

Fecondazione artificiale; aspetti scientifici e problematiche etiche

Andrea Viridis

Introduzione

La sterilità, un problema con il quale le coppie si confrontano da sempre, ha assunto – negli ultimi tempi – nuove caratteristiche a causa dell'aumentata incidenza, delle cause (oggi, più che in altri tempi legate anche alle abitudini di vita) e delle soluzioni che vengono proposte da una medicina sempre più sostitutiva che riparativa.

Ma cosa vuol dire essere sterili? Che cosa indica la condizione di sterilità?

Da un punto di vista clinico, per sterilità si intende l'incapacità da parte di una coppia di ottenere una gravidanza dopo un anno di rapporti sessuali potenzialmente fecondanti¹. Va precisato, però, che dopo questo arco di tempo si avanza solamente il *sospetto di sterilità*, ovvero, che tale condizione deve essere accertata (vanno, cioè, identificate le cause e i processi di sviluppo della condizione patologica).

Le cause di sterilità possono essere maschili e femminili, anche se spesso il problema è dovuto al sommarsi di vari fattori e, quindi, la sterilità viene considerata di coppia.

È facile intuire come anche il solo “sospetto” di sterilità comporta nella coppia un certo stress emotivo, per questo ciò di cui queste coppie hanno bisogno non è solo una diagnosi clinica, ma anche un aiuto a fronteggiare la sofferenza generata dal desiderio insoddisfatto di un figlio, dai frequenti insuccessi e dalle delusioni che hanno costellato fino a quel momento la ricerca di una soluzione. Un'esperienza di questo tipo, infatti, ha un impatto molto forte sulla coppia, soprattutto da un punto di vista psicologico, sia sul singolo individuo, sia a livello relazionale: non si tratta di un problema soltanto biologico, ma riguarda la globalità della persona.

Par quanto riguarda i trattamenti, occorre precisare che la terapia della sterilità di coppia va necessariamente preceduta da un attento e completo esame diagnostico, al fine di individuare la causa più probabile del mancato concepimento; una volta individuata la causa o le cause si individuerà la terapia più adeguata: *terapia medica* (ormonale, antibiotica, antinfiammatoria, ecc.); *terapia chirurgica* (microchirurgia tubarica, interventi per varicocele, ecc.); *terapia psicologica* (es. in alcuni casi di *impotentia coeundi*, ecc.).

Il 70% circa delle coppie con problemi di sterilità, infatti, può ottenere una gravidanza se viene condotta una accurata valutazione dei fattori di sterilità e instaurata una adeguata terapia.

Alle terapie propriamente dette, si è aggiunta – negli ultimi trenta anni – la proposta delle *tecniche di fecondazione artificiale*: si è assistito così ad un numero notevole di richieste – e di offerta – di queste tecniche, spesso ancor prima di aver fatto diagnosi o, comunque, con una incidenza superiore a quel 30% di casi non risolvibili con terapie medico-chirurgiche.

Scopo primario delle tecniche di fecondazione artificiale è dare una “risposta” alla sterilità di coppia. Va precisato però che non si tratta di una risposta *terapeutica*, poiché l'uso di queste tecniche non restituisce la fertilità naturale alle coppie, ma si limitano a sostituire in tutto o in parte la funzionalità generativa, in modo da ottenere comunque uno o più concepiti.

¹ Il termine di un anno (o due, secondo altri studi) è stato desunto dai dati statistici relativi alla fertilità della popolazione generale e alle coppie che, apparentemente sane, ricercavano una gravidanza. DI PIETRO ML, SGRECCIA E. *Procreazione assistita e fecondazione artificiale. Tra scienza, bioetica e diritto*. Brescia: La Scuola; 1999.

La prima distinzione da fare, a questo punto, è fra la “procreazione medicalmente assistita”, - le terapie della sterilità di cui ho fatto menzione precedentemente e altri interventi - in cui l’atto generativo è “aiutato”(ma non sostituito) per far sì che avvenga una fecondazione naturale, e la “fecondazione artificiale” propriamente detta che, di fatto, consiste in una sostituzione dell’atto coniugale e in una fecondazione *in vitro*: la fecondazione, cioè, avviene al di fuori dell’organismo della donna (si parla di fecondazione *extracorporea*), e l’embrione viene successivamente trasferito, (FIVET).

Le tecniche di fecondazione artificiale possono essere, poi, realizzate nella forma *omologa* (con gameti della coppia richiedente) o nella forma *eterologa* (con donazione di uno o entrambi i gameti); è possibile infatti effettuare la donazione di ovocellule, spermatozoi, di embrioni e di utero (il c.d. “utero in affitto”). La possibilità della donazione dei gameti e degli embrioni ha portato alle cosiddette “banche”, in cui i richiedenti possono usufruire di gameti o di embrioni crioconservati (“congelati”).

(Occorre precisare che tali tecniche hanno percentuali assai basse di successo – soprattutto in relazione all’età più avanzata della donna. Il ricorso a tali tecniche, inoltre, non è esente da rischi anche gravi sia per la donna che per il bambino).

