

3054. La procreazione artificiale e le tecniche di aiuto alla procreazione (2006)¹

Angel Rodríguez Luño

I. LA PROCREAZIONE ARTIFICIALE

1. Visione di insieme delle tecniche di procreazione artificiale

Inizialmente le tecniche di procreazione artificiale si proponevano di superare i problemi di sterilità². Tra quelle, le tecniche di fecondazione extracorporea o fecondazione *in vitro* miravano a superare i problemi di sterilità tubarica definitiva, e si presentavano come un'alternativa alle tecniche di chirurgia e microchirurgia, nelle quali s'erano realizzati notevoli progressi, soprattutto quando a partire del 1974 si diffuse l'uso chirurgico intraddominale del laser³. Attualmente il ricorso alle tecniche di fecondazione extracorporea è più ampio. Ad esse ricorrono coppie non sterili che desiderano selezionare il sesso del figlio, oppure essere sicure di non trasmettere una malattia o anche poter disporre di tessuti fetali per un altro figlio malato.

Le tecniche di procreazione artificiale si possono dividere in due grandi gruppi: fecondazione intracorporea e fecondazione extracorporea. Nelle prime

¹ Parte di un'opera in preparazione.

² Per una prima informazione su queste tecniche, cfr. A. RODRÍGUEZ LUÑO – R. LÓPEZ MONDÉJAR, *La fecondazione "in vitro": aspetti medici e morali*, Città Nuova, Roma 1986 (trad. spagnola: *La fecundación "in vitro"*, Palabra, Madrid 1986); E. SGRECCIA (ed.), *Il dono della vita*, Vita e Pensiero, Milano 1987; M.L. DI PIETRO – E. SGRECCIA, *Procreazione assistita e fecondazione artificiale tra scienza, bioetica e diritto*, La Scuola, Brescia 1999; J. VIAL CORREA – E. SGRECCIA (edd.), *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici*, LEV, Città del Vaticano 2005.

³ Cfr. J.F. DANIELL, *The role of lasers in infertility surgery*, «Fertility and Sterility» 42/6 (1984) 815-822.

L'incontro tra i due gameti avviene nel corpo della donna; nelle seconde, avviene fuori, e l'embrione o gli embrioni risultanti vengono dopo trasferiti al corpo della donna. Tanto le prime quanto le seconde possono essere omologhe o eterologhe. Sono omologhe quando vengono utilizzati i gameti della coppia; eterologhe, se almeno uno dei gameti appartiene ad un donatore o donatrice estraneo alla coppia.

Tecniche di fecondazione intracorporea — Le principali metodiche sono l'inseminazione artificiale, la GIFT (*Gametes Intrafallopian Transfer*) e la LTOT (*Low Tube Oocyte Transfer*). Adesso parleremo soltanto della prima. Delle altre due ce ne occuperemo più avanti.

L'inseminazione artificiale è una tecnica mirante ad ottenere un concepimento attraverso il trasferimento nelle vie genitali femminili dello sperma maschile. È indicata nei caso di patologia delle cervice uterina, presenza di Ab antispermatozoi nel muco cervicale, malformazioni dell'apparato genitale femminile, oppure in caso di impotenza o oligoastenospermia maschili. Si ricorre all'inseminazione artificiale eterologa (IAD) nei casi di aspermia o grave oligospermia, e anche da parte di donne sole, coppie omosessuali, ecc.

Gli elementi fondamentali di questa tecnica sono i seguenti: induzione e monitoraggio dell'ovulazione della donna (con o senza stimolazione ovarica), la raccolta dello sperma e il suo eventuale trattamento previo (capacitazione), e il suo trasferimento nelle vie genitali femminili (in vagina, nella cervice uterina, nella tuba o in sede peritoneale).

Oltre alla distinzione tra inseminazione artificiale omologa (AIH) ed eterologa (AID), dal punto di vista etico è molto importante la distinzione tra *inseminazione artificiale propriamente detta* e *inseminazione artificiale impropriamente detta*. L'inseminazione artificiale propriamente detta l'intervento medico sostituisce la relazione coniugale, e quindi lo sperma maschile viene raccolto al di fuori della relazione coniugale. Nella seconda, invece, la relazione coniugale non viene sostituita, ma aiutata a raggiungere i suoi effetti naturali. Lo sperma viene raccolto dopo una relazione coniugale.

Nei casi in cui è indicata, l'inseminazione artificiale raggiunge il concepimento nel 40/50% dei casi. Questo significa che il 40-50 % delle donne che iniziano il trattamento restano gravide, ma generalmente dopo aver ripetuto l'inseminazione per molti cicli. Una volta avvenuta la gravidanza si presentano spesso dei problemi: aborto spontaneo e gravidanze multipli principalmente.

Tecniche di fecondazione extracorporea — Le due principali sono la FIVET (fecondazione *in vitro* seguita da embryo-transfer) e l'ICSI (*IntraCyttoplasmic Sperm Injection*). Si tratta di tecniche complesse, che ammettono piccole varianti, e che possono essere omologhe o eterologhe (anche con donazione di embrioni).

Gli elementi principali della FIVET sono⁴:

— Prelievo dell'ovocita o degli ovociti: generalmente si ricorre alla stimolazione ovarica, e si prelevano di una sola volta diversi ovociti. Esistono diversi metodi per il prelievo, ma in ogni caso esso presuppone un intervento medico di una certa consistenza, per cui si evita di dover ripeterlo.

— Prelievo e preparazione dello sperma maschile. Anche qui esistono diversi metodi di prelievo. Frequentemente si ricorre alla masturbazione.

— La fecondazione, che avviene in provetta, al di fuori del corpo materno. Generalmente si fecondano diversi ovociti.

— Transfer dell'embrione, generalmente degli embrioni, al corpo materno.

