

La fecondazione eterologa

Aspetti etici

Presa di posizione del Comitato etico provinciale

L'inseminazione artificiale in generale e la forma eterologa in particolare provocano varie questioni etiche, mediche, psicologiche, sociali e giuridiche. Anche se nella pratica clinica l'inseminazione artificiale è ormai consolidata, ci sono parecchie questioni che vanno discusse e approfondite. La seguente presa di posizione del Comitato etico provinciale intende far luce sulla complessità oggettiva ed etica di tale problematica.

Le coppie che intendono far ricorso alla fecondazione artificiale non hanno diritto solamente a consulenza ottimale e globale, ma si devono anche confrontare con i problemi che si presentano in questa situazione. Una consulenza e un supporto qualitativi garantiti devono prendere in considerazione diversi aspetti e perciò vanno prestati a livello interdisciplinare. L'obiettivo è permettere alle coppie interessate di arrivare a una decisione autonoma, partendo fin dall'inizio dalla responsabilità verso il figlio desiderato e dal suo benessere. La responsabilità a livello etico non è da intendersi solamente come diritto all'autonomia morale, cioè all'autodeterminazione, ma va intesa come responsabilità relazionale che si allarga a coloro che sono coinvolti da una decisione individuale, personale. Il diritto all'autodeterminazione e all'autonomia morale non può legittimare qualunque diritto soggettivo. A proposito della medicina riproduttiva va considerato in primo luogo che non può esistere un diritto soggettivo a un figlio e in secondo luogo che un bambino non è semplicemente "una cosa che si produce". La quota media di Baby-take-home in Austria ad esempio nel 2013 è stata del 27,6% nei centri pubblici e del 25,5% nei centri privati.

1. Premessa

Per molte persone avere figli, partorire, farli crescere, fondare una famiglia e trovarvi la patria fisica e spirituale è un obiettivo primario e da' valore alla vita. Nel progetto di vita di molte persone e coppie la procreazione rappresenta un elemento significativo di una vita realizzata.

Sempre più coppie ricorrono all'aiuto della medicina, in particolare della medicina riproduttiva, tramite l'utilizzo della fecondazione medica assistita. Si possono avere le seguenti diverse motivazioni:

- Una coppia può voler superare un'infertilità non voluta, dovuta a disparate cause.
- Ci sono sempre più coppie che, a causa di disposizioni genetiche, sono a elevato rischio di procreare un figlio geneticamente malato. Vorrebbero far ricorso alla procreazione assistita per accedere alla possibilità della diagnostica

preimpianto, per evitare che la donna sia gravida di un embrione portatore di gravi anomalie genetiche.

- La fecondazione assistita è presa in considerazione anche da donne che non trovano per tempo un partner o che – spesso per motivi lavorativi – hanno rimandato la realizzazione del desiderio di maternità a un momento futuro nella loro vita, quando hanno già oltrepassato la fase ottimale della fertilità biologica. Si lasciano espianare gli ovuli che sono fecondati e poi crioconservati e che saranno scongelati in un secondo momento e trasferiti nel corpo della madre (social freezing).
- Anche alcune coppie omosessuali vorrebbero realizzare il loro desiderio di maternità tramite la fecondazione assistita, evitando il ricorso all'atto sessuale.¹

Nella fecondazione assistita si distinguono le seguenti forme:

