

La procreazione con assistenza medica

Considerazioni etiche e proposte
per il futuro

Parere n. 22/2013

Berna, dicembre 2013

Approvato dalla Commissione il 12 dicembre 2013

Membri della Commissione :

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Otfried Höffe (presidente), Dr. Ruth Baumann-Hölzle*, Prof. Dr. Annette Boehler, Prof. Dr. Alberto Bondolfi**, Dr. Kurt Ebnetter-Fässler, PhD Carlo Foppa*, Prof. Dr. Olivier Guillod*, Dr. Bertrand Kiefer*, Dr. Jean Martin*, Dr. Judit Pok Lundquist*, Franziska Probst, lic. iur. et lic. phil, Prof. Dr. François-Xavier Putallaz*, PhD Maya Shaha, Prof. Dr. Brigitte Tag.

* Membri del gruppo di lavoro preparatorio

** Presidente del gruppo di lavoro preparatorio

Sigla editoriale

Editore: Commissione nazionale d'etica per la medicina, CNE

Redazione: Simone Romagnoli, PhD

Grafica e layout: Künzle-Druck AG, John Huizing, Zurigo

Recapito: www.nek-cne.ch o segretariato NEK-CNE, c/o UFSP, 3003 Berna

Contatto: nek-cne@bag.admin.ch

Il parere è pubblicato in tedesco, francese e italiano. È disponibile in inglese su www.nek-cne.ch.

© 2013 Commissione nazionale d'etica per la medicina, Berna

Riproduzione consentita con indicazione della fonte.

La CNE-NEK ringrazia le persone e le istituzioni che, direttamente o indirettamente, hanno contribuito a chiarire problemi scientifici e consentito l'elaborazione del presente documento: Dorothea Wunder (CHUV, Losanna); Andrea Büchler (Università di Zurigo); Colette Rogivue (Ufficio federale della sanità pubblica, Berna); Urs Scherrer (Inselspital, Berna); Matthias Till Bürgin (Ufficio federale della sanità pubblica, Berna), Peter Forster (Ufficio federale della sanità pubblica, Berna).

Indice

Prefazione	5
Elenco delle abbreviazioni	6
Presentazione del problema	7
1. Introduzione e contestualizzazione	9
1.1 Il contesto di emergenza della LPAM: controprogetto indiretto.	9
1.2 Evoluzione della società e trasformazione delle strutture familiari.	9
1.3 Trasformazioni più globali: pluralismo, tecnoscienza e medicalizzazione.	10
1.4 Aspetti tecnici della PAM	12
1.4.1 La fecondazione in vitro (FIV).	12
1.4.2 La crioconservazione: principi e nuove applicazioni	13
a) La crioconservazione del tessuto ovarico	14
b) La crioconservazione del tessuto testicolare.	14
c) L'«autoconservazione sociale»	14
1.5 Considerazioni della CNE sulle modalità di crioconservazione	15
1.5.1 L'«autoconservazione sociale».	15
1.5.2 Il divieto di conservare gli embrioni	16
1.6 Considerazioni della CNE sulle possibilità offerte dalla PAM e sul turismo medico.	17
2. I valori normativi della legge	18
2.1 La dignità umana	19
2.1.1 Implicazioni di portata più generale	22
2.2 La famiglia	23
2.3 Il benessere del nascituro	24
2.4 La «natura» e il «naturale»	25
2.5 La libertà personale (persona).	26
3. Discussione critica e parere	26
3.1 La libertà di procreare	26
3.2 DPI (art. 5 lett. b; art. 5a del progetto di legge)	28
3.2.1 Considerazioni della CNE.	29
a) Aspetti giuridici	29
b) Aspetti etici: DPI e DPN.	30
c) Aspetti etici: DPI e screening.	31
d) Aspetti etici: DPI e tipizzazione HLA.	32
3.3 Le limitazioni alla libertà di procreare	34
3.3.1 Subordinazione al benessere del nascituro (art. 3 cpv. 1).	34
3.3.2 Condizioni di accesso alle tecniche PAM	35
a) Riservata alle coppie con le quali insorge un rapporto di filiazione (art. 3 cpv. 2 lett. a).	35
b) Età, situazione personale e maggiore età (art. 3 cpv. 2 lett. b)	36
c) Solo una coppia sposata può far ricorso alla donazione di spermatozoi (art. 3 cpv. 3).	37

d) Permesso di rimediare alla sterilità (art. 5 cpv. 1 lett. a)	37
3.4 Sviluppo di embrioni (art. 17)	38
3.5 I divieti: donazione di ovuli ed embrioni, maternità sostitutiva (art. 4)	40
3.6 Valutazione etica del divieto della maternità sostitutiva	41
3.6.1 Il principio del non-nuocere (<i>harm principle</i>)	42
a) Per il bambino	43
b) Per la madre portante	44
3.6.2 Implicazioni per la convivenza nella società	45
3.6.3 La normatività della «natura» e del «naturale»	47
3.6.4 Il ruolo del disaccordo nello Stato pluralista	47
4. Le buone pratiche mediche	49
5. Riassunto e proposte della CNE.	50
Bibliografia	52

Prefazione

La procreazione con assistenza medica (PAM) – una particolare forma di riproduzione umana – ha un impatto sulla costruzione del legame intergenerazionale, le relazioni sociali e l'ordine pubblico. Proprio per questo lo Stato interviene e legifera in questo campo. Il quadro di tale intervento merita un esame approfondito, in particolare rispetto alle sue giustificazioni normative. Lo Stato è infatti inevitabilmente condotto a definire cos'è una famiglia o il benessere del nascituro, nonché ad autorizzare o vietare determinate pratiche come la donazione di sperma, di ovuli e di embrioni, la maternità sostitutiva o la diagnosi preimpianto. Tutte queste decisioni stabiliscono, ampliano o limitano dei diritti in materia di procreazione i cui effetti si ripercuotono sull'interpretazione della portata delle libertà individuali e sulla ponderazione degli interessi in gioco.

Il presente parere della Commissione nazionale d'etica per la medicina (CNE) adotta una prospettiva generale e include un vasto ventaglio di problematiche che interessano e preoccupano la popolazione. Due ragioni, una interna e l'altra esterna, spiegano la scelta di tale prospettiva: da un lato gli sviluppi tecnici e sociali in materia di PAM, che hanno messo in moto un'intensa attività normativa in un lasso di tempo molto breve; e dall'altro, la nuova composizione della Commissione a partire dal 2014.

La Commissione è stata istituita in virtù dell'articolo 28 della legge federale concernente la procreazione con assistenza medica (LPAM), entrata in vigore il 1° gennaio 2001. I compiti affidati alla Commissione sono, fra l'altro, di seguire l'evoluzione della medicina umana nel campo della tecnologia della procreazione, fungere da consulente etico nelle relative questioni sociali, giuridiche e di scienze naturali; elaborare direttive complete della presente legge; di rilevare lacune nella legislazione; di informare il pubblico in merito a scoperte importanti e promuovere la discussione di questioni etiche in seno alla società. Pur essendosi espressa più volte sulla diagnosi preimpianto, si veda ad esempio le risposte alle procedure di consultazione del 2009 e 2011 relative rispettivamente al progetto di modifica della legge federale sulla medicina della procreazione e la modifica dell'articolo 119 Cost., la Commissione ha ritenuto opportuno, per una migliore comprensione del problema, presentare un documento completo che abbracciasse tutte le implicazioni inerenti alla PAM nonché le sue interconnessioni normative e concettuali. A queste considerazioni si è aggiunta una circostanza esterna alla discussione. Quest'anno, alcuni membri della Commissione giungono al termine del loro mandato, dopo aver seguito per quattordici anni l'appassionante dibattito sulla PAM. La Commissione ha ritenuto che fosse giunto il momento di tentare di offrire una lettura completa degli sviluppi registrati e delle conseguenze normative che le sembrano implicare.

Con il presente parere, la Commissione non pretende certo di dire l'ultima parola in questo dibattito così delicato e controverso – in cui le posizioni di fondo rimangono talvolta inconciliabili – ma nutre la speranza di contribuire a una comprensione informata e più ampia delle problematiche etiche relative alla PAM, una comprensione che costituisce una premessa indispensabile per un dibattito pubblico costruttivo e per l'elaborazione di un quadro legislativo adeguato.

Otfried Höffe, presidente

Elenco delle abbreviazioni

CCNE	Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé Comitato consultivo etico francese per le scienze della vita e la sanità
CEDU	Corte europea dei diritti dell’uomo
COFF	Commissione federale di coordinamento per le questioni familiari
DPI	Diagnosi preimpianto (<i>Preimplantation Genetic Diagnosis</i>)
DPN	Diagnosi prenatale
eSET	Trasferimento elettivo di un singolo embrione (<i>Elective Single Embryo Transfer</i>)
FIV	Fecondazione in vitro
HLA	Antigeni dei leucociti umani (<i>Human Leukocyte Antigen</i>)
HSCT	Trapianto di cellule staminali emopoietiche (<i>Hematopoietic Stem Cell Transplantation</i>)
ICSI	Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (<i>Intracytoplasmic sperm injection</i>)
ITT	Tessuto testicolare immaturo (<i>Immature Testicular Tissue</i>)
LCel	Legge federale concernente la ricerca sulle cellule staminali embrionali
LUD	Legge federale sull’unione domestica registrata di coppie omosessuali
LPAM	Legge federale concernente la procreazione con assistenza medica, detta anche Legge sulla medicina della procreazione
OCNE	Ordinanza sulla Commissione nazionale d’etica in materia di medicina umana
UST	Ufficio federale di statistica
OPAM	Ordinanza sulla medicina della procreazione
OTC	Crioconservazione di tessuto ovarico (<i>Ovarian Tissue Cryopreservation</i>)
PGD	Diagnosi genetica preimpianto (<i>Preimplantation Genetic Diagnosis</i>)
PGS	Screening preimpianto (<i>Preimplantation Genetic Screening</i>)
PAM	Procreazione con assistenza medica
TTCP	Crioconservazione di tessuto testicolare (<i>Testicular Tissue Cryopreservation</i>)
WGSA	Sequenziamento e analisi dell’intero genoma (<i>Whole Genome Sequencing and Analysis</i>)

Presentazione del problema

La legge sulla procreazione con assistenza medica (LPAM) e l'ordinanza sulla medicina della procreazione (OPAM) sono entrate in vigore il 1° gennaio 2001 in un contesto socio-politico controverso. In seguito a un'iniziativa popolare, il dibattito pubblico e parlamentare si era focalizzato sin dall'inizio sulla protezione dell'essere umano dagli abusi dello sviluppo tecnologico. L'articolo 119 della Costituzione federale sulla medicina riproduttiva e l'ingegneria genetica in ambito umano, approvato a grande maggioranza dai Cantoni e dal popolo nel 1992, stabiliva allora un quadro legislativo per l'accesso a queste tecniche, che è diventato uno dei più restrittivi d'Europa e associava le tecniche di procreazione medicalmente assistita all'ingegneria genetica applicata alle pratiche mediche. Da allora, tra la popolazione, la percezione dei pericoli inerenti alla procreazione con assistenza medica (PAM) e alle sue applicazioni è cambiata. Lo testimoniano il progetto di modifica dell'articolo costituzionale – progetto che prevede un'eventuale abolizione del divieto della diagnosi preimpianto e che, se accettato dal Parlamento, sarà sottoposto a votazione popolare –, e le recenti attività parlamentari in materia di donazione di ovuli e maternità sostitutiva¹. La stessa Commissione nazionale d'etica per la medicina (CNE) deve la sua esistenza alla legge concernente la procreazione con assistenza medica (art. 28 LPAM), essendo stata istituita proprio allo scopo di seguire l'evoluzione della medicina umana nel campo della tecnologia della procreazione, di elaborare delle direttive complementari e individuare eventuali lacune nella legislazione esistente. L'Ordinanza sulla CNE (OCNE) ha indubbiamente ampliato il campo di attività della Commissione, ma il fatto che la Commissione sia ancorata nella legge sulla medicina della procreazione la rende particolarmente attenta ai cambiamenti riguardanti questa pratica e alle loro implicazioni etiche. Per questo motivo, la Commissione ha voluto prendere posizione su un vasto ventaglio di problematiche, senza sottovalutare la complessità delle questioni in gioco, il loro carattere controverso e la difficoltà del compito. In effetti, è interessante notare che, nonostante la manifesta evoluzione della società negli ultimi venti anni, le trasformazioni osservate nelle strutture delle economie domestiche (nuove forme di famiglia) e nelle mentalità non sono direttamente normative, cioè la loro semplice esistenza non impone una revisione del diritto in vigore, né un riconoscimento morale *a posteriori*. D'altro canto è importante ammettere che questi cambiamenti non sono neutri né privi di conseguenze. Al contrario: essi generano tra la popolazione delle nuove sensibilità e aspettative, dei modi diversi di concepire la società, di valutare i limiti delle libertà individuali e le condizioni generali del vivere comune.

La Commissione si è trovata così di fronte alla difficoltà di tener conto di tutti questi fenomeni nella sua riflessione. In altre parole ha dovuto affrontare la sfida che queste rivendicazioni rappresentano per il lavoro normativo. A questo scopo ha deciso di adottare due diversi approcci. Da un lato, ha sottoposto le pratiche legate alle possibilità create dalla PAM a un esame critico basato sui valori normativi enunciati dalla LPAM. Dall'altro, ha analizzato con occhio critico questi stessi valori, tenendo conto del fatto che l'evoluzione delle mentalità e delle pratiche ne influenzano l'interpretazione. Ha dunque deciso di sottoporre a verifica i molteplici divieti attualmente in vigore (in particolare donazione di ovuli, donazione di embrioni e maternità sostitutiva) e i valori (giuridici ed etici) sui quali si fondano tali divieti. La questione della legittimità e della validità di tali proibizioni merita di essere riconsiderata. La Commissione ritiene che le pratiche legate alla PAM non rappresentino solo delle minacce, ma che possano anche arricchire la comprensione e la condivisione di certi valori in seno alla società. Come spesso avviene

1 Cfr. l'iniziativa parlamentare 12.487 Neiryneck, *Autorizzare la donazione di oociti*, consultabile all'indirizzo: http://www.parlament.ch/i/suche/pagine/geschaefte.aspx?gesch_id=20120487, e il postulato 12.3917 Fehr, *Rapporto sulla maternità surrogata*, consultabile all'indirizzo: http://www.parlament.ch/i/suche/pagine/geschaefte.aspx?gesch_id=20123917; il Consiglio federale ha risposto al postulato il 29 novembre 2013 (cfr. Rapporto, 2013).

in tutti i campi dell'attività umana, anche la PAM è ambivalente e richiede un'oculata ponderazione dei valori e delle sensibilità esistenti. Molte persone osservano con inquietudine l'evoluzione della PAM, perché i suoi metodi spianano la strada a determinate applicazioni nel campo dell'ingegneria genetica e possono anche condurre a dei meccanismi di controllo abusivo della fecondità femminile.

In questo documento, la Commissione affronta numerose questioni legate alla procreazione con assistenza medica. Non tiene invece conto di eventuali accordi in materia di procreazione stipulati a titolo privato da coppie o individui con terzi. Per questo motivo, il parere si riferisce a situazioni che sono oggetto di una regolamentazione, ossia autorizzazione o divieto, nel quadro della LPAM. Per contro, la Commissione ha scelto di trattare la diagnostica preimpianto in modo non circostanziato, essendosi già espressa in varie occasioni sull'argomento (CNE, 2007; CNE, 2005)².

Il documento è articolato in cinque parti:

1. Introduzione e contestualizzazione
2. I valori normativi della legge
3. Discussione critica e parere
4. Le buone pratiche mediche
5. Riassunto e proposte della CNE

Nella prima parte, il documento presenta dati (tecnici e statistici) riguardanti la PMA e li correla con informazioni più generali, che permettono di illustrare la complessità delle questioni sollevate da questa pratica. Nella seconda parte, la Commissione presenta i valori che, in modo esplicito o implicito, determinano la logica della LPAM, evidenziando le possibili interpretazioni di questi valori. Nella terza parte, la Commissione discute in modo critico le implicazioni e le conseguenze etico-giuridiche del dispositivo legislativo messo in atto. La quarta parte sottolinea l'importanza di assicurare, tramite la LPAM, una pratica medica conforme agli standard attualmente riconosciuti. Nella quinta e ultima parte, la Commissione presenta le sue raccomandazioni.

Attraverso il presente documento, la Commissione desidera contribuire al dibattito che in Svizzera, come in altri paesi, accompagna l'applicazione delle tecniche di assistenza medica alla procreazione. La Commissione ha scelto di presentare una visione d'insieme delle problematiche etiche legate alla PAM, ma si riserva la libertà di ritornare più specificatamente su alcune di queste problematiche per approfondirne le sfide normative.

² Cfr. anche le risposte alle procedure di consultazione del 2009 e 2011 relative rispettivamente al progetto di modifica della legge federale sulla medicina della procreazione (autorizzazione della diagnosi preimpianto) e la modifica dell'articolo 119 Cost. e della legge sulla medicina della procreazione.

1 Introduzione e contestualizzazione

1.1 Il carattere di emergenza della LPAM: controprogetto indiretto

Nel 1993, l'iniziativa popolare «Per una riproduzione rispettosa della dignità umana», intesa a vietare in assoluto il concepimento al di fuori del corpo della donna e l'utilizzo di cellule germinali di terzi ai fini della procreazione con assistenza medica (PAM), aveva condotto il Consiglio federale a elaborare un progetto di legge che costituiva un controprogetto indiretto a questa iniziativa. Il tenore volutamente restrittivo della legge e l'autorizzazione limitata a certe forme di PAM si spiegano con la volontà di proteggere e rispettare la vita e la dignità umana, evitando al contempo un divieto generale di questi metodi. Il controprogetto indiretto fu infine approvato dalla popolazione. Il 1° gennaio 2001 entrò così in vigore la Legge federale del 18 dicembre 1998 concernente la procreazione con assistenza medica (Legge sulla medicina della procreazione, LPAM). In questo contesto fortemente negativo, la popolazione svizzera aveva rinunciato a un divieto generale della PAM, ma si era opposta alla maternità sostitutiva, la donazione di embrioni e di ovuli, nonché la conservazione di embrioni e la diagnosi preimpianto. Quindici anni più tardi, sotto l'influsso dei *cambiamenti sociali* e dello *sviluppo delle tecniche* di assistenza medica alla procreazione, è opportuno chiedersi se i divieti istituiti dalla LPAM siano ancora eticamente giustificati.

1.2 Evoluzione della società

Dagli anni sessanta, l'uso della pillola contraccettiva e la liberalizzazione o depenalizzazione dell'interruzione volontaria della gravidanza hanno contribuito ad alimentare il dibattito nella nostra società sulla riproduzione umana, o più precisamente sul controllo della riproduzione. Inizialmente, questo controllo si è focalizzato sulla sfera della sessualità, che è stata dissociata dalla finalità procreativa. In un primo momento, le rivendicazioni della società civile vertevano sul diritto della donna a gestire il proprio corpo e, più specificatamente, sulla sua *libertà di non procreare*. Più tardi, l'evoluzione delle conoscenze tecniche e scientifiche ha permesso di offrire un trattamento contro l'infertilità³. Con il passare del tempo, la società ha cominciato a considerare l'infertilità come una patologia e ad accettare le terapie sviluppate, al punto tale che le possibilità offerte dalla PAM sono ormai oggetto di una domanda che, indipendentemente dalle indicazioni mediche, permette di realizzare un proprio progetto di vita. Pur non trattandosi di un metodo alternativo, la PAM e la crioconservazione dei gameti sono oggi rivendicate nel nome della *libertà di procreare*. Questa volta, sono le modalità di procreazione a essersi dissociate dalla sessualità. Ne risulta uno stravolgimento del «quadro» naturale della procreazione. Questo fenomeno ha molteplici conseguenze, tra le quali occorre ricordare la scissione tra la madre gestazionale, la parentela genetica e sociale. Questa scissione potrebbe trasformare il modo di determinare la filiazione, o in altri termini il modo di stabilire chi sono *giuridicamente* il padre e la madre di un bambino, decisione che determina il tipo di forma familiare socialmente ammessa.

Nel 2009, la Commissione federale di coordinamento per le questioni familiari (COFF) ha evidenziato le profonde trasformazioni che si sono prodotte nelle strutture delle economie domestiche, nelle forme familiari e nel concetto stesso di «famiglia» (COFF, 2009). Basandosi sul rapporto statistico 2008 sulle famiglie in Svizzera, stilato dall'Ufficio federale di statistica (UST, 2008), e sul censimento federale della popolazione 2000, la COFF attirava l'attenzione su alcune tendenze di fondo, cioè: a) il diffondersi delle economie domestiche *single*, composte da un'unica persona (che rappresentano attualmente il

3 Nel presente documento i termini «sterilità» e «infertilità» sono utilizzati come sinonimi. Questa scelta è dettata dalla volontà di facilitare la lettura, nella consapevolezza che le varie discipline usano questi termini (infertilità, infecondità, sterilità, ecc.) con accezioni diverse.

36,4% dei nuclei familiari); b) le costanti trasformazioni delle forme familiari; nonché c) l'individualizzazione dei percorsi di vita. Da segnalare inoltre che il 15% delle persone che vive in nuclei familiari con figli appartiene a una famiglia monoparentale e il 5,7% a una famiglia ricomposta (UST, 2010), cioè una famiglia composta da una coppia che alleva figli di cui almeno uno proviene da una relazione precedente. La COFF faceva notare che la molteplicità dei modelli di vita è una realtà riconosciuta nella nostra società. Sottolineava inoltre quattro elementi particolarmente importanti per l'argomento in questione:

- oggi, gli uomini e le donne si sposano più tardi (in media 31 anni per gli uomini e 29 per le donne) e sono meno giovani alla nascita del loro primo figlio (in media 30 anni per le donne);
- oggi, il numero medio dei figli si è quasi dimezzato rispetto alla metà degli anni sessanta (media attuale: 1,53 figli per donna contro 2,7);
- le coppie divorziate sono triplicate rispetto al 1970 e i figli con genitori divorziati sono raddoppiati;
- è aumentato il numero delle donne che svolgono un'attività lucrativa (il 17% delle madri con uno o più figli sotto i 25 anni lavora a tempo pieno, il 59% lavora a tempo parziale).

Per quanto riguarda la PAM, nel 2012 erano 6 320 le donne che hanno fatto ricorso alla fecondazione *in vitro*; l'età media delle donne che hanno iniziato un trattamento era di 36,2 anni (39,4 per gli uomini), mentre l'età minima rilevata era di 19 anni (21 per gli uomini) e l'età massima era 51 anni (66 per gli uomini) (UST, 2013c). Da un esame per fasce di età risulta che il 9,0% delle donne trattate aveva 29 anni o meno, il 39,3% tra 35 e 39 anni, il 19,8% tra 40 e 44 anni e il 2,2% aveva 45 anni o più (UST, 2013c). Nel 2011, i parti con nascite plurime rappresentavano il 18,3% di tutte le nascite avvenute con PAM (UST, 2013d).

Questa sintesi di dati illustra le profonde trasformazioni in atto a livello di strutture familiari e modi di vita, ma ci consente anche di capire che, se la PAM contribuisce senza dubbio a catalizzare l'attenzione o addirittura le paure della società su queste trasformazioni – attraverso le implicazioni di certe applicazioni tecniche sulla filiazione (in particolare la maternità surrogata, la donazione di ovuli e di embrioni) –, sarebbe riduttivo considerare che essa ne sia il motore dal punto di vista sociale.

1.3 Trasformazioni più globali: pluralismo, tecnoscienza e medicalizzazione

È importante notare che i cambiamenti osservati nelle strutture delle economie domestiche devono essere inseriti nell'ambito di trasformazioni più ampie che interessano le società contemporanee. Tra queste, la CNE mette in evidenza il pluralismo dei valori (in campo normativo), l'aumento del potere tecnologico (in campo scientifico) e la crescente medicalizzazione della vita (in campo sociale).

Il pluralismo dei valori è considerato un «dato di fatto» (Rawls, 1972). È l'effetto diretto di queste trasformazioni che, in una prospettiva storica, ha condotto alla nascita dello Stato moderno. Il riconoscimento e la crescente tutela delle libertà dell'individuo o del cittadino, che si concretizzano nel riconoscimento e la tutela dei suoi diritti (libertà, diritti civili, politici e sociali), sono alla base di un processo avviato, tra l'altro, dalle guerre religiose e da un ribaltamento di prospettiva nella rappresentazione del potere politico – dal sovrano ai sudditi, dallo Stato ai cittadini (Bobbio, 1990). La tolleranza, la libertà e la giustizia diventano così dei valori che regolano l'operato dello Stato; questi principi hanno delle ripercussioni concrete sui limiti d'ingerenza dello Stato nella sfera privata dell'individuo. Di conseguenza, la possibilità stessa di esprimere e realizzare concezioni diverse di ciò che è considerata una vita buona si fonda sull'idea di libertà e tolleranza come principi

superiori. In termini più concreti, l'idea che sia possibile avere ed esprimere pareri diversi in materia di aborto, procreazione, assistenza al suicidio ecc. è inerente alle democrazie liberali.