Le tecniche di fecondazione artificiale, nate con l’intento di dare una possibile risposta al problema della sterilità di coppia, molto presto sono state utilizzate per scopi che vanno ben al di là di tale primario intento (selezione degli embrioni, dare un figlio ai single o alle coppie gay, ricerca scientifica, clonazione, ecc).

Si intuisce, pertanto, l’importanza di comprendere tutte le implicazioni che l’uso di tali tecniche può avere su diversi livelli: le problematiche di natura medica (i rischi insiti nell’uso di tali tecniche), le questioni etiche (in relazione allo statuto personale e alla dignità dell’embrione umano), i problemi di ordine giuridico e sociale (la famiglia e la scissione della genitorialità biologica e giuridica), gli aspetti psicologici (per la coppia e per il bambino), e – non certo ultima per importanza – la questione antropologica (il significato della generazione umana).

Il ricorso a tali tecniche pone, quindi – anche in ragione dei diversi usi che di esse si può fare – una innumerevole varietà di questioni problematiche di varia natura, che certamente necessitano di uno spazio di tempo assai più ampio di quello a nostra disposizione. Confidando nella possibilità del tempo dedicato alle domande al termine di questa sessione, ho pensato di proporre qui una riflessione, articolata per tappe:

Descrizione delle tecniche di fecondazione artificiale

Riflessione antropologica sulla generazione umana

Aspetti etici

Fecondazione artificiale: le tecniche.

Quando si parla di *tecniche di fecondazione artificiale* si indica una varietà di tecniche, tutte avente una propria nomenclatura (o una sigla), legata al modo di attuazione della fertilizzazione stessa e al tipo di trasferimento o dei gameti o dell’embrione nelle vie genitali femminili.

Tra le tecniche di fecondazione artificiale intracorporea vi sono l’*inseminazione artificiale* e la *GIFT* (*Gamete intrafallopian transfer*; trasferimento intratubarico dei gameti); è invece

extracorporea la fecondazione *in vitro* (FIV) a cui fa seguito il trasferimento dell'embrione (ET) in fasi diverse dello sviluppo e in punti diversi delle vie genitali femminili (utero o tube).

Una variante della fecondazione *in vitro* è rappresentata dalla micromanipolazione dei gameti, realizzata con la microiniezione di spermatozoi direttamente nel citoplasma della ovocellula (ICSI, *Intracytoplasmic Sperm Injection*)

Nella messa in atto delle tecniche di fecondazione artificiale vi sono delle tappe comuni nell'ambito di queste procedure: pur nella diversità di esecuzione delle varie tecniche, infatti, il prelievo del seme e la stimolazione con/senza prelievo di ovocellule avvengono allo stesso modo.

1. Il seme viene prelevato dal partner maschile essenzialmente con due modalità: al di fuori dell'atto coniugale o durante/subito dopo l'atto coniugale.

Il prelievo *al di fuori* dell'atto coniugale viene fatto mediante *masturbazione* o, in alcuni casi di grave oligospermia, mediante puntura dell'epididimo (MESA, *Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration*); il prelievo *durante* l'atto coniugale può essere realizzato o mediante l'uso di un profilattico (integro o perforato) o con la pratica del coito interrotto e raccolta di seme in una provetta di plastica sterile; il prelievo *dopo* l'atto coniugale si realizza con il recupero del seme dalla vescica maschile in presenza di eiaculazione retrograda².

Il campione di liquido seminale viene recuperato 2 ore prima del trasferimento nelle vie genitali femminili nella GIFT e nell'inseminazione artificiale; in concomitanza o poco dopo il prelievo ovocitario nella FIVET.

Una volta prelevato, il seme viene preparato (sterilizzazione e capacitazione) al fine di selezionare gli spermatozoi con più elevato indice di motilità e separato dal plasma seminale

2. Per il *prelievo delle ovocellule* la prassi è quella di utilizzare uno o più protocolli di stimolazione ovarica allo scopo di ottenere la crescita contemporanea di più follicoli e incrementare in questo modo la possibilità che si instauri una gravidanza. È infatti noto che il tasso di gravidanze è, in parte, direttamente proporzionale al numero di ovocellule liberate dall'ovaio (nell'inseminazione artificiale), delle ovocellule trasferite (nella GIFT), degli embrioni trasferiti (nella FIVET).

((Qualunque sia la tecnica di fecondazione artificiale da utilizzare o di stimolazione ovarica eseguita, è sempre necessario attuare un attento monitoraggio (dosaggi ormonali, ecografia) della crescita dei follicoli ovarici. Una volta che i follicoli ovarici sono giunti a maturazione, si procede con il trasferimento del seme nell'inseminazione artificiale o con il prelievo delle cellule uovo per la FIVET. La modalità di prelievo può essere duplice: la laparoscopia; il prelievo per via transvaginale o transcutanea sotto controllo ecografico, con sonda ecografia addominale o endovaginale.