- L'inseminazione intracorporea: in questa forma il seme è inserito tramite catetere nell'utero della donna.
- L'inseminazione extracorporea con successivo trasferimento dell'embrione nell'utero, di solito descritta come FIV (fertilizzazione in vitro) o FIV/ET (In-Vitro-Fertilisation con successivo trasferimento di embrione): tramite una stimolazione ormonale finalizzata è stimolata la maggior quantità possibile di ovuli espianati dalla donna e mescolati, tramite un mezzo di coltura, al seme maschile. Gli o lo zigote fecondato sarà trasferito nella fase quadri cellulare o otto cellulare con un catetere attraverso la vagina nell'utero della donna o possono essere crioconservati per un futuro ciclo di impianto. In caso di cattiva qualità dello sperma singole cellule staminali possono essere iniettate tramite una micro pipetta direttamente nell'ovulo. Questa forma si chiama **ICSI (Intracytoplasmic Sperm Injection)**, cioè iniezione spermatica intracitoplasmatica.
- Se l'ovulo e le cellule spermatiche sono generati dalla stessa coppia, si parla di inseminazione artificiale omologa, se l'ovulo e la cellula spermatica o entrambi sono generati da terze persone, si parla di inseminazione artificiale eterologa, da donazione di ovulo o di cellula spermatica.
- Si parla di utero in affitto quando una donna diversa da quella della coppia porta a termine la gravidanza. Anche qui va distinto se si tratti di una gravidanza nella quale la madre offre il proprio utero e non i propri ovuli, oppure se sia anche donatrice di ovuli. Anche nel caso di cellule spermatiche va differenziato se siano quelle dell'uomo della coppia o di un donatore estraneo.

¹ Ancora più complessa è la questione nel caso di due uomini omosessuali, che devono far ricorso, oltre all'inseminazione assistita e a una donazione di ovuli, anche ad una madre in affitto. Va qui rimarcato che emergono anche difficoltà giuridiche con le quali ad esempio anche la Corte dei diritti dell'uomo di Strasburgo si sta già occupando: come garantire la parità dei sessi, evitando contestualmente la maternità in affitto? ▲

2. Normativa italiana

In Italia la fecondazione assistita è regolata dalla legge n. 40/2004 sulla "Procreazione medicalmente assistita" del 19 febbraio 2004.

I punti salienti della formulazione originaria della normativa sono i seguenti:

- La legge garantisce tutela a tutti i soggetti coinvolti, menzionando anche il concepito.
- La legge esclude la possibilità di creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario e **prevedeva** originariamente che si potessero creare al massimo tre embrioni per ciclo, da impiantarsi contemporaneamente. Sono consentite tecniche di fecondazione omologa che utilizzino gameti appartenenti alla coppia che accede alle tecniche di PMA. La fecondazione eterologa **era** esplicitamente vietata dalla legge. La diagnosi genetica preimpianto non è esplicitamente vietata dal testo della legge e numerosi giudici la hanno autorizzata.
- Le tecniche IVF sono consentite esclusivamente a coppie sposate o conviventi di sesso diverso in età fertile che risultino sterili o infertili. Le linee guida adottate dal Ministero (D.M 11 aprile 2008) hanno però esteso l'accesso anche alle coppie nelle quali l'uomo è portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili per infezioni da HIV, HBV od HCV.
- La legge proibisce ogni tipo di intervento e manipolazione sull'embrione, ciò significa che sono così escluse attività di ricerca sugli embrioni o ogni utilizzo non finalizzato alla riproduzione (produzione di cellule staminali). La legge **vietava** inoltre il congelamento di embrioni.

Negli anni passati dall'entrata in vigore della legge ad oggi sono state emanate sentenze che hanno messo in discussione alcuni dei punti appena enunciati. Le sentenze più significative sono le seguenti:

- La Corte Costituzionale con sentenza 151/2009 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della previsione che limita a 3 il numero massimo di embrioni che possono essere creati e impiantati. La Corte ha rimesso all'autonomia professionale del medico la valutazione circa il numero di embrioni da creare e impiantare. Con questa sentenza si è anche ammessa una deroga al divieto di crioconservazione.
- Alcuni giudici hanno autorizzato coppie portatrici di malattie genetiche ad accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita pur non essendo tecnicamente qualificabili come sterili o infertili.
- Alcuni giudici hanno ammesso la possibilità di accedere alla diagnosi genetica preimpianto, che non sarebbe esplicitamente vietata dal testo della legge.
- La Corte Costituzionale, con sentenza 162/2014 ha annullato il divieto di procreazione medicalmente assistita con seme o ovuli appartenenti a soggetti terzi rispetto alla coppia. I giudici costituzionali hanno dichiarato incostituziona-