— Congelamento degli embrioni non trasferiti, che vengono utilizzati per ulteriori tentativi (come pezzi di ricambio) oppure restano congelati per alcuni anni. Le leggi dei diversi paesi determinano che dopo un certo periodo di tempo (5 o 10 anni) i depositi di embrioni congelati vengano svuotati. In tutti i paesi in cui viene praticata la FIVET esistono depositi con decine di migliaia di embrioni, generalmente centinaia di migliaia.

— Monitoraggio dello sviluppo della gravidanza.

L'ICSI (*IntraCyttoplasmic Sperm Injection*) si differenzia dalla FIVET solo nel fatto che lo sperma maschile non viene lasciato in provetta accanto l'ovocita, affinché questo venga fecondato da un spermatozoo, ma il medico seleziona uno spermatozoo e lo inietta nell'ovocita⁵.

⁴ Ci limiteremo a indicare sinteticamente gli elementi fondamentali, senza entrare nella descrizione delle metodiche concrete, questione questa altamente specialistica. Il lettore interessato nei particolari può consultare la bibliografia citata nella nota 2.

⁵ Su questa tecnica si veda P.J. SÁNCHEZ ABAD – L.M. PASTOR GARCÍA, *La inyección intracitoplasmática de espermatozoides. ¿Avance o imprudencia científica?*, UCAM, Murcia 2005 (con ampia bibliografia).

Per quanto riguarda i risultati che si ottengono con queste tecniche, negli anni 80 si concedeva grande attenzione ai dati presentati al Congresso Internazionale di Helsinki di 1983⁶. Lo studio multicentrico allora presentato comprendeva un totale di 9.641 trattamenti, nei quali erano stati raccolti 24.000 ovociti, e venne realizzato il transfer, quasi sempre multiplo, a 7.733 donne, dalle quali nacquero 590 bambini. La percentuale di embrioni persi era molto elevata. Persino i gruppi medici che ottenevano allora i risultati migliori, quale l'equipe dell'australiano C. Wood, perdevano il 90,6 % degli embrioni trasferiti⁷. Oggi le tecniche sono notevolmente migliorate, ma i risultati lasciano ancora molto da desiderare. Un approfondito studio di Adriano Bompiani, realizzato nel 2004 e pubblicato a inizi del 2005⁸, presenta i dati riguardanti il 1999 nei 22 paesi europei che appartengono alla Società Europea per la Riproduzione Umana: ai 343.162 embrioni trasferiti nel periodo studiato seguirono 44.026 gravidanze; vale a dire, per ogni 100 embrioni trasferiti si perdono 87⁹. Se vogliamo tracciare un valore medio arrotondato, si può affermare che attualmente da 100 donne che iniziano il trattamento, dopo uno o più tentativi, 20 riescono ad avere un bambino. Tenendo presente che in ogni tentativo si trasferiscono 3 o più embrioni, le perdite di embrioni sono elevatissime.

2. Il problema etico fondamentale

Quando ci si avvicina alla letteratura scientifica sulla fecondazione extracorporea colpisce subito il fatto che queste metodiche comportano una perdita molto elevata di embrioni umani. Colpisce in secondo luogo l'indirizzo preso dalla ricerca scientifica più avanzata. C'è il desiderio di migliorare i risultati della tecnica in termini di percentuale di nascite per donne

⁶ Cf. *Proceedings of the III World Congress of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, Helsinki, maggio 1984. Si veda lo studio di J. FERRE JORGE – V. MARTÍNEZ DE ARTOLA, *Fecundación artificial: aspectos médicos y cuestiones éticas*, «Revista de Medicina de la Universidad de Navarra» XXIX (1984) 203-204.

⁷ Cf. C. WOOD e coll., *Clinical Implications of Developments in «In vitro» Fertilization*, «British Medical Journal» 289 (1984) 978-980.

⁸ Cf. A. BOMPIANI, *Lo sviluppo storico delle tecnologie ed il loro impatto nei processi di procreazione umana*, in J. VIAL CORREA – E. SGRECCIA (eds.), *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici*, Lib. Ed. Vaticana, Città del Vaticano 2005, pp. 42-113.

⁹ Cf. A. BOMPIANI, *Lo sviluppo storico ...*, cit. p.45. Altri autori offrono quantitativi diversi, ma analoghi.

che iniziano il trattamento, ma non si registra alcun significativo interesse per diminuire le perdite di essere umani allo stato embrionale. Neppure suscitano grande entusiasmo le strategie di prevenzione della sterilità, né vengono chiesti maggiori risorse per migliorare le tecniche di microchirurgia riparatrice delle tube.

Dall'inizio si è sostenuta apertamente la necessità di dedicare embrioni umani alla sperimentazione, sia alla sperimentazione di base sia a quella volta a migliorare le tecniche di fecondazione *in vitro*. In una pubblicazione del 1984, Edwards affermava che «dedicarsi alla fecondazione *in vitro* senza prevenire, nella misura del possibile, la nascita di bambini minorati è una posizione indifendibile. L'applicazione clinica della fecondazione *in vitro* esige, in tutte le sue forme, la ricerca sugli embrioni»¹⁰. E in riferimento alla ricerca di base, lo stesso autore affermava in un'altra pubblicazione: «In alcuni laboratori, ovuli preovulatori sono raccolti da donne consenzienti che non sono sterili. Questi ovuli sono raccolti e fertilizzati *in vitro* senza alcuna intenzione di trasferire questi embrioni in utero — essi sono usati soltanto per scopi di ricerca, per studi osservazionali o sperimentali. Questi embrioni, non sono gli embrioni di riserva che si hanno nelle cliniche che trattano l'infertilità mediante concepimento *in vitro*, poiché essi sono utilizzati in modo simile agli embrioni animali usati nella ricerca»¹¹. Con non minore chiarezza si espresse J. Bernard, allora presidente del Comitato di Etica della Francia: «Certi esperimenti sono moralmente necessari e necessariamente immorali»¹².