Il prelievo delle ovocellule per via laparoscopica è una procedura chirurgica, che richiede l'*anestesia generale con intubazione endotracheale*; il recupero ecoguidato viene effettuato, invece, a paziente sveglia durante un'ecografia con sonda addominale o endovaginale e inserimento dell'ago nell'ovaio per via percutanea-transcervicale, transuretrale-transvescicale, o direttamente transvaginale (approccio più utilizzato).

Vanno ricordati i rischi (ne parleremo più avanti) da stimolazione ovarica: "sindrome da iperstimolazione", gravidanze multiple e la ridotta ricettività endometriale.

Sia gli spermatozoi che le ovocellule possono essere congelati: mentre per la sterilità maschile la crioconservazione è una pratica routinaria e utilizzata per la creazione di "banche del seme" da donatore o per conservare il seme di soggetti che verranno sottoposti a chemio- o radio- terapie (che potrebbero compromettere la spermatogenesi, il congelamento delle ovocellule presenta alcuni problemi relativamente al deterioramento delle stesse con conseguente riduzione della percentuale di fertilizzazione e aumento della *incidenza di anomalie cromosomiche* (poliploidia, aneuploidia) *negli embrioni ottenuti*.

Quando il seme e le cellule uovo devono essere utilizzate, vengono scongelati e ne viene valutata la capacità, rispettivamente, fecondante e di essere fecondate.

² In questa patologia si assiste ad un deflusso –durante l'atto coniugale– del liquido seminale nella vescica: previa preparazione della vescica (si rende basico il suo ambiente acido) è possibile recuperare l'urina dalla vescica e separare il seme necessario per l'inseminazione.

3. La FIV-ET (fecondazione *in vitro* con trasferimento di embrione) viene generalmente indicata in presenza di *sterilità tubarica* (salpingectomia bilaterale; idrosalpinge; occlusioni tubariche multiple), o di endometriosi, o di sterilità di origine maschile (in presenza di oligoastenospermia), o di sterilità idiopatica o immunologica.

Dopo essere stati recuperati, i gameti vengono deposti in un apposito mezzo di coltura per circa 12-18 ore e le provette vengono messe in una incubatore che mantiene una temperatura di circa 37°C in un'atmosfera contenente il 5% di anidride carbonica ed un tasso di umidità relativa al 98%. Le ovocellule vengono esaminate dopo 12-18 ore per verificare se è avvenuta o meno la fecondazione, testimoniata dalla presenza dei due pronuclei (maschile e femminile) e dall'espulsione del secondo globulo polare. La percentuale complessiva della fecondazione delle ovocellule è dell'80% e oltre l'85% degli embrioni fecondati va incontro a divisione cellulare. Gli embrioni risultanti vengono trasferiti in un mezzo di coltura e incubati per ulteriori 24/60 ore prima del *transfer*, quando hanno già superato lo stadio di 8 cellule. La "qualità" degli embrioni viene stabilita prima del trasferimento mediante criteri morfologici o, come vedremo, anche attraverso le tecniche di diagnosi pre-implantatoria. Una volta selezionati, gli embrioni vengono trasferiti nelle vie genitali della donna, solitamente nella cavità uterina, ma talora anche nelle tube di Falloppio.

Le percentuali di successo possono aumentare in modo proporzionale al numero degli embrioni trasferiti, anche se utilizzando più di 3 o 4 embrioni aumenta il rischio di gravidanze multiple.

Gli embrioni in eccesso, non trasferiti, vengono crioconservati per un utilizzo successivo nella stessa donna o in altre donne, a seguito della "donazione", o nella sperimentazione. Circa il 50-70% degli embrioni scongelati sopravvive a questa procedura, con una percentuale di gravidanze cliniche e di parti dopo il trasferimento pari, rispettivamente, al 13,2% e 10,2%.

Il trasferimento nelle vie genitali della donna avviene per via transcervicale: gli embrioni vengono inseriti in un catetere sterile insieme ad un piccolo volume di mezzo di coltura e iniettati lentamente nell'utero (di cui è stata preventivamente calcolata la lunghezza mediante una isterometria) con una siringa inserita all'estremità prossimale del catetere. Dopo il primo trasferimento si controlla se vi sono ancora embrioni nel catetere, nel qual caso si procede di nuovo al trasferimento.

La percentuale di successo della FIVET, in termini di bambini nati, in rapporto agli embrioni trasferiti in utero è compresa tra il 19 e il 22%; tale percentuale è più bassa (5%) se valutata in rapporto al numero totale di embrioni fecondati, che verrebbero quindi persi nel 95% dei casi. Tale percentuale, inoltre, varia anche in relazione all'età della donna.

La FIVET si associa inoltre ad un elevato numero di aborti - circa il 20% delle gravidanze cliniche, fino al 60% dopo i 40 anni) per cui le gravidanze che giungono al termine non superano il 15%.

Fra le complicanze più comuni della FIVET vi sono le gravidanze plurime e le gravidanze ectopiche.