le il divieto assoluto di fecondazione assistita eterologa. Secondo alcune interpretazioni questa pronuncia crea un vuoto che dovrebbe essere riempito dal legislatore. Secondo altri, la legge 40 e il sistema normativo generale contengono già sufficienti indicazioni per applicare la tecnica della fecondazione eterologa.

Dopo questa ultima sentenza il Comitato etico provinciale della Provincia Autonoma di Bolzano ha ritenuto di dover prendere posizione.

3. Aspetti etici dell'inseminazione eterologa

Essendo la fecondazione eterologa è una forma particolare di fecondazione assistita, è anche investita di aspetti etici relativi alla fecondazione assistita in generale. Rispetto agli aspetti della fecondazione omologa, si aggiungono altre questioni etiche. Dato che la presente presa di posizione si occupa in particolare della fecondazione artificiale eterologa, si menzionano gli aspetti etici della fecondazione assistita in generale in forma schematica, per approfondire gli aspetti etici della fecondazione eterologa in particolare.

a) Richieste etiche alla medicina riproduttiva in generale

Le questioni etiche rispetto la fecondazione assistita sono in particolare evidenti su due livelli:

- Il livello dell'embrione: tutte le questioni collegate alla fecondazione assistita che riguardano lo stato ontologico o morale dello zigote o dell'embrione sono di eminente importanza e sono così semplificabili: da quando un individuo umano è titolare del diritto esclusivo alla tutela della vita? La questione che cosa sia o non sia un embrione con il diritto esclusivo alla tutela della vita non è solo una questione giuridica, ma innanzitutto di natura filosofica e teologica. La questione essenziale riguarda lo stato ontologico e morale nonché – di conseguenza – lo stato giuridico che si riconosce al nuovo organismo umano generato.

Secondo le odierne conoscenze biologiche, con il collegamento delle informazioni genetiche dell'ovulo femminile e della cellula spermatica maschile nasce un nuovo organismo che si distingue qualitativamente sia dall'ovulo sia dalla cellula spermatica. Questi fatti biologici hanno bisogno di un'interpretazione, spesso manovrata da particolari interessi, che possono essere quelli della ricerca o quelli dei leciti desideri delle persone. La Corte europea per i Diritti umani ha stabilito con varie sentenze che un organismo in grado di iniziare il processo di sviluppo di una persona, cioè che abbia la facoltà intrinseca di diventare persona, è da considerarsi un embrione umano e quindi da trattare come tale.³ Il divieto della creazione di embrioni ai fini della ricerca, anche della ricerca che utilizza embrioni in soprannumero (creati per la riproduzione, ma

non trasferiti in utero) si basa sul riconoscimento fondamentale del diritto alla vita dell'embrione. Anche il divieto dell'ammissione generica della diagnosi reimpianto serve alla tutela dell'embrione.

Da questo punto di vista sono eticamente discutibili anche le tecniche mediche che comportano un danno o che accettano disagi per l'embrione.

La risposta a questa domanda diventa perciò importante rispetto alla valutazione etica della fecondazione medicalmente assistita, così come della crioconservazione degli embrioni, poiché nel processo di crioconservazione e di scongelamento gli embrioni possono subire dei danni o morire. Anche qui va detto che secondo alcuni studi esiste un collegamento con le conseguenze della fecondazione artificiale, come un aumentato rischio di aborti o di nascite premature o un peso inferiore del feto alla nascita. Le cause mediche non sono ancora completamente state chiarite, anche se vi sono dei tentativi di chiarimento. L'evidenza dimostra che tramite l'utilizzo della ICSI e l'utilizzo di embrioni congelati le complicanze diminuiscono, probabilmente perché, in questo ultimo caso, solo gli embrioni "robusti" sopravvivono al processo di congelamento e di scongelamento.

