

Il problema della trasparenza nelle donazioni di gameti Documento di dissenso al parere del CNB

Le ragioni di merito e di metodo di un voto contrario

Sono necessarie due righe di introduzione per rendere più comprensibili le ragioni del mio dissenso. La donazione di gameti è vietata in Italia dalla legge 40; per sfuggire a questo divieto migliaia di coppie si recano ogni anno in Paesi nei quali la donazione di gameti è legittima, prediligendo quelli che assicurano il segreto. Ho chiesto in questo ultimo anno a un centinaio di coppie che mi raccontavano di aver deciso di lasciare l'Italia per ottenere una donazione (soprattutto di gameti femminili) quali intenzioni avessero e nessuna mi ha risposto di aver già deciso di informare il bambino che sarebbe nato da questa loro scelta delle modalità del concepimento; la maggior parte delle coppie mi ha detto di voler decidere nel tempo, tenendo conto del carattere del figlio e della sua sensibilità, numerose altre hanno francamente dichiarato di voler tenere la cosa per sé.

Non ci sono Paesi stranieri nei quali esista la 'donazione' di gameti, si tratta quasi sempre di acquisti, più o meno mascherati. In Italia, nel periodo precedente l'approvazione della legge 40 non era così, le donazioni di oociti venivano fatte, tutte, utilizzando i gameti soprannumerari delle donne che avevano fatto una PMA e non mi consta che nessuna di loro abbia mai ricevuto una lira (o un favore) in cambio. La cosa potrebbe essere riprodotta, ma certamente non si troverebbero donatrici se esistesse una legge che le costringesse alla trasparenza, mantenere il segreto era la cosa alla quale tutte tenevano in modo particolare. Ma chi cerca

fortuna in Europa si deve preoccupare non solo dei costi elevati, ma anche della mancanza di garanzie (il recente scandalo dei laboratori di PMA di Cipro ne dovrebbe essere dimostrazione) e di un numero indefinito di prevaricazioni, piccole e grandi, come quella di dover sottoporsi a esami di laboratorio altrettanto costosi quanto inutili. Proteggere queste coppie è praticamente impossibile e questo è uno scandalo del quale nessuno vuole occuparsi, tantomeno il CNB. Vedo, nelle cose che ho riferito, molte ragioni che potrebbero giustificare un intervento di un comitato di bioetica; il CNB ha scelto di ignorarle tutte e di scrivere un documento che riguarda unicamente il biodiritto, stipandolo inoltre di argomenti molto discutibili. Come ha scritto recentemente su un quotidiano una delle nostre più note sociologhe, il tema trattato non ha a che fare con la bioetica ma riguarda unicamente i complessi problemi delle relazioni familiari e dovrebbe essere trattato solo da esperti veri (che nel CNB non esistono) e con molta compassione (della quale non mi è sembrato di trovare traccia).

La mia critica più specifica inizia con il titolo del documento, nel quale compare la parola 'eterologo'. Riporto il significato del termine secondo alcuni dizionari della lingua italiana:

Sabatini-Coletti: 'di organo, tessuto o sostanza organica che proviene da una specie diversa da quella in oggetto';

Sapere.it: 'di specie differente, che presenta diversità di struttura';

Treccani: 'di organo, tessuto o sostanza organica che proviene da specie animale differente da quella considerata'.

Eccetera.

Ho chiesto di non usare questo termine che è stato introdotto per sovrapporre alle donazioni di gameti un elemento di bestialità, ma

l'unica risposta che mi è stata data è che la parola è presente nel testo della legge 40: cioè viene usata nella legge più indecente (parlo dal punto di vista lessicale) che mi sia mai capitato di leggere, la stessa che considera sinonimi sterilità e infertilità, che è stata ampiamente bocciata dalla Corte Costituzionale, che è stata costruita con lo scopo preciso di non durare. Evito, per amor di pace, di dare un giudizio su chi ha voluto prenderla ad esempio.

1. Gli scopi del Parere non rientrano nei compiti istituzionali previsti, e l'analisi etica è carente

Ho qualcosa da dire a proposito delle finalità del documento che vengono così esposte:

'offrire al legislatore del nostro Paese una serie di argomentazioni che possano aiutare a predisporre atti legislativi per affrontare i problemi di natura etica e giuridica che emergano a fronte della richiesta del nato attraverso la tecnica della fecondazione assistita con gameti estranei ai propri genitori sociali di conoscere le modalità della propria nascita.

Nel formulare il presente parere *il CNB non intende rientrare nel merito della valutazione etica della PMA né della sua regolamentazione giuridica nel nostro Paese.* Ciò anche in considerazione che in questo Comitato, come in passato²², non si riscontra unitarietà nelle posizioni bioetiche che riguardano il tema della PMA. Alcuni membri sono favorevoli al divieto posto dalla L. 40/2004 alla fecondazione con donatori di gameti, ritenendo che tale pratica sia carente di eticità, alteri lo statuto della medicina ed entri in conflitto con alcuni diritti umani fondamentali e inviolabili, afferenti alla dignità della persona e ai diritti del nascituro. Altri non condividono il divieto assoluto di tale tecnica, di per sé non eticamente condannabile: di conseguenza ritengono che in alcune ipotesi tassativamente previste dalla legge, la PMA eterologa debba essere consentita'.

22 Parere del CNB sulle tecniche di procreazione assistita sintesi e conclusioni, 17 giugno 1994 e La fecondazione assistita, 17 febbraio 1995.

Prima di tutto la *finalità dichiarata* non è prevista dai compiti del CNB, per lo meno con quelli dichiarati nel Sito ufficiale che così recita :'Il Comitato svolge sia funzioni di consulenza ... sia funzioni di informazione ... sui problemi etici emergenti con il progredire delle ricerche e delle applicazioni tecnologiche nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute'. Non è previsto l'aiuto 'a predisporre atti legislativi' che è compito di carattere tecnico-giuridico che è ben diverso dall'analisi etica. Forse il CNB ambisce a sostituire o a influenzare le Commissioni Parlamentari o altri organi preposti, ma così facendo esce dal proprio specifico mandato: (cosa che da sola priva il Parere di fondamento).

Si può per contro osservare che gli 'atti legislativi' in questione riguardano problemi di natura etica, e si tratta di esaminare quali essi siano, in modo da elaborare un'analisi più propriamente 'etica'.

Il Parere afferma che i problemi di natura etica sono generati da

1. la richiesta del nato
2. da fecondazione assistita

3. di conoscere 'le modalità della propria nascita'
4. quando questa avviene 'con gameti estranei a quelli dei propri genitori sociali'
5. pratica da considerare a prescindere dalla valutazione etica sulla PMA come nuova tecnica riproduttiva
6. e a prescindere dalla valutazione etica sulla legge 40/2004
7. dal momento che c'è dissenso sulla valutazione etica della PMA in quanto
8. per alcuni il divieto della legge 40 alla donazione di gameti è i) carente di eticità, ii) altera lo statuto della medicina [con un'operazione analoga a quella delle streghe che falsificavano la realtà?], iii) viola diritti umani fondamentali e inviolabili
9. mentre per gli altri i) non è condivisibile il divieto assoluto [previsto solo dalla morale cattolica, il che non preclude ci siano convergenze su un divieto prima-facie], ii) possono ammettere che non sia condannabile [non che sia buona e possa rappresentare un progresso morale e civile!], iii) e quindi in alcuni casi specifici 'tassativamente previsti dalla legge' essa sia anche benevolmente consentita.

Questo elenco era necessario per mettere subito in luce quattro aspetti.

Primo: si pretende (dal n. 5) di prescindere dalla valutazione *etica* della PMA come pratica, valutazione etica che peraltro (con una notevole confusione) sembra essere equivalente a quella che viene data dalla legge 40/2004, laddove si passa dal n. 7 al n. 8 fornendo le motivazioni *etiche* che si presume siano sottese alla Legge 40.

Secondo: l'asimmetria tra le robuste e corpose ragioni dei contrari al divieto previsto dalla legge 40 contro la donazione dei gameti -

che sembra valgano in generale contro la PMA - e quelle esili e titubanti dei favorevoli, i quali comunque si limitano ad ammettere la pratica solo entro previsioni *tassative*!

Terzo: la pretesa di evitare ogni valutazione è una promessa non mantenuta, cosa che emerge dai primi punti dell'elenco. Infatti, bisognerebbe capire perché i problemi etici si presentino solo quando il nato chiede:

1. di conoscere 'le modalità della propria nascita',
2. quando è nato da fecondazione assistita
3. attraverso l'ausilio di 'gameti estranei a quelli dei propri genitori sociali'.

Ci si potrebbe domandare come mai il Parere restringa il problema a questa *sola* modalità di nascita, e non ne prenda in considerazione altre come la crioconservazione di gameti, i luoghi nei quali si è verificato il concepimento (in spiaggia piuttosto sui sedili posteriori di un'auto), o le posizioni del coito, o le ragioni che hanno portato i genitori a programmare quella nascita (ammesso che ci siano state, e con particolare riguardo alla sobrietà dei coniugi, o all'esistenza di motivazioni particolari, come l'esistenza di un primo figlio malato al quale il secondo nato potrebbe donare midollo o organi). In altre parole, il documento si preoccupa di far intendere sin dal suo inizio che esiste un problema, il che significa che non è vero che si prescinde dalla sua valutazione etica. Già in partenza si assume che la donazione dei gameti susciti speciali difficoltà rispetto ad altre 'modalità della nascita'. La valutazione etica quindi c'è ed è implicitamente già presente nel modo con cui lo si precisa e

nell'impostazione data al problema, cioè nella forma con cui lo si presenta. E la difficoltà sarebbe determinata dal fatto che la nascita avviene grazie alla presenza di 'gameti estranei a quelli dei propri genitori sociali', dove l'aggettivo 'estraneo' indica la *rottura* creata proprio nei rapporti sociali. Il termine è solo apparentemente neutrale, ma in realtà indica l'esistenza di un 'intruso', 'uno che non c'entra', e che invece è presente sulla scena. Questo conferma che non è vero che si prescinde:

A) dalla valutazione etica del contenuto specifico della Legge 40, ossia del divieto di donazione dei gameti;

B) dalla valutazione etica (e sociale) delle *conseguenze (anche sociali)* del divieto previsto dalla legge 40, visto che il problema da esaminare è stato creato proprio dal divieto di donazione di gameti previsto dalla Legge 40, come il Parere stesso riconosce proprio in apertura: pur avendo proibito la donazione di gameti, 'niente però viene detto dalla legge in merito al problema della salvaguardia dell'interesse o diritto del nato a conoscere la verità sul proprio concepimento e sull'opportunità o meno di informarlo sulla propria ascendenza biologica'.

Dopo aver varato una legge che, proibendo la donazione dei gameti, crea uno stigma attorno alla pratica, si vuol lasciare intendere che si esaminerà il problema *in vacuo*, ossia a prescindere dal contesto etico e sociale che si è creato e che si eviterà qualsiasi valutazione della legge.

A parte l'errore iniziale di voler fornire un aiuto 'a predisporre atti legislativi' per risolvere la questione, (cosa che non rientra nei compiti del CNB,) se proprio si vogliono offrire argomentazioni per 'affrontare i problemi di natura etica e giuridica che emergono a fronte della richiesta del nato attraverso la tecnica della fecondazione assistita con gameti estranei a quelli dei propri genitori sociali di conoscere le modalità del proprio

concepimento', non lo si può fare senza prima avere una precisa conoscenza delle circostanze storiche (o del contesto sociale) in cui il problema si è proposto e senza dare una *valutazione* sociale e etica di questa situazione. Si dovrà, per esempio, cominciare a stabilire se il divieto ha raggiunto l'obiettivo previsto o se invece è sostanzialmente fallito, e in base a questa prima valutazione analizzare i suoi effetti sociali per darne un giudizio, positivo o negativo. Fare questo comporta l'esplicitazione di un *criterio* di valutazione che il CNB non fornisce. Pretendere di affrontare il problema *come se* fosse possibile prescindere dalla conoscenza e dalla valutazione del suo contesto, significa distorcere in partenza l'analisi etica che ci si prefigge di fare.

Anche ammettendo che il Parere sia di natura bioetica (premessa falsa, considerata l'esplicita dichiarazione di intenti), l'analisi etica del problema è carente e inaccettabile perché pretende di poter fare a meno dell'analisi del contesto storico e dalla sua indispensabile valutazione. Questo errore iniziale si riflette su tutto il Parere. La presunta 'neutralità' etica si traduce nel dare per implicito ciò che invece dovrebbe essere reso esplicito, analizzato e discusso. Non si capisce come un Comitato di 'saggi' possa produrre un Parere di così modesto profilo culturale, che ripropone le stesse banalità ripetute fine all'estenuazione nei nostri terribili talk-show pseudo-culturali.

2. L'impostazione del problema generale dell'accesso alla PMA: dove si annida la valutazione negativa

Ancora una volta comincio con l'analisi del testo con cui il CNB imposta il problema generale da affrontare, testo che si presenta come 'innocente' per dimostrare come invece sia intriso di pregiudizi.

'L'accesso alla PMA nelle sue diverse forme è reclamato non solo da coppie eterosessuali, unite o meno in matrimonio, ma anche da coppie omosessuali o da persone singole di entrambi i sessi. La PMA, dissociando sessualità e procreazione, tende a trasformare la nostra concezione multisecolare della filiazione. Il bambino non è più unicamente concepito nel ventre della madre legale (data anche la possibilità della maternità surrogata) e le persone coinvolte nel processo generativo possono essere più di due, non necessariamente un padre e una madre secondo ruoli tradizionali. Con ciò si creano 'nuove' filiazioni le quali *ab origine* sono caratterizzate dalla commistione di elementi biologici ed elementi sociali.

Tutto ciò dà origine ad un complesso di questioni etiche, mediche, psicologiche e giuridiche e obbliga ad un confronto tra una pluralità di interessi e di diritti che possono risultare anche contrapposti fra coloro che sono coinvolti nel processo generativo: quelli dei genitori, del figlio, dei donatori di gameti e dei familiari.

Nell'ambito di queste situazioni ci si interroga sempre più spesso sulla opportunità di regolamentare l'accesso alle informazioni identificative sulle modalità della procreazione. Sono dunque in gioco in merito alla filiazione diverse opzioni: il segreto, l'anonimato parziale e la conoscenza completa delle informazioni riguardanti il donatore/la donatrice'.

Il primo punto da rilevare riguarda la sottolineatura della *dissociazione* tra sessualità e procreazione creata dalla PMA, la quale ‘tende a trasformare la nostra concezione multisecolare della filiazione’. Ci sono vari elementi qui da considerare.

1. Già in partenza si afferma in modo perentorio che la PMA tende a trasformare qualcosa che dovrebbe invece far parte della nostra tradizione, della nostra cultura e di quel ‘senso comune ‘ che la religione ha contribuito a creare all’interno di ciascuno di noi, cosa propone questa tecnica come fonte di ‘sovversione’ e che lascia immaginare che si tratti di qualcosa di riprovevole.

2. Non si parla più tanto della donazione di gameti in una coppia eterosessuale (come sembrava di poter evincere dal presupposto iniziale), ma subito si mettono in luce anche i casi meno comuni, quelli delle coppie omosessuali e delle donne sole, per arrivare a sottolineare la già richiamata trasformazione della ‘nostra concezione multisecolare della filiazione’ con la creazione di nuovi ruoli sociali e soprattutto con l’“aumento del numero dei ‘genitori’ (che non sono più solo due ma aumentano continuamente di numero). Già questa presentazione del problema non è ‘neutrale’ visto che sottolinea la preoccupazione (se non il senso di ‘panico’) per lo sconvolgimento in atto. Una presentazione più ‘neutrale’ del problema avrebbe scelto come punto di partenza il rilievo delle difficoltà riproduttive di molte persone, difficoltà in gran parte risolvibili grazie alla donazione dei gameti, una soluzione che già esisteva (con modalità del tutto peculiari) anche nella concezione tradizionale

della filiazione e che ora viene estesa a situazioni nuove, da considerare con attenzione.

3. La valutazione negativa della donazione di gameti già chiaramente presente nell'esordio del documento si manifesta e si chiarisce nella tesi successiva, in cui il CNB osserva che, creando 'nuove' filiazioni le quali *ab origine* sono caratterizzate dalla commistione di elementi biologici ed elementi sociali', la nuova pratica suscita 'un complesso di questioni etiche, mediche, psicologiche e giuridiche' dovute alla presenza di 'una pluralità di interessi e di diritti che possono risultare anche contrapposti fra coloro che sono coinvolti nel processo generativo: quelli dei genitori, del figlio, dei donatori di gameti e dei familiari'. Questa rappresentazione del problema è fuorviante e sbagliata perché presuppone - o comunque lascia credere - che i *conflitti* (quelli dovuti alla pluralità di interessi e ai diritti contrapposti) tra le figure interessate nascano esclusivamente nel caso di donazioni di gameti e non ci siano o siano irrilevanti nella *riproduzione naturale* in cui svanirebbero gli interessi contrapposti a favore di un'irenica armonia.

A dispetto della pretesa 'neutralità' e dei propositi di evitare ogni valutazione morale in tema di donazioni di gameti, questa impostazione fortemente negativa (e catastrofista) dell'approccio alla pratica della PMA consente l'individuazione del problema che nasce dal fatto che 'Nell'ambito di queste situazioni sempre più spesso ci si interroga sulla opportunità di regolamentare l'accesso alle informazioni identificative sulle modalità della procreazione. Sono dunque in gioco, in merito alla filiazione, diverse opzioni: il segreto, l'anonimato parziale e la conoscenza completa delle informazioni riguardanti il donatore/la donatrice'.

Il difetto di questa impostazione sta nel supporre che un problema analogo sia assente nella cosiddetta fecondazione naturale, cosa assolutamente non vera né verisimile.

3. Perché l'impostazione data dal CNB al problema della conoscenza delle proprie origini è fuorviante

Per sviluppare il discorso sul tema specifico della conoscenza delle proprie origini il Parere introduce alcune distinzioni terminologiche tra cui quella di *segreto* (che 'nella PMA riguarda le modalità del concepimento'), e di '*anonimato*' (che invece fa riferimento all'identità genetica/anagrafica o ad altre informazioni che riguardano i donatori). Si precisano le diversità esistenti circa l'anonimato a seconda della differente 'identità sessuale del donatore', sottolineando che 'è più facile, per ragioni culturali e psicologiche, accettare di non conoscere il padre biologico che di ignorare la madre genetica'. In realtà, la mia lunga esperienza mi insegna che le cose stanno esattamente al contrario, e potrei anche cercare di spiegarne le ragioni, ma nessuno nel CNB si è preoccupato di chiedere la mia opinione. Tuttavia, continua il Parere, nonostante questo e malgrado la maggiore invasività richiesta per la donazione di ovociti, 'la donazione del gamete femminile alla madre gestatrice non muta l'esperienza relazionale fondante tra madre e nascituro rappresentata dalla gravidanza. E' questa la ragione primaria per cui gli ordinamenti giuridici attribuiscono alla madre gestatrice una posizione di preminenza rispetto alla

madre genetica, riconoscendola legalmente come la madre del bambino' (e quindi svalutando l'aspetto genetico!). In realtà in molti Paesi i magistrati hanno fatto scelte diverse, e addirittura in molti Stati americani i giudici hanno emesso sentenze contraddittorie. Inoltre esistono Paesi che affidano la scelta della 'madre vera' all'esistenza di un contratto tra le due donne e al contenuto dello stesso. In ogni caso non si capisce perché non ci si sia soffermati su questo contrasto palese tra la tradizione culturale [una sola? Quale?] e le decisioni giuridiche recenti nonché sulle molte contraddizioni dei Tribunali... .

Terminata l'analisi teorica e concettuale il Parere passa a discutere le ipotesi normative osservando che 'Il principio della segretezza, che riguarda da un lato il figlio e dall'altro l'ambiente esterno, rientra fra le scelte autonome ed in genere è lasciato ai genitori decidere in merito (se, quando e come), anche perché un eventuale obbligo previsto dallo Stato oltre ad essere difficilmente coercibile, verrebbe ad incidere nella sfera privata delle persone e nelle dinamiche della vita familiare. Emerge, comunque, il problema della legittimità o meno di un comportamento genitoriale che preferisce mantenere il segreto, impedendo al figlio di interrogarsi in modo completo sul proprio essere, con possibili ripercussioni negative sulle relazioni familiari. Le ragioni portate a sostegno della scelta verso il silenzio sono molteplici e riassumibili nel modo seguente'.

Rimandando l'analisi delle ragioni favorevoli e contrarie, si può qui osservare che il Parere avrebbe potuto prestare maggiore attenzione alla chiarezza del linguaggio, visto che questa parte del Documento risulta un po' contratta e poco chiara e avrebbe tratto vantaggio da qualche definizione comprensibile.

Prima di tutto *il principio di segretezza* è quel criterio normativo che assegna a una persona il diritto di mantenere riservati i dati

che lo riguardano, imponendo a terzi l'obbligo di assecondare la sua richiesta. Nel senso qui rilevante, il principio di segretezza riguarda pratiche lecite e legittime che nulla hanno a che spartire con trame occulte capaci di offuscare i rapporti sociali. Sempre nel senso considerato, il principio si applica, ad esempio, nel caso in cui mi fosse diagnosticata una malattia o dovessi subire un intervento chirurgico, garantendomi il diritto di serbare il segreto e imponendo ai miei curanti l'obbligo di aiutarmi a mantenerlo.

Nel caso della donazione di gameti questo diritto può avere conseguenze per il figlio e per l'ambiente esterno, ma non si capisce in che senso esso 'riguardi' questi aspetti più di quanto non accada nei confronti della malattia o del conto in banca, a meno di ritenere che la pratica in questione sia socialmente opaca o illegittima: una valutazione etica che il CNB ha dichiarato di non voler affrontare. Come minimo il problema avrebbe dovuto essere esaminato.

In secondo luogo, il principio di segretezza, sempre nel senso sopra inteso, non è qualcosa da far rientrare 'tra le [possibili] scelte autonome' che sono concesse al soggetto, cosicché 'in genere è lasciato ai genitori decidere in merito (se, quando e come)' anche perché l'eventuale intervento dello Stato è 'difficilmente coercibile' e verrebbe poi a intromettersi 'nella sfera privata delle persone e nelle dinamiche della vita familiare'. Questo modo di rappresentare il problema è per lo meno discutibile, perché il principio di segretezza non è qualcosa di marginale, ma è un principio centrale che 27

stabilisce diritti personalissimi, i quali vanno rispettati non perché sono 'difficilmente coercibili' sul piano esterno, ma perché toccano il nucleo della personalità e dell'identità. In altre parole sono parte dell'autonomia personale.