3. Fecondazione artificiale: gli aspetti etici.

Già la semplice descrizione delle tecniche di fecondazione artificiale solleva innumerevoli interrogativi sulla loro *praticabilità*, sulla *reale efficacia*, sul *rapporto rischio/beneficio* (sindrome da iperstimolazione ovarica, gravidanze ectopiche, gravidanze multiple), sulle ulteriori *degenerazioni* (la crioconservazione e la sperimentazione sull'embrione).

Ma su questo aspetto solo all'apparenza meramente tecnico, probabilmente passibile di miglioramento con il passare degli anni, si accavallano interrogativi su problemi di portata ben più grave, non solo perché toccano la sfera dei *rapporti sociali*, del *bene comune* e del *diritto*, ma ledono anche e soprattutto *la dignità del nascituro e della procreazione umana*.

Volendo dare una semplice panoramica dei problemi che vengono sollevati dalle tecniche di fecondazione artificiale, possiamo raggrupparli nel modo seguente:

- *Aspetti tecnici* (complicanze e rischi clinici dati dalle tecniche stesse; congelamento, selezione e sperimentazione sugli embrioni);
- *Aspetti etico-giuridici* (anonimato del donatore di gameti, scissione fra la genitorialità biologica e giuridica);
- *Aspetti etici fondamentali* (la soppressione o la manipolazione della vita embrionale nel corso delle procedure di fecondazione artificiale; genitorialità plurima nel caso di embrioni ottenuti con gameti esterni alla coppia; scissione tra coniugalità e genitorialità all'interno del matrimonio e della famiglia; scissione dell'atto procreativo dalla sua dimensione personale).
- *Aspetti etico-economici* (oneri economici elevati - le tecniche hanno un costo molto alto - rispetto alle basse percentuali di successo; mercificazione del corpo: commercializzazione gameti e utero in affitto).

a) I rischi delle tecniche di fecondazione artificiale

Quando si parla di fecondazione artificiale, l'attenzione è rivolta prevalentemente alla loro percentuale di successo in termini di bambini nati, mentre solo raramente ci si sofferma ad analizzare i rischi legati al ricorso alle stesse tecniche.

Occorre sottolineare che questi rischi (dovuti ad imperizia dell'operatore o insiti nelle procedure stesse) sono responsabili di morbilità e mortalità della donna e/o del nascituro. Di questi rischi la coppia deve essere informata, anche perché il ricorso alle tecniche di FA non può essere considerato né una terapia né può fondarsi su un presunto "diritto al figlio" e per ciò il rischio, anche minimo, è eticamente rilevante.

Infatti, pur se è vero che in medicina - sia in fase diagnostica sia in quella terapeutica - una quota di rischio è sempre presente e da commisurare di volta in volta ai benefici che da quel dato trattamento potrebbero derivare, tale bilanciamento rischi/benefici non ha ragione di essere giustificato nel campo della procreazione.

Rischi materni

1) Sindrome da iperstimolazione ovarica (SIO)

La stimolazione ovarica (con progesterone, estradiolo,...)viene utilizzata su due popolazioni di pazienti con diverse finalità:

- la prima è rappresentata da donne che non hanno un'ovulazione e nelle quali si vuole correggere una sterilità di origine endocrina, portando a maturazione un certo numero di follicoli.
- La seconda è rappresentata da donne, che hanno quasi sempre l'ovulazione e si sottopongono a cicli di fecondazione artificiale: in questo caso il fine è proprio quello di produrre un gran numero di ovociti e, pertanto, una iperstimolazione non è solo frequente, ma viene proprio ricercata.

La sindrome da iperstimolazione ovarica comprende un insieme di disfunzioni, che variano da una forma benigna ad una condizione estremamente grave (vi sono tre principali categorie cliniche: lieve, moderata e grave).

La s. lieve è caratterizzata da distensione addominale ed evidenza ecografica di ingrandimento ovarico, associato anche a sintomi gastrointestinali quali nausea, vomito e diarrea. In presenza di una ascite (versamento di liquido) si ha già un grado moderato della s.

La forma grave presenta le stesse caratteristiche della forma moderata con l'aggiunta di uno o più dei seguenti sintomi: ascite clinicamente evidente, idrotorace, dispnea, stati di ipercoagulazione, disidratazione, funzionalità renale compromessa.

L'emoconcentrazione - dovuta alla perdita di liquidi dal distretto ematico - e il conseguente aumento della viscosità ematica possono portare eventi trombotici della vena giugulare interna, della arteria carotide e della arteria cerebrale, della vena epatica, etc. con conseguente disfunzione degli organi interessati (arti, cervello,...) e, nei casi più gravi, morte della paziente.

Vengono, inoltre, segnalati casi di disfunzione epatica con disordini epatocellulari e colestasi, di insufficienza renale complicata da anuria, ipercaliemia e uremia.

Non è ancora nota completamente la fisiopatologia della sindrome, ma sembra che le manifestazioni cliniche siano determinate da una aumentata permeabilità capillare, con all'origine una eccessiva produzione di ormoni steroidi.

(Nella Fecondazione artificiale l'incidenza della SIO è pari: nella forma moderata al 3-4%, e in quella grave allo 0,1-0,2%.)