Complessivamente va detto che sono necessari ancora molti studi e conoscenze interdisciplinari per rispondere adeguatamente ai problemi etici della valutazione dell'inseminazione assistita.

- Il livello della relazione di coppia: la sterilità non voluta rappresenta un grave fardello psicologico per le coppie interessate e per la loro relazione. Il ricorso alla fecondazione assistita è preceduto da un percorso lungo e doloroso.

È importante considerare che non si tratta solamente di un problema eminentemente medico, ma di questioni psicologiche e psicosociali complesse, legate alla dimensione del sé ed all'autostima della donna e dell'uomo interessati, alla pianificazione della loro vita individuale e comune e anche con le aspettative familiari e sociali, rispetto a cosa sia una vita familiare riuscita con le quali la coppia si confronta. Emergono anche questioni esistenziali per le quali una coppia necessita ed ha diritto alla consulenza psicologica. Per le coppie legate a una tradizione religiosa, va presa in considerazione anche l'assistenza teologica.

Una consulenza qualitativamente efficace non si limiterà a chiarire gli aspetti medici – in particolare le cause dell'infertilità – ma dovrà far riflettere anche su questi aspetti.

- Una consulenza di questo tipo prevede una spiegazione complessiva, che travalica le pure informazioni mediche. Devono anche essere oggetto di discussione le possibili conseguenze psicologiche e fisiche dell'iperstimolazione ormonale della donna per l'estrazione degli ovuli, il carico psicologico dovuto all'aumentata aspettativa dovuta al ricorso all'inseminazione artificiale o che una gravidanza può portare ad aborti o complicanze della gravidanza. È anche importante fornire un'informazione seria e oggettiva sulle quote di succes-

so o di rischio che ci si deve attendere e preparare la coppia ad affrontare le conseguenze di un eventuale insuccesso dopo uno o parecchi cicli di transfer di inseminazione.

Una consulenza complessiva deve anche permettere di parlare con la coppia della possibilità che rinunciare a un figlio proprio o p. es. ricorrere all'adozione possono essere possibili alternative alla propria sterilità. Dall'esperienza clinica emerge peraltro che la maggior parte delle coppie, che di regola dopo parecchi anni di infertilità non voluta si sottopongono al trattamento per la fertilità o che, superati determinati criteri per il trattamento della fertilità, ne vengono autorizzate all'interno del servizio pubblico, hanno già effettuato le proprie considerazioni in merito alla mancanza di figli, all'adozione e all'inseminazione artificiale. Molti di loro non accettano l'involontaria assenza di figli. Si osserva che il desiderio di genitorialità o meglio la nostalgia del figlio desiderato si sviluppa verso l'idea sconfinata di "un figlio ad ogni costo". Per molti anche l'adozione non rappresenta un'alternativa, perché la strada dell'adozione è diventata molto difficoltosa e perché molte coppie non vogliono sottoporsi all'esame complessivo delle proprie competenze genitoriali. Inoltre in Italia è disponibile un esiguo numero di bambini adottabili e l'adozione di minori stranieri comporta un notevole esborso di risorse finanziarie e non. Molti non vogliono assumere su di sé le conseguenze di un'"immigrazione". Le promesse della medicina, le molteplici tecniche del trattamento della sterilità e gli spazi giuridici negli stati vicini invece, fanno sembrare minori i rischi e i disagi del trattamento della sterilità rispetto all'alternativa "adozione" o mancato esaudimento del progetto di vita "bambino". Specialmente le nuove possibilità del trattamento eterologo sembrano promettenti alle donne senza figli a causa dell'età – che rappresenta il motivo principale dell'infertilità. Effettivamente queste forme di trattamento di fertilità hanno quote maggiori di successo rispetto ai soliti trattamenti e sono oltretutto "economicamente convenienti".