Attualmente, per la nascita di alcune migliaia di bambini, si paga il prezzo supplementare di decine o centinaia di migliaia di embrioni congelati, e si consolida sempre più la tendenza a destinare gli embrioni “sopravvanzanti” alla ricerca sulle cellule staminali o ad altri usi scientifici o industriali. Le tecniche di chirurgia riparatrice delle tube, pur contando con meno risorse economiche, continuano ad avere generalmente migliori risultati della fecondazione *in*

¹⁰ R.G. EDWARDS – M. PUXON, *Parental Consent over Embryos*, «Nature» 310 (1984) 179 (traduzione nostra). Si veda anche L.R. MOHR – A. TROUNSON, *Freezing and Donation of Human Embryos*, «Journal of *in Vitro* Fertilization and Embryo Transfer» 1 (1984) 127.

¹¹ R.G. EDWARDS, “*The Ethical, Scientific and Medical Implications of Human Conception In Vitro*”, in C. CHAGAS, *Modern Biological Experimentation*, Pontificia Accademia de las Ciencias, LEV, Città del Vaticano 1984; citato da A. SERRA, *Interrogativi etici dell'ingegneria genetica*, «Medicina e Morale» 34/3 (1984) 316.

¹² Dichiarazioni citate da J. SCHMITT, *Biologie: jusqu'ou peut-on aller?*, «Le Point», 3 dicembre 1984, p. 52 (traduzione nostra).

*vitro*¹³. Tuttavia, le persone con problemi di sterilità vengono inviate immediatamente alle cliniche di fecondazione *in vitro* (o ICSI). Inoltre si ammette comunemente la prassi della selezione eugenetica, perché ricorrono alle cliniche di procreazione artificiale coppie non sterili che potrebbero trasmettere malattie ai propri figli. Molti paesi approvano legislativamente queste pratiche, senza fermarsi davanti ad una logica di discriminazione alla quale non si vuole mettere dei limiti. La predizione di diabete o di miopia, quando sarà possibile, sarà considerata causa sufficiente per eliminare un embrione? Si registra infine una crescente commercializzazione, con aggressiva pubblicità, nonché il fatto che l'operato dei componenti dei comitati etici, anche a livello nazionale, è spesso intaccato da un evidente e clamoroso conflitto di interessi. In definitiva, oggi è palese qualcosa che già si intravedeva nella prima metà degli anni 80 del XX secolo: le tecniche di fecondazione extracorporea sono solo possibili se si parte dal presupposto che gli embrioni sono una pre-struttura biologica, una specie di "pre-cosa", interamente disponibile nelle mani dei medici, sia come pezzi di ricambio in vista di un eventuale utilizzo riproduttivo, sia come oggetto di ricerca, miniera di cellule staminali o, infine, come spazzatura che si butta perché non si cosa fare con essa.

Occorre precisare che le perdite di embrioni nell'ambito della fecondazione *in vitro* non si produce per cattiva volontà. È la conseguenza inevitabile di trasferire l'origine della vita umana dall'intimità dell'amore coniugale al contesto tecnico del laboratorio. La tecnica possiede una logica propria — governata dal principio dell'efficienza, dell'utilità e della redditività — dalla quale non è possibile fare a meno senza cadere in contraddizioni o in posizioni comunque non difendibili.

Quando l'attenzione della bioetica e della teologia morale cominciò a concentrarsi su queste metodiche, il semplice analisi dei fatti e della letteratura scientifica fece emergere con tutta evidenza una nuova dimensione di ciò che l'enciclica *Humanae vitae* aveva chiamato inseparabilità dei significati unitivo e procreativo della sessualità. Fino a quel momento l'inseparabilità si intendeva nel senso che le esigenze della unione amorosa si aprono a quelle della procreazione, in modo che l'apertura alla trasmissione della vita — o almeno la sua non esclusione positiva — costituisce la migliore difesa della vera natura e dinamica dell'amore tra uomo e donna. Adesso è possibile vede-

¹³ Cfr. R. MARANA, *Le terapie chirurgiche della sterilità femminile*, in J. VIAL CORREA – E. SGRECCIA (edd.), *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici*, cit., pp. 225-236.

re l'altra cara della moneta: la comunione coniugale, anche come intimità sessuale degli sposi, è l'unico ambito nel quale la vita umana nascente riceve la protezione e la cura richieste dalla dignità umana. Non esiste miglior protezione per la nuova vita di quella garantita dall'intimità dell'amore coniugale. Nei confronti dell'essere umano chiamato all'esistenza solo l'amore è l'atteggiamento giusto, perché amare è riconoscere, accettare e rispettare l'altro per se stesso. Solo un atto che sia nel contempo atto di amore può mettere in moto degnamente il processo della procreazione umana.

L'analisi etica arriva in questo modo alla conclusione che l'inseparabilità dell'attività procreativa dalla effusione di amore disinteressato in ambito coniugale è un'esigenza della dignità della persona che deve nascere e, pertanto, un bene intrinseco, e non un semplice fatto biologico che potrebbe essere sostituito da una procedura tecnica quando ci fossero ragioni per farlo. La co-presenza dei significati procreativo e unitivo che caratterizza specificamente la sessualità umana appare, insomma, come una forte *struttura* nella quale restano coinvolti beni di grandissima portata. L'unione delle due dimensioni (unitiva e procreativa) nella sessualità non è un semplice fatto senza altro fondamento che il suo darsi, ma possiede un senso facilmente comprensibile: tale unione garantisce e rafforza i beni specificamente personali coinvolti nella sessualità umana, vale a dire, i beni messi in gioco dal fatto che tanto i generanti quanto il generato sono persone umane.