Proprio perché non è possibile prevedere con certezza il manifestarsi della SIO, tutte le donne che si sottopongono a questo trattamento devono essere considerate potenzialmente a rischio e attentamente monitorizzate.

2) Complicanze delle procedure di fecondazione artificiale

Sono le complicanze legate alla fase di recupero delle ovocellula, alla coltura in vitro e al trasferimento dei gameti o degli embrioni nelle vie genitali della donna:

- è noto che il prelievo delle ovocellula viene fatto sempre più per via transvaginale sotto controllo ecografico, mentre si usa la laparoscopia per trasferire i gameti o gli embrioni nelle tube di Falloppio. Il *recupero* per via ecografia può essere associato a dolore pelvico addominale, ad infezioni, danni all'intestino, utero e tube dovuti al trauma meccanico dell'ago aspirante, con conseguenti emorragie anche mortali. Nella *laparoscopia*, invece, sono possibili le complicanze da anestesia (rigurgito gastro-polmonare, edema polmonare, ipotensione, danni neurologici, paralisi respiratoria da anestesia epidurale, etc.).

- vi è inoltre la possibilità di infezioni, con conseguente aumento dell'incidenza di malattia pelvica infiammatoria anche a causa della possibile contaminazione dei gameti e degli embrioni durante le fasi di coltura e trasferimento, così come rappresenta un rischio l'uso di seme non attentamente selezionato.

- Tra le complicanze meno frequenti vanno ricordate la rottura dell'utero e delle tube nel caso di gravidanze ottenute con fecondazione artificiale. La rottura dell'utero è certamente un evento abbastanza raro ed è comunque legato a fattori predisponenti (tagli cesarei, perforazioni uterine di causa iatrogena, anomalie congenite...).

Rischi embrio-fetali

Il primo rischio a cui va incontro l'embrione è che - una volta ottenuto da una fecondazione - non riesca ad arrivare a vita autonoma.

I rischi possono venire così sintetizzati:

- il mancato trasferimento nelle vie genitali della donna (embrioni soprannumerari o selezionati);
- il mancato attecchimento nella parete uterina;
- Aborto spontaneo o procurato (quest'ultimo collegato alla presenza di gravidanze ectopiche, multiple o anomalie genetiche o morfologiche nel feto);
- ma anche una volta nato, questo bambino potrebbe avere una maggiore incidenza di morbilità o mortalità perinatale.))

Considerazioni antropologiche ed etiche

L'esperienza della sterilità è generalmente vissuta in modo drammatico, essa scatena nella coppia le reazioni simili ad altre situazioni di crisi (sorpresa, shock, incredulità, negazione, frustrazione, collera, ansietà, senso di colpa, imbarazzo, disappunto, depressione, ecc.), e aggravata spesso a seguito della difficoltà frequente a trovare una soluzione. Si tratta di situazioni di crisi ben comprensibili, soprattutto alla luce dell'importanza che la procreazione e la genitorialità hanno nel contribuire a sviluppare l'autostima, l'identità di genere, il ruolo familiare e sociale, ecc.

Tale crisi può assumere caratteristiche diverse nell'uomo e nella donna, nel coniuge sterile e fertile, fino ad influenzare pesantemente la stessa relazione di coppia.

In tale contesto, il guardare alla proposta della fecondazione artificiale nasce come un tentativo di trovare una soluzione, e di dare una risposta al desiderio di un figlio e alla sofferenza di scoprirsi non fertili.

Nessuno può negare che non poter stringere tra le braccia un figlio, che porta nel suo volto una somiglianza con chi lo ha generato, che lo lega alla propria identità personale e familiare, è fonte di grande sofferenza: non poter essere genitori è sicuramente un grande dolore.

Ma – a questo punto – occorre chiedersi: un desiderio, per quanto legittimo può giustificare il ricorso a ogni mezzo per essere soddisfatto? Certamente, laddove è possibile occorrerà rimuovere, anzitutto, quei fattori di rischio alla base di alcune situazioni di infertilità; ma qualora la sterilità fosse definitiva, tutte le risposte sono fra loro equivalenti? Ed in particolare, l'opzione della fecondazione artificiale è davvero la scelta nel migliore interesse dei genitori e del (ipotetico) bambino?

Per rispondere a questo interrogativo occorre riflettere sul significato della generazione umana, anche in relazione a quelle caratteristiche di quell'atto coniugale che si vuole sostituire con la fecondazione artificiale.

Riprodurre, generare, procreare: la specificità della generazione umana

La "riproduzione" umana, da un punto di vista biologico, può essere semplicemente descritta come l'unione delle informazioni genetiche contenuti nei gameti dei soggetti generanti. Il fatto che tale descrizione sia corretta non implica automaticamente che debba essere considerata esauriente.

Se dal punto di vista biologico-funzionale l'atto del riprodursi è, infatti, analogo a quello di tutti gli altri mammiferi, da quello specificamente umano richiede una reciproca donazione, insieme corporea e spirituale tra due persone. Il riprodursi umano, infatti, non può essere assimilato *in toto* a quello delle altre specie viventi.