Questo fenomeno ha diverse implicazioni sul piano etico. Considerato che, al di là di un nucleo di principi fondamentali generalmente riconosciuti, non è più possibile contare sull'esistenza di un solo sistema di valori (che siano religiosi, metafisici, morali o altri), la legittimità delle norme morali dipende quindi dalla qualità della procedura formale di legittimazione o, in altre parole, dal consenso in merito a uno o più principi o norme in seno allo spazio pubblico (naturalmente nel rispetto dei diritti fondamentali) e non dall'imposizione da parte del potere legislativo di una concezione particolare di ciò che dovrebbe essere una vita realizzata. A titolo di esempio, si può affermare che la validità della Dichiarazione universale dei diritti umani si fonda sul *consenso* che essa ha raccolto in seno all'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948. Questo è il motivo per il quale, sul piano dell'etica politica, si assiste al passaggio dalle etiche materiali, cioè quelle che impongono alla collettività un sistema di norme particolari (in questo senso è considerato legittimo ogni atto o comportamento che rispetta un certo sistema di valori uguale per tutti, ma che non è oggetto di un libero consenso) alle etiche formali, ovvero a delle etiche che elaborano un quadro procedurale capace di garantire, in un determinato momento e per una durata limitata, la legittimità delle norme adottate, cioè delle etiche che non dicono cosa è male e bene, ma che descrivono come procedere per poterlo sapere.

Tenuto conto del quadro normativo generale, emerge l'esigenza di sviluppare sul piano pratico o applicato delle etiche più settoriali (etica biomedica, etica economica e degli affari, etica ambientale, ecc.). L'etica biomedica deve così rispondere a degli interrogativi più concreti e specifici, risultanti dallo sviluppo e dall'applicazione delle conoscenze biomediche. Potremmo forse stupirci o deplorare il fatto che la riflessione nel campo dell'etica applicata avviene sempre «*a posteriori*», cioè si limita a seguire gli sviluppi tecnologici; tuttavia bisogna sottolineare che l'etica valuta delle pratiche e ha il compito di analizzare la realtà e gli eventi in modo critico alla luce del nucleo indiscusso dei valori fondamentali, delle conoscenze disponibili e della prudenza auspicabile.

Da qualche secolo la scienza allarga il campo, la portata e l'efficacia delle conoscenze che essa genera. Per sottolineare l'importanza crescente di quest'ultimo aspetto – l'efficacia – è stato coniato il termine «tecnoscienza» (Hottois, 1984). Nel settore in esame, cioè quello della procreazione umana, sono tre gli sviluppi scientifici che hanno contribuito in modo determinante alla realizzazione della PAM: innanzitutto il miglioramento dei sistemi ottici (in particolare ecografia e laparoscopia), in secondo luogo, la produzione degli ormoni sessuali e infine la comprensione dei meccanismi biologici della riproduzione (Orland, 1999) e più in generale gli sviluppi nel campo della genetica. Questi progressi scientifici hanno influenzato in vasta misura il processo di medicalizzazione dell'infertilità.

A ciò si aggiunge l'emergere di un dibattito sull'infertilità e di una percezione di quest'ultima come problema di sanità pubblica (Heitman, 1999). Occorre inoltre ricordare che i paesi industrializzati sono confrontati sempre più a un problema di fertilità, dovuto sia alla tendenza delle coppie a procreare a un'età più avanzata (aumento della sterilità con l'età) sia a un calo della fertilità (imputabile secondo alcuni a fattori ambientali, come i perturbatori endocrini, ma anche al fumo e al sovrappeso). Ne consegue una crescente domanda di assistenza medica alla procreazione. In una prospettiva più ampia, va sottolineato che la tecnoscienza è strettamente legata alla generalizzazione (industrializzazione) delle applicazioni scientifiche. Si osserva pertanto una diffusione e una penetrazione senza precedenti della tecnologia nello spazio pubblico e nella vita privata (basti pensare per esempio ai test genetici liberamente disponibili in Internet e in commercio – senza

prescrizione medica).

Lo stesso vale per il campo medico, dove una medicina di alto livello tecnologico è a disposizione sia dei pazienti sia delle persone che se ne avvalgono per motivi propri. Questa tendenza, associata ai relativi interessi economici, spiega in parte il moltiplicarsi di centri (pubblici e privati) per il trattamento dell'infertilità (complessivamente 27 centri in Svizzera). In seno alla società si osserva anche il ricorso a tecniche mediche o farmaci al di fuori della loro indicazione; l'esempio più palese è quello della chirurgia estetica, ma se ne possono citare molti altri: il taglio cesareo elettivo senza necessità clinica, alcuni trattamenti psico-farmacologici, la medicina «potenziativa» (*enhancement*, doping, ecc.), l'autoconservazione di ovuli (*social freezing*), e la selezione del sesso dei figli (*family balancing*).

Infine è importante evidenziare i progressi compiuti nel campo dell'ingegneria genetica e della diagnostica genetica. Mentre le applicazioni dei metodi della PAM non dipendono da tali progressi, si osserva una maggiore penetrazione di queste tecniche nel campo della PAM, segnatamente per quanto riguarda la diagnosi preimpianto (DPI) e lo *screening* preimpianto (cfr. capitolo 3.2).

1.4 Aspetti tecnici della PAM⁴

Se, nonostante il desiderio di avere un figlio, una donna non riesce a ottenere una gravidanza per «via naturale» entro un certo periodo (Messaggio, 1996) – da uno a due anni a seconda dei criteri –, bisognerà innanzitutto verificare la capacità di procreare della coppia in questione, sia nell'uomo che nella donna, al fine di formulare una diagnosi d'infertilità (una delle due indicazioni attualmente riconosciute per poter accedere alla PAM) e di beneficiare di un'assistenza medica alla procreazione. Nel corso della sua vita riproduttiva, una coppia su sei richiede una consultazione per difficoltà di concepimento.⁵ In Svizzera, nel 2011, tra le coppie che avevano iniziato un trattamento, il 18,2% delle indicazioni riguardavano una sterilità femminile, il 47,7% una sterilità maschile e il 23,3% una sterilità maschile e femminile (UST, 2013c). Per il restante 10%, l'infertilità rimane inspiegata, cioè è «idiopatica». Il tasso di gravidanza è di circa il 30% per ogni ciclo di trattamento.

La PAM riguarda i metodi mediante i quali una gravidanza non è conseguente a rapporto sessuale, bensì segnatamente a inseminazione e fecondazione *in vitro* (FIV) (art. 2 LPAM).

Si ha inseminazione quando la fecondazione ha luogo nel corpo della donna; si parla invece di FIV quando la fecondazione avviene al di fuori del corpo della donna con l'aiuto di trattamenti ormonali e interventi microtecnici.

1.4.1 La fecondazione *in vitro* (FIV)

Sono state sviluppate diverse tecniche: 1) con la tecnica della FIV classica, gli ovuli sono messi a contatto con gli spermatozoi in un terreno di coltura; 2) con la tecnica chiamata *d'iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo* (*Intracytoplasmic sperm injection*, ICSI, o microinseminazione), un singolo spermatozoo viene iniettato direttamente nell'o-

4 Una descrizione più dettagliata di queste tecniche è stata realizzata nel quadro del parere relativo alla ricerca sugli embrioni e i feti umani (CNE, 2006).

5 Fonte: opuscolo «La fécondation in-vitro pour concrétiser le désir d'être parents» dell'Unità di medicina della riproduzione, CHUV, Losanna.

vulo⁶.

FIV e ICSI sono due tappe obbligate per realizzare una diagnosi preimpianto, DPI (cfr. capitolo 3.2).

Circa 18 ore dopo l'apporto dello sperma, l'operatore esamina al microscopio se vi è stata una fecondazione. L'esperienza mostra che ciò avviene nel 60%-80% degli ovuli. La fecondazione è un processo che si estende sull'arco di diverse ore. Una volta che lo spermatozoo è entrato o è stato introdotto nell'ovulo (tramite FIV o FIV-ICSI), il patrimonio genetico dei due genitori è ancora situato in due zone diverse, che sono chiamate pronuclei. Nell'ambito della LPAM, questa è la cosiddetta fase di «oocita impregnato»⁷. Occorre tuttavia sottolineare che introducendo questa terminologia, il legislatore si è rivelato molto abile (sugli stratagemmi del diritto e i loro effetti talvolta controproducenti, cfr. Karnein (2013)). In effetti, per rispettare il divieto formale di conservazione degli embrioni, ha inventato un nuovo concetto e creato una nuova entità – l'oocita impregnato – che, in realtà corrisponde più a una *fase* di poche ore nel processo di fecondazione che a una nuova *entità*. La CNE si è già espressa in modo critico su questa invenzione (CNE, 2006, pag. 54-55). Detto questo, la fusione dei due pronuclei dà poi luogo a un ovulo fecondato, cioè – in termini di legge – a un embrione.

Nelle FIV senza diagnosi preimpianto (DPI), il trasferimento degli embrioni avviene in generale pochi giorni dopo la fecondazione. Con la DPI, il trasferimento è rinviato come minimo al terzo giorno perché, per procedere a un'analisi genetica, occorre disporre di un embrione dotato di diverse cellule.

Poiché in Svizzera la LPAM vieta la conservazione degli embrioni, la maggior parte degli «oociti impregnati» sono quindi congelati (in previsione di altri tentativi nel caso in cui non si instauri una gravidanza), mentre un piccolo numero prosegue il suo sviluppo *in vitro* ancora per qualche giorno. L'embrione o gli embrioni così ottenuti (da uno a tre al massimo per donna e per ciclo, secondo il diritto in vigore) sono impiantati immediatamente nell'utero.

1.4.2 La crioconservazione: principi e nuove applicazioni

In linea di massima è possibile crioconservare dei gameti (ovuli e spermatozoi) o dei tessuti (ovarici e testicolari).

La LPAM consente il congelamento di gameti e di «oociti impregnati»⁸, ma vieta quella degli embrioni. I gameti possono essere conservati per una durata massima di 5 anni; qualora un trattamento medico o l'attività svolta rischi di provocare una sterilità o di danneggiare il patrimonio genetico, può essere accordato un periodo di conservazione più lungo. Occorre tuttavia rilevare che allo stato attuale delle conoscenze – in particolare grazie allo sviluppo di una tecnica di crioconservazione promettente, ma ancora sperimentale, chiamata «vitrificazione» – gli ovuli possono essere conservati in modo molto più efficace. Gli «oociti impregnati» possono essere conservati esclusivamente se la coppia mantiene il suo progetto procreativo e dà il suo consenso scritto – per una durata massima di 5 anni. Una volta scaduto questo termine, i gameti e gli «oociti impregnati» devono essere distrutti immediatamente.

Tra le applicazioni destinate a preservare la fertilità tramite la conservazione dei gameti, esistono tre pratiche che sollevano importanti questioni etiche: la crioconservazione del tessuto ovarico, la crioconservazione del tessuto testicolare e l'autoconservazione detta

6 Nel 2012 in Svizzera, il metodo FIV è stato utilizzato in 2 027 casi (18,7%) e il metodo FIV-ICSI in 8 568 casi (79,1%) (UST, 2013b).

7 In considerazione del progetto di revisione dell'articolo costituzionale 119 e della LPAM sul divieto della diagnosi preimpianto, la Commissione si chiede se sia ancora utile e opportuno utilizzare la terminologia «oocita impregnato» (in altri paesi si parla di «pre-embrione»).

8 Nel 2012, il numero degli oociti impregnati congelati ammontava a 12 839 (UST, 2013a).

«sociale», cioè la conservazione di oociti senza alcuna indicazione medica.

a) La crioconservazione del tessuto ovarico

La crioconservazione del tessuto ovarico (*ovarian tissue cryopreservation*, OTC) rappresenta un'opportunità di preservazione della fertilità, che è offerta generalmente alle pazienti oncologiche. Queste pazienti sono infatti sottoposte a dei trattamenti (chirurgici, chimici e radiologici) i cui effetti collaterali possono compromettere la fertilità in modo temporaneo o definitivo. In alcuni casi di pazienti in fase post-puberale, per le quali il trattamento oncologico è previsto entro pochi giorni, e di conseguenza non è possibile ricorrere ad altre tecniche di preservazione della fertilità (come la stimolazione ovarica per raccogliere e congelare degli ovuli impregnati o degli ovuli maturi e l'impiego dei propri ovuli dopo la guarigione), è possibile procedere al prelievo di tessuto ovarico tramite laparoscopia. Durante il periodo necessario al trattamento del tumore o di altre malattie, il tessuto è crioconservato nell'azoto liquido in attesa di un autotrapianto, che sarà però realizzato solo se l'esame istologico non rivelerà la presenza di cellule cancerose. Dopo il trapianto, se il ciclo riprende il suo funzionamento normale, la maturazione dei follicoli si svolge in modo naturale, fino all'ovulazione e un'eventuale fecondazione. In questo modo, le donne colpite da tumore, i cui gameti potrebbero essere danneggiati dalla radioterapia o dalla chemioterapia, hanno la possibilità di rimanere incinte una volta guarite dal tumore. Ciò nonostante, a causa delle difficoltà dovute alla ripresa della vascolarizzazione del tessuto trapiantato e ad altre possibili complicanze che possono provocare la perdita di follicoli, il lasso di tempo rimanente per proseguire il processo di riproduzione – dopo il scongelamento del tessuto ovarico e l'autotrapianto – è al massimo di qualche anno. Per il momento è molto difficile provocare la maturazione *in vitro* di ovuli immaturi provenienti dal tessuto ovarico e non è pertanto ancora possibile offrire questa soluzione alle ragazze in età pre-puberale (anche se negli Stati Uniti nel luglio 2010 è stata realizzata un'OTC su una bambina di due anni (Quinn et al., 2012)). In questi casi, si può procedere semplicemente alla crioconservazione del tessuto ovarico nella speranza che un giorno la maturazione dei follicoli primordiali diventi tecnicamente possibile. Il congelamento potrebbe rivelarsi utile anche per le donne con insufficienza ovarica (alcune varianti della sindrome di Turner), che rischiano di non avere più ovuli nel momento in cui vorrebbero avere un figlio.

b) La crioconservazione del tessuto testicolare

La crioconservazione del tessuto testicolare (*testicular tissue cryopreservation*, TTCP) rappresenta un'altra tecnica di preservazione della fertilità (Ruutiainen et al., 2013). Questo metodo viene proposto quando non vi sono spermatozoi nell'eiaculato. Dai pazienti post-puberali viene prelevato del tessuto testicolare, che viene poi crioconservato. In questo caso non si procede a un autoimpianto, ma a un'ICSI, una tecnica ormai affermata da decenni. La TTCP non è invece proposta a pazienti pre-puberali, poiché la tecnica di maturazione *in vitro* del tessuto testicolare immaturo (*immature testicular tissue*, ITT) si trova ancora in uno stadio precoce di sviluppo. In questo caso, come nelle ragazze pre-puberali, si può procedere semplicemente alla crioconservazione di ITT nella speranza che un giorno il scongelamento e il reimpianto siano tecnicamente possibili.

Occorre sottolineare che i due metodi qui presentati sono ancora in fase sperimentale e non possono essere considerati come tecniche di procreazione affermate.

c) L'«autoconservazione sociale»

Un'applicazione completamente diversa è quella dell'autoconservazione «sociale» (*social freezing*). Con questo termine si intende la conservazione di ovuli per motivi legati a un proprio progetto di vita e non dettati da un'indicazione medica. Si tratta spesso di donne che desiderano preservare la loro fertilità ricorrendo alla crioconservazione dei loro ovuli

in vista di una fecondazione *in vitro* e quindi di una gravidanza che potrebbe verificarsi anni più tardi. I motivi dell'incremento della domanda di autoconservazione sociale sono in parte attribuibili ai dati sociologici sulla struttura e l'evoluzione dei nuclei familiari e, in particolare, all'aumento dell'età delle donne al momento del matrimonio e della nascita del primo figlio, e della percentuale delle donne attive professionalmente.

La tecnica della crioconservazione permette la conservazione dei gameti senza la necessità di un'indicazione medica. Questa opportunità si sta diffondendo sempre più e la questione dell'autoconservazione sociale si pone attualmente anche nel nostro paese (Wunder, 2013). Abbiamo visto che per la LPAM, la durata di conservazione dei gameti è al massimo di 5 anni, dopo di che il diritto in vigore impone la loro distruzione, a meno che non venga avanzata una previa domanda di rinvio dei termini di conservazione o di trasferimento dei gameti congelati in un centro all'estero. Gli argomenti avanzati a favore dell'autoconservazione sociale vertono generalmente sulla libertà riproduttiva che una giovane donna acquisisce grazie alla possibilità di sormontare gli ostacoli dovuti all'invecchiamento dei propri ovuli (e quindi evitare una donazione di ovuli) e ovviare al ritardo che potrebbe subire un'eventuale gravidanza a causa della mancanza di un partner, di un desiderio tardivo di maternità o di esigenze professionali.

1.5 Considerazioni della CNE sulle modalità di crioconservazione

1.5.1 L'«autoconservazione sociale»

Secondo la CNE esistono due tipi di obiezioni – mediche e sociali – che possono essere mosse all'autoconservazione sociale.

In primo luogo, è necessario evidenziare che non si tratta semplicemente di rinviare una gravidanza, ma di sostituire la fecondazione naturale con una fecondazione tramite FIV-ICSI – sebbene la prima sia possibile, poiché le donne che desiderano far ricorso alla crioconservazione sono fertili (ricordiamo che i motivi per una libera autoconservazione dei gameti sono di carattere soggettivo e non medico). Questo cambiamento di metodo di procreazione ha delle conseguenze anche sulla salute del nascituro: a causa delle condizioni imposte dal diritto vigente, la FIV-ICSI provoca infatti un tasso di gravidanze plurime più elevato, con un maggiore rischio di complicanze (nascite premature, morbidità immediata e a lungo termine, mortalità), nonché di malformazioni congenite e, di conseguenza, importanti ripercussioni sul piano umano e finanziario. Tra i bambini concepiti con FIV-ICSI è stato documentato un rischio accresciuto di problemi cardiovascolari e metabolici (Scherrer et al., 2012). Non sono inoltre disponibili sufficienti dati scientifici sulle implicazioni del congelamento tramite vitrificazione ovocitaria sulla salute dei bambini concepiti con tale metodo. Del resto, l'autoconservazione sociale ha delle ricadute anche sulla salute della donna. Esistono infatti rischi legati al prelievo di ovuli, alla stimolazione ovarica (la sindrome di iperstimolazione ovarica può essere mortale), senza dimenticare il rischio di fallimento, perché idealmente il prelievo di ovuli dovrebbe avvenire intorno a 25 anni, ma in generale viene svolto dopo i 35 anni.

Il secondo tipo di obiezioni è di natura sociale. La libera autoconservazione degli ovuli non risolve il problema di trovare un partner né quello di conciliare la vita professionale con quella familiare. Questo problema, pur deplorabile che sia, rimane irrisolto per mancanza di iniziative sul piano sociopolitico volte ad aiutare le donne a autorealizzarsi sia dal punto di vista professionale, sia come madri di famiglia (posti disponibili negli asili nido, strutture di accoglienza extrascolastiche, riduzione dell'orario di lavoro per i padri, accettazione delle madri di famiglia nell'ambiente professionale, ecc.). La CNE ritiene indispensabile riflettere sul ruolo della donna nella nostra società anche nell'ambito di questa problematica. Sarebbe inoltre opportuno divulgare informazioni chiare tra la

popolazione sulla biologia della riproduzione. In effetti, se gli ovuli crioconservati «non invecchiano», lo stesso non vale per il corpo della donna: dopo i 35 anni, la probabilità di gravidanza diminuisce costantemente, mentre aumenta il rischio di aborto spontaneo e di complicanze legate alla gravidanza. Per terminare, occorre ribadire che le indicazioni mediche sono per il momento ancora un prerequisito per giustificare il ricorso alla PAM.

1.5.2 Il divieto di conservare gli embrioni

La LPAM vieta la conservazione degli embrioni; ciò significa che gli embrioni sviluppati fuori dal corpo della donna (al massimo tre) devono essere tutti impiantati o distrutti immediatamente. Questa situazione induce a fare due osservazioni:

1) Gli specialisti di ginecologia e ostetricia considerano pericoloso questo divieto, che li spinge a mantenere un elevato tasso di gravidanze plurime⁹ (in particolare gravidanze gemellari) in seguito a FIV o FIV-ICSI. La Svizzera registra per esempio il 20% di gravidanze plurime contro meno del 5% della Svezia.¹⁰ Il motivo principale risiede nell'impossibilità di procedere al trasferimento elettivo di un solo embrione (*elective single embryo transfer*, eSET) al posto di due o tre (il trasferimento di un unico embrione è ovviamente possibile, ma solo a condizione che ne venga sviluppato solo uno, con la conseguenza di un basso tasso di successo).

2) La seconda osservazione consiste nel riconoscere che, talvolta, l'impianto non è possibile. I motivi sono molteplici: a) lo sviluppo dell'embrione appare anomalo; b) la donna, contrariamente a quanto deciso inizialmente, non vuole farsi impiantare tutti gli embrioni sviluppati; c) la coppia non desidera più proseguire il progetto procreativo; e) la donna non è temporaneamente disponibile (a causa di una malattia o di un infortunio). In alcuni casi (a, c e d), gli embrioni sono quindi conservati e diventano degli «embrioni soprannumerari»¹¹. In Svizzera, secondo la definizione data nella legge federale concernente la ricerca sulle cellule staminali embrionali (LCel), è considerato soprannumerario «un embrione che, prodotto nell'ambito della fecondazione in vitro, non può essere utilizzato per causare una gravidanza e non ha pertanto probabilità di sopravvivenza» (art. 2 lett. b LCel, 2003). Gli embrioni soprannumerari possono essere utilizzati per estrarre cellule staminali (a condizione che la coppia vi acconsenta)¹². Occorre puntualizzare che, nei paesi in cui ciò è consentito, la maggior parte delle cliniche rinuncia a congelare meno di tre embrioni, perché circa un quarto degli embrioni si deteriora sotto l'effetto delle manipolazioni e le chance di gravidanza sono molto basse quando viene impiantato un solo embrione.

9 Le gravidanze plurime provocano nascite premature, neonati sottopeso con ripercussioni a lungo termine sulla loro salute, malformazioni, paresi cerebrali, morbidità e mortalità neonatale e materna, depressioni post partum, ecc.

10 È opportuno ricordare che, in seguito all'utilizzo dell'eSET, il numero degli embrioni soprannumerari in Svezia ammonta a diverse migliaia.

11 È difficile stimare il numero di embrioni soprannumerari attualmente conservati, visto che fino all'entrata in vigore della LPAM nel 2001, non vi era l'obbligo per i centri che effettuano FIV di presentare un rapporto annuale sull'operato indicante fra l'altro il numero di embrioni conservati *in vitro*. I dati disponibili per il 2012 consentono di farsi un'idea generale sull'impiego degli embrioni: il numero di ovuli impregnati ottenuti ammontava a 25 888 e quello degli embrioni a 18 660; gli embrioni e zigoti trasferiti sono stati 16 773. Il numero di embrioni congelati da ciclo a fresco era di 118, quello di embrioni scongelati da ciclo era di 139 – mentre il numero di ovuli impregnati scongelati ammontava a 9 794 (UST, 2013a). Risulta infine che sono stati distrutti complessivamente 2 067 embrioni - in seguito segnatamente a un'interruzione dello sviluppo nel 67,5% dei casi (UST, 2013e).

12 LCel (2003). È opportuno osservare che 10 embrioni sono stati messi a disposizione della ricerca nel 2012 (UST, 2013e).

1.6 Considerazioni della CNE sulle possibilità offerte dalla PAM e sul turismo medico

In Svizzera, solo le coppie eterosessuali, indipendentemente che siano sposate o meno, possono ricorrere a una PAM a causa di infertilità o per evitare la trasmissione di una malattia genetica grave (e incurabile) ai loro discendenti. La donazione di sperma è invece autorizzata solo per le coppie eterosessuali sposate. La donazione di ovuli e di embrioni è vietata così come la maternità sostitutiva.