Si parla di *struttura*, e non di semplice unione, perché le due dimensioni della sessualità si proteggono e si potenziano mutuamente, in modo che la loro dissociazione implica la lesione non solo della dimensione che in ogni caso viene esclusa, ma anche di quella che si desiderava conservare e promuovere. Siamo di fronte ad una struttura antropologica di carattere fondamentale, nei cui confronti non ha senso invocare l'amore degli sposi che desiderano un figlio oppure altre circostanze o intenzioni soggettive. L'intenzione di amore degli sposi che hanno problemi di sterilità non può svolgere alcun ruolo intrinseco nelle tecniche di procreazione artificiale. Tale intenzione, che qui non viene messa in discussione, resta confinata all'esterno, e non determina la procedura tecnica, che viene governata dalla logica dell'utilità, dell'efficacia e dell'efficienza. La procedura tecnica è la stessa tanto se gli sposi sono mossi da un'intenzione veramente nobile quanto se tale nobile intenzione venisse a mancare. In entrambi i casi le motivazioni soggettive non possono attenuare la mancanza di adeguamento tra la procedura tecnica e i beni personali che qui sono in gioco.

In definitiva: *le tecniche di procreazione artificiale non sono congruenti con la dignità della persona umana, perché, indipendentemente dalle intenzioni soggettive, trattano la persona del generato come un oggetto, con tutte le conseguenze. La prima tra di esse, la ripetuta violazione del principio dell'inviolabilità della vita umana*¹⁴.

3. La dottrina ecclesiale sulla procreazione artificiale

L'Istruzione *Donum vitae*, pubblicata dalla Congregazione per la Dottrina della Fede il 22 febbraio 1987, contiene l'esposizione più organica e completa della dottrina ecclesiale sulla materia. I principi morali fondamentali in essa esposti sono i seguenti:

1) L'intervento medico nella procreazione umana esige innanzitutto il rispetto della vita umana nascente. L'embrione va trattato come persona fin dal primo istante della sua esistenza¹⁵.

2) La procreazione umana deve aver luogo nel matrimonio tra un uomo e una donna. Gli sposi possono diventare padre e madre solo l'uno mediante l'altro¹⁶.

3) La procreazione umana è rettamente perseguita quando è voluta come frutto dell'atto coniugale, del gesto specifico dell'unione corporale e spirituale degli sposi¹⁷.

4) L'intervento medico è rispettoso della dignità delle persone quando mira ad aiutare l'atto coniugale sia per facilitarne il compimento sia per con-

¹⁴ Per una trattazione più ampia rinviamo il lettore a A. RODRÍGUEZ LUÑO – R. LÓPEZ MONDÉJAR, *La fecondazione "in vitro". Aspetti medici e morali*, cit., pp. 67-116. Si veda anche C. CAFFARRA, *La fecondazione "in vitro". Problemi etici*, «Medicina e Morale» 35/1 (1985) 68-71; J. TESTART, *L'uovo trasparente*, Bompiani, Milano 1988. Hanno notevole interesse due documenti dei Vescovi del Regno Unito: THE BISHOPS' JOINT CATHOLIC COMMITTEE ON BIO-ETHICAL ISSUES, *Fertilizzazione "in vitro": Moralità e politica sociale*, «Medicina e Morale» 33/4 (1983) 435-448; ID., *Commenti sul Rapporto Warnock*, «Medicina e Morale» 35/1 (1985) 138-180 (in entrambi i casi viene pubblicato il testo originale in lingua inglese accanto alla traduzione italiana).

¹⁵ Cfr. *Donum vitae*, I, 1.

¹⁶ Cfr. *ibid.*, II, A, 1.

¹⁷ Cfr. *ibid.*, II, B, 4.

sentirgli di raggiungere il suo fine, una volta che è stato normalmente compiuto¹⁸.

5) Nella negatività degli interventi medici che non rispettano questi principi esiste una progressione, corrispondente al grado sempre maggiore di sostituzione dell'atto coniugale e della presenza personale dei coniugi nella procreazione, che implica una differenziazione del giudizio etico ed anche, in particolare, sul piano legislativo e politico, una differente valutazione della loro contraddittorietà col bene comune¹⁹.

Secondo questi principi, sono moralmente illecite tutte le tecniche di inseminazione artificiale eterologhe, in quanto contrarie all'unità del matrimonio, e anche le tecniche di inseminazione artificiale omologa propriamente detta, perché in esse la procreazione è dissociata dalla relazione coniugale. Sono invece ammissibili le tecniche di inseminazione artificiale omologa impropriamente detta che, senza sostituirsi all'atto coniugale, costituiscano un aiuto per consentirgli di raggiungere il suo fine, una volta che è stato normalmente compiuto. Per quanto riguarda le tecniche di fecondazione artificiale extracorporea, esse sono moralmente illecite, perché escludono l'atto coniugale e, in pratica, tutte prevedono la perdita di embrioni in modi diversi, anche intenzionalmente. Qualora fossero eterologhe, esse sono contrarie anche all'unità del matrimonio. Infine, se è immorale formare embrioni umani *in vitro* per trasferirli nella madre, a maggior ragione è immorale formare *in vitro* embrioni con l'intenzione o con la previsione di non trasferirli alla madre, sia perché trasferiti ad un'altra donna sia perché destinati al congelamento, alla ricerca, alla sperimentazione o ad altri usi²⁰.

Uno dei principi fondamentali che fondano il giudizio morale su queste tecniche è l'assoluta illiceità di ogni modalità di attuare la generazione che escluda l'atto coniugale. Perciò questi giudizi riguardano le tecniche di fecondazione *in vitro* e di inseminazione artificiale propriamente detta considerate

¹⁸ Cfr. *ibid.*, II, B, 7.