Capisco che il richiamo all'autonomia e all'autodeterminazione possa suscitare qualche sconcerto, ma non credo di essere il solo a ragionare in questo modo. Pertanto trovo fuorviante l'impostazione data al problema che pone il principio di segretezza come qualcosa di estrinseco e come una possibile opzione tra molte, perché quest'impostazione capovolge l'ordine etico della questione che dovrebbe collocare le legittime richieste derivanti dal principio di segretezza al centro della vita morale e farne uno dei cardini. Ciò ovviamente non vuol dire che si tratti di pretese *assolute* perché anche i doveri derivanti dal principio di segretezza, in alcune specifiche circostanze, possono essere sospesi o subordinati a esigenze di ordine superiore. Ma per fare questo l'onere della prova ricade su chi chiede l'eccezione, il quale dovrà addurre solide ragioni tese a giustificarla sua richiesta. Nell'altro caso, invece, essendo il principio di segretezza una delle possibili opzioni, sembra quasi che siano prevalenti le altre esigenze e che tocchi all'interessato dare ragioni per sostenere la legittimità del segreto nella sua speciale situazione riproduttiva, invertendo l'onere della prova.

Questa inversione dell'onere della prova presupposta nell'impostazione del Parere CNB è confermata dal prosieguo in cui si osserva che emerge 'il problema della legittimità o meno di un comportamento genitoriale che preferisce mantenere il segreto, impedendo al figlio di interrogarsi in modo completo sul proprio essere, con possibili ripercussioni negative sulle relazioni familiari'. Come si vede, tocca a chi vuole il segreto dare le ragioni per giustificare la propria scelta, e non il contrario. E la partenza è

tutta in salita e in svantaggio, dal momento che il Parere mette subito in luce che il segreto impedisce 'al figlio di interrogarsi in modo completo sul proprio essere, con possibili ripercussioni negative sulle relazioni familiari', per cui il principio di segretezza si profila come socialmente pericoloso e tale da impedire lo sviluppo 'completo' dei propri figli: atto sicuramente disdicevole se non ignobile e aberrante.

A prescindere dal capovolgimento di principio riguardante il piano normativo, ci sono due osservazioni necessarie per far emergere la fallacia insita nell'impostazione data al problema. La prima riguarda il fatto che la richiesta di dichiarare la 'verità' al figlio per consentirgli di 'interrogarsi in modo completo sul proprio essere' vale *solo ed esclusivamente* per i figli nati da fecondazione assistita con donazione, e non per *tutti i nati*. Questo senza tener in alcun conto l'uguaglianza, che viene messa da parte perché si dà per scontato che l'assistenza' nella riproduzione crei di per sé delle difficoltà e problemi e non si tratti invece di un semplice ampliamento della riproduzione 'naturale'. La seconda osservazione riguarda la estrema genericità del presunto 'danno' causato dal segreto in quanto ci si limita ad alludere a due effetti gravemente nefasti: 1) il fatto che il segreto impedirebbe 'al figlio di interrogarsi in modo completo sul proprio essere'. Ma questa situazione è poi veramente grave e importante? E che cosa vuol dire 'interrogarsi in modo completo'? Non è che anche chi riceve un 'educazione religiosa possa trovare un analogo ostacolo? E chi è nato a seguito di adulterio? O di incesto? E che dire di quei figli che sono nati in un matrimonio legittimo ma per calcolo

interessato della donna, per accaparrarsi un qualche beneficio, o per fare da tutori a un fratello disabile? Come si vede, non appena si riflette sulla presunta ‘tragedia’ insita nel mantenimento del segreto, l’intera costruzione diventa nebulosa. 2) L’altro nefasto effetto sarebbe costituito dalle ‘possibili ripercussioni negative sulle relazioni familiari’, aspetto che sicuramente ha un fondo di verità, ma che – ancora una volta – va visto alla pari di altri segreti (per esempio i conti bancari) che hanno anch’essi ripercussioni negative sulla vita familiare.

È così emerso che l’impostazione stessa del problema è fuorviante. Possiamo passare adesso alla disamina dei singoli punti.

4. Analisi delle ragioni pro e contro il segreto

Per il CNB le ragioni favorevoli al principio di segretezza sono le seguenti:

1) ‘proteggere la privacy dei genitori nella scelta procreativa, a causa anche del possibile *stigma della sterilità* e assicurare il desiderio „imitativo“ della famiglia sociale nei confronti della famiglia naturale’;

2) ‘evitare possibili ripercussioni negative nell’ambito della coppia sul legame figlio/genitore sociale, quest’ultimo in determinati casi posto in condizione di asimmetria rispetto all’altro genitore genetico’;

3) ‘assicurare l’autonomia, la stabilità e l’interesse della famiglia, ricomprendendo in questa anche il nato, dato che conoscere, senza le dovute precauzioni, può non essere sempre il migliore interesse del bambino e causa di possibili traumi e disagi psico-sociali’.

Il Parere afferma che ‘si tratta di argomentazioni che meritano attenzione. Tuttavia, nel bilanciamento dei diversi interessi e punti

di vista, nella valutazione costi/benefici e nella considerazione del 'miglior bene possibile' per il figlio, il segreto sulle modalità della procreazione non viene ritenuto dal Comitato una opzione raccomandabile per garantire la stabilità della famiglia e il diritto al rispetto della vita privata di ciascuno dei suoi componenti'.

Va preso atto del fatto che il CNB riconosce che le argomentazioni in favore del segreto 'meritano attenzione': un riconoscimento importante e generoso che dimostra la larghezza di vedute del Comitato stesso, e che mi impone una certa riconoscenza, mi aspettavo di peggio. Purtroppo il seguito ha gravemente tradito le mie attese: il CNB, in effetti non fa altro che affermare che in 'considerazione del 'miglior bene possibile' per il figlio, il segreto sulle modalità della procreazione non viene ritenuto dal Comitato una opzione raccomandabile per garantire la stabilità della famiglia e il diritto al rispetto della vita privata di ciascuno dei suoi componenti'. Non si può non rilevare l'apoditticità dell'affermazione, dal momento che il Comitato assume un tono oracolare attraverso cui garantire che, in considerazione di un vago e fantomatico 'miglior bene possibile' del figlio, non sarebbe raccomandabile 'il segreto sulle modalità della procreazione'. Se la proposizione del CNB fosse da prendere in senso letterale sarebbe accettabile, perché riguarderebbe qualsiasi forma di 'modalità di procreazione', inclusa quella naturale: ma è purtroppo evidente che il CNB intende riferirsi alla sola modalità di riproduzione assistita.

Le due ragioni addotte risultano assai poco comprensibili. Esse fanno in primo luogo riferimento a una prospettiva di tipo consequenzialista che è tuttavia lasciata indeterminata e sembra plausibile solo in forza di costi/benefici, a loro volta solo evocati per allusione e non specificati come sarebbe necessario. Più in particolare, circa la prima non si capisce proprio né in che senso l'eliminazione del segreto garantisca di per sé la stabilità della famiglia, né tantomeno in che senso questa stabilità sia tanto rilevante per il 'miglior bene possibile' del figlio a meno di presupporre che anche il divorzio sia seriamente riprovevole o che debba essere proibito in vista di questo 'miglior bene possibile' (che a questo punto diventerebbe una cappa insopportabile: ma poi è proprio vero che i genitori devono orientare la loro vita in vista al 'miglior bene possibile' del figlio?). La seconda ragione diventa ancora meno chiara, dal momento che il diritto al rispetto alla vita privata sembrerebbe proprio a favore del segreto, ove questo fosse richiesto dall'interessato.

Per completezza di analisi è opportuno prendere in esame le altre ragioni messe in campo, che sono sempre di tipo empirico/fattuale. La **prima** è che il segreto al riguardo è 'difficile da mantenere nel tempo e che potrebbe costituire un „danno“ per il nascituro. Sono sempre più diffusi e accessibili test genetici per acquisire informazioni sulle origini genetiche con la possibilità di definire i rischi di malattia, le malattie e condizionare le scelte riproduttive in base alla conoscenza dei dati clinici del genitore biologico'. Come corollario di questo compare la raccomandazione ai centri medici del settore (che in Italia sono vietati, ragione per cui il CNB sembra voler dettare le regole al mondo, peccando un po' di presunzione) mantengano i rapporti coi donatori 'data la possibilità che il donatore sia portatore di mutazioni geniche con la possibile comparsa tardiva di una malattia inattesa e

insospettabile la cui conoscenza potrebbe essere rilevante per il nato in senso preventivo e/o terapeutico'. La **seconda** ragione è che un segreto 'tardivamente o occasionalmente svelato al nato, potrebbe assumere una gravità supplementare, suscitare reazioni imprevedibili, ingenerare un senso di tradimento, di identità danneggiata e influire negativamente sulla vita familiare. Di contro, una informazione data al figlio attraverso filtri e criteri appropriati (proporzionalità, sostenibilità, rilevanza, attinenza, ecc.) sulle sue modalità di nascita può permettere di evitare tali rischi e garantire al nato la condizione di possibilità per conoscere la sua identità genetica'. Come corollario a questa considerazione c'è la previsione di 'una esauriente e corretta informativa da dare ai genitori da parte dei medici nell'ambito della consulenza che precede l'accesso alle tecnologie riproduttive sui rischi legati alla scelta del segreto. Diversi studi mettono in evidenza la solitudine dei genitori nel momento della loro decisione e la loro scarsa preparazione a fronte di un eventuale disagio psicologico dei figli venuti a conoscenza della verità. Una consulenza adeguata lungo tutto il percorso del 'disvelamento', che tenga conto anche della maturità psico-fisica del minore, è dunque necessaria per rendere gli utenti della tecnica meglio preparati ad assumere le responsabilità e a svolgere i compiti connessi alle modalità della procreazione da loro scelta'.

A parte il fatto che le difficoltà di mantenere il segreto, e il rapporto tra la comparsa di queste difficoltà e la disponibilità di semplici esami genetici a disposizione di tutti è una straordinaria fandonia (evito a stento il termine 'ridicolo' che non piace ad alcuni membri del Comitato), le due ragioni addotte 30

non aggiungono gran che al discorso oracolare precedente, di cui condividono la genericità e il pregiudizio anti-tecnico che porta a idealizzare il clima idilliaco della ‘famiglia naturale’. Infatti, l’osservazione circa i test genetici vale anche per i nati da partner occasionali, un aspetto trascurato e la cui dovuta considerazione cambia il quadro della situazione. Quanto ai guai aggiuntivi di una rivelazione tardiva, essi sono presentati in modi del tutto ipotetici e evocatori seguendo forme note di ‘terrorismo psicologico’, anche perché sono certamente possibili anche altre numerose ipotesi di rivelazioni che potrebbero essere accolte con simpatia, interesse o piacere. L’unico aspetto nuovo sta nei due corollari: il primo, che rivela una certa tendenza all’onnipotenza che porta il CNB alla pretesa di dare consigli anche oltre i confini; l’altro, invece, dietro a una forma gentile di ‘aiuto’ ai (poveri) genitori che ricorrono alla fecondazione assistita nasconde una sottile forma di stigmatizzazione, in quanto implicitamente diventerebbero genitori di classe B che avrebbero bisogno di una consulenza adeguata per eliminare i ‘danni’ derivanti dal ricorso a una tecnica pericolosa e che si rende ‘necessaria per rendere gli utenti della tecnica meglio preparati ad assumere le responsabilità e a svolgere i compiti connessi alle modalità della procreazione da loro scelta’

Per quanto riguarda le ragioni che il CNB, come abbiamo visto, ritiene ‘meritevoli di attenzione’ va osservato che la prima ha a che fare con la protezione della ‘privacy dei genitori nella scelta procreativa, a causa anche del possibile stigma della sterilità e per assicurare il desiderio „imitativo“ della famiglia sociale nei confronti della famiglia naturale’. È davvero strano che l’unico argomento a sostegno del diritto di privacy sia, ancora una volta, di carattere fattuale e empirico, e riguardi l’esigenza di evitare un possibile danno alla dignità e al prestigio sociale e il desiderio

‘imitativo’ della famiglia ‘naturale’. Sembra che ove fossero eliminati i fattori estrinseci (per tutti negativi), il diritto alla privacy non avrebbe più motivo di essere e che il modello della ‘famiglia naturale’ potrebbe risplendere nel suo intero fulgore. Così facendo si opera un’inversione del discorso, perché il diritto di privacy è fondante e – se mai – le considerazioni empiriche possono rafforzare il discorso.

A dire il vero ci sono anche altre considerazioni. La prima è ‘evitare possibili ripercussioni negative nell’ambito della coppia sul legame figlio/genitore sociale, quest’ultimo in determinati casi posto in condizione di asimmetria rispetto all’altro genitore genetico’: ancora una volta una considerazione di carattere psicologico circa eventuali (generiche e vaghe) ripercussioni negative sul rapporto figlio/genitore sociale. Anche qui non si nega che queste difficoltà non possano esistere, ma stupisce che mai si menzionino le negative ripercussioni esistenti tra figlio e genitore biologico, che spesso sono molto più gravi: forse che nella famiglia naturale tutto è idilliaco e armonico?

Un’altra considerazione è ‘assicurare l’autonomia, la stabilità e l’interesse della famiglia, ricomprendendo in questa anche il nato, dato che conoscere, senza le dovute precauzioni, può non essere sempre il migliore interesse del bambino e causa di possibili traumi e disagi psico-sociali’. È interessante osservare che qui il fulcro del discorso è rivolto alla *famiglia*, la quale comprende anche il nato il cui migliore interesse va salvaguardato in via

prioritaria. Ancora una volta una tesi di carattere empirico e consequenzialista, che per di più riguarda la famiglia senza considerare l'individuo e i suoi diritti.

Conclusione: il CNB non sembra aver capito le ragioni di chi sostiene il segreto e le rappresenta in modo carente e parziale.

5. Il nuovo 'sentire sociale' sulla donazione di gameti e le indicazioni 'eticamente legittime' sulla loro destinazione

Dopo aver descritto le ragioni per la rivelazione del segreto, il CNB prende atto che negli anni "90 la tendenza era quasi ovunque a suo favore 'soprattutto in nome della tutela giuridica della famiglia sociale e al fine di escludere che il cedente potesse avanzare al riguardo un proprio progetto parentale con connessi diritti e pretese'. La scelta dell'anonimato era quindi analoga a quella fatta 'in altre situazioni giuridiche, come nelle adozioni di minori non riconosciuti alla nascita, ove si tende a separare nettamente la famiglia naturale da quella sociale'. Tuttavia negli anni seguenti, 'a seguito di un impiego sempre più diffuso della PMA nelle sue variegate forme e di **un diverso sentire sociale**' si sarebbe verificata 'una inversione di tendenza legislativa' che ha portato a 'tenere in preminente conto la domanda del minore o di chi è divenuto adulto, una volta a conoscenza delle modalità del proprio concepimento, di potere accedere alle informazioni riguardanti i donatori. Domande frequenti, che per molti tendono a tradursi in un vero e proprio diritto. Domande che trovano molteplici ragioni (psicologiche, sociali e religiose). E" sovente ribadita l'importanza per l'individuo della consapevolezza della propria storia per il processo di costruzione della sua personalità e per un armonico sviluppo psicologico. Si tenga, altresì, conto che non sono mancati richiami alle Convenzioni internazionali, che si sono interessate dell'adozione, per sostenere in modo analogo

anche nell'ambito della PMA l'esistenza di un diritto del nato a conoscere le proprie radici'.

Più che a ragioni etiche, qui il Parere registra un cambiamento del *sentire sociale* intervenuto in altri paesi che avrebbe portato ad un cambiamento della legislazione. Per il resto colpisce la genericità delle allusioni alle più diverse ragioni, all'armonico sviluppo psicologico' e alle convenzioni internazionali.

Dopo aver stabilito, come momento fondamentale di tutta la discussione la necessità di vietare il segreto, il CNB passa all'analisi di problemi specifici e particolari che si possono presentare, come quelli relativi alla eventuale estensione dell'anonimato. Si tratta di sapere se la conoscenza dei donatori 'può limitarsi ad informazioni collegate alla salute' o se invece esso possa 'estendersi anche alla conoscenza dei dati anagrafici'. In ogni caso il Parere non manca di sottolineare che 'trattasi, comunque, di un percorso psicologicamente delicato da affrontare, dato il forte impatto emozionale che può provocare nell'ambito delle persone coinvolte in questa ricerca e che dovrebbe essere accompagnata dal sostegno di un organismo multidisciplinare che svolga un ruolo competente di mediazione, interagendo e dialogando con gli interessati'. Insomma, la fecondazione assistita resta pratica pericolosa e da maneggiare con grande cura!

A parte questo, diventa interessante rilevare come il Parere rilevi che 'l'anonimato nel rapporto donatore/ricevente/nato è pur sempre relativo nei

confronti dei centri e delle banche del seme. Sebbene il sistema di informazioni e di raccolta dei dati biologici sia molto variegato, in genere si prevede che nei registri sia conservata, secondo le modalità indicate, memoria dei nomi degli utenti, dei gameti utilizzati, di informazioni specifiche sull'etnia, sull'estrazione culturale, sullo stato di salute, sulla storia clinica, personale e familiare, e su altri dati aggiuntivi volontariamente e consapevolmente forniti dai donatori'. Ci sono altri problemi che il CNB considera fino a osservare che secondo alcuni 'Non si esclude anche che il registro contenga i 'desiderata' del donatore in merito all'utilizzo dei propri gameti. Ad esempio, il consenso o dissenso a che il suo materiale genetico sia destinato soltanto a risolvere un problema di sterilità di origine medica di una coppia eterosessuale e non anche ad aiutare desideri di single e di coppie omosessuali. Inoltre, che venga indicato nel registro il periodo di validità del consenso dato dal cedente e la volontà di quest'ultimo di essere informato ogni qualvolta si utilizzi il proprio gamete. *Indicazioni e richieste che, se non sono motivate da ragioni di discriminazione inaccettabili, possono essere **eticamente** legittime e che si giustificano ancor più nella prospettiva di chi ritiene preferibile l'identificazione anche anagrafica del donatore che in diversi casi potrebbe entrare in contatto con il nato'*.

Ci sono due considerazioni necessarie. La prima è che il CNB sta descrivendo un'attività che riguarda le banche del seme che sono vietate dalla legge 40, così che pare abbastanza strano che il Comitato Nazionale si diffonda nella disamina delle modalità di una pratica illegale. La seconda, ancor più peculiare, è che riconosca che le '*indicazioni e richieste*' lasciate da un donatore '*possono essere **eticamente** legittime*' soprattutto nel caso in cui sia prevista anche l'identificazione anagrafica. A me sembra che il CNB così dicendo presupponga che la donazione di gameti sia

eticamente legittima, perché diventa difficile sostenere che sono 'eticamente legittime' solo le specifiche indicazioni e richieste di una pratica che *in sé* sarebbe riprovevole.

6. Anonimato parziale o verità totale sul donatore?

Il Documento, apparentemente assai poco interessato alle implicazioni implicite nelle sue precedenti affermazioni e apparentemente ignaro dell'esistenza di una legge che in Italia vieta la donazione di gameti, sempre con l'intento di 'aiutare a predisporre atti legislativi' e senza dare giudizi etici, passa ad esaminare le diverse posizioni relative all'anonimato del donatore distinguendo tra quella in cui 'la ricerca del nato sulle proprie origini biologiche può essere limitata da un anonimato parziale (consentire ampie informative di diversa natura sui donatori, omettendo tuttavia di far conoscere i dati anagrafici di costoro) e quella che può estendersi alla conoscenza delle informazioni riguardanti il donatore e la donatrice fino a conoscerne i dati anagrafici. Queste diverse soluzioni si riscontrano nelle legislazioni che hanno affrontato questo problema nell'ambito della PMA con donatori di gameti'. Chiarite le diverse soluzioni proposte al riguardo, il Comitato viene opportunamente a considerare due sole alternative, quella dell'anonimato parziale e quella della verità assoluta'. A questo proposito i pareri si differenziano.

Per alcuni membri è 'opportuno conservare l'anonimato anagrafico dei donatori di gameti' sulla scorta delle seguenti ragioni: anzitutto, ancora una

volta, il richiamo è ‘all’interesse del nato a conoscere le informazioni circa il donatore e la donatrice nell’ambito della PMA’, il quale interesse ‘si modula e si bilancia nel confronto con altri diritti e interessi, altrettanto meritevoli di attenzione e di tutela, e non può tradursi in automatico in una richiesta della conoscenza anagrafica di chi fornisce i gameti’. Pur considerando che ‘è in riferimento al ‘migliore interesse’ del minore che va svolta la riflessione sulla cosiddetta ‘verità’ biologica’, quando si tratta di andare nello specifico caso ‘occorre chiedersi ... se la conoscenza dei dati anagrafici del donatore sia in generale un reale vantaggio per il nato’. Ricerche empiriche mostrano che le persone ricercano ‘informazioni sulla propria storia, più che sulle proprie origini genetiche’. Infatti, ‘nello sviluppo psichico del bambino e della bambina sono centrali i processi interpersonali, e in particolare l’esperienza di fusionalità con la madre e questa rimane tale quando la madre sociale coincide con la gestante, nonostante il contributo biologico di un’altra donna’. Anche se ‘esiste un desiderio di conoscere le proprie radici’, questo in verità rimanda all’esigenza di ‘verificare l’esistenza di un legame metabiologico, oltre che biologico, con il donatore’, legame che non può sussistere in quanto ‘il donatore è un estraneo che ha “ceduto i propri gameti”’. Pertanto, chi sostiene ‘una concezione etica ispirata alla responsabilità genitoriale e all’interesse primario dei minori’ può dire che la presenza di casi di ricerca delle proprie radici ‘non sono sufficienti a giustificare la tutela della verità biologica in modo assoluto’. Questa tesi trova riscontro anche sul piano legislativo dal momento che ‘una scelta a favore di un anonimato limitato ai dati anagrafici dei donatori non risulterebbe contraria ai principi generali di molti ordinamenti giuridici’. Anche chi sostiene che ‘è la relazionalità l’elemento portante della genitorialità’, cosicché l’identità del nato ‘si costruisce

progressivamente, dalla fusionali originaria al distacco, all'interno delle coordinate parentali' proprio in forza dell'importanza 'della dimensione affettiva e della filiazione sociale' può ritenere 'eticamente e giuridicamente consigliabile che venga conservato l'anonimato anagrafico tra genitori/donatori/nato, pur consentendo a quest'ultimo di accedere a quei dati che ... possano essere necessari per la sua salute psico-fisica e per una più approfondita conoscenza delle ragioni e modalità delle proprie origini'.

