

CAP. 6 - LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

1.Procreazione

San Giovanni XXIII nell'enciclica *Mater e Magistra* sostenne 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. Pertanto, l'azione procreativa, non ammette interferenze di estranei nel rapporto della coppia poiché rende l'atto incompleto, spersonalizzato e disumanizzato, mentre l'azione degli sposi coinvolge la totalità del loro essere: cuore, corpo, psiche e spirito in una reciproca donazione che indicano l'insigne dignità del figlio.

Ma oggi, il rapporto tra sessualità e procreazione, tra dimensione fisica, psichica e 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 del suo processo naturale di amore tramite la fecondazione artificiale intra-corporea e extra-corporea.

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.).

La Dottrina cattolica ammette in particolari circostanze quella "intra-corporea" poiché il concepimento si realizza nel luogo naturale, mentre lo scindere la dimensione "unitiva" da quella "procreativa", come si verifica nella fecondazione "extra-corporea", lo esclude.

1.1.FECONDAZIONE INTRA-CORPOREA

INSEMINAZIONE ARTIFICIALE (IA)

L'inseminazione artificiale, la tecnica maggiormente utilizzata, consiste nel prelevare il seme maschile e introdurlo artificialmente nel canale cervicale femminile (o canale della cervice), e qui gli spermatozoi, imboccando la tuba uterina, realizzano la fecondazione con una procedura naturale. E' "omologa" quando si avvale dei gameti del partner. E' "eterologa" quando i gameti provengono dall'esterno della coppia.

La fecondazione "intra-corporea omologa" è la pratica meno problematica eticamente e giuridicamente, essendoci identità fra "genitori genetici" e "genitori giuridico-sociali". Il bioeticista, cardinale E. Sgreccia, invitava ad avvalersi della tecnica con cautela, e soprattutto "deve trattarsi di un aiuto terapeutico e

¹ GIOVANNI XXIII, Enciclica *Mater e Magistra*, Città del Vaticano 1961, n. 3.

² GIOVANNI PAOLO II, Esortazione Apostolica *Familiaris consortio*, Città del Vaticano 1981, n. 28.

integrativo a far sì che l'atto coniugale, in sé completo in tutte le sue componenti (fisiche, psichiche, spirituali), possa aver effetto procreativo"³. Perciò, il mezzo tecnico, non può sostituire l'atto coniugale ma unicamente facilitarlo.

Nella "modalità eterologa" è presente un terzo soggetto: il "donatore" dei gameti e ciò implica problematiche sia etiche che giuridiche. Questo "estraneo" viola l'unità coniugale e modifica il rapporto figlio-genitori (la madre è totalmente mamma, il padre unicamente a livello legale) 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 'tradire' 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"⁴.

In più giuridicamente si pongono degli interrogativi. Qual'è il rapporto dei "nati" rispetto al donatore? Quali le responsabilità di questo di fronte all'eventuale trasmissione di patologie genetiche? L'anonimato del donatore va mantenuto? Nel Regno Unito, 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 che recepiva le Direttive della Comunità Europea 17/2006 e 39/2012, allegato 3, disponendo delle norme sui gameti "donati" per tutelare la salute del concepito. Il regolamento riguardante sia l'uomo che la donna e che esamina anche la FIVET, richiede la mappa cromosomica del donatore accompagnata da approfonditi esami. E' fissato in dieci il limite massimo di nascite per ogni donatore/donatrice per limitare il numero di bambini con particolari patrimoni genetici e ridurre il rischio di consanguineità, e contemporaneamente, evitare di sottoporre la donna ad eccessive stimolazioni ormonali. E' indicata l'età dei donatori: uomini di età compresa fra i 18 e i 40 anni e donne fra i 20 e i 35 anni. Un limite anagrafico consigliato dalla letteratura scientifica, poiché l'accrescimento dell'età dei donatori moltiplicherebbe i rischi genetici e per le donne ridimensionerebbe la fertilità. Infine, la donazione, deve essere volontaria e priva di retribuzione. Permane aperto il problema della carenza di donatori italiani che costringe i Centri di Procreazione Medicalmente Assistita a comprare gameti e ovuli da banche estere.