Quando le coppie interessate arrivano alla consulenza, hanno già portato a termine queste considerazioni. Molte di loro non si sono però sufficientemente confrontate con le conseguenze e gli effetti della propria scelta. Una consulenza psicologica prenderà in considerazione perciò solamente un'"elaborazione successiva" di questi effetti e conseguenze, cercando di diminuire i carichi soggettivi e le paure, lavorando alla riuscita del progetto di vita. Va notato che la consulenza è orientata a fattori valoriali neutri, secondo il codice deontologico della psicologia.

Tramite i metodi dell'inseminazione artificiale è possibile produrre vita umana senza connessione con un'unione sessuale. Dalla prospettiva etica vanno considerate le conseguenze di questa divisione della generazione di un bambino senza l'atto sessuale e cioè sia nella vita della coppia interessata che a livello sociale e a livello socio politico.

b) Questioni etiche della fecondazione eterologa assistita

Anche sulla fecondazione artificiale eterologa si pongono ulteriori questioni etiche, che riguardano sia la donazione di ovuli che di seme. In Europa vigono diverse regole rispetto alla donazione di seme o di ovuli. In Germania e in Svizzera non è consentita la donazione di ovuli. Il motivo è soprattutto evitare lo sfruttamento di potenziali donatrici. L'Austria ha consentito nel gennaio 2015 la donazione sia di seme che di ovuli. In altri paesi come la Francia, la Spagna, i Paesi Bassi, il Belgio, la Repubblica Ceca, la Slovacchia, la Polonia, l'Ucraina ecc. si cerca di tutelare le donatrici tramite regole giuridiche.²

Anche sull'inseminazione eterologa si possono distinguere diversi livelli.

1. Il livello sociale: il contesto sociale più ampio nel quale vanno poste queste questioni è quello che oggi mette in discussione la concezione tradizionale della famiglia. Il concetto di famiglia si allarga, diventando un concetto sempre più sociale, sempre meno biologicamente definito. Questo cambia la società. Ci si chiede se sia eticamente importante che le relazioni familiari siano biologicamente o contrattualmente fondate, come ad es. per la gravidanza in affitto.

Nella riproduzione non si fa riferimento solo all'autodeterminazione del singolo sulla propria vita ma anche sulla responsabilità verso un'altra persona, il bambino e la generazione futura.

Se nella fecondazione artificiale la riproduzione è separata dall'atto sessuale, nella forma eterologa si aggiunge il distacco della cellula germinale dagli usuali aspetti biologici e sociali della riproduzione.

Va qui ricordato che la medicina riproduttiva non si rivolge solamente a quelle coppie che a causa di malattie necessitano di aiuto, ma anche a quei gruppi di persone, come le coppie con disposizione genetica particolari, a donne o coppie che posticipano il desiderio di genitorialità ad un successivo momento (social freezing) oppure a coppie omosessuali.

Non si tratta solamente di decisioni etiche individuali, queste decisioni sono a loro volta influenzate da aspetti sociali ed hanno a loro volta influenza su questi aspetti sociali. Accanto alle idee sopra definite, che cosa sia una famiglia e come regolare i diritti individuali (p. es. diritto di una donna lesbica a far ricorso alle possibilità mediche per se stessa, vale a dire a non essere discriminata) si pone ad es. anche la domanda della relazione della società con le persone affette da malattie genetiche. Ci si deve anche chiedere quali conseguenze possa avere la divisione medicalmente possibile della genitorialità in una genetica, sociale e biologica (in caso di utero in affitto) sulla società.