Dall'altra parte, invece, altri muovono da 'altri presupposti etici e giuridici' ritenendo 'che il nato abbia il diritto di accedere alle informazioni sulle proprie origini biologiche attraverso anche la conoscenza dei dati anagrafici di chi ha fornito i gameti'. Infatti, sulla scorta del fatto che 'è diffusa ... l'idea che la possibilità di conoscere le proprie origini sia indispensabile ad elaborare pienamente l'identità del nato', costoro osservano che 'il diritto a recuperare il legame biologico ricomponere l'identità della persona ... nella forma ... della semplice conoscenza della proprie origini biologiche'. Infatti, sempre secondo costoro, 'i nati da fecondazione con donatori di gameti patiscono il sacrificio proprio di questo diritto fondamentale che li discrimina rispetto a tutte le altre persone, in quanto la legge li priva fin dall'inizio di uno *status* risultante dalle dimensioni biologiche e familiari che vengono artificialmente separate'. Pertanto, 'un minimo di equità, unitamente al criterio del prevalente interesse del minore, dovrebbe suggerire di attribuire al figlio almeno il diritto di conoscere le proprie origini e, quindi, di avere accesso ai dati relativi all'identità del donatore o donatrice di gameti. Argomenti in favore del diritto alla verità dei

nati sono dunque basati sui concetti di parità e non discriminazione: si vuole evitare che i nati attraverso queste tecniche rappresentino *l'unico gruppo* di individui a cui è impedito legalmente di ricercare o individuare informazioni intorno ai propri procreatori biologici' (grassetto aggiunto). Questo anche perché ci sarebbe una 'necessità psico-fisica di conoscere la propria origine per comprendere meglio se stessi. Non si può escludere che la lacerazione interiore sofferta da chi avverte il vuoto conoscitivo intorno alle proprie origini biologiche, possa rivelarsi foriera di difficoltà relazionali, che si manifestano in maniera crescente quando la persona cerchi di creare una propria famiglia'. A 'coloro che nascono in questo modo' deve essere risparmiata la discriminazione 'di non poter rispondere alla domanda omerica 'chi sono i tuoi genitori?'. La conoscenza di se stessi non può dunque essere di tipo autoreferenziale, come in uno specchio in cui può riverberarsi solo la nostra personale immagine: il nostro volto, i nostri tratti saranno più riconoscibili a noi stessi se ci rimanderanno ad altre fisionomie conosciute. Lo specchio nel quale ci guardiamo per conoscere meglio noi stessi deve poterci restituire l'immagine della comunità cui si appartiene, che in primis non può che essere quella di chi ha contribuito alla nostra nascita'.

Per tutte queste ragioni, 'il diritto del nato di conoscere le proprie origini biologiche [è] prevalente e superiore all'interesse dei genitori nel mantenere il segreto e dei donatori nel conservare l'anonimato. Contrariamente eludere la richiesta di conoscere la verità implica una specifica forma di violenza', quella di chi 'conoscendo la verità che concerne un'altra persona e potendo comunicargliela, si rifiuta di farlo, mantenendo così nei suoi confronti un'indebita posizione di potere'.

Adesso che sono chiare le prospettive proposte posso passare alla critica. La prima è che, ancora una volta, le posizioni proposte non rappresentano il quadro della discussione. Infatti, entrambe le posizioni condividono gli stessi assunti di fondo, come la tesi del riferimento al 'miglior interesse del nato' come criterio prevalente, solo che per alcuni esso porta ad escludere la conoscenza dei dati anagrafici, mentre per altri ci vogliono anche quelli sulla scorta dell'idea diffusa per la quale 'la possibilità di conoscere le proprie origini ... [sarebbe] indispensabile ad elaborare pienamente l'identità del nato'. Non sto a controllare la plausibilità di questa idea diffusa: sorprende molto che un Comitato Nazionale dia credito e voce a una semplice 'idea diffusa' senza valutarne la plausibilità, perché questo è l'atteggiamento che si ha in altri luoghi del tutto diversi e nei quali l'empirismo e la mancanza di cultura specifica sono giustificati. Né si capisce quali prove siano addotte a sostegno della tesi che 'la lacerazione interiore sofferta da chi avverte il vuoto conoscitivo intorno alle proprie origini biologiche' può 'rivelarsi foriera di difficoltà relazionali' senza specificare quali esse siano e di che tipo. Infatti, è chiaro che quel vuoto conoscitivo non si verifica solo nel caso della fecondazione assistita, ma anche in numerosi casi di fecondazione naturale. Resta pertanto inesatto dire che 'i nati attraverso queste tecniche' assistite rappresenterebbero **'l'unico gruppo** di individui a cui è impedito legalmente di ricercare o individuare informazioni intorno ai propri procreatori biologici': non è affatto l'unico gruppo, perché tali nati sono in buona compagnia. Non si capisce come il CNB possa trascurare questo dato. Una ulteriore critica riguarda questo supposto diritto del figlio a conoscere le proprie origini genetiche. Esistono ipotesi diverse, e altrettanto

plausibili, secondo le quali l'informazione essenziale che ogni nuovo nato dovrebbe ricevere e alla quale avrebbe certamente diritto riguarderebbe il nome delle persone che hanno lottato e sofferto per riuscire a farlo nascere. E' il principio della genitorialità basata sulla responsabilità, che se correttamente applicato dovrebbe creare rapporti familiari esenti da carenze di conoscenza e di curiosità, secondo il principio per cui la storia di ciascuno di noi inizia dove è possibile registrare un atto d'amore, la ricerca degli antenati discende da sentimenti troppo stupidi da poter immaginare che abbiano a che fare con la moralità.

7. Analisi delle 'raccomandazioni' proposte nella sintesi

Al termine del Parere, senza alcun altro preambolo o connessione, il CNB propone 6 specifiche raccomandazioni su cui esiste un'apparente convergenza e che costituiscono l'equivalente del 'dispositivo' avanzato per *'predisporre atti legislativi'* in merito ai problemi esaminati. Di fatto le 'raccomandazioni' finali sono quelle più attentamente esaminate dalla stampa e costituiscono la sintesi del Parere. Per questo meritano di essere esaminate con cura.

La prima è la seguente: '1. Evitare di ledere la dignità della persona con atteggiamenti discriminatori da parte della società in considerazione delle modalità del suo concepimento'.

Queste parole sono molto belle e suadenti, ma se fossero prese sul serio (o se il Comitato ne conoscesse il significato), renderebbero superfluo il Parere scritto (in quanto la fecondazione assistita sarebbe equiparata a quella 'naturale') e forse ne solleciterebbero un altro per mettere in luce le discriminazioni reali create dalla legge 40/2004. Sono quindi il proclama costruito ad arte per evocare ciò che poi è smentito dai fatti nella pratica.

La seconda raccomandazione ribadisce che si deve ‘ritenere che nella fase minorile del nato da PMA *eterologa* spetti alla responsabilità morale dei genitori informare il figlio sulla propria origine attraverso filtri e criteri appropriati: proporzionalità, sostenibilità, rilevanza, attinenza, ecc.’ (corsivo aggiunto), tesi sostenuta dall’esigenza posta dal ‘pieno rispetto del principio del superiore interesse’ del minore ‘richiamato dai valori socio-culturali, dalle tradizioni giuridiche del nostro Paese e dalle convenzioni internazionali che lo tutelano’.

L’uso del termine ‘eterologa’ mostra una volta di più la superficialità nell’uso dei termini o l’implicita volontà di creare una sottile discriminazione. A parte questo non si capisce quali siano le ragioni che sostengono questa raccomandazione, se non il rispetto di generiche tradizioni socio-culturali o giuridiche. Non si capisce dove sia l’etica e si torna all’inizio.

Inoltre, rilevo che le parole citate rimandano direttamente al passo specifico del testo in cui si propone anche una ‘consulenza adeguata’ ai genitori al fine di dare loro ‘esauriente e corretta informativa’ atta a prevenire la loro ‘solitudine’ e ‘scarsa preparazione’. Voglio sperare che la raccomandazione in esame si limiti al solo ‘consiglio ai genitori di informare’ e non preveda anche l’opportunità di istituire ‘centri di consulenza’ per fornire la ‘esauriente e corretta informativa’ ai genitori, tesi che non solo di per sé solleva altri numerosi problemi e che – se accolta – rafforzerebbe la profonda disuguaglianza già rilevata per le diverse modalità di concepimento.

La terza raccomandazione invita a ‘Riconoscere ... il diritto del nato, raggiunta la maggiore età, ad accedere alle informazioni in merito alle proprie origini, qualora lo richieda’.

Mentre la precedente è un ‘consiglio’ ai genitori, qui si afferma il ‘diritto’ del figlio ad accedere ‘alle informazioni in merito alle proprie origini’, tesi che può assumere una parvenza di credibilità solo per la vaghezza dei termini ‘informazioni’ e ‘origini’. Si tratta, infatti di sapere quali siano le ‘informazioni rilevanti’ e le ‘origini’ alle quali si fa riferimento: se solo quelle biologiche (e in che senso) o se anche di altro tipo. Il CNB evita qualsiasi tipo di precisazione rivelando una genericità non adatta a un organismo scientifico: se lo avesse fatto sarebbe subito emersa la disuguaglianza esistente tra i nati da fecondazione assistita e gli altri, tesi in palese contrasto con la dichiarazione di principio della prima raccomandazione.

La quarta raccomandazione è ancora più sorprendente in quanto invita a ‘Prevedere, qualora la cura e la tutela della salute del minore lo rendano necessario, che il medico e/o la struttura medica, venuti a conoscenza delle modalità di procreazione del nato, informati in modo esauriente i genitori, o previa autorizzazione di questi ultimi o, nel caso del loro diniego, dell’autorità giudiziaria competente, abbiano sempre la possibilità di richiedere l’accesso ai registri e l’utilizzo dei dati necessari per i trattamenti diagnostici e terapeutici del minore paziente. Incoraggiare per ragioni di salute la possibilità che tra i centri medici e il donatore vi sia un rapporto continuativo nel tempo’.

La sorpresa di fronte a questa raccomandazione nasce dal fatto che il tema specifico non è stato mai discusso nel testo: questa direttiva sgorga dal nulla e viene ‘infilata di soppiatto’ come se fosse scontata.

Per ovvie ragioni non posso qui esaminare il contenuto specifico della raccomandazione: mi limito ad osservare che dal punto di vista grammatical-sintattico non sembra che la formulazione raggiunga quel livello di chiarezza che dovrebbe caratterizzare un Comitato Nazionale. Devo però rilevare che non è chiaro quale sia il 'medico e/o la struttura medica' che 'venuto a conoscenza delle modalità [artificiali] di procreazione del nato' dovrebbe avere la possibilità di accesso ai registri, né tantomeno perché ciò sia previsto solamente per le modalità *artificiali* di procreazione, e non per qualsiasi tipo.

La quinta raccomandazione invita a 'Prevedere l'istituzione di organismi multidisciplinari in grado di assicurare una consulenza e un sostegno adeguati a tutti i soggetti coinvolti nel percorso della 'ricerca delle origini'. Si torna qui a quanto già prefigurato nella seconda raccomandazione, cioè l'idea di mettere in piedi 'organismi multidisciplinari' che finiscono per stigmatizzare ancora di più chi ricorre alle tecniche artificiali.

La sesta raccomandazione è quella di 'Conservare nelle banche del seme o nei centri autorizzati memoria dell'identità degli utenti con un registro dei gameti utilizzati e delle informazioni obbligatoriamente e/o spontaneamente date dai donatori e nel rispetto delle modalità indicate dalle Direttiva europee'. È una volta di più sorprendente come il CNB dia indicazioni precise circa come regolare istituti che sono fuori legge in Italia, e questo senza dare 'giudizi etici' sulla stessa legge.

8. Conclusioni

Subito dopo l'approvazione del Parere un noto quotidiano ha riportato la seguente dichiarazione del Presidente vicario: 'un pronunciamento importante, avanzato, e approvato, aggiunge D'Avack, «all'unanimità e soltanto con un voto contrario». Tralascio le considerazioni circa la valutazione data dell'importanza e della progressività del Parere, perché ci sono aspetti più seri da considerare. Il primo è di carattere procedurale e riguarda il fatto che i rapporti con la stampa non siano da tempo più tenuti dal Presidente, ma siano demandati ad altri. Ciò crea ormai un problema istituzionale, perché non si capisce come mai non sia il Presidente a gestire un parere importante come quello approvato il 25 novembre.

Lo dico anche e soprattutto perché sono certo che il Presidente non mi avrebbe privato di un'anima (se la mia interpretazione di 'unanimità' è corretta), un ossimoro certamente voluto, inteso a sottolineare la scarsa o nulla significatività della mia posizione contraria.

Non arrivo a dire che la cosa mi abbia sconvolto, ma certo non mi ha fatto piacere il fatto che nessuno dei membri del CNB abbia ritenuto opportuno sottolineare questa scortesia.

Per quanto mi riguarda ho solo cercato di mostrare quelle che mi sembravano le più gravi carenze del Parere.

Mi sono chiesto molte volte le ragioni per le quali si è scelto di discutere un documento che non ha niente a che fare con la bioetica e che mi sembra assolutamente inutile; mi sono chiesto anche le ragioni della scelta di promuoverlo prima della fine dell'anno, malgrado che qualche voce di dissenso si levasse, di tanto in tanto, nelle discussioni. Credo che il Comitato – che malgrado abbia detto ben poco non ha ormai più niente da dire – sia preoccupato per l'eventualità di una decisione governativa che lo collochi tra gli 'enti inutili' e che per questo stia accelerando la

conclusione di documenti che meriterebbero una diversa attenzione (o, come in questo caso, di attenzione non ne meriterebbero).

Se fosse così, sarebbe un errore: non c'è niente di più inutile di un ente inutile che non sa di esserlo.

Le donazioni

Emerge sempre, nel dialogo tra le coppie e i medici, una sostanziale difficoltà che è sempre prevalente nel confronto tra le possibilità della medicina da un lato e l'attesa dei cittadini dall'altro. A causa di queste incomprensioni, il rapporto tra i medici e i pazienti può diventare persino sgradevole, perché può addirittura nascere nei coniugi il sospetto di essere stati trascinati fino a quel momento con l'illusione di un successo che all'ultimo istante, alla prova concreta dei fatti, viene improvvisamente negato.

Queste difficoltà diventano ancora più acute quando si è di fronte alla certezza che uno dei due coniugi – e talora entrambi – non è in grado di produrre gameti e comincia a prendere corpo l'ipotesi della necessità di ricorrere a una donazione di uova o di spermatozoi.

Molti medici hanno scelto di non parlare mai per primi di quelle che ormai, per scelta

generale, vengono chiamate ‘fecondazioni eterologhe’ (laddove l’espressione dovrebbe indicare l’incontro tra gameti di specie diverse), e di aspettare che di questa possibilità sia la coppia a parlare. Altri sono molto più possibilisti, e alcuni ne parlano persino nei casi in cui esistano possibilità concrete di successo usando i gameti della coppia. Naturalmente, chiunque sia a parlarne, è sempre chiaro a tutti che si tratta di una soluzione estrema, alla quale possono ricorrere soltanto coppie che sentono in modo così forte il desiderio di un figlio da non avvertire più il bisogno che il bambino nasca dalla riproduzione del proprio codice ereditario, coppie che vogliono un figlio che sia, se non interamente loro, il più vero possibile.

Le persone che giungono a fare queste scelte hanno superato resistenze profonde e tabù ancestrali e non è detto che, alla fine di un percorso difficile e pieno di contraddizioni, la loro scelta sia interamente consapevole. Di più: nell’affrontare questo problema è possibile che l’unità della coppia entri in crisi e che si determinino fratture non sempre evidenti nel breve volgere del tempo. Di queste risonanze affettive il medico è quasi sempre soltanto testimone, non avendo alcuna possibilità di respingere una delega che molto spesso gli viene assegnata in apparente buona fede. L’unica cosa che gli è consentita, in caso di

dubbio, è quella di prendere tempo. D'altra parte, la verità, quella che tutti in quel momento si affannano a ricercare, è ben nascosta all'interno del cuore della coppia e non è quasi mai alla portata del medico e dello psicologo.

Il concetto di genitorialità

Il nostro tradizionale concetto di genitorialità è da tempo in crisi, per molte ragioni: sappiamo tutti che esiste un modo alternativo di pensare a come si può essere padre e madre ed è possibile immaginare che anche su questo tema sia in atto uno scontro di paradigmi, con le conseguenze che sono abituali in queste circostanze: la protesta di chi è fedele al vecchio, le pressioni di chi sostiene il nuovo, i molti (quasi sempre inutili) tentativi di mediazione.

Numerosi sociologi affermano che l'istituto naturale della maternità e della paternità non esiste e rappresenta semmai un mito che l'occidente ha molto enfatizzato. Questo mito si incentra su una certa visione dell'uomo, tipica della nostra società, in cui una parte della scienza pretende di avere la chiave della nostra identità. In realtà, immaginare di poter da eventi biologici definizioni che hanno carattere esclusivamente simbolico è del tutto errato.

Se è vero che il concetto di genitorialità è prevalentemente simbolico, bisogna accettare l'idea che i genitori di un bambino sono quelli che la società gli indica. Per molti secoli, ad esempio, è prevalsa l'idea aristotelica secondo la quale la madre era solo 'il fertile terreno' nel quale l'uomo piantava il suo seme, che lei custodiva 'perché un dio non lo colga', per usare le parole di Eschilo. E tutta la difesa che Apollo fa di Oreste nelle Eumenidi è ispirata a questa sprezzante valutazione del ruolo materno ('lui, sì, è padre, che d'impeto prende') che addirittura cancella il matricidio dall'elenco dei crimini.

D'altra parte, esistono esempi di genitorialità opposti. Nelle isole Tobriand la figura del padre non esiste (padre è solo colui che vive con la madre, non è il genitore del figlio) e la donna è resa fertile da microscopiche entità (in genere lo spirito di un parente) che introducono i figli nel suo utero. E' evidentemente una società che ha tendenze animistiche e che risolve il problema della discendenza maschile con l'avuncolato, che fa dello zio materno il vero padre dei bambini. Questa 'avuncoli potestas' era conosciuta in Europa, almeno dai Lici (ne parla Erodoto) e dai Germani (la cita Tacito).

Non è però affatto detto che l'animismo porti a queste conclusioni: nel Senegal, ad esempio, dove la maternità ha un grandissimo valore sociale, anche il ruolo paterno gode di grande prestigio, mentre presso alcuni abitanti del Brasile

la maternità è considerata una sorta di maledizione e in Nuova Guinea i bambini sono figli esclusivi della divinità. E poi c'è il levirato, e poi ci sono numerosissimi altri modelli, a ognuno dei quali si riconoscono importanti qualità positive nell'educazione e nella crescita dei bambini.

Nella nostra società, a fianco del modello prevalente, ne esistono altri che non vengono generalmente considerati, per una sorta di pudore moraleggiante.

Il 20% dei bambini viene educato da un padre diverso da quello biologico, e lo sa; poco meno del 10% si trova nelle stesse condizioni senza esserne a conoscenza. Un numero impreciso (ma molto elevato) di figli viene educato in famiglie uniparentali e, dopo aver a lungo cercato, debbo dire di non aver trovato un solo documento che asserisca che per curare un figlio è necessaria la doppia genitorialità. Si consideri con attenzione il termine che ho usato: necessaria. Le affermazioni relative al fatto che avere due genitori 'sia meglio' sono prevalentemente empiriche, non si basano su ricerche prospettiche e usano strumenti valutativi discutibili. Debbo dire per correttezza che anche la documentazione che ho consultato e che afferma che non si riscontrano elementi negativi considerando i risultati dell'educazione impartita da genitori dello stesso sesso è scientificamente discutibile.

L'idea che i genitori possano essere più di due è antica quanto il mondo ed è passata intatta

attraverso le più diverse influenze culturali fino a raggiungere la nostra società. Ho trovato quasi per caso un racconto che è stato tradotto dal sanscrito circa 600 anni prima della nascita di Cristo e che si intitola 'Tre padri per un Re'. Nel racconto, troppo lungo perché io lo possa riassumere qui, si mettono a confronto tre diverse paternità, quella basata sulla legge e sul contratto, quella biologica e quella che si costruisce sull'autorità morale dell'educatore. Il racconto non si pronuncia, non fa scelte, ma credo che già l'aver presentato il problema in questi termini rappresenti una scelta di campo.

Le donazioni di seme

Le richieste d'inseminazione con seme di donatore, nel nostro Paese, sono probabilmente cominciate molti anni prima della costituzione delle banche del seme e hanno certamente avuto, per molto tempo, risposte empiriche. Si è sempre saputo, e i nomi venivano sussurrati anche quando io ero studente, di medici che avevano qualche donatore personale e che, su richiesta, riuscivano a utilizzare campioni di seme fresco.

Ma si trattava certamente di pochi casi isolati. Le richieste cominciarono a farsi più numerose negli anni '70, quando si seppe dell'esistenza di banche del seme, in Svizzera, in Jugoslavia e in Belgio, che si erano organizzate per ricevere coppie italiane (trovando, presumibilmente,

qualche donatore con caratteristiche adatte tra i nostri lavoratori o i nostri studenti). Noi stessi, da Bologna, inviammo molte coppie a questi centri. Più o meno a metà degli anni '70 cominciarono a nascere i primi centri in Italia, senza però che fosse possibile rendere pubblica la loro esistenza, perché non era chiaro se eseguire queste inseminazioni nel nostro Paese fosse o no legale e nessuno voleva scoprirlo a proprie spese. A questo punto, era molto difficile esprimere giudizi sulla serietà di questi primi ambulatori, a molti dei quali venivano applicate etichette un po' ambigue. Come sempre, il primo esempio di grande serietà e di assoluta professionalità venne da Palermo, dove Ettore Cittadini si occupava da tempo di tutti i problemi della sterilità con il suo particolare tocco, capace di organizzare esemplarmente i servizi in una realtà completamente disorganizzata, di richiamare a Palermo scienziati e pazienti da tutto il mondo e di lasciare su ogni iniziativa il segno di una mente lucida e di un cuore generoso. Piano piano, a Palermo si aggiunsero altre realtà (mi viene in mente Bari, per esempio), ma sempre sottovoce, per non attirare troppo l'attenzione.

Le cose cambiarono totalmente e paradossalmente quando l'allora ministro della Sanità Degan, fece giungere alle Regioni un documento (non so se una circolare o un decreto ministeriale) nel quale si proibiva alle strutture pubbliche di eseguire donazioni di gameti.

Naturalmente, pensarono tutti, se il ministro lo proibisce alle strutture pubbliche, vuoi dire che le strutture private sono autorizzate a farlo. E così, di colpo, tutti coloro che fino a quel momento avevano eseguito inseminazioni eterologhe in semi-clandestinità, vennero allo scoperto. Questo effetto paradossale non era certamente nei voti del ministero della Sanità, il quale si trovò comunque nelle condizioni di dover gestire la nuova situazione. Lo fece, e anche benino, con nuove circolari che stabilivano i controlli che dovevano essere fatti ai donatori e le cautele che dovevano essere prese seguendo, se ricordo bene, le tracce delle disposizioni interne del CECOS italiano, un'associazione benemerita nata come filiazione di un gruppo francese che può essere considerato un precursore in questo campo e che raccoglie gran parte dei centri che si occupano di donazioni di seme.

Così, nel momento in cui la legge 40 ha vietato la donazione di gameti, in Italia c'erano probabilmente (il numero esatto non è noto) un centinaio di centri che si occupavano di questo problema.

Quello che mi sembra molto importante cercare di capire, a questo punto, è il contesto nel quale queste strutture si trovavano a operare. Esisteva o no una riflessione su questo modello di genitorialità? E se c'era, quali problemi aveva affrontato? Quali strati sociali aveva coinvolto? A quali conclusioni aveva portato?