¹⁹ Cfr. *ibid.*, III. Per alcuni problemi specifici che si pongono in ambito politico, si veda A. RODRÍGUEZ LUÑO, *I legislatori cattolici di fronte alle proposte migliorative delle leggi ingiuste in tema di procreazione artificiale*, in J. VIAL CORREA – E. SGRECCIA, *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici*, cit., pp. 199-208.

²⁰ Per un approfondimento sulle singole tecniche si vedano E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, cit., vol. I, pp. 287-344; L. CICCONE, *Bioetica. Storia, principi, questioni*, cit., pp. 81-142 (entrambi con ampia bibliografia).

in se stesse, anche nell'ipotesi che potessero attuarsi senza gli inconvenienti e abusi che generalmente le accompagnano (perdita e congelamento di embrioni, selezione eugenetica, maternità surrogata, distruzione di embrioni, tecniche attuate *post mortem* di uno dei coniugi o nell'ambito di coppie omosessuali, ecc.). Il ragionamento da noi svolto nel paragrafo precedente intendeva mostrare in modo induttivo che la connessione tra procreazione e relazione coniugale costituisce un bene intrinseco, di incalcolabile portata antropologica ed etica, la cui lesione è sempre illecita, anche nel caso ipotetico (da verificare) che tale lesione potesse avvenire senza causare altri effetti negativi. Siamo tuttavia convinti, e la esperienza lo conferma, che l'introduzione della generazione umana in un contesto tecnico non può non avere conseguenze contrarie alla dignità della persona e della vita umana.

II. LE TECNICHE DI AIUTO ALLA PROCREAZIONE

L'Istruzione *Donum vitae*, riprendendo l'insegnamento di Pio XII, afferma che il giudizio morale negativo sull'inseminazione artificiale omologa (propriamente detta) «non proscrive necessariamente l'uso di taluni mezzi artificiali destinati unicamente sia a facilitare l'atto naturale, sia a procurare il raggiungimento del proprio fine all'atto naturalmente compiuto»²¹. Tra questi metodi di aiuto all'atto coniugale, e non sostitutivi, oggi vengono presentati tre tipi di procedure: tecniche di inseminazione artificiale impropriamente detta, la LTOT, e la GIFT.

Naturalmente sono anche un aiuto alla procreazione la prevenzione della sterilità, le cure ormonali e gli interventi chirurgici e microchirurgici. Si potrebbe portare un tale aiuto, per esempio, con la cura ormonale di una infertilità di origine gonadica, con la cura chirurgica di una endometriosi limitata, con una disostruzione delle tube tramite salpingografia selettiva, o con il restauro chirurgico (*transcervical fallopian tube catheterization*) o microchirurgico della permeabilità tubarica (salpingostomia o fimbrioplastia). Queste e altre tecniche mirano a risolvere il problema che era all'origine della sterilità, in modo che la coppia possa avere atti coniugali con un esito procreativo, senza che il medico debba interferire direttamente nell'atto coniugale stesso. Queste terapie

²¹ PIO XII, *Discorso ai partecipanti al IV Congresso Internazionale dei Medici Cattolici*, 29 settembre 1949: AAS 41 (1949) 560. Ripreso da *Donum vitae*, II, B, 6.

dell'infertilità e restauro della fertilità tramite una ricostruzione delle tube sono sempre lecite, e devono essere incoraggiate. Soltanto la cura ormonale consistente nella stimolazione ovarica richiede particolare attenzione e cautela, per evitare situazioni che poi vengono erratamente affrontate mediante la riduzione embrionaria.

Ma vediamo ora le tre tecniche menzionate all'inizio.

1. L'inseminazione artificiale impropriamente detta

Secondo gli insegnamenti di Pio XII e di *Donum vitae* sono ammissibili gli interventi mediante i quali gli sposi, nel quadro di un atto coniugale completo, cercano di migliorare l'esito procreativo di questo atto, tramite un semplice spostamento dello sperma in un posto più favorevole alla fecondazione. Si tratta di un "trasferimento dello sperma dopo atto coniugale". Sono anche leciti gli interventi di inseminazione omologa in una coppia infertile nella misura in cui il seme è raccolto nel quadro di un atto coniugale (*post-coital sperm retrieval*), ad esempio mediante un raccoglitore (coppa vaginale perforata o preservativo perforato). Il problema di queste tecniche di aiuto è la povertà dei suoi risultati.

Si è cercato di migliorare l'esito procreativo di tale inseminazione mediante un intervento medico che porta il seme alla cervix uterina (inseminazione intracervicale: ICI), direttamente all'utero (*intrauterine insemination*: IUI), possibilmente associata con una perfusione di una sospensione di seme nelle tube (*fallopian tube sperm perfusion*: FSP), nella tuba (*sperm intrafallopian transfer*: SIFT), o nella cavità peritoneale (*intra peritoneal insemination*: IPI o *direct intraperitoneal insemination*: DPI). Queste tecniche si associano spesso alla stimolazione ovarica e richiedono generalmente certe procedure volte al miglioramento della capacità dello sperma, mediante separazione, "washing out", concentramento, e selezione (in caso di oligozoospermia, oligoasthenospermia). L'inseminazione omologa intrauterina, spesso combinata con una stimolazione ovarica è tecnicamente semplice e ottiene risultati apprezzabili (percentuali di gravidanza per ciclo dal 12,6 al 21,7% a seconda degli autori). Il prelievo del seme può essere effettuato durante l'atto coniugale. Non è possibile, però, immettere seme fresco direttamente nella cavità uterina, perché questo può comportare come rischio un'accentuata attività contrattile della muscolatura uterina, scatenata dalle prostaglandine contenute nel plasma seminale, e il rischio di infezioni pelviche nella donna dal momento che il seme non è sterile. Inoltre, il seme appena eiaculato non è in grado di fecondare la

cellula uovo: deve essere prima capacitato, una operazione che avviene, nella fecondazione naturale, nelle vie genitali femminili prima che gli spermatozoi raggiungono il terzo esterno della tuba. Infine, dato che la IUI è indicata generalmente in caso di infertilità maschile, il liquido seminale deve essere preparato allo scopo di selezionare una popolazione di spermatozoi con alto indice di motilità. Viene quindi richiesto l'intervento del medico in ambulatorio o in clinica.