I suddetti divieti definiscono le condizioni di accesso alla PAM e limitano a due (la coppia che ricorre all'inseminazione o alla FIV *autologa*) o a tre il numero delle persone coinvolte nel processo (se la coppia, sposata, ricorre a un'inseminazione o a FIV *eterologa*, ossia se riceve una donazione di sperma). Dal punto di vista *tecnico*, la PAM può essere invece accessibile a una sola persona – una donna nubile potrebbe avere un figlio attraverso un'inseminazione con donazione di sperma – o coinvolgere un maggior numero di persone (fino a cinque) in caso di maternità sostitutiva.

Mentre il *Messaggio relativo all'iniziativa popolare «per la protezione dell'essere umano dalle manipolazioni nella tecnologia riproduttiva (Iniziativa per una riproduzione rispettosa della dignità umana, RRD)»* e alla *legge federale concernente la procreazione con assistenza medica (Legge sulla medicina della procreazione, LMP) del 26 giugno 1996* (Messaggio, 1996) consideravano che il divieto assoluto della PAM potesse produrre un « indesiderato turismo della procreazione », bisogna constatare che la legge in vigore non è riuscita a evitare il fenomeno e che neanche le concessioni e liberalizzazioni previste nel progetto di revisione della legge saranno in grado di farlo.

Le coppie che desiderano beneficiare di condizioni più favorevoli, come per esempio della maternità sostitutiva, si recano nei paesi in cui questa pratica è autorizzata (dietro compenso o meno), come in Gran Bretagna, Belgio, Stati Uniti o India.

È estremamente difficile sapere quante coppie svizzere siano ricorse a una madre portante (Rapporto, 2013), alla donazione di ovuli o di embrioni, recandosi all'estero. Vi sono chiare indicazioni che non si tratta semplicemente di casi isolati (soprattutto per la donazione di ovuli).

La Commissione considera che per valutare queste pratiche sia necessario esaminarle in un'ottica più ampia e rendersi conto che stiamo assistendo a delle tendenze sociali di fondo. Accanto alla famiglia eterosessuale tradizionale, appaiono strutture familiari come le famiglie mono- od omoparentali, ricomposte e adottive. Incontestabilmente la PAM conduce alla moltiplicazione dei legami di parentela. A fronte di questo turismo della procreazione, diventa però eticamente primordiale preoccuparsi del bene, della tutela e dell'inserimento in una forma di famiglia legalmente riconosciuta, di quei bambini che, nati grazie a metodi vietati in Svizzera, devono subire delle discriminazioni legali in materia. Le coppie che desiderano tornare in Svizzera dopo aver beneficiato dei servizi di una madre portante all'estero, devono prima ottenere un'identità legale per il figlio. Poiché la maternità surrogata è vietata in Svizzera, le autorità non sempre concedono tale identità. Ne consegue un lungo iter amministrativo che, nei migliori dei casi, si conclude con un'adozione o, nel peggiore dei casi, con l'impossibilità di ottenere il riconoscimento legale del bambino. La Commissione ritiene che il diritto non debba limitarsi a legittimare uno stato di fatto, né essere obbligato a riconoscere una pratica vietata in Svizzera. Ciò nonostante, l'attuale situazione giuridica contribuisce a stigmatizzare gli individui più vulnerabili in questa situazione, ossia i bambini.

Non bisogna dimenticare che il turismo della procreazione comporta forti implicazioni economiche. Un solo ciclo a fresco di FIV-ICSI (ossia quando il trasferimento dell'embrione o degli embrioni avviene subito dopo la fecondazione, senza passare attraverso la

crioconservazione) costa tra i 6 000 e 9 000 franchi svizzeri; la crioconservazione di ovuli impregnati, spesso non inclusa nel prezzo, tra i 300 e i 600 franchi, un solo ciclo di congelazione costa tra i 1 500 e i 2 000 franchi; il costo annuale di conservazione va dai 150 ai 300 franchi. In India, il paese considerato come il più grande fornitore di madri portanti al mondo, il mercato della maternità surrogata genera un fatturato tra i 500 milioni e i 2,3 miliardi di dollari (Deonandan et al., 2012). In Svizzera, l'assicurazione malattia rimborsa l'inseminazione, ma non la FIV, i cui costi, che sono notevoli, vanno interamente a carico della coppia¹³. Questa situazione provoca una disparità di trattamento a seconda della capacità economica delle persone interessate.

Negli ultimi venti anni, la società è cambiata in modo palese; a livello internazionale, il riconoscimento sociale, etico e giuridico delle applicazioni legate alla PAM e delle nuove forme di nuclei familiari è molto diverso a seconda dei paesi.

Su questa tela di fondo è importante evidenziare che tali fenomeni non sono *direttamente* normativi, ossia la loro esistenza non impone una revisione del diritto in vigore né un riconoscimento morale. Perché ciò avvenga è necessario correlarli con dei valori riconosciuti. È inoltre opportuno segnalare che tutti questi cambiamenti non sono privi di conseguenze, al contrario generano nuove aspettative e sensibilità nella popolazione, modi diversi di concepire la società, la portata delle libertà individuali e le condizioni generali di convivenza nella società.

La Commissione ha dovuto dunque cogliere la sfida di valutare tali fenomeni in modo più preciso. Tale necessità l'ha spinta ad adottare due approcci. Da un lato, ha sottoposto le pratiche risultanti dalle nuove possibilità dischiuse dalla PAM a un esame critico basato sui valori normativi stabiliti dalla LPAM. Dall'altro lato, la Commissione ha osservato con attenzione l'influsso che tali pratiche esercitano sull'interpretazione dei valori, sui quali si basa l'esame critico stesso, e l'evoluzione registrata da tali valori normativi nel corso del tempo. Il contenuto delle norme e dei valori sui quali si fonda l'esame critico è direttamente influenzato dal contesto socio-economico nel quale avviene questo lavoro. La Commissione ha tentato di offrire un'analisi delle implicazioni a livello pratico e concettuale che possano sfociare in decisioni coerenti e motivate. Ha pertanto deciso di rimettere in questione i diversi divieti attualmente in vigore (in particolare la donazione di ovuli, la donazione di embrioni e la maternità sostitutiva), nonché i valori giuridici ed etici sui quali esse si basano. È quindi opportuno rimettere in discussione la legittimità di tali divieti.

2. I valori normativi della legge

La legge federale concernente la procreazione con assistenza medica (LPAM) evidenzia in modo esplicito quattro valori che, direttamente o indirettamente, hanno forza normativa: la «dignità umana», la «personalità», la «famiglia» (art. 1 cpv. 2) e il «benessere del nascituro» (art. 3 cpv. 1). Un quinto valore, il concetto di «natura» e di «naturale», non appare esplicitamente nei principi menzionati, ma assume un ruolo importante nel Messaggio (1996, pag. 247 segg.) e nella logica della LPAM (art. 2 cpv. a), perché ne condiziona la struttura, ne giustifica i limiti e i divieti, e chiarisce alcuni dei suoi orientamenti. Per questi motivi, la Commissione ha deciso di includerlo nell'esame critico e nello studio delle tesi avanzate.

Il senso di tali valori è oggetto di interpretazioni diverse, le cui implicazioni concrete sono talvolta divergenti. Il valore della dignità umana, per esempio, viene invocato sia

¹³ Il Tribunale federale ha di recente confermato il non rimborso della FIV da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie / decisione del 1° ottobre 2012, 9C_835/2011.

dagli oppositori dei metodi di PAM (gli autori dell'iniziativa avevano sostenuto un divieto assoluto di tali tecniche in nome del rispetto della dignità umana), sia dai fautori del libero accesso alla PAM, i quali ritengono che il modo migliore per rispettare la dignità umana sia di rispettare l'autonomia individuale.

La Commissione sottolinea l'importanza di definire un valore legato alla parentela. Questa dimensione non è infatti interamente inclusa nel concetto di «famiglia» – intesa come «fondamento della società» –, mediante il quale il legislatore ha voluto *tutelare* l'essenza *sociale* dell'individuo (messaggio, 1996, pag. 231) e accessoriamente una determinata forma di famiglia, ossia quella nucleare tradizionale. Il desiderio di una coppia di realizzare il proprio progetto parentale, che è innanzitutto un progetto di carattere *personale*, e la sofferenza che può provocare l'infertilità in una persona o in una coppia non ricevono invece l'attenzione che meritano. Secondo la CNE, l'importanza centrale di tale aspetto avrebbe dovuto ricevere una rilevanza esplicita distinta. Se il nascituro deve essere, giustamente, tutelato come essere intrinsecamente vulnerabile, se i suoi interessi devono essere presi pienamente in considerazione nella valutazione morale, anche gli interessi di coloro che desiderano diventare genitori e la loro vulnerabilità come pazienti dovrebbero figurare fra i valori in gioco. Nell'ambito della PAM non ci sarebbe bisogno di tutelare il benessere del nascituro se, prima, i futuri genitori non avessero deciso di realizzare un progetto parentale e di *creare* così una famiglia. L'esistenza stessa di ogni bambino dipende dalla *previa* decisione di attuare questo progetto personale che ne costituisce la condizione di realizzazione.

La CNE rileva che questi valori non hanno la stessa portata. I valori di «dignità umana», di «personalità» e di «benessere del nascituro» appartengono a un *registro etico* con una portata *universalista*. Tali valori sono evocati per tutelare nell'essere umano, in ogni essere umano, beni e interessi a lui inerenti, come l'umanità, la libertà personale, l'integrità fisica e psichica o il desiderio di procreare. Come vedremo poi, è difficile attribuire un contenuto preciso a questi concetti – cosa peraltro considerata talvolta un vero limite –, ma è almeno possibile determinare gli elementi che li costituiscono. Il concetto di «famiglia» rientra invece in un *registro socioculturale* più preciso. Il significato di tale concetto dipende dalla percezione e interpretazione che una determinata società gli attribuisce. Costatiamo infatti che, da un lato, la famiglia non designa più una struttura che comprende solo una madre, un padre e un figlio, ma che oggi non solo sono possibili, ma esistono già diverse combinazioni familiari (famiglie monoparentali, omoparentali, adottive, ricomposte) e che, dall'altro lato, le forme di famiglia diverse da quelle che fungevano da modello nei paesi europei (la famiglia nucleare tradizionale) sono ormai riconosciute.

I termini «natura» e «naturale» possono assumere diversi significati secondo le interpretazioni individuali; diventa pertanto difficile sapere – come vedremo di seguito – cosa si intenda per «natura» e dove si situano i confini fra ciò che è «naturale», «artificiale» o «culturale», e anche se queste distinzioni siano sempre pertinenti. La LPAM ha una propria interpretazione del concetto di «natura» e di «naturale», in base alla quale *ciò che è naturale è bene*, ed è questa sua interpretazione che ne determina le posizioni e condiziona tutte le limitazioni che vi sono contenute.

2.1. La dignità umana

La nozione di «dignità umana» (Höffe, 2001) costituisce un principio fondamentale dell'ordinamento giuridico e del pensiero morale moderno. È considerato unanimemente «come principio fondamentale del nostro ordinamento giuridico, [...] circostanza che impegna a difendere il valore intrinseco dell'individuo» (Messaggio, 1996, pag. 207). Il diritto svizzero sancisce che la dignità della persona deve essere *rispettata e protetta*. Come principio direttivo, la dignità umana viene correlata ad altri diritti fondamentali, in particolare alla libertà personale; in questo senso essa tutela l'integrità fisica e psichica

nonché la libertà di movimento. È interessante notare che, se nel 1993 le implicazioni erano state presentate dagli autori dell'iniziativa popolare proprio in termini di dignità, come qualificativo dell'umanità dell'essere umano, l'appello alla dignità in quell'ambito era destinato a limitare l'accesso ai metodi di PAM. Il titolo dell'iniziativa leggeva: «per la protezione dell'essere umano dalle manipolazioni nella tecnologia riproduttiva (Iniziativa per una riproduzione rispettosa della dignità umana)».¹⁴

Ci accorgiamo così che la dignità umana viene invocata a diverso titolo e a fini molto disparati. Diventa pertanto capitale definirne il contenuto e determinarne le implicazioni etiche. A tal scopo è necessario precisare innanzitutto quali sono gli elementi strutturali e le articolazioni filosofiche di tale concetto.

La nozione di «dignità» possiede una componente ontologica e una etico-giuridica. Più recentemente è venuta ad aggiungersi una precisazione nell'uso politico e giuridico. La componente ontologica affronta l'interrogativo di sapere in virtù di quali sue caratteristiche un essere umano¹⁵ possiede un valore intrinseco, nella fattispecie una dignità, e a partire da quale momento. La seconda componente si interroga su quali obblighi morali adottare nei confronti di un essere con una dignità innata o un valore proprio.

Nella nostra tradizione e a causa della natura razionale dell'essere umano, la dignità è associata o dipende dall'identità della persona. Diventa di conseguenza indispensabile passare in rassegna le principali correlazioni fra questi due concetti.

La tesi «personalista». Questa tesi si fonda sull'unità indissociabile di corpo e spirito nella persona umana. Insiste sul fatto che la vita biologica dell'essere umano non è necessariamente la forma più alta, ma la più fondamentale. *Ogni individuo nato da madre umana* (Spaemann, 2007) possiede una dignità, proprio perché appartiene alla natura umana. Secondo i fautori di questa tesi, la persona è coestensiva all'organismo soggiacente e lo esprime, perché la persona forma un'unità e un tutt'uno. In base a una tale *dottrina dell'equivalenza* (Birnbacher, 1997) «essere un essere umano» ed «essere una persona umana» sono caratteristiche essenziali e coestensive. Questa tesi è chiamata «personalista» perché attribuisce a ogni essere umano una dignità in quanto persona. La dignità gli è intrinseca, perché l'essere umano è per natura ragionevole, quindi capace di sviluppare una conoscenza intellettuale e operare scelte libere. Anche se una persona, a uno stadio precoce del suo sviluppo, in seguito a una disabilità o una grave limitazione delle sue capacità mentali, non dovesse essere più in grado di agire in modo ragionevole o razionale, rimane sempre una persona, con una dignità intrinseca, che richiede maggiore sollecitudine dalla società proprio per la sua fragilità. L'individuo umano è pertanto una persona perché appartiene alla natura umana attraverso la quale esiste (Putallaz & Schumacher, 2008).

La tesi personalista presenta una concezione dell'embrione umano, che può essere riassunta in questi termini (Rager, 2006; Ide, 2004): fin dallo stadio di zigote «l'embrione umano è un individuo, soggetto umano». È «soggetto umano» perché appartiene alla specie umana. È un «essere unico», distinto dagli altri organismi come quello della madre perché può svilupparsi grazie al suo dinamismo interno, che richiede condizioni estrinseche, come l'annidamento nell'utero materno. In questa prospettiva, ne consegue che l'embrione umano è un soggetto umano e che deve quindi essere trattato «come una persona», con la sua dignità che esige rispetto e protezione. Secondo questa tesi, la

14 In questo ambito, l'aggettivo «artificiale», associato al termine «riproduzione», sembra suggerire che la minaccia per l'umanità risieda nel carattere non sessuale (dunque non naturale, addirittura artificiale) della PAM. Per presentare le implicazioni di tale argomento, la CNE rinvia il lettore al capitolo 2.4 e al sottocapitolo 3.6.3.

15 Ma potrebbe trattarsi anche di un essere animale o vegetale; la versione tedesca e italiana dell'articolo 120 cpv. 2 della Costituzione federale sull'ingegneria genetica in ambito non umano parlano rispettivamente di «Würde der Kreatur» e di «dignità della creatura», mentre la versione francese, per motivi impossibili da menzionare nel presente documento, parla di «intégrité des organismes vivants».

selezione o lo scarto di embrioni non sono giustificati perché presuppongono l'arrogarsi il diritto di decidere chi merita di vivere o meno. Le risposte alle sofferenze dei genitori dovrebbero rispettare questa dignità intrinseca degli embrioni.

La **tesi «razionalista»**. Questa tesi postula che *solo le persone possiedono una dignità*, ma secondo i suoi fautori il concetto di «persona umana» non è equivalente a quello di «essere umano». Per essere una persona non è necessario né sufficiente essere un essere umano. Seguendo le tradizioni empiriste e idealiste che risalgono rispettivamente a Locke (1975) e a Kant (1969), ciò che conta è *possedere la ragione* («il fatto che l'uomo possa rappresentarsi il proprio io», secondo quest'ultimo). In base a questa tesi, per essere una persona, e quindi avere una dignità, un individuo deve essere dotato di una capacità razionale *effettiva o attuale* (come la memoria, la coscienza di sé, ecc.). Ricordiamo che per Kant la persona designa *sia* l'individuo razionale che quello morale, ampliando l'impiego del concetto a una dimensione normativa. Sul piano etico, rispettare la natura dell'essere umano significa rispettare la dignità della persona, ossia la sua autonomia o libertà (Baertschi, 2005, cap. 5). Perché essendo dotata di libero arbitrio, la persona ha una dignità o un valore intrinseco assoluto, che la distingue dalle cose che hanno un prezzo e sottostanno a forze naturali. Per questo motivo, le cose hanno un valore *relativo*, sono interscambiabili (mentre un essere dotato di una dignità è unico) e se ne può disporre «a proprio piacimento»; come scrive infatti Kant: «L'uomo è una sola e medesima persona, cioè un essere del tutto diverso, in grado e dignità, dalle cose, quali sono gli animali irragionevoli, dei quali si può disporre ad arbitrio» (1969, pag. 9). È importante evidenziare quest'ultimo aspetto perché ha grosse implicazioni nella tesi della strumentalizzazione degli esseri umani.

Questa tesi ammette l'esistenza di esseri umani che non sono persone (Engelhardt, 1996), o perché non hanno ancora sviluppato le proprietà necessarie all'esercizio della ragione (embrioni, feti, neonati,...) o perché non hanno la possibilità di svilupparle (bambini anencefali, i neonati vittime di anoressia grave alla nascita,...), o perché le hanno perdute per sempre (individui in stato vegetativo cronico, individui senili o vittime di ictus grave,...). Bisogna però precisare che, se secondo questa tesi, esistono degli esseri umani che non sono persone, ma ciò non significa che se ne possa disporre a proprio piacimento.

La **tesi «gradualista»** vede l'essere umano attraverso le conoscenze scientifiche sullo sviluppo embrionario. Questa teoria adotta il criterio della potenzialità. La potenzialità designa la possibilità, la potenza, la capacità o la facoltà inerente a un essere di trasformarsi in uno stato diverso e di rendere quindi effettivo qualcosa che non lo è ancora. I fautori di questa tesi ammettono che l'embrione non presenta molte delle proprietà considerate generalmente necessarie per l'esistenza della persona (coscienza, volontà, ragione, capacità a percepire il dolore, ecc.), ma che può svilupparle da solo col tempo, in condizioni adeguate – mentre ciò non vale per gli ovuli o gli spermatozoi che da soli non possono generare un embrione. Ciò che conta non è dunque poter utilizzare *hic et nunc* la ragione e le qualità inerenti (memoria, autonomia, coscienza di sé, ecc.) ma avere le predisposizioni per poterlo fare.

L'argomentazione della potenzialità esiste in due varianti. La prima afferma che lo zigote è un abbozzo di persona, ossia una persona potenziale, nel senso che lo zigote agiterà nel corso del suo sviluppo la sua potenzialità intrinseca di diventare una persona a tutti gli effetti. Secondo questa prima variante, una persona potenziale non dispone delle prerogative proprie della persona vera e propria, ma le acquisisce gradualmente nel corso del tempo. La seconda posizione (vicina alla tesi personalista) postula che lo zigote è sin dall'inizio una persona e che sviluppandosi realizza le sue potenzialità intrinseche.

La tesi gradualista conferisce di conseguenza alla società la responsabilità di determinare, in situazioni concrete, la portata dei diritti e il livello di protezione che vuole ac-

cordare all'embrione, tenendo conto dell'acquisizione graduale delle proprietà essenziali presenti negli individui adulti che appartengono alla specie umana.

2.1.1 Implicazioni di portata più generale

Per alcuni autori, gli individui incapaci di libera autodeterminazione, privi di intelletto o razionalità e non autonomi (nel senso morale del termine), sono degli essere umani, ma non delle «persone» umane; a questo titolo, non posseggono, una vera e propria dignità. Ciò però non implica che non debbano essere rispettati. La dignità è un valore intrinseco assoluto, tradizionalmente associato allo statuto di persona, e quindi invariabile. Le facoltà cognitive, come la coscienza e la memoria, possono invece variare. Alcuni gruppi di individui (per esempio i portatori di disabilità gravi o persone in coma), sono sprovvisti delle facoltà cognitive che distinguono le persone; ciò nonostante il loro valore intrinseco è completo. La CNE ritiene che debbano essere trattati con il rispetto dovuto a ogni essere umano, altrimenti sarebbero vittime di una discriminazione inammissibile dal punto di vista etico. Altri autori affermano che sarebbe difficile proteggere l'embrione senza considerarlo una persona fin dal concepimento (Putallaz, 2008). La maggioranza della Commissione concorda sul fatto che ogni essere umano, perché è umano, possiede una natura umana che gli conferisce un valore intrinseco, ma non *ipso facto* lo statuto di persona. La differenza risiede nel possesso delle facoltà cognitive, ossia nel fatto di essere o di diventare una persona. Nel caso dell'embrione, le proprietà che conferiscono lo statuto di persona sono solo disposizionali, cioè non sono ancora effettive (e in alcuni casi potrebbero non realizzarsi del tutto). L'aspetto della potenzialità consente così, per alcuni autori, di stabilire un grado di protezione concessa all'embrione, in funzione delle sue fasi di sviluppo.

Alcuni membri della CNE sostengono che sarebbe opportuno distinguere fra «dignità» e «persona», senza però negare certi accavallamenti. Il rispetto dovuto all'embrione dipende, da un lato, dal valore intrinseco che possiede come entità umana e, dall'altro lato, dalla sua capacità di sviluppare le proprietà caratteristiche di una persona. Più l'embrione si sviluppa (a condizione di averne la capacità), più bisognerà rispettarlo e offrirgli una protezione adeguata perché acquisisce personalità – ciò significa concepire una «etica fondata su un'ontologia *progressiva*» o «ontologia relazionale» (Fagot-Largeault & Delaisi de Parseval, 1989, 110, 93). In questo senso, un'entità (per esempio un embrione o un feto) acquista una parte del suo valore grazie ai legami umani che crea con gli altri. In fondo, questo aspetto si applica anche alla tesi precedente, perché per diventare una persona, per divenire autonomo, un individuo ha bisogno del contributo di altre persone. È così che le persone autonome e libere realizzano in pieno le loro potenzialità. A questo titolo possono essere considerate come degli *agenti morali*, ossia degli individui capaci di autodeterminazione e di vedersi attribuire la responsabilità delle loro azioni. Gli individui, invece, che non sono (ancora) delle persone – come gli embrioni, per esempio – devono essere considerati solo come *pazienti morali*, cioè degli esseri vulnerabili che, a causa del loro statuto ontologico e della loro esposizione al di fuori del corpo della donna, richiedono una protezione da parte di terzi. Si potrebbe obiettare che la possibilità di un'ontologia *progressiva* implica logicamente la possibilità di un'ontologia *regressiva*. Se però un embrione può, in determinate condizioni e proseguendo il suo sviluppo biologico, acquisire le caratteristiche distintive delle persone, ossia le caratteristiche (essenzialmente cognitive e relazionali) presenti generalmente negli individui adulti che appartengono alla specie umana, un adulto conserva la dignità che ha acquisito.

A fronte delle difficoltà sopra descritte, alcuni autori sostengono che il concetto di dignità è privo di utilità normativa (Macklin, 2003). Essi ritengono che tale concetto potrebbe essere pienamente sostituito dai principi di rispetto dell'autonomia e di «beneficienza».

La CNE non condivide questa opinione; il concetto di dignità copre un campo semantico molto più vasto di quello di autonomia e libertà. Permette infatti di recepire e di esprimere, grazie alla sua ricchezza semantica che estende e completa con le nozioni di integrità e vulnerabilità, esperienze costitutive della nostra comune umanità. La sostanza dei significati differenziati aperti dal concetto di «dignità» contiene e supera quella coperta dai concetti di «beneficienza» e di «autonomia».

2.2 *La famiglia*

Ai fini del dibattito, la CNE ha scelto di utilizzare la definizione di «famiglia» elaborata dalla Commissione federale di coordinamento per le questioni familiari (COFF), pur sapendo che essa non si riferiva alle problematiche inerenti alla PAM. Secondo la COFF, la nozione di «famiglia» designa: «le forme di vita fondate sui legami tra genitori e figli che uniscono le generazioni e sono riconosciute dalla società» (COFF, 2009, pag.12).

La definizione evidenzia, secondo la CNE, il carattere generico e relativo dell'istituzione famiglia, che riguarda rispettivamente la componente descrittiva e la componente normativa (poiché introduce una restrizione) dell'enunciato.

