

## **CAP. 6 LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA**

### INDICE 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

#### **3. Il futuro della Legge 40/2004**

##### 3.1.Gli interventi giuridici

##### 3.2."Linee guida" del 11 aprile 2008

##### 3.3. "Linee guida" del 1 luglio 2015

##### 3.4.Conclusione

## **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"<sup>1</sup>. 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"<sup>2</sup>.

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 precedentemente, 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 consente la procreazione umana all'esterno dal suo processo naturale di amore mediante la "fecondazione

---

<sup>1</sup> GIOVANNI XXIII, *Mater e Magistra*, n. 8.

<sup>2</sup> *Familiaris consortio*, op. cit., n. 28.

artificiale” “intra-corporea” ed “extra-corporea”.

A volte, alcune coppie, mosse dal dramma della sterilità, oppure affascinate dall'errata mentalità del “diritto al figlio” fa di tutto per averlo, fino a pretendere che scienza e tecnica, diritto e politica si pieghino a questa pretesa, travolgendo i ritmi naturali del concepimento e della gestazione.

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 ammessa 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 pure 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”<sup>3</sup>.

## 1.2.FECONDAZIONE INTRA-CORPOREA

### 1.2.1.INSEMINAZIONE ARTIFICIALE (AI)

L'inseminazione artificiale consiste nel prelevare il seme maschile e introdurlo artificialmente 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.

E' *eterologa* quando i gameti sono donati all'esterno della coppia.

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 a usare 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”<sup>4</sup>.

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 degli ovuli; ciò implica problemi etici e giuridici.

Questa presenza: costituisce la violazione dell'unità coniugale; una modalità peculiare 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’

---

<sup>3</sup> *Donum vitae*, op. cit., II, B, 6.

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

il partner coltivando così al tempo stesso sentimenti 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 sterilità"<sup>5</sup>.

Anche a livello giuridico si pongono degli interrogativi.

-Qual'è il rapporto dei "nati" rispetto al donatore?

-E, l'anonimato del donatore, va mantenuto?

Non può essere tralasciato, inoltre, l'eventuale trasmissione di patologie genetiche. In Inghilterra, ad esempio, alcune madri, sollecitarono cospicui risarcimenti per il trasferimento di difetti genetici dal donatore al nato.

In Italia, il Consiglio Superiore di Sanità (Css), approvò nel giugno 2015 "un regolamento" elaborato dal Ministero della Salute come recepimento dell'allegato 3 della Direttiva della Comunità Europea 17/2006 (e 39/2012 che lo modifica), fissando paletti stringenti per i gameti "donati" volti a tutelare la salute del concepito e il successo dell'intera operazione. Il regolamento richiede la mappa cromosomica del donatore accompagnata da esami approfonditi prima dell'utilizzo dei gameti. E' fissato, inoltre, il limite massimo di dieci nascite per ogni donatore per limitare le nascite di bambini portatori di un medesimo patrimonio genetico e ridurre il rischio di consanguineità e, nel medesimo tempo, il sottoporre la donna a numero eccessivo di stimolazioni ormonali che potrebbero creare pericoli per la sua salute. E' indicata l'età del donatore: uomini di età compresa fra i 18 e i 40 anni e donne fra i 20 e i 35 anni. Un limite anagrafico rigoroso che rispecchia la letteratura scientifica in materia, infatti all'aumentare dell'età dei donatori aumentano i fattori di rischio di tipo genetico e per le donne diminuisce significativamente la fertilità. Infine, deve essere volontaria, altruistica e priva di retribuzione. Rimane però, anche oggi, aperto il problema della mancanza di donatori che costringe i centri di procreazione assistita a comprare gameti maschili e femminili da banche estere, ricreando un nuovo tipo di far-west procreatico. Moltissime le cliniche compiacenti soprattutto in Spagna e in Danimarca, pronte a comperare oociti e gameti da chiunque è disposto a venderne e sono sempre più numerose le donne propense a far da madre surrogata in vari Paesi.