Quando viene superata la semplice inseminazione intra-vaginale, si pongono dei dubbi fino a quando la tecnica messa in atto continua ad essere aiuto e quando comincia ad essere sostituzione dell'atto coniugale. Si pone al moralista il problema di capire l'esatto significato dell'insegnamento di Pio XII e della sua ripresa in *Donum vitae*.

In un suo autorevole commento del Discorso di Pio XII del 1949, Hürth offriva tre chiarimenti importanti²²:

1) Il Discorso di Pio XII non intende dire quali sono concretamente questi mezzi di aiuto, ma soltanto che questi mezzi non rientrano nel giudizio morale negativo formulato, e perciò dalle parole del Pontefice non è possibile trarre un chiarimento a questo riguardo, dato che egli non ha voluto darlo²³.

2) Sui diversi metodi che aiutano l'atto coniugale a raggiungere il suo scopo naturale non esiste un'opinione comune tra i moralisti. Oggetto di discussione sono soprattutto i metodi che raccolgono lo sperma con una siringa, operazione che potrebbe sembrare un'interruzione del processo naturalmente iniziato. Tra le diverse opinioni viene citata anche quella di Merkelbach, secondo il quale è importante per la liceità la condizione che lo sperma non sia estratto dalla vagina²⁴.

²² Cfr. F. HÜRTH, *Annotationes*, in «Periodica de re morali, canonica e liturgica» 38 (1949) 282-295.

²³ «Quid de his auxiliis artificialibus accessoriis fec. naturalis sentiri debeat, *ex ipsa Allocutione erui non potest* —(quia de his evidenter deliberato consilio agere recusat)— sed aliunde disci e dijudicari debet» (*Ibid.*, p. 293; sott. nostra).

²⁴ Merkelbach, dopo aver dato un giudizio decisamente negativo sull'inseminazione artificiale, precisa: «Aliud esset si rite peracta copula et semine non ad ostium quidem sed *in introitu vaginae* deposito, ibi, *quin ex vagina extrahatur*, recolligeretur et ope syphunculi profundius ad uterum traiceretur. Sic enim nullo momento semen ordinatione sua ad finem generationis privaretur; unde id non videtur esse nisi adiuvere naturam» (*Summa Theologiae Moralitatis*, III, n. 938, nota 1).

3) Alla fine conclude Hürth: dato che la questione è controversa tra gli autori seri, né i medici né i coniugi devono essere inquietati se usano metodi che presuppongono la capacitazione dello sperma fuori dal corpo della donna²⁵.

Fra gli autori più seri fu accettata la distinzione tra inseminazione artificiale propriamente detta e inseminazione impropriamente detta. «Su questa c'è *consenso unanime tra i teologi moralisti*: si ritiene lecita moralmente l'inseminazione artificiale omologa con seme prelevato con metodi che *presuppongono* l'atto coniugale vero e proprio»²⁶. C. Caffarra studia il caso in cui è richiesto un intervento che consiste nell'iniettare il liquido seminale, con inseminazione endouterina o anche endotubarica (*high insemination*) oppure con inseminazione cervico-vaginale o anche puramente vaginale (*low insemination*). Questo secondo caso può presentarsi sotto *due forme* diverse: fra i due sposi si ha un rapporto sessuale vero e proprio oppure non si dà un rapporto normale in quanto lo sposo o usa il condom o interrompe il coito e lo compie «inter foemora»²⁷. Caffarra ritiene che la prima forma può essere accettata, «probabilmente, anche nel caso, mi sembra, di eiaculazione retrograda. Si tratta infatti di un aiuto puro e semplice che non si sostituisce alla intimità coniugale dei due sposi. *Anche se il liquido seminale, prima di essere più profondamente immesso, venisse estratto dalla vagina ed eventualmente, per ragioni mediche, manipolato*. Molto più difficile risulta dare un giudizio certo sulla seconda forma in cui può presentarsi il caso. Se il condom è perforato e una parte del seme è immessa in vagina ed una parte ritenuta in esso, non giudicherei improbabile un giudizio etico positivo»²⁸. Poi aggiunge che ritiene non lecita l'inseminazione negli altri casi (coito interrotto, inter foemora, condom non perforato).

Donum vitae spiega che deve esserci un legame tra la procreazione e l'atto coniugale. Per alcuni autori questo legame è rispettato sempre che la

²⁵ «At cum res controvertatur inter auctores serios, neque medici neque coniuges, stante hac controversia, inquietandi sunt, si hac methodo uti volunt» (F. HÜRTH, *Annotationes*, cit., pp. 294-295).

²⁶ D. TETTAMANZI, *Bambini fabbricati*, Piemme, Casale Monferrato 1985, p. 27.

²⁷ Cfr. C. CAFFARRA, *Riflessione etico-teologica sulla inseminazione artificiale*, «Medicina e Morale» 30/2 (1980) 130.