In primo luogo è opportuno osservare che l'enunciato «le forme di vita fondate sui legami tra genitori e figli» rimane molto aperto, cosa molto interessante per la PAM. Infatti, secondo la prima parte dell'enunciato, e in un'ottica descrittiva, sembra non si faccia nessuna distinzione sul modo di costituire queste forme di vita, per via sessuale o mediante PAM, perché, in fin dei conti, la forma di vita è sempre fondata sul legame fra genitori e figli. La definizione non precisa invece la natura del legame che unisce genitori e figli; è un legame biologico, affettivo o genetico? Abbiamo visto che alcune applicazioni tecniche della PAM dissociano per l'appunto la madre di gestazione dalla parentela genetica e dalla parentela sociale o d'intenzione.

In secondo luogo, e per riallacciarsi alla prima osservazione, la CNE osserva che la seconda parte della definizione – «[forme di vita] riconosciute dalla società», introduce una restrizione che evidenzia il carattere molto relativo delle convenzioni sociali – le forme di vita che uniscono genitori e figli possono variare, come avviene in realtà, da una società all'altra o in seno alla stessa società in momenti diversi della sua storia. Di conseguenza, se si utilizza la nozione di «famiglia» come valore normativo – come peraltro avviene nel diritto in vigore – bisognerebbe collegarla a un'assiologia. Se diciamo infatti che le forme di vita ammissibili, fondate sui legami fra genitori e figli, sono quelle riconosciute dalla società, impieghiamo un fondamento sociologico. Per stabilire invece quale forma di vita è eticamente legittima, è necessario chiarire in virtù di quale criterio morale una società considera che una forma di vita sia migliore di un'altra. L'inclusione dell'aspetto sociale potrebbe così consentire di precisare quali legami possono essere considerati legittimi, anche se non si tratta tanto di sapere se dal punto di vista sociale sono ammesse diverse forme di vita, ma piuttosto di stabilire se lo sono da un punto di vista normativo, in altre parole nell'ottica dei valori di riferimento. Il Messaggio precisa che la famiglia debba essere protetta come «fondamento della società» e che «la tutela del benessere del nascituro – un pilastro del diritto familiare – fa parte degli interessi pubblici, solidamente fondati nella nostra società» (Messaggio, 1996, pag. 235). Il valore «famiglia» si riferisce di conseguenza a interessi sociali distinti, ma collegati fra loro: la preservazione della stabilità sociale o dello Stato e il benessere del nascituro.

Diventa interessante analizzare perché il legislatore abbia inserito così tante limitazioni che, di fatto, impediscono la formazione di una famiglia mediante i metodi di PAM. Segnaliamo inoltre che non si tratta della famiglia intesa in senso lato, perché le tecniche di PAM contribuiscono senza dubbio alla «fondazione familiare» (Messaggio, 1996, pag. 231), che è il loro obiettivo principale. La questione è invece di considerare (implicitamente) che una determinata forma di vita o determinate forme di famiglia contribuiscono meglio di altre alla stabilità dello Stato e alla soddisfazione degli interessi pubblici (in questo caso il benessere del nascituro). Numerose condizioni che limitano l'accesso alle

tecniche di PAM – la richiesta deve provenire da una coppia eterosessuale, sposata o che presenti una certa stabilità, per la quale si possa stabilire un legame di filiazione ai sensi degli articoli 252-263 del Codice civile – indicano che il diritto attualmente in vigore tutela la fondazione di una famiglia nucleare tradizionale. Eppure, in vista delle finalità di solito associate alla famiglia, esistono buoni motivi per pensare che altre forme di famiglia possano ugualmente soddisfarle (vedi sottoparagrafo 3.3.2 a)).

2.3 Il benessere del nascituro

Nel Messaggio si «dichiara principio supremo il benessere del nascituro» (Messaggio, 1996, pag. 190). Secondo il legislatore, questo principio implica o consente di dedurre che:

- i terzi che partecipano alla PAM devono giustificare il proprio intervento in funzione del benessere del figlio da concepire;
- il benessere del nascituro prevale sugli interessi e desideri della coppia che desidera ricorrere alla PAM;
- la PAM può essere utilizzata solo se può garantire il benessere del nascituro.

La CNE rileva alcuni aspetti che meritano di essere meglio precisati.

In primo luogo, se è fuori dubbio che nella logica della LPAM la priorità va al «benessere del nascituro», il contenuto di tale principio, in altri termini la sua interpretazione, è ancora troppo vaga. Deve essere interpretato come un valore risultante da un diritto del bambino come per esempio sancito dalla *Convenzione ONU sui diritti del fanciullo* (Convenzione, 1990)? Nella Convenzione si chiede di concedere una «considerazione preminente» all'«interesse superiore del fanciullo» (1990). La CNE ritiene che il principio non debba essere inteso come un *diritto del bambino*, perché il diritto concerne il bambino solo dopo la sua nascita, quando diventa una persona giuridica. Sarebbe più adeguato interpretare il principio nel senso di un *apprezzamento anticipato* dell'ambito (familiare, affettivo, psico-sociale, ecc.) all'interno del quale nascerà il bambino (Dreifuss-Netter, 2009). In questa ottica, il «benessere del nascituro» si riferisce prima a persone diverse dal nascituro. Per questo motivo, bisogna evitare che tale apprezzamento anticipato sia fonte di discriminazioni per i genitori, in termini di razza, colore, sesso, estrazione sociale, patrimonio o altre situazioni.

In secondo luogo, la CNE considera inopportuno insistere troppo su un'opposizione fra desideri dei genitori e benessere del nascituro. Tale distinzione non avviene per le coppie che procreano in modo naturale e non vi è quindi ragione di stigmatizzare le coppie infertili che si avvalgono della PAM. Bisogna riconoscere che, viste le circostanze – trattamenti lunghi e gravosi, un tasso di successo che, seppure in aumento, non garantisce a ogni coppia la certezza di avere un figlio –, i bambini nati con PAM sono senza dubbio desiderati. Se, inoltre, le motivazioni degli aspiranti genitori possono celare un certo egoismo, lo stesso egoismo potrebbe essere imputato anche ai genitori che procreano in modo naturale, ma che, in assenza di un intervento medico, nessuno accusa.

In terzo luogo, è discutibile invocare il principio del benessere del nascituro per negare a un bambino la possibilità di nascere. Vi è un'incoerenza logica, che in filosofia si chiama il «problema della non-identità» (*nonidentity problem*) (Parfit, 1984). Se, in un determinato momento si vieta l'accesso ai metodi di PAM invocando il «benessere del nascituro», il bambino di cui si apprezza in anticipo il benessere non potrà esistere. Si ammette pertanto che è preferibile per «un» (ipotetico) bambino specifico non esistere piuttosto che esistere.

In quarto luogo, e per riallacciarsi al punto precedente, si potrebbe obiettare che se l'atto non nuoce a *qualcuno* (che non esiste ancora e che, se l'atto non è realizzato *hic et nunc*, non esisterà mai), può nuocere in virtù delle conseguenze che questo atto farà pesare *su un qualsiasi bambino* che nascerebbe in determinate circostanze. In questo senso, il benessere del nascituro «vuole essere una regola di condotta destinata ai me-

dici» (Messaggio, 1996, pag. 235), che dispongono così di un margine di apprezzamento. Il principio di «benessere del nascituro» si riferisce direttamente ai terzi e solo indirettamente e in senso lato al bambino. È ovvio che la PAM, essendo basata sull'*assistenza medica*, implichi necessariamente l'intervento di terzi che ne assumono la responsabilità. Sarebbe però discriminatorio esigere dalle coppie che desiderano ricorrere alla PAM di rispettare delle norme ideali per genitori perfetti (che il legislatore avrebbe il compito di precisare). Proprio per questo è importante che i terzi *determinino la possibilità di torti concreti e non supposti o fondati su pregiudizi*. È discutibile affermare che per il benessere del nascituro sarebbe preferibile non nascere, piuttosto che nascere da una madre di 46 anni, o nascere in seno a una coppia dello stesso sesso o addirittura in un nucleo familiare composto da una sola persona.

Infine, nella LPAM la questione del benessere del nascituro si pone essenzialmente per i nuclei familiari che si scostano dal modello di famiglia nucleare tradizionale, la quale, sia detto a latere, non corrisponde a tutte le forme di famiglia presenti nella società.

Ci potremmo chiedere se le severe condizioni di tutela applicate ai bambini nell'ambito dell'adozione debbano essere le stesse o almeno simili a quelle impiegate nell'ambito della PAM. Se in entrambi i casi si vuole garantire il benessere del bambino, emergono delle differenze fondamentali che rendono questo raffronto difficilmente realizzabile, in particolare la non esistenza del bambino nel caso della PAM. In ogni modo, le condizioni familiari e sociali degli aspiranti genitori dovrebbero essere valutate in base a criteri simili al momento della consulenza medica che precede il trattamento.

2.4 La «natura» e il «naturale»

La LPAM fa spesso riferimento al concetto di «natura». Come spiega il messaggio: «La natura vuole che ogni bambino abbia una madre e un padre»; «Le condizioni fondamentali dell'esistenza umana vanno rispettate anche al momento dell'attuazione della procreazione con assistenza medica»; «Riguardo al divieto della donazione di un oocita, si deve rilevare del resto che il climaterio determina un limite naturale all'età»; «È decisiva la circostanza che la procreazione con assistenza medica non porti a relazioni familiari divergenti da quelle che esisterebbero senza il ricorso a metodi di procreazione assistita» (Messaggio, 1996, pag. 236, 237, 240). Questi brani dimostrano che l'impiego del concetto di «natura» è delicato, poiché viene utilizzato in modo vago. Il termine presenta invece diversi sensi, di cui i tre seguenti:

1. Il concetto di «natura» può essere inteso in senso **descrittivo** e denotare o *l'intero sistema delle cose, con tutte le sue proprietà, oppure come le cose sarebbero a prescindere dall'intervento umano* (Mill, 2006) – anche se ciò che oggi potremmo designare come un prodotto naturale è stato in passato creato con un intervento umano. In questo senso descrittivo, la natura non può fungere (direttamente) da fondamento per un giudizio etico: la tecnica in generale e la medicina in particolare hanno per l'appunto la funzione di combattere le malattie, di proteggere da fenomeni naturali ostili o di migliorare le condizioni di vita, di emanciparsi quindi dai vincoli della natura quando questi ostacolano lo sviluppo dei valori umani. In questo senso (1), la natura può essere vista come un'entità eticamente indifferente – salvo considerare la possibilità di una normatività etica oggettivamente intrinseca alla natura (nel senso 2 e 3).

2. Per «natura» in senso **ontologico** si intende l'essenza di un essere. Si parla per esempio di «natura umana», per indicare ciò che è *specificatamente un essere umano*. In questo senso (2), la natura ha la funzione di individuare determinate proprietà considerate particolarmente importanti per stabilire ciò che è *fondamentalmente* un essere, le cui proprietà non dipendono dalla sua realtà socioculturale. Per identificare queste proprietà utilizziamo dei criteri, o in altri termini delle norme (non morali). Alcuni ritengono che la «natura» sia il principio di sviluppo di questo essere, indicatrice delle finalità che costitu-

iscono i principi morali della sua realizzazione. È inoltre necessario sottolineare che, se la persona umana, come qualsiasi altro essere, comporta una natura con delle finalità intrinseche, si distingue dagli altri esseri perché è in grado di interiorizzarle attraverso la *ragione* e la *libertà*. La persona umana può dunque scegliere di modificare liberamente gli orientamenti immanenti che gli vengono dati dalla sua natura (nel senso 1).

3. La nozione di natura viene utilizzata anche in senso **valutativo**. Esiste un legame fra l'ontologia (l'essere in quanto tale) e l'etica (ciò che deve essere), due dimensioni che nell'essere umano sono interconnesse. In alcuni casi, può succedere di considerare che determinate proprietà ontologiche abbiano implicazioni importanti per la morale. In questo senso (3), la «natura» assume, a determinate condizioni, il ruolo di un fatto e di una norma (morale). La natura umana indica così le norme dell'azione umana e ne regola le scelte (etiche) individuali e collettive: per l'uomo è naturale (senso 2) sviluppare tecniche volte a dominare la natura (senso 1) al fine di autorealizzarsi e applicare determinati valori (moralì) fondamentali (senso 3).

Le implicazioni relative a queste diverse interpretazioni sono contenute nel capitolo 3.6.3 La normatività della «natura» e del «naturale».

2.5 La libertà personale (persona)

La tutela della persona – intesa qui solo nella sua accezione giuridica e non filosofica – designa la protezione della *libertà* personale e dei suoi elementi (scelte, determinazioni, ecc.) che permettono alla persona umana di *autorealizzarsi*. Questo valore interessa sia le coppie che desiderano ricorrere ai metodi della PAM e rivendicano la libertà di procreare, sia i bambini nati mediante PAM, che possono rivendicare la libertà di accedere ai dati sui loro ascendenti, quando sono nati grazie a una donazione di sperma.

La libertà personale si estende così a diversi beni giuridici come, per esempio, la dignità umana, il diritto alla vita, l'integrità fisica e psichica, la libertà di movimento, il rispetto della sfera privata e il desiderio di avere dei figli.

È inoltre opportuno notare che la libertà personale è una prerogativa della persona fisica e che non è molto chiaro nella giurisprudenza se sia possibile, per esempio, invocare il diritto alla vita per l'embrione *in vivo* e *in vitro*, cioè se esso possa prevalersi della libertà personale e della dignità umana.

In una prospettiva storica, la libertà personale è diventata, a partire dall'epoca moderna, la premessa per determinare un insieme di diritti che i cittadini possono opporre all'ingerenza dello Stato nella sfera privata e personale degli individui; svolge dunque innanzitutto un ruolo protettivo. Sulla scia dell'evoluzione della società e del progresso tecnico, come vedremo di seguito (cfr. sottocapitolo 3.1), emerge la rivendicazione di nuovi riconoscimenti legati alla possibilità di soddisfare delle esigenze. In questo secondo caso, si tratta di ottenere dallo Stato determinati vantaggi: la libertà personale assume in questo contesto un ruolo incitatore e potrebbe addirittura imporre un obbligo positivo allo Stato. Il diritto deve così creare nuove libertà, ciò che peraltro è una delle sue prerogative.

3. Discussione critica e parere

3.1 La libertà di procreare

L'interrogativo al quale urge dare una risposta è di sapere chi ha diritto di accedere alla PAM. La questione della libertà di procreare è pertanto prioritaria.

Il concetto di «libertà» ha un ruolo centrale nella filosofia morale e politica e figura fra i diritti fondamentali sanciti dall'ordinamento giuridico delle democrazie costituziona-

li (Preambolo e art. 10 Cost). D'altro canto è difficile descrivere in che cosa consista esattamente questa nozione. In materia di riproduzione, abbiamo visto che, in nome della libertà di procreare, è possibile invocare sia il diritto *di non procreare* che quello di *potere procreare*. Due concezioni quindi contrastanti. La prima concezione si fonda sull'idea che essere liberi implichi *l'assenza di impedimenti*, ossia la possibilità di decidere, *senza subire pressioni, ostacoli né vincoli*, di: a) evitare una gravidanza (grazie all'utilizzo di contraccettivi) ; b) interrompere una gravidanza (aborto), o c) realizzare un progetto parentale di procreazione. La seconda concezione, si basa invece sull'idea che per essere liberi, sia necessaria la presenza di *condizioni supplementari*. Per i fautori della libertà positiva, lo Stato ha il dovere di fornire i mezzi che consentono agli individui di esercitare *effettivamente* la loro autonomia.

Per distinguere le due concezioni, si parla di libertà *negativa* e di libertà *positiva* (Berlin, 1988).

La libertà negativa. Storicamente, la libertà negativa significava l'assenza di interferenze altrui, in particolare da parte dello Stato, nelle scelte degli individui che non pregiudicano gravemente gli altri. La soluzione dei termini, per esempio, ossia la possibilità di interrompere volontariamente la gravidanza nelle prime 12 settimane, manifesta in questo senso la libertà negativa concessa alle donne di poter decidere, senza interferenze, di interrompere una gravidanza. Tale facoltà è limitata nel tempo per rispondere al dovere collettivo, o dello Stato, di tutelare la vita del feto, in altre parole di ponderare gli interessi in gioco: la libertà della madre e il diritto alla vita del feto.

In materia di procreazione, lo Stato riconosce la libertà negativa degli individui; non interviene più (come ha fatto purtroppo in passato con la sterilizzazione forzata di determinati gruppi di persone) nella sfera personale e privata degli individui, i quali sono così liberi di avere rapporti sessuali con chi desiderano, su riserva delle restrizioni imposte dal Codice penale (sesso con bambini, incesto,...) ed eventualmente di procreare.

Con la **libertà positiva**, l'individuo o la coppia chiede di poter disporre di un'assistenza medica per realizzare il proprio progetto parentale di procreazione; l'individuo o la coppia chiede allo Stato di fornirgli i mezzi o le condizioni necessarie per poter esercitare *effettivamente* una scelta autonoma in materia di procreazione.

Si tratta quindi di sapere se e, in caso affermativo, in virtù di cosa lo Stato debba garantire una libertà in materia di PAM. Non esiste un diritto ad avere un figlio, né un diritto a un figlio in buona salute. Questi diritti obbligherebbero lo Stato ad agire in un determinato modo, o addirittura a garantire i risultati voluti. È però impensabile che questi diritti vengano riconosciuti a livello morale e legale. Ci si può invece chiedere se esiste un «diritto» all'assistenza medica in materia di procreazione e, se sì, in quali circostanze.

In base alla legge, due circostanze di natura medica giustificano l'utilizzo della PAM:

- a) rimediare alla sterilità di una coppia, dopo che gli altri metodi di trattamento siano falliti o risultati senza probabilità di riuscita (art. 5 cpv. 1 lett. a LPAM);
- b) non si possa evitare altrimenti il pericolo di trasmettere ai discendenti una malattia grave e in guaribile (art. 5 cpv. 1 lett. b LPAM)

Poiché la seconda circostanza è trattata in seguito (cfr. sottocapitolo 3.2), affrontiamo qui la prima. Il Messaggio definisce l'infertilità nel modo seguente: «La mancanza involontaria di prole durante un determinato periodo di tempo, nonostante regolari rapporti sessuali non protetti», mentre alle stesse condizioni altre coppie ci riescono (Messaggio, 1996, pag. 236). La circostanza a) giustifica già da sola il divieto per le coppie dello stesso sesso e per le persone sole. In realtà, anche delle persone che soddisfano questa condizione sono escluse perché soffrono di forme di infertilità che richiederebbero il ricorso ai metodi di PAM vietati (come la maternità sostitutiva nel caso, per esempio, di

assenza congenita della funzione uterina – sindrome di Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser –, d’isterectomia in seguito a un tumore o di un’emorragia *post partum*). Presi singolarmente, i membri di una coppia dello stesso sesso potrebbero in fondo non avere alcuna disfunzione ed essere fertili; d’altro canto, anche se non possono superare le condizioni biologiche che impediscono loro di fondare una famiglia, questa impossibilità non costituisce una deviazione rispetto alla norma della popolazione (due individui dello stesso sesso non possono concepire un figlio per via sessuale). Per i suddetti motivi, le coppie dello stesso sesso non soddisfano i requisiti che, in base alla legge, giustificano il ricorso ai metodi di PAM. Le persone sole, anche se infertili, non formano ovviamente una coppia ai sensi della legge – il paragrafo 3.3.2 d) sviluppa alcune considerazioni sugli elementi (relativi all’impossibilità di avere figli) che bisognerebbe prendere in considerazione nella valutazione.

La rivendicazione della libertà di accedere ai metodi che consentono di concepire un bambino mediante assistenza medica, rappresenta un argomento più convincente. Dobbiamo innanzitutto riconoscere che il desiderio di prole e di fondare una famiglia possa essere ugualmente centrale per una coppia dello stesso sesso e per una persona sola che per una coppia eterosessuale. In quest’ottica sarebbe giustificato, in nome della libertà personale (*in senso positivo*), che lo Stato fornisca le tecniche che permettano di esercitare effettivamente questa libertà, creando, per esempio, delle unità di medicina riproduttiva negli ospedali pubblici. Sarebbe inoltre giustificato, in nome della libertà personale (*in senso negativo*), che coppie dello stesso sesso o persone sole possano beneficiare delle prestazioni offerte dalle cliniche private senza essere ostacolate, su riserva di quanto contenuto nel sottocapitolo 2.3 sul benessere del nascituro.

Occorre rilevare che nella legislazione il concetto di «natura» è descritto in modo vago. Da un lato, ci si basa sul concetto di «natura» per affermare che, fra le diverse forme di attaccamento affettivo e sessuale nei confronti di altri, esiste quello fra due individui dello stesso sesso. Nella popolazione umana, l’omosessualità rappresenta una variante naturale della sessualità. In Svizzera, l’unione fra due persone dello stesso sesso è peraltro riconosciuta legalmente dal 2004 (LUD). È dunque comprensibile che due persone dello stesso sesso, conviventi, possano esprimere il desiderio di avere un figlio e di fondare così una famiglia. I progressi tecnologici e l’evoluzione della società permettono ormai di considerare questo desiderio, che per molte persone diventa la prima preoccupazione della loro vita, come un’espressione legittima della persona. Poiché questa libertà è ostacolata da impedimenti biologici insormontabili senza l’intervento di terzi, è ammissibile offrire a coloro che lo desiderano, dei metodi che consentano loro di esercitare effettivamente tale libertà. Si tratterebbe di una giustificazione in nome della libertà personale e del principio di non-discriminazione, vista la libertà concessa alle coppie eterosessuali.

D’altro canto ci si avvale del concetto di «natura» per sostenere che, non essendoci in questa situazione nessuna indicazione medica, le rivendicazioni delle coppie dello stesso sesso di accedere alla PAM non sono pertinenti per creare un diritto. Per le stesse ragioni, un’interpretazione ontologica della nozione di «natura» permette di emettere riserve sulla legittimità del ricorso alla PAM nella situazione sopra menzionata.

Anche se il divieto assoluto dell’accesso ai metodi di PAM per le coppie dello stesso sesso e per le persone sole non sembra quindi giustificato, le condizioni di realizzazione effettiva di questa libertà, segnatamente la partecipazione di terzi – sia per ragioni tecniche (medici) che materiali (donatori di sperma, di ovuli, di embrioni e le madri portanti) – rendono in realtà questa concessione molto più complessa (vedi sottocapitolo 3.6).

3.2 DPI (art. 5 lett. b; art. 5a del progetto di legge)

Nella prospettiva del dibattito etico, è importante distinguere i metodi e le finalità specifiche alla PAM dalle finalità e i metodi relativi alla diagnosi preimpianto (DPI). *La FIV*

viene realizzata indipendentemente dalla DPI, mentre la DPI è possibile dal punto di vista tecnico solo grazie al passaggio attraverso la FIV-ICSI. Per evitare contaminazioni dovute alla presenza di materiale genetico appartenente a un secondo spermatozoo che potrebbe falsare i risultati del test genetico, è essenziale che la FIV avvenga attraverso l'ICSI. Finora, le FIV o le FIV-ICSI erano un trattamento sporadico applicato in seguito a una diagnosi d'infertilità in una coppia eterosessuale stabile. La LPAM prevede però un'altra indicazione, volta a evitare «il pericolo di trasmettere ai discendenti una malattia grave e inguaribile» (art. 5 cpv. 1 lett. b LPAM). Inizialmente, questa seconda indicazione poteva essere realizzata solo attraverso la selezione di spermatozoi e l'analisi del globulo polare. Nel frattempo la gamma dei metodi di selezione si è notevolmente arricchita.

Esistono diversi tipi di test preimpianto i cui obiettivi e le cui implicazioni etiche sono molto contrastanti: 1) la diagnosi preimpianto (DPI, o *preimplantation genetic diagnosis*, PGD), 2) lo *screening* preimpianto (*preimplantation genetic screening*, PGS) e 3) la tipizzazione HLA.

1) Il primo può servire a individuare in modo più mirato una mutazione all'origine di una malattia. Si tratta di un'applicazione diagnostica chiara destinata a individuare una determinata e unica malattia, per la quale si è a conoscenza del fattore ereditario.