² In Europa esiste un ampio dibattito se il divieto della donazione di ovuli rispetto al permesso di donazione di seme rappresenti una discriminazione giuridicamente illegale. La Corte Europea per i Diritti umani nell'aprile del 2010 ha deciso che uno stato che permette l'inseminazione artificiale non può vietare la donazione di ovuli. La sentenza parte dal presupposto che esiste una "obiettiva, logica e ingiustificabile" discriminazione se le coppie che hanno bisogno di una donazione di ovuli sono escluse dall'inseminazione artificiale. Nel novembre 2011 questa decisione, nel corso di un processo contro lo stato austriaco è stata nuovamente sospesa con la motivazione che un divieto di donazione di ovuli non contraddice il diritto alla pianificazione familiare.

- Il livello del feto: rispetto alle questioni etiche sopra evidenziate (vedi 3/a/1: il livello dell'embrione) dall'inseminazione artificiale eterologa emergono nuove questioni che richiedono una discussione più approfondita e un chiarimento giuridico.

La responsabilità verso il bambino atteso e verso il suo benessere vanno considerate fin dall'inizio. Una domanda importante che emerge, è quella del diritto all'informazione, cioè all'anonimato della donazione di ovuli o di seme: alla persona generata tramite la fecondazione eterologa va riconosciuto il diritto, in un momento futuro della sua vita (se sì, quando, da quale età?) di ricevere informazioni sulla sua ascendenza biologica?³

Va considerato che i bambini, gli adolescenti o i giovani adulti che non sono al corrente che i loro genitori sociali non sono i genitori genetici, non si pongono la questione della loro discendenza genetica, per cui il diritto all'informazione è dato solamente se qualcuno lo rivendica. È quindi da chiarire se al diritto all'informazione da parte del figlio corrisponda un dovere all'informazione da parte dei genitori, che entra in vigore automaticamente al raggiungimento di un'età definita del figlio.

Dal punto di vista dello sviluppo psicologico la conoscenza della propria origine genetica è rilevante per lo sviluppo dell'identità. Nel frattempo si sono formati gruppi di interesse di persone procreate con la fecondazione eterologa che criticano la donazione anonima dello sperma e del seme e sono a favore della parificazione con le persone adottate. Rivendicano il diritto di conoscere l'identità del donatore di seme o della donatrice di ovuli. Nel frattempo sempre più spesso sia gli esperti sia i genitori, dal punto di vista medico, psicologico ed etico, si dichiarano d'accordo per un'informazione precoce dei figli. Nessuno studio ha dimostrato essere problematica l'informazione precoce per es. in età di scuola materna. È importante che questo tema sia affrontato in famiglia per tempo e più precocemente possibile, per permettere ai figli di porre domande adatte alla loro età e al loro sviluppo e aumentare la loro comprensione sulla composizione della famiglia. Dall'altro lato si fa riferimento a esperienze negative come la perdita della fiducia se l'informazione arriva solo in età adulta o se la persona interessata lo viene a sapere "per caso".

Dalle esperienze finora acquisite emerge che, di regola, in tutti quei casi nei quali c'è stato un contatto con il donatore di seme o la donatrice di ovuli, i giovani adulti hanno avuto un'esperienza prevalentemente positiva.

³ La Convenzione ONU per i diritti umani, art. 7, comma 1, riconosce e tutela il diritto del bambino „di conoscere quanto più possibile i propri genitori e di essere da loro educato” questo diritto corrisponde anche all'art. 8 della Convenzione europea dei diritti umani e all'art. 30 dell'”Accordo sulla tutela dei minori e sulla collaborazione in ambito di adozione internazionale” del 29 maggio 1993 (Convenzione di Haag). Le norme giuridiche che prevedono la donazione anonima di seme o di ovuli sono in un certo modo in contraddizione con questo diritto del minore.

Soprattutto in quei casi nei quali dal seme di un donatore sono stati generati numerosi figli, l'informazione sull'ascendenza genetica è una misura preventiva per evitare che fratellastri e sorellastre (ignari di esserlo) possano innamorarsi, instaurare un rapporto di coppia e voler fondare una famiglia.