²⁸ *Ibid.*, p. 131 (sott. mia). Oggi si ammette comunemente che l'atto coniugale in cui si usa un condom perforato, per esempio per poter realizzare un'analisi clinica dello sperma, è un vero atto coniugale.

tecnica presupponga un atto coniugale vero e proprio²⁹. Altri autori sembrano esigere qualche cosa in più. C. Caffarra osserva che, pur ammettendo che il processo procreativo è in parte attività libera della persona e in parte processo non libero che avviene nella persona, «ciò che non è fuori discussione per nulla, a giudizio dell'Istruzione, è *il rapporto* che deve esserci fra questi due momenti: il secondo deve essere o non un'*immediata* conseguenza del primo (o —il che è lo stesso— ciò che pone le condizioni del processo naturale deve essere un atto di amore personale?) Oppure quel processo può essere posto da un atto *diverso* dall'atto coniugale?»³⁰. J. Seifert ritiene che, affinché un intervento medico possa essere definito assistenza all'atto coniugale, tra esso e gli effetti deve esserci una chiara continuità. Un'interruzione totale del processo, un iato fra l'atto coniugale e l'effetto implicherebbe che quest'ultimo dipende innanzitutto dal atto medico, mancando la debita continuità. Perché si possa parlare di assistenza è richiesto che l'intervento medico abbia una funzione di servizio relativamente modesta in rapporto alla causa principale, che è l'atto coniugale. Durante l'intervento medico l'effetto deve mantenersi all'interno del processo scaturito dall'atto personale³¹.

A nostro avviso, perché l'intervento medico sia assistenza e non sostituzione dell'atto coniugale, non basta che l'atto coniugale normalmente compiuto sia presupposto, ma è anche necessario che venga rispettata l'unità e la continuità logica e temporale del processo iniziato dal normale atto coniugale. *Ci sembra che questa tesi può essere affermata con certezza*, e un esempio basterà a dimostrarlo. Se si procede all'inseminazione con il seme raccolto dal fondo vaginale dopo un atto coniugale normalmente compiuto *due anni fa* (prima che il marito partisse per andare in guerra, dalla quale ancora non è tornato) e poi congelato e scongelato, abbiamo un intervento medico che, pur

²⁹ Cfr. per esempio: E. SGRECCIA — M.L. DI PIETRO, *Procreazione artificiale*, in *Nuovo Dizionario di Teologia Morale*, Paoline, Cinisello Balsamo 1990, pp. 994-1007. Loro affermano: «Per quanto riguarda in particolare il tipo di tecniche che si configurano come aiuto e non sostituzione dell'atto coniugale, si fa riferimento a quella procedura, chiamata anche 'inseminazione artificiale impropriamente detta', che consiste nel prelievo del seme maschile dopo l'atto coniugale, per un accompagnamento e veicolazione che lo porti a superare gli ostacoli per un pieno successo» (p. 1004).

³⁰ C. CAFFARRA, *Il dono della vita: introduzione antropologica*, in E. SGRECCIA (ed.), *Il dono della vita*, cit., pp. 115-116.

³¹ Cfr. J. SEIFERT, *Substitution of the conjugal act or assistance to it? IVF, GIFT, an some other medical interventions. Philosophical reflections on the Vatican Declaration "Donum vitae"*, «Anthropotes» IV/2 (1988) 273-286.

presupponendo l'atto coniugale, è manifestamente contrario ai principi dell'Istruzione *Donum vitae*, perché in esso non c'è unità né continuità tra l'atto coniugale e le altre fasi del processo procreativo, che in realtà vengono messe in moto dal intervento medico. L'atto coniugale è ridotto a un semplice metodo o occasione per la raccolta del liquido seminale.

Ciò che invece risulta difficile e problematico è formulare in termini concreti quali sono le esigenze dell'unità e continuità del processo procreativo che bisogna rispettare assolutamente. Da una parte, si corre il rischio di dar luogo ad un'incresciosa casistica su minuti, ore o giorni (la necessaria continuità tra atto coniugale e processo procreativo è rispettata se il liquido seminale raccolto è preparato in laboratorio durante 2 ore? e se trascorrono 4 ore? e se trascorrono 6? e così via). Dall'altra, dato che Pio XII e *Donum vitae* si sono limitati a formulare un criterio generico, senza voler pronunciarsi su metodiche concrete, una risposta negativa che voglia essere più concreta richiede dei criteri sicuri e ben fondati. In assenza di un pronunciamento del Magistero della Chiesa, il nostro personale parere è che il fatto che una parte dello sperma debba essere estratto fuori dal corpo per un po' di tempo non pone problemi morali gravi. Certamente lo spazio di tempo e l'intervento del medico deve essere tale da non rompere palesemente la continuità tra l'atto coniugale e il processo procreativo, e non deve assumere un'importanza tale da rendere l'atto coniugale una semplice procedura per la raccolta dello sperma. La nostra opinione è che lo spazio temporale tra l'atto coniugale e l'atto che mette nel corpo umano il seme prima estratto può essere di alcune ore, non di alcuni giorni.

2. La tecnica LTOT

La procedura inizialmente conosciuta sotto l'appellativo di LOT (*Low Ovum Transfer*) o LTOT (*Low Tubal Ovum Transfer*) è stata sviluppata nell'ospedale St. Elizabeth's Medical Center of Dayton (Ohio), negli anni 1983-1985, come un aiuto alla procreazione per donne affette da una assenza, atresia o blocco della permeabilità delle tube. Il suo scopo era limitato, nel senso che questa tecnica intendeva soltanto, una volta compiuto un atto coniugale, aggirare l'ostacolo o il difetto delle tube, portando nella parte bassa della tuba di Fallopio, tramite laparoscopia, l'ovocita (gli ovociti?) maturo raccolto dall'ovario della sposa. La fecondazione poi veniva attuata attraverso l'atto naturale.

Questa tecnica non ha avuto alcun successo, e il suo interesse è stato più a livello della riflessione etica che a livello pratico. Effettivamente, si poteva considerare la LTOT come una tecnica di “aiuto”, non sostitutiva, nella misura in cui l’atto coniugale era direttamente causa della fecondazione dell’ovocita così trasferito, senza manipolazione dei gameti maschili. Gli autori della LTOT l’hanno modificata in maniera da renderla in pratica uguale alla GIFT, della quale ci occupiamo di seguito.