La generazione umana eccede (cioè, va oltre) i compiti della riproduzione animale: se quest'ultima è, infatti, funzionale solo alla continuazione della specie, la prima lo è anche alla prosecuzione e innovazione della "storia" familiare e sociale umana. Vedere il figlio come "generazione" vuol dire, cioè, considerarlo non come un semplice "prodotto biologico" dei suoi genitori, ma piuttosto, attraverso loro due, come un "anello" della storia generazionale, da cui eredita un certo patrimonio valoriale, che dovrà a sua volta trasmettere.

L'atto coniugale, attraverso cui la generazione umana si realizza, non è un'attività vegetativa né un atto solo biologico. È un atto che, pur muovendo dalla scelta libera e volontaria, coinvolge nella totalità i coniugi: in questa relazione interpersonale, in questo "abbraccio d'amore", può realizzarsi la chiamata all'esistenza di un figlio. Dal dono delle persone scaturisce il dono della vita: un dono che trascende il fatto biologico, pur presente.

La fecondazione artificiale operando, di fatto, una dislocazione spazio-temporale e generativo-relazionale dell'evento della nascita, sostituisce l'atto coniugale nella chiamata all'esistenza.

Con tali tecniche è, infatti, diventato possibile compiere la "riproduzione" di un uomo in laboratorio, a prescindere da una donazione interpersonale e senza un'unione corporea tra uomo e donna.

Di fatto il processo di riproduzione extra-corporea rappresenta una negazione di quel che è "specificamente umano nell'uomo",³ un pericoloso avvicinamento della generazione umana ai meccanismi di riproduzione animale.

Da frutto dell'incontro dei coniugi, il figlio diviene il risultato di una tecnica anche corretta ma impersonale. Non sono i genitori che danno la vita, ma il medico o il biologo.

La FIVET ha trasformato la generazione umana in un processo programmato, controllato, modificato e modificabile.

Se l'aspirazione ad avere un figlio è certamente legittima e nobile, essa va comunque accompagnata dalle considerazioni sulla profonda differenza che sussiste tra "procreazione naturale" e "fecondazione artificiale" extracorporea. Nel primo caso, il concepimento è frutto di un incontro intimo e non controllabile dall'esterno; nel secondo, invece, il concepimento è frutto di un "atto collettivo" (occorre la collaborazione di altre persone oltre alla coppia: medici, équipe di sanitari, personale addetto agli ambienti e alle strutture, ecc...), perfettamente monitorabile e predeterminabile dall'esterno.

L'incontro di un uomo e una donna mette in gioco valori personali (affettivi, psicologici, sociali), che hanno un carattere profondamente umano: la fecondazione artificiale altera proprio quel carattere relazionale e personale che ne è l'elemento costitutivo.

Il rifiuto dell'artificialità non significa, quindi, qui rifiuto del progresso: l'artificialità della FIVET non si limita a supplire la difficoltà di incontro dei gameti, bensì stravolge il più personale degli atti umani: l'atto procreativo.

Il "figlio del desiderio", il "desiderio del figlio": dall' "avere" un bambino all' "accogliere" un bambino

L'odierna possibilità di scegliere "se", "quando", "come" e "chi" generare ha, poi, determinato una serie di mutamenti nella scena sociale – soprattutto nei paesi del mondo sviluppato – riguardanti sia l'atteggiamento che l'adulto ha nei confronti dei nuovi nati sia lo statuto "simbolico" del figlio: "Da una parte, un figlio scelto è desiderato, atteso, oggetto di particolare attenzione e ciò salvaguarda dal pericolo della trascuratezza che poteva minare una crescita armonica nella famiglia del passato. Dall'altra parte, ora il figlio corre il rischio di essere caricato di eccessive aspettative. I genitori oggi nutrono elevate attese nei confronti dei pochi figli che mettono al mondo (...). Il bambino/figlio tende piuttosto a diventare un "contenitore" dei bisogni dei genitori o una forma di realizzazione di questi ultimi, uno schermo di proiezione delle loro aspirazioni, come è evidente negli atteggiamenti degli adulti che fanno della riuscita dei figli un "banco di prova" della loro capacità genitoriale".⁴

³ RATZINGER J. *Uno sguardo teologico sulla procreazione umana* in AAVV. *Bioetica, un'opzione per l'uomo. I° Corso Internazionale di Bioetica. Atti*. Milano: Jaca Book; 1989: 197-213, pp. 199 e seg.

⁴ SCABINI E. *Il senso della generazione nell'epoca della tecnica* in ZANINELLI S (a cura di). *Scienza, tecnica e rispetto dell'uomo*. Milano: Vita e Pensiero; 2001: pp. 145-146.

Il rischio nella società contemporanea è che l'immagine del figlio tenda ad assumere sempre meno quella dell'"ospite gradito e accolto"⁵ nella intimità di una coppia, e sempre più quella del "desiderio" da esaudire.