Lasciatemi cominciare con una citazione di William James: *«Vorrei sviluppare la mia riflessione sull'idea che l'istituto naturale della maternità e della paternità non esiste affatto e che spesso si tratta solo di un mito molto enfatizzato in Occidente. Si tratta di un'affermazione che s'incentra su una certa visione dell'uomo, tipica della nostra società, in cui la scienza, e in particolare la medicina, pretendono di avere la chiave della nostra identità. Bisogna invece riflettere sul fatto che questa pretesa è soltanto un'illusione o, più esattamente, il mito su cui si è fondata, in Occidente, l'immagine della maternità e della paternità. In effetti, in altre parti del mondo, altre culture hanno creato, sulla genitorialità, miti molto diversi. Dunque, così come è biologicamente vero che una gravidanza è il prodotto della fecondazione di un ovulo per opera di uno spermatozoo, allo stesso modo è sbagliato trarre una qualsiasi definizione di paternità e maternità, definizione che è di ordine simbolico e non di ordine biologico. Il semplice buon senso mostra, d'altra parte, che quando un uomo e una donna aspettano un bambino e dicono di averlo concepito insieme, la prova biologica di ciò è difficile da ottenere ed è in genere solo la loro parola ad affermare che è così e che lo spermatozoo fecondante non è di provenienza diversa.*

Dire che noi siamo esseri parlanti equivale a dire che noi siamo esseri intelligenti, ed equivale anche a dire che siamo in qualche modo condizionati a essere molto, ma molto di più della nostra biologia. Parlare del desiderio di avere un figlio, parlare dell'essere genitori, significa trascendere l'ordine biologico per accedere a un altro, quello su cui noi ci basiamo in quanto esseri umani, e cioè l'ordine del senso. Non esistono dunque altri genitori che quelli culturalmente definiti tali e cioè quelli che una certa cultura attribuisce a un certo bambino. Da ciò scaturisce l'esistenza di diversi modelli possibili di maternità e di paternità.

In effetti, l'antropologia ci mostra che: il padre di un bambino non è necessariamente il suo genitore biologico; egli non è necessariamente l'uomo che vive con la madre; al momento del concepimento del bambino, può essere morto da molto tempo; può essere una donna; può essere Dio; la madre di un bambino non è necessariamente la sua madre biologica; può essere sua nonna; può essere sua zia; una donna sterile può essere la madre di un bambino che le viene attribuito secondo le regole della circolazione dei bambini propria della cultura.

In conclusione quello che oggi pensano un uomo o una donna a proposito del significato della genitorialità è molto difficile da immaginare, tutto dipende dall'educazione che hanno ricevuto, dalla loro visione del mondo dal loro senso comune,

dalle loro esperienze di vita. Ciò è particolarmente vero per le donne, per le quali è sempre stato poco importante il concetto di genitorialità genetica. Alcune di loro sono persuase dell'importanza della responsabilità, altre desiderano avere una esperienza gestazionale, altre non sono per niente sicure della scelta che viene loro attribuita ma non hanno il coraggio di contestarla. Non può essere privo di importanza il fatto che quando il genitore sostituito è il maschio può accadere (e in realtà accade con una certa frequenza) che si verifichi un pentimento tardivo, cosa che – a quanto ne so – non è mai accaduta quando si tratta di una donazione di gameti femminili.

Ne risulta che in circostanze come quelle che si sono verificate in un Ospedale romano, nel quale si è verificato un errore nel trasferimento di due embrioni, la soluzione può essere stabilita solo caso per caso, tenendo conto certamente dell'interesse dei bambini, ma anche dell'atteggiamento che gli adulti coinvolti saranno capaci di assumere .

Il destino dei bambini

Ma qual è la sorte, oggi, dei bambini che nascono a seguito di una donazione di gameti?

La letteratura medica che riguarda questo argomento è confusa, disomogenea, spesso superficiale e altrettanto spesso inficiata da preconcetti di vario tipo. C'è una mancanza di

omogeneità di ordine generale: le pubblicazioni dei ginecologi, degli urologi e dei sessuologi hanno un tono ottimista, positivo; quelle scritte da psicologi, psichiatri e psicoanalisti sono di tono completamente diverso, pessimiste e preoccupate. A chi dare retta?

Non vi è dubbio che il livello medio delle pubblicazioni di ginecologi e urologi, diciamo «della letteratura ottimista» è piuttosto superficiale. I medici si sono limitati a verificare se le famiglie erano ancora unite; hanno chiesto a tutti se erano felici, se l'esperienza li aveva soddisfatti e se l'avrebbero ripetuta volentieri. Hanno fatto confronti tra queste famiglie e quelle con bambini «propri»: quanti divorzi, quante separazioni, quanti ricorsi ai cosiddetti «segnali di malessere» (alcool, sedativi). Hanno ritenuto di poter concludere, appunto, con una dichiarazione di ottimismo.

Psichiatri e psicanalisti, nella maggior parte dei casi, hanno studiato soggetti giunti alla loro osservazione per bisogno di cure. Raramente hanno considerato la coppia come entità di riferimento. Hanno usato metodi d'indagine per necessità non sistematici e non estesi. Non hanno mai eseguito un confronto con il resto della popolazione, considerata comunque un «riferimento normale», senza dunque tener conto della straordinaria frequenza di problemi psicologici, di comportamenti devianti, di fratture endofamiliari, di abbandoni, che la supposta

«normalità» evidenzia a chi riesca a guardare, per un attimo, dietro la facciata.

Una particolare critica, rivolta soprattutto alle inseminazioni eterologhe, viene poi dagli andrologi. Essi osservano che le tecniche di procreazione assistita – comprese le più semplici, come l'inseminazione con seme di donatore – impongono percorsi diagnostici che riguardano soprattutto la donna e il suo medico, il ginecologo. In questo modo, la posizione del marito sarebbe spesso destinata a un ruolo di secondo piano: ne potrebbe conseguire che, nel caso di donazioni di seme, la figura e la personalità del padre legale rischierebbe di essere trascurata. Dopo un colloquio preliminare, utilizzato per ottenere il suo consenso, il povero marito potrebbe trovarsi in condizioni di totale abbandono da parte dell'equipe medica. Siamo sicuri, dicono a questo punto gli andrologi, che il consenso così ottenuto sia un consenso reale? Potrebbe essere, per esempio, ipotizzabile un percorso mentale di questo tipo: «Ho scoperto di essere sterile, e ho scoperto di non poter dare, a mia moglie, la cosa che apparentemente le interessa di più di ogni altra al mondo, un figlio. Ma mia moglie ha diritto di avere quella cosa; poiché io non posso dargliela, come sarebbe mio dovere, debbo per forza accettare qualsiasi proposta alternativa che consenta a mia moglie di essere giustamente felice. E allora: sì all'ipotesi odiosa che faccia un figlio con il seme di un altro uomo». Gli errori

contenuti in questo ragionamento (lo stesso concetto di diritto e di dovere, per esempio) sono fin troppo evidenti. Ma esistono persone che ragionano così? Forse sì. E se, dopo un ragionamento simile, accettano, quale sarà il loro rapporto con il bambino che nascerà? Come si modificherà questo rapporto nel tempo?

Ebbene, l'opportunità di muoversi con prudenza in un terreno che si può presumere minato, almeno qua e là, emerge anche dai comportamenti e dalle scelte di alcuni ginecologi. Ricordo per esempio Palmer, il più famoso degli studiosi moderni di sterilità, che imponeva una specie di pausa di riflessione, chiedendo alle donne di registrare la temperatura basale per un certo numero di cicli, cosa priva di rilievo pratico, ma utile per dare alla coppia il tempo di riflettere. E ricordo altri medici, che usavano scuse diverse, ma sempre con lo stesso scopo, quello di rinviare l'intervento di almeno un po'.

Dunque, prudenza. Ma fino a che punto? Fino al punto, per esempio, di sottoporre la coppia allo stesso tipo d'indagini e di analisi necessario per poter avere un bambino in adozione? Fino al punto da considerare l'inseminazione eterologa residuale all'adozione? O di proibirla comunque e sempre? O più semplicemente di ragionare con le coppie, spiegare loro i problemi e, infine, affidare le scelte al loro buon senso?

Ho qui sul tavolo la fotocopia di quasi tutta la letteratura che esiste su questo argomento. L'ho

divisa: a destra la letteratura ottimista, una pila di 70 cm circa; a sinistra quella pessimista, un mucchietto di meno di 10 cm. È ingenuo e superficiale, lo so. Ma proprio non conta niente?

La letteratura ottimista è certamente copiosa soprattutto nel mondo anglosassone, esplicita sui risultati e chiara nelle indicazioni: vale la pena di riportarne qui almeno una parte.

Levie (1967) ha intervistato 116 coppie che nei 10 anni precedenti avevano avuto un figlio con inseminazione eterologa; per 109 di esse il figlio aveva arrecato molta gioia e per più della metà il tono della vita familiare era migliorato; solo in 5 casi erano scoppiati conflitti di una certa gravità tra i partner. Risultati simili sono stati riportati da Tekavic (1973) su 100 coppie trattate a Lubiana.

Stone (1953) ha seguito per 20 anni coppie che avevano avuto un figlio con inseminazione eterologa, rilevando che quasi tutti i mariti avevano accettato il figlio meglio che se fosse stato concepito naturalmente, al punto da richiederne spesso un secondo e un terzo. Risultati analoghi sono riportati da Cary (1948), Haman (1959), Guttmacher (1960) e Raboch (1971).

Nel maggio del 1953, al congresso mondiale sulla fertilità di New York, la maggior parte degli intervenuti fu dell'opinione che: «la IAD (inseminazione artificiale con seme di donatore) reca un grande contributo alle coppie sterili e alla stabilità del matrimonio». Nel giugno del 1955, i

500 membri della Società per lo Studio della Fertilità affermarono che «in seguito all'osservazione di molti anni d'inseminazione con seme di donatore si può essere soddisfatti della quasi universalità dei buoni risultati circa i figli e l'unità della famiglia». Lo stesso ottimismo è espresso, sulla base dell'osservazione di numerosi casi, da Lamson (1951), da Portnoy (1956) e da Simmons (1957). E la stessa tranquillità degli autori americani la troviamo nelle pubblicazioni di Stallworthy (1948, Inghilterra), Holtz (1950, Svezia), Palmer e Marcel (1946, Francia), Snowden (1991, Inghilterra).

Silber (1991) ribadisce il generale ottimismo degli autori americani, affermando che l'inseminazione con seme di donatore rappresenta un metodo ideale per molte coppie che non vogliono rinunciare al loro «diritto di avere una famiglia», ritenendola incompleta senza figli. Silber ricorda che la percentuale di divorzi non arriva all'1%, contro una percentuale globale che nella società americana è superiore al 50%. Secondo Silber ciò non significa che la decisione di avere un figlio in questo modo «cementi» il matrimonio: è invece più facile che le coppie che finiscono per scegliere questa strada abbiano un solido rapporto e un'ottima capacità di comunicare. È sempre Silber che cerca di riassumere le opinioni di un gran numero di ricercatori in merito alle motivazioni che giustificano la scelta di una donazione di seme: più che di un diritto alla

genitorialità si tratta, nella maggior parte dei casi, di rispondere al bisogno individuale e di coppia di formare una famiglia, secondo un concetto indotto culturalmente e profondamente interiorizzato che prevede alcune regole e alcuni principi abbastanza comuni e diffusi (nella famiglia ci dev'essere un figlio; il figlio dev'essere il più «proprio» possibile, con sempre maggiore tendenza all'abbandono dei valori genetici per quelli affettivi; la formazione dei rapporti affettivi inizia già durante la gravidanza; la nascita è un momento di catalizzazione della formazione della famiglia).

Da numerose indagini di psicoanalisti e di psicologi giunge un generico invito alla prudenza (anche perché non possono essere considerati significativi casi isolati di psicosi schizofrenica o di depressione psichiatrica grave, riscontrati in uomini e, soprattutto, donne), ma la figura del padre «non biologico» prevaricato e «violentato» al quale il consenso per la inseminazione sia stato addirittura estorto, emerge molto raramente.

Il maschio sterile

Una prima linea di riflessione, dopo aver affermato che la figura del maschio sterile è relativamente nuova, sia sul piano clinico che su quello psicosociale, ritiene che il maschio prenda coscienza della propria sterilità con un senso di frustrazione assai superiore a quello della donna, forse storicamente «rassegnata» a questa eventualità.

È indubbio che nelle culture più arretrate, ma anche in frange non piccole di quelle più avanzate, il concetto di fertilità maschile si sovrapponga e spesso s'identifichi con quello di virilità. Ciò è così vero che si assiste spesso a un fenomeno patologico indotto, cioè quello della impotenza da sterilità.

L'equivalenza tra fertilità e virilità «resta un patrimonio comunemente interiorizzato dell'uomo di oggi, per cui un deficit della capacità riproduttiva viene molto spesso vissuto a livello inconscio come deficit anche dell'attività sessuale» (Boldrini); e ancora: «la sterilità maschile presso le culture tradizionali viene identificata con l'impotenza. [...] L'uomo infertile vive la sua difficoltà come una vergogna da tenere celata al proprio contesto sociale. Riemerge l'associazione tra fallo e potere; il fatto di non poter dimostrare la propria paternità e, quindi, la propria virilità, fa sì che il maschio infertile si senta meno uomo». Questo è uno specifico maschile. Secondo alcuni psicologi, infatti, la sterilità femminile non interferisce con l'elemento sessuale, né con il potere, entrambi gestibili al meglio proprio da una donna senza figli, che può avere ricadute negative su altri aspetti dell'immagine di sé, ma non su quella sessuale.

È chiaro pertanto «l'imbarazzo maschile di fronte all'incapacità procreativa: torna più violentemente il senso d'inutilità e di mancanza di potere che – si ritiene – l'uomo debba avere

sofferto filogenicamente all'inizio della storia. Una sensazione di esclusione dal mondo naturale, magico e creativo, un senso d'inferiorità nei confronti della propria donna nel caso in cui questa mantenga la sua fertilità. La paura del ridicolo porta il maschio infertile all'isolamento rispetto ai rapporti sociali, nel timore di essere smascherato: a questa paura, discutibile di per sé, corrisponde però un reale stereotipo che accomuna potenza sessuale e riproduzione, e l'ironia con cui spesso vengono affrontate queste tematiche nasconde la mancata accettazione di elaborazione, non solo individuale, ma collettiva, dello stereotipo stesso» (D'Ottavio e Simonelli).

La donazione di seme comporta specificamente la prova della sterilità dell'uomo. È pertanto possibile il verificarsi di un'impotenza, considerata come sintomo reattivo oppure come una organizzazione difensiva.

Osserva Pasini come «la IAD possa inoltre riattivare un desiderio latente di gelosia nei soggetti dalla personalità paranoide e con tendenze interpretative; o indurre gravi disturbi nevrotici o depressivi in relazione alla fertilità narcisistica e alla emergenza di vissuti edipici».

I rilievi statistici sono a questo proposito abbastanza numerosi e sia in studi singoli, sia in indagini epidemiologiche mirate (AIED e CECOS) dimostrano che nell'uomo sterile che accede alla IAD esiste la possibilità di una varietà di disturbi psichici che coinvolgono, oltre agli aspetti sessuali

(che, come si è detto possono giungere alla completa impotenza), una più ampia cornice di disagio in cui l'uomo infertile vive la diagnosi come una vergogna che lo espone al ridicolo. Un «uomo senza figli» appare alla maggior parte delle persone come una figura «negativa e colpevolizzante».

È del resto esperienza quotidiana, per chi si occupa di sterilità, il rilievo tangibile di come il partner maschile di una coppia sterile viva spesso con angoscia e con profondo senso di frustrazione il proprio problema nei confronti, oltre che di se stesso, della moglie, dei parenti e della società, specie in ambienti ristretti e culturalmente non avanzati. Non per nulla, secondo l'AIED, le richieste per procedimenti di IAD vengono rivolte nella stragrande maggioranza dei casi (più del 70%), lontano dalla propria residenza, anche se questa è sede di centri prestigiosi.

Questi aspetti di frustrazione e di disagio psicologico sarebbero colti soprattutto dall'andrologo, che più spesso vede il paziente da solo (cioè non in presenza della moglie, che può, in certa misura, condizionare le reazioni psicologiche immediate). Il rapporto paziente maschio-andrologo è per vari aspetti ben diverso da quello paziente maschio-ginecologo. È naturale che con l'andrologo il soggetto stabilisca un rapporto di confidenza o quasi di «complicità» che non può stabilire con il ginecologo, da lui considerato il medico della partner, o, al più, della coppia.

Si tratta comunque d'individui che, in genere, si dichiarano «pronti a tutto» pur di risolvere il proprio angoscioso problema.

In tali condizioni, e sulla scorta di queste considerazioni, il consenso del marito alla fecondazione della moglie con il seme di uno sconosciuto si configurerebbe come soggezione a un atto che «è assimilabile in modo fantasmatico a una specie di adulterio» (Pasini). Infatti, riportate ai loro termini più crudi, queste pratiche dovrebbero essere considerate adulteri consumati col consenso del coniuge. Anche se, secondo altri (Juva) «non offendono la fedeltà matrimoniale perché non comportano un rapporto intimo»; ma questo vuoi dire restringere e umiliare il concetto di fedeltà al mero contatto fisico.

Secondo un'altra linea di riflessione – forse proveniente da esperienze socioculturali diverse – occorrono distinzioni più sottili.

Per esempio, tre studiosi americani (Lamson, sociologo; Pinard, psicologo; Meaker, ginecologo) hanno preso in esame, come elemento fondamentale del problema di coppia, la sensazione d'inferiorità dei maschi sterili, dovuta alla propria incapacità di generare e di rispondere alla richiesta della moglie che desidera avere un bambino. Questi ricercatori dividono i mariti sterili in 3 categorie: nella prima vengono compresi gli uomini che rifiutano la IAD, vedendo in questo intervento una rottura della fedeltà matrimoniale;

la gravidanza della moglie aumenterebbe in essi il senso della propria responsabilità.

Nella seconda categoria si trovano uomini emozionalmente aperti, semplici ed equilibrati, che vedono nella IAD una soluzione accettabile del problema della sterilità. Questi soggetti sanno vivere serenamente la gravidanza e il parto della moglie e si dimostrano poi ottimi padri.

Nella terza categoria ci sono i mariti che valutano attentamente i pro e i contro: da una parte vogliono una «vera» famiglia e desiderano la felicità delle loro mogli; dall'altra, hanno una serie di remore, di ordine personale, morale e legale, per cui debbono superare una certa resistenza prima di accettare o proporre l'inseminazione della moglie.

E' improbabile che i mariti del primo tipo accettino una IAD; i veri conflitti, quindi, dovrebbero riguardare solo i mariti del terzo gruppo, generalmente in grado di adattarsi da soli a ogni nuova situazione, ma che comunque il medico dovrebbe saper riconoscere e aiutare.

Seguendo sempre questa linea di pensiero, è giusto chiedersi se il punto di vista generalizzante espresso da qualche psichiatra, psicoanalista o psicologo, non rappresenti che il risultato di elucubrazioni teoriche e non di conclusioni tratte da studi diretti, sufficientemente allargati e quindi tali da poter essere considerati strumenti utili per una lettura complessiva del problema.

E se è vero che non si può negare valore ai rilievi analitici, è anche vero che occorre coglierne chiaramente i connotati.

Per Ancona «dal punto di vista del partner della coppia, il fatto dell'inseminazione artificiale, già quella omologa, ma soprattutto quella eterologa, non può non dar luogo a un vissuto profondo d'insufficienza, anche per il semplice fatto che la sua indicazione è posta frequentemente per il caso di oligo e azoospermia. La diagnosi, o la sua presunzione soggettiva quando la fertilità è di origine femminile, si trasforma al momento dell'inseminazione in ciò che gli psicoanalisti chiamano 'ingiuria narcisistica', per indicare il colpo infetto al narcisismo, risentito anche se ricoperto in superficie da un velo di conformismo, da dichiarato interesse per la famiglia, da disinteresse per la propria sessualità. Si mette così in moto il cosiddetto 'complesso di castrazione', qui direttamente connesso con la generatività, e ciò significa una radicale sconfessione del proprio ruolo, sia di maschio, che di padre e di uomo. L'altro, il donatore con il quale il soggetto si confronta, è da lui vissuto come un rivale potente, che diventa ipso facto mitico, s'identifica cioè con l'assetto fantasmatico, la figura interna e inconscia del padre sentito come onnipotente, in quanto è la figura che il soggetto/bambino piccolo ha vissuto nei confronti del proprio padre, grande e pieno di possibilità, che condanna il figlio a rimanere bambino e

incapace di generare. Per lo stesso fatto che è soltanto il padre che può dare il seme, non il figlio, la moglie che lo riceve dal donatore diviene allora la madre e al complesso di castrazione si aggiunge allora quello noto come 'edipico'. In una parola il verdetto di condanna si generalizza e suona così: 'Le donne del clan appartengono al capo!'. Il verdetto conferma l'originario complesso di castrazione, conferma l'edipo' e la necessità del castigo, che si configura nell'atto in cui è un altro che feconda la propria donna. Ne derivano sentimenti d'inferiorità, di gelosia, d'invidia destinati a diffondersi su più vaste cerchie, cioè verso terzi».

Desideri e angosce

Secondo Delaisi de Parseval (1985) a questi uomini, malati di una malattia incurabile, si propone una parvenza di terapia senza prima essersi interrogati sulla radice della loro sofferenza. In effetti è difficile capire se questi uomini soffrono:

- per un reale desiderio di un figlio (ma poi bisogna chiedersi che cosa significa «il desiderio di un figlio»);
- per il desiderio di riacquistare la fertilità;
- per il desiderio di non privare la propria compagna della maternità cui essa aspira.

Secondo Madani-Perret (1990) la sofferenza di questi padri-IAD è indotta da una serie di angosce fondamentali quali:

– l'angoscia di non lasciare nulla di sé dopo la propria morte, di non avere discendenti, di morire veramente (essendo il figlio l'unica rivincita possibile sulla morte);

– l'angoscia d'interrompere la catena di filiazione, accompagnata da un profondo senso di colpa per non poter trasmettere, con il proprio seme, la storia della famiglia, il patrimonio ancestrale, del quale ogni persona è portatrice;

– l'angoscia della castrazione, che si traduce in un sentimento di mancanza, di perdita, di rottura: toccati nella propria integrità fisica, gli uomini possono sentirsi incompleti, «non interi»;

– l'angoscia che deriva da una devalorizzazione narcisistica, cioè da una perdita di autostima. Gli uomini si sentono poco virili, inferiori ad altri uomini, come se gli spermatozoi presidiassero l'identità maschile;

– l'angoscia di sentirsi disistimati socialmente (soprattutto dalla famiglia e dagli amici).

Dalla commistione e dalla prevalenza di queste angosce deriverebbe anzitutto il tipo di richiesta e di accettazione dell'intervento d'inseminazione (richiesta caratterizzata da urgenza, fretta, precipitazione o, al contrario, lunga riflessione, meditazione attenta e prudente; accettazione totale – talvolta addirittura esageratamente entusiasta – o, al contrario, incompleta, se non persino velatamente ostile).