Per il Magistero della Chiesa cattolica l'inseminazione artificiale eterologa come la fecondazione extra-corporea è arbitraria dato che "lede i diritti del concepito privandolo della relazione filiale con le sue origini parentali e ciò può ostacolare la maturazione della sua identità personale"⁵.

³ *Manuale di bioetica*, op. cit., p. 320.

⁴ W. PASINI, *Valutazione critica degli aspetti psicologici dell'inseminazione artificiale eterologa*, in *Sessuologia* 8 (1978) p. 2.

⁵ *Donum vitae*, op. cit., II. 2.

1.2.FECONDAZIONE EXTRA-CORPOREA

FECONDAZIONE IN VITRO E EMBRYO-TRASFER (FIVET)

IL METODO

Nella fecondazione extra-corporea, comunemente denominata FIVET, “l'incontro” tra l'ovulo femminile e lo spermatozoo maschile è provocato all'esterno dell'apparato genitale della donna.

Le procedure iniziano con la valutazione della tipologia di sterilità della coppia e il primo atto è il blocco dell'ipofisi con ormoni. Si procede, inseguito, alla somministrazione delle gonadotropine. Quando gli ovuli sono idonei, si aspirano per via transvaginale con la guida di un ecografo e trasportati all'esterno del corpo della donna. Si collocano in un ambiente idoneo e posti a contatto con gli spermatozoi. Nella provetta spermatozoi e ovuli si potranno unire creando una nuova vita. Il trasferimento nella donna dell'ipotetica nuova creatura avviene inseguito per “via vaginale” o “via addominale”. La prima bambina nata con questa tecnica, il 25 luglio 1978, fu Louise Jon Brown tramite l'intervento del biologo britannico R. Edwards dell'Università di Cambridge.

PROBLEMATICHE GENERALI

La fecondazione extra-corporea, metodica alquanto onerosa per la donna sia a livello fisico che economico, si scontra con speranze, illusioni e disillusioni.

I risultati sono carenti. Il prelievo ovocitario raggiunge circa il 95% di successi; la fecondazione degli ovuli è tra il 65% e l'80%; ma solo il 15%-20% giunge al termine della gravidanza. Nel 2018 ebbero accesso alla procreazione medicalmente assistita 78.366 coppie e i bambini nati furono circa 14mila. Ma, i risultati positivi, diminuiscono: 17,6% nel 2018 contro il 20,9% del 2010 e il 19,6% del 2007. Gli insuccessi sono dovuti per di più all'età delle donne: 37 anni chi tenta l'omologa, due anni in più rispetto alla media europea; 42 per l'eterologa. Ammonisce il dottor P. Totaro, responsabile medico del Centro per la Fecondazione Assistita della clinica barese “Santa Maria”, pioniera nel settore e operante 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”⁶.

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 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” (II, 4b). Di

⁶ Pma, in Puglia 3.254 cicli un terzo fatti in clinica barese, in *La Gazzetta del Mezzogiorno*, 8 luglio 2016, p.12.

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” (II, 4b)⁷.

Molteplici perdite (cioè morte) di embrioni fino 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” (n. 5).

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”⁸.

Elevati costi degli interventi per il Sistema Sanitario Nazionale essendo stata introdotta nel 2016 la FIVET nei Livelli Essenziali di Assistenza o per i singoli che si recano all’estero.

PROBLEMATICHE FISICHE

Rischio presente e futuro per la donna. Scrisse il professore C. Flamigni, uno dei pionieri della fecondazione extra-corporea italiana: “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’analgesia profonda o a un’anestesia”⁹. Nel futuro, inoltre, la donna potrebbe soffrire di alcune patologie: gestosi, placente previe, malformazioni fetali, gravidanze extrauterine, lesioni vascolari, iperstimolazione ovarica. Ebbene, le tecniche di procreazione medicalmente assistita, non sono esenti da rischi ma spesso le donne non sono adeguatamente informate, anche se gli eventi avversi dovrebbero essere esplicitati sia nei vari colloqui con il medico, sia nel consenso informato firmato dalla 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 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 necessitano cure intensive prolungate. Rischiano maggiormente la paralisi celebrale (+ 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% d’imperfezioni in questi piccoli. E, varie ricerche, mostrano anche l’incremento di tumori infantili. Perché? Così risponde la dott.ssa M. Massimino dirigente medico dell’Oncologia Pediatrica dell’Istituto Nazionale dei Tumori di Milano: “A mio parere - ma non sono ginecologo né genetista - i

⁷ Concetti presenti anche nella Costituzione *Gaudium et spes* n. 51, nella Enciclica *Humanae Vitae* n. 12, nell’Esortazione Apostolica *Familiaris consortio* n. 24.