2) Il secondo, che può essere effettuato in diversi modi, è impiegato per a) lo *screening*, in modo non invasivo, di anomalie nell'embrione (osservazione morfologica); b) lo *screening* delle aneuploidie (come le trisomie 13, 18 o 21, e le monosomie) nella cellula embrionale, in assenza di un qualsiasi problema genetico familiare; e c) consentire il sequenziamento e l'analisi dell'intero genoma di un embrione prima del suo impianto («*comprehensive*» PGS, o *whole genome sequencing and analysis*, WGS). Quest'ultima tecnica di *screening* è ancora sperimentale e in via di evoluzione. In futuro, potrebbe permettere di individuare una serie di geni che possono influenzare la probabilità di successo di una FIV e anche una serie di fattori di rischio genetico per le malattie complesse e multifattoriali. È però opportuno evidenziare le numerose lacune di quest'ultimo tipo di *screening* che rendono molto problematica la selezione degli embrioni – in particolare il numero elevato di falsi positivi, il valore predittivo limitato di quest'analisi per i fattori di rischio delle aberrazioni genetiche che interessano le malattie multifattoriali, lo squilibrio (principio di proporzionalità) fra vantaggi e rischi e la difficoltà per le persone coinvolte di esprimere un consenso realmente informato, vista l'enorme quantità d'informazioni fornite dal test (de Wert, 2013).

3) La DPI può anche essere utilizzata come strumento per selezionare i donatori di tessuto (tipizzazione tissutale). Si tratta dei casi in cui i genitori hanno un figlio affetto da una malattia grave e che può essere salvato solo dal trapianto di cellule staminali emopoietiche (*hematopoietic stem cell transplantation*, HSCT). Vi sono molte malattie che creano questo tipo di problema, come l'anemia di Fanconi, la beta talassemia o la granulomatosi cronica. Se i genitori non trovano un potenziale donatore fra i membri della loro famiglia, né fra donatori anonimi (che sia HSCT con prelievo nel sangue periferico, midollo osseo o sangue del cordone ombelicale), possono decidere di procreare un altro figlio che potrebbe fungere da donatore. In questo caso dispongono di due opzioni: la prima consiste nel concepire il figlio in modo naturale, poi effettuare un test HLA prenatale sul feto, sapendo che la probabilità di successo è solo del 25%. La seconda soluzione è di optare per una FIV e fare un test HLA nell'ambito di una DPI, in modo da essere sicuri di impiantare nell'utero, e poi mettere al mondo, un «bambino salvatore».

3.2.1 Considerazioni della CNE

a) Aspetti giuridici

Dal punto di vista giuridico, la Svizzera deve in ogni caso emendare la LPAM per con-

formarsi alla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo. In una sentenza del 2012¹⁶, essa ha dichiarato che un sistema legislativo, che da un lato vieta l'impianto limitato ai soli embrioni non affetti dalla malattia di cui i futuri genitori sono portatori sani (nella fattispecie la mucoviscidosi) e dall'altro li autorizza ad abortire un feto affetto da quella stessa patologia, manca di coerenza e viola l'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo.¹⁷

b) Aspetti etici: DPI e DPN

La principale tesi a favore della DPI risulta dalla contraddizione alla quale sono confrontate le coppie che presentano un rischio genetico noto (Höffe, 2011). Da un lato, possono decidere «una gravidanza in prova» che potranno eventualmente interrompere dopo una diagnosi prenatale (DPN). Dall'altro lato, non sono autorizzati a fare analizzare l'embrione prima che sia trasferito nell'utero.

La maggioranza dei membri della CNE considera ingiustificabile il divieto di controllare, prima del trasferimento nell'utero, se un embrione concepito *in vitro* è portatore di una malattia ereditaria grave, mentre la stessa analisi è autorizzata su un feto a uno stadio di sviluppo più avanzato ed eventualmente è permesso interrompere la gravidanza (sull'analogia fra DPI e DPN, vedi i pareri contrastanti di Zimmermann-Acklin, 2012, e di Schaber, 2013). Essa ritiene che i dubbi espressi, giustamente, nei confronti del rischio di derive non possono prevalere sul sostegno da offrire alle coppie interessate e sul loro diritto di autodeterminazione.

La DPI può essere anche considerata una misura di solidarietà nei confronti dei genitori coinvolti e un modo per prevenire un torto prevedibile e non necessario (Martin & Baertschi, 2013); per questa ragione, la maggioranza della CNE approva le modifiche apportate al progetto di legge.

Questo ambito etico definisce dei limiti al di là dei quali la DPI non è accettabile: deve esserci il rischio di una grave sofferenza. È difficile tuttavia prevedere la sofferenza, soprattutto quella degli altri. I diretti interessati percepiscono la propria sofferenza diversamente dagli altri, in particolare riguardo alla possibilità di «conviverci». Di fronte a questo aspetto, la DPI racchiude quindi un'ambivalenza etica: si suppone infatti che, in molti casi, la decisione non verrà presa nell'ottica della persona interessata, ma in quella dei genitori che, di solito non sono i diretti interessati, ma che temono semplicemente certe malattie o disabilità.

Da un punto di vista concreto, la DPN e la DPI vengono di solito effettuate a causa del peso che rappresenterebbe la potenziale malattia del nascituro per i genitori, e non a causa della malattia in quanto tale. In base a quali argomenti si potrebbe altrimenti affermare che un bambino affetto da una determinata malattia preferirebbe non vivere? Per questo è preferibile astenersi dallo stilare un elenco delle malattie che costituiscono un'indicazione per la DPI. La stessa malattia, o anche disabilità, può infatti sembrare accettabile o sopportabile per alcuni genitori e non per altri. La trisomia 21, la cui diagnosi viene accolta in modo diverso dalle coppie, ne è una prova palese. Tutte queste considerazioni ci spingono a chiederci: la DPI viene realizzata nell'interesse di chi? In quello del bambino, o in quello dei genitori? La CNE ritiene impossibile affermare che la DPI si giustifichi nell'interesse del nascituro (vedi il problema della non-identità nel sottocapito-

16 Costa e Pavan c. Italia, 28 agosto 2012, § 64.

17 La Corte osserva che: «per tutelare il loro diritto a mettere al mondo un figlio non affetto dalla malattia di cui sono portatori sani, l'unica possibilità offerta ai ricorrenti è iniziare una gravidanza secondo natura e procedere a interruzioni mediche della gravidanza qualora l'esame prenatale dovesse rivelare che il feto è malato» (§ 65) e prosegue: «la Corte non può non tenere conto, da un lato, dello stato di angoscia della ricorrente, la quale, nell'impossibilità di procedere ad una diagnosi preimpianto, avrebbe come unica prospettiva di maternità quella legata alla possibilità che il figlio sia affetto dalla malattia in questione, e, dall'altro, della sofferenza derivante dalla scelta dolorosa di procedere, all'occorrenza, ad un aborto terapeutico» (§ 66) (CEDU, 2012).

lo 2.3), poiché consiste in una procedura di selezione che riguarda un embrione specifico e nulla esclude che «proprio quel bambino sano» nascerebbe senza DPI.

Una minoranza della CNE contesta la tesi dell'analogia fra DPN e DPI e sottoscrive l'argomentazione del Consiglio federale¹⁸; in effetti, la DPI, a differenza della DPN, implica una volontà esplicita di produrre degli embrioni al fine di distruggerne poi la maggior parte. Contrariamente alla DPN, tale cernita presuppone una vera selezione.¹⁹

Questa minoranza individua una differenza fondamentale: nel caso della DPN, la donna incinta è direttamente coinvolta in virtù del suo rapporto corporeo con l'embrione, che assicura a quest'ultimo una certa protezione. Questa protezione esige quindi un modo diverso di ponderare gli interessi contrastanti e richiede un esame di caso in caso (proseguire o meno una gravidanza). Con la DPI si tratta invece di scegliere fra diversi embrioni che, *essendo in vitro*, sono più facilmente accessibili (la donna non è coinvolta con il suo corpo).

La CNE desidera sottolineare che è fondamentale capire le sofferenze dei genitori confrontati a una malattia genetica e i motivi delle loro scelte, e non esprimere un giudizio sullo statuto delle persone portatrici di una disabilità. Le autorità dovrebbero avviare un dibattito più generale sulle misure socio-politiche atte a favorire l'accettazione e l'integrazione delle persone disabili nelle nostre società (caratterizzate dall'individualismo e dal culto dell'autonomia), per assicurarsi che la DPI sia l'espressione di una volontà libera e non il frutto di una pressione sociale (Kind, Braga, Studer, 2009). In un tale dibattito potrebbe rientrare anche una riflessione sulla vulnerabilità insita nell'essere umano.

È importante puntualizzare che i centri esteri, nei quali è attualmente utilizzata la DPI, non impiegano sempre le stesse pratiche. Ciò nonostante, è evidente che il numero degli embrioni necessari per realizzare una DPI è superiore agli otto previsti nel quadro del nuovo disegno di legge (tre embrioni quando il patrimonio genetico non è analizzato). L'esperienza dei centri all'estero mostra che nel corso di un ciclo occorre fecondare almeno 9-10 ovuli, se non addirittura 12 o più, per sperare di poter impiantare l'embrione nello stesso ciclo. È infatti vero che non vengono fecondati tutti gli ovuli prelevati, ma è altrettanto vero che non tutti gli ovuli fecondati possono essere analizzati con successo. Limitare a otto il numero degli embrioni che possono essere prodotti nel corso di un ciclo rende difficile la diagnosi genetica e non tiene conto del benessere della donna. La maggioranza della CNE raccomanda pertanto di sopprimere questa limitazione per la DPI.

La maggioranza della CNE ritiene inoltre che la legge debba disciplinare l'indicazione della DPI attraverso una formulazione relativamente generica e rinunciare a stilare un elenco delle malattie, per i motivi già esposti in precedenza (CNE, 2005, pag. 53).

Si porrà infine la questione se i metodi della DPI debbano essere integrati nel catalogo delle prestazioni dell'assicurazione di base. La CNE desidera sottolineare che è opportuno prevedere un sistema equo e una politica di finanziamento coerente. Visto che la DPN è iscritta nel catalogo, non è plausibile che la DPI non lo sia.

c) Aspetti etici: DPI e *screening*

Nel caso della DPI riguardante una malattia specifica, i genitori sono spesso più informati dei medici sulle implicazioni e sanno, per la loro esperienza familiare, cosa significhi vivere con quella malattia. Nel caso dello *screening* invece, i genitori non possono di solito

18 «Nel caso della diagnostica prenatale, pur ponendosi la questione del possibile aborto procurato, esistono eventualmente anche delle possibilità terapeutiche [...]. Nel caso della DPI, di contro, con la selezione fra un determinato numero di embrioni si decide unicamente fra accettazione e rifiuto. Pertanto, da una parte si tratta del rapporto unico fra la donna gravida e il suo bambino non ancora nato; dall'altra di oggetti di dimensioni microscopiche – siano essi persone o ammassi di cellule – in una capsula di Petri, il cui rapporto con i genitori passa attraverso una complessa procedura tecnica. Così come le opzioni di trattamento non sono le medesime nei due casi, così anche i parametri morali non sono semplicemente trasferibili da un caso all'altro» (messaggio, 2013, pag. 5067).

19 Messaggio (2013, pag. 5067-5068 e 5071), che rinvia a Haker (2002, 224 segg.).

basarsi su un proprio vissuto e spesso hanno un'idea solo vaga delle conseguenze che potrebbe avere un eventuale risultato positivo sulla famiglia. È quindi necessario modulare la consulenza in funzione delle specificità di queste due situazioni.

Una parte della Commissione sottolinea la differenza di fondo fra DPI e *screening*, e ritiene che una legislazione sulla prima non debba necessariamente comportare l'autorizzazione del secondo.

Contrariamente alla DPI, lo *screening* interessa numerose coppie che desiderano ricorrere a una FIV-ICSI. È pertanto essenziale distinguere fra i pazienti che presentano un rischio genetico elevato (dal 10% al 50%, raramente superiore) e quelli con un rischio medio (dall'1% al 10%). Questa distinzione ha conseguenze anche sul numero degli embrioni necessari per procedere ad analisi genetiche. È opportuno sottolineare che le implicazioni etiche di un test che permette di identificare diverse malattie potenziali (deviazioni rispetto a una norma) sono diverse da quelle di un test che permette di diagnosticarne solo una (DPI). Di conseguenza, è importante fare un ricorso misurato allo *screening*, tenendo conto del suo largo spettro, del carattere solo possibile delle aberrazioni e della difficoltà a valutare il peso che tali aberrazioni potrebbero effettivamente esercitare sugli individui interessati. È opportuno definire le caratteristiche prese in considerazione nel programma di *screening* e determinarne le indicazioni. Sottoporsi a uno *screening* non equivale a decidere di effettuare un test genetico preciso.

Una parte della CNE ritiene che la DPI e lo *screening* preimpianto debbano essere autorizzati nel quadro di una FIV-ICSI, ma che questi test non debbano essere effettuati automaticamente per ogni FIV associata all'infertilità. Un'altra parte della CNE sottolinea la differenza etica fra una DPI e uno *screening* PGS; quest'ultimo non appare legittimo dal punto di vista etico, a meno che non venga riconosciuto il diritto ad avere un bambino «sano», diritto che è stato scartato in precedenza per motivi di principio. Peraltro, l'opportunità degli *screening* va di pari passo con l'avanzare dell'età della donna che si sottopone a un metodo di FIV-ICSI. Infine occorre evidenziare che il fatto di *effettuare uno di questi test non debba essere considerato come un dovere etico*.

La maggioranza dei membri della CNE approva l'autorizzazione della DPI per le coppie che presentano un rischio genetico di avere un bambino affetto da una malattia o da una disabilità grave. A suo parere, deve essere ammesso anche lo *screening* nel quadro di una FIV-ICSI condotta per motivi di infertilità, ma a condizioni diverse: si potrebbe distinguere per esempio tra le coppie la cui donna è giovane e quelle in cui l'età della donna la espone a una certa probabilità di aberrazioni cromosomiche, come le aneuploidie. D'altro canto, la maggioranza della CNE ritiene che la legge non debba prescrivere un'indicazione di età per lo *screening* preimpianto.

Quanto alle buone pratiche mediche, occorre rilevare che lo *screening* e l'eliminazione degli embrioni aneuploidi (di solito non vitali) possono aumentare la probabilità di successo di una FIV per coppie soggette a infertilità. Ciò nonostante, l'efficacia di questa tecnica è ancora oggetto di discussione.

d) Aspetti etici: DPI e tipizzazione HLA

Per quanto riguarda l'impiego della DPI come metodo di selezione dei donatori di tessuto (tipizzazione tissutale o tipizzazione HLA), occorre sottolineare che questi casi sollevano importanti interrogativi etici (CNE, 2007): i genitori hanno il diritto di concepire un nuovo bambino a questo scopo? E in caso affermativo, questo diritto deve essere garantito per legge? Si può affermare che i genitori abbiano il dovere morale di agire in questo modo? Quali sono i diritti e i doveri del nuovo bambino, oltre a quelli dei genitori e del bambino malato? Quest'ultimo avrebbe il dovere di sottoporsi a un trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT)?

Se non si può affermare che il nuovo bambino abbia il dovere di sottoporsi a una procedura invasiva per donare del tessuto al suo fratello o alla sua sorella maggiore, si può invece sostenere che la donazione del sangue del cordone ombelicale non violi i suoi

diritti nella misura in cui, una volta nato, non ne ha più bisogno – in effetti, in funzione dell'età e del peso del ricevente, il numero delle cellule presenti nel sangue del cordone potrebbe essere sufficiente per un trapianto delle cellule staminali emopoietiche. Ciò non vale, invece, per la donazione di tessuto prelevato con una procedura invasiva. In quest'ultimo caso, i genitori usano la loro autorità per coinvolgere il nuovo bambino nel «salvataggio» del figlio maggiore, senza che il nuovo bambino possa, a ragion veduta, esprimere il suo parere. È fuori dubbio, che il prelievo invasivo di tessuto costituisca una violazione dell'integrità fisica del nuovo bambino e che, seppure motivata da uno scopo lodevole, sia in gran parte contrario al suo interesse (anche se più tardi, aver salvato il fratello o la sorella maggiore potrà alimentare la sua autostima o semplicemente contribuire al suo sviluppo). Bisogna quindi chiedersi se questi elementi siano sufficienti per rendere illegittima la tipizzazione tissutale oppure se si possa giustificarla partendo dal presupposto che il nuovo bambino acconsentirebbe alla donazione se fosse nelle condizioni di farlo.

Occorre ricordare che la legge sui trapianti impone delle condizioni molto restrittive al prelievo di organi e di tessuti sui bambini. La questione della protezione degli interessi dell'embrione e del futuro bambino di fronte al prelievo di cellule staminali emopoietiche e la questione del «consenso» dato dai rappresentanti legali, nella fattispecie dai genitori, sono particolarmente sensibili (Rehmann-Sutter, Daubitz, Schües, 2013). Per determinare se il prelievo invasivo è eticamente accettabile, bisogna anche chiedersi se l'intervento di per sé, o i suoi postumi, esponga il bambino a problemi medici o psicosociali a breve, medio e lungo termine. Ciò richiede un esame della situazione soggettiva delle persone interessate. In effetti, le conclusioni divergono a seconda se la questione verte sul bambino «salvatore» o sui suoi diritti e doveri. Considerato che il concetto di bambino salvatore solleva importanti obiezioni dal punto di vista dell'etica medica (segnatamente in termini di mancato rispetto dei principi di autonomia e di non maleficenza), l'autorizzazione della tipizzazione resta controversa. Dobbiamo concluderne che è inammissibile in un'ottica etica? Che rappresenta una strumentalizzazione del bambino?

È importante innanzitutto segnalare che i genitori di un bambino malato, che non hanno un'altra soluzione per aiutare il loro figlio o la loro figlia, vedono la situazione in modo completamente diverso; per loro, che vogliono fare tutto il possibile per salvare il loro bambino e pensano addirittura di averne l'obbligo morale, l'argomento della strumentalizzazione sembrerà indubbiamente vuoto e astratto. Pur apparendo pertinente *a priori*, l'argomento secondo il quale il bambino salvatore sarebbe strumentalizzato e quindi ferito nella propria dignità, non regge a un'analisi più approfondita. In effetti, per rifarsi a Kant (cosa che spesso avviene quando si parla di strumentalizzazione), la strumentalizzazione rappresenta un motivo etico valido per rinunciare a un progetto solo quando è completa. La formulazione dell'imperativo categorico evocato in questo caso, dice che è obbligatorio agire in modo tale da trattare l'umanità sempre *al contempo* come un fine e mai *solo* come un mezzo: «*Agisci in modo da trattare l'umanità, sia nella tua persona sia in quella di ogni altro, sempre anche come fine e mai semplicemente come mezzo*» (Kant, 1992, pag. 111). Inoltre, per i motivi esposti più avanti, sarebbe discutibile affermare, nel senso kantiano, che un embrione possa essere considerato una persona. Dal punto di vista dei genitori, il bambino salvatore è accettato e amato di per sé, anche se il motivo scatenante del suo concepimento risiede nella malattia del fratello o della sorella maggiore.

I fautori della posizione «personalista» criticano la strumentalizzazione del «bambino salvatore», non per un'intenzione soggettiva dei genitori, che si suppone sia generosa e altruista, bensì nella misura in cui questa pratica non rispetta oggettivamente gli embrioni prodotti a tale scopo e deliberatamente distrutti. Se nel caso della DPI vengono eliminati gli embrioni portatori di una predisposizione a una malattia grave, nel caso del «bambino salvatore» vengono eliminati degli embrioni sani per il semplice motivo che non sono compatibili con il bambino malato. Si è quindi in presenza di una strumentalizz-

zazione degli embrioni e di conseguenza una strumentalizzazione parziale del nascituro.

Contro la tipizzazione tissutale mediante DPI sono stati avanzati anche altri argomenti (Putallaz, 2008), segnatamente quello del «pendio scivoloso» (*slippery slope*), cioè il pericolo che le indicazioni per la donazione vengano estese ad altre cellule o tessuti, se non addirittura organi, da un lato, e ad altre cerchie di riceventi, dall'altro lato. Non sussiste il rischio, in caso di autorizzazione, che questa pratica si diffonda? Questo argomento può essere confutato sottolineando le specificità dei diversi tipi di donazione. Il trapianto di cellule staminali emopoietiche richiede un grado di compatibilità tissutale molto più elevato rispetto a quello necessario, per esempio, per gli organi (Romagnoli et al., 2012). Per questo motivo è più probabile trovare un donatore compatibile per la donazione di un organo che per quella di cellule staminali emopoietiche. Questo fenomeno spiega il ricorso a un «bambino salvatore». Per quanto riguarda la cerchia dei riceventi, è una questione che può essere risolta con disposizioni specifiche, come quelle previste per il prelievo di organi su persone viventi, segnatamente su minori (art. 13 cpv. 2 lett. d della legge sui trapianti). Per la Commissione è chiaro che, se i test genetici possono essere giustificabili nel caso della tipizzazione tissutale (il «bambino salvatore»), ciò non significa che sia auspicabile una loro applicazione ampliata ad altre caratteristiche del nascituro. La Commissione è quindi contraria alla determinazione delle caratteristiche genetiche per motivi legati a progetti di vita soggettivi («*designer baby*»).

Tutti i membri della CNE – sia contrari che a favore della tipizzazione tissutale tramite DPI – sono giunti alla conclusione che i genitori che fanno effettuare una DPI all'estero per essere sicuri di avere un bambino HLA compatibile, lo fanno per motivi eticamente comprensibili ed encomiabili; non meritano quindi alcun rimprovero. I membri della CNE che si oppongono alla legalizzazione della tipizzazione tissutale tramite DPI in Svizzera non mettono in questione la decisione individuale dei genitori.

3.3 Le limitazioni alla libertà di procreare

Pur riconoscendo che il desiderio di avere un figlio rappresenti una delle «peculiarità dello sviluppo della personalità» (Messaggio, 1996, pag. 209) e che il divieto assoluto di ogni metodo di PAM è contrario al principio della proporzionalità, il Tribunale federale ha ugualmente affermato che il fatto di subordinare i metodi della PAM a certe condizioni non arreca pregiudizio all'essenza inalienabile della libertà individuale (DTF 119 la 478). È dunque importante studiare e discutere le limitazioni poste dalla LPAM.

3.3.1 Subordinazione al benessere del nascituro (art. 3 cpv. 1)

Abbiamo visto che il valore del benessere del nascituro è assunto a principio fondamentale della LPAM. Ciò nonostante, riguardo al «benessere del nascituro», la CNE ritiene che questo valore, come precisato in precedenza (cfr. capitolo 2.3) presenti diversi limiti quanto al suo utilizzo nella LPAM: 1) è vago nel contenuto e nell'applicazione; 2) sembra opporsi in generale al progetto parentale, sebbene quest'ultimo ne costituisca, sotto diversi aspetti, la possibilità di realizzazione; 3) non è abbastanza preciso sulla prova empirica del torto che vorrebbe prevenire. A titolo di esempio, nel Messaggio si legge che: «È [...] evidente che nell'interesse del benessere del nascituro l'accesso ai metodi di procreazione sia consentito soltanto a coppie eterosessuali» (Messaggio, 1996, pag. 236). Per la CNE, invece, non è affatto «evidente» il motivo per il quale, nell'interesse del nascituro, i metodi della LPAM debbano essere accessibili solo alle coppie eterosessuali. Al contrario, la Commissione vi vede l'espressione di pregiudizi che non si fondano su evidenze (a meno che non si faccia ricorso a una nozione normativa di «natura»). Le coppie dello stesso sesso possono assumersi insieme la responsabilità di genitori, anche se «per natura» (senso 1) non possono procreare senza il concorso di terzi. La CNE ritiene che si tratti di una discriminazione dovuta a una cattiva interpretazione di ciò che è il benessere del nascituro (a causa probabilmente dell'imprecisione del concetto). Questo

approccio presuppone infatti dei torti che non sono corroborati da studi empirici e orientata in generale la LPAM verso norme ricalcate sulla biologia.

Secondo la CNE, il benessere del nascituro è un valore importante. Altrettanto importante è però anche determinare meglio il suo contenuto e la portata che esso assume nella logica della LPAM, per conferire un mandato più chiaro ai terzi che sono chiamati ad agire in conformità con i valori normativi in essa sanciti. Altrimenti, il benessere del nascituro potrebbe servire in modo arbitrario per contrastare delle libertà legittime. Per questo motivo, in ogni situazione specifica, il rifiuto della PAM dovrebbe basarsi sulla forte presunzione – suffragata se del caso da studi empirici –, o in altre parole su un *apprezzamento anticipato*, che il quadro (familiare, affettivo, psico-sociale, ecc.) all'interno del quale potrebbe nascere il bambino, rappresenti una minaccia sufficientemente seria da preferirne la non-esistenza all'esistenza. Altrimenti questo valore servirebbe, come abbiamo appena visto, a celare dei motivi più arbitrari, se non addirittura discriminatori.

Il non accesso alla PAM per le persone dello stesso sesso e le persone sole è considerato invece accettabile per una parte dell'opinione pubblica, per la quale la famiglia consiste necessariamente in una coppia eterosessuale.