Sempre secondo Madani-Perret nella maggior parte dei casi i fantasmi e le angosce posti dalla

genitorialità da donazione di gameti vengono elaborati fino ad aprire, per le coppie, la strada del simbolismo, che fa del desiderio di figli non tanto una vicenda ridotta a un problema di gameti, quanto una storia particolare che organizza il bambino e la sua origine nel desiderio dei suoi genitori e nella storia familiare e parentale, perché il padre simbolico non è per forza il genitore. In questo modo il bambino viene accolto come il figlio desiderato e atteso e non come chi viene a sostituire un figlio impossibile.

Il segreto

Esiste un ampio dibattito – etico, legale, medico, psicologico – anche sul problema del «segreto» o della «rivelazione» dell'uso del seme eterologo e del connesso problema dell'opportunità o meno di far conoscere, al nato, la propria ascendenza biologica.

Gli aspetti psicologici di maggiore interesse su questo insieme di problemi riguardano:

- il contenuto del segreto;
- le persone nei confronti delle quali il segreto dev'essere conservato;
- vantaggi e svantaggi del segreto;
- le eventuali circostanze nelle quali il segreto dev'essere rivelato.

Secondo Didier David (1990) il bisogno di mantenere il segreto è legato alla necessità di mascherare la sterilità dell'uomo. In alcuni casi il

segreto è necessario, perché la rivelazione della sterilità potrebbe rimettere in causa l'integrità maschile e la paternità, considerate indivisibili. Per altri, è possibile una dissociazione e il segreto non è obbligatorio: la coppia è disponibile a valutare vantaggi e svantaggi delle due soluzioni.

Il segreto riguarda da un lato l'entourage, dall'altro il figlio.

Nei confronti degli amici e dei familiari, molte coppie mantengono un silenzio assoluto: sono le stesse che si accertano che non esistano cartelle cliniche o registrazioni dell'intervento eseguito.

Nei confronti del bambino nato da inseminazione eterologa, l'attitudine è varia: la maggior parte delle coppie sceglie di non parlare; alcune scelgono di rivelare il segreto, ma in momenti diversi; altre aspettano di vedere come cresce il bambino prima di decidere.

A favore del segreto le coppie elencano questi argomenti:

- il rischio di traumatizzare il bambino;
- il rischio che il bambino «fugga» per cercare il padre biologico;
- il rifiuto del bambino da parte della famiglia (dei nonni, in particolare);
- il rifiuto da parte del gruppo sociale.

A favore della rivelazione vengono proposti tre argomenti:

- il bisogno di verità dei genitori (soprattutto di comunicare una verità che non appartiene solo alla coppia);
- il timore che la rivelazione venga fatta da altri;
- il diritto del bambino di conoscere la verità sulla propria origine.

Se la coppia sceglie di dire la verità, il momento per farlo è abbastanza costante e corrisponde alla fase in cui il bambino manifesta le prime curiosità sessuali.

Per quanto riguarda i donatori, vi è in pratica un accordo generale sul fatto che togliere il segreto (cioè l'anonimato) vorrebbe dire eliminare la quasi totalità dei volontari.

Secondo quanto riporta la letteratura disponibile, i donatori interrogati hanno dichiarato concordemente che togliere l'anonimato potrebbe risultare pericoloso per la loro vita familiare. Per Alnot (1991) il segreto custodisce i fantasmi che presiedono al dono: donne meravigliose, figli meravigliosi, arricchiti di tutti gli attributi del loro immaginario. Per la donna inseminata, togliere il segreto può riattivare i fantasmi di adulterio e di colpa. Per l'uomo sterile, c'è il rischio di una situazione paradossale: lui, padre per desiderio e per amore, non più padre per il bambino, se la rimozione del segreto riconosce il privilegio biologico. Per entrambi i genitori si riattiva

l'angoscia dell'abbandono. In ultima analisi, conclude Alnot, in nome di un ipotetico diritto alla verità, si corre il rischio di sconvolgere queste famiglie.

Secondo il CECOS, né i donatori né le coppie beneficiarie francesi sono preparate all'abolizione dell'anonimato, né sono disponibili a dire la verità ai bambini. Le coppie desiderano «dimenticare» per vivere serenamente il loro amore. Del resto l'esperienza svedese sembra un insuccesso, visto che la maggior parte delle coppie si rivolge ai centri e alle banche del seme norvegesi, dove il segreto è ancora mantenuto.

Nel CAHBI (una commissione del Consiglio d'Europa), la maggior parte degli esperti sostiene che l'anonimato è necessario per assicurare l'integrazione del bambino nella famiglia: non si prevede così il diritto automatico del bambino di essere informato circa la propria origine. D'altra parte, se il bambino venisse a conoscenza delle modalità del suo concepimento, dovrebbe avere il diritto d'indagine sull'identità del padre. Sempre nel testo elaborato dal CAHBI, a proposito del dono di oociti (1989) si afferma che dev'essere considerata madre del bambino la donna che lo partorisce. Tenendo conto di ciò e in nome della parità dei sessi, non si dovrebbe quindi ammettere di considerare padre il donatore di seme, che oltretutto non ha alcun progetto parentale personale.

E' comunque evidente, in molti paesi europei, la tendenza a proibire l'anonimato dei donatori, una tendenza che si fa forte di sostanziali modificazioni dell'opinione pubblica a questo riguardo..

Una precisa richiesta di un donatore non anonimo viene fatta da quanti ritengono possibile che si verifichino circostanze tali da rendere indispensabili – per garantire la salute del bambino – poter avere informazioni dirette di tipo biologico o genetico che possono essere ottenute solo da lui. È però possibile che le stesse informazioni possano essere desunte dall'analisi di un campione di tessuto o di sangue (o da indagini sullo stesso liquido seminale) mantenuto a disposizione per questi specifici scopi, senza bisogno di violare l'anonimato.

Più complessa è la discussione sul diritto del bambino a conoscere la propria identità genetica, e quindi a conoscere i propri genitori. Non voglio entrare in un discorso molto complesso, ma voglio sottolineare il fatto che se si accetta «l'etica della responsabilità» e il privilegio della genitorialità sociale, scompare automaticamente il diritto a conoscere una cosa che ha perduto il suo valore primario.

La letteratura su questo argomento è poco consistente, il che stupisce se si considera il fatto che la letteratura complessiva sul problema delle inseminazioni eterologhe è enorme.

In effetti la maggior parte delle coppie chiede di mantenere il segreto più assoluto e rompe ogni rapporto con i medici che si sono occupati dell'inseminazione; inoltre molti medici hanno timore di prendere contatto con queste famiglie. Questo atteggiamento è stato molto criticato da vari autori; per la Delaisi de Parceval, si tratterebbe addirittura della conseguenza di un diffuso disagio che i medici provano nei confronti dell'inseminazione eterologa, anche quando sono essi stessi a eseguirla.

Qualche cosa sta però cambiando anche in questo campo: una ricerca di D.A. Greenfeld (*Fertility and Sterility*, 2004,81,1565) ha dimostrato che circa il 60% delle coppie che hanno avuto un figlio a seguito di una donazione di gameti lo ha detto o lo dirà al figlio e che un buon 10% lo deve ancora decidere. Non c'era nessuna differenza, a questo proposito, tra le coppie che conoscevano l'identità del donatore e quelle che non la conoscevano. E' interessante anche la percentuale di coppie che aveva comunicato ad altri (parenti, amici) la propria decisione: più dell'80%. In generale si considera questa decisione come un segnale dell'impegno della coppia a parlarne anche al figlio. Fa parte di questa linea di tendenza anche il fatto che il Comitato Etico della Società Americana per la Medicina Riproduttiva ha prodotto un documento nel quale incoraggia i genitori a dire ai figli come sono nati e chiede ai centri e alle banche di gameti di affrontare questo

problema con le coppie (*Fertility and Sterility*, 2004,81,527).

Se una coppia decide di raccontare la verità al bambino, cioè di spiegargli che la sua nascita è dovuta a un dono (di seme, di oociti o di embrioni poco importa) può optare tra differenti scelte, che non discendono sempre da motivazioni perfettamente comprensibili. Le varie strategie dei genitori sono state oggetto di uno studio molto articolato di Kristin Mac Dougall (*Fertility and Sterility*, 2007,87,524) nel quale sono esposte le scelte di 141 coppie che avevano avuto un figlio ricorrendo a una donazione di gameti (in 62 casi si trattava di una donazione di seme e in 79 di oociti). Le coppie erano state contattate dai centri che avevano eseguito il trattamento con una lettera nella quale era descritto lo scopo della ricerca : poiché alla lettera hanno risposto solo le coppie che erano interessate a saperne di più, è immaginabile che abbiano acconsentito a farsi contattare direttamente per partecipare allo studio solo quelle che non volevano mantenere il segreto, coppie che – è bene dirlo – rappresentano complessivamente una minoranza (S.Golombok, *Human Reproduction*, 2002, 17,830; C.Murray, *Human Fertility*, 2003,6,89) anche se, come ho già detto, sembra ormai dimostrata una modificazione di tendenza (A.Mc Whinnie, *Human Reproduction*, 2001, 16,807; S.Golombok, *J Fam Psychol*, 2004,18,443). In realtà la maggior parte delle coppie aveva già raccontato la verità ai figli (o

comunque aveva deciso di farlo) e solo il 15% sembrava aver scelto il mantenimento del segreto.

Le preoccupazioni di queste coppie sono ben note: timore di essere rifiutati dai figli, di perdere la loro fiducia, di inserire nella loro vita un elemento di stress capace di alterare il loro equilibrio psicologico. Da queste preoccupazioni sembrano derivare due differenti strategie: quella definita *seed planting*, scelta da coloro che sono convinti che l'informazione debba essere data al più presto, in modo che il bambino cresca nella convinzione di 'averlo sempre saputo'; quella del *right time*, il momento giusto, preferita da quanti ritengono invece che esista un momento ottimale per venire a conoscenza della verità, una sorta di 'finestra di opportunità' che bisogna saper riconoscere.

Le modalità del racconto sono numerose, ma possono essere identificate cinque temi principali che la Mac Dougall definisce come '*the helper*', '*spare parts*', '*families are different*', '*labor of love*' e '*nuts and bolts*'.

Il primo racconto si basa su uno schema semplice e diretto: per avere un figlio avevamo bisogno di un aiuto, abbiamo trovato una brava persona che ha accettato di aiutarci e alla quale siamo grati, in questo modo, il solo possibile, siamo riusciti ad averli. Nel racconto che si riferisce alle 'parti di ricambio' il genitore sterile viene descritto come una persona cui manca qualcosa di importante (perché non gli è mai stata

data, o perché la sfortuna o una malattia l'hanno rotta) che la buona volontà della coppia è riuscita a sostituire. La versione che fa riferimento alla famiglia fa leva sul concetto che esistono molti modi per costruirla e che quello che hanno scelto è semplicemente uno dei tanti. La quarta opzione, generalmente prescelta da coloro che ancora non hanno svelato il segreto, sottolinea soprattutto il grande desiderio di avere un figlio che ha consentito alla coppia di accettare ogni genere di sacrificio e parla al figlio dell'amore che provavano per lui ancor prima che nascesse. L'ultima storia ('nuts and bolts ' può essere tradotto 'dadi e bulloni') è valida solo per i ragazzi in grado di capire almeno i principali elementi della riproduzione e sembra, almeno a prima vista, la più semplice e pragmatica: 'abbiamo preso un uovo da una signora che ha accettato di regalarcelo, e l'abbiamo messo nella pancia della mamma in modo che tu potessi nascere''

Emerge comunque, da questo studio, un dato fondamentale: molte coppie sono assolutamente sole nel momento della decisione e non hanno punti riferimento. In realtà quasi tutte avrebbero bisogno di consigli e le soluzioni alle quali giungono sono quasi sempre il risultato di ragionamenti molto empirici.

Salute e intelligenza dei bambini

Le ricerche pubblicate sulle malattie e sull'intelligenza dei bambini nati da donazione di

gameti, non sembrano brillare per profondità d'indagine e accuratezza metodologica e si contraddistinguono spesso per il piccolo numero di casi presi in esame e per essere limitate a fasce d'età molto basse.

Così, per esempio, i giapponesi, dopo 20 anni di attività delle loro banche dello sperma, hanno pubblicato nel 1979 una ricerca su poco più di 50 bambini, tra l'altro tutti molto piccoli. Questa ricerca (Mochimaru, 1979) sembra dimostrare che sia il quoziente d'intelligenza che il quoziente di sviluppo di questi bambini è buono e che addirittura il loro sviluppo fisico e mentale è superiore a quello dei bambini nati naturalmente. Risultati analoghi sono stati ottenuti da un gruppo polacco (Torbus, 1980). In Olanda, Kremer (1983) ha ottenuto 134 risposte a un questionario molto dettagliato inviato a coppie che avevano avuto almeno un figlio con l'inseminazione eterologa (è da notare che nessuno di questi bambini aveva più di 6 anni): il 98% dei genitori si dichiarava più che soddisfatto e il 34% si proponeva di ripetere l'esperienza. Meno ottimista sembra la ricerca fatta da alcuni autori francesi che hanno preso in esame 77 bambini (tutti di età inferiore ai 3 anni) mettendo in evidenza una discreta incidenza di problemi psicosomatici (coliche addominali, vomito, pianto notturno, malattie della pelle). Secondo gli autori, è possibile che esista, in questi casi, un «superinvestimento affettivo» dei genitori,

fenomeno del resto molto frequente nelle coppie che hanno figli solo dopo averli a lungo desiderati.

I comportamenti dei genitori di figli-IAD è molto simile a quello dei genitori trattati con successo per sterilità: non lasciano mai solo il bambino, non lo svegliano mai, lo prendono in braccio ogni volta che piange, evitano di correggerlo e di punirlo. È invece caratteristico dei genitori-IAD il fatto di far dormire il bambino nella propria stanza e di allattarlo al seno molto a lungo. Secondo la Delaisi de Parceval, è ovvio che l'ansietà e la superprotezione dei genitori tenda a scatenare turbamenti psicologici nei bambini. Secondo la stessa autrice è l'ipermedicalizzazione di tutto il sistema che aumenta l'angoscia dei genitori e favorisce comportamenti e fantasmi di superprotezione.

Un'indagine su una popolazione infantile più ampia (364 bambini, alcuni dei quali in età scolare) è stata eseguita, sempre in Francia, dal CECOS. Anche da questa ricerca risulta una maggiore frequenza di problemi psicosomatici nei bambini più piccoli. La sensazione di una maggiore precocità di questi bambini viene discussa e messa in dubbio da questi autori, secondo i quali le varie prove portate (soprattutto dai genitori, in minor misura dai medici curanti) sarebbero più dipendenti da una maggiore (più continua e più preoccupata) attenzione parentale che da reali differenze rispetto alla normalità. Nei bambini più

grandi, la scolarità sembra normale e scompare la tendenza alle malattie psicosomatiche.

Secondo il CECOS, i bambini-IAD sembrano avere qualche maggiore difficoltà alla nascita rispetto agli altri bambini: le nascite premature e le ospedalizzazioni nelle prime settimane di vita sono 8 volte più frequenti; il sospetto di una malconformazione viene posto 6 volte più spesso e la conferma dell'esistenza di una malconformazione (minore o maggiore) viene fatta nel doppio dei casi. Ciò può dipendere da una più attenta ricerca medica, dovuta al fatto che le madri-IAD (come le madri ex-sterili) hanno un grande timore di effetti malconformativi determinati dalla conservazione dello sperma o dall'uso dei farmaci.

I bambini IAD vengono portati molto frequentemente dal medico e fatti vedere da specialisti; nello stesso modo essi assumono più frequentemente (e con maggior continuità degli altri bambini) farmaci di vario tipo. Nei primi mesi di vita soffrono spesso di malattie psicosomatiche (con la stessa frequenza dei bambini nati da coppie sterili). La stessa cosa può dirsi per alcuni disturbi psicologici minori (in particolare per le difficoltà del sonno). Sembra che nel tempo l'atteggiamento dei genitori divenga più saggio e più utile sul piano educativo: lo sviluppo psicomotorio è così generalmente buono o molto buono.

Mi sembra che negli ultimi dieci anni l'atteggiamento dei medici, degli psicologi e dei

sociologi sia cambiato, ci siano meno preoccupazioni, meno pessimismo, più buon senso e più tolleranza. Questo nuovo approccio mi sembra ben interpretato dalle conclusioni di un recente studio di S Golombok (*Human Reproduction, 2006, 21, 1918*) che così recitano: la mancanza di legami genetici o genitoriali non altera le relazioni tra genitori e figli e non toglie il benessere psicologico al padre e alla madre.

I donatori

Due posizioni si sono scontrate, all'inizio della storia delle banche del seme, per quanto riguardava la selezione dei donatori. Secondo la prima, il medico non doveva esercitare alcuna funzione di controllo e tutto doveva essere lasciato al caso come nella fecondazione naturale: tutti i candidati dovevano quindi essere accettati e anche la scelta del seme per la donazione doveva essere casuale. Il secondo punto di vista richiedeva invece di selezionare severamente i candidati donatori, per accettare solo quelli considerati «perfetti», in grado cioè di generare i figli migliori possibili.

Se la prima posizione ignorava completamente gli interessi del bambino e della coppia e non poteva essere accettata, la seconda ignorava completamente la ricchezza del nostro patrimonio genetico, la possibilità di stabilire un confine preciso tra normale e anormale e, soprattutto, la presenza di geni recessivi non

evidenziabili, molti dei quali potenzialmente pericolosi.

Com'era inevitabile e giusto, non è stata scelta né la casualità assoluta né la selezione «eugenetica». La medicina si è mantenuta prudentemente equidistante tra queste due posizioni, scegliendo la strada di fare il possibile per evitare gli handicap caratterizzati insieme da gravità e frequenza e che possono essere previsti con mezzi semplici e poco costosi.

In pratica, le banche del seme hanno cercato, nella lista delle malattie genetiche, quelle che apparivano come le più frequenti e le più gravi, elaborando via via nuovi elenchi sulla base dell'esperienza e della casistica.

Poiché l'età del padre interferisce con la frequenza di mutazioni dominanti, è stato posto un limite d'età per i donatori, limite che varia – nei vari centri – tra i 45 e i 55 anni. Tutti i candidati sono poi sottoposti ad accertamenti genetici: la mappa cromosomica permette di riconoscere i soggetti portatori di anomalie maggiori equilibrate (traslocazioni, inversioni, delezioni) e di scartarli. La raccolta di un'anamnesi personale e familiare particolareggiata consente poi un'ulteriore selezione, che tiene conto di una lista comprendente a cause specifiche di esclusione e a fattori cumulativi di rischio. Le cause di esclusione sono quelle che riguardano tutte le malattie che avrebbero molte probabilità di comparire nel bambino, con carattere dominante o recessivo; i

fattori cumulativi di rischio sono quelli che, per manifestarsi nel figlio, debbono essere presenti anche nella madre. Alla fine di queste indagini, circa il 5% dei candidati viene rifiutato, mentre vengono accettati sub-condizione quelli con fattori cumulativi di rischio (sono quasi il 25%) il cui seme può essere donato solo alle donne che non presentano un rischio analogo.

Un primo spermogramma viene eseguito contemporaneamente al primo colloquio e un secondo dopo circa un mese. Il seme viene sottoposto a tutte le indagini che oggi il laboratorio consente e i criteri di normalità che vengono applicati sono più severi di quelli che vengono generalmente accettati in medicina, poiché si deve considerare il fatto che quel seme dovrà essere congelato, e perderà pertanto una parte della sua fertilità.

Vengono poi eseguiti esami riguardanti una possibile patologia ereditaria (mappa cromosomica, ricerca di segni di anemia mediterranea, di favismo e di emofilia) e relativi all'esistenza di una serie di malattie infettive (AIDS, epatite, sifilide, infezioni da gonococco, clamidia, herpes, trichomonas, candida, gardnerella, infezioni virali) trasmissibili sessualmente.

L'ultimo atto di questa selezione consiste in un colloquio nel quale si spiegano al candidato le regole fondamentali su cui si basa la donazione del

seme e lo s'interroga sulle motivazioni che lo hanno spinto a candidarsi.

Le regole che sono state accettate dalla maggior parte delle banche del seme sono: che il dono è gratuito, come la donazione di organi e di sangue; che è anonimo, nel senso che la coppia non saprà mai da chi proviene il seme e il donatore non avrà mai informazioni su come il suo seme sia stato utilizzato; che il rapporto tra la banca e il donatore cesserà automaticamente dopo un certo numero di donazioni o dopo la nascita di un certo numero di bambini (in genere 5 o 6) in famiglie diverse.

Credo che sia bene che io mi fermi un po' a esaminare questo problema dei bambini nati dallo stesso donatore, se non altro per sfatare la leggenda, messa in giro non so da chi, ma spesso ripetuta persino da autorevoli principi della Chiesa, di un drammatico aumento del rischio di rapporti incestuosi inconsapevoli. A parte il fatto che se i rapporti incestuosi sono inconsapevoli non ci può essere, come conseguenza, alcun problema morale ma, semmai, qualche rischio genetico in più, il rischio di un tale incontro è effettivamente molto, molto modesto, certamente inferiore a quello che si può calcolare (come sfavorevole evento genetico) per le popolazioni delle valli e delle piccole isole. Nella Tavola 43 il rischio percentuale di questo incontro tra «fratellastri» è stato

calcolato per due differenti variabili: il numero di figli per donatore e il numero di persone che appartengono alla popolazione della quale gli inconsapevoli fratelli fanno parte. Perché questo numero sia reale, naturalmente, deve tener conto di una precisa classe di età (per i soggetti a rischio che abbiano 25 anni, quella tra i 20 e i 30 anni) e di una serie di altre discriminanti (per esempio, l'appartenenza allo stesso gruppo etnico o alla stessa condizione socioculturale).

Come si può vedere il rischio è superiore all'1% se lo stesso donatore ha avuto 10 figli (5 maschi e 5 femmine) che 'nuotano nella stessa vasca sociale' in una città di 100 abitanti.

TAVOLA 43

Rischio di rapporti incestuosi tra i figli dello stesso donatore di seme espresso in percentuali

Numero dei figli per donatore	Numero di persone che appartengono alla popolazione della quale i figli dello stesso donatore fanno parte e che sono a rischio d'incontro					
	100	200	400	1000	2000	20.000
2	0,12	0,03	0,0075	0,001 2	0,0003	0,0000 03
4	0,32	0,08	0,0200	0,003 2	0,0008	0,0000 08
10	1,40	0,35	0,0875	0,014	0,0035	0,0000 35

20		1,20	0,3000	0,048	0,0120	0,0001 20
50			1,6750	0,270	0,0675	0,0006 75
100				1,040	0,2600	0,0026 00
200					1,0200	0,0102 00

Se questo è, dunque, il rischio d'incontro e se si tiene conto del fatto che le probabilità che un figlio eventualmente nato da questo incontro sia affetto da una malattia genetica sono 1/10 dei numeri riportati nella tavola, faccio fatica a capire le ragioni di questo accanimento.

E l'eugenetica?