⁸ G. CARBONE, *La fecondazione extracorporea: tecniche, valutazioni e disciplina giuridica*, Studio Domenicano, Bologna 2005, p. 28.

⁹ C. FLAMIGNI, *Il libro della procreazione*, Mondadori, Milano 1998, p. 327.

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..."¹⁰. Alcuni scienziati, infine, temono la comparsa d'anomalie tardive e malattie degenerative riguardanti il sistema nervoso e i muscoli.

Alle coppie consigliamo di non lasciarsi ingannare quando presentano 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 e non dimentichiamo le centinaia di embrioni uccisi. I diritti di questi piccoli esseri umani devono precedere ogni desiderio!

2. Legge 40/2004

2.1.IL RILIEVO DELLA LEGGE

La Legge 40 del 19 febbraio 2004: "Norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita", risultato di convergenze trasversali, fu varata dal Parlamento Italiano per disciplinare la procreazione medicalmente assistita, e fu la conclusione di un impegnativo e travagliato iter legislativo. Non è "il meglio" nei riguardi dell'inizio della vita ma unicamente "il male minore", avendo colmato un vuoto legislativo che rese l'Italia per molto tempo il "far-west" della provetta. Era, a detta di molti, una legge lacunosa pertanto richiedeva nel tempo revisioni e perfezionamenti in base all'esperienza clinica e scientifica, ma da parte del Parlamento, e non con le sentenze del potere giudiziario che la stanno demolendo. Resta implicito che per il cristiano permangono 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, 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"(n. 6). Dunque, non possiamo promuovere la legge, ma unicamente apprezzarla, garantendo alcuni diritti a tutti i soggetti coinvolti PMA.

La legge fu ed è accompagnata da polemiche che proseguono nel tempo!

Il primo tentativo di modifica fu il referendum del giugno 2005 promosso dal partito radicale. La Corte Costituzionale, nel gennaio del 2005, dichiarò inammissibile un referendum abrogativo delle Legge ma approvò la consultazione referendaria con quattro quesiti. Abolire il limite d'accesso unicamente alle coppie sterili e il vincolo dei tre embrioni da trasferire nella donna. Autorizzare la

¹⁰ M. TERRAGNI, *I figli della provetta a maggior rischio tumori*, in *Avvenire* 10 dicembre 2017, p. 15.

ricerca sugli embrioni e, di conseguenza, sulle cellule staminali embrionali. Annullare l'articolo 1 che sanciva i diritti dell'embrione. Acconsentire la procreazione medicalmente assistita eterologa. I referendum che si svolsero il 12 e il 13 giugno 2005 fallirono poiché il 74,5% degli elettori esercitò il diritto "dell'astensione". 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. Dunque, da quel momento, in tanti, tentarono di smantellare la legge per "via giudiziaria" ritenendola una normativa proibizionista, talvolta anche per informazioni non corrispondenti agli articoli della normativa. Per questo l'approfondiamo.

2.2.ANALISI DELLA LEGGE

Articolo 1: Finalità.

Enuncia i tre indirizzi seguiti dal legislatore: la limitazione dell'accesso alla PMA unicamente ai casi di sterilità; il concepito soggetto di diritti: "l'embrione è un essere umano titolare degli stessi diritti fondamentali accordati a ogni persona"; il carattere sussidiario delle tecniche in rapporto ad altre metodologie terapeutiche idonee a rimuovere i motivi di sterilità.

Articolo 2: Interventi contro la sterilità e la infertilità.

Riguarda la prevenzione della sterilità e dell'infertilità.

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

Sono ampliate le responsabilità dei consultori familiari.

Articolo 4: Accesso alle tecniche.

Sono elencati gli accertamenti medici da eseguire per appurare la sterilità e l'infertilità. Si evidenzia, inoltre, l'unitarietà delle figure genitoriali.