3.3.2 Condizioni di accesso alle tecniche PAM

Se i valori normativi consentono una valutazione generale delle implicazioni dei metodi della PAM, la LPAM disciplina altre condizioni più specifiche. È opportuno passare qui in rassegna quelle che potrebbero essere oggetto di controversia.

a) Applicazione riservata alle coppie con le quali può insorgere un rapporto di filiazione (art. 3 cpv. 2 lett. a)

«L'articolo 3 capoverso 2 lettera a limita [...] i metodi di procreazione alle coppie di genitori con le quali insorge un rapporto di filiazione giusta gli articoli 252-263 CC» (Messaggio, 1996, pag. 236).

Queste disposizioni implicano che il ricorso alla PAM è vietato per le persone sole e le coppie dello stesso sesso. La CNE evidenzia che queste disposizioni si basano su una premessa discutibile, cioè che la famiglia nucleare tradizionale, come forma «naturale», è la migliore configurazione parentale in assoluto. Le diverse forme di famiglia (famiglie nucleari monoparentali, famiglie ricomposte, coppie eterosessuali e dello stesso sesso con figli, famiglie monoparentali, ecc.) non possono garantire, per la loro semplice struttura, il benessere del bambino. Questo risulta da diversi fattori come, per esempio, la dedizione dei genitori, la ricchezza e la stabilità dei rapporti interpersonali, la disponibilità di risorse umane e materiali. I dati empirici, spesso lacunosi sui genitori dello stesso sesso, non forniscono risposte risolutive su un'influenza chiaramente negativa di una forma di famiglia rispetto a un'altra (Simoni, 2012, pagg. 52-56). Altri ritengono che, sebbene un bambino possa crescere bene anche in una famiglia monoparentale, il legislatore non dovrebbe favorire l'affermarsi di questo tipo di famiglia ampliando le indicazioni per accedere alla PAM.

Nella LPAM, le coppie dello stesso sesso si vedono proibire l'accesso ai metodi di PAM sulla base del diritto di filiazione, che concretizza una certa interpretazione della normatività della natura (nel senso 1). Il Messaggio precisa, in effetti, che la procreazione medicalmente assistita non deve portare «a relazioni familiari divergenti da quelle che esisterebbero senza il ricorso ai metodi di procreazione assistita» (Messaggio, 1996, pag. 240). Il diritto della filiazione si fonda su un dato di fatto certo, cioè che la madre è sempre nota (secondo il detto *mater semper certa est*) – una certezza che alcuni metodi della PAM (donazione di ovuli e di embrioni, maternità sostitutiva) hanno fatto sgretolare. Ciò nonostante, da un esame più attento emerge che il diritto si concede talvolta delle deviazioni dalla realtà biologica. In effetti, alcuni accordi più arbitrari legittimano il fatto che il padre non debba essere necessariamente il padre biologico. Il diritto di filiazione stabilisce, tra l'altro, che fra «il padre ed il figlio, [la filiazione] risulta dal matrimonio con la madre»

(art. 252 cpv. 2 CC). Questo presupposto – che consiste in una differenza di giustificazione rispetto al carattere biologico di maternità – potrebbe essere accordato ad altre persone, come per esempio a una donna che vive in unione domestica registrata con la madre del bambino (che potrebbe aver fatto ricorso a un'inseminazione eterologa). O a un uomo che vive in coppia con il padre del bambino che ha donato il suo sperma per la fecondazione di una madre surrogata, che a sua volta ha ricevuto la donazione di un ovulo. La CNE ritiene che sia giustificabile una revisione del diritto di filiazione e che sia possibile integrare le varianti aperte dalla PAM in una legislazione coerente, come è stato fatto nel diritto sull'adozione o quello sulla filiazione in merito al padre non biologico.

Come è già avvenuto negli Stati Uniti (vedi per esempio il caso *Johnson v. Calvert* (Cal. 1993) per la maternità sostitutiva gestazionale e *In the Matter of Baby M.* (N.J. 1988) per la maternità sostitutiva tradizionale), tra i genitori intenzionali e la madre portante possono insorgere delle divergenze sulla definizione di chi è il genitore «naturale» del bambino nato tramite FIV o FIV-ICSI. Per il legislatore è quindi primordiale stabilire con chiarezza, nel caso in cui siano autorizzate la donazione di un ovulo, la donazione di un embrione e la maternità sostitutiva, qual è il tipo di rapporto di filiazione privilegiato in ogni situazione. Bisogna rendersi conto che la modifica del diritto di filiazione è in fondo una scelta politica di grande portata.

b) Età, situazione personale e maggiore età (art. 3 cpv. 2 lett. b)

Altre esigenze concorrono a limitare l'accesso ai metodi della PAM, ma sempre nel nome del benessere del nascituro. La prima è l'età (nel senso di un limite di età per la procreazione). Il legislatore non ha fissato un limite di età per l'accesso ai metodi della PAM. Questo limite è lasciato al libero apprezzamento dei medici specialisti che dispongono di tre criteri per determinarlo.

1) Il primo criterio si basa su presunti motivi biologici e consiste nello stabilire la menopausa come limite di età per la procreazione naturale nella donna. Secondo la CNE, questo criterio non è ragionevole: da un lato, la menopausa può variare di donna in donna per motivi naturali o patologici; in determinati casi la menopausa interviene precocemente in certe donne (prima di 30 anni) – fenomeno che giustificerebbe addirittura il ricorso ai metodi PAM perché dal punto di vista sociale le donne sono in età procreativa. Dall'altro lato, si tratta di giustificare un divieto sulla base di un dato biologico (la natura nel senso 1), mentre la questione da porsi è se questo dato offra una ragione sufficiente per farlo.

2) Il secondo criterio stabilisce un rapporto fra l'età dei genitori e il benessere del nascituro (compreso come interesse di avvalersi del sostegno dei genitori fino alla maggiore età). Qui si tratta di determinare l'età ideale dei genitori – tale questione si pone essenzialmente per la donna, perché è molto raro che l'età dell'uomo sia considerata un criterio per stabilire una soglia di presa a carico. È incontestabile che i genitori abbiano il dovere di sovvenire ai bisogni psichici, fisici, affettivi e materiali dei loro figli almeno fino alla maggiore età. Devono essere quindi in grado di farlo, e l'età ha ovviamente un influsso sulla loro capacità di soddisfare le esigenze dei figli. D'altra parte ci sono anche dei nonni che spesso assumono compiti importanti per lo sviluppo dei nipoti, talvolta al posto dei genitori. Si potrebbe evidenziare, a giusto titolo, che il legame intergenerazionale, cioè il fatto che un bambino possa, in seno alla stessa famiglia, relazionarsi con diverse generazioni, rappresenta certamente un grande arricchimento umano. Tuttavia, anche se l'età ha la sua importanza, è difficile trarre una conclusione generale da tutti questi aspetti. Tenuto conto del fatto che la questione dell'età non può trovare una soluzione completamente soddisfacente, un approccio pragmatico consiste nel raccogliere, caso per caso, un insieme di elementi che potrebbero indurre lo specialista a presupporre che, in una data situazione, il ricorso alla PAM non sia ammissibile (rischiando però di nuocere alla vita privata delle persone in questione). In ogni caso, questo insieme di elementi, da giudicare nel rispetto delle norme professionali, dovrà includere gli aspetti

succitati, come la possibilità per il bambino di beneficiare di una rete di rapporti umani (compresi innanzitutto i genitori, i nonni, ecc.) il più ricca possibile e per un periodo più lungo possibile. Quest'ultimo punto ci conduce al terzo criterio, che è di ordine medico.

3) Gli studi scientifici mostrano una correlazione fra l'età della madre al momento dell'inizio della gravidanza e il rischio di morbilità e di mortalità della madre stessa e del bambino. Il principio di non maleficenza, importante punto di riferimento della deontologia medica, permette in questo caso di rifiutare una prestazione della PAM in nome dell'etica medica.

Infine la CNE segnala che il criterio di «situazione personale» deve essere meglio precisato: il legislatore dovrebbe per esempio chiarire se si riferisce alla salute psicofisica dei genitori (e quindi rifiutare per esempio una FIV-ICSI a una coppia di cui un membro viene curato per cancro, con il rischio concreto di ingerenza nella vita privata), oppure alla situazione socio-economica.

c) Solo una coppia sposata può far ricorso alla donazione di spermatozoi (art. 3 cpv. 3)

La CNE ritiene che questa condizione rappresenti una discriminazione per le coppie non sposate, le coppie dello stesso sesso e le persone sole. Due argomenti mostrano il carattere discutibile di questo requisito. In primo luogo, le coppie non sposate possono dare prova della stessa stabilità delle coppie sposate – è comunque difficile dimostrare che una coppia rimarrà unita. In secondo luogo, la stabilità di una coppia non basta a garantire il benessere del nascituro, mentre a certe condizioni riveste un'importanza precipua per lo sviluppo armonioso del bambino (Messaggio, 1996, pag. 238).

Inoltre, poiché in una coppia sposata, che ricorre a una PAM con donazione di spermatozoi, l'uomo diviene padre solo in virtù del fatto che è il marito della madre, ovvero mediante uno stratagemma giuridico, il legislatore potrebbe adottare lo stesso stratagemma per determinare la parentela della donna che convive con la madre fecondata grazie a una donazione di spermatozoi di un terzo. Eventualmente, considerando che il riconoscimento giuridico di un legame che unisce i membri di una coppia offre una garanzia di stabilità, si potrebbe chiedere che la coppia dello stesso sesso registri ufficialmente la sua unione domestica (a condizione che il divieto di accedere ai metodi della procreazione medicalmente assistita sia eliminato anche dalla LUD). In tal caso bisognerebbe precisare i conseguenti doveri di assistenza e mantenimento reciproco. Nell'interesse del bambino, l'unione domestica registrata dovrebbe essere un'istituzione giuridica definita altrettanto chiaramente come il matrimonio. Il legislatore non ha considerato l'unione domestica registrata come equivalente al matrimonio perché unisce due persone dello stesso sesso, e pertanto ha escluso l'adozione e il ricorso ai metodi della PAM. La maggioranza della CNE non condivide questa posizione (per il motivo indicato al capitolo 3.6.3.). La Commissione richiama l'attenzione sul fatto che la Costituzione (art. 41 cpv. 1 lett. c Cost.) si limita a definire la famiglia come comunità di adulti e bambini, senza ulteriori precisazioni.

d) Permesso di rimediare alla sterilità (art. 5 cpv. 1 lett. a)

Per sterilità si intende la «mancanza involontaria di prole durante un determinato periodo di tempo, nonostante regolari rapporti sessuali non protetti» (Messaggio, 1996, pag. 236). Secondo alcuni studi, il 24% della popolazione mondiale ha problemi di fertilità e il 15% della popolazione in età riproduttiva fa ricorso alla PAM (Fisher, 2009).

Le cause della sterilità sono riconducibili a disturbi nella donna o nell'uomo o a disturbi derivanti da una combinazione di fattori presenti nell'uomo e nella donna. Talvolta la sterilità resta inspiegata. Nella donna, come nell'uomo, la sterilità può dipendere da disturbi o patologie di ordine genitale, extra-genitale o psichico. Di frequente può trattarsi di infezioni, lesioni, malformazioni o anomalie genetiche. In alcuni casi si osserva anche una reazione immunologica, con la produzione di anticorpi che attaccano i gameti maschili. Occorre poi segnalare che anche i trattamenti antitumorali, chemioterapia, ra-

dioterapia o chirurgia, possono provocare una sterilità temporanea o permanente.

Determinare se la sterilità è una malattia non è solo una questione tecnica o medica, ma anche una questione di interpretazione da parte della società.

Nell'esame dell'infertilità devono essere presi in considerazione quattro aspetti: 1) la dimensione biologica dell'infertilità; 2) l'infertilità come risultato del tipo di legame o l'assenza di legame; 3) la sofferenza legata all'infertilità; 4) la risonanza sociale dell'infertilità.

1) Il primo aspetto consiste nel considerare l'infertilità come una deviazione rispetto a uno stato funzionale statisticamente dominante (in altre parole, la possibilità di procreare di una coppia eterosessuale). In questo caso, l'infertilità può essere considerata una malattia. Accordare o meno lo statuto di «malattia» all'infertilità permette di giustificare, o di rifiutare, il ricorso a un aiuto medico. In base a questo criterio è così possibile distinguere i trattamenti legittimi. Da segnalare, tuttavia, che tra le coppie che iniziano il trattamento, l'infertilità rimane inspiegata nel 10% dei casi. 2) Il secondo aspetto – l'infertilità come risultato del tipo di legame o di assenza di legame – permette di staccarsi da una logica di infertilità come malattia (e ampliare così la legittimità di una PAM) per includere le persone che non hanno figli per altri motivi, per esempio perché sono sole (per tutta una serie di ragioni che riguardano gli individui in questione) o perché formano una coppia dello stesso sesso (in questo caso l'infertilità risulta dal tipo di legame affettivo e non dallo stato funzionale perché, prese individualmente, queste persone potrebbero essere fertili). 3) La sofferenza di non potere avere figli rappresenta l'aspetto determinante; in effetti una persona sola o i membri di una coppia (eterosessuale o dello stesso sesso) possono non avere figli ma non soffrirne. La procreazione non è un obbligo, come il mettere al mondo dei figli non è un destino inesorabile. Secondo la Commissione, il ricorso ai metodi PAM è giustificato dal punto di vista etico solo nella misura in cui l'assenza di un figlio è fonte di grave sofferenza per le persone interessate, in altre parole solo nella misura in cui è percepita e vissuta come intollerabile. Non possiamo negare che numerose persone sterili soffrano molto di questa situazione, ma vi è anche chi, pur non essendo sterile, soffre di non poter fondare una famiglia. In questi casi, la maggioranza della Commissione ritiene che il ricorso ai metodi della PAM possa essere giustificato. Infine, 4) l'infertilità ha connotazioni sociali e culturali. Una persona o una coppia può sentirsi sotto pressione a causa dell'ambiente in cui vive e può «desiderare» di voler procreare per motivi, per così dire, esogeni. Questa considerazione è fortemente influenzata dalle determinanti culturali legate alla fertilità, alla sessualità, al ruolo della donna nella società e alla finalità procreativa che le viene attribuita. La medicina della procreazione è spesso indissociabilmente legata a considerazioni di *genere*. Ovviamente, è sempre molto difficile, se non impossibile, dire quando un motivo è autentico o socialmente costruito, visto che ogni individuo è collocato sin dalla nascita in una fitta rete di relazioni umane e sociali. Di conseguenza, l'infertilità deve essere sempre considerata nel suo contesto pratico e secondo la costellazione specifica che l'esprime. Per i motivi succitati, è importante sviluppare nella legge dei meccanismi di protezione quando si costata una pressione indotta sulla persona o la coppia in questione.

La regolamentazione legale della FIV-ICSI deve avere segnatamente l'obiettivo di permettere a ognuno di prendere la propria decisione in tutta libertà, senza essere sottoposto a qualsivoglia pressione né ad alcuna limitazione di principio.

3.4 Sviluppo di embrioni (art. 17)

In virtù del diritto vigente, è permesso sviluppare, all'esterno del corpo della donna, al massimo tre embrioni se il patrimonio genetico non è analizzato (o otto se lo è, secondo la modifica della LPAM). Queste condizioni inducono a fare tre osservazioni.

1. Oggi si vuole promuovere il metodo eSET per evitare le gravidanze plurime. Al contempo però, secondo la legislazione in vigore, si vuole evitare attraverso la LPAM ogni possibilità di conservare gli embrioni giudicati sani, ma che non potevano essere

impiantati durante il ciclo in corso. Essendo vietato anche il congelamento degli embrioni non trasferiti in vista di ulteriori cicli di FIV, le coppie oggi non hanno altra scelta che far distruggere questi embrioni o donarli a scopo di ricerca.²⁰ Alcuni ritengono che questa situazione sia opinabile dal punto di vista etico e si chiedono perché non autorizzare le coppie a conservare gli embrioni in questione se vogliono utilizzarli successivamente per un nuovo tentativo di FIV. Per la donna ciò avrebbe anche il vantaggio di non doversi sottoporre a terapie inutili, visto che la congelazione di ovuli impregnati dà risultati inferiori alla congelazione di embrioni e che gli ovuli impregnati potrebbero rivelarsi tutti inutilizzabili. Il divieto di congelamento era stato introdotto nella LPAM per evitare uno stoccaggio di embrioni congelati nei centri di PAM. La CNE ritiene che questo motivo debba essere riesaminato sia per la FIV-ICSI che per la DPI. La maggioranza dei suoi membri non trova una giustificazione etica al divieto di congelamento, mentre una minoranza pensa, al contrario, che la crioconservazione arrechi pregiudizio alla dignità intrinseca degli embrioni umani e che li strumentalizzi. La maggioranza della Commissione raccomanda quindi di sopprimere il suddetto divieto contenuto nella LPAM. A suo parere, il congelamento deve essere autorizzato per una durata più lunga e a scopi che devono essere riconsiderati.

2. La tecnica chiamata *trasferimento elettivo di un singolo embrione* (eSET) permette alla paziente di ottenere lo stesso tasso di gravidanza di quello con trasferimento di due o più embrioni, minimizzando al contempo il rischio di gravidanze plurime. Questo metodo consiste nello sviluppare per due-cinque giorni tutti gli ovuli impregnati – invece di tre – fino allo stadio embrionale. In seguito l’embrione con le migliori opportunità di impianto viene scelto in base a criteri morfologici e di biologia cellulare (quindi senza analisi del patrimonio genetico dell’embrione) e viene impiantato, mentre tutti gli altri sono crioconservati. Gli specialisti segnalano che, per garantire lo stesso tasso di gravidanza con eSET, è importante poter operare una selezione fra un elevato numero di embrioni (per esempio, si costata che, su 10 embrioni, solo due sono effettivamente vitali). Con una limitazione a tre embrioni, questa tecnica, utilizzata nel mondo intero, non può essere applicata perché non soddisfa le esigenze mediche. La CNE ritiene che, nel rispetto delle buone pratiche mediche (*good medical practice*), sia eticamente giustificato sviluppare un numero più elevato di embrioni, numero che dovrebbe essere disciplinato da direttive professionali secondo i principi delle buone pratiche mediche (cfr. capitolo 4).

3. Il dibattito sullo statuto dell’embrione umano nasce dal fatto che, dall’introduzione della FIV alla fine degli anni sessanta, gli embrioni umani sono presenti al di fuori del corpo materno e disponibili per scopi come la PAM o la ricerca biomedica. Questa nuova situazione impone un ripensamento sullo statuto dell’embrione e sulla protezione di cui deve godere in questa fase del suo sviluppo. Alcuni argomenti fondamentali a favore del riconoscimento del diritto morale dell’embrione umano a essere tutelato si sono imposti nel dibattito internazionale, al punto di essere costantemente avanzati o criticati. Gran parte di questi argomenti si fonda sul presupposto che il diritto alla protezione emana dal riconoscimento della dignità umana dell’embrione e/o dal suo statuto di persona (cfr. capitolo 2.1). La maggioranza della CNE considera che l’embrione umano possieda un valore intrinseco, ma non condivide la tesi secondo la quale l’embrione è già una persona o deve essere considerato «come se» lo fosse. Questo è il motivo per il quale essa concepisce i diritti di protezione dell’embrione e del feto in senso *gradualista* e *pragmatico*, partendo dall’idea che vi è uno sviluppo progressivo delle facoltà cognitive e della vita relazionale, fra l’altro, e che questo sviluppo riveste un ruolo essenziale nella determinazione dello statuto della persona. La Commissione afferma dunque che l’embrione umano ha un valore intrinseco, ma che non è una persona. È vero che, a causa della sua

20 Le modifiche previste nel progetto di legge ammettono la conservazione degli embrioni alle stesse condizioni di quelle valide attualmente per gli «ociti impregnati»; gli embrioni non devono essere trasferiti immediatamente (messaggio, 2013, pag. 5122 segg.).

«esposizione», l'embrione *in vitro* appare più vulnerabile di quello annidato nel ventre materno, e che la questione della sua protezione si pone in altri termini. Ciò nonostante si pone l'interrogativo: questo aspetto è sufficiente per immaginare che l'embrione *in vitro* e l'embrione *in utero* abbiano uno statuto diverso? La maggioranza della CNE è del parere che non occorra accordargli una protezione superiore a quella dell'embrione nel ventre materno, che può essere soppresso fino alla 12^a settimana di gravidanza, se la madre manifesta questa intenzione.

3.5 I divieti: donazione di ovuli ed embrioni, maternità sostitutiva (art. 4)

La LPAM stabilisce tre divieti: la donazione di ovuli, la donazione di embrioni e la maternità sostitutiva (art. 4). Questi metodi di PAM contribuiscono a mandare in frantumi la parentela, operando una scissione fra madre gestazionale, madre genetica (la donna che dona l'ovulo), padre genetico (l'uomo che dona il suo sperma) ed eventualmente madre intenzionale o madre sociale e padre intenzionale o padre sociale. In questo capitolo esaminiamo i due primi divieti, mentre la maternità sostitutiva sarà trattata a parte.

Bisogna riconoscere che la donazione di ovuli, a differenza di quella dello sperma, si basa su un intervento invasivo che può avere ripercussioni sulla salute della donatrice (perché bisogna prelevare i gameti dal corpo della donna dopo aver stimolato le ovaie con un trattamento ormonale). Ciò nonostante, la maggioranza della CNE crede che il divieto della donazione di ovuli sia discriminatorio rispetto alla donazione di sperma e si fondi su una giustificazione naturalista più che discutibile. Visto che dai padri non è richiesto un legame genetico, non si spiega perché bisogna esigerlo dalle madri. Il messaggio recita: «Per il nostro Collegio è decisiva la circostanza che la procreazione con assistenza medica non porti a relazioni familiari divergenti da quelle che esisterebbero senza il ricorso ai metodi di procreazione assistita. L'esigenza dell'ovvietà della maternità al momento della nascita – espressa nel detto «*mater semper certa est*» – non dovrebbe essere abbandonato» (Messaggio, 1996, pag. 240).

La CNE ritiene che la donazione di ovuli potrebbe essere organizzata come quella degli organi, prevedendo due tipi di donazioni: la donazione intra-familiare (*related donor*) e la donazione anonima (*unrelated donor*). Per garantire il diritto di un figlio a conoscere le proprie origini, sarebbe necessario un registro delle donazioni di ovuli; in tal caso, l'identità della donatrice potrebbe essere conosciuta attraverso un sistema d'identificazione codificata. Gli ovuli «anonimi» potrebbero essere donati dalle coppie che fanno ricorso a una PAM. Gli ovuli prelevati in questo ambito e non utilizzati potrebbero essere conservati (la tecnica della vitrificazione ovocitaria è promettente) e poi offerti a terzi quando la coppia non ne avrà più bisogno. Questo sistema eviterebbe tra l'altro uno spreco di gameti.

Il Messaggio afferma inoltre che la donazione di embrioni non è auspicabile dal punto di vista del benessere del nascituro e della protezione dell'embrione. Da un lato, il figlio «deve discendere anche geneticamente da almeno una delle due persone che costituiscono i genitori legali» (Messaggio, 1996, pag. 239), ma dall'altro, l'autorizzazione della donazione di embrioni potrebbe avere come risultato la produzione abusiva di embrioni «sopranumerari». Il legislatore ha sostenuto la donazione dello sperma per le coppie sposate, dicendo che la scissione della paternità in un padre genetico e in un padre sociale presenta un «parallelo con la procreazione naturale» (Messaggio, 1996, pag. 241). È vero che il detto latino sottintende che sulla paternità non ci possono essere certezze («*mater semper certa est, pater numquam*»). D'altro canto, le analisi genetiche e le possibilità tecniche offerte dalla PAM creano una realtà sociale ben diversa da quella dell'epoca romana. Il detto latino, per quanto vero e giusto possa essere stato ai suoi tempi, non è più valido oggi e non può fungere da giustificazione per un divieto. Oggi abbiamo la possibilità di determinare la paternità di un individuo, così come possiamo distinguere la madre genetica dalla madre gestazionale. È a questa realtà che bisogna

rispondere. Riguardo alla produzione abusiva di embrioni «soprannumerari», la CNE ritiene che questo problema potrebbe essere risolto utilizzando gli ovuli impregnati già crioconservati, per i quali un progetto parentale non è più possibile. Pur nutrendo dei dubbi sulla validità della distinzione tra «oocita impregnato» ed embrione, la CNE riconosce che, invece di essere distrutti, gli ovuli impregnati potrebbero essere usati – a condizione che la coppia dia il suo consenso – come preziosa fonte per le coppie infertili che non dispongono di alcun gamete vitale. Ciò permetterebbe non solo di evitare una produzione abusiva di embrioni «soprannumerari», ma anche un migliore uso degli ovuli impregnati, evitando uno spreco inutile. Come per la donazione «anonima» di ovuli, il diritto del bambino a conoscere le proprie origini potrebbe essere garantito mediante un registro delle donazioni di embrioni dotato di un sistema d'identificazione codificata dei genitori genetici.