La problematica si può assimilare a quella relativa all'adozione. Anche qui, attualmente, si presta più attenzione al diritto del minore e si sono potuti verificare i vantaggi di una precoce informazione. La cosiddetta "adozione aperta", nella quale il bambino può avere contatti paralleli con i propri genitori genetici è diventata la regola. Questa forma si è rivelata vantaggiosa per lo sviluppo psicologico sano del bambino e ha liberato i genitori adottivi dal peso notevole di doversi dimostrare sempre genitori perfetti.

Anche nelle nuove forme di genitorialità si raccomandano perciò dal punto di vista psicologico forme di comunicazione aperte, che dovrebbero sfociare nell'accettazione sociale, togliendo il peso del segreto – causa della maggior parte delle problematiche di ansia.

- Il livello dei partner: alle coppie che intendono diventare genitori, prima di un trattamento con la donazione di seme o di ovuli, dovrebbero essere offerte tutte le possibilità a livello medico per riconoscere la causa dell'infertilità e per superarla. In molti casi di sterilità maschile può essere effettuata con successo una ICSI, evitando il ricorso alla fecondazione eterologa.

Qualora la coppia decida infine di ricorrere alla fecondazione artificiale eterologa, in tutti i casi *prima* del trattamento va offerta una consulenza psicosociale per permettere il confronto con l'idea sopravvalutata di un "figlio ad ogni costo" e con la complessità di tale modo di formazione della famiglia. Nella pratica clinica si evidenzia che la consulenza psicoterapeutica è presa in considerazione solo dopo il trattamento, a causa delle difficoltà e di rilevanti problemi rispetto al trattamento e alle sue conseguenze.

Il fatto che nella fecondazione eterologa un gamete (lo sperma o l'ovulo) non sia dell'altro partner della coppia può rappresentare un evento molto pesante per una relazione di coppia, non solo al momento del ciclo di fecondazione, ma anche nella futura vita di una famiglia. Va considerato che la questione è più complessa di quella riguardante "solo" la realizzazione del concepimento. Queste questioni vanno tematizzate nella consulenza e nel supporto psicologici alla coppia, così come si deve far riferimento alle possibili difficoltà e pressioni che possono incidere sull'attuale vita di coppia o successivamente nella vita familiare.

Va chiarito anche se e in quale forma debba esservi un contatto fra la persona donatrice e la coppia, in particolare come possa incidere nella coppia e nella loro vita di relazione tale contatto, specie per il partner sterile.

Tutte queste questioni vanno affrontate non solo a livello della consulenza psicologica, ma richiedono una chiara definizione anche a livello giuridico. Va

regolata anche la questione se al figlio vada riconosciuto il diritto di disconoscere la paternità o maternità del genitore non genetico.

- Il livello delle persone donatrici: donne e uomini disponibili alla donazione di seme e ovuli devono chiarirsi in merito alla propria motivazione per la donazione dei gameti. Dai colloqui con persone donatrici interessate emerge che queste motivazioni possono essere molto diverse e differenti. Vanno dal desiderio altruistico di permettere a una coppia sterile di soddisfare il proprio desiderio di un figlio, fino alla motivazione di mettere al mondo discendenti - cioè figli con il proprio patrimonio genetico – senza doversene assumere la responsabilità. In caso di donazione di ovuli hanno un ruolo anche questioni finanziarie, specie se le donatrici sono in grado in questo modo di garantirsi un reddito. In questo caso vanno presi provvedimenti giuridici per evitare di agganciare queste nuove tecniche a un problema di povertà, cioè per evitar le donne sfruttino situazioni di disagio sociale.⁴

Si può osservare che il numero delle persone donatrici è significativamente inferiore in quei paesi dove la donazione anonima dei gameti è vietata rispetto a quei paesi dove la donazione anonima è permessa. Inoltre si osserva che anche in paesi, dove la donazione anonima è vietata e dove al figlio generato è garantito il diritto all'informazione, diminuisce ulteriormente il numero delle persone donatrici di gameti disponibili.