Quasi tutte le persone che si offrono di donare il seme, richieste di spiegare le proprie motivazioni, trovano molto difficile esprimere i propri sentimenti e parlano in modo generico di solidarietà e di altruismo. In effetti il significato di questa scelta può essere molto complesso, e le analisi psicologiche eseguite su alcuni donatori hanno messo in evidenza molte e differenti motivazioni. Quello che interessa al medico e al centro, e che deve emergere in questi colloqui preliminari, è che il donatore viva questa scelta senza contraddizioni e senza sofferenze, nel modo più semplice possibile. Viaggi di «turismo psicologico» nel suo inconscio non sono possibili,

ne sarebbero utili, come, del resto, non vengono suggeriti nemmeno per i donatori di sangue, tra i quali si reclutano molti donatori di seme, cosa non priva d'interesse.

L'ultimo atto di questa selezione, riguarda la necessità di registrare le caratteristiche fisiche del donatore: colore della pelle, degli occhi, dei capelli, altezza, corporatura, forma del volto. Di queste caratteristiche, come del gruppo sanguigno, si terrà conto per cercare di selezionare un donatore che sia il più possibile «compatibile» con la coppia. Nessun riferimento, invece (sarebbe stupido e inutile), alle condizioni sociali, al livello di educazione raggiunto, al carattere e agli hobbies.

Ricordo che ci fu una grande pubblicità agli inizi degli anni '80, nei riguardi di una banca del seme di San Diego (California) che era stata voluta da un anziano vincitore di un premio Nobel (ottenuto per l'invenzione del transistor) e che doveva reclutare donatori soprattutto tra i Nobel. Per fortuna, la banca non fu mai presa sul serio e l'idea di questa trasmissione diretta dell'intelligenza fu considerata per quello che era, una boutade. Giovò molto alla comprensione popolare del problema, il rilievo di un endocrinologo che esaminò la lunga lista dei vincitori di Nobel e dimostrò che nessuno o quasi nessuno dei loro figli aveva meritato di portare il nome di famiglia; meglio dunque sarebbe stato,

concludeva l'endocrinologo, organizzare una banca del seme utilizzando come donatori i padri dei premi Nobel.

È quindi molto più logica e semplice la regola che quasi tutte le banche del seme hanno scelto, quella cioè di richiedere ai donatori solo il requisito di una normale scolarità.

Le ovodonazioni

Nelle donne la fertilità comincia a diminuire già molti anni prima dell'arrivo della menopausa. Nelle popolazioni che, soprattutto per ragioni religiose, non usano alcun tipo di contraccezione, l'età media dell'ultima gravidanza è di poco superiore ai 40 anni. Il fatto che, nella fase di transizione verso la menopausa (che inizia anche molti anni prima dell'arresto definitivo dei flussi mestruali) i cicli mestruali siano ancora prevalentemente regolari e molto spesso ovulatori non è assolutamente garanzia di fertilità, perché in quel periodo della vita la capacità degli oociti di «costruire» un embrione normale e poi di consentire lo sviluppo di un bambino sano e vitale è percentualmente molto bassa.

L'età biologica e l'età sociale delle donne

In effetti, quanto bassa sia questa possibilità lo si sa poco, anche se lo si può dedurre da alcuni dati epidemiologici. Nel 10% delle donne di oltre 50 anni che sono in menopausa da oltre un anno,

le ovaie contengono ancora un discreto numero di follicoli apparentemente normali. Eppure, il numero di donne ultracinquantenni che partoriscono ogni anno è molto piccolo (50 circa in Inghilterra) e nella maggior parte dei Paesi europei solo lo 0,1% dei parti riguarda donne di oltre 44 anni. Non si tratta, tra l'altro, di scarso interesse per la maternità, visto che la richiesta di un figlio si sposta progressivamente verso fasce d'età sempre più avanzate; la percentuale di primipare attempate sta aumentando e, addirittura, negli Stati Uniti si prevede che entro il 2000 il 10% dei bambini nascerà da donne di età compresa tra i 35 e i 49 anni.

Dobbiamo quindi accettare il fatto che nella nostra specie – già complessivamente così poco fertile – la fertilità è appena discreta nelle donne più giovani e poi diminuisce progressivamente fino a diventare modesta dopo i 40 anni e occasionale dopo i 45. Il fatto che tutti noi conosciamo o abbiamo conosciuto una o più donne che hanno avuto figli in età avanzata (mia nonna ha avuto il suo ultimo figlio quando già si avvicinava ai 50 anni) non significa niente, perché la natura gioca su molti tavoli e su grandi numeri e «poche probabilità» non è la stessa cosa di «nessuna probabilità». Quanto in effetti sia difficile trovare, dopo una certa età, uova biologicamente normali, lo dice la fecondazione assistita, i cui risultati sono pessimi dopo i 40 anni e nulli o quasi dopo i 43.

Fase di transizione, menopausa e menopausa precoce

Ho parlato sin qui come se fosse sempre possibile sapere, per una donna, che è iniziata quella fase irreversibile della vita riproduttiva che i medici chiamano transizione verso la menopausa, caratterizzata da valori plasmatici di FSH più alti, cicli un po' irregolari, ovulazione non sempre presente, fertilità progressivamente ridotta. Questo sarebbe vero se tutte le donne andassero in menopausa esattamente a 51 anni: potremmo calcolare, in questo caso, quanti anni prima cominciare a preoccuparci e addirittura stabilire, per ogni anno, le probabilità di concepire. Ma la menopausa è un fenomeno biologico che segue le leggi statistiche di quasi tutti i fenomeni biologici. È vero che l'età normale della menopausa è di 51 anni, ma se mettiamo in fila tutte le donne che sono andate in menopausa a 40, e poi a 41 e così via fino ai 60 anni, otteniamo una curva fatta come una campana che ha il suo punto più alto ai 51 anni, in corrispondenza appunto della cosiddetta normalità. Questa distribuzione «gaussiana» dell'età della menopausa ci illumina sulla casualità di questo evento, che deve essere considerato fisiologico anche se si verifica alcuni anni prima e alcuni anni dopo di quei famosi 51 anni, età che si caratterizza solo perché è quella in cui il maggior numero di donne smette di mestruare nello stesso modo in cui, se l'altezza degli uomini di un certo

Paese è di 177 cm, non si debbono considerare patologiche le altezze di 176 e 178, di 175 e 179 e così via).

Ma se menopausa significa esaurimento totale e definitivo del patrimonio follicolare ovarico e se la grande maggioranza delle donne va in menopausa tra i 45 e i 55 anni, non bisogna dimenticare che esiste una condizione, empiricamente e genericamente definita patologica, caratterizzata da un esaurimento follicolare molto più precoce.

Così, per varie ragioni (delle quali ho già detto in un precedente capitolo) una donna può entrare in «menopausa» (ci sono dubbi sull'opportunità di usare questo termine, che per molti dovrebbe essere sostituito da «esaurimento ovarico prematuro o precoce») in qualsiasi momento della sua vita, molti e molti anni prima di quanto le sembrava giusto e logico attendersi. È chiaro che, se a quel punto della sua vita avrà già avuto i figli che aveva programmato di avere, tutto il problema si potrà risolvere con un'adeguata terapia ormonale di sostituzione. Ma se non è così, allora è molto probabile che l'unica possibilità per lei di avere figli (una possibilità strana e particolare, che prelude a una maternità altrettanto particolare) consisterà nell'ovodonazione, cioè nell'utilizzazione di un oocita donato da un'altra donna.

Vediamo innanzitutto molto rapidamente due cose: chiediamoci se è possibile diagnosticare l'arrivo dell'esaurimento ovarico prima che il fenomeno sia diventato irreversibile; vediamo poi se è possibile, nella fase di transizione verso la menopausa, utilizzare il piccolo patrimonio follicolare residuo prima che sia troppo tardi.

Se sapessimo con certezza quali sono le cause della menopausa precoce, forse saremmo in grado di avvertire almeno un certo numero di donne che la loro vita fertile si sta esaurendo. Ma non è così, o è così solo in parte. In linea di massima, possiamo ritenere predisposte all'esaurimento ovarico prematuro le ragazze che hanno, nella famiglia d'origine, esempi di menopausa precoce, visto che si tratta, in molti casi, di una tendenza «familiare». Queste ragazze vanno anche informate del fatto che si tratta di una generica «tendenza»: che la mamma, o una zia, o una sorella siano andate in menopausa a 30 anni non significa assolutamente che esse avranno lo stesso destino: significa solo che c'è una probabilità che anche per loro il patrimonio follicolare si esaurisca prima del tempo, cosa che potrebbe accadere anche prima dei 30 anni o non accadere affatto. A parte il problema familiare, dovrebbero essere considerate a rischio anche le ragazze che hanno subito uno o, più ancora, numerosi interventi sulle ovaie, particolarmente se la causa degli interventi

è stata l'endometriosi, e quelle trattate con farmaci chemioterapici o con terapie radianti.

Sono persino riportate, nella letteratura, menopause precoci conseguite a interventi di resezione cuneiforme delle ovaia, interventi che vengono eseguiti per lo scopo opposto, cioè quello di garantire l'ovulatorietà. Se le amenorree primitive ovariche sanno ben presto di non avere alcuna fertilità residua (basta un dosaggio dell'FSH), la maggior parte delle amenorree secondarie sa di non avere problemi di sterilità, soprattutto se l'interruzione dei flussi si è verificata in età molto giovane ed è stata fatta diagnosi, sulla base di corretti esami ormonali, di amenorrea ipotalamica. È molto diverso il caso delle amenorree e persino delle irregolarità mestruali che si propongono per la prima volta in donne che hanno più di 24 anni, che fino a quel momento avevano mestruato con regolarità e che non possono mettere in rapporto la comparsa dei problemi mestruali con una delle cause di alterata funzione ipotalamica (diminuzione del peso; stress; attività fisica particolarmente intensa). In questi casi, consiglieri di dosare anche più di una volta l'FSH, scegliendo per il dosaggio momenti in cui non esistono possibilità d'interferenza tra gli ormoni ovarici e l'attività ipofisaria (un qualsiasi giorno del flusso mestruale, per esempio). Trovare l'FSH anche solo un po' alto deve far temere che l'ovaio abbia qualche problema. Il vantaggio di riconoscere questi primissimi momenti

d'ipergonadotropismo è certamente notevole: mancano infatti ancora anni (in genere almeno due o tre) alla menopausa, e c'è ancora modo (e tempo) di ottenere una gravidanza.

Accade sempre più spesso che donne in fase di transizione verso la menopausa chiedano di essere aiutate ad avere un figlio: accade a donne che scelgono di divenire madri in età avanzata; accade a donne più giovani, alle quali è stata fatta diagnosi di esaurimento ovarico e che cercano di giocare le proprie ultime carte; accade infine per caso, quando la diagnosi d'ipergonadotropinemia (cioè soprattutto di aumento dell'FSH) viene fatta nel corso di un trattamento per sterilità. Si può fare qualcosa per aiutare queste donne?

Lasciatemi dire subito che forse qualcosa si può fare almeno in alcuni casi – ma sempre con grandi difficoltà. È vero che c'è una fase - quella assolutamente iniziale – che consente una fertilità spontanea; è vero però anche che le donne che ricorrono al medico, lo fanno generalmente perché o quella fase l'hanno già superata, o hanno scoperto che c'è un secondo ostacolo alla loro fertilità.

Se la fase iniziale è stata superata, vuoi dire che sono cominciate le irregolarità mestruali e i cicli sono quasi sempre anovulatori. In queste circostanze, la possibilità di eseguire con successo una terapia d'induzione dell'ovulazione con gonadotropine è praticamente nulla, anche dopo i

vari (e non sempre logici) pretrattamenti proposti: con estroprogestinici; con estrogeni; con analoghi del GnRH.

Se esiste un ulteriore ostacolo alla fertilità (un problema meccanico, per esempio, o un problema del marito) la soluzione dovrebbe essere quella di ricorrere a una fecondazione assistita: soluzione teorica, molto difficile da attuare, perché le fecondazioni assistite esigono un'ovulazione multipla, cosa praticamente impossibile da ottenere da una donna che ha già un FSH elevato.

Ecco dunque che per un certo numero di donne (amenorree ovariche primitive, disgenesie ovariche, menopausa precoci) l'unica soluzione possibile per avere un figlio è quella della donazione di oociti.

Donazioni a donne fertili

Esistono però altre circostanze nelle quali una donna si trova, pur essendo fertile, a non volere o a non potere disporre delle proprie uova. Pensate per esempio a donne che sanno di essere portatrici di malattie ereditarie che possono trasmettersi ai figli; o a donne trattate con farmaci potenzialmente capaci di modificare il patrimonio genetico delle cellule uovo; ai casi di «bacino congelato», cioè di una condizione multiaderenziale che potrebbe rendere pericoloso il prelievo degli oociti; o i casi in cui non è stato possibile, nelle numerose prove eseguite, ottenere

una feertilizzazione in vitro degli oociti; o, infine, quando esistano anticorpi antiovaio che non si riesce a rimuovere. È vero che non tutte queste circostanze sono indicazioni assolute per un'ovodonazione: è possibile che le conseguenze di una chemioterapia recedano; una condizione ereditaria può essere affrontata in modo diverso, utilizzando per esempio le attuali tecniche di diagnosi pre-impianto; è impossibile dire dopo quanti fallimenti delle feertilizzazioni in vitro si debbano abbandonare le speranze. Resta il fatto che molte richieste di ovodonazione vengono da casi clinici simili a quelli che ho descritto e che queste richieste possono essere discusse, ma non respinte.

La possibilità di eseguire con successo un'ovodonazione è stata sperimentata nei primati, per la prima volta, da Hodgen, nel 1983; l'anno successivo venne pubblicato il primo successo in campo umano e, l'autore della pubblicazione fu Lutjen. In qualche modo, questi risultati non furono tanto sorprendenti, quanto inattesi. La maggior parte dei biologi della riproduzione, infatti, pensava (o temeva) che l'ovodonazione avrebbe prospettato qualche problema di tipo immunitario (immaginava, cioè, che la donna avrebbe potuto creare anticorpi nei confronti di un prodotto di concepimento che le era, geneticamente, totalmente estraneo) e che di conseguenza l'elaborazione di una tecnica di

ovodonazione avrebbe comportato fasi progressive e metodi più complessi.

La richiesta di ovodonazioni è stata elevata fin dal primo momento ed è in continuo aumento. All'inizio, la quasi totalità delle richieste veniva da pazienti che soffrivano di menopausa precoce o avevano tentato inutilmente, per varie volte, una fecondazione in vitro. Quasi inevitabilmente cominciarono a presentarsi agli ambulatori medici donne che non potevano certo lamentare la «prematività» della propria menopausa; donne di età progressivamente sempre più avanzata, che venivano a chiedere al medico di essere trattate e che non accettavano facilmente di essere mandate via.

Scegliere di avere un figlio utilizzando il patrimonio genetico di una donna estranea può non essere facile. Il desiderio di maternità (o di genitorialità) che sta dietro alla scelta deve essere in effetti fortissimo, tanto forte da poter vincere paure, fantasmi, angosce. Per alcune delle coppie che si presentano le motivazioni della richiesta sono quasi troppo ovvie.

Dimentichiamo per un attimo le richieste meno straordinarie, quelle che vengono da donne sorprese da una menopausa precoce quando ancora non avevano cercato di avere un figlio; deluse da cicli e cicli di trattamenti falliti; o giunte al matrimonio dopo un'intera vita trascorsa a ragionare con se stesse della propria condanna alla sterilità, condanna genetica o comunque

congenita, alla quale non si sono mai veramente rassegnate; per tutte queste donne, l'«anomalia», la «bizzarria» consiste nell'aver deciso di assegnare al concetto di maternità un valore diverso da quello deciso dalla società. Tornerò su questo punto, anche perché voglio cercare di capire meglio dove stanno queste anomalie e queste bizzarrie, che io non riesco a vedere.

Indagini preliminari

Una volta stabilito che esistono le indicazioni per un'ovodonazione, è necessario accertare preliminarmente lo stato di perfetta salute della donna che la richiede. Questo problema è, sì, particolarmente importante nelle donne che hanno superato una certa età, ma deve essere comunque e sempre al centro dell'attenzione del medico. È anzitutto necessario verificare l'esistenza di un utero normale e normalmente capace, almeno nella prospettiva, di portare a termine la gravidanza; a questo scopo, in genere, si eseguono esami ecografici pelvici e isteroscopie. È possibile che esistano condizioni di patologia che possono essere corrette (polipi da togliere, fibromi da asportare); il problema più difficile è quello posto dai casi in cui la gravidanza è con ogni probabilità (quindi non con certezza) condannata a interrompersi prima che il bambino raggiunga un periodo adatto alla vita autonoma. In questi casi, il mio parere è generalmente quello di rinunciare all'ovodonazione; è vero che è molto più

importante l'età dell'uovo (cioè che l'uovo provenga da donna giovane) della condizione dell'utero, ma anche a questo c'è un limite e bisogna cercare di far capire alla coppia che un'ovodonazione non viene fatta per avere una gravidanza, ma per avere un figlio, e possibilmente per avere un figlio sano.

Gli altri esami necessari riguardano, naturalmente, la salute generale, con attenzione alle malattie che possono risultare particolarmente pericolose in gravidanza (diabete, ipertensione, obesità, cardiopatie, nefropatie). E comunque possibile, e in effetti accade spesso, che alla fine delle indagini si sia in grado di stabilire che, in quel particolare caso, una gravidanza comporterebbe un certo tipo di rischio.

Mi limito ad un solo esempio. Negli Stati Uniti, alla fine del 2002 erano nati circa 200 bambini da ovodonazioni eseguite a donne affette da sindrome di Turner, una delle più comuni forme di disgenesia ovarica che si associa, in un certo numero di casi, ad altre forme di patologia congenita. Ebbene 4 di queste 200 donne sono morte durante la gravidanza per una dissezione o una rottura aortica. Solo la metà di queste pazienti era stata sottoposta ad indagini cardiologiche, mentre sarebbe indispensabile eseguire in tutti i casi una MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) per valutare la morfologia aortica (M. F. Karnis *Fertility and Sterility*, 2003,80,498).

È intervenuta su questo argomento anche *l'American Society for Reproductive Medicine* che ha ribadito che le donne affette da sindrome di Turner dovrebbero eseguire controlli cardiologici abituali e che questi controlli dovrebbero comprendere radiografie del torace, ecocardiografie ed eventualmente una RMN in caso di ecocardiografia anormale. In ogni caso il rischio di dissezione o rottura dell'aorta nel caso di gravidanza per ovodonazione potrebbe essere superiore al 2% e si potrebbe verificare anche in assenza di una evidente dilatazione. La sindrome di Turner deve essere considerata come una controindicazione alla gravidanza, soprattutto per il notevole aumento del rischio di morte (vicino al 100%).

E' molto difficile stabilire a chi spetta la responsabilità ultima della scelta, se al medico, alla donna o alla coppia. Ebbene, ci sono circostanze nelle quali sembra di poter raggiungere la certezza (il che in medicina è già evento straordinario) che un'eventuale gravidanza sarebbe una catastrofe. Ma questa è certamente l'eccezione. Negli altri casi ritengo che il dovere del medico sia quello di essere esplicito e chiaro, anche se la scelta finale, quella cioè di correre o di non correre il rischio, spetta alla paziente. Credo che ognuno di noi, in circostanze diverse, debba poter esercitare questo diritto; lo facciamo quando decidiamo di rischiare la nostra vita per salvare quella di un altro, o anche per ragioni molto più banali, come un'impresa

sportiva; non credo che qualcuno possa negarci il diritto di mettere a repentaglio la nostra salute, o anche qualcosa di più, se è in gioco la felicità nostra e della persona che amiamo, la qualità della nostra vita, la nostra capacità e il nostro desiderio di continuare.

Le indagini sulla fertilità del compagno possono presentare un nuovo problema; in effetti, almeno nella maggior parte dei casi, visto che l'ovodonazione comporta una fertilizzazione in vitro, il seme risulta sufficiente e adeguato. Nei casi in cui non lo sia, è possibile che si prospettino due strade: una terapia andrologica, se il marito è giovane e la situazione clinica lo consente, una donazione di pre-embrioni, se la terapia non è possibile o indicata.

Protocolli d'indagine da utilizzare nel caso di donazioni di oociti ne sono stati proposti molti, alcuni dei quali così complessi e sofisticati da risultare, in pratica, inapplicabili. Personalmente consiglio le linee guida dell'ASRM, che mi sembrano insieme rigorose e relativamente semplici

Donatrici conosciute e donatrici anonime

Le donne che chiedono una donazione di oociti fanno già, quando si presentano ai centri, che le uova possono avere due differenti origini. La prima è quella dell'uovo donato, come atto oblativo, in segno di amicizia o di affetto, da un'amica o da una parente, comunque da una

persona conosciuta. La seconda è quella della donazione da parte di una sconosciuta.

Le donatrici, conosciute e non, debbono naturalmente rispondere ad alcuni requisiti: essere giovani (il limite di età è situato intorno ai 34-35 anni) in modo da poter donare uova che presentino bassi rischi genetici e buone possibilità di fertilizzazione; essere sane, e in particolare non essere portatrici di malattie che potrebbero trasmettersi al prodotto del concepimento; conoscere alla perfezione le seccature che si accingono a vivere.

Le donatrici conosciute debbono essere sottoposte a trattamenti di stimolazione ovarica per aumentare il numero di uova prelevabili: ciò in quanto le probabilità di successo con un unico oocita sono molto basse. Queste donne debbono quindi accettare il rischio del trattamento (o, più spesso, dei trattamenti) farmacologico e delle possibili complicazioni che ne derivano e debbono sapere che il prelievo degli oociti è traumatico e comporta, oltre a un'anestesia o un'analgesia, anche un'aspirazione diretta dei follicoli per via vaginale o laparoscopica.

Anche se personalmente preferisco di gran lunga le donazioni da donne sconosciute, non posso nascondere che anche per queste i problemi da risolvere non sono né pochi, né piccoli.

In teoria, le uova per le donazioni si possono ottenere in numerose circostanze: interventi di sterilizzazione, laparoscopie, interventi di chirurgia pelvica in donne in età riproduttiva. Nella maggior parte dei casi, però, si tratta di programmi di fecondazione assistita, nei quali sono state ottenute più uova di quelle necessarie.

Le donatrici vengono generalmente scelte tra candidate che abbiano superato una serie di controlli relativi alla salute psicologica e fisica; non debbono superare i 35 anni d'età, nè essere portatrici di malattie che potrebbero trasmettersi al prodotto del concepimento. La disponibilità a donare gli oociti sovrannumerari viene generalmente richiesta alle pazienti che iniziano un trattamento di fecondazione assistita e ai loro partner. Se questa disponibilità esiste, si procede all'esecuzione degli esami ritenuti utili, secondo un protocollo per molti versi simile a quelli consigliati per i donatori di seme.

Se si sceglie la soluzione di acquistare gameti, eseguiti gli accertamenti necessari per escludere l'esistenza di controindicazioni, si debbono utilizzare tecniche di induzione dell'ovulazione multipla che consentono di ottenere un certo numero di oociti – quanti esattamente immagino che sia anche materia di discussione tra medico e donatrice – tenendo conto del fatto che le stimolazioni più energiche comportano anche un rischio di iperstimolazione ovarica, tanto maggiore quanto più giovani sono le donne stimulate.