Un primo segno di ciò è dato dalla portata di quel che bilancia il desiderio di un figlio, ossia il suo "rifiuto". Come fa notare, infatti, il filosofo francese Gauchet – "la società che dà la precedenza al modello del figlio del desiderio è, oggettivamente, la società del rifiuto del figlio";⁶ "il figlio del desiderio è anche, per definizione, il figlio rifiutato",⁷ "è un bambino che non può ignorare che avrebbe potuto non essere desiderato".⁸

Un secondo segno a riprova dei mutamenti descritti è dato dalla "difficoltà di accogliere il proprio figlio per quello che è (...), per cui non si esita di fronte alla possibilità che diversi figli allo stadio embrionale siano eliminati, così come non si esita a richiedere che il figlio desiderato sia programmato secondo criteri salutistici".⁹

Sul primo punto vale la pena di ricordare che nelle odierne metodiche di fecondazione artificiale il numero di embrioni che per ragioni tecniche di norma si produce è superiore a quello che poi viene effettivamente impiantato e la sorte che attende il relativo "surplus" (in genere crioconservato) è quella o dell'eliminazione o dell'impiego nelle sperimentazioni o, da ultimo, dell'impianto in un'altra donna.¹⁰

Inoltre, il trasferimento di più embrioni, che sempre per ragioni tecniche viene di solito effettuato, implica evidentemente una maggiore probabilità di gravidanze multiple o plurigemellari. Ciò può indurre alla pratica della cosiddetta riduzione delle gravidanze multiple o riduzione embrionale, vale a dire la soppressione di alcuni embrioni al fine di assicurare una maggiore possibilità per la gestazione stessa di andare avanti.¹¹

Sul secondo punto va detto che se, da una parte, l'impiego delle odierne tecniche di diagnosi pre-impianto rende già possibile la selezione di donatori, gameti ed embrioni, dall'altra, l'uso di quelle di ingegneria genetica rende non tanto lontana l'eventualità di progettare interamente il bambino secondo determinate caratteristiche, rischiando così di trasformare la generazione umana in un esplicito progetto eugenetico.

Il biologo della riproduzione – in buona misura "pentito" – Jacques Testart,¹² artefice della prima fecondazione in vitro francese, osserva in proposito che il fatto di avere l'embrione "esposto", fuori dall'utero materno, ha portato a un enorme cambiamento nella percezione dell'essere umano e del figlio. L'embrione in vitro, infatti, per la sua "disponibilità", induce la tentazione di "sceglierlo", di manipolarlo, di "usarlo", un po' come si faceva prima con gli embrioni di mucca o di coniglio.

Il ricorso alle tecniche di fecondazione artificiale extracorporea porta, di fatto, alla "produzione" di un essere umano, che viene così ridotto alla stregua di un oggetto, di una "cosa". Il rapporto tra chi fabbrica (il medico) e chi ordina (gli aspiranti genitori) la vita e chi viene fabbricato (l'embrione

⁵ Cfr.: PESSINA A. *Bioetica. L'uomo sperimentale*. Milano: Bruno Mondadori; 1999, p. 124.

⁶ GAUCHET M. *Il figlio del desiderio. Una rivoluzione antropologica*. Milano: Vita e Pensiero; 2010: 68-69.

⁷ *Ibid.*, p. 68.

⁸ *Ibid.*, p. 70.

⁹ PESSINA. *Bioetica...*, p. 124.

¹⁰ Cfr.: SGRECCIA E. *Manuale di Bioetica. Volume I. Fondamenti ed etica biomedica*. Milano: Vita e Pensiero; 2007⁴: 540; SPAGNOLO AG, SGRECCIA E. *Il feto umano come donatore di tessuti e di organi*. *Medicina e Morale* 1988; 6: 843-875.

¹¹ Sull'argomento cfr.: DI PIETRO, SGRECCIA. *Procreazione assistita...*

¹² Testart J. *Cannibales et marchands à la recherche de l'embryon*, *Libération* (27 Aprile 2009).

umano) è simile a quello di un produttore con il suo prodotto: e ciò che è prodotto può essere manipolato, selezionato, scartato.

Anzi – volendosi riallacciare al discorso precedente –, il pericolo forse più grande connesso alla sostituzione, nella descrizione dello statuto simbolico del figlio, di nozioni quali “dono”, “ospite”, “frutto” con quelle di “desiderio”, “bisogno da soddisfare” è proprio quello di convertire la procreazione umana in una prassi di selezione, conservazione e miglioramento della specie. In questo senso, il passaggio dal desiderio del figlio a quello del figlio come “io lo desidero” risulta piuttosto breve.

Pertanto, un altro interrogativo col quale occorre confrontarsi, che sorge dalle stesse tecniche e dalla volontà di porle in atto, è quello relativo al concepito stesso: se cioè il figlio sia realmente al centro della fecondazione o, piuttosto, esso passi in secondo piano rispetto al “desiderio” (che spesso pretende di divenire “diritto”) della donna o della coppia ad avere un figlio. Così come ogni persona non deve mai essere trattata come un “mezzo”, analogamente il figlio deve essere sempre lo scopo della generazione e mai il “mezzo” o il “rimedio” in relazione ai desideri degli adulti.

