CENTRO STUDI E DOCUMENTAZIONE SULLA CONDIZIONE FEMMINILE
Cooperativa La Tarantola

FRA TECNOLOGIA E DESIDERIO UN FIGLIO

ATTI DEL CONVEGNO DI STUDI SULLE PROBLEMATICHE
DELLE TECNOLOGIE RIPRODUTTIVE - 10-11 FEBBRAIO 1989 - CAGLIARI

LA TARANTOLA EDIZIONI
1991

Si ringrazia il Gruppo della Sinistra Indipendente della Camera per il contributo a questa iniziativa.

La redazione del volume è stata curata da Giovanna Caltagirone, Luisanna Diana, Annalisa Diaz.

La grafica della copertina è stata curata da Elisabetta Manca

© Copyright - La Tarantola Edizioni Coop. a r.l. - Cagliari
Prima Edizione 1991

SOMMARIO

I SEZIONE
Aspetti e problemi medico-sanitari delle tecnologie riproduttive

11 Introduzione
Resi Isetta

15 Relazioni

17 Approccio al ritardo concezionale
Walter Costantini

29 La fecondazione assistita
Letizia Parolari

35 Diagnosi prenatale e pre-concezionale delle malattie ereditarie
Antonio Cao

49 Interventi e dibattito

II SEZIONE
Problematiche sociologiche filosofiche ed etiche delle tecnologie riproduttive

67 Relazioni

69 I movimenti internazionali delle donne e le tecnologie riproduttive
Franca Pizzini

79 Scenari dell'immaginario
Silvia Vegetti Finzi

91 I problemi etici
Lilia Sebastiani

101 Interventi e dibattito

III SEZIONE
Aspetti legislativi e giuridici delle tecnologie riproduttive

113 Relazioni

115 Le nuove tecnologie riproduttive e la tutela del minore
Federico Palomba

127 Per una disciplina della rivoluzione procreativa
Stefano Rodotà

139 Le nuove frontiere dell'etica e del diritto
Maria Luisa Boccia

145 Interventi e dibattito

155 TAVOLA ROTONDA
Coordinatrice *Annalisa Diaz*

ELENCO DEI PARTECIPANTI

Giuliano Angioni	Aiuto Clinica Ostetrico-Ginecologica Università di Cagliari
Maria Luisa Boccia	Ricercatrice di Filosofia morale, Università di Siena
Antonietta Camba	Neuro-psichiatra infantile USL 20, Cagliari
Antonio Cao	Direttore Istituto di Clinica e Biologia dell'Età Evolutiva e della Clinica Pediatrica II dell'Università di Cagliari.
Agata Carubelli	Artista
Walter Costantini	Docente di Fisiopatologia della riproduzione, II Clinica Ostetrico-Ginecologica, Università di Milano
Annalisa Diaz	Deputata Gruppo Sinistra Indipendente
Luisella Fanni	Avvocato
Resi Isetta	Presidente Coop. "La Tarantola" di Cagliari
Teresa Laddomada	Magistrato Tribunale dei Minorenni di Cagliari
Elisabetta Manca	Insegnante
Pasqua Manca	Assistente II Divisione Ostetricia e Ginecologia Ospedale S. Michele, Cagliari
Giovanni Monni	Ginecologo Ospedale Microcitemico di Cagliari
Luisa Orrù	Docente di Antropologia Culturale Università di Cagliari
Federico Palomba	Direttore dell'Ufficio per la Giustizia Minorile del Ministero di Grazia e Giustizia
Franca Pizzini	Ricercatrice di Sociologia, Università di Milano
Enrica Puddu	Primario II Divisione Ostetricia e Ginecologia Ospedale S. Michele, Cagliari

Rita Roascio	Ostetrica Ospedale SS. Trinità di Cagliari
Stefano Rodotà	Deputato Gruppo Sinistra Indipendente
Lilia Sebastiani	Teologa
Luciana Serventi	Assistente Divisione Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Carbonia
Luigi Sionis	Ginecologo, Medico Ospedaliero
Elisa Spanu Nivola	Docente di Pedagogia Università di Cagliari
Gabriella Turnaturi	Sociologa
Silvia Vegetti Finzi	Docente di Psicologia Dinamica, Università di Pavia

I SEZIONE

ASPETTI E PROBLEMI MEDICO-SANITARI DELLE NUOVE TECNOLOGIE RIPRODUTTIVE

RELAZIONI

Introduzione

Questo nostro convegno sulle nuove tecnologie riproduttive (N.T.R.) vuole inserirsi nel dibattito più ampio che da qualche anno in Italia (e non solo in Italia) le donne vanno affrontando.