L'argomento non è oggetto né di valutazioni né di discussioni e non se ne fa cenno nella letteratura, nella quale invece esistono riferimenti a confronti tra differenti tecniche di stimolazione, che fanno immaginare che queste occasioni siano sfruttate anche per cercare di approfondire specifici problemi clinici. Ad esempio D. Bodri (*Human Reproduction*, 2006, 21, 2246) ha messo a confronto due differenti protocolli, nei quali ha utilizzato un agonista e un antagonista del GnRH senza ottenere significative differenze per quanto riguarda il numero di oociti prelevati e la qualità degli embrioni successivamente prodotti. Immagino che questo studio non avesse alcun interesse per le donne trattate e sarebbe interessante sapere quale tipo di consenso è stato ottenuto da loro. È però vero che queste circostanze – stimolare la produzione di molti oociti in una donna, fertilizzare questi oociti con spermatozoi di individui diversi e trasferire gli embrioni ottenuti in uteri di altre donne – potrebbero rivelarsi utili per risolvere alcuni problemi che oggi sono oggetto di dibattito, quale quello della qualità degli oociti in rapporto al numero prodotto in un ciclo di stimolazione.

Ottenuti gli oociti, è necessario stabilire il loro destino, cioè quanti ne debbono essere utilizzati per ogni paziente e a quante donne si possono trasferire embrioni che hanno origine dalla stessa popolazione di oociti. Anche su questi temi non ci sono informazioni ufficiali, come si sa poco sui

criteri in base ai quali si stabilisce che una certa donatrice è adatta a una certa donna, alla scelta eventuale di crioconservare alcuni embrioni, sulla possibilità di utilizzare la stessa donatrice per un eventuale secondo figlio, sul numero massimo di donazioni che possono essere eseguite con gli oociti della stessa donna, tutti argomenti di non scarso rilievo.

Mentre è in continuo aumento il numero delle donne che chiedono un'ovodonazione, è in calo quello delle donatrici. Ciò è certamente dovuto alla sempre maggiore frequenza con la quale gli oociti in sovrannumero vengono fertilizzati e i pre-embrioni congelati. Per molte donne, dichiarare la propria disponibilità a donare alcune uova rappresenta quindi un atto di reale generosità, visto che grazie al congelamento dei pre-embrioni possono utilizzare tutte le uova «per sé», essendo praticamente eliminato il concetto di «uova inutili». Diviene quindi sempre più difficile non soltanto cercare di offrire uova provenienti da donne i cui caratteri somatici non differiscano troppo da quelli della ricevente e che non creino problemi d'incompatibilità di gruppo sanguigno e di Rh, ma trovare uova in assoluto.

Anche se la maggior parte dei comitati etici ritiene che le donatrici non debbano essere pagate, molti centri hanno deciso di offrire un compenso. Inutile parlare dell'Italia, visto che l'attuale legislazione vieta ogni donazione. Negli Stati Uniti, i compensi possono variare dai 500 ai

20.000 dollari. In alcuni casi si tratta di pagamenti in denaro, in altri di offerte di cicli gratuiti di fecondazione assistita o di altrettanto gratuiti interventi di sterilizzazione. Per evitare di dover acquistare le uova e per mantenersi fedeli alla scelta dell'anonimato, alcuni centri hanno tentato una via alternativa, chiedendo alle donne in lista per un'ovodonazione di cercare una donatrice personale tra le parenti e le amiche. Le uova di questa donatrice non sono destinate alla parente (o all'amica), ma a una sconosciuta; il vantaggio per la richiedente è che così potrà ricevere gratuitamente le uova da un'altra «donatrice oblativa», naturalmente sconosciuta. In modo analogo si cerca di stimolare anche i donatori di sangue: so che un mio amico ne ha bisogno, so che il suo gruppo è diverso dal mio, dono comunque il mio sangue a un altro che lo riceverà nel segno della solidarietà tra me e il mio amico e mi aspetto, dalla sua cerchia di amici, un gesto analogo.

G. Perrings (*Human Reproduction*, 2005, 20, 2990), un medico che opera in Belgio, ha proposto un metodo (IME: Indirect Mirror Exchange) che dovrebbe funzionare così, il partner fertile di una coppia che richiede una donazione di gameti mette a disposizione i suoi (oociti o spermatozoi che siano) per una donazione; questi gameti vengono assegnati ad altre coppie, secondo un ordine stabilito da una lista d'attesa che riguarda, in ogni singolo centro, tutte le richieste di donazione. In

compenso, la coppia che dona riceve una sorta di 'bonus' che la fa progredire nella lista facendole guadagnare tempo.

Questa non è l'unica proposta che è stata fatta. L'aumento dei paesi che vietano l'anonimato ha fatto diminuire il numero dei donatori un po' ovunque (molti temono l'approvazione di leggi retroattive) e l'atteggiamento nei confronti della compra-vendita di gameti non è certamente tenero. L'idea che dovrebbe prevalere è quella di tornare a comportamenti basati sulla solidarietà, come del resto era in Italia prima del divieto.

Penso di poter essere considerato un uomo 'informato dei fatti' che hanno a che fare con la procreazione assistita e con le sue tecniche: vedo molti pazienti, parlo con molti medici, frequento molti congressi. Ciò significa che è per lo meno atipico che mi sfuggano i comportamenti atipici, quelli che fanno aggrottare le sopracciglia e che suscitano malessere anche nelle persone abituate al peggio. Ebbene, non ho mai sentito dire che in Italia la donazione di oociti sia stata in realtà un falso dono, e che in realtà almeno alcune delle donatrici siano state remunerate per il loro gesto. Quando questa tecnica non era ancora illegale, alle donne che si erano sottoposte a fecondazioni in vitro e che avevano prodotto un surplus di oociti (ai quali, per varie ragioni, avevano deciso di non fare più ricorso), veniva chiesto dai medici di donarli ad altre donne sterili. Alcune di queste donne rifiutavano, altre accettavano, ma quello che è più

importante è che quelle che acconsentivano lo facevamo come gesto di solidarietà, un gesto oblativo che, a mio avviso, avrebbe dovuto essere apprezzato molto di più di quanto in realtà sia accaduto.

Oggi, le nostre coppie che si recano in Spagna (o altrove, sto solo facendo un esempio) per trovar rimedio a una sterilità da esaurimento ovarico, sanno che gli oociti li dovranno comprare, generalmente da studentesse universitarie molto giovani, e che i costi saranno piuttosto salati. Questo, è ovvio, è un fatto moralmente eccipibile, che ha scatenato una moltitudine di critiche e di dissensi e del quale conviene parlare.

Prima di ogni altra cosa sono andato su Internet per cercar di capire se veramente esiste un mercato di oociti. Esiste, ed è anche piuttosto spudorato. Ho scelto a caso uno dei siti che fanno propaganda a questo commercio (www.centerforhumanreprod.com/egg_donors) e ho scoperto, per prima cosa, che la vendita di oociti viene promossa insieme alla maternità surrogata. Per 'l' affitto del grembo' il centro può contare su un notevole numero di volontarie, che vengono selezionate in base ad alcuni specifici requisiti: debbono risiedere in California (che è la sede del centro), essere in condizioni di salute eccellente, avere alle spalle una normale storia riproduttiva e non aver mai sofferto di malattie sessualmente trasmesse. Inoltre queste donne debbono avere almeno un figlio e debbono essere sposate a un

uomo che approva la loro 'vocazione'. La loro disponibilità può riguardare sia una maternità surrogata gestazionale (nella quale l'embrione è prodotto da una coppia estranea con una fecondazione in vitro), sia a una maternità surrogata tradizionale (nella quale oltre ad affittare il proprio grembo donano una delle loro uova, con il ricorso ad una semplice inseminazione).

Per quanto riguarda la donazione di oociti, il centro asserisce di selezionare (in un modo non precisato) ragazze che hanno caratteristiche fisiche e mentali simili a quelle della richiedente. La lunga lista di volontarie comprende solo ragazze di età compresa tra i 20 e i 29 anni, colte e intelligenti, con un ottimo curriculum di studi, naturalmente in buona salute e senza alcun precedente anamnestico che possa risultare pericoloso per la futura gestante e per il bambino. La relazione tra queste donne e la coppia dei richiedenti può essere aperta, parzialmente aperta o basata sull'anonimato. Il centro ha anche un programma particolare, definito come EDP (*Extraordinary Donor Program*) che offre uova di ragazze diplomate o laureate che hanno conseguito risultati particolarmente buoni in test scolastici come il SAT (*Scholastic Assessment Test*), o il GPA (*Grade Point Average*). Il compenso per queste donatrici è naturalmente molto elevato (almeno 5.00 dollari) con qualche brutta sorpresa dovuta al fatto che alcune di queste donatrici straordinarie stabiliscono personalmente il proprio compenso.

Il problema si è ulteriormente complicato perché la richiesta di oociti non arriva più soltanto dalle coppie sterili, ma anche dagli scienziati che fanno ricerca sulle tecniche di trasferimento nucleare e che intendono produrre cellule staminali da embrioni ottenuti mediante il trasferimento di un nucleo diploide (prelevato da una qualsiasi cellula somatica) in un oocita privato del nucleo. Le cellule staminali ottenute con questa tecnica dovrebbero avere il vantaggio di essere compatibili con il donatore del nucleo diploide, con il quale condividerebbero il genoma.

Nel settembre del 2005, presso la Fondazione Heinrich Böll di Berlino ha avuto luogo un convegno intitolato 'Commodification and Commercialisation of Women's Bodies in Reproductive Technologies: Perspectives for Feminist Intervention'. La prolusione (*Transforming 'Waste' into 'Resource': From Women Eggs to Economics for Women*) è stata letta da Sarah Sexton che ha descritto il problema dello sfruttamento delle donne dei Paesi più poveri, costrette dal bisogno a vendere per pochi denari i propri costosi gameti. In realtà, la compravendita degli oociti segue, nel mondo, le regole più diverse. Se negli Stati Uniti le cellule uovo di una supermodella possono raggiungere prezzi incredibili (fino a 100.000 dollari e oltre), in Inghilterra il commercio di oociti e di spermatozoi è stato a lungo vietato e donatori e donatrici non potevano ricevere più di 15 sterline per ogni prelievo. Dal 2000 i centri inglesi sono però

autorizzati a ridurre i costi delle PMA alle donne che si dichiarano disponibili a donare i propri oociti soprannumerari e dal 2005 l'HFEA (*Human Fertilisation and Embriology Act*) ha portato a 500 sterline il costo minimo di una donazione, una cifra che dovrebbe servire da rimborso per le spese sostenute e per il mancato guadagno e che comunque non può in nessun caso superare le 1000 sterline.

Del tutto diversa era, almeno fino a non molto tempo fa, la situazione della Romania, un Paese nel quale le donatrici ricevevano tra 100 e 150 euro per oociti che poi venivano fatti pagare più di 6000 euro alle coppie. Questo guadagno, evidentemente modesto, era però sufficiente ad attrarre numerose giovani donne, che oltretutte pagavano in molte circostanze un alto prezzo in termini di salute, almeno se si tiene conto del numero di incidenti che la stimolazione ovarica e il prelievo degli oociti sembrano aver determinato in quel Paese. A dire il vero, se si considerano i dati della letteratura, le complicazioni dovute a questi trattamenti dovrebbero essere minime e, a parte ciò, le attenzioni e le cautele nei confronti delle donatrici dovrebbero essere del tutto particolari: sembra dunque possibile che, almeno in alcuni Paesi, si associno una scarsa competenza dei medici a un vero e proprio sfruttamento delle donatrici, iperstimolate a bella posta o sottoposte a stimolazioni troppo frequenti.

Questi avvenimenti non sono passati sotto silenzio. B.C.Heng. dell'Università di Singapore, a pubblicato un articolo intitolato *Ethical issues in transnational 'mail order' oocyte donation* (*International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006,95,302) nel quale ricorda gli sviluppi del turismo procreativo nato agli esordi per sfuggire alle leggi restrittive del proprio Paese e divenuto nel tempo un metodo per acquistare gameti a buon mercato o trovare centri per la cura della sterilità meno costosi. Heng descrive una ulteriore evoluzione di questa tendenza: si invia il seme congelato del partner, per posta, a una clinica straniera, nota per saper raccogliere oociti donati da giovani donne, la quale provvede a produrre uno o più embrioni; una volta prodotti, questi embrioni vengono congelati e, sempre per posta, rispediti al primo mittente per il trasferimento in utero.

I problemi morali che derivano da queste nuove 'strade della felicità' sono evidenti. Colpisce anzitutto lo sfruttamento delle giovani donne, molte delle quali vivono in Paesi poveri, che cercano vie alternative alla prostituzione per sopravvivere, mantenere la famiglia o pagarsi gli studi: i guadagni di queste ragazze, oltretutto, sono ridicoli, soprattutto se confrontati con i costi che le coppie debbono sostenere per il trattamento (150-300 dollari, contro 5000-10000). In secondo luogo, la responsabilità delle possibili complicazioni pesa tutta sui medici che eseguono la stimolazione ovarica e il prelievo, mentre il medico che organizza

questa complessa operazione resta al coperto. Infine, non è possibile stabilire su chi cadrebbe la responsabilità della nascita di un bambino portatore di una anomalia congenita o della comparsa di una malattia trasmessa dalla donatrice alla madre gestazionale.

Sono evidentemente necessarie linee guida internazionali che possano essere utilizzate per regolare questa materia, in Europa e nel mondo. Ciò rinnova una antica polemica che riguarda la donazione di organi: può essere vietata? E come? Secondo alcuni sociologi, le autorità governative dovrebbero intervenire alla radice del problema, vietando le vendite; secondo altri, dovrebbero essere puniti solo gli acquirenti. Il problema è, insieme, morale e politico: in un Paese molto povero, o nel quale esistono grandi differenze di benessere nelle diverse classi sociali, è possibile immaginare condizioni di ingiustizia tali da mettere molti cittadini nelle condizioni di non poter sostenere in modo adeguato se stessi e la propria famiglia. In queste circostanze è difficile immaginare che uno Stato che non è in grado di proteggere le persone possa avere l'autorità di stabilire regole per i loro corpi. Un cittadino che, vendendo un rene, riesce a nutrire in modo adeguato i propri familiari, almeno per un adeguato periodo di tempo, ha diritto di disporre del proprio corpo, almeno fino al momento in cui non sarà la società stessa a farlo uscire da questa drammatica condizione di necessità. Secondo questa

interpretazione, sono dunque gli acquirenti del rene che debbono essere sanzionati, che è proprio la cosa che molti Paesi non vogliono fare. Il problema, semmai, è quello di considerare la vendita di oociti da parte di persone che non cercano l'indispensabile, ma il superfluo.

Le considerazioni sulla vendita degli oociti si sono imprevedibilmente estese alla loro donazione. Nel febbraio del 2007 l'HFEA ha autorizzato la donazione di oociti per la ricerca scientifica con un documento molto dettagliato nel quale motivazioni e svantaggi vengono descritti in modo esplicito e puntuale. Le donatrici debbono motivare le ragioni della loro scelta e possono essere compensate solo per le spese sostenute (limitatamente all'Inghilterra, non sono compresi i viaggi da altri Paesi) e per il mancato guadagno, entro limiti ben definiti e complessivamente modesti, non più di alcune centinaia di sterline. Non possono invece ricevere denaro per l' *inconveniency*, il disagio che hanno dovuto sopportare, malgrado il fatto che questa modalità di rimborso sia ammessa dalla EUTCD (*European Union Tissues and Cells Directive*).Il documento stabilisce poi regole molto puntuali che debbono consentire una completa informazione delle potenziali donatrici e una assoluta separazione tra i medici coinvolti nel trattamento e quelli dedicati alla ricerca. C'è anche, molto opportunamente, una norma che prevede particolare attenzione e straordinaria cautela nella

stimolazione ovarica, allo scopo di evitare ogni sorta di rischio.

Nell'aprile del 2007 un giornale inglese, l'*Observer*, ha pubblicato questa notizia in modo confuso e inesatto, facendo immaginare che l'Authority inglese avesse autorizzato la vendita di oociti. Senza neppure controllare la notizia, alcuni membri del CNB hanno immediatamente proposto una mozione di condanna. Demetrio Neri, uno dei membri storici del CNB si è opposto con molta decisione a questa iniziativa, interpretata ' come una sorta di segnale dell'intenzione di ridurre il CNB a una sorta di cassa di risonanza di battaglie politico-ideologiche programmate all'esterno ', cioè - ma questa è la mia personale interpretazione - da alcuni giornali cattolici e di area cattolica. Neri, in una lettera inviata al presidente del CNB, ha precisato alcuni dei contenuti fondamentali del documento in questione (*Donating eggs for research: safeguarding donors*), elaborato da una commissione presieduta da Lord Harries of Pentregarth dopo una consultazione pubblica. nella dichiarazione ufficiale (22 febbraio 2007) firmata da Angela McNab, Chief Executive dell'HFEA, si afferma che 'mai, nel corso dell'elaborazione di questo documento, abbiamo preso in esame la possibilità di consentire un compenso per la donazione di questi oociti'. Nel testo, la politica dell'Authority viene definita come *expense neutral*, il che significa che vengono rimborsate le spese e l'eventuale mancato guadagno fino a un massimo di

55 sterline al giorno e nel limite di 250 sterline per ogni ciclo di donazione. Questa decisione è in linea con quanto stabilito dalla Convenzione sui Diritti Umani e sulla Biomedicina, il cui Rapporto esplicativo (numero 132) recita: ' Questo articolo (il numero 21) non impedisce che una persona che viene sottoposta al prelievo di un organo o di un tessuto riceva un compenso che, mentre non ha il significato di un pagamento, rappresenta un equo rimborso per le spese sostenute e per l'eventuale rinuncia a un guadagno (ad esempio a causa di un periodo di ricovero in ospedale). Ricordo, per inciso, che l'articolo 21 è quello in cui si stabilisce che il corpo umano e le sue parti non possono rappresentare una fonte di guadagno. Nel documento è anche scritto, in modo molto esplicito, che la commissione non ha ritenuto coerente con il principio della donazione il rimborso delle *inconveniencies related to donation* (cioè delle seccature determinate dall'atto della donazione), che pure sono previste dall'articolo 12 della Direttiva 2004/23/EC, che si applica anche alle cellule riproduttive. Nelle circolari inviate dall'HFEA dopo l'approvazione del documento è scritto anche molto chiaramente che possono essere rimborsate solo le spese di viaggio sostenute all'interno della Gran Bretagna, cosa che dovrebbe tranquillizzare coloro che si dichiarano preoccupati per una possibile corsa alla 'donazione' delle donne dei paesi dell'Est.

Che in Europa esista una compravendita di gameti è noto da tempo, così come è noto che esiste uno sfruttamento delle donne più bisognose, delle quali viene venduto il corpo, non ci si limita certamente ai gameti. Che venga utilizzata questa decisione, assolutamente corretta sul piano etico, presa dalla Gran Bretagna, allo scopo di aprire una forte polemica (oltretutto da parte di una Istituzione come il CNB) deve essere considerato pretestuoso. E' evidente che ai membri del CNB che hanno presentato la mozione non interessano affatto le donne e i loro gameti : bersaglio di questo attacco è la ricerca sulle staminali embrionali, sempre nell'ottica della *dittatura dell'embrione* sotto il cui tallone siamo costretti a vivere.

Intanto emergono dalla letteratura medica nuove proposte :

- prelevare frammenti di tessuto ovarico e portare a maturazione, in vitro, gli oociti;
- utilizzare le ovaie di feti abortiti;
- produrre, in vitro, embrioni di sesso femminile e lasciarli crescere
- produrre oociti a partire da cellule staminali embrionali;
- produrre oociti con la tecnica dell'aploidizzazione;
- utilizzare gli oociti congelati che si stanno accumulando nei laboratori di alcuni Paesi..

Voglio ricordare, mi pare che questo sia il momento giusto per dirlo, che in Italia, prima dell'approvazione della legge 40, sono state fatte centinaia di ovodonazioni, e che non risulta a nessuno di noi che gli oociti siano stati oggetto di compravendita. E' uno dei pochi vanti della medicina della riproduzione di questo Paese, mi fa piacere sottolinearlo.

Nella nostra esperienza, la scelta di donare alcune delle proprie uova coinvolge quasi esclusivamente la donna; l'uomo viene certamente consultato, ma si adegua quasi sempre alla scelta della compagna e non sembra comunque molto coinvolto. Le donne che rifiutano di donare non vengono interrogate sulle loro motivazioni; qualche volta sono loro a voler essere ascoltate, chiarendo il perché della scelta, spesso motivata da generiche considerazioni morali («Sono sempre stata contraria»; «Non mi piacciono queste cose») o da un altrettanto generico timore di una futura reazione emotiva. Non viene mai tirata in ballo la religione, cosa comprensibile (riguarda anche, per esempio, il rifiuto del congelamento) trattandosi di persone che, avendo già fatto una scelta contraria alle leggi della Chiesa, ritengono che un richiamo a queste leggi, fatto proprio da loro, suonerebbe poco credibile.

Il segreto

Quasi tutte le coppie che accettano di dare o di ricevere oociti sono d'accordo perché venga mantenuto il segreto. In effetti non tutte le coppie sono veramente decise a nascondere la verità al bambino: alcune affermano che il problema dovrà essere affrontato più tardi; per altre non c'è ragione per non dirlo; la maggioranza si esprime per il silenzio.

Ho avuto qualche volta la sensazione che il dono di oociti venga molto sottovalutato da un certo numero di donne, per le quali il solo fatto veramente importante è che il bambino cresca nel loro grembo, venga da loro partorito. Alcune di queste, alla richiesta se pensano di dirlo o meno al figlio, rispondono: «Sì, certo, lo diremo, cosa c'è di strano?». Ma si riferiscono sempre alla fertilizzazione in vitro, non all'ovodonazione.

Alcune coppie chiedono se potrà accadere, un giorno, che si renda necessario per la salute del bambino, conoscere le caratteristiche genetiche della madre; poiché questo è teoricamente possibile e poiché il problema si pone nello stesso modo per le donazioni di seme, si sta cercando di trovare un modo semplice per mantenere un campione biologico della madre genetica per un possibile (anche se improbabile) futuro impiego.

Secondo alcuni sociologi, si potrebbe determinare in avvenire un contrasto per via di una certa dissociazione di comportamenti tra le madri educatrici (che potrebbero decidere di dire la verità al figlio in numero sempre maggiore, qualora diminuisse la critica sociale sull'ovodonazione) e le madri genetiche (che comunque potrebbero essere più coerenti con la scelta del segreto, che riveste anche connotazioni di maggior sicurezza economica e sociale). Ne potrebbe derivare una situazione a rischio, con molti figli che cercano madri che desiderano restare ignote. Non sono in grado di dare

un'opinione in materia; so solo che, per il momento, la scelta dell'anonimato da parte delle coppie che si rivolgono ai centri è quasi unanime e molto decisa.

Quasi tutte le pazienti che richiedono un'ovodonazione vengono sottoposte a cicli di fertilizzazione in vitro poiché si ritiene che questa tecnica sia meno invasiva della GIFT e, tenuto conto della giovane età delle donatrici, quasi altrettanto efficace. Su questo punto non c'è accordo unanime, così che alcuni centri preferiscono eseguire la GIFT, se non si presentano difficoltà o impedimenti tecnici.