Sono fermamente convinto che, nell’attuale momento culturale, occorra un cambiamento radicale, una totale inversione di marcia nel considerare il rapporto tra il genitore (colui che genera) e il generato: passare dalla logica del possesso (avere) a quella dell’accoglienza, dall’ “avere un figlio” all’ “accogliere un figlio”. Tale disposizione può forse aiutare a comprendere come un figlio non sia un “oggetto” di proprietà (o ancor meno un oggetto da produrre in laboratorio), ma un “soggetto” da accogliere (una persona dotata di intrinseca dignità), e che quell’aggettivo “mio” (mio figlio) non stia ad indicare possesso, ma relazione di interdipendenza, in cui la piena personalità dell’altro non è solo riconosciuta, ma anche sostenuta ed accompagnata.

Fecondità nell’infertilità

Quale risposta dare, allora, a chi sperimenta la situazione della sterilità?

È indubbio che la difficoltà di avere un figlio è motivo di grande sofferenza per la coppia: il desiderio di genitorialità è legata in modo “fisiologico” alla coniugalità, all’essere famiglia. Per questo motivo il desiderio di un figlio è da considerare un’esigenza profondamente umana e, se è possibile prevenire o curare l’infertilità, l’impegno deve essere massimo. Quando, però, la coppia non è in grado di realizzare il desiderio di genitorialità, la risposta non può passare attraverso la violazione del diritto alla vita e alla salute del figlio o alla distruzione dei significati del matrimonio, della coniugalità e della generazione umana. Si deve, invece, aiutare la coppia ad allargare gli orizzonti e scoprirsi feconda nell’infertilità: la fertilità è un fatto biologico; la fecondità è una predisposizione dello spirito, che supera il biologico.

La fecondità spirituale, pur comprendendo anche la fertilità biologica, abbraccia un ambito molto più ampio tanto da non rendere necessaria la prima. La capacità di amare, prendersi cura dell’altro, vedere il bisogno dell’altro viene dal cuore e non richiede una generazione fisica.

L’esperienza ci dice che si può essere fertili, ma non fecondi (si può, ad esempio, generare fisicamente un figlio, ma non essere capaci di generarlo nell’amore e nella cura); così come si può essere fecondi, senza passare per l’esplicitazione della fertilità (basti pensare a quanti, solo per fare un esempio, abbracciando la vita consacrata, vanno oltre la fertilità biologica, per aprirsi ad una fecondità spirituale che, abbracciando l’umanità, li rende realmente padri e madri).

Sicuramente la possibilità di avere un cammino di fede è importante come sostegno per la coppia, anche per riscoprire la possibilità di una fecondità che non è biologica ma riguarda la dimensione spirituale. È forse questo l'aspetto che andrebbe oggi coltivato di più.

L'impegno a cui dovremmo richiamarci tutti oggi si gioca su un duplice piano: da una parte quello della prevenzione della sterilità – cercando di far capire ai ragazzi e poi ai giovani la preziosità dell'essere fertili – e, dall'altra parte, quello di intervenire sin da piccoli con un'educazione che contempi anche la dimensione della solidarietà, della cura dell'altro, della fratellanza universale che dilata il cuore a misura dell'umanità. L'importanza della formazione su questo ambito si rende più evidente se si pensa al fatto che, di fronte a una situazione di sterilità, non ci si riscopre all'improvviso capaci di adottare un bambino o di occuparsi degli altri: se si è formati fin da piccoli ad una dimensione completa della fecondità, la scelta – ad esempio della adozione – non è vissuta come ripiego, o con dolore, ma con slancio, come opportunità di dare concretezza alla capacità di amore, inscritta nel cuore di ciascun uomo.

Comprendere che la fecondità è una dimensione della natura umana e che può essere vissuta oltre il limite biologico, è una grande ricchezza: il fondamento della fecondità è, infatti, l'Amore come condizione ontologica dell'essere umano, un Amore che scaturisce da “un cuore che vede”¹³ dove c'è bisogno. Non è semplice “trasporto di istinto e sentimento”, poiché - anche se i sentimenti sono stati affettivi stabili, profondi e duraturi – essi non sono sufficienti per descrivere tutta l'esperienza dell'amore: “I sentimenti vanno e vengono. Il sentimento può essere una meravigliosa scintilla iniziale, ma non è la totalità dell'amore”.¹⁴

Per poter “vedere”, il cuore deve conoscere l'origine della propria storia: il nostro amore nasce da un Amore che ci precede, dall'Amore di quel Dio che “per primo ci ha amati e continua ad amarci per primo”. Il primo atto di amore è l'essere stati chiamati all'esistenza dal nulla: è questa l'origine della storia dell'uomo e l'uomo è l'unico essere vivente in grado di rispondere al Creatore con il linguaggio della consapevolezza.

¹³ Benedetto XVI, *Deus Caritas est*, 31.

¹⁴ *Ibid*, 17.