Il nuovo modo di riprodurre la vita umana, attraverso tecniche cosiddette artificiali, pone all'intera collettività, ma soprattutto alle donne, una serie di interrogativi che vanno dal significato da attribuirsi al "progresso" scientifico e tecnologico (quale scienza e per chi? quale progresso e a quale prezzo?), fino alle implicazioni di varia natura (psicologica, sociale, etica, giuridica, etc.) che tale progresso comporta.

Le nuove tecnologie di riproduzione si sono sviluppate nei paesi industrializzati, di maggior sviluppo, insieme ad un cambiamento socioculturale che tende a considerare la riproduzione umana non più come "dovere sociale" ma come risposta ad un desiderio individuale di filiazione.

Con la riproduzione artificiale, qualunque sia la tecnica usata (fecondazione in vitro, trasferimento dei gameti, inseminazione omologa o eterologa, fino alla madre surrogata o "utero in affitto" come volgarmente viene chiamata), sembra non avere più molta importanza l'origine genetica del figlio che si vuole mettere al mondo. Ciò che sembra prevalere è il desiderio di un figlio ad ogni costo, presumibilmente perfetto, che venga riconosciuto socialmente.

Ma il moltiplicarsi degli attori sulla scena del processo riproduttivo (genitori legali, genitori biologici, medici, tecnici della riproduzione) comporta modifiche sul piano delle identità sociali ed individuali che ancora non sono state sufficientemente approfondite.

Non sono da sottovalutare, ci sembra, le conseguenze che, sul piano dell'acquisizione di una propria identità, si possono verificare in un bambino/a figlio di più genitori (biologici e legali), specie se poi non fosse in grado, un domani, di risalire alla propria origine genetica (come nel caso di un nato da donatore anonimo); mentre d'altra parte le relazioni con le figure genitoriali, reali e simboliche, sembrano importanti per l'acquisizione di una propria identità e soggettività.

La promessa di benessere che sembra venire dalla tecnologia sempre più avanzata se, da un lato, può liberare l'uomo/la donna da una

sorta di schiavitù quale, ad esempio, la naturalità vissuta come limitante (è il caso della sterilità), dall'altro lato tende a destabilizzare ordini e assetti ritenuti finora naturali e, perciò, tali da non dover subire delle mutazioni: e questa sembra proprio essere una delle conseguenze più rilevanti del nuovo modo di procreare.

La complessità dei problemi dunque aumenta e con essa la necessità, ci sembra, di un ripensamento, di una rimessa in discussione degli stessi principi etici che dovranno regolare la nostra società e il comportamento dei singoli.

Dopo il convegno sul parto, organizzato dal nostro Centro Studi nel 1985, ci sembra importante continuare il lavoro di discussione e di analisi allora iniziato, così da collegare le fasi del processo riproduttivo: concepimento, gravidanza e parto.

Ci interessa analizzare il processo di riproduzione sia da un punto di vista tecnico-medico, sia da un punto di vista sociale. Ci interessa analizzare il modo in cui è avvenuta, soprattutto in questo secolo, l'estensione dell'intervento tecnico-medico verso fasi sempre più a monte del processo riproduttivo: dal parto, alla gravidanza, al concepimento.

L'approfondimento di questi argomenti, può contribuire, ci sembra, ad una maggiore comprensione e a un arricchimento dell'analisi sulla maternità, che non è stata ancora sufficientemente e adeguatamente indagata, fino a che essa è stata presa in considerazione solo come un fatto naturale.

Ancora, ci interessa capire il rapporto che si crea tra filiazione biologica e filiazione sociale, e l'intreccio tra le diverse figure di madri che con le N.T.R. compaiono sulla scena: madre biologica, madre legale, madre liberata dal peso e dal lavoro della gravidanza, madre-macchina per riprodurre o madre solidale con la donna che sostituisce nella gestazione.