Per il Magistero della Chiesa cattolica l'inseminazione artificiale eterologa come la fecondazione extra-corporea è illegittima per l'invadenza 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"<sup>6</sup>.

### 1.2.2. TRASFERIMENTO DEI GAMETI (Gamete Intra Falloppian Transfer = Gift)

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

---

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

<sup>6</sup> *Donum vitae*, op. cit., II. 2.

## 1.3.FECONDAZIONE EXTRA-CORPOREA

### 1.3.1.FECONDAZIONE IN VITRO E EMBRYO-TRASFER (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 procede, inseguito, alla somministrazione delle gonadotropine<sup>7</sup>.

Quando gli ovuli "sono pronti" si aspirano per via transvaginale, guidata da un ecografo e portati all'esterno. Si ripongono in un'ambiente idoneo e posti a contatto con gli spermatozoi. Nella "provetta" spermatozoo ed ovulo si potranno unire creando una "nuova vita".

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

La prima bambina nata con questa tecnica il 25 luglio 1978 fu Louise Jon Brown ad opera del biologo britannico dell'Università di Cambridge R. Edwards con la collaborazione dell'ostetrico e ginecologo P. Steptoe. La notizia fu recepita da alcuni scienziati come il superamento dei vincoli della natura ignorando ogni considerazione di natura etica.

#### PROBLEMATICHE

La fecondazione extra-corporea, metodica alquanto onerosa per la donna sia a livello fisico che economico, 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. Nel 2017 hanno avuto accesso alla procreazione assistita 78.366 coppie, in aumento rispetto all'anno precedente, così come i cicli di trattamento e i bambini nati quasi 14.000, corrispondenti al 3% di tutte le nascite. Ma i successi diminuiscono: 17,6% nel 2017 contro 19,6% del 2007 e il 20,9% del 2010, e soprattutto sono in forte aumento le eterologhe con il patrimonio genetico di uno solo dei genitori o anche di nessuno di loro (+142% rispetto al 2016). L'età delle donne: con l'omologa 36,7 anni, due anni in più rispetto alla media europea, mentre nell'eterologa si sale a 42,4.

#### PROBLEMATICHE ETICHE

*-Separazione dell'atto unitivo da quello procreativo.*

Afferma *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

---

<sup>7</sup> *Gonadotropine*: ormoni per stimolare l'ovaio a produrre e far maturare un determinato numero di ovuli.

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”<sup>8</sup>. 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”<sup>9</sup>.

*-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 *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”<sup>10</sup>.

*-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”<sup>11</sup>.

*-L’atto procreativo si trasforma in processo tecnologico.*

*-Alte percentuali d’insuccessi: 80-83%; una metodologia fallimentaria.*

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”<sup>12</sup>.

*-Elevati costi degli interventi* per il Sistema Sanitario Nazionale essendo stati introdotti nel 2016 nei LEA (Livelli essenziali di assistenza) o per i singoli che decidono di ricarsi all’estero, poiché solitamente, i tentativi vanno ripetuti più volte. E, qui, non possiamo scordare che chi farà l’apprezzabilissima scelta di aprirsi all’accoglienza di un bambino senza genitori, verificando le opportunità offerte dall’adozione internazionale, non ottiene alcun sostegno. Continuerà a pagare tutto, perché lo Stato dal 2011 ha deciso di non corrispondere neppure un euro.

## PROBLEMATICHE FISICHE

*-Rischio presente e futuro per la donna.*

Scrisse il professore C. Flamigni, uno dei fautori della fecondazione extra-corporea italiana: “L’intera procedura impone uno sforzo fisico non indifferente,

---

<sup>8</sup> *Donum vitae*, op. cit., II. 4 B.

<sup>9</sup> *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.

<sup>10</sup> *Donum vitae*, op. cit., n. 5.

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

<sup>12</sup> LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO, 12 giugno 2015

sottoponendo l'organismo a stimoli ormonali non fisiologici, a mini-interventi chirurgici (il prelievo degli ovociti) e almeno a un'analgesia profonda o a un'anestesia<sup>13</sup>. 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 con il medico, sia nel consenso informato sottoposto alla paziente all'inizio della procedura.