Una minoranza della CNE si oppone alla donazione di ovuli e di embrioni; dal momento in cui delle entità biologiche sono disponibili al di fuori del corpo della donna, sussistono infatti i presupposti per una reificazione della persona che conduce, sotto le pressioni del mercato, alla sua commercializzazione su scala internazionale.

3.6 Valutazione etica del divieto della maternità sostitutiva

Prima di esaminare i principali argomenti addotti nel dibattito etico a favore e contro la maternità sostitutiva, è utile fornire alcune informazioni su quest'ultima (Bleisch, 2012). Innanzitutto questo concetto copre un ampio spettro di scenari tecnicamente possibili grazie alla PAM:

- Nel caso di una *maternità sostitutiva tradizionale (traditional surrogacy)* l'ovulo fecondato è sempre quello della madre portante. Quest'ultima accetta, a titolo gratuito o in cambio di una prestazione finanziaria, di provvedere alla gestazione del bambino concepito tramite PAM. Può trattarsi, per una coppia eterosessuale, di un'inseminazione intrauterina della madre portante con lo sperma proveniente dal marito o dal partner (coppia non sposata) oppure con lo sperma di uno dei due partner di una coppia dello stesso sesso.
- Nel caso di una *maternità sostitutiva tradizionale con donazione di sperma (traditional surrogacy and donor sperm)*, la madre portante è fecondata con lo sperma di un donatore (eventualmente anonimo).
- Nel caso di una *maternità sostitutiva gestazionale (gestational surrogacy)*, cioè quando l'ovulo fecondato non appartiene alla madre portante, è possibile procedere a una FIV con i gameti dei genitori intenzionali e trasferire poi l'embrione nell'utero della madre portante. I genitori sociali o intenzionali avranno così un legame genetico con il bambino.
- Nel caso di una *maternità sostitutiva gestazionale con donazione di sperma (gestational surrogacy and donor sperm)*, si procederà a una FIV con l'ovulo di una madre intenzionale (che avrà un legame genetico con il bambino) e lo sperma di un donatore (eventualmente anonimo).
- Nel caso di una *maternità sostitutiva gestazionale con donazione di embrione (gestational surrogacy and donor embryo)*, una coppia sterile, cioè i genitori intenzionali (parentela sociale) di cui la moglie, per esempio, è priva di funzione uterina e il marito non è in grado di procreare, può effettuare una fecondazione *in vitro* grazie alla donazione di ovuli e di spermatozoi (parentela genetica) e trasferire in seguito l'embrione così ottenuto nell'utero della madre portante (parentela gestazionale). In questo caso, la madre portante e i genitori intenzionali non hanno legami genetici con il bambino, perché l'embrione trasferito è ottenuto attraverso FIV con donazione di gameti.

Occorre poi ricordare che la maternità sostitutiva può avvenire su una base altruista, cioè

senza controparte finanziaria, oppure essere oggetto di una remunerazione.

Infine, la maternità sostitutiva risponde ai bisogni di due gruppi distinti. Da un lato, in base alle indicazioni mediche, consente a delle coppie eterosessuali e a persone sole di ovviare a un problema di sterilità, e dall'altro, in base a una domanda sociale, può permettere a coppie di uomini di diventare genitori.

Nella misura in cui la maternità sostitutiva permette di rimediare alla sterilità di una coppia, potrebbe in teoria rientrare nel campo di applicazione della LPAM. Tuttavia, i limiti del diritto attuale non permettono a certe donne di accedere ai metodi di PAM perché la sterilità di cui soffrono (assenza congenita di funzione uterina – sindrome di Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser –, isterectomia in seguito a cancro o emorragia *post partum*) implica il ricorso a pratiche vietate, per esempio la maternità sostitutiva. Questa esclusione potrebbe essere vista come una discriminazione.

I motivi che parlano a favore di un'autorizzazione della maternità sostitutiva includono segnatamente i seguenti:

- solidarietà nei confronti delle donne che presentano patologie gravi di origine uterina,
- contenimento del turismo medico: il diritto in vigore induce alcune donne e coppie a recarsi all'estero.

La CNE segnala che un'eventuale autorizzazione della maternità sostitutiva basata su indicazioni mediche e giudicata caso per caso avrebbe come conseguenza l'esclusione delle coppie dello stesso sesso, la cui domanda ha motivazioni sociali.

Per questo tipo di situazioni bisognerebbe affrontare diversi argomenti che possono essere distinti in base alle seguenti considerazioni: il principio di non-nuocere, la stabilità dello Stato, la normatività della natura e il ruolo del disaccordo in uno Stato pluralista. Alcuni argomenti riguardano la maternità sostitutiva in quanto tale, mentre altri vertono sulla maternità sostitutiva per coppie dello stesso sesso o persone sole.

3.6.1 Il principio del non-nuocere (*harm principle*)

In generale, in una democrazia liberale, la libertà personale può essere limitata tra l'altro (nei casi di interessi preponderanti privati o pubblici) se il suo esercizio arreca pregiudizio o nuoce a dei diritti fondamentali altrui (come l'integrità psico-fisica, la non discriminazione, la vita, ecc.). Abbiamo detto che è importante determinare i torti concreti e non quelli supposti tali o basati su pregiudizi. Il Messaggio precisa, in relazione al benessere del nascituro, due circostanze che giustificano il rifiuto dei metodi di PAM.

- «I metodi di procreazione devono segnatamente essere impiegati soltanto se non presentano, rispetto alla procreazione naturale, particolari rischi per la salute del bambino» (Messaggio, 1996, pag. 235)
- «Si rinuncia a un trattamento qualora il medico dovesse acquisire la convinzione che le condizioni di vita del bambino sarebbero compromesse da gravi rischi d'ordine psico-sociale» (Messaggio, 1996, pag. 235).

Riguardo alla prima circostanza, di ordine scientifico e tecnico, la CNE fa osservare che, dai risultati di recenti studi scientifici emerge che i metodi della PAM *sembrano presentare un fattore di rischio cardio-vascolare in età adulta* (Scherrer et al., 2012). La CNE ha preso conoscenza con grande attenzione di questi risultati, che riguardano l'intera pratica della PAM. Ritiene però che per il momento, in assenza di prove definitive che sarà imperativo acquisire, questi risultati impongono ai medici sia un dovere di informazione delle coppie che desiderano accedere alla PAM, sia un *follow-up* a lungo termine dei bambini nati tramite FIV-ICSI (istituendo un registro dei bambini nati tramite PAM), ma non un divieto assoluto di questi metodi.

La seconda circostanza, di ordine psico-sociale, ha una portata più vasta; la Commis-

one la tratterà però solo dal punto di vista della maternità sostitutiva. Si tratta quindi di analizzare *a chi* potrebbe nuocere l'autorizzazione della maternità sostitutiva e *in quali condizioni*.

a) Per il bambino

Per quanto riguarda la seconda circostanza, è importante precisare su cosa riposa la «convinzione» del medico. Indicare i motivi di un eventuale rifiuto è d'importanza fondamentale perché, tra gli argomenti a sfavore – per esempio – dell'accesso ai metodi della PAM per le coppie dello stesso sesso, viene invocato quello dei rischi per lo sviluppo psico-sociale del bambino. I risultati, talvolta contraddittori, degli studi empirici sembrano invece mostrare che i bambini nati tramite PAM presentino uno sviluppo simile a quello dei bambini nati in modo naturale. Occorre però precisare che gli studi si concentrano sulle coppie dello stesso sesso femminili, mentre le coppie maschili non sono ancora sufficientemente studiate (Simoni, 2012).

Il benessere del nascituro viene invocato anche contro la maternità sostitutiva, perché comporterebbe:

- una rottura dei legami di attaccamento fra la madre portante e il bambino, con ripercussioni sul lungo termine;
- una strumentalizzazione del bambino che diventerebbe « una merce che può essere comandata presso terzi» (Messaggio, 1996, pag. 267) e cioè un oggetto di commercio;
- il prevalere degli interessi dei genitori intenzionali su quelli del nascituro.

Al momento della nascita, quando il bambino è accolto dalla madre intenzionale, la maternità sostitutiva provoca una rottura dei legami istaurati durante la gravidanza fra la donna incinta e il feto – legami che sono all'origine di un attaccamento precoce. Questo strappo potrebbe avere conseguenze nocive sulla percezione, da parte del bambino, del suo ambiente affettivo più prossimo e, a più lungo termine, sull'inserimento del bambino in una storia esistenziale personale.

È vero che durante la gravidanza si creano dei legami di natura psicologica e biologica fra la donna incinta e il feto. Alla nascita, questi legami sono interrotti perché è la madre intenzionale ad assumere la continuità del rapporto. La CNE riconosce l'importanza di tali legami come notevole componente epigenetica. A suo parere, per il bene del nascituro, la madre portante dovrebbe coltivare questi legami pur sapendo che dovrà cedere il bambino che ha in grembo alla madre intenzionale – un distacco che sarà probabilmente doloroso per la madre portante. Ciò nonostante, la CNE ritiene che il bambino non sia veramente abbandonato, perché i genitori intenzionali sono lì ad accoglierlo e assicurargli tutte le cure e attenzioni di cui ha bisogno.

Per rifarsi a Kant – la cui formulazione dell'imperativo categorico è spesso invocata a proposito di strumentalizzazione – è obbligatorio agire in modo tale da trattare l'umanità *sempre anche* come fine e mai *semplicemente* come mezzo (Kant, 1992, pag. 111). In questa lettura, l'argomento della strumentalizzazione costituisce un motivo etico valido per rinunciare a un progetto solo quando questa è completa.

La CNE ritiene che un organismo terzo (indipendente dalla clinica dove la madre portante è presa a carico) potrebbe svolgere un ruolo di garante degli interessi del nascituro rispetto a quelli dei genitori intenzionali.

La CNE si mostra preoccupata di fronte a una pratica che causa problemi analoghi a quelli riscontrabili in situazioni di adozione, con una differenza: mentre l'adozione risponde e dà una soluzione a una situazione di fatto già esistente (per esempio bambini abbandonati o orfani), nel caso della maternità sostitutiva si provoca volontariamente una difficoltà che prima non esisteva.

b) Per la madre portante

Sono stati avanzati diversi argomenti per giustificare un divieto della maternità sostitutiva, fra cui i seguenti:

- comporterebbe dei rischi fisici per la madre portante (rischi legati alla gravidanza, al parto e a un'eventuale interruzione della gravidanza);
- relegherebbe la donna a un ruolo di oggetto, cioè implicherebbe dei rischi di strumentalizzazione («strumentalizza la donna», Messaggio, 1996, pag. 267) e di mercializzazione della madre portante;
- arrecherebbe pregiudizio all'autonomia e alla vita privata della madre portante, che è esposta allo sguardo dei genitori intenzionali;
- sarebbe contraria alla dignità umana perché si basa sulla strumentalizzazione della donna e la mercializzazione del bambino;
- realizzerebbe una «vera mutazione antropologica» (CCNE, 2010, pag. 8), dissociando la funzione uterina e sociale, o genetica, della maternità;
- implicherebbe lo sfruttamento delle donne più svantaggiate, eventualmente su scala quasi «industriale».

La CNE riconosce che è impossibile evitare alla madre portante i rischi sanitari inerenti a ogni parto o a un'interruzione di gravidanza, nonché i disturbi psicologici che accompagnano il parto (depressione *post partum*, ecc.). Questo è il motivo per il quale, se la maternità sostitutiva dovesse essere autorizzata, gli elementi legati all'informazione, alla comprensione e alla volontà meriterebbero particolare attenzione in vista del rispetto dell'autonomia della madre portante. A questo proposito, se una persona adulta, capace di discernimento e debitamente informata, esprime il suo consenso a una maternità sostitutiva, è difficile dedurre una strumentalizzazione. La persona in questione, che attraverso questo atto esprime la sua autonomia, può perseguire dei fini (solidarietà con i genitori intenzionali, volontà di aiutare persone in gravi difficoltà, ecc.) che inducono a pensare che non sia mai vista semplicemente come un mezzo. Ciò nonostante, il semplice consenso di una persona non garantisce, da solo, un'assenza di strumentalizzazione.

D'altro canto è vero che la libertà della madre portante può essere minacciata dalle attese dei genitori intenzionali. È quindi di fondamentale importanza che le condizioni che legano madre portante e genitori intenzionali siano chiarite esplicitamente prima di ogni decisione. In effetti, non è escluso che, per esempio, si scoprano delle anomalie genetiche nel feto. In tal caso, secondo i valori e le percezioni delle persone coinvolte, può affiorare la questione di un'interruzione di gravidanza. La madre portante non può essere obbligata a compiere un atto che considera riprovevole e che, per di più, arreca pregiudizio alla sua integrità personale. I genitori intenzionali, dal canto loro, vorranno avere voce in capitolo sulla salute e lo stato psico-fisico del nascituro, tanto più se uno di loro è geneticamente legato a quest'ultimo (attraverso una donazione di sperma o di ovulo). È dunque essenziale che vi sia un previo accordo fra madre portante e genitori intenzionali su tutti gli scenari ipotizzabili e che vi sia una convergenza di vedute (riguardante le procedure e i valori in gioco) su ciò che è auspicabile per gli uni e per gli altri.

L'argomento dello sfruttamento tocca una problematica particolarmente sensibile e pertinente. È risaputo (Rapporto, 2013, pag. 14-17) che la maternità sostitutiva mette spesso in rapporto delle coppie occidentali abbienti con delle donne di paesi del Terzo mondo, spesso poco scolarizzate o addirittura illetterate, che vivono in condizioni socio-economiche svantaggiate (alcuni parlano a questo proposito di neo-colonialismo). È quindi importante assicurarsi che gli interessi e i diritti delle donne siano tutelati. Dovrebbero essere presi in considerazione almeno sei aspetti:

- *Stabilire e far rispettare le norme internazionali sul consenso libero e informato*; le madri portanti devono essere informate da professionisti nel modo più chiaro e completo possibile; questa informazione deve essere adeguata al livello socio-culturale e alle capacità cognitive della madre. Quest'ultima non deve subire alcuna pressione

né da parte dei genitori intenzionali, né da parte del proprio *entourage*, né da parte del personale medico, che in certi casi potrebbe tendere a difendere piuttosto gli interessi dei genitori intenzionali. Occorre tenere anche conto dei rischi sociali di esclusione, rifiuto o stigmatizzazione per una madre portante che vive in una cultura radicalmente diversa da quella dei genitori intenzionali. Questi rischi meritano la stessa attenzione di quelli fisici (Deonandan et al., 2012).

- *Precisare le condizioni di validità giuridica del contratto*: un contratto è valido solo se gli interessi delle parti in causa sono tenuti in pari considerazione, compreso il diritto di custodia parentale dei genitori intenzionali – pur sapendo che la definizione legale di genitorialità e dei diritti di custodia può essere influenzata da interessi economici (Deonandan et al., 2012).
- *Assicurarsi che siano prodigate delle cure di qualità prima e durante la gravidanza, e dopo il parto per tutto il tempo necessario al benessere della madre portante*. I genitori intenzionali devono stipulare un'assicurazione che copra le spese delle cure medico-sanitarie per la presa a carico della madre portante. Inoltre bisognerà regolamentare e controllare il numero delle gravidanze che può assumere una madre portante.
- *Vegliare a una non-commercializzazione della maternità sostitutiva favorendo un approccio altruista*. Questo punto è particolarmente delicato per evitare lo sfruttamento delle madri portanti. Potrebbe essere istituito un regime simile a quello previsto per la donazione di organi da parte di una persona viva (con la complessità e la difficoltà che questo comporta nel quadro delle relazioni internazionali). Un divieto della commercializzazione della maternità sostitutiva potrebbe favorire una maternità sostitutiva su base altruista (oppure spingere verso un mercato nero della maternità sostitutiva). La madre portante non sarebbe pagata per il suo atto, ma solo indennizzata per un'eventuale perdita di guadagno in base a un importo forfettario che potrebbe variare di paese in paese. Per contro, in caso di commercializzazione, bisognerebbe definire degli standard internazionali per garantire una «maternità di sostituzione equa» (*fair trade surrogacy*) o uno «sfruttamento a vantaggio reciproco» (*mutually advantageous exploitation*) (Humbyrd, 2009).
- *Assicurare un trattamento FIV-ICSI secondo gli standard delle buone pratiche mediche, al fine di evitare, per esempio, il rischio di gravidanze plurime*.
- *Garantire la difesa dei diritti e degli interessi della madre portante tramite un organismo (medical advocacy) indipendente dalla clinica nella quale ha luogo la FIV o il parto*.

La CNE è cosciente delle difficoltà legate a una regolamentazione internazionale della pratica della maternità sostitutiva, ma ritiene che questi elementi potrebbero fungere da base per una regolamentazione su scala nazionale.

Una parte della CNE è contraria alla maternità sostitutiva per motivi di principio. Un'altra parte ritiene che la maternità sostitutiva sia accettabile come principio, ma esprime dei dubbi sulla possibilità di stabilire un quadro opportuno, capace di assicurare la protezione adeguata di tutte le parti in causa. Una parte della Commissione auspica che la legge autorizzi la maternità sostitutiva, nella convinzione che l'applicazione potrà avvenire senza gravi problemi.

La CNE è cosciente del fatto che un cambiamento di questo tipo, oltre a una modifica del diritto di filiazione, rappresenterebbe una scelta politica di grande portata.

3.6.2 Implicazioni per la convivenza nella società

Riguardo all'interpretazione dell'articolo 119 della Costituzione federale, il Messaggio relativo alla DPI precisa che: «la famiglia come forma fondamentale della convivenza sociale deve essere protetta nella sua composizione da singole possibili manifestazioni della medicina della procreazione (in particolare scissione della genitorialità, autorizzazione

alla procreazione assistita per coppie omosessuali, procreazione dopo la morte di un genitore). Inoltre è necessario garantire il diritto del bambino nato da un trattamento di FIV, esattamente come il diritto dei bambini generati naturalmente, di avere un padre e una madre e di crescere in seno ad una famiglia.» (messaggio, 2013, pag. 5141).

Tale argomento può essere sintetizzato in questi termini: rendendo possibile la donazione di ovuli e di embrioni e la maternità sostitutiva, la PAM rappresenta un pericolo per la famiglia quale istituzione sociale (intesa come famiglia nucleare tradizionale), perché separa la parentela biologica, genetica e intenzionale. Il legislatore è partito quindi dall'idea che la famiglia nucleare tradizionale sia la forma più capace di assicurare la coesione all'interno della società o la pace sociale. Non è però chiaro su quale base il legislatore giunga a questa conclusione: i dati sulla struttura delle economie domestiche mostrano che attualmente in Svizzera la famiglia nucleare non è più l'unico modello esistente, eppure questo fenomeno non sembra perturbare l'ordine pubblico. Viene quindi da chiedersi se il motivo non sia da ricercare piuttosto nel timore delle ripercussioni che l'introduzione di un altro modello potrebbe comportare.

Questo timore è sufficiente a giustificare un divieto dei metodi di PAM? Un'autorizzazione di queste pratiche comporterebbe senza dubbio una trasformazione senza precedenti del paesaggio sociale e dei costumi. In un primo tempo potrebbe addirittura suscitare un'ondata di inquietudini e di proteste perché urterebbe la sensibilità di una parte della popolazione – un aspetto che, come vedremo più avanti, mette in questione il ruolo del disaccordo in una società pluralista. Possiamo chiederci se un cambiamento del paesaggio sociale e dei costumi – per quanto significativo – rappresenti di per sé una minaccia all'integrità della società, una minaccia basata su pratiche intollerabili per i cittadini e inammissibili per le istituzioni.

La maggioranza della CNE è del parere che un'autorizzazione caso per caso, accompagnata da condizioni specifiche, non rappresenti una minaccia per le coppie eterosessuali che desiderano aver un figlio e che formano il modello di famiglia più diffuso nella nostra società (famiglia nucleare tradizionale). Da un lato, non si tratta di imporre un cambiamento generalizzato, ma di dare la possibilità a coppie eterosessuali, in cui la donna soffre di determinate patologie, e alle coppie dello stesso sesso, di realizzare un progetto parentale, e di offrire le stesse possibilità anche alle persone sole.

Dall'altro lato, una democrazia liberale non riposa solo sulle opinioni della *maggioranza della popolazione* (ciò che vale per la democrazia di per sé), ma anche sul fatto che queste opinioni devono essere razionali, ben ponderate e *soprattutto non nuocere alle libertà fondamentali degli individui e delle minoranze, a meno che dei motivi fondati lo esigano*.

È pertanto nella natura dell'istituzione famiglia e del diritto, come costrutti sociali, poter subire e integrare i cambiamenti che riflettono le nuove esigenze in seno alla popolazione. È chiaro che questo cambiamento, di natura essenzialmente politica, debba seguire le procedure di legittimazione consuete nelle democrazie costituzionali, ma come tale non dovrebbe costituire una minaccia per la coesione sociale.

3.6.3 *La normatività della «natura» e del «naturale»*

L'uso del concetto di «natura» e «naturale» nella LPAM è impreciso. Ne è un chiaro esempio la seguente citazione del Messaggio: «La natura vuole che ogni bambino abbia una madre e un padre. Queste persone hanno un'importanza specifica per lo sviluppo del fanciullo e sono generalmente considerate, sul piano giuridico, genitori. Le condizioni fondamentali dell'esistenza umana vanno rispettate anche al momento dell'attuazione della procreazione con assistenza medica. Il metodo è preso in considerazione soltanto quando si tratti di una coppia, uomo e donna, che intendano assumersi in comune la responsabilità parentale per il figlio» (Messaggio, 1996, pag. 236).

La CNE ritiene che per svilupparsi il bambino abbia bisogno di attenzioni e di affetto, di condizioni familiari e sociali atte a promuoverne la fiducia in se stesso e nel mondo in cui vive.

Una minoranza della CNE sottoscrive l'argomento del legislatore («La natura presuppone per ogni fanciullo un padre e una madre che svolgono ciascuno un ruolo importante nello sviluppo del figlio » (Messaggio 2002, pag.1196). Essa crede nella normatività della natura (senso 2 o senso ontologico), che serve da fondamento dell'etica e consente di evitare di stabilire delle barriere arbitrarie. Secondo questa ottica, la natura umana, nelle sue dimensioni biologiche, psichiche e sociali, indica al soggetto morale quale tipo di agire è più consono alla sua essenza profonda e gli permette di realizzarsi pienamente. In questo senso, la natura fornisce le norme per la pratica medica, in particolare per quella della riproduzione. La «legge naturale» non si riduce quindi a un insieme di leggi fisiche dei fenomeni, ma costituisce l'espressione razionale della finalità insita nell'essere umano che ascolta così le sue aspirazioni profonde. È pertanto naturale che un bambino abbia una madre e un padre; la dinamica della procreazione è legata alla preferenza dell'uomo per la donna e della donna per l'uomo, e conduce alla stabilità della coppia che si prende cura ed educa i figli. Difendere tale normatività, sulla scia di una tradizione bimillenaria, rispetta le persone, ma inserisce la libertà individuale nel quadro normativo della natura umana.

La maggioranza della CNE ritiene che tale normatività della natura non possa avere un carattere immutabile; dedurre una norma direttamente da una realtà empirica è un ragionamento fallace (paralogismo naturalista) perché il fatto di seguire la natura non significa onorare dei valori morali. Considera inoltre che, proprio per motivi di non-discriminazione, l'accesso alla PAM non deve essere vietato alle coppie dello stesso sesso e alle persone sole. Fondare i principi etici su leggi naturali (nel senso 1) è problematico, perché significherebbe che intervenire nel processo naturale è di per sé negativo e di conseguenza che tutto ciò che fa la natura è positivo. La pratica stessa della medicina prova invece il contrario: la natura non fa sempre le cose nel modo migliore. Uno dei compiti della medicina è proprio quello di modificare l'esito naturale di determinati fenomeni nell'interesse legittimo degli esseri viventi. Inoltre, ciò che è chiamato «natura» o «naturale» è infatti spesso un costrutto culturale. Per esempio, considerare che i metodi della PAM non debbano applicarsi alle coppie dello stesso sesso in virtù della presunta normatività della natura equivale a dire che queste coppie non rientrano nell'ordine «come è naturale che sia» – per dirla con le parole del Messaggio concernente la legge federale sull'unione domestica registrata di coppie dello stesso sesso (Messaggio, 2002, pag. 1196) per giustificare il divieto dell'adozione. Eppure, oggi è ampiamente riconosciuto (dalla biologia, la medicina e la sociologia) che le coppie dello stesso sesso hanno il loro posto nel cosiddetto «ordine naturale» in quanto varianti di sessualità presenti nella popolazione umana. La decisione di vietare l'accesso ai metodi di PAM alle coppie dello stesso sesso (o alle persone sole) riposa piuttosto su basi ideologiche, se non addirittura discriminatorie.