Fondamentalmente va evidenziato che le persone donatrici – specie le donne – hanno un diritto allo stesso standard di cure mediche delle altre pazienti in trattamento medico riproduttivo. Devono poter accedere in ogni momento alla consulenza psicosociale e poter riflettere sull'importanza e sul proprio rapporto con la loro donazione.

- Il livello giuridico: la norma giuridica dell'inseminazione eterologa e questi aspetti etici dell'inseminazione eterologa vanno differenziati. I fondamenti etici di questa pratica non possono essere disgiunti dalla regolamentazione giuridica, ma vanno fatte delle distinzioni. Al legislatore non va solo il compito di tener conto dei fondamenti etici ma anche di stimare le conseguenze di un divieto ovvero valutare le conseguenze di un regolamento controllato. In caso di un divieto in linea di principio esiste un pericolo doppio: in primo luogo che questa pratica sia effettuata in luoghi dove non esiste nè un'assistenza medica ottimale nè una tutela giuridica delle coppie interessate, in secondo luogo che le persone interessate vadano all'estero, dove la fecondazione eterologa è permessa, il che aggrava l'assistenza ed il sostegno ottimale in patria. Anche qui è dimostrato che le coppie interessate si rivolgono alla consulenza o cercano la terapia solamente dopo che sono insorti problemi, dovendo spesso superare un elevato livello di disagio.

⁴ In Inghilterra ad esempio dal 2011 esiste la regola che una donazione di ovuli sia remunerata con ca. 750 sterline (950 euro) e una donazione di seme con ca. 35 sterline (45 euro).

Poiché attualmente in diversi paesi europei vigono diverse discipline, esiste già un “turismo dell’inseminazione” con parecchie discutibili conseguenze, che vanno dalla sopra citata carente assistenza delle coppie interessate in patria fino alle forme di discriminazione delle coppie socialmente deboli che, rispetto alle coppie più ricche, non possono permettersi un trattamento all’estero o che destinano per un tale trattamento una parte notevole del proprio patrimonio.

Da questo punto di vista pare opportuno arrivare a una normativa giuridica a livello europeo su questa materia, anche rispetto alle considerazioni pratiche che, tramite una regolamentazione giuridica, si potranno prevenire le pratiche discutibili non solo a livello etico ma che si muovono in una zona grigia.

Considerazioni finali:

L’inseminazione artificiale eterologa apre questioni varie a livello medico, giuridico e etico. Un principio etico afferma che tramite la soluzione di un problema – in questo caso il desiderio di trovare aiuto tramite la fecondazione artificiale eterologa per la sterilità non voluta – non devono nascere più questioni ovvero problemi rispetto a quelli che si possono risolvere. Dal punto di vista etico è perciò necessario, durante la consulenza, ovvero prima dell’intervento medico, discutere anche le alternative all’inseminazione artificiale eterologa.

Infine va evidenziata qui anche una considerazione critica, specialmente dal punto di vista dell’etica femminile rispetto alla medicina riproduttiva: la possibilità medica di un’inseminazione artificiale significa da una parte un’enorme crescita delle possibilità di azione, cosicché una coppia sterile non deve arrendersi semplicemente a questa situazione. D’altro canto può generare un notevole peso personale rispetto all’utilizzo di queste possibilità, sebbene molte donne vivano la procreazione medicalmente assistita come alienante e come un’intromissione notevole nella loro integrità psichica e fisica.

Panoramica sulla situazione legale in paesi europei selezionati:

Il Max-Planck-Institut per il diritto penale estero e internazionale ha elaborato una banca dati che fornisce una panoramica sulla normativa della medicina riproduttiva in paesi europei selezionati:

<http://www.mpicc.de/meddb/index.php>

Codice campo modificato