In Italia, la prima vittima fu Arianna Acrivoulis, di 38 anni, morta nel giugno 2015 all'ospedale di Conversano (Ba) mentre si sottoponeva, sotto anestesia, a una fase del trattamento. E, così, un intervento "di routine" nel Centro Pma si trasformò in tragedia.

*-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 2015 i risultati di alcuni studi che indicavano un incremento del 25% di imperfezioni in questi bambini. E, vari studi, mostrano anche l'incremento di tumori infantili<sup>14</sup>. Perché? Così risponde la dott.ssa Maura Massimino che dirige l'Oncologia pediatrica all'Istituto dei Tumori di Milano: "A mio parere – ma non sono ginecologo né genetista – i problemi potrebbero avere a che fare col fatto che con queste tecniche ci si sostituisce alla selezione naturale: non tutti gli ovociti forzati a maturare con stimolazioni ovariche sarebbero maturati naturalmente, forse perché non erano i più "adatti" alla procreazione. Anche per gli spermatozoi in laboratorio non si riproduce esattamente la selezione naturale. Si potrebbe sostenere che i gameti utilizzati nella fecondazione assistita non sono con certezza i migliori. E probabilmente in condizioni naturali non tutti gli embrioni realizzati in provetta si sarebbero sviluppati. Inoltre il microambiente in cui si verificano le prime fasi dello sviluppo embrionale è diverso dal grembo femminile, per informazioni biochimiche, assetto immunitario..."<sup>15</sup>.

Alcuni 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 2015 ad un convegno, a *Manchester*, asserì che alcune

---

<sup>13</sup> C. FLAMIGNI, *Il libro della procreazione*, Mondadori, Milano 1998, pg. 327.

<sup>14</sup> Cfr.: Studio pubblicato nel marzo 2016 dall'*American Journal of Obstetric & Gynecology* che ha seguito nate e nati fino al diciottesimo anno di età (su 242.187 casi osservati, l'incidenza di neoplasie è di 1,5 su mille concepiti in provetta contro 0,59 su mille in modo naturale. Studio pubblicato nell'ottobre 2016 da *Pediatric Blood & Cancer*, rivista della Siop (Società internazionale di Oncologia pediatrica), indica fra i nati da fecondazione assistita "un maggior rischio statisticamente significativo" per retinoblastoma e tumori del rene. Su *Pediatrics* del marzo 2016 si osservano un aumentato rischio di leucemia" e un elevato rischio di linfoma di Hodgkin nei concepiti con fecondazione assistita". *Human Reproduction* (vol.29, n.9, 2014) parla di un maggior rischio di tumori del sistema nervoso centrale e di neoplasie epiteliali maligne".

<sup>15</sup> M. TERRAGNI, *I figli della provetta a maggior rischio tumori*, in *Avvenire* 10 dicembre 2017, pg. 15.

tecniche di fecondazione artificiale “dovrebbero essere più approfonditamente studiate”, poiché “potrebbero causare problemi di salute a lungo termine nei 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 2015: “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 dovrebbero precedere ogni nostro desiderio!

## 2. Legge 40/2004

### 2.1.L'IMPORTANZA

La Legge 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 laborioso e travagliato iter 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 necessitava nel tempo, revisionarla e migliorarla in base all'esperienza clinica e scientifica, ma da parte del Parlamento, e non come sta avvenendo, con sentenze del potere giudiziario.

Resta sottinteso che per il cristiano perdurano i principi enunciati dall'Istruzione *Domun 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”<sup>16</sup>. 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

---

<sup>16</sup> *Donum vitae*, op. cit, n. 6.



diritti fondamentali a tutti i soggetti coinvolti nelle procedure.

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 giugno 2005 voluto 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 ma **ammise** 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"<sup>17</sup> 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: "*l'embrione è un essere umano titolare degli stessi diritti fondamentali accordati ad ogni persona*".