I nati da ovodonazione

Per quanto riguarda i bambini nati da donazione di oociti la letteratura è ancora piuttosto scarsa, dato che questa procedura è molto più recente delle donazioni di seme.

Le poche ricerche già svolte sull'argomento rivelano discrete differenze rispetto al caso «simmetrico» delle donazioni di seme, non solo per le diverse connotazioni psicosociali del vissuto femminile di sterilità rispetto a quello maschile, ma anche perché la posizione della donna che riceve la donazione di oociti risulta chiaramente più forte, dato che a lei è comunque assegnato un ruolo di grande importanza e gratificazione, quello gestazionale, attraverso il quale si pongono le basi del legame madre-figlio. Sembra, comunque, dai

primi dati della letteratura, che i rischi psicologici delle due coppie (donatrice/ricevente) e dei bambini nati siano estremamente modesti.

Casi particolari: donne anziane, donne sole, donne omosessuali

Un'attenzione particolare va dedicata ad alcuni casi specifici, relativi ai bambini nati da ovodonazioni eseguite a donne in età postmenopausale, a donne sole e a donne omosessuali.

La discussione riguarda soprattutto il benessere a «lungo termine» dei bambini nati da queste gravidanze.

Da un lato si afferma la necessità che i bambini possano godere, fino al termine dell'adolescenza, e possibilmente anche oltre, di una famiglia stabile e di genitori capaci di dar loro cure adeguate e continue. Secondo questo punto di vista, i bambini in questione nascono in qualche modo «già orfani» ed è molto poco probabile che una coppia di ultrasessantenni possa provvedere un figlio adolescente dell'assistenza e dell'appoggio psicologico necessari. Di qui, l'accusa di egoismo e di superficialità fatta rispettivamente alle donne anziane che chiedono l'ovodonazione e ai medici che accettano di farla.

In realtà, si direbbe che il problema non sia stato affrontato con l'approfondimento necessario. Non sembra infatti adeguata, a molti, una critica che non tenga conto del fatto che oggi

le donne vivono molto più a lungo e della mancanza di omogeneità tra l'età della madre (che dovrebbe essere sottoposta a regolamenti restrittivi) e l'età del padre (apparentemente non costretto dalla differente biologia riproduttiva a limiti particolari). Anche il confronto tra l'impegno educativo di coppie giovani (distratte dai loro sforzi di progresso sociale e perciò spesso poco disponibili alle cure parentali) e di coppie anziane (disposte a lasciare ogni altra attività per occuparsi solo del figlio) merita un approfondimento psicologico e sociologico. Viene anche prospettata, da alcuni, l'ipotesi di un progressivo impiego di uova crioconservate che una donna potrebbe recuperare, a qualsiasi età e comunque molto dopo averle depositate, per concepire dopo la menopausa.

Esiste certamente un problema che riguarda il reale consenso delle donatrici all'impiego delle loro uova per ottenere gravidanze in donne di età avanzata. In effetti, non sembra che i centri siano espliciti su questo punto, probabilmente per paura di rendere più facile l'identificazione della ricevente, ma è chiaro che questo problema dovrebbe essere affrontato dai comitati di bioetica che stabiliscono le norme di comportamento per i centri.

Infine, è opinione di molti che non si dovrebbero eseguire queste donazioni nei centri pubblici, nei quali le scarse disponibilità economiche dovrebbero essere riservate al

tentativo di risolvere i problemi di coppie più giovani e in realtà, quasi in tutto il mondo sono i centri privati a farsi carico di questi trattamenti. Non si deve però dimenticare che le gravidanze di queste donne, una volta iniziate, rappresentano un grosso problema medico per la necessità di controlli accurati e frequenti, per il maggior bisogno di ospedalizzazione dovuto a complicazioni di vario tipo, per le maggiori cure richieste dai nati. Tutto ciò si risolve in un maggior impegno economico che nella maggior parte dei paesi finisce con l'essere completamente a carico dello Stato e che alcuni vorrebbero far ricadere completamente sulle spalle della coppia. E' bene ricordare che questo problema riguarda anche l'Italia, visto il frequente numero di coppie italiane che frequentano laboratori europei per ottenere una ovodonazione.

Un altro problema che ha molto diviso gli animi in questi ultimi anni è certamente quello che riguarda il possibile diritto delle donne sole e delle coppie omosessuali ad avere, adottare ed educare un figlio. Su questo tema ho ascoltato molti dibattiti che mi hanno sempre stupito per l'assoluta mancanza di conoscenza dei fatti che tutti gli interlocutori hanno sempre dimostrato. Mentre non ritengo di dover intervenire nel dibattito per cercare di far prevalere la mia posizione etica su quella di quanti la pensano diversamente, mi sembra giusto sottolineare il fatto che per sostenere certi argomenti non basta

la fede e non basta la visione morale del mondo che ognuno di noi può avere, è anche necessario poter contare sui risultati di specifiche ricerche empiriche , che debbono molto semplicemente cercare di stabilire se i bambini cresciuti ed educati in queste famiglie sono normali e sufficientemente felici.

Credo che il documento più interessante, documentato e liberale che ho potuto leggere su questo tema sia quello recentemente pubblicato dal Comitato Etico della American Society for Reproductive Medicine che ha per titolo '*Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons*' (*Fertility and Sterility*, 2006, 86, 1333). La commissione fa prima un'analisi delle posizioni contrarie ad affidare l'educazione di un figlio a uomini e donne soli e a coppie omosessuali, ma ricorda che tutti gli stati americani, tranne uno, consentono a persone non sposate, inclusi omosessuali maschi e femmine, di adottare (T.A. Robertson, *Case West Reserve Law*, 2004, 55, 232) e che è considerato del tutto improbabile che il governo possa proibire l'accesso alla riproduzione assistita a coppie di omosessuali, anche se le unioni civili e i matrimoni tra persone dello stesso sesso non sono legalmente riconosciuti. È vero che esistono preoccupazioni in merito alle capacità di queste persone di crescere normalmente ed educare un bambino e che esiste addirittura chi ritiene che i bambini affidati alle cure di un uomo solo o a una coppia di omosessuali maschi corra

maggiori rischi di essere coinvolto in abusi sessuali, aggressioni da parte di pedofili o altri tipi di maltrattamento. La letteratura che esiste su questo argomento non sembra proprio dare credibilità a questi timori (S. Golombok, *Dev Psychol*, 1996, 32, 3; F. Maccallum, *J Child Psychol Psychiatry*, 2004, 45, 1407; N. Anderssen, *Scand. J Psychol*, 2002, 43, 335; N. Gartrell, *Am J Orthopsychiatry*, 2005, 75, 518). Oltretutto non deve essere difficile farsi un'idea su questi problemi, visto che negli Stati Uniti il numero di bambini che viene educato da almeno un genitore omosessuale è stato calcolato essere compreso tra i 6 e i 14 milioni (C.J. Patterson, *Child Dev*, 1992, 63, 1025). Ma il colpo di grazia a questi sospetti e a queste paure lo ha certamente dato la task force dell'*American Psychological Association* che è stata incaricata di occuparsi di questo argomento. Ecco una traduzione letterale delle loro conclusioni: 'I risultati delle ricerche eseguite dagli operatori sociali non hanno potuto confermare alcuna delle preoccupazioni nate intorno ai figli di genitori omosessuali... La ricerca suggerisce che le identità sessuali (compresa l'identità di genere, i comportamenti nel ruolo e l'orientamento sessuale) si sviluppano nello stesso identico modo nei figli di coppie eterosessuali e in quelli di madri lesbiche. Studi relativi ad altri aspetti dello sviluppo della personalità... rivelano poche differenze tra questi bambini. Esistono anche prove che i figli di omosessuali hanno normali

relazioni sociali con i coetanei e con gli adulti. I risultati complessivi della ricerca dimostrano che lo sviluppo, la capacità di adattamento e il benessere dei bambini che hanno genitori omosessuali non sono diversi in modo significativo da quelli dei bambini con genitori eterosessuali (*American Psychological Association* –

www.apa.org/pi/lgbc/Policy/parents/html:

documento del 2004). Queste ricerche riguardano prevalentemente i figli di donne lesbiche, ma esiste una ricca letteratura che dimostra che l'educazione da parte di padri omosessuali non ha conseguenze negative sui bambini (J.J. Bigner, *J Gay Lesbian Soc Serv*, 1989, 14, 155; J.J. Bigner, *J Gay Lesbian Soc Serv*, 1999, 14, 155; J.M. Bailey, *Dev Psychol*, 1995, 31, 124; F.W. Bozett, in: *Dimension of fatherhood, a cura di S. Hanson e F.W. Bozett, Beverly Hills, Sage, 1985*; B. Miller, *Fam Coord*, 1979, 28, 544). A conclusione del documento, la Task Force conclude affermando che il dovere morale di trattare persone diverse con uguale rispetto richiede che i programmi di cura della sterilità debbano dare alle persone omosessuali le stesse opportunità di accesso ai trattamenti che danno alle coppie sposate e che non esistono ragioni etiche perché queste cure vengano loro negate.

In realtà le nozioni di nascita, paternità, maternità e famiglia sono state sottoposte a una trasformazione semantica e riportare continuamente il significato di queste parole

all'originale non è neutrale e deve essere giustificato con argomenti che tengano conto delle trasformazioni cui è andata incontro la società. È invece necessaria una revisione della concezione tradizionale e naturalistica di genitorialità biologica per far prevalere il riconoscimento giuridico della derivazione sociale della genitorialità, che deve basarsi soprattutto sulla assunzione di responsabilità delle persone e delle coppie e sull'impegno a prendersi cura del bambino. Dal punto di vista etico non sembra proprio di dover attribuire valore 'per sé' ai processi naturali, anche considerati dal punto di vista dell'interesse del bambino: non è provato che questi interessi vengano assicurati dalla nascita naturale in famiglie tradizionali e messi in pericolo in condizioni differenti.

Critiche e consensi

Per quanto riguarda la donazione di oociti e di embrioni, o anche la semplice inseminazione di donne sole o di omosessuali, la maggior parte della letteratura medica è ostile, non tanto perché ritenga indispensabile la doppia genitorialità e la presenza di un padre (non ci sono dati empirici a dimostrarlo) quanto perché considera con timore le reazioni sociali a questi eventi e le inevitabili ripercussioni sul bambino dell'ostilità critica della gente.

Secondo l'opinione di molti, però, questi timori sarebbero esagerati e infondati.

Secondo alcuni psicologi, l'ovodonazione potrebbe determinare la comparsa di reazioni emotive molto intense e talora preoccupanti in entrambe le donne coinvolte, cioè tanto in colei che dona quanto in colei che riceve. Debbo dire che, come spesso mi accade, non credo a tutto quello che dicono gli psicologi sul tema della fisiologia e della patologia della riproduzione. Non credo, per esempio, che esistano ancora dati sufficienti, in questo campo, per potersi fare un'opinione. Non ritengo che sia giusto prendere spunto da un'esperienza personale, o dall'analisi di una piccola o piccolissima casistica di pazienti, per trarre conclusioni generali. Non sono convinto del valore delle indagini fatte senza gruppi di controllo, senza valutazione statistica e così via. Non penso che chi è costretto a ricorrere alle cure di uno psicologo possa essere considerato completamente rappresentativo della popolazione da cui proviene. Non considero giusto sottovalutare l'opinione degli operatori non-psicologi, che hanno però esperienza diretta di questi casi, per averli seguiti quotidianamente anche dopo la loro conclusione clinica.

Capacità cognitive e benessere psicologico dei bambini nati da donazioni

In questi ultimi anni sono stati pubblicati vari studi, soprattutto da parte di autori Belgi, dedicati alla valutazione delle capacità cognitive dei bambini nati da inseminazione con seme di donatore, da dono di oociti e da maternità surrogata. Queste valutazioni sono tutte assolutamente ottimistiche, ma non è l'intelligenza di questi bambini che preoccupa chi è contrario alle donazioni di gameti, bensì la loro felicità e la normalità della loro vita familiare. Di questi aspetti ho già a lungo riferito, e posso solo aggiungere una nota personale: molte donne che hanno partorito dopo aver ricevuto un oocita da un'altra donna sono rimaste in rapporto con me, e raramente ho potuto percepire in loro sentimenti che non fossero di piena soddisfazione, sia nei riguardi del figlio, che nei confronti di come era stato accolto dal marito. Inoltre so che non ci sono dati relativi a rifiuti, in gravidanza o dopo la nascita, dei bambini nati in questo modo.

Personalmente, non credo di avere una posizione estremista su questo tema. Ad esempio, poiché credo nell'etica della responsabilità, non troverei né strano né destabilizzante se una coppia che desidera avere accesso a una donazione di gameti affrontasse un percorso simile a quello delle coppie che vogliono adottare un figlio, visto che entrambe debbono poter dimostrare di essere in grado di fare una promessa: ti starò vicino, ti chiamerò figlio, ti dichiarerò il mio amore ogni volta che mi cercherai e avrai bisogno di me. I

percorsi non potrebbero naturalmente essere identici, ma in entrambi i casi da essi emergerebbe una figura di genitore prevalentemente sociale, capace di includere nella sua codificazione anche la componente biologica, senza però coincidere con essa e senza ricavare alcuna dimensione giuridica da eventi naturali. Insomma, penso che non dovrebbe interessare a nessuno come un bambino viene concepito, ma che dovremmo tutti essere preoccupati di sapere se chi l'ha cresciuto si è assunto la responsabilità della sua crescita felice e della sua educazione serena.

Nello stesso modo, penso che il problema del segreto sia un falso problema, al quale dovremmo tutti rinunciare tranquillamente. Non è difficile spiegare a un adolescente che è importante solo colui che ha preso la decisione di farlo nascere (e se ne è assunta la responsabilità) e conta invece meno di zero chi ha fornito il programma genetico, oltretutto insignificante per quanto riguarda la sua struttura di uomo. Altri Paesi si stanno muovendo in questo senso, possiamo farlo anche noi.

La donazione di embrioni

Esistono coppie nelle quali né l'uomo né la donna sono in grado di produrre gameti. La loro decisione di ricorrere alla donazione di un embrione abbandonato invece di richiedere di adottare un bambino può avere varie motivazioni,

non ultimo il desiderio della donna di sperimentare la maternità gestazionale. In altre circostanze, la coppia è sollecitata dal timore che il bambino adottato, quale che sia la sua età, possa aver subito danni psicologici nei periodi in cui è stato abbandonato o il convincimento di un utile rapporto materno-fetale durante il periodo della gravidanza.

In altri casi, è solo uno dei due partner che è sterile, mentre l'altro potrebbe avere figli: la richiesta di un dono di embrioni viene fatta in questo caso se la persona potenzialmente fertile decide di rinunciare al proprio privilegio per mettersi sullo stesso piano dell'altra.

La richiesta di ricevere embrioni abbandonati da altre coppie viene fatta ancora da persone mosse da motivi religiosi. Anni or sono, un gruppo di brave persone mi chiese se era possibile che le loro donne ricevessero gli embrioni che erano risultati, dalle analisi genetiche pre-impiantatorie, portatori di gravi malattie e che per questo non erano stati trasferiti. Sono certo che si trattava di persone in buona fede, e che non si rendevano conto di quanto la loro richiesta – che naturalmente non poteva essere esaudita – offendesse le coppie che avevano generato questi embrioni e che certamente li avevano esclusi dal trasferimento come scelta di compassione e non di egoismo.

Dell'adozione degli embrioni abbandonati si è occupato anche il CNB, su proposta di alcuni

membri che vorrebbero trovare dei genitori a chi è destinato a non averli, con l'assunto che adottare embrioni sia in pratica equivalente all'adozione di bambini già nati e che il valore più alto in causa in questa circostanza sia il diritto alla vita.

Questa proposta è stata approvata nel novembre del 2005, in un documento che ha avuto solo due voti contrari, il mio e quello del Prof. Mauro Barni, vicepresidente del CNB. Le ragioni del mio voto negativo sono presto dette: tutto il documento si basa sul concetto di 'adozione' (nella fattispecie, adozione per la nascita) e come si può facilmente capire, si adottano persone, non cellule o cose. Se avessi approvato il documento avrei dovuto accettare l'idea che l'embrione 'è uno di noi', cosa che considero assolutamente falsa. Avrei volentieri firmato un analogo documento se l'ipotesi fosse partita dal desiderio delle coppie di avere un figlio e dal concetto di donazione, ma il CNB è dogmatico, cattolico, ortodosso e resistente a ogni principio di laicità e così non ho partecipato alla discussione. Ne è derivato tra l'altro il fatto che, essendo i membri del Comitato poco esperti in materia, nessuno ha sollevato il problema degli esami di controllo sui genitori genetici, indispensabili a distanza di tempo per le stesse ragioni precauzionali per cui un donatore di seme viene controllato sei mesi dopo aver depositato il suo campione per verificare la persistenza della sua sieronegatività.

Non è cosa di poco conto, anche perché si tratta di richiamare coppie che generalmente non amano essere contattate e alle quali bisognerebbe comunque spiegare che la loro non è, comunque, una donazione, ma piuttosto un intervento autorizzato dalla legge per rimediare agli effetti negativi di una decisione legittima, ma moralmente eccepibile. Mi viene in mente che le linee guida degli Stati Uniti per la donazione di embrioni prevedono una quarantena di almeno 6 mesi per poter sottoporre i 'donatori' a una serie di test: se si approvano linee guida analoghe, in Italia nessun embrione abbandonato può essere trasferito.

La maternità surrogata.

La maternità surrogata è stata proposta come mezzo per aiutare le donne incapaci di avere un figlio con le proprie forze, e la prima citazione la potete trovare nella Bibbia (Genesi 16,1-15 17,15-19 21,1-4). L'incapacità a procreare non è stata, però, l'unico motivo. La nascita del Mahavira, il fondatore del jainismo, fu complicata da un trasferimento embrionale eseguito, da un dio provvidenziale, dalla madre genetica, Devananda (una donna di umili natali) alla madre 'portatrice', che lo avrebbe poi partorito, la regina Trisala. È ovvio che, miracoli a parte, prima dell'introduzione

dell'inseminazione artificiale, la tecnica era quella naturale, quella per intenderci usata da Abramo. Con la possibilità di utilizzare l'inseminazione divenne socialmente più accettabile affidarsi ad essa, anche se sono a conoscenza della persistenza dei metodi naturali anche in tempi relativamente recenti. Ancora più recentemente, con l'avvento della fecondazione in vitro, è divenuto possibile trasferire alle madri surrogate embrioni creati con i gameti della coppia committente, evitando così qualsiasi contributo genetico da parte della madre surrogata. Il primo riferimento bibliografico a questo tipo di maternità è stato pubblicato nel *New England Med. J.* da Utian e coll. nel 1985.

Ancora oggi si tende a fare confusione con i termini che definiscono le varie madri surrogate, e lo stesso termine 'surrogata' è stato attribuito sia all'una che all'altra protagonista. 'Gestational surrogacy' 'full surrogacy' e 'IVF surrogacy' sono comunque definiti come i gameti di una 'genetic couple' 'commissioning couple' o 'intended parents' in un 'surrogacy arrangement' che vengono usati per produrre embrioni: questi embrioni sono successivamente trasferiti a una donna che accetta di agire come ospite. Essa non è in alcun rapporto genetico con i bambini che possono nascere da questo accordo. Quando invece si parla di 'natural surrogacy' o 'partial surrogacy' la donna che si propone come ospite viene inseminata con il seme del marito della coppia genetica; è evidente che in questo caso

esiste una relazione genetica tra l'ospite e il bambino, perché si tratta di prestito d'utero e di dono di oocita. Esistono due modalità di organizzare una maternità surrogata: in una, si stabilisce un rapporto contrattuale tra le parti ed è evidente che in questi casi la coppia genetica deve pagare un prezzo. Questa maternità surrogata contrattuale è possibile negli Stati Uniti, dove esistono organizzazioni molto efficienti. La seconda modalità è quella oblativa, basata quindi su un atto di generosità, costruito generalmente sulle fondamenta di una parentela o di una solida amicizia. Questa maternità surrogata è accettata in Inghilterra, anche se il suo percorso verso l'accettazione è stato molto tormentato. *The Warnock committee* in effetti, nel 1984, ne raccomandava la proibizione e solo l'intervento della *British Medical Association* riuscì a modificare l'atteggiamento del Governo inglese. Nel 1985 la BMA ne accettò il principio generale ma solo '*in selected cases with careful controls*' e due anni più tardi la stessa associazione chiarì che, in ogni caso, i medici '*should not participate in any surrogacy arrangements*' e che comunque si trattava di una '*last resort option*'.

Nel 1990 *The Human Fertilisation and Embriology Act* fu approvato dal Parlamento inglese: nel documento non c'è proibizione nei confronti della maternità surrogata. L'ultimo *Report* della BMA di cui sono a conoscenza e che è del 1996 afferma che '*surrogacy is an acceptable*

option of last resort in cases where it is impossible or highly undesirable for medical reasons for the intended mother to carry a child herself'.

Indicazioni

Le indicazioni principali per ricorrere ad una maternità surrogata sono:

- dopo una isterectomia;
- per assenza congenita dell'utero;
- a seguito di ripetuti fallimenti FIVET;
- in casi d'aborto ricorrente;
- se esistono condizioni di salute incompatibili con una gravidanza.

Si dice – ma non esistono prove reali che si tratti di affermazioni basate sulla verità – che la maternità surrogata basata sul contratto sia stata e sia eseguita anche per motivazioni meno accettabili, come la paura di imbruttire con la gravidanza o il desiderio di non abbandonare il lavoro. Si dice – ma ancora una volta senza prove reali – che le associazioni americane basate sul profitto non guardino molto per il sottile e abbiano accettato e accettino impegni relativi a coppie che avrebbero benissimo potuto avere figli senza ricorrere a questa tecnica. Nei casi di *'partial surrogacy'*, nei quali viene anche offerta una ovodonazione, si propone un importante problema etico, che è quello relativo all'età della donna che riceverà il bambino, essendo noto che molte di queste richieste arrivano da donne in

menopausa e che solo una parte di queste menopausa è prematura.

Mentre sappiamo molte cose sul *counselling* che viene eseguito sistematicamente in Inghilterra, vuoi nei genitori genetici che nella madre surrogata, sappiamo pochissimo su come questo importante problema viene affrontato in questi casi nei quali si stipula un contratto. La mia esperienza personale, in questi casi, è semplice, anche se molto limitata.

Le poche coppie che ho indirizzato negli Stati Uniti, hanno dovuto solo firmare consensi informati e hanno prevalentemente parlato ad avvocati. Per quanto riguarda le madri ospitanti, ricevo, come molti ginecologi europei, dei dépliant nei quali è illustrato il servizio e sono citate le fondamentali caratteristiche delle donne disponibili a divenire 'ospiti'.

Ci sono informazioni precise su alcune loro caratteristiche (il grado di istruzione, ad esempio, e il lavoro che eseguono), ma non c'è una sola parola in merito alle ragioni per cui si prestano a questo specifico 'lavoro'.