Articolo 5: Requisiti soggettivi.

Sono stabilite le condizioni per accedere alla PMA: la richiesta della coppia coniugata o convivente; entrambi maggiorenni; di sesso differente; in età potenzialmente fertile; viventi. E' proibita la procreazione ai singoli, agli omosessuali e alle cosiddette "mamme-nonne". E' impossibile ricorrervi nel post-mortem. E' esclusa la fecondazione eterologa e la "maternità surrogata". Con queste condizioni si riconosce nella famiglia o nella coppia convivente la struttura idonea per la crescita del bambino.

Articolo 6: Consenso informato.

Per consentire alla coppia la consapevolezza dell'atto dovrà essere adeguatamente informata sui risvolti medici e psicologici e sui costi. Inseguito, dovrà firmare un Consenso informato, accettando che se l'ovulo sarà fecondato dovrà essere obbligatoriamente impiantato.

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 eseguita unicamente in strutture autorizzate dalle Regioni.

Articolo 11: Registro.

Presso l'Istituto Superiore di Sanità è istituito un Registro Nazionale delle

strutture autorizzate, degli embrioni trasferiti in utero e dei nati.

Articolo 12: Divieti generali e sanzioni.

Sono stabilite sanzioni amministrative e penali rapportate alla gravità delle violazioni della legge.

Articolo 13: Sperimentazione sugli embrioni.

Sono vietate le sperimentazioni sugli embrioni e la clonazione umana. Ricerche cliniche e sperimentazioni sull'embrione sono autorizzate unicamente se finalizzate alla tutela della sua salute e del suo sviluppo. E' negato predeterminare o alterare il patrimonio genetico dell'embrione.

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

Per tutelare la vita umana sono proibite la soppressione degli embrioni e la riduzione embrionaria di gravidanza plurima. La produzione per ogni trattamento dovrà essere di tre embrioni da trasferirsi prontamente nell'utero della donna. La crioconservazione è autorizzata unicamente se il passaggio nell'utero degli embrioni sia impossibilitato per gravi, documentati e imprevedibili problemi di salute della 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.

Articolo 17: Disposizioni transitorie.

2.3."LINEE GUIDA": 11 APRILE 2008 e 1 LUGLIO 2015

"LINEE GUIDA" 11 APRILE 2008 varate dal Ministro della Salute L. Turco.

Novità. Abolizione dei commi che vietavano la diagnosi preimpianto a seguito delle sentenze di alcuni tribunali. Apertura alla fecondazione eterologa. Implementazione delle categorie autorizzate ad usufruire della procreazione medicalmente assistita, in particolare le coppie nelle quali l'uomo è affetto da malattie virali sessualmente trasmissibili: Hiv e epatiti B e C, riconoscendo che queste condizioni sono assimilabili ai casi d'infertilità.

"LINEE GUIDA" DEL 1 LUGLIO 2015 varate dal Ministro della Salute B. Lorenzin.

Novità. Possibilità di ricorrere alla fecondazione eterologa anche nella modalità "doppia", con gameti e ovuli da donatore, ma evidenziano le Linee Guida: "non è possibile per le coppie scegliere particolari caratteristiche fenotipiche del donatore". Accesso alla procreazione medicalmente assistita di "coppie sierodiscordanti" (uno dei due partner è affetto da malattie virali sessualmente trasmissibili per infezione da Hiv e epatiti B e C). Nella versione precedente l'accesso era previsto solo per l'uomo mentre ora è autorizzato anche alla donna.

CONCLUSIONE

I mass-media, dibattendo sulla Legge 40/2004, normalmente sottolineano e accentuano i risvolti da loro valutati negativi, conservatori e oscurantisti, distorcendo la rilevanza della normativa. A noi interessa sottolineare che restano aperti i dubbi sulla tecnicizzazione della procreazione e l'intollerabile strage degli

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

Exkursus: I tentativi per demolire la legge 40/2004

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 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”¹¹. 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

¹¹ AVVENIRE, *E' vita*, 18 giugno 2015.

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 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, comma1, 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”¹².

In altre parole non si cura la malattia ma si eliminana il malato come richiede la “cultura dello scarto”.

¹² AVVENIRE, 6 giugno 2015.