3.6.4 *Il ruolo del disaccordo nello Stato pluralista*

Le società contemporanee sono fondamentalmente pluraliste. Non è più possibile una

visione del mondo o una concezione del bene unica e universale. La conseguenza diretta è che il disaccordo rappresenta un tratto inevitabile e costitutivo delle società post-moderne. Una società pluralista che aspira ad appianare i disaccordi morali al suo interno, senza far ricorso alla forza, è chiamata ad adottare delle condizioni formali che permettano una coesistenza pacifica fra i cittadini: il rispetto o il principio di giustizia (come equa considerazione della libertà di ciascuno), il principio del non-nuocere e la neutralità rappresentano alcune delle condizioni adottate dalle democrazie liberali. Ciò implica accettare per principio le «differenze» – che esse riguardino la concezione del bene, lo stile di vita o i modelli familiari – a condizione e nella misura in cui non ledano i beni giuridici o i diritti di qualcuno.

Quanto ai problemi affrontati in questo parere, la CNE considera che lo Stato debba adottare una posizione neutrale di fronte alle concezioni del bene sessuale e familiare, finché non sarà accertato un torto reale, e non intervenire nella vita privata dei suoi cittadini. Questa neutralità implica che i principi politici non debbano essere giustificati da interpretazioni controverse di vita buona, di famiglia o di natura umana. La società non è un'entità omogenea, all'interno della quale ogni individuo condivide l'insieme delle nozioni di bene, moralità o decenza degli altri individui.

Parlando della dignità umana, della persona o del benessere del nascituro, abbiamo visto che affiorano interpretazioni metafisiche diverse. Questo è il motivo per il quale il disaccordo è sempre possibile. Una democrazia liberale deve permettere l'espressione di questa diversità e accordarle la libertà che rivendica nei limiti del rispetto dei diritti costituzionali. Il desiderio di avere un figlio, di fondare una famiglia e di vivere «come tutti gli altri» è un'aspirazione e una rivendicazione legittima (peraltro come quello di non fondare una famiglia e non avere figli). Le aspirazioni o le rivendicazioni degli uni possono non essere condivise dagli altri, ma questo non è un motivo sufficiente per impedirne la realizzazione. La maggioranza della CNE è convinta che le famiglie formate da coppie dello stesso sesso o i cui figli sono nati tramite la donazione di un ovulo o di un embrione, sono perfettamente in grado di perseguire le finalità insite nell'istituzione familiare, cioè sovvenire ai bisogni educativi, economici, affettivi e ricreativi, ovviamente nel rispetto degli interessi del bambino.

4. Le buone pratiche mediche

Di fronte alle nuove tecniche della medicina e delle cure, come dimostra il tema qui in esame, occorre una certa prudenza, per darsi il tempo di osservare l'evoluzione dei metodi nella pratica ed eventualmente imparare dalle esperienze (soprattutto quelle negative) maturate altrove. In Svizzera, tale prudenza è parte integrante (per motivi che sono al contempo medici, politici e «moral») della storia della LPAM. Il presente parere della CNE, stilato 15 anni dopo l'adozione della legge e 12 anni dopo la sua entrata in vigore, deve trarre vantaggio dagli insegnamenti di questo periodo.

Questo vale in generale, ma anche in particolare dal punto di vista della qualità dell'azione medica (il mandato della CNE riguarda l'etica nella medicina umana). Una revisione della legge non dovrebbe – pur nel presunto intento di voler facilitare una procedura – proporre dei limiti, anche se «ampliati», che non permetterebbero di assicurare una pratica conforme agli standard attualmente riconosciuti. Tali limiti rendono le pratiche svizzere incomparabili con gli standard internazionali e rendono difficile, se non contraddittoria, un'informazione adeguata delle persone coinvolte.

Di conseguenza, la CNE desidera sottolineare l'importanza di non proporre delle concessioni o delle agevolazioni che si dimostrerebbero incapaci di ottenere lo scopo desiderato; per diversi motivi:

- l'onerosità delle procedure di accesso e di autorizzazione (formalità burocratiche), che potrebbero scoraggiare numerose persone – e anche i medici;
- la non-pertinenza dal punto di vista medico: il fatto che, seguendo la nuova regola stabilita, non sia possibile proporre ai pazienti/alle coppie delle procedure terapeutiche ottimali, secondo i principi della buona pratica medica (*good medical practice*).

Questa osservazione vale in particolare per la DPI, che il Consiglio federale vorrebbe autorizzare, soprattutto perché l'attuale divieto incoraggia il turismo medico (che ha assunto dimensioni abbastanza notevoli, anche se mancano cifre precise) verso altri paesi, fra cui alcuni, come il Belgio, che lavorano in condizioni mediche ed etiche impeccabili. Per questo motivo la CNE chiede che si rinunci a stabilire dei limiti quantitativi per il numero degli ovuli che possono essere fecondati: un limite di otto non permette infatti di procedere in modo adeguato alla diagnosi che si afferma di voler autorizzare.

Motivi simili inducono la CNE a raccomandare di autorizzare il congelamento di embrioni per evitare alla donna delle difficoltà e complicità inevitabili (pratiche, materiali ma anche mediche e sanitarie – per esempio se occorrono prelievi ripetuti di ovuli). Eppure, limitare al massimo tali difficoltà, che per la donna o la coppia sono spesso dei veri fardelli dal punto di vista psicosociale, è uno degli obiettivi etici fondamentali della medicina. Infine, anche se questo punto riguarda altri registri, il fatto di impedire la donazione di embrioni (e quindi di costringere a distruggerli se la coppia che ne è all'origine rinuncia a una gravidanza) è altrettanto discutibile dal punto di vista della qualità – medica e sociale – della pratica.

5. Riassunto e proposte della CNE

La CNE è unanime sui seguenti principi: giustizia sociale e non-discriminazione, non-nuocere e necessità di prendere in considerazione le condizioni quadro per un buon sviluppo del bambino.

1. La maggioranza della CNE raccomanda l'autorizzazione della DPI (vedi sottocapitolo 3.2)

Essa approva l'impostazione adottata nel progetto di legge, che continua a subordinare l'autorizzazione della DPI a criteri severi – evitare la trasmissione di una malattia ereditaria grave – attribuendo allo stesso tempo grande importanza al benessere delle coppie portatrici di predisposizioni genetiche. La DPI potrebbe essere considerata come una misura di solidarietà nei confronti di queste coppie. In nome della protezione dell'embrione non è giustificato imporre alle coppie un fardello che esse giudicano troppo pesante, fonte di ansia e sofferenza. La CNE ritiene che, per garantire la coerenza del sistema legislativo, sia giustificata un'analogia fra DPI e DPN. Alla luce delle esperienze raccolte all'estero e tenuto conto del lieve numero dei casi previsti, è del parere che una certa concentrazione dell'attività di laboratorio andrebbe a vantaggio della qualità delle DPI, riducendo al massimo i disagi a carico della coppia interessata.

Una minoranza rifiuta la DPI perché implica una selezione degli embrioni prodotti di proposito e perché un'autorizzazione seppure limitata della DPI non permetterebbe di evitare un'estensione delle indicazioni e avrebbe ripercussioni sociali non auspicabili. Contesta l'analogia fra DPI (embrione *in vitro*) e DPN (embrione *in utero*). Infine, l'autorizzazione della DPI aumenterà notevolmente il numero degli embrioni «soprannumerari».

2. La maggioranza della CNE raccomanda l'autorizzazione della detezione delle aneuploidie (vedi sottocapitolo 3.2)

Essa chiede l'autorizzazione della detezione delle aneuploidie allo scopo di evitare malattie e disabilità, ma anche per motivi legati alle buone pratiche mediche (segnatamente l'efficacia riproduttiva).

La CNE è reticente nei confronti di uno *screening* effettuato sistematicamente a ogni FIV-ICSI, ma raccomanda la detezione su indicazione delle aneuploidie.

Una minoranza è favorevole all'autorizzazione della DPI, ma contraria a qualsiasi forma di *screening*.

3. La maggioranza della CNE raccomanda l'autorizzazione della tipizzazione HLA (vedi sottocapitolo 3.2)

Essa raccomanda l'autorizzazione della HLA perché ritiene che non si debbano giudicare i motivi alla base del desiderio di avere un figlio e desumerne una strumentalizzazione del bambino, che potrebbe essere desiderato come tale; con un quadro giuridico adeguato non sussiste il pericolo di un «pendio scivoloso».

Una minoranza respinge la tipizzazione HLA che, eliminando degli embrioni sani, rappresenta una reificazione della vita umana e induce una parziale strumentalizzazione del nascituro.

4. La CNE raccomanda all'unanimità l'autorizzazione della donazione di sperma per coppie eterosessuali non sposate (vedi paragrafo 3.3.2 a) e c))

5. La maggioranza della CNE raccomanda l'autorizzazione della donazione di sperma per coppie dello stesso sesso e persone sole (vedi paragrafo 3.3.2 a) e c))

Essa considera discriminatorie le attuali limitazioni. Respinge l'argomento della normatività della natura a causa del suo carattere fortemente problematico; inoltre sottolinea che il concetto di «natura» e «naturale» sono costrutti culturali.

Una minoranza insiste sulla normatività della natura che permette di fondare l'etica e di considerare che un bambino dovrebbe avere un padre e una madre.

6. La maggioranza della CNE raccomanda l'autorizzazione della donazione di ovuli e di embrioni (vedi sottocapitolo 3.5)

Essa ritiene che il divieto della donazione di ovuli sia discriminatorio nei confronti della donazione di sperma.

7. La maggioranza della CNE ritiene che la maternità sostitutiva possa essere accettata in linea di principio, ma nutre dei dubbi sulla possibilità di un quadro accettabile, capace di assicurare la giusta protezione a tutte le persone coinvolte, visto il pericolo di commercializzazione di tale pratica (cfr. sottocapitolo 3.6).

Una minoranza auspica che la maternità sostitutiva sia autorizzata dalla legge, nella convinzione che l'applicazione non comporti gravi problemi.

Un'altra minoranza si oppone alla maternità sostitutiva per motivi di principio.

8. La CNE raccomanda all'unanimità, al fine di evitare conseguenze pregiudiziali per il bambino, di garantire l'accoglienza e uno statuto giuridico sicuro ai bambini nati all'estero da una madre sostitutiva, ai quali si rifiuta l'autorizzazione di ingresso in Svizzera.

9. La maggioranza della CNE si rallegra del progetto di legge riguardante la soppressione del divieto di crioconservazione degli embrioni e ritiene opportuno non determinare il numero massimo di embrioni che possono essere sviluppati, come condizione per permettere di migliorare le possibilità dell'eSET in conformità con le buone pratiche mediche: riduzione della probabilità di gravidanze plurime con i rischi inerenti, e miglioramento dell'efficacia dei metodi della PAM (vedi sottocapitolo 3.4).

10. La CNE raccomanda all'unanimità la creazione di un registro di bambini nati mediante PAM (follow-up).

11. La CNE attira all'unanimità l'attenzione sull'importanza che le disposizioni legali tengano conto delle buone pratiche mediche (vedi capitolo 4).

12. La CNE chiede un adeguamento del diritto di filiazione per l'attuazione delle sue raccomandazioni (vedi paragrafo 3.3.2 a)).

13. La CNE attira l'attenzione sulle attuali preoccupanti tendenze alla commercializzazione in questo campo.

Bibliografia

Codice civile svizzero del 10 dicembre 1907 (CC), RS 210 ; consultabile all'indirizzo : www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19070042/index.html

Comitato consultivo etico francese per le scienze della vita e la sanità (Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, CCNE, 2010). Problèmes éthiques soulevés par la gestation pour autrui (GPA). Avis n° 110 ; consultabile in francese all'indirizzo : www.ccne-ethique.fr/fr/publications/problemes-ethiques-soulevés-par-la-gestation-pour-autrui-gpa

Commissione federale di coordinamento per le questioni familiari (COFF, 2009), Reconnaître et promouvoir les prestations des familles : lignes stratégiques 2015.

Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana (CNE, 2005), Diagnostica preimpianto, Parere n°10 ; consultabile all'indirizzo : www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=it

Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana (CNE, 2006), Ricerca su embrioni e feti umani, Parere n°11 ; consultabile all'indirizzo : www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=it

Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana (CNE, 2007), Diagnostica preimpianto II. Questioni particolari sulla normativa legale e per la tipizzazione HLA, Parere n°14 ; consultabile all'indirizzo : www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=it

Costituzione federale della Confederazione Svizzera del 18 aprile 1999 (Cost), RS 101 ; consultabile all'indirizzo : www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19995395/index.html

Convenzione (1990), Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, entrata in vigore il 2 settembre 1990, entrata in vigore per la Svizzera il 26 marzo 1997 (RS 0.107); consultabile all'indirizzo : www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19983207/index.html

Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU, 2012). Affaire Costa et Pavan c. Italie. Requête n° 54270/10 ; consultabile in francese all'indirizzo : hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-112992#{{itemid}}:{{001-112992}}

Legge federale concernente la procreazione con assistenza medica (Legge sulla medicina della procreazione, LPAM), del 18 dicembre 1998, RS 810.11 ; consultabile all'indirizzo : www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20001938/index.html

Legge federale concernente la ricerca sulle cellule staminali embrionali (Legge sulle cellule staminali, LCell) del 19 dicembre 2003, RS 810.31; consultabile all'indirizzo: www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20022165/index.html

Legge federale sull'unione domestica registrata di coppie omosessuali (Legge sull'unione domestica registrata, LUD) del 18 giugno 2004, RS 211.231 ; consultabile all'indirizzo : www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20022194/index.html

Legge federale sul trapianto di organi, tessuti e cellule (Legge sui trapianti) dell'8 ottobre 2004, RS 810.21 ; consultabile all'indirizzo : www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20010918/index.html

Messaggio (1996), Messaggio relativo all'iniziativa popolare « per la protezione dell'essere umano dalle manipolazioni nella tecnologia della procreazione (Iniziativa per una riproduzione rispettosa della dignità umana) » e alla legge federale concernente la procreazione con assistenza medica (Legge sulla medicina della procreazione, LMP) del 26 giugno 1996, 96.058, FF 1996 III 189 ; consultabile all'indirizzo : www.admin.ch/opc/it/federal-gazette/1996/index_29.html

Messaggio (2002), Messaggio concernente la legge federale sull'unione domestica registrata di coppie omosessuali del 29 novembre 2002, 02.090, FF 2003 1165 ; consultabile all'indirizzo : www.admin.ch/opc/it/federal-gazette/2003/index_7.html

Messaggio (2013), Messaggio concernente la modifica dell'articolo costituzionale

relativo alla medicina riproduttiva e all'ingegneria genetica in ambito umano (art. 119 Cost.) e della legge sulla medicina della procreazione (Diagnosi preimpianto) del 7 giugno 2013, 13.051, FF 2013 5041 : consultabile all'indirizzo : www.admin.ch/opc/it/federal-gazette/2013/index_29.html

Ordinanza sulla Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana (OCNE) del 4 dicembre 2000, RS 810.113 ; consultabile all'indirizzo : www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20002343/index.html

Ordinanza sulla medicina della procreazione (OMP) del 4 dicembre 2000, RS 810.122.2; consultabile all'indirizzo: www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20002342/index.html

Rapporto (2013), Rapport sur la maternité de substitution, Rapport du Conseil fédéral du 29 novembre 2013 en exécution du postulat 12.3917 du 28 septembre 2012 ; consultabile in francese all'indirizzo: www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/pressemitteilungen/2013/2013-11-29/ber-br-f.pdf

Ufficio federale di statistica (UST, 2013a), Statistique de la procréation médicalement assistée : conservation et utilisation des ovocytes, des ovules imprégnés et des embryons, état le 3 septembre 2013, données provisoires ; consultabile all'indirizzo : www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnpID=2013-513

Ufficio federale di statistica (UST, 2013b), Statistique de la procréation médicalement assistée : traitements, état le 3 septembre 2013, données provisoire ; consultabile à l'adresse : www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnpID=2013-513

Ufficio federale di statistica (UST, 2013c), Statistique de la procréation médicalement assistée : personnes traitées, indications et recours au don de sperme, état le 15 février 2013 ; consultabile à l'adresse : www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/02.html

Ufficio federale di statistica (UST, 2012), Statistique de la procréation médicalement assistée : personnes traitées, indications et recours au don de sperme, état le 19 septembre 2012 ; consultabile à l'adresse : www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/02.html

Ufficio federale di statistica (UST, 2010) : Stato e struttura delle economie domestiche 2010 ; consultabile all'indirizzo : www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/news/04/01.html

Baertschi B. (2005). Enquête philosophique sur la dignité. Anthropologie et éthique des biotechnologies, Genève, Labor et Fides.

Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2007). Ungewollt kinderlos. Was kann moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun? Consultabile à l'adresse: www.berlin-institut.org/publikationen/studien/ungewollt-kinderlos.html

Berlin I. (1988). Two Concepts of Liberty (1958). In: Berlin I., Four Essays on Liberty, Oxford, Clarendon Press: 6-19.

Birnbacher P. (1997). Das Dilemma des Personbegriffs. In : Strasser & Starz (dir.), Personsein aus Bioethischer Sicht, Stuttgart, Franz Steiner Verlag, p. 9-25.

Bleisch B. (2012). Leihmutterchaft als persönliche Beziehung. Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik; 17: 5-28.

Bobbio N. (1990). L'età dei diritti. Torino, Einaudi.

Deonandan R., Green S., van Beinum A. (2012). Ethical concerns for maternal surrogacy and reproductive tourism. Journal of Medical Ethics; 38:742-45.

Dreifuss-Netter F. (2009). Droit à l'enfant et droit de l'enfant. In: J.-M. Larralde (éd.), La libre disposition de son corps, Bruxelles, Nemesys/Bruylant, p. 159-171.

Eggert N. (2013). Enjeux éthiques des nouvelles technologies de la reproduction: Une conception de la justice à l'interface de l'éthique du "care" et de l'approche des "capabilities". Thèse de doctorat ès sciences de la vie présentée à la Faculté de biologie

et de médecine de l'Université de Lausanne, manuscrit.

Engelhardt Jr. H. T. (1996). *The Foundations of Bioethics*. Second Edition, New York/Oxford, Oxford University Press, Chp. 4 « The Context of Health Care : Persons, Possessions, and States », p. 135-156.

Engeli I. (2010). *Les politiques de la reproduction. Les politiques d'avortement et de procréation médicalement assistée en France et en Suisse*, Paris, L'Harmattan.

Fagot-Largeault A. & Delaisi de Parseval G. (1989). *Qu'est-ce qu'un embryon ? panorama des positions philosophiques actuelles*. Esprit : 86-120.

Fisher J. (2009). Infertility and assisted reproduction. In: WHO (ed), *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*: 128-146.

Habermas J. (2001). *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik ?*,

Haker H. (2002). *Ethik der genetische Frühdiagnostic*, Paderborn, Mentis.

Heitman E. (1999). Social and Ethical Aspects of IVF. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*; 15(1): 22-35.

Höffe O. (2001). *Rechtspflichten vor Tugendpflichten – Das Prinzip Menschenwürde im Zeitalter der Biomedizin*, in: Ch. Geyer (Hrsg.), *Biopolitik. Die Positionen*, Frankfurt a. M., Suhrkamp, p. 63-74.

Höffe O. (2011). Ein bemerkenswerter Fortschritt. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*; 29. Juni (148) : 31.

Hottois G. (1984). *Le signe et la technique*, Paris, Flammarion.

Hottois G. (2004). *Philosophies des sciences, philosophies des techniques*, Paris, Odile Jacob.

Humbyrd C. (2009). Fair trade international surrogacy. *Developing World Bioethics*; 9: 111-18.

Ide P. (2004). *Le zygote est-il une personne humaine ?* Paris, Téqui.

Kant I. (1969). *Antropologia pragmatica (Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, 1798)*, trad. di G. Vidari, Roma-Bari, Laterza.

Kant I. (1992). *Fondazione della metafisica dei costumi (Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 1785)*, trad. di N. Pirillo, Roma-Bari, Laterza.

Karnein A. (2013). *Zukünftige Personen. Eine Theorie des ungeborenen Lebens von der künstlichen Befruchtung bis zur genetischen Manipulation*, Berlin, Suhrkamp.

Kind C., Braga S., studer A. (éds) (2009). *Sélectionner ou accepter? La vie en devenir face aux diagnostics prénataux et préimplantatoires*, Genève, Editions Médecine & Hygiène.

Locke J. (1975). *An Essay concerning Human Understanding*, Nidditch P. H. (ed.), Oxford, Oxford University Press.

Macklin R. (2003). Dignity is a useless concept : It means no more than respect for persons or their autonomy. *British Medical Journal*; 327: 1419-20.

Maio G., Eichinger T., Bozzaro C. (éds) (2013). *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*, Freiburg, Verlag Karl Alber.

Martin A. & Baertschi B. (2013). In favor of PGD : The moral duty to avoid harm argument. *The American Journal of Bioethics*; 12(4): 12-3.

Mill J.S. (2006). *Nature*, in Id. : *Essays on Ethics, Religion, and Society. Collected Works of John Stuart Mill*, Liberty Fund.

Orland B. (1999). Die menschliche Fortpflanzung im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit – Zur Normalisierung der Reproduktionsmedizin seit den 1970er Jahren. *Technikgeschichte*; 66(4) : 311-337.

Parfit D. (1984). *Reasons and Persons*, Oxford, Oxford University Press.

Putallaz F.-X. & Schumacher B. (dir.) (2008). *L'humain et la personne*. Préface de P. Couchevin, Paris, Editions du Cerf.

Putallaz F.-X. (2008a). *Diagnostic préimplantatoire : Questions d'éthique*

impertinentes. *Nova et Vetera* ; 83 (1) : 85-96.

Quinn et al. (2012). Preserving the Right to Future Children: An ethical Case Analysis. *American Journal of Bioethics* ; 12(6) :38-43.

Rager G. (2006). *Die Person. Wege zu ihrem Verständnis*, Academic Press und Herder.

Rawls J. (1972). *A Theory of Justice*. Oxford, Clarendon Press.

Rehmann-Sutter C., Daubitz S., Schües C. (2013). „Spender gefunden, alles klar!“ ethische Aspekte des HLA-Tests bei Kindern im Kontext der Stammzelltransplantation. *Bioethica Forum*; 6(3): 89-96.

Ruutiainen et al. (2013). Expanding access to Testicular Tissue Cryopreservation : An Analysis by Analogy. *American Journal of Bioethics* ; 13(3) : 28-35.

Romagnoli S. et al. (2012). Considérations éthiques et juridiques sur les modalités du don dans la transplantation : une comparaison entre le don de cellules souches sanguines et le don d'organes. *Revue suisse de droit de la santé* : 399-415.

Schaber P. (2013). Wie soll die PID geregelt werden ? Eine ethische Perspektive. Avis sur la réglementation juridique du diagnostic préimplantatoire du point de vue éthique à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique; consultable à l'adresse : www.bag.admin.ch/themen/medizin/03878/03882/index.html?lang=fr

Scherrer et al. (2012). Systemic and Pulmonary Vascular Dysfunction in Children Conceived by Assisted Reproductive Technologies. *Circulation*; 125: 1890-1896.

Simoni H. (2012). Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu den Konzepten „Kindeswohl, Familie und Elternschaft“ im Fortpflanzungsmedizingesetz. Avis mandaté par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP); consultable all'indirizzo: www.bag.admin.ch/themen/medizin/03878/03882/index.html?lang=de

Spaemann R. (1996). *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen « etwas » und « jemand »*, Stuttgart, Klett-Cotta Verlag (Id. (2007) *Persone. Sulla differenza tra « qualcosa » e « qualcuno »*, Bari/Roma, Laterza).

De Wert G. (2013). Preimplantation genetic screening : dynamics and ethics. *Bioethica Forum*; 6(3): 112-3.

Wunder D. (2013). Social freezing in Switzerland and worldwide – a blessing for women today? *Swiss Medical Weekly*; feb. 27, 143:0.

Zimmermann-Acklin M. (2012). Sollte die Präimplantationsdiagnostik (PID) unter den gleichen Voraussetzungen zulässig sein wie die Pränataldiagnostik (PND)? Avis sur la réglementation juridique du diagnostic préimplantatoire du point de vue éthique à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique ; consultable all'indirizzo : www.bag.admin.ch/themen/medizin/03878/03882/index.html?lang=fr