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

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

L'articolo tratta la prevenzione della sterilità e dell'infertilità.

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

Sono accresciute 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.

*-Articolo 5: Requisiti soggettivi.*

Con questo articolo si stabiliscono le condizioni per accedere alla procreazione medicalmente assistita:

---

<sup>17</sup> L'articolo 75 della Costituzione Italiana, recita: "E' 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".



- \*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 fecondazione eterologa, cioè con seme di persona estranea alla coppia come pure la "maternità surrogata"<sup>18</sup>.

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 che evidenzi che una volta che l'ovulo è fecondato deve essere impiantato e non è possibile nessun ripensamento.

*-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 vietate le sperimentazioni sugli embrioni e la clonazione umana. Ricerche cliniche e sperimentazioni sull'embrione sono ammesse solo se finalizzate alla tutela della sua salute e del suo sviluppo. E' vietata qualsiasi tecnica che possa predeterminare o alterare il patrimonio genetico dell'embrione.

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

Per tutelare la vita umana è proibita:

- \*la soppressione degli embrioni,
- \*la crioconservazione, o meglio autroizzata unicamente quando il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per gravi e documentati problemi di salute della donna che non erano prevedibili. Gli embrioni possono rimanere

---

<sup>18</sup> *Maternità surrogata* = Una donna porta avanti una gravidanza su commissione di un'altra impossibilitata a compierla, fermo restando l'impegno di consegnarle il neonato.

concelati fino alla data del trasferimento da realizzarsi non appena possibile.

\*la riduzione embrionaria di gravidanza plurima,

\*la produzione per ogni trattamento di tre embrioni che dovranno essere immediatamente trasferiti nella donna

-*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 mediante preventiva dichiarazione.

-*Articolo 17: Disposizioni transitorie*<sup>19</sup>.

### **3. Il futuro della Legge 40/2004**

La disfatta 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. Sono vari i procedimenti già esaminati o in attesa di giudizio.

#### **3.1.GLI INTERVENTI GIURIDICI**

*Luglio 2005.* Il Tribunale di Cagliari sollevò la 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" (Ordinanza n. 369/2006). 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 di applicazione della legge (Sentenza n. 398/08) consentendo a coloro che accedono alla Pma la possibilità di selezionare per l'impianto in utero unicamente embrioni "sani".

Il percorso seguito dal Tribunale di Cagliari e convalidato dal TAR laziale 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, inoltre, 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

---

<sup>19</sup> 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.

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 nell'embrione, ma sono dovute proprio alla manipolazione nelle fasi prima dell'impianto"<sup>20</sup>. Per il medico, sulla diagnosi pre-impianto, l'informazione fornita alle coppie è spesso inesatta e insufficiente.

*Luglio 2008.* Il Tribunale di Firenze si interrogò sulla legittimità della limitazione a solo "tre embrioni" da inserire nella donna, perciò propose di ampliare il numero come pure la possibilità di crioconservazione degli stessi. La Consulta di Stato con la sentenza n. 151/2009 dichiarò incostituzionale una parte del comma 2 dell'articolo 14; di conseguenza abrogò il divieto di produzione di più di tre embrioni per ciclo di fecondazione, autorizzando a fecondare artificialmente tutti gli ovociti prodotti dalla donna, incurante delle problematiche circa la conservazione e l'utilizzo degli embrioni in eccesso.

*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 e ottenne di accedere alla fecondazione eterologa nonostante il divieto. Secondo i giudici del Tribunale civile di Milano questo divieto si poneva 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.

*Giugno 2010.* 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 pre-natale apprende che il feto è affetto dalla patologia della figlia, 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

---

<sup>20</sup> AVVENIRE, *E' vita*, 18 giugno 2015.

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.

Nel settembre 2012, la Corte di Strasburgo accolse il ricorso dei due coniugi condannando l'Italia a un risarcimento di 17.500 euri ritenendo l'articolo 14 discriminatorio.

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 di malattia".