3. La GIFT

La GIFT (*Gametes Intrafallopian Transfer*) è stata proposta da Ash e coll. nel 1984³². In questa tecnica vengono raccolti i due gameti, introdotti in un catetere e separati da una bolla d’aria, e depositati nel segmento ampollare della tuba, nella quale avviene di seguito la fecondazione. Naturalmente, si presuppone che almeno una delle tube sia un buon stato. L’ovocita o gli ovociti vengono prelevati attraverso un intervento laparoscopico che richiede l’anestesia generale (come per la FIVET). Lo sperma maschile potrebbe essere prelevato in occasione di un atto coniugale. La GIFT non comporta manipolazione alcuna dell’embrione, ma dà luogo, come la FIVET, ad una percentuale più alta di gravidanze ectopiche (media di 5.5 %, contro lo 0.8 % in natura)³³. Ci sono anche perdite di embrioni, certamente non intenzionali, anche se eticamente discutibili se sono stati utilizzati più ovociti.

La GIFT ha suscitato maggiore interesse, perché offriva tassi di riuscita notevoli e, dall’altra parte, fu presentata come più rispettosa della vita dell’embrione e della dignità della sessualità. L’iniziale interesse è calato successivamente, perché la percentuale di successi è rimasta inalterata, mentre la FIVET è aumentata un po’. Molti sono passati all’ICSI.

L’Istruzione *Donum vitae* non si pronunciò sulla moralità della GIFT, e fino a questo momento il Magistero della Chiesa non ha preso posizione. Certamente essa ha il vantaggio di non implicare la manipolazione di embrioni. Ma comporta un aumento delle gravidanze ectopiche, e una percentuale di

³² Cfr. R.H. ASCH - L.R. ELLSWORTH - J.P. BALMACEDA - P.C. WONG, *Pregnancy after translaparoscopic gamete intrafallopian transfer*, «The Lancet», 8410 (1984) 1034-1035; ID., *Birth following gamete intrafallopian transfer*, «The Lancet», 8447 (1985) 163.

³³ Cfr. M.L. DI PIETRO - A.G. SPAGNOLO - E. SGRECCIA, *Meta-analisi dei dati scientifici sulla GIFT: un contributo alla riflessione etica*, «Medicina e Morale» 40/1 (1990) 13-40.

aborti spontanei non indifferente (dal 15.5% al 39.2%), cifra che non tiene conto degli aborti precoci non evidenziabili clinicamente³⁴. È vero che anche in natura ci sono aborti spontanei, e anche molti precoci, ma le due situazioni non sono del tutto equiparabili, soprattutto quando viene utilizzata la stimolazione ovarica³⁵.

Da un altro punto di vista, sembra che nella GIFT il ruolo della procedura tecnica è molto determinante, fino al punto che difficilmente potrebbe essere considerato come un semplice “aiuto”. Dell’atto coniugale si potrebbe fare a meno, e quando non si fa, sembra in realtà un espediente per la raccolta dello sperma, e così «sarebbe l’atto coniugale a costituire un mezzo di aiuto e di facilitazione per la GIFT, mentre il bambino concepito rappresenterebbe più il “frutto” delle procedure tecniche che dell’amore coniugale»³⁶. Il medico acquista una responsabilità molto diretta, e quindi c’è sempre il rischio ipotetico di procedere al controllo della qualità dell’embrione. Altri autori pensano invece che se la GIFT viene intrapresa dopo una relazione coniugale, in modo che una parte dello sperma maschile resti nel corpo della sposa, che eventualmente potrebbe arrivare a fecondare l’ovocita, l’intervento del medico non farebbe altro che riposizionare *ad hoc* i gameti nella tuba dopo la relazione coniugale, aiutandolo a raggiungere il suo scopo naturale nel posto anche naturale (il segmento ampollare della tuba). Riposizionare i gameti non sarebbe sostituire l’atto coniugale: sarebbe aiutare questo atto a superare barriere o limiti che ostacolano il raggiungimento del suo fine naturale³⁷.

Ci sembra che le argomentazioni date pro e contro non consentono di arrivare ad un giudizio morale apodittico. La nostra opinione tuttavia è tendenzialmente negativa. I protocolli che abbiamo potuto pendere in esame ci fanno pensare che è molto facile che, nella pratica, le condizioni stabilite dalla *Donum vitae* per l’ammissibilità etica di una tecnica di aiuto alla procreazione

³⁴ Cfr. *ibidem*.

³⁵ Per una discussione sulla equiparabilità di questi aborti spontanei con quelli che avvengono in natura, si veda: A. RODRÍGUEZ LUÑO - R. LÓPEZ MONDÉJAR, *La fecondazione “in vitro”: aspetti medici e morali*, cit., pp. 82-89.

³⁶ R. MINACORI - A.G. SPAGNOLO, *È compatibile la GIFT con l’insegnamento della “Donum vitae”*, «Medicina e Morale» 48/1 (1998) 204.

³⁷ Per la discussione delle diverse argomentazioni pro e contro, si veda J.F. DOERFLER, *Is GIFT compatible with the Teaching of Donum Vitae*, «The Linacre Quartely» 64/1 (1997) 16-29; ID., *Assisting or Replacing the Conjugal Act. Criteria for a Moral Evaluation of Reproductive Technologies*, «The Linacre Quartely» 67/3 (2000) 22-66.

vengano disattese³⁸. Perciò, sul piano pastorale, la nostra raccomandazione sarebbe di non ricorrere a questa tecnica e, in ogni caso, occorrerebbe far studiare ad esperto il concreto protocollo che viene seguito nella struttura a cui eventualmente ci si intendesse affidare.

³⁸ Si vedano le analisi dei protocolli realizzati da F. MERNES RUFFINELLI, *El método GIFT: estudio ético-médico*, tesi di dottorato discussa nella Pontificia Università della Santa Croce, Roma 1989.