



Il Mosaico

PRIMAVERA-ESTATE 2005

NUMERO 28

Referendum: chiamati a riflettere

Un dialogo tra sordi. E' quello a cui assistiamo in queste settimane laddove giornali e talk-show parlano dei referendum del 12 giugno. Ciò che dispiace, e infastidisce, di questo (finto) confronto non è tanto l'esito (votare SI', votare NO, non votare), ma il percorso: la chiusura all'ascolto delle ragioni altrui, la ripetizione martellante di slogan che contengono già la condanna e il disprezzo di chi la pensa diversamente, il rifiuto ad allargare lo sguardo sui problemi implicati dietro ciascuna opzione.

Da un lato la propaganda per il SI' non esita a definire la legge disumana, crudele, oscurantista, contro la scienza e contro le donne; difficile impostare un dibattito o anche solo un ragionamento in queste condizioni: la sentenza è già stata emessa, prima di qualsiasi processo o confronto.

Ma anche sul versante opposto, ove si registrano toni meno manichei e argomenti più dubitativi rispetto alla legge, dispiace tuttavia constatare - soprattutto nelle prese di posizione della gerarchia ecclesiale - come il desiderio di una coppia di avere un figlio venga troppo frettolosamente letto nell'ottica dell'egoismo consumista e individualista (il figlio come oggetto di desiderio, come bene strumentale

per la propria realizzazione: rischio presente nella nostra cultura, ma non totalizzante), e non invece come aspirazione generosa e profondamente umana di mettersi a servizio di una nuova vita, aspirazione peraltro al centro della antropologia cristiana (la fecondità come dimensione qualificante la coppia, non solo sul piano fisico), e della catechesi, che alle icone di paternità e maternità affida nientemeno che l'immagine di Dio e della stessa chiesa.

Così, personalmente cerco con avidità e saluto con sollievo non tanto la voce di chi, come esito finale, fa la mia stessa scelta (di voto o di non voto), ma piuttosto chi tenta un percorso lucido e vero, un ragionamento intellettualmente onesto, senza ripararsi dietro l'ideologia o la frase ad effetto: anche se poi l'esito è diverso dal mio.

A questi "ricercatori" è dedicato questo numero monografico del Mosaico, che non vuole suggerire scelte, ma piuttosto offrire un quadro valutativo, un contributo alla riflessione su un tema complesso, e su un passaggio - quello referendario - che in qualche modo impedisce una discussione soddisfacente e un approfondimento adeguato. Ma d'altra parte senza la legge, e il conseguente referendum, non avremmo forse nemmeno iniziato a riflettere e a confrontarci pubblicamente sull'argomento.

E siccome anche qui, come per ogni ricerca, occorre farsi delle domande, eccone alcune per iniziare. La sterilità è in aumento nel nostro mondo occidentale come patologia? Oppure i meccanismi biologici sono invariati, e siamo davanti ad un fenomeno sociologico di spostamento in avanti della maternità (spesso dovuto alla pressione del lavoro e alla carenza di aiuti per le famiglie giovani)? Le ricerche sulle cellule staminali adulte stanno dando o no risultati significativi rispetto alla riparazione di organi e alla cura di malattie? Uno stato laico e non confessionale può permettersi, in materie simili, di dichiarare la propria incompetenza etica ("la vita inizia quando la donna decide che è iniziata, si tratta di una scelta individuale": C. Flamigni, Repubblica, 13/5/05 p. 11) oppure è chiamato come collettività a fare scelte valoriali, a definire limiti e rapporti tra i diritti dei diversi soggetti coinvolti (come fa quando vieta di fumare nei ristoranti, o subordina il diritto di costruire ad una valutazione di pubblico interesse)?

La strada è lunga, siamo solo all'inizio. Buona lettura.

Andrea De Pasquale

In questo numero:

DUE FACCE DELLA MEDAGLIA: Anna Pia Ferraretti e padre Luigi Lorenzetti presentano visioni e criteri di valutazione contrapposti, ma per certi aspetti anche complementari, dei quesiti referendari. Alle pagine 2-3.

LE CONSULTAZIONI REFERENDARIE IN ITALIA E NEL MONDO: regole, storia, curiosità. Pierluigi Giacomoni a pagina 4.

PERCHÉ I REFERENDUM NON SARANNO CINQUE: un commento di Roberto Lipparini alla sentenza della Corte Costituzionale. A pagina 5.

LA LEGGE 40/2004: ne riportiamo il testo, evidenziando gli articoli sottoposti ai quesiti referendari, con accanto una scheda sulle **REGOLE NEGLI ALTRI PAESI**. Alle pagine 6, 7 e 8.

MEDICI IN TRINCEA: Considerazioni di Carlo Flamigni, padre della fecondazione assistita, a Bologna e non solo, e di Eleonora Porcu, promottrice di una alternativa al congelamento degli embrioni. Alle pagine 10 e 11.

ESISTE UNA OGGETTIVITÀ ETICA? Possiamo fare a meno di discutere, consideriamo ugualmente accettabile A e il contrario di A? Alcune riflessioni di Luciano Eusebi. A pagina 12.

CAPIRSI PER CRESCERE INSIEME: i dubbi e le riflessioni di un insegnante, uno dei tanti, che vorrebbe capire le ragioni di tutti non per tolleranza, ma per pratica di vita. A pagina 14.

LA PROPOSTA AMATO-TONINI: un tentativo di mediazione per non lasciare un argomento così complesso a uno strumento inadatto (perché brutalmente semplificativo) come il referendum abrogativo. A pagina 15.

Un **QUADRO RIASSUNTIVO** delle affermazioni a favore e contro a pagina 16.

E inoltre: La navigazione in **rete**. L'**infertilità** di coppia. Le **tecniche** di fecondazione più utilizzate. Un **glossario**.



Vi sottoponiamo i contributi della dottoressa Anna Pia Ferraretti, direttore clinico del centro di medicina della riproduzione S.I.S.Me.R. di Bologna, e di padre Luigi Lorenzetti, direttore della *Rivista di Teologia morale*, che presentano visioni in gran parte contrapposte e complementari delle problematiche sollevate dai quesiti referendari.

Le due facce della medaglia

Criteria di valutazione dei quesiti referendari



Lil 12 e 13 giugno, i cittadini italiani sono chiamati a votare su 4 quesiti referendari che si propongono di modificare la legge 40 sulla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

I temi su cui si chiede di dare un giudizio sono particolarmente complessi e spesso di non facile comprensione. Per dare ai cittadini la possibilità di decidere liberamente, è necessario

dare informazioni corrette, basate su dati di fatto (sulla c.d. *evidenza*) che le rendono incontestabili.

Curare l'infertilità

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'infertilità una malattia che rende la coppia "disabile" e che colpisce circa una coppia su cinque. Le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita rappresentano un trattamento consolidato da moltissimi anni per molte forme di infertilità.

Secondo i dati del Registro Mondiale (ICMART), ogni anno vengono eseguiti nel mondo oltre 500.000 cicli di trattamento che permettono la nascita di circa 1.000 bambini ogni giorno, più di 40 ogni ora. Ad oggi, la popolazione di bambini viventi nel nostro mondo grazie a questi trattamenti supera i 2 milioni.

È indubbio che esistano anche problematiche etiche, filosofiche, giuridiche che richiedono una nor-

mativa specifica, ma è anche indubbio che la legge italiana (L. 40/2004) è oggi la più restrittiva d'Europa.

Autoregolamentarsi è importante

Il continuo ripetere che, prima della legge, in Italia vigeva il Far West ha indotto nell'opinione pubblica una concezione non proprio positiva della PMA. L'Italia ha registrato 5-6 casi estremi che, comparsi su tutti i mezzi di comunicazione, hanno scandalizzato l'opinione pubblica. Ma in 20 anni, nessuno si è mai interessato alla normalità degli oltre 500.000 cicli di trattamento eseguiti in coppie normali, ma infertili, che hanno permesso la nascita di oltre 50.000 bambini all'interno di famiglie normali. Tanto meno, nessuno ha ricordato di dire che per 20 anni, nell'incapacità da parte dei politici di trovare un consenso parlamentare, gli specialisti del campo (medici, biologi, ricercatori) hanno operato in osservanza a linee guida delle Società scientifiche Italiane ed Europee e alle raccomandazioni dell'OMS.

Hanno inoltre formulato codici di autoregolamentazione che, nel 1995, sono stati formalizzati dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri nel *Codice Deontologico*.

Già da allora, era stato posto un veto alla maternità surrogata, al trattamento di donne in menopausa non precoce, alla fecondazione post-mortem, alla fecondazione al di fuori di coppie eterosessuali stabili, ad ogni forma di commercializzazione di gameti ed



Lil criterio per valutare se la legge 40/2004 sia giusta/ingiusta, come pure se i quesiti referendari siano pertinenti/impertinenti, è il valore (bene) della persona umana, la sua dignità, i suoi diritti. Il pluralismo etico (o delle etiche), infatti, non impedisce di individuare e rispettare valori comuni. In tale prospettiva, la legge 40 si basa su un duplice presupposto: la coppia

(uomo-donna) stabilmente unita, quale unico ed esclusivo luogo di procreazione; e l'embrione umano, quale soggetto meritevole di tutela. Come si può osservare, i quattro quesiti referendari abrogativi si contrappongono nettamente a quel duplice presupposto, andando ben al di là di un semplice allargamento di alcune norme della legge 40.

1. Cancellare il riferimento ai diritti del concepito

La legge 40 (art. 1) «assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito». Il quesito referendario propone di cancellare il riferimento ai «diritti del concepito».

La duplice e opposta posizione rinvia a una duplice e opposta teoria circa l'identità (*chi è*) dell'embrione umano. La *prima* sostiene che l'embrione, fin dal concepimento, è un essere umano che si sviluppa in un processo continuo, progressivo, autonomo fino al parto. Si sostiene, pertanto, che l'embrione umano, fin dal con-

cepimento, è soggetto *reale* con potenzialità di sviluppo e non soggetto *potenziale*. Come ogni altro soggetto umano, ha diritto alla vita e ha valore finale (è un valore in se stesso) e non strumentale. Al contrario, la *seconda* teoria sostiene che «l'embrione umano è un insieme di cellule e non ancora individuo» fino all'annidamento (dopo una settimana circa) o al 14° giorno (dopo due settimane) con la comparsa della *stria primitiva*, il segno di un futuro sistema nervoso.

In conclusione, una teoria nega certezza all'altra. Tuttavia, anche se il dibattito scientifico e filosofico sull'identità dell'embrione resta in qualche modo aperto, l'obbligo morale e giuridico è certo: non si può rischiare di sopprimere una vita umana; occorre, cioè, seguire il principio di precauzione. «Nel caso di dubbio – così la *Dichiarazione di docenti universitari delle Facoltà mediche e giuridiche sulla vita umana* – sull'esistenza di una vita umana il diritto moderno, in quanto fondato sul principio di uguaglianza e sulla dignità umana, deve adottare le soluzioni più idonee a salvaguardare la vita umana anche nel caso che qualcuno sollevi dubbi sulla sua esistenza».

2. Cancellare il divieto di produrre più di tre embrioni

La legge 40 vieta di produrre più di tre embrioni per volta (tutti e tre da impiantare in utero); di revocare il consenso, di selezionare gli embrioni. Il quesito referendario propone di abrogare tale norma, perché danneggia la



embrioni. In sostanza, prima dell'approvazione della legge, in Italia si operava secondo le procedure mediche e scientifiche utilizzate in tutta Europa. Se c'era un Far West in Italia, lo stesso Far west continua a essere presente in Europa!

Embrioni perduti?

Si sostiene che la legge 40 non deve essere modificata perché finalmente **tutela gli embrioni**. Secondo questo concetto, le procedure PMA applicate in Italia prima della legge (e tutt'ora applicate in tutti gli altri stati europei) producevano molti embrioni (volutamente in eccesso) e per ogni embrione che si impiantava nell'utero, molti altri venivano perduti o volutamente eliminati.

La realtà è diversa. Nella specie umana, un'alta percentuale degli embrioni che si formano è portatore di alterazioni che ne bloccano lo sviluppo in un'epoca molto precoce. Solo uno su 5-6 si impianta e arriva alla nascita. Questo è vero per gli embrioni che si formano in un ciclo di PMA così come per gli embrioni che si formano in un concepimento spontaneo. Basti pensare che i 500.000 bambini che nascono in Italia ogni anno sono il frutto di 2.500.000 concepimenti naturali. Non sono quindi le tecniche di PMA che sprecano embrioni ma bensì "madre natura".

La crioconservazione

Un altro punto fondamentale su cui è necessario fare chiarezza riguarda gli **embrioni congelati**, problema chiamato spesso in causa nei dibattiti sulla Legge.

Nel 2001, l'Istituto Superiore di Sanità, per volontà dell'allora ministro Veronesi, fece un censimento degli embrioni crioconservati nei vari centri. Ne risultarono un totale di 24.276 in 5.022 coppie. Questo numero è stato, e viene tutt'ora citato, come quello relativo agli

Decidere di eseguire una PMA non è volere un figlio a tutti i costi, ma decidere liberamente di sottoporsi a una terapia medica per curare una malattia, così come fa ogni altro individuo malato.

"embrioni orfani o abbandonati" e, quindi, come fossero tutti embrioni prodotti in eccesso dalle procedure PMA, senza alcun futuro e destinati alla distruzione. Ma la realtà è diversa. Nessuno si è ricordato di chiarire che la maggior parte di questi embrioni (oltre il 90%) era semplicemente in attesa di essere scongelato per essere trasferito nell'utero della madre legittima (e biologica) ed avere la possibilità di espletare o meno il proprio destino naturale.

Per avere conferma di ciò, basta guardare i dati del registro EIM-Italia: tra il 1997 e il 2002, nei 75 centri che hanno partecipato al registro sono stati eseguiti trasferimenti di embrioni scongelati in 10.712 coppie, che hanno permesso la nascita di 1.704 bambini.

Certo, anche se in numero ridotto, gli embrioni abbandonati non hanno un destino e nei loro confronti è necessario assumersi delle responsabilità. La legge 40 ha deciso di risolvere questa problematica vietando in futuro il congelamento degli embrioni sotto ogni forma, ma non ha ancora risolto il destino degli embrioni abbandonati crioconservati prima della legge. Non ne permette la donazione ad altre coppie, non ne permette l'utilizzazione a scopo di ricerca.

I quesiti referendari si propongono di modificare alcuni aspetti della legge 40. Votare si vorrebbe dire continuare ad avere una normativa piena di restrizioni sui temi più delicati e controversi e con regole ben precise, ma più adeguata per operare secondo le linee guida della Società Europea e secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: applicare le procedure ottimali in presenza di regole e nel pieno rispetto della volontà dei pazienti, della salute dei nascituri e nella piena tutela degli embrioni stessi.

Anna Pia Ferraretti

salute della donna, in quanto prevedibilmente dovrà sottoporsi a reiterate stimolazioni ovariche; perché è contraddittoria: proibisce la diagnosi pre-impianto e lascia aperto l'eventuale ricorso all'aborto in caso di nascita malformata.

Si può riconoscere che la norma in questione sia problematica, ma sono false le interpretazioni. L'irrevocabilità del consenso ha il significato di indicare quanto è giusto fare, appellandosi alla responsabilità personale: non è prevista, infatti, alcuna sanzione amministrativa o penale. Il divieto della diagnosi genetica pre-impianto sottrae giustamente il nascere umano all'*ipoteca* delle ideologie (perfezione biologica, salute/malattia) degli adulti che si arrogano poteri che non hanno.

3. Cancellare il divieto a ogni forma di sperimentazione sugli embrioni

Contro la legge 40, il quesito referendario propone di abrogare il divieto di ricerca scientifica e di sperimentazione sugli embrioni soprannumerari e di crearne apposta (*clonare embrioni per scopi terapeutici*). Gli embrioni – si sostiene – sono luogo privilegiato di cellule staminali per possibili terapie di malattie degenerative, come la malattia di Parkinson, il morbo di Alzheimer, il diabete, e altre malattie cardiovascolari. Le finalità sono nobili, ma sono immorali le procedure per raggiungerle.

L'embrione umano non può essere trattato (distrutto) come strumento in ordine a fini sia pure altissimi. D'altra parte, le cellule staminali si ricavano da altre

fonti, ad esempio dal cordone ombelicale o da tessuto fetale derivante da aborto spontaneo, e altre fonti ancora. Non è superfluo ricordare che la questione morale è duplice: non riguarda solo il fine ma anche le procedure (o i mezzi) per ottenerlo.

4. Cancellare il divieto della fecondazione eterologa

La Legge 40 proibisce la fecondazione eterologa, perché viola il diritto del nascituro a genitori certi, a un'identità genetica chiara; e introduce un'asimmetria nella relazione della coppia nei confronti del figlio e viceversa.

Il quesito referendario propone di cancellare tale divieto, ma le motivazioni addotte sono del tutto sproorzionate a giustificare i disvalori che la fecondazione eterologa oggettivamente implica, come ad esempio dire che il divieto discrimina un gran numero di coppie alle quali l'omologa non è praticabile; favorisce il *turismo procreativo* di quanti se lo possono permettere.

In conclusione, i quattro quesiti referendari rimuovono semplicisticamente il fatto che i valori da conciliare, nella procreazione medicalmente assistita, sono due e non uno soltanto: il bene della coppia e, ugualmente, il bene del nascituro. Non è scientifico, né etico, né giuridico giustificare nuove nascite se deliberatamente si prevede di sopprimerne molte altre.

Luigi Lorenzetti



Il referendum questo sconosciuto



Se un ateniese del V secolo a. C. piombasse sul nostro pianeta e provasse a vivere in una delle nostre democrazie, probabilmente penserebbe che in realtà viviamo in una tirannide mascherata. Infatti i contemporanei di Pericle erano abituati a riunirsi frequentemente nell'*agorà* (piazza) per prendere per alzata di mano le decisioni più spericolate. Certo non partecipavano a questi *meeting* né le donne, né gli schiavi, né gli stranieri, ma erano pur sempre ventimila persone quelle che a quei tempo potevano intervenire nell'*ecclesia* (assemblea).

Oggi, anche negli stati più minuscoli, dove forse si potrebbe anche convocare la gente in una piazza per un'assemblea, si è scelta la democrazia rappresentativa: ogni tanto, a scadenze più o meno regolari, i cittadini eleggono delle persone che hanno l'incarico di scrivere le leggi e prendere le decisioni più rilevanti. Gli altri continuano nelle loro normali occupazioni.

Però i costituenti di questi ultimi due secoli hanno compreso progressivamente che non basta: occorre dare agli stessi cittadini la possibilità di esprimersi con un voto libero, diretto e segreto non solo su chi farà le leggi, ma anche sul merito delle leggi stesse. Ecco che nasce così il referendum.

La prima volta

Dopo i plebisciti del 1860 che sancirono l'unione di vasti territori al Regno di Sardegna, cosa che comportò la sua trasformazione in Regno d'Italia, non vennero più celebrate votazioni popolari per approvare o abolire leggi votate dalle Camere.

Si dovette attendere il 1946 (referendum Monarchia-Repubblica) e la nuova Costituzione perché venissero introdotti anche nel nostro Paese meccanismi di coinvolgimento popolare nelle decisioni.

Cosa prevede la nostra Costituzione...

Gli articoli costituzionali che si occupano della partecipazione del popolo alla vita pubblica sono l'1, il 48, il 71, il 75, il 132, il 133 e il 138; a ciò si aggiungono molte leggi emanate in questi ultimi sessant'anni. I modi di intervento del popolo nella cosa pubblica sono:

- **l'elezione diretta delle cariche pubbliche**, dal livello locale a quello nazionale (pur non essendo previsto dalla Costituzione dal 1979 sono eletti anche gli eurodeputati);

- **il referendum**

a) **costituzionale**: tramite l'art. 138 cost. viene stabilito che se le Camere, volendo modificare parzialmente la Costituzione, non approvano l'emendamento con la maggioranza qualificata dei due terzi, può essere richiesta la convocazione degli elettori.

b) **consultivo**: se si vogliono istituire nuove Regioni, Province o Comuni occorre prima convocare gli elettori dell'area interessata affinché si pronuncino pro o contro.

c) **abrogativo**: i cittadini possono chiedere, firmando un apposito quesito, l'abrogazione di una legge o di un suo pezzo. Per questo genere di votazioni è però necessaria una doppia maggioranza: quella dei votanti e dei voti favorevoli alla soppressione. Questa doppia maggioranza non è richiesta per gli altri scrutini referendari;

- la **proposta di legge** di iniziativa popolare;

- la **petizione alle Camere**.

...e la legislazione ordinaria

Ciò che non è stabilito dalla Costituzione, è regolato da una serie di leggi di cui quella cardine fu emanata nel 1970. La legge si occupa di tutte le possibilità di intervento del popolo

nel processo decisionale. In particolare essa:

1) istituisce un ufficio centrale per il Referendum presso la Corte di Cassazione che ha il compito di stabilire se la proposta di quesito sia compatibile con le leggi in vigore e sia sufficientemente chiara;

2) fissa il periodo di tempo durante il quale si possono raccogliere le firme per promuovere il referendum;

3) affida alla Corte Costituzionale il compito di dichiarare ammissibile o meno la proposta di scrutinio;

4) stabilisce le modalità di convocazione degli elettori e i tempi di verifica delle schede al fine di stabilire, nel caso di referendum abrogativo, se sia stato centrato il duplice obiettivo delle due maggioranze.

La storia del referendum in Italia

Il referendum istituzionale

Il 2 giugno 1946 circa 28 milioni di elettori, comprese per la prima volta le donne, vennero chiamati a eleggere l'Assemblea Costituente ed esprimersi sull'assetto istituzionale dello Stato; di questi 12.717.923 scelsero la Repubblica, mentre 10.717.208 votarono per la Monarchia. Re Umberto II abbandonò l'Italia e, pochi giorni dopo, fu eletto il primo Capo dello Stato Enrico De Nicola. Per la Repubblica si esprime massicciamente il Centro-Nord, mentre da Roma in giù si affermò il simbolo dei Savoia.

I referendum abrogativi

Negli ultimi trent'anni l'elettorato italiano è stato più volte chiamato a decidere se abrogare o meno una legge. La prima volta fu il 12 maggio 1974, quando gli elettori furono chiamati a decidere sull'eventuale cancellazione della legge sul **divorzio**.

La campagna che precedette il voto fu durissima e il confronto - fra la maggioranza dei cattolici da una parte, e laici insieme ai "cattolici del no" dall'altra - fu aspro. L'esito fu massicciamente contrario all'eliminazione della legge Fortuna-Baslini del dicembre '70: 19 milioni furono i no contro 13 milioni di sì.

Nel 1981 gli italiani vennero chiamati a pronunciarsi in merito alla legge che regola l'uso dell'**aborto**. Anche questa vivace campagna elettorale ripropose lo scontro laici-cattolici. Per di più, a pochi giorni dal voto, fissato per il 17 maggio, vi fu l'attentato a Giovanni Paolo II, che spostò notevolmente l'attenzione



ne dell'opinione pubblica. L'evento tuttavia non infuò sull'esito: il 67,4% degli elettori votò per la conferma della legge 194.

Quattro anni dopo fu il PCI a portare gli italiani alle urne sul decreto che aveva tagliato quattro punti di **scala mobile**. Questo referendum produsse come effetto lo scioglimento della federazione sindacale unitaria perché CISL e UIL avevano firmato l'intesa col Governo, insieme alla componente socialista della CGIL, mentre la maggioranza comunista di questa confederazione si schierò contro. Gli elettori confermarono la legge in vigore col 54,3% di **no**.

Fino al 1987 gli elettori respinsero tutti i tentativi di cancellare norme in vigore, ma in quell'anno, interpellati su una norma che definiva le modalità di localizzazione delle **centrali nucleari**, i votanti abrogarono. Allo stesso modo annullarono la legge che istituiva la commissione inquirente che giudicava i reati dei ministri.

Da allora il partito del **sì** ebbe sistematicamente la prevalenza. Di conseguenza cambiò la strate-

gia di quanti intendevano difendere gli argomenti in votazione in modo che resistessero all'assalto degli abrogazionisti. Infatti quando nel giugno del 1990 gli elettori furono convocati per abolire leggi riguardanti **la caccia e i pesticidi**, votò il 43% degli aventi diritto e il referendum non ebbe effetto.

Il clima iconoclasta verso il mondo politico che portò al tracollo della prima repubblica e del suo sistema politico mise il vento in poppa ai referendum elettorali del 1991 (preferenza unica) e del 1993 (introduzione del sistema elettorale uninominale).

Poi, però, la passione referendaria s'infiacchì e dal 1995 l'affluenza ai seggi è andata gradualmente calando. In pratica sono dieci anni che le proposte sottoposte a referendum non centrano la maggioranza dei votanti.

Nel 1999 e nel 2000 l'eletturato fu chiamato due volte ad esprimersi per la cancellazione della quota proporzionale per l'attribuzione di un quarto dei seggi della Camera: la prima volta il quorum mancò per un

soffio, la seconda lo scrutinio fu quasi ignorato.

Il referendum nel mondo

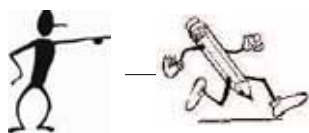
In parecchi Paesi il ricorso al referendum fa parte della routine della vita politica. Particolarmente frequenti sono questo genere di votazioni in Svizzera: dalla riforma costituzionale del 1874 i cittadini confederati possono proporre leggi e articoli costituzionali, abolire leggi e trattati internazionali, impallinare con massicci **no** decisioni federali e locali che non condividono. Qui decide chi vota, non ci sono quorum, a meno che non si tratti di una riforma costituzionale, dove occorre la doppia maggioranza del popolo e dei cantoni.

Sono frequenti anche i referendum in Irlanda e negli Stati Uniti. Nel primo caso, il popolo viene chiamato spesso ad esprimersi su proposte di modifica della costituzione, mentre negli USA la gente si pronuncia soprattutto su questioni di natura locale.

Pier Luigi Giacomoni

Perché i referendum non saranno cinque. Le ragioni costituzionali (solo in parte riflesse nelle motivazioni) della pronuncia della Corte.

Il quesito respinto



La Corte costituzionale ha dichiarato con sentenza 45/2005 l'inammissibilità del quesito referendario diretto ad abrogare l'intera legge 19 febbraio 2004 n. 40 ("norme in materia di procreazione medicalmente assistita") con la motivazione che avrebbe potuto essere travolta una normativa "costituzionalmente necessaria". La Corte, constatato come la legge 40/2004 abbia costituito "la prima disciplina organica relativa ad un delicato settore" e come tale disciplina "abbia coinvolto una pluralità di rilevanti interessi costituzionali" ha da ciò dedotto la necessità (costituzionale) di un bilanciamento per legge dei medesimi interessi, "atto ad assicurare un livello minimo di tutela legislativa".

L'abrogazione dell'intera legge 40, e con essa anche del richiamato livello minimo di tutela legislativa, non avrebbe perciò comportato nel ragionamento della Corte l'abrogazione di norme discrezionalmente poste dal legislatore ordinario o dallo stesso liberamente modificabili, ma sarebbe equivalso all'abrogazione di norme o principi costituzionali; di qui il giudizio di inammissibilità.

Tra i numerosi limiti (impliciti) all'ammissibilità dei referendum abrogativi creati dalla giurisprudenza della Corte, in aggiunta ovviamente a quelli espressamente fissati dall'art. 75 cost., è stato individuato quello rappre-

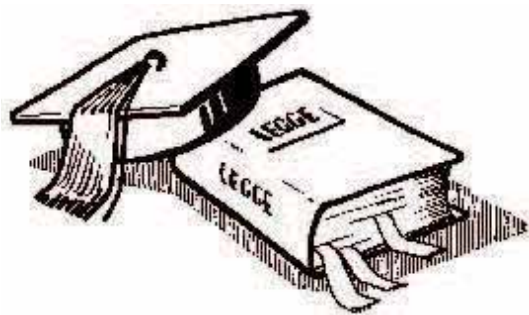
sentato "dalle disposizioni legislative ordinarie a contenuto costituzionalmente vincolato", ovvero da quelle norme di legge il cui nucleo normativo non possa venire alterato o privato di efficacia senza che ne risultino lesi i corrispondenti specifici disposti della stessa Costituzione (sent. 16/1978 e 35/1997), o che comunque siano necessarie o obbligatorie, come per esempio le leggi elettorali per le Camere o quella sul funzionamento dello stesso referendum, ecc. (sent. 5/2000).

Non è questa la sede per disquisire; basti rilevare che di tutti i limiti impliciti quello delle "disposizioni a contenuto costituzionalmente vincolato" è senz'altro il più sfumato e ondivago, quello che più si presta a torsioni logiche. Ritengo sostanzialmente saggia la decisione della Corte, ma per assumerla il criterio più logico, e più rispettoso della democraticità del referendum abrogativo, sarebbe stato il limite rappresentato dai "quesiti eterogenei". In sintesi, sono inammissibili per giurisprudenza consolidata le richieste di referendum abrogativo relative a disposizioni di legge a contenuto eterogeneo, rispetto alle quali il corpo elettorale non può esprimere la propria posizione su un "quesito comune e razionalmente unitario". Nel caso della legge 40 non vi è alcun dubbio che siano in essa disciplinate materie differenti; la ricerca scientifica sugli embrioni, ad esempio, è altro rispetto alle problematiche della fecondazione assistita.

Che senso perciò avrebbe avuto sottoporre a referendum abrogativo l'intera legge 40? Quale significato avrebbe potuto trarsi da un'unica pronuncia del corpo elettorale riguardante nello stesso tempo le scelte legislative in merito alla fecondazione eterologa, allo statuto giuridico dell'embrione o alla sperimentazione scientifica sul medesimo? La risposta a mio parere è: nessuna. Bene ha perciò fatto la corte, assai meno convincenti paiono però le argomentazioni giuridiche sulle quali la decisione è stata assunta.

Roberto Lipparini





Si premette che l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione

medicalmente assistita sono contenute nelle linee guida previste all'art. 7 ed emanate con D.M. 21.7.2004, il cui testo è reperibile al sito www.ministerosalute.it

Inoltre i centri pubblici e privati che intendono condurre pratiche previste dalla presente legge devono essere autorizzati dalle regioni e iscritti in un registro presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La regione Emi-

lia-Romagna, come del resto la maggior parte delle regioni, non ha ancora individuato i centri. Attualmente sono stati individuati dalle Regioni i centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci utilizzati per aumentare l'ovulazione e la spermatogenesi, secondo una normativa che risale al 2000. L'ISS garantisce la trasparenza e la pubblicità delle tecniche praticate e dei risultati conseguiti anche tramite una relazione annuale al Ministro della Salute che ne relaziona al parlamento come previsto agli articoli 11 e 15.

Il testo della legge non è stato trascritto completamente per ovvi motivi di spazio, i testi sottoposti a quesiti referendari sono riportati sottolineati e seguiti dal numero del quesito relativo.

Legge 19 febbraio 2004, n. 40 Norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Gazzetta Ufficiale n. 45 del 24 febbraio 2004)

CAPO I PRINCÍPI GENERALI

ART. 1. (Finalità)

1. Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana (1 e 2) è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito. (2)

2. Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità. (1 e 2)

ART. 2. (Interventi contro la sterilità e la infertilità).

ART. 3. (Modifica alla legge 29 luglio 1975, n. 405).

CAPO II ACCESSO ALLE TECNICHE

ART. 4. (Accesso alle tecniche).

1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico. (1 e 2)

2. Le tecniche di procreazione medical-

mente assistita sono applicate in base ai seguenti principi:

a) gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i destinatari, ispirandosi al principio della (1 e 2) minore invasività;

b) consenso informato, da realizzare ai sensi dell'articolo 6.

3. È vietato il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo. (4)

ART. 5. (Requisiti soggettivi).

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 4, comma 1 (1 e 2), possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.

ART. 6. (Consenso informato).

1. Per le finalità indicate dal comma 3, prima del ricorso ed in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il medico informa in maniera dettagliata i soggetti di cui all'articolo 5 sui metodi, sui problemi bioetici e sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche stesse, sulle probabilità di successo e sui rischi dalle stesse derivanti, nonché sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro. Alla coppia deve essere prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni, come

alternativa alla procreazione medicalmente assistita. Le informazioni di cui al presente comma e quelle concernenti il grado di invasività delle tecniche nei confronti della donna e dell'uomo devono essere fornite per ciascuna delle tecniche applicate e in modo tale da garantire il formarsi di una volontà consapevole e consapevole espressa.

2. Alla coppia devono essere prospettati con chiarezza i costi economici dell'intera procedura qualora si tratti di strutture private autorizzate.

3. La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo. (1 e 2)

4. Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario. In tale caso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione.



5. Ai richiedenti, al momento di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, devono essere esplicitate con chiarezza e mediante sottoscrizione le conseguenze giuridiche di cui all'articolo 8 e all'articolo 9 della presente legge.

ART. 7. (*Linee guida*).

CAPO III DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA TUTELA DEL NASCITURO

ART. 8. (*Stato giuridico del nato*).

1. I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6.

ART. 9. (*Divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre*).

1. Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'articolo 235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, né l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice.

2. La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396.

3. In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3 (4), il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi.

CAPO IV REGOLAMENTAZIONE DELLE STRUTTURE AUTORIZZATE ALL'APPLICAZIONE DELLE TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

ART. 10. (*Strutture autorizzate*).

1. Gli interventi di procreazione medicalmente assistita sono realizzati nelle strutture pubbliche e private autorizzate dalle regioni e iscritte al registro di cui all'articolo 11.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definiscono con proprio atto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge:

a) i requisiti tecnico-scientifici e organizzativi delle strutture;

b) le caratteristiche del personale delle strutture;

c) i criteri per la determinazione della durata delle autorizzazioni e dei casi di revoca delle stesse;

d) i criteri per lo svolgimento dei controlli sul rispetto delle disposizioni della presente legge e sul permanere dei requisiti tecnico-scientifici e organizzativi delle strutture.

ART. 11. (*Registro*).

CAPO V DIVIETI E SANZIONI

ART. 12. (*Divieti generali e sanzioni*).

1. Chiunque a qualsiasi titolo utilizza a fini procreativi gameti di soggetti estranei alla coppia richiedente, in violazione di quanto previsto dall'articolo 4, comma 3, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 300.000 a 600.000 euro. (4) [...]

7. Chiunque realizza un processo volto ad ottenere un essere umano discendente da un'unica cellula di partenza, eventualmente (3) identico, quanto al patrimonio genetico nucleare, ad un altro essere umano in vita o morto, è punito con la reclusione da dieci a venti anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro. Il medico è punito, altresì, con l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.

8. Non sono punibili l'uomo o la donna ai quali sono applicate le tecniche nei casi di cui ai commi 1 (**quesito 4**), 2, 4 e 5. [...]

CAPO VI MISURE DI TUTELA DELL'EMBRIONE

ART. 13. (*Sperimentazione sugli embrioni umani*).

1. È vietata qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano.

2. La ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative. (3)

3. Sono, comunque, vietati:

a) la produzione di embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione o comunque a fini diversi da quello previsto dalla presente legge;

b) ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico

dell'embrione o del gamete ovvero a pre-determinarne caratteristiche genetiche, ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche e terapeutiche, di cui al comma 2 del presente articolo (1 e 2);
c) interventi di clonazione mediante trasferimento di nucleo (3) o di scissione precoce dell'embrione o di ectogenesi sia a fini procreativi sia di ricerca;
d) la fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa e la produzione di ibridi o di chimere. [...]

ART. 14. (*Limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni*).

1. È vietata la crioconservazione e (3) la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.

2. Le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'articolo 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre. (1 e 2)

3. Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione (1 e 2) è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile. (1 e 2)

4. Ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita è vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.

5. I soggetti di cui all'articolo 5 sono informati sul numero e, su loro richiesta, sullo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire nell'utero. [...]

CAPO VII DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

ART. 15. (*Relazione al Parlamento*).

ART. 16. (*Obiezione di coscienza*).

1. Il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure per l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita disciplinate dalla presente legge quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. [...]

ART. 17. (*Disposizioni transitorie*)

ART. 18. (*Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita*)



Le tecniche più frequenti e più utilizzate

Fivet (Fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione): la fecondazione avviene in una provetta, nella quale gli spermatozoi vengono a contatto con l'ovocita. L'embrione così ottenuto viene trasferito nell'utero. E' stata la prima tecnica di fecondazione artificiale ad essere stata messa a punto ed è attualmente la più diffusa, utilizzata in circa 6 centri su 10.

Giff (Gamete Intra-Fallopian Transfer): praticata dal 1984, questa tecnica consiste nel trasferimento intratubarico dei gameti. Almeno tre ovociti ed una piccola quantità di seme maschile sono posti nelle tube, dove avviene la fecondazione. In decisa diminuzione, la tecnica è utilizzata in 2 centri su 10.

Ziff (Zigote Intra-Fallopian Transfer): tecnica messa a punto nel 1986. La fusione tra spermatozoo e ovulo avviene in provetta e l'embrione ai primissimi stadi di sviluppo viene trasferito nelle tube.

Ips (Intra Peritoneal Fertilisation): anche questa tecnica è nata nel 1986. Gli spermatozoi vengono introdotti nella cavità peritoneale nel giorno successivo all'inizio dell'ovulazione.

Icsi (Intracytoplasmic sperm injection): iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo, è utilizzata in un centro su due. Consiste nell'introdurre lo spermatozoo direttamente all'interno dell'ovocita. Nel 1995 in Francia è nato il primo bebè concepito con una variante di questa tecnica: anziché utilizzare uno spermatozoo maturo è stata utilizzata una cellula germinale immatura, uno spermatoide.

Banca del seme: la possibilità di conservare gli spermatozoi a temperature molto basse ha aperto la strada alle banche del seme, alle quali è possibile ricorrere in caso di fecondazione eterologa, ossia con il seme di un donatore esterno alla coppia.

Congelamento di embrioni: la prima bebè venuta dal freddo, Zoe, è nata nel 1984. Il suo embrione era stato conservato in una provetta immersa in azoto liquido a 196 gradi sotto zero.

Congelamento di ovociti: la tecnica è molto recente e nel 1997 è nato in Italia il primo bambino concepito da uno spermatozoo e un ovocita entrambi congelati.

Trapianto di ovaie: se l'autotrapianto (avvenuto nel 1999) rappresenta una possibilità di avere figli per le donne che devono sottoporsi a cure aggressive, come quelle antitumorali, il primo trapianto di ovaie tra due sorelle, avvenuto in Cina, è stato il primo trapianto di gameti.

Terapia genica: il primo esperimento nei topi ha dimostrato che è possibile ricorrere alla terapia genica per combattere la sterilità.

Test genetici: sono ritenuti necessari prima di affrontare la fecondazione assistita, come prevedono le linee guida messe a punto da un gruppo italiano e recentemente accettate dalla comunità scientifica internazionale. Prevedono un pacchetto di 6 test per gli uomini e 4 per le donne per scoprire le cause genetiche dell'infertilità e per prevenire così il passaggio di eventuali difetti genetici dai genitori ai figli nati con la fecondazione assistita.

Tratto da: www.filodiritto.com Redatto da: Sabrina Irrera

Le regole negli altri Paesi

Molte le coppie che, dalla promulgazione della legge, hanno deciso di rivolgersi a Paesi confinanti che prevedono norme meno restrittive. Ecco che cosa succede in molti Stati d'Europa e in USA



Austria: è ammessa sia la fecondazione artificiale tra coppie sposate o conviventi sia quella eterologa, ma non per donne single. E' inoltre ammesso l'accesso ai dati del donatore di ovuli o semi.

Francia: Possono accedere all'inseminazione artificiale le coppie sposate o conviventi da più di due anni. La fecondazione eterologa è prevista solo quando la procreazione assistita omologa sia fallita.

Germania: la legge del 1990 ammette l'inseminazione omologa e eterologa solo per le coppie sposate. La fecondazione in vitro è ammessa solo se omologa. E' inoltre vietato trasferire nel corpo di una donna più di tre embrioni per un ciclo di inseminazione.

Gran Bretagna: Ammessa tanto l'inseminazione omologa quanto la eterologa, per le coppie sposate e conviventi, e anche per le singles. Ammesso l'"utero in affitto", purché non sotto pagamento di denaro, e l'inseminazione post-mortem.

Norvegia: Possono accedere all'inseminazione artificiale solo le coppie sposate o conviventi in maniera stabile. L'inseminazione eterologa è ammessa solo qualora l'uomo sia sterile o in presenza di malattie ereditarie.

Spagna: Consentita sia l'omologa che l'eterologa alle coppie sposate e ai conviventi. Recentemente, è stata ammessa alle pratiche di procreazione medicalmente assistita anche la donna sola.

Svizzera: Come l'Italia, accoglie il principio etico che considera la vita nascente un bene da tutelare, ma a differenza che nel nostro Paese consente il congelamento degli embrioni in una fase dello sviluppo grossomodo corrispondente alle prime 24 ore dal concepimento. In questa fase infatti non si può ancora parlare di "concepito" per l'assenza di un genoma unico.

Svezia: è ammessa l'inseminazione omologa ed eterologa per le coppie sposate o conviventi. La fecondazione in vitro è ammessa solo con il seme della coppia.

Stati Uniti: Profonde differenze fra Stato e Stato. Generalmente è ammessa sia l'inseminazione omologa che l'eterologa.

L'inseminazione post-mortem è ammessa dalla Gran Bretagna ma assolutamente vietata in quasi tutti gli altri paesi.

La surrogazione di maternità – il cd. **utero in affitto** – cioè quel complesso di tecniche bio-ingegneristiche per effetto delle quali una donna (madre uterina) s'impegna a portare a termine una gravidanza e a cederne il frutto alla coppia committente, è ammessa solo in Gran Bretagna e negli Stati Uniti, dove è disciplinata in maniera molto differente a seconda degli Stati.



L'HONCode si basa su otto principi mirati a garantire la qualità e la fonte delle informazioni scientifiche citate e quindi la trasparenza su autori, contenuti e finanziamenti di un sito. Costituisce ancora oggi l'unico codice etico utilizzato e rispettato da 3.000 siti Web.

Una prima selezione dei siti italiani presenti nella rete che trattano l'argomento di nostro interesse (Procreazione Medica Assistita - PMA) può essere fatta in base a "un minimo di serietà" dei siti: quanti riportano il marchio HONCode (attribuito solo a seguito di valutazione favorevole dell'effettiva applicazione degli otto principi etici previsti).

Dalla ricerca che ho fatto tra i siti italiani-HONCode trattano la PMA:

1. portaledibioetica (www.bioetica-vssp.it)

È un sito ricco di informazioni, si avvale di diverse tipologie di professionisti, dà spazio a interventi in merito all'argomento sotto i diversi profili (giuridico, morale, religioso), elenca numerose pubblicazioni e altri siti che affrontano l'argomento con diverse prospettive

2. dica33 (www.dica33.it)

È prodotto da una casa editrice di testi medico-scientifici e affronta la tematica sotto diversi profili attraverso brani di testi, articoli e relazioni a convegni (alcuni un po' datati) di vari professionisti.

3. cercasalute (cercasalute.it) – è il sito realizzato da un tecnico e da un medico. Elenca link di siti relativi a strutture presso cui è possibile effettuare la PMA e in cui sono illustrate le varie tecniche praticate.

4. salutedonna (www.salutedonna.it) – è un sito realizzato da numerosi e vari tipi di professionisti. Tratta l'argomento secondo l'aspetto tecnico. Prende posizione netta (a favore dei sì) in relazione al referendum.

5. vita di donna (www.vitadidonna.it) – è il sito di un'associazione no profit che si propone di tutelare la

salute della donna. Non affronta la problematica del referendum, indica solo alcune strutture presso cui effettuare la PMA e link a siti stranieri per accedere a tale prestazione

Altri siti consultati, privi del marchio HONCode, sono in realtà luoghi di propaganda di centri presso cui effettuare interventi di PMA, realizzati dai professionisti direttamente coinvolti nell'operazione. Illustrano le tecniche praticate nei rispettivi centri. Solo in alcuni casi affrontano la problematica legata al referendum, e, in tal caso, ovviamente, con una prospettiva di parte: cecos (sito dell'Associazione "Centri studio conservazione ovociti e sperma umani") che riunisce ed elenca diversi Centri presenti in varie regioni italiane; fiveit; il ginecologo; oligo-spermia; un bambino e tanti altri.

Questi siti sono in pratica una guida per quanti vogliono avvicinarsi alla tecnica della PMA e non un aiuto ad approfondire le problematiche (scientifiche, tecnologiche, morali, religiose ecc.) ad essa connesse. Da questi siti si accede anche a siti simili ma stranieri (spagnoli, americani ecc.).

Vi sono infine i siti realizzati da **Associazioni** che esprimono la propria posizione pro o contro il referendum analizzando l'argomento sotto i diversi profili (socialpress: sito del quotidiano nato durante le giornate del primo Forum Sociale Europeo di Firenze; acquaviva 2000: sito di cultura cattolica; uaar: sito dell'unione atei e agnostici razionalisti; cammino on line: sito dell'associazione guide e scout San Benedetto...) e da **Partiti politici** che invece, spesso, considerano solo l'aspetto giuridico del problema. Numerosi infine i siti realizzati da singole persone e che riportano le proprie opinioni in merito utilizzando anche interventi di personaggi noti del mondo della scienza, della politica, della religione, dello spettacolo.

Laura Biagetti

A proposito di siti (web)

Vi presentiamo il marchio che contraddistingue i siti accreditati da Health On the Net Foundation. Fondazione (non a scopo di lucro) creata nel 1995 per promuovere l'utilizzo efficace di Internet nell'ambito medico-sanitario.



glossario

✓ **AZOOSPERMIA**

Assenza di spermatozoi nel liquido seminale.

✓ **BIOPSIA EMBRIONALE**

Analisi cromosomica e/o genetica su una cellula dell'embrione (blastomero), effettuata prima che questo venga trasferito nell'utero della donna (PGD, diagnosi genetica pre-impianto). Lo scopo è individuare embrioni difettosi per distruggerli (selezione eugenetica).

✓ **BLASTOCISTI**

Embrione al quinto-sesto giorno di sviluppo, allo stadio di circa 100 cellule in grado di impiantarsi nell'organismo femminile. E' composto da una serie di cellule "esterne" che si differenzieranno nella placenta e nei suoi annessi e da un gruppo di cellule "interne" che formerà l'embrione.

✓ **CANALE CERVICALE**

Parte dell'utero che mette in comunicazione la vagina con la cavità del corpo dell'utero.

✓ **CELLULE STAMINALI**

Cellule non differenziate che hanno il ruolo di produrre cellule che dovranno differenziarsi. Si trovano nell'embrione, nel feto o nell'organismo adulto.

✓ **CELLULE STAMINALI EMBRIONALI**

Cellule staminali prelevate dall'embrione allo stadio di blastocisti. Il prelievo comporta inevitabilmente la morte dell'embrione

✓ **CITOGENETICA**

Branca della genetica e della citologia che si occupa dello studio dei cromosomi.

✓ **CITOPLASMA**

Parte componente della cellula che si trova all'esterno del nucleo e all'interno della membrana plasmatica.

✓ **CLONAZIONE**

Riproduzione agamica (ovvero senza

fecondazione, senza gameti), naturale o artificiale, di individui, geni o cellule, tutti identici tra loro, cioè con identico corredo cromosomico.

✓ **CRIOCONSERVAZIONE DEGLI EMBRIONI**

Procedura utilizzata per conservare a bassissima temperatura (in azoto liquido) embrioni. Questa operazione comporta la morte e il danneggiamento di un certo numero di embrioni. E' proibita dalla legge 40/2004, salvo alcuni casi eccezionali.

✓ **CROMOSOMI**

Organuli responsabili della trasmissione ereditaria presenti nel nucleo delle cellule, visibili solo durante la fase di divisione cellulare. Componenti del nucleo cellulare costituiti principalmente da molecole di DNA. Sono i veicoli dell'informazione genetica

✓ **DNA RICOMBINANTE**

E' una tecnica di ingegneria genetica che consente di ottenere molecole attraverso frammenti provenienti

segue...



Promotrice di una discussa "via italiana" alternativa al congelamento degli embrioni, Eleonora Porcu è la responsabile dell'Unità operativa di fisiopatologia della riproduzione umana al Centro di fecondazione assistita dell'Ospedale Sant'Orsola.

Un'alternativa possibile?

Fin dai primi anni ottanta la dottoressa porta avanti nella clinica bolognese che la vide, agli albori, allieva del professor Flamigni, la sperimentazione del suo "uovo di colombo" alternativo ai "bambini che vengono dal freddo": il congelamento del solo ovocita femminile, fecondato poi in provetta o direttamente nell'utero materno attraverso l'iniezione dello spermatozoo.

- Dottoressa Porcu, in cosa consiste il metodo del "congelamento degli ovociti", da lei peraltro utilizzato già da prima dell'entrata in vigore della legge 40?

«Semplicemente, la donna è sottoposta a stimolazione ovarica una prima volta. Dopo di che - come prescrive la legge - vengono inseminati non più di tre ovuli, e poi impiantati. Se però durante la stimolazione sono stati prodotti ovuli in eccesso, questi vengono congelati: in questo modo, se la paziente non riesce a rimanere incinta la prima volta, senza ripetere le cure ormonali e la stimolazione ovarica si possono scongelare gli ovuli e ripetere l'inseminazione. Tutto ciò è ovviamente possibile sempre che ci sia stata una produzione generosa di ovuli».

- Quindi cos'è cambiato, per lei e per il suo lavoro, dal febbraio 2004?

«Per me assolutamente niente. Anzi, le donne che vengono qui sono molto più tranquille e contente per-

ché - grazie al congelamento dei soli ovociti - nel caso in cui dovessero separarsi dai compagni non avrebbero il problema di un'eventuale contrarietà alla gravidanza da parte dell'ex, cosa che si poteva verificare con il congelamento degli embrioni. In più, con questo metodo potrebbero avere agevolmente un figlio da un successivo partner, con l'uso del suo seme e di un ovulo congelato. Altro esempio importante: le donne affette da tumore sono a rischio sterilità a causa della chemioterapia. Con il congelamento dei propri ovociti prima di iniziare la chemio, potrebbero avere un bambino anche dopo la terapia».

- Qual è la percentuale di possibilità di restare incinte con questa tecnica?

«Nella nostra esperienza, è praticamente uguale a quella ottenuta con il congelamento degli embrioni: il 17% contro il 18,5».

- Un po' poco, non le pare?
Non direi proprio, se considera che per una coppia fertile e senza patologie che conduce una regolare attività sessuale la percentuale di incorrere in una gravidanza è del 30%».

- E allora, perché i suoi colleghi che lavorano nelle cliniche private bolognesi sono così prudenti nell'accogliere questa pratica come risolutiva? La più aperta critica riguarda il fatto che, in realtà, la feconda-

zione di ovociti sarebbe ancora in via puramente sperimentale e per questo non del tutto affidabile.

«E' un vero mistero il perché criticchino così il mio operato. Il percorso che ho compiuto nel corso della mia carriera e che mi ha portato dove sono arrivata riguarda il rapporto fra scelte etiche personali e curiosità più squisitamente scientifiche. Di fatto, però, anche l'imminenza di queste restrizioni - con la legge 40 - non ha stimolato negli altri ricercatori, come in me, l'interesse verso un possibile modo di agire all'interno di nuove normative. A distanza di un anno, il problema inizia ora ad essere sentito anche all'estero, perché le restrizioni mica ci sono solo da noi».

- A proposito di questo, gli altri centri hanno registrato un sensibile calo di trattamenti e la presunta fuga di molte coppie proprio all'estero, per potersi sottoporre a pratiche oggi da noi vietate a costi talvolta più che raddoppiati nel giro di un anno.

«Al Sant'Orsola non abbiamo assolutamente registrato questo calo, anzi: negli ultimi 2-3 anni i trattamenti sono raddoppiati, da 500 siamo passati oggi ai 1000 all'anno. Forse perché non si spende niente, forse perché lavoriamo bene, forse per il crescente afflusso di donne dall'Est Europa e dal Nord Africa che, pur essendo giovani, a causa di vari problemi hanno già bisogno di sottoporsi a pratiche di fecondazione per restare incinte».

a cura di Giulia Gentile
giuglia@libero.it

da La Stefani, n. 15/2005
www.lastefani.it



glossario

da organismi diversi. Ha applicazioni in campo medico per produrre ormoni e vaccini.

✓ **EMBRIONE**

Ovocita fecondato che ha subito le prime divisioni cellulari. Il termine si usa per descrivere lo stadio precoce di crescita fetale, fino all'8a settimana di gravidanza.

✓ **EMBRIONIDUZIONE**

o riduzione degli embrioni: è un intervento di aborto per uno o più embrioni nei casi di gravidanze plurigemellari.

✓ **ENDOGENO**

Che trae origine dall'interno dell'organismo.

✓ **ENDOMETRIO**

Mucosa che riveste la cavità uterina.

✓ **ENDOMETRIOSI**

Malattia che può contribuire alla sterilità e che consiste nella presenza, in sede anomala, della mucosa che normalmente riveste la cavità uterina (endometrio).

✓ **ESOGENO**

Che trae origine al di fuori dell'organismo

✓ **ESTRADILO**

Ormone estrogeno, sintetizzato e secreto dal follicolo ovarico.

✓ **ETEROLOGO**

Termine riferito alla utilizzazione di gameti non appartenenti alla coppia.

✓ **EUGENETICA**

Disciplina che si propone il miglioramento delle qualità ereditarie della specie umana anche selezionando gli embrioni.

✓ **FASE LUTEALE**

Periodo che intercorre tra l'ovulazione ed il successivo flusso mestruale.

✓ **FECONDAZIONE**

Insieme di reazioni chimico-fisiche che, attraverso la penetrazione di uno spermatozoo all'interno dell'ovocita, portano alla fusione del patrimonio genetico paterno e materno.

✓ **FECONDAZIONE ARTIFICIALE**

La definizione racchiude convenzionalmente le tecniche in cui la fecondazione avviene esternamente al corpo femminile. Comprende tra le altre FIVET, GIFT e ICSI. In riferimento al donatore può essere omologa o eterologa.

✓ **FECONDAZIONE IN VITRO**

Tecnica mediante la quale gli ovociti



Bologna dagli albori della procreazione assistita agli effetti della legge 40 del febbraio 2004. Cosa è cambiato?

«Il primo nato da fecondazione assistita a Bologna risale al 1984, esattamente sei anni dopo la nascita in Gran Bretagna di Louise Brown, il primo caso su scala mondiale. Nello stesso anno partecipai ad un convegno promosso dal Vaticano, era presente anche monsignor Carlo Caffarra. Al tempo si discuteva della ferita inferta dalla scienza all'unità del processo sesso-riproduzione. Negli anni, le critiche e i successi nel campo della procreazione si sono sviluppati di pari passo. Ma solo ora si sono perse di vista le coordinate della discussione e si sono raggiunti punti di conflitto che non si toccavano dai tempi della "lotta" sull'aborto».

- Tradotta in cifre, la recente normativa ha alterato il panorama della fecondazione assistita?

«Per il centro Tecnobios, il dato più macroscopico riguarda la fecondazione eterologa, sul versante femminile della donazione di ovuli; la legge ne ha decretato la scomparsa, mentre fino al 2003 rappresentavano una quota pari al 15% dei 1.500, 1.600 interventi complessivi. Inoltre, i timori per le restrizioni legislative e l'attesa per l'esito del referendum hanno indotto molte coppie a rinunciare alle tecniche di inseminazione artificiale. Il calo stimato è tra il 15 e il 20%. Tutto ciò si riflette sugli esiti degli interventi che hanno subito flessioni nell'ordine del 20%. Parliamo di circa 280 nati contro i 350 del 2003».

- Chi sono le "vittime" principali del calo?

«Le più colpite sono le donne meno giovani, sul piano della fertilità, intendo quelle nella fascia oltre i tren-

Alcune opinioni e una proposta di Carlo Flamigni, uno dei padri della fecondazione assistita in Italia.

Una "via tedesca"?

tasette anni. In questi casi le statistiche indicano una percentuale di esito positivo di per sé non elevata. Non sottovaluterei anche l'ulteriore conseguenza della legge, l'impossibilità di condurre indagini genetiche. Prendiamo il caso di un uomo affetto da AIDS o da patologie ereditarie. L'impossibilità di "pulire" il seme in laboratorio costituisce una punizione imméritata per queste persone».

- Quali sono i tempi e i costi di un trattamento?

«I tempi di un ciclo non superano in media le due settimane. I costi variano in funzione della tipologia di trattamento, in media tra i tre e i settemila euro. Certo, il limite produttivo di tre embrioni, associato all'impossibilità di congelamento, influisce negativamente sulle possibilità di riuscita, con il conseguente aumento dei costi».

- Dopo l'entrata in vigore della legge 40, è cambiato l'atteggiamento delle coppie che si rivolgono a un centro specializzato?

«Nota che i comportamenti si sono radicalizzati. Ci sono i critici, che vogliono comprendere fino in fondo i limiti e le aspettative dei trattamenti. Dall'altra parte vi sono persone che, in un universo normativo complesso e per certi versi ambiguo, si affidano completamente nelle mani del medico. La tendenza generale suscitata dalla legge nelle coppie è comunque una forte irritazione, un diffuso

sentimento di insofferenza».

- Lei ha suggerito la "via tedesca" come esca-motage all'attuale legislazione italiana. E' una strada percorribile?

«In un recente congresso di embriologi c'è stata la firma di un documento poi passato al Comitato nazionale di bioetica per un

parere. Siamo ancora in fase di attesa. Credo che prendere in considerazione, ai fini del congelamento, l'ootide, l'ovulo fecondato a uno stadio iniziale precedente alla formazione dello zigote, rappresenti una valida mediazione. I risultati sono simili a quelli raggiunti con il congelamento degli embrioni e in tal modo si renderebbero possibili indagini diagnostiche preimpianto, seppur parziali».

- Il referendum è vicino. L'interesse mediatico per il voto ha alzato il livello di conoscenza sul tema fecondazione? Un fiero oppositore della legge cosa si aspetta il 12 giugno?

«La fase di normalizzazione è ancora lontana. La consapevolezza sociale del tema rimane in gran parte un'illusione, non c'è stata discussione ma solo una sgradevole e insopportabile guerra di religione. Spero che al voto si raggiunga il quorum, anche se non credo a un voto di massa. Se così fosse, si traccerebbe un solco politico, la legge andrà ristrutturata, perché ad oggi è una cornice religiosa imposta ad uno stato laico. Facendo autocritica, mi auguro che si istituisca una commissione più saggia e capace di un maggiore distacco di quella che ha tracciato le attuali linee guida, del tutto cestinabili».

a cura di Simone Rochira
tymmo@libero.it

da La Stefani, n. 15/2005
www.lastefani.it

vengono prelevati dall'ovaio e posti in provetta insieme agli spermatozoi; 24/48 ore dopo la fecondazione gli embrioni vengono trasferiti in utero.

✓ FECONDAZIONE OMOLOGA

Utilizzazione di gameti appartenenti alla coppia.

✓ FETO

Fase di sviluppo del concepito successiva allo stadio di embrione, dal terzo mese (9a settimana) di vita intra uterina al parto

✓ FOLLICOLO

Formazione fluida dell'ovaio contenente la cellula uovo. Il follicolo, dell'iniziale diametro di 2-4 millimetri, può raggiungere in fase preovulatoria il diametro di 18-24 millimetri.

✓ GAMETE

Cellula germinale matura. Quella femminile si chiama ovocita, quella maschile spermatozoo.

✓ GONADE

Ghiandola della riproduzione sessuale, che produce gli elementi germinali maschili o femminili.

✓ GONADOTROPINE

Ormoni secreti dall'ipofisi sotto controllo ipotalamico. Sono l'FSH e l'LH.

✓ GRAVIDANZA ECTOPICA O EXTRAUTERINA (GEU)

Gravidanza che si instaura al di fuori dell'utero

✓ IMPIANTO

Attecchimento della blastocisti nella cavità uterina (o, se la gravidanza è

extrauterina, in un altro punto della cavità addominale).

✓ INSEMINAZIONE

Nei concepimenti assistiti, si intende la metodica di messa a contatto in laboratorio degli spermatozoi con gli ovociti. Nei concepimenti in vivo si intende la introduzione di spermatozoi all'interno dell'apparato genitale femminile.

✓ INSEMINAZIONE ARTIFICIALE

Metodo che prevede la deposizione di liquido seminale all'interno dell'apparato genitale femminile. Se viene utilizzato liquido del partner viene definita omologa. Se si usa invece liquido seminale di un donatore esterno alla coppia viene definita eterologa.

✓ IPOFISI

Ghiandola endocrina della

segue...



Da una conferenza tenuta in febbraio a Bologna dal dott. Luciano Eusebi, giurista e membro del Comitato Nazionale di Bioetica, abbiamo estratto alcuni passaggi (non rivisti dal relatore) illuminanti rispetto al dibattito sulla legge 40 e più in generale sul rapporto tra laicità e morale.

Bioetica: tra ricerca e opinione

Affrontando i temi della bioetica, provo disagio nel trovarmi a fare "discorsi di sinistra" che invece in questo momento sono negletti dalla sinistra. Oggi molti portatori di ottiche di solidarietà e democrazia, sui temi della bioetica, si schierano non nel solco dell'umanesimo laico di orientamento socialista o marxista, ma in quello dell'individualismo radicale. Se negli anni '50 avessimo contestato a un comunista di non avere una morale, ci avrebbe risposto: "anche se non sono credente, una morale ce l'ho più di te". Oggi invece una certa sinistra culturale si qualifica mettendo in discussione che si possa parlare di un'etica, e sovente nel Comitato Nazionale di Bioetica l'alternativa purtroppo non è tra

diverse visioni (che portano a discutere, perché non può essere vero A e il contrario di A), ma tra chi fa un discorso etico e chi nega che si possa ricercare una oggettività etica.

Sul piano storico, il passaggio dallo Stato assoluto a quello democratico moderno non è il passaggio dallo Stato con una morale (quella di uno solo che comanda) verso uno Stato neutrale, indifferente alla dimensione morale. Tanto è vero che la rivoluzione francese parla di Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e qualche anno prima la rivoluzione americana aveva fatto la dichiarazione di Filadelfia: entrambe sono affermazioni di principi morali. Il passaggio è consistito non nella negazione della morale, ma nella

negazione che ci potesse essere una autorità precostituita che decidesse i valori validi per tutti, che in democrazia sono decisi insieme nella ricchezza del nostro pluralismo. Da qui hanno origine la Dichiarazione dei Diritti e alle diverse Costituzioni che sono alla base del vivere civile, compresa la nostra del 1948. Il dibattito democratico è stato animato perché si dà per scontato che non possano esserci due verità. Oggi invece la tendenza che mi preoccupa è quella che dice: "Possiamo fare a meno di discutere, perché può essere ugualmente accettabile A e il contrario di A; non c'è nessuna verità, ci sono solo opinioni individuali, soggettive!" Questo non ha nulla a che fare con l'umanesimo di matrice cristiana, ma nemmeno con l'umanesimo di matrice socialista: in proposito, vorrei che qualcuno riprendesse in mano alcuni scritti di Berlinguer alla fine degli anni '70 su temi delicati come ad esempio l'aborto. Perché in una società che non ricerca più il bene oggettivo, diventa anche molto diverso il concetto di democrazia.

Sulla tutela dell'embrione, proviamo a fare l'operazione di Galileo. All'epoca di questo scienziato la Chiesa ha sbagliato; non voleva guardare nel cannocchiale. Oggi ha chiesto scusa: l'errore non è stato da

glossario

parte inferiore del cervello, composta da due aree (neuroipofisi e adenoipofisi). Nell'adenoipofisi vengono prodotte le gonadotropine.

✓ IPOGONADISMO

Condizione derivante da una insufficiente secrezione di ormoni sessuali da parte delle gonadi.

✓ IPOTALAMO

Formazione dell'encefalo che controlla e regola anche l'attività dell'adenoipofisi.

✓ LIQUIDO FOLLICOLARE

Liquido contenuto nel follicolo, che viene parzialmente espulso con l'ovocita al momento dell'ovulazione.

✓ MEMBRANA PLASMATICA

Membrana a tre strati che riveste la cellula.

✓ MONITORAGGIO ECOGRAFICO

Controllo della crescita follicolare mediante ecografia.

✓ MONITORAGGIO ORMONALE

Controllo della crescita follicolare mediante dosaggio plasmatico degli ormoni (estradolo).

✓ NORMOSPERMIA

Normale numero, motilità e morfologia degli spermatozoi nell'eiaculato, secondo i parametri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1992).

✓ OLIGOASTENOSPERMIA

Ridotto numero e ridotta motilità degli spermatozoi nell'eiaculato.

✓ OLIGOSPERMIA

Ridotto numero di spermatozoi nell'eiaculato.

✓ OOTIDE (o prezigote)

Ovulo fecondato ad uno stato iniziale, dove i cromosomi paterni e materni non si sono ancora congiunti

✓ OVOCITA

Gamete femminile contenente il patrimonio cromosomico materno.

✓ PERCENTUALE CUMULATIVA DI GRAVIDANZA

Probabilità di gravidanza in relazione al numero di cicli eseguiti.

✓ PRELIEVO DI OVOCITI

Puntura e aspirazione di follicoli per via vaginale sotto controllo ecografico (Pick-up).

✓ PROGESTERONE

Ormone secreto dal corpo luteo per preparare l'endometrio all'impianto di un embrione. Mantiene la fase iniziale della gravidanza.

✓ PRONUCLEO

Zona di condensazione dei cromosomi maschili o femminili, visualizzabile nella cellula uovo 12-18 ore dopo l'inseminazione della cellula femminile. La presenza di due pronuclei è indice di una avvenuta normale fecondazione.

✓ PROTOCOLLO DI STIMOLAZIONE

Schema farmacologico per indurre l'ovulazione.

✓ SPERMIOGRAMMA

Esame che analizza i caratteri macro- e microscopici del liquido seminale.

✓ STERILITA' IMMUNOLOGICA

Sterilità dovuta a fattori immunologici endogeni (es. anticorpi antispermatozoo, autoanticorpi ecc.) che possono agire

bloccando ogni tappa del meccanismo riproduttivo.

✓ SUPEROVULAZIONE

Induzione, tramite somministrazione di gonadotropine esogene, della contemporanea crescita di più follicoli ovarici in una donna che ha cicli regolari.

✓ TERATOSPERMIA

Presenza di spermatozoi morfologicamente anormali in percentuale superiore al 50% secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità o all'86% secondo Kruger.

✓ TRANSFER

Trasferimento nell'utero degli embrioni prodotti in vitro.

✓ TRANSVAGINALE

Attraverso la vagina o canale vaginale. Si eseguono per via transvaginale il monitoraggio ecografico degli ovociti e l'aspirazione ecoguidata degli ovociti.

✓ TUBA

Organo dell'apparato genitale femminile deputato al prelievo degli ovociti, al trasporto degli spermatozoi, alla fertilizzazione e al trasporto dell'embrione nell'utero. Molti fattori (chirurgici, infiammatori, congeniti) possono portare a un suo danneggiamento.

✓ VITRIFICAZIONE

Metodica di congelamento, che si utilizza in particolare per gli ovociti.

✓ ZIGOTE

Ovocita fertilizzato ma non ancora segmentato, in cui è possibile vedere la presenza di due pronuclei.

fine



poco! Solo che oggi si sono invertite le parti; la Chiesa sta dicendo di guardare nel cannocchiale, dove constatiamo che si ha la vita di un qualsiasi essere vivente quando è in atto un processo evolutivo che si concluderà con la morte, e che per andare avanti non ha bisogno di alcuna ulteriore spinta dall'esterno purché si trovi in un ambiente adatto (tutti abbiamo bisogno dell'aria, di mangiare, e se facciamo un incidente abbiamo magari bisogno di quell'ambiente particolare che è la sala di rianimazione). Nessuno discute che questa sequenza di sviluppo è in atto dalla fecondazione, dal momento in cui sono totalmente definite le caratteristiche genetiche del nuovo individuo. Qualcuno obietta che la visibilità del sistema nervoso si ha solo al 14° giorno. Ma bisogna chiedersi: questa struttura nervosa è forse introdotta dall'esterno? No, è semplicemente il processo di sviluppo continuo dell'embrione. Anche il bambino di tre mesi non esprime le capacità dell'adulto di 20 anni, ma se non ci saranno ostacoli arriverà alla complessità strutturale del ventenne. Allora dietro alla questione embrione ci sta una problematica capitale non di carattere religioso, ma di carattere etico e culturale che è fondamentale per la modernità.

Veniamo al problema dell'eugenetica. Oggi per la prima volta abbiamo la possibilità di conoscere i nostri fattori genetici. Fino ad ora l'umanità è vissuta senza poter prevedere molto di quello che accadrà fisicamente agli individui, e quindi siamo andati avanti con la serenità di coloro che dal futuro possono aspettarsi il bene e il male; ma d'ora in avanti noi potremo sapere molto delle nostre caratteristiche genetiche e quindi conoscere come si evolverà la nostra vita fisica, fino ai casi drammatici di malattie incurabili. Per esempio potrei scoprire a 20 anni che tra i 35 e 40 anni svilupperò una malattia degenerativa incurabile. E' facile intuire la consistenza del problema. Ma limitiamoci per ora all'analisi prenatale, che rischia di portarci a dare per scontata l'idea che si faccia selezione a vita già iniziata. A dire: "il chirurgo e l'oncologo sono cose del passato, perché a priori non si consentirà di procedere allo sviluppo di quegli individui che risulteranno portatori di fattori genetici negativi".

Ma come è possibile che oggi si avviino le coppie a fare analisi prenatale, senza un percorso formativo serio, sulla gestione delle possibili notizie negative? Facciamo amniocentesi senza neppure fare un po' di riflessione, oppure diamo per sconta-

to che dobbiamo fare selezione? In proposito esiste un appello, lanciato dalla più importante associazione mondiale dei disabili, che dice: "Abbiamo detto che il disabile deve essere considerato diversamente abile, perché diverse caratteristiche fisiche non dicono nulla sul valore del vissuto, e quindi un normo-dotato non vale più di uno che ha difficoltà fisica o psichica. Ma ora stiamo teorizzando che nessuno di noi con difficoltà avrebbe dovuto vivere, perché in fase precoce tutti noi saremmo stati scartati nella selezione... E non dimenticate che le indagini sul grado di felicità registrano ovunque un tasso di contenuti tra i normo-dotati assai più basso di quello dei diversamente abili... Perché?"

Concludendo, a me sembra un po' strano che l'epoca moderna, trattando ciò che ha un'implicazione etica e che riguarda l'essere dell'uomo e la sua natura, tenda a dire: "No, su questo problema non c'è nessuna riflessione da fare." Se la scienza è la lettura della realtà, perché negare che ci sia qualcosa da leggere sul terreno etico? Un terreno, oltretutto, strettamente connesso con le ragioni portanti di quella stessa passione solidaristica che ci anima in molti altri campi del vivere sociale.

A cura di A.D.P.

Infertilità di coppia

L'infertilità di coppia è un problema di vaste proporzioni e anche in Italia coinvolge decine di migliaia di persone. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima intorno al 15-20% le coppie con problemi di fertilità nei paesi industrializzati avanzati. Tale percentuale è purtroppo destinata ad aumentare per varie ragioni ma soprattutto per il problema ambientale, e gli stili di vita.

L'infertilità di coppia è legata nel 35% circa dei casi al fattore femminile, nel 30% al fattore maschile; nel 20% dei casi si rilevano problemi in ambedue i partner e nel 10-15% dei casi l'infertilità rimane sconosciuta (infertilità inspiegata).

L'infertilità si definisce come l'incapacità di ottenere una gravidanza negli anni fertili.

Nelle società occidentali industrializzate le esigenze lavorative e sociali inducono le coppie a posticipare la decisione di avere figli. Queste esigenze sono in contrasto con la programmazione biologica dell'uomo e della donna e delle loro capacità riproduttive.

Occorre comunque distinguere fra situazioni patologiche e situazioni che possono rientrare nei range fisiologici, ma sono estremizzati da campagne informative dis-

trici sulla sessualità. In particolare si deve ricordare che la disfunzione erettile negli ultimi anni è emersa come patologia in espansione, ma tale percezione è stata anche indotta dall'informazione farmaceutica dipendente dall'industria produt-

trice dei principi attivi indicati per combattere tale problema.

Prima di procedere all'inseminazione artificiale è spesso necessario stimolare l'ovulazione o la spermatogenesi con l'utilizzo di ormoni. Le terapie farmacologiche utilizzate sono diverse per dosaggio e scelta dei principi attivi utilizzati. La scelta dipende dal protocollo utilizzato e dai livelli della produzione ormonale spontanea. Alcune specialità medicinali sono concedibili mentre altre sono classificate in classe C quindi sono a carico dell'assistito. Di seguito si riportano 3 esempi di terapia.

Esempi di cicli farmacologici per la stimolazione dell'ovulazione

Principio Attivo	Quantità	Prezzo al pubblico in euro	Concedibilità
1 MENOTROPINA	80 fiale	4.900,00	Concedibile SSN
GONADOTROPINA CORIONICA	2 fiale	11,44	Concedibile SSN
PROGESTERONE	18 fiale	31,44	Concedibile SSN
GANIRELIX	1 fiala	55,26	Non concedibile
2 FOLLITROPINA ALFA 1050	5 fiale	3.142,65	Concedibile SSN
PROGESTERONE GEL VAGINALE	2 confezioni	130,16	Concedibile SSN
CORIOGONADOTROPINA ALFA	1 fiala	60,00	Non concedibile
LEUPRORELINA ACETATO 3,75	1 fiala	197,06	Non concedibile
3 FOLLITROPINA ALFA 75	50 fiale	2.569,50	Concedibile SSN
LEUPRORELINA ACETATO 3,75	1 fiala	197,06	Non concedibile
GONADOTROPINA CORIONICA	2 fiale	5,72	Concedibile SSN
PROGESTERONE	2 fiale	5,24	Concedibile SSN



Capirsi per crescere insieme

Sarà la malvagità, o l'ignoranza, all'origine del contrasto che ci divide? I contendenti si lanciano accuse pesanti: di essere dei moderni omicidi (di embrioni), o dei crociati del medio-evo (contrari al progresso scientifico). Vittoria Franco invita

invece a "mettersi dal punto di vista dell'altro nella ricerca di punti di convergenza". Sono i progressi vertiginosi delle scienze biologiche, della genetica, della medicina riproduttiva che ci pongono quesiti etici nuovi. Dobbiamo praticare con impegno, e fiducia, quella che J. Habermas chiama "l'etica della comunicazione": diventare una comunità capace, in un rapporto reciproco ed egualitario, di darsi le regole nuove di cui ha bisogno. (...)

Al di sotto della scienza e del diritto, della religione e della politica, la parola chiave a me pare un'altra. Attraversa il libro e, nella sua portata, è una scoperta inattesa. Questa parola è *relazione*. Un educatore (l'insegnare è il mio mestiere) è un esperto di relazioni: con gli allievi, con i colleghi, fra discipline diverse, fra in corpo e la mente, fra lavoro e cultura. (...)

La tecnica oggi permette di andare oltre la relazione, di diventare padre e madre, da soli. La possibilità di accedere alla Pma da parte di donne singole è una condizione che Silvia Vegetti Finzi definisce di "autosufficienza generativa", di "narcisismo onnipotente". Quando sono in gioco più individui, soggetto (di scelta) non è però l'individuo ma, appunto, la relazione. Quali saranno le conseguenze di una decisione senza limiti? E' questo, dell'essere genitore, un diritto di "resistenza", o ci richiama a un dovere di "resa", nei confronti della natura? "Resistenza e Resa", per usare le parole di Dietrich Bonhoeffer, è l'*atteggiamento mobile* che ci deve guidare. (...)

Il problema generale che sottende tutti gli altri è quindi il rapporto fra natura e cultura, fra necessità e scelta, fra limite e libertà. La natura non esiste nella sua purezza, "dalla natura non si

E' sotto le sembianze di una recensione al libro di Vittoria Franco (docente di filosofia alla scuola normale di Pisa e senatrice DS) "Bioetica: un libro e i dubbi di un'insegnante" che vi sottoponiamo una riflessione che ci ha coinvolti e condotti a riflettere profondamente: ci piace condividerla.

può cancellare la storia che essa ha vissuto", afferma giustamente l'autrice. Nel processo moderno di "civiltà" Vittoria Franco sottolinea il peso maggiore acquisito, nel progetto procreativo, dalla decisione individuale rispetto al destino naturale. (...)

Perché però cresce, e dove, la sterilità? La risposta, che però non diviene oggetto di riflessione specifica, è: in Italia, in Europa, nel "mondo industrializzato", per cause che vanno dai fattori ambientali come l'inquinamento, al cambiamento negli stili di vita che riguardano soprattutto la donna. Oltre la nevrosi, questo "sviluppo" rende dunque infecunde le relazioni.

La tecnica, che nei paesi ricchi abbiamo a disposizione, ci promette aiuto, sofisticato. E così crediamo di non dover ripensare allo stile di vita che della sterilità è la causa profonda, che così non viene interrogata né superata. "I corpi sterili rimangono tali, anche se sono indotti a generare attraverso le protesi", scrive Silvia Vegetti Finzi. (...)

Alla fecondazione assistita ricorrono i paesi ricchi, industrializzati, non solo perché quelli poveri sono arretrati, ma perché noi, moderni, ci siamo spinti troppo oltre nell'aggreddere l'ambiente, e nell'adottare relazioni sociali che ci minacciano con la sterilità.

La natura, che è l'impulso, il diritto alla maternità, sta entrando in contraddizione con la città moderna in cui la donna è chiamata a vivere. Per la donna fu (relativamente) facile, in nome dell'eguaglianza, integrarsi nella polis rivendicando diritti (al lavoro, alla proprietà, al voto). Sta però perdendo, e noi tutti con lei, quel valore di "differenza" che è la fecondità naturale. E' la Procreazione Assistita la risposta definitiva al problema insorto, o dobbiamo cercare più a fondo?

Infine c'è il futuro che ci riserva la ricerca scientifica. (...) Uno scienziato come Carlo Flamigni solitamente reagisce risentito a chi manifesta paura: "E' mille miglia lontana dalle nostre

possibilità presenti e future, nonché dalla realtà biologica dell'uomo, quella che viene chiamata (con nostro grande dispetto) l'eugenetica positiva, migliorativa" (l'Unità, 13.1.2005).

E' però su un articolo di vent'anni fa, di Giovanni Berlinguer, sullo stesso giornale (1.12.1986), che io, e generazioni di miei studenti, ci siamo formati. Difendeva, ovviamente, quello scienziato, la libertà della scienza, ma aggiungeva: "L'inquietudine cresce quando la fecondazione artificiale, e più ancora l'ingegneria genetica, vengono intese come strumenti selettivi per far nascere 'figli migliori'. Adesso le possibilità di predeterminare alcune qualità (per ora grossolane) si vanno espandendo. E con queste un potere inedito rischia di concentrarsi in poche mani, mentre la linea evolutiva della specie umana può essere deviata. Il sogno dei razzisti, l'eugenetica dei nazisti, gli incubi della fantascienza possono avvicinarsi alla realtà... Colpisce inoltre lo squilibrio che esiste (basta contare le colonne di stampa) fra impegno sulla fecondazione assistita e interesse per ridurre la sterilità". L'articolo, intitolato "L'inquietante potere di scegliere il sesso", mi inquieta anche oggi. (...)

I dilemmi etici si fanno cruciali. A Vittoria Franco pare in crescita "la stigmatizzazione etica dell'amniocentesi da quando ad essa si ricorre per verificare che l'embrione non abbia malformazioni. In caso positivo è possibile l'aborto terapeutico".

Paolo Prodi, a conclusione di "Una storia della giustizia", invece nota le "numerose cause che vengono già introdotte negli Usa a tutela dei figli minorati contro i genitori che li hanno messi al mondo senza adeguate precauzioni". Anche a me è successo, recentemente, di sentire dei signori scandalizzarsi: "Con tutto quello che oggi possiamo sapere sugli embrioni, a quei due è nato un figlio handicappato". Se è questa la società che ci aspetta, io ho il diritto di avere paura.

La storia non finisce con un referendum, in cui io mi vedo trascinato senza volerlo. Dopo l'incomprensione dovremo ristabilire le relazioni.

Silvano Bert



estratto da:
QuestoTrentino
n. 7/2005



La proposta Amato-Tonini: un tentativo di mediazione oltre il referendum

Un progetto di mediazione/1. Giuliano Amato e Giorgio Tonini, parlamentari del centrosinistra, collaborano da tempo al progetto di una mediazione sulla fecondazione assistita, per adesso sconfitto dalla legge 40 e dal referendum che ne vuole abrogare le parti sostanziali.

Contro quel che essi giudicano l'irrealismo dei divieti posti dalla legge 40, propongono un'altra soluzione, con una proposta di legge presentata in Parlamento e argomenti sottoscritti da Amato in un lungo articolo del Corriere della Sera. Secondo Ferrara la sostanza della mediazione proposta è la seguente.

Punto primo. Amato dice: Voi dite che la vita comincia con la fecondazione, noi non lo possiamo negare. Non lo nega il biologo e genetista Edoardo Boncinelli, non lo nega la scienza. **Ma il problema non è la vita, bensì il nucleo embrionale della vita**, la vita individuale, quella di un essere umano per la sostanza già formato in natura con tutto il suo codice genetico irripetibile. Ora, affermano Amato e Tonini, la scienza biologica e genetica ci dice che prima dell'esserci dell'embrione c'è il pre-embrione, cioè un ovocita che ha accolto il seme fecondo ma, questione di ore, questione di tempo, ancora non ha sviluppato quell'unione del maschile e del femminile che definisce l'individuo e ne è il segno di realtà, di esistenza in vita. Questo è secondo Amato il verdetto della scienza, e rifiutarlo è tornare a prima di Galileo. E aggiunge: se è così, che si crioconservino gli ovociti fecondati, per poi impiantare solo e soltanto gli embrioni necessari alla procreazione. In questo modo non si produrranno, ciò che è anatema per i difensori della legge 40 e per una parte cospicua del pensiero filosofico anche laico moderno, embrioni, cioè esseri umani, per la manipolazione genetica a fini di ricerca. Sarebbe l'uovo di Colombo. Risolverebbe senza danni per nessuno la questione del limite dei tre embrioni da impiantare posto dalla legge 40.

Obiezione/1 di Ferrara. Non essendo stupido né insensibile, Amato capisce che la distinzione tra una vita

umana fecondata e una vita umana personale che arriva dopo una parentesi, una "no man's land" abitata dagli ovociti non sviluppati, dagli ootidi, è troppo sottile anche per lui. È però vero che perfino Joseph Ratzinger, ragionando di queste cose con Ernesto Galli della Loggia, ebbe modo di essere prudente, e anche lui distinse tra vita in generale e vita personale, certamente vita umana. Così Amato dice: invocate il principio di precauzione, perché vi sembra esile la base di questo ragionamento sostenuto da dati empiri-

Riportiamo alcuni brani liberamente tratti da un articolo scritto per il Corriere della Sera da Giuliano Ferrara (12/4/05) riguardante la proposta di legge presentata sullo stesso giornale da Giuliano Amato (11/4/05) per cercare di evitare che un argomento così complesso venisse trattato con uno strumento inadatto (perché brutalmente semplificato) come il referendum abrogativo. Anche questo può essere oggetto di utile riflessione.

ci? Tenete però conto del fatto che il principio di precauzione deve essere ragionevole: a volte precauzione significa evitare il male maggiore, rassegnarsi a quello minore.

Il male maggiore sarebbe in questo caso impedire che il desiderio di figli abbia il suo corso con l'aiuto della tecnica, il male minore un residuo dubbio che ci sia continuità fra quello stadio dell'ootide, del pre-embrione, e quello successivo, e che dunque si torni all'uso

della vita umana fecondata come mezzo, insomma alla sua negazione. La obiezione di Ferrara è semplice. Primo, inverte male maggiore e male minore. Quel residuo dubbio sull'uso come mezzo di una vita umana in corso di sviluppo pesa di più del desiderio di aver figli con l'assistenza della tecnica. Secondo, nega una premessa secondo lui non verificata. È infatti poco empirico, poco galileiano, affermare che con questa legge 40, con i suoi divieti, si impedisce la fecondazione medicalmente assistita.

Un progetto di mediazione/2. La seconda mediazione proposta da Amato riguarda gli embrioni attualmente crioconservati, cioè i bambini prodotti nel disordine legislativo ed etico a migliaia, poi messi in frigorifero in attesa di un destino incerto. Secondo Amato quegli embrioni sono "figli pre-morti" da cui si potrebbero prelevare materiali genetici per migliorare la vita degli altri. Insomma: la prima mediazione sta nel disegnare la figura del pre-embrione, escludendo quindi la sovrapproduzione e la messa in frigo degli embrioni, la seconda sta nella libertà di ricerca sugli embrioni già prodotti e crioconservati.

Obiezione/2 di Ferrara. Ma stavolta la distinzione balza agli occhi. Un bambino pre-morto è un bambino atteso che non arriva alla vita dispiegata e muore prima di poter fiorire, mentre un embrione crioconservato è un bambino fabbricato da noi, che ci è venuto male o è da noi scartato per qualche ragione o è per nostra scelta in sovrannumero nella catena produttiva.

Gran finale. Sempre secondo Ferrara, Amato riconduce tutto il senso più profondo della discussione, quello non medico ma culturale e filosofico, alla sua base. La base della controversia, dice lui, è il dettato dottrinale della Chiesa, che nella sostanza è contraria alla fecondazione artificiale perché lega la procreazione all'amore coniugale, e dunque al sesso. Invece, sostiene Amato citando Tonini, l'amore riguarda la vita di coppia o la vita coniugale, e non si realizza attraverso il sesso se non in modo capriccioso e volubile. Se dunque escludiamo la fecondazione eterologa e limitiamo alle sole coppie sterili le metodiche di procreazione assistita, conclude Amato, che problema c'è?



Un quadro riassuntivo

Alcune motivazioni dei proponenti dei 4 referendum

1. "Per consentire nuove cure per malattie come l'Alzheimer, il Parkinson, le sclerosi, il diabete, le cardiopatie, i tumori"
La sua approvazione comporterebbe uno scenario completamente mutato rispetto alla sperimentazione sugli embrioni e alla possibilità di crioconservarli.

2. "Per la tutela della salute della donna"

Il quesito abroga una serie di restrizioni e, in particolare, la possibilità di creare in vitro un numero di embrioni limitato a tre. Il congelamento degli embrioni soprannumerari annullerebbe l'obbligo di sottoporsi a un nuovo ciclo di stimolazione ovarica per ogni tentativo di gravidanza. Sparirebbe inoltre l'imposizione di impiantare gli embrioni nell'utero materno dopo la loro creazione, anche in caso di malformazioni. Infine si estenderebbe l'accesso anche a coloro che, fertili, intendono avvalersi della possibilità di evitare la trasmissione di malattie genetiche attraverso la diagnosi sull'embrione in vitro e l'eventuale decisione di non procedere con l'impianto di embrioni malati.

3. "Per l'autodeterminazione e la tutela della salute della donna"

Il quesito è molto simile al precedente tranne che per quanto riguarda l'articolo 1 che qui si vorrebbe abrogare integralmente. Il principio è quello di cancellare il riferimento ai "diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito", e cioè di mettersi al riparo dall'equivalenza morale e giuridica tra soggetti già nati e, appunto, il "concepito" (dizione peraltro controversa).

4. "Per la fecondazione eterologa"

Il quesito, intervenendo sugli articoli 4, 9 e 12, vorrebbe ripristinare la possibilità di ricorrere alla donazione di gameti (fecondazione eterologa), allo scopo di consentire ad un maggior numero di coppie di avere figli.

Alcune obiezioni di chi si oppone

A. La scissione del concepimento dall'atto coniugale.

Nella F.A. il protagonista dell'atto che determina il concepimento è un tecnico di laboratorio, e non più la coppia. In ogni caso una vera rivoluzione.

B. Lo statuto ontologico e giuridico dell'embrione umano

"L'embrione è un soggetto di diritto o un oggetto?" La semplice incapacità di poter dare una risposta certa alla domanda dovrebbe indurre ad un atteggiamento prudenziale, nei confronti di una realtà presunta o sospettata di appartenere alla famiglia umana. Il divieto della diagnosi pre-impianto toglie poteri che non competono all'essere umano.

C. L'abortività indotta connessa alla fecondazione assistita

In ogni ciclo di F.A. vengono sacrificati decine di embrioni, il cui impianto è reso altamente difficile proprio dall'artificialità del processo. Questo tema, ancorché subordinatamente al riconoscimento dei diritti del nascituro, rappresenta un ostacolo rilevante alla liceità anche giuridica della F.A. in ogni sua forma.

D. Gli embrioni soprannumerari
L'alta produzione di embrioni,

motivata dalle difficoltà, induce congelare quelli che non vengano messi a dimora. Ne scaturisce il fenomeno della proliferazione di embrioni umani conservati sotto azoto liquido, in numero sempre crescente, il cui destino è estremamente incerto e controverso.

E. La sperimentazione sugli embrioni

Vi è chi propone l'opportunità di produrre embrioni con la fecondazione artificiale, con la finalità di usarli a scopo sperimentale. Altri suggeriscono di usare gli embrioni soprannumerari per la ricerca. Entrambe le tesi presuppongono la non umanità dell'essere concepito, o comunque, la liceità del sacrificio di esseri innocenti per fini nobili e utili alla collettività.

F. La fecondazione assistita eterologa è inaccettabile

In aggiunta alle altre implicazioni bisogna mettere in conto i numerosi problemi di carattere giuridico e psicologico che si ricollegano alla definizione pianificata di una filiazione nella quale genitori sociali e biologici non coincidono.

Il Mosaico

Periodico della
Associazione «Il Mosaico»
Via Venturoli 45, 40138 Bologna
Direttore responsabile
Andrea De Pasquale
Reg. Tribunale di Bologna
n. 6346 del 21/09/1994
Stampa Tipografia Moderna srl,
Bologna

Sped. in A.P. - C. 20/C L. 662/96 - Fil. BO
Questo numero è stato chiuso

in redazione il 12.5.2005

Hanno collaborato

Anna Alberigo
Laura Biagetti
Francesca Colecchia
Anna Pia Ferraretti
Sandro Frabetti
Giancarlo Funaioli
Flavio Fusi Pecci
Sandra Fustini
Luigi Lorenzetti
Pierluigi Giacomoni
Roberto Lipparini
Cristina Malvi

*

Per la redazione è stato molto utile il contributo predisposto da Domenico Cella in occasione degli incontri pubblici che abbiamo tenuto con altri gruppi il 19 aprile e il 3 maggio, come anche la disponibilità dei testi redatti per la Scuola Superiore di Giornalismo e pubblicati nel settimanale bolognese in rete La Stefani.

Sostenere questo giornale significa innanzitutto leggerlo, poi farlo conoscere, inviare contributi, lettere e suggerimenti per posta, per telefono allo

051-302489,

o per e-mail a

redazione@ilmosaico.org.

Ma significa anche abbonarsi!

**INVIATECI IL CONTANTE
IN BUSTA CHIUSA ALL'INDIRIZZO:**

Associazione Il Mosaico c/o Andrea De Pasquale
via Venturoli, 45 -- 40139 Bologna

**Abbonamento
a partire da Euro 15**

potete contattarci telefonicamente (Anna Alberigo - 051/492416
oppure Andrea De Pasquale - 051/302489)
o via e-mail all'indirizzo sopra riportato



Seguiteci anche su Internet:
<http://www.ilmosaico.org>