Per vari bioeticisti e giuristi non esiste nessuna "incoerenza" essendo le due leggi ineguali. La 194/1978 riguarda specificatamente la pratica dell'aborto e consente "l'aborto terapeutico" per salvaguardare la salute della madre, 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.

Questa 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* che però nel marzo 2013 confermò la sentenza precedente.

La sentenza, ovviamente non ebbe nessuna conseguenza sulla legge, poiché poteva essere applicata unicamente al caso della coppia in oggetto.

*Aprile 2014.* Con la sentenza n. 162 del 9 aprile 2014 della Corte Costituzionale dichiarò illegittimo "il divieto di fecondazione eterologa" previsto dall'articolo 4 comma 3 della Legge 40.

La motivazione dalla Corte Costituzionale si basava sull'esistenza del "diritto al figlio" che è incoercibile, cioè assoluto rientrando nella "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 richiamavano gli articoli 2, 3 e 31 della Costituzione Italiana). "E se è vero – continuò 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". Ma, a nostro giudizio, così la vita umana è trasformata in un oggetto!

*Giugno 2015.* La sentenza n. 96 del 5 giugno 2015 della Corte Costituzionale autorizzò la diagnosi pre-impianto, di conseguenza la procreazione medicalmente assistita, a due coppie non sterili ma portatrici di anomalie genetiche trasmissibili. I giudici, però, precisarono 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 fu aggiunta unicamente una categoria in più di fruitori della "provetta": non solo le coppie sterili o infertili ma anche quelle con "particolari patologie genetiche". Affermava il comunicato: "La Corte costituzionale nella camera di consiglio del 14 maggio, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell' articolo 1, commi 1 e 2 e dell'articolo 4, comma 1, della legge 19 febbraio 2004, n. 40 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 rispondere "ai criteri di gravità di cui all'articolo 6, comma 1, lettera b), della legge 22 maggio 1978, n. 194, ed essere "accertate da apposite strutture pubbliche".

Il 5 giugno 2015 furono rese pubbliche le motivazioni della sentenza della Corte, che oltre ribadire ciò che abbiamo affermato precedentemente, invitava il Parlamento a 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 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"<sup>21</sup>. In altre parole non si cura la malattia ma si elimina il malato come richiede la "cultura dello scarto".

### **3.2."LINEE GUIDA" DEL 11 APRILE 2008**

Varate dal Ministro della Salute Livia Turco, tra le novità più salienti, rispetto al vecchio testo, il fatto che sono stati eliminati i commi che vietavano la diagnosi preimpianto dopo le sentenze di diversi tribunali. Furono anche ampliate le categorie che avrebbero potuto ricorrere alla fecondazione assistita comprendendo anche le coppie in cui l'uomo sia portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili, in particolare virus Hiv ed epatiti B e C, riconoscendo che tali condizioni sono assimilabili ai casi di infertilità per i quali è concesso il ricorso alla fecondazione assistita.

### **3.3."LINEE GUIDA" DEL 1 LUGLIO 2015**

Il 1 luglio 2015, il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin aggiornò le "Linee guida del 2008".

Quali le novità rispetto alle precedenti?

-La possibilità di ricorrere alla fecondazione eterologa anche nella modalità

---

<sup>21</sup> AVVENIRE, 6 giugno 2015.

“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 sierodiscordanti” (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, inoltre precisò, che “riguardo la fecondazione eterologa, nelle linee guida vengono fornite le indicazioni per la coppia che accede ai trattamenti di fecondazione assistita, mentre tutto ciò che riguarda i donatori di gameti sarà contenuto nel testo di un nuovo Regolamento predisposto dal Consiglio Superiore di Sanità per recepire le direttive europee di riferimento”.

### **3.4.CONCLUSIONE**

I massmedia, discutendo sulla Legge 40, solitamente evidenziano gli aspetti da loro ritenuti negativi, conservatori ed oscurantisti, travisando il significato della normativa e, soprattutto rimane aperta, “la strage degli embrioni” di cui abbiamo trattato in precedenza. Per questo, non possiamo definirla una “buona legge”, ma unicamente “il male minore”.