Altro interrogativo che ci poniano è quello sulle possibili conseguenze di una parcellizzazione della maternità quale si viene accentuando con il nuovo modo di procreare: perché se è vero che anche nel passato tale parcellizzazione si è avuta, soprattutto nelle classi medio-alte, se non altro per l'allattamento e l'educazione, è anche vero che oggi essa si estende alla gestazione e al concepimento.

La necessità di ampliare la discussione su tutti questi problemi deriva dalla loro novità e complessità; queste sono tali da rendere impos-

sibile un approccio conoscitivo che muova dai saperi tradizionali; occorre probabilmente elaborarne di nuovi o ridefinirne i concetti.

Un'ultima osservazione ci sembra meriti il cambiamento che, nel tempo, si è verificato nel rapporto tra medico e ricerca da un lato, e tra medico e paziente dall'altro.

La decisione medica appare sempre più dipendente dal livello tecnologico e dallo stato delle ricerche e quindi sembra prevalere la relazione con i mezzi tecnici a disposizione anziché la relazione col paziente.

Questo sembra valido in ogni campo della medicina, ma in particolare nel campo della procreazione l'intervento medico appare più una risposta su come ottenere la riproduzione con i mezzi tecnici a disposizione, piuttosto che una risposta al bisogno di cura della sterilità.

Se questo è il rapporto che va delineandosi tra medico e paziente, la donna che vuole avere un figlio rischia di vedere del tutto compromesso il suo ruolo di protagonista, rischia di vedersi espropriata completamente non solo del proprio corpo, ma anche della propria capacità e volontà decisionale.

Noi ci auguriamo che in questi due giorni di discussione si possa contribuire a quell'approfondimento che occorre portare avanti in ogni campo (medico, sociale, etico, giuridico) e che non può esaurirsi una volta per tutte se è vero che, a fronte del continuo progredire della scienza, vi è un continuo mutare degli assetti sociali, dei comportamenti, delle idee, della natura stessa.

Resi Isetta

Presidente della Cooperativa La Tarantola

Approccio al ritardo concezionale

Walter Costantini

Oggi l'attenzione dei mass-media e della pubblica opinione è centrata sulle tecniche speciali, alternative, sulle eccezioni riproduttive che non confermano, come sarebbe giusto, la regola ma che si fanno regola. In questa realtà di concepimenti quanto di informazione assistita, il fermarsi anche pochi minuti sui criteri che si devono utilizzare per comprendere il problema o sciogliere un dubbio, può sembrare accademico, didattico, o più semplicemente banale e inutile. Io non penso che questo sia vero e ringrazio appunto gli organizzatori di questo Convegno di avermi invitato, dandomi così lo spazio per poter parlare un attimo di questo problema. È stato calcolato che 65-70 coppie giovani su cento, composte da due persone normali per tutte le caratteristiche che interferiscono attivamente sull'evento concezionale, ottengono nel caso del primo ciclo mestruale di ricerca, una gravidanza. Presupponiamo che queste coppie abbiano rapporti sessuali regolari, soprattutto in periodo ovulatorio, e che non soffrano per lunghi periodi di difficoltà riproduttive temporanee, come stati infiammatori ai genitali, indisposizioni e cosi via. Ciò significa che, statisticamente, possono richiedersi fino a sei tentativi, cioè metà anno di ricerca, prima che tutte queste cento coppie "normali" ottengano il loro concepimento. Nessuno può sapere però per ogni mese che si apre se il suo caso, la sua coppia, si inserirà nel 70% dei prossimi successi o nel rimanente 30% di quelli che devono ancora attendere. È chiaro quindi che fintanto che non si sia maturato questo tempo, cioè sei mesi, nessuno può attribuirsi difficoltà di riproduzione. Questa è una affermazione vera ma è ancora troppo teorica per riprodurre la realtà. Quelle cento coppie che abbiamo considerato sono infatti, per una serie di fattori che vediamo elencati nello schema, di riscontro improbabile nella vita quotidiana. Innanzitutto l'età dei componenti le coppie che cercano figli tende, soprattutto nella seconda metà di questo secolo, ad innalzarsi al di sopra dei 30 anni, collocandosi in quel decennio in cui la fertilità della donna, soprattutto della donna, comincia a decrescere. L'ipotesi poi che