principi costituzionali, tra cui il diritto all'autodeterminazione della coppia, il principio di eguaglianza tra le coppie e il diritto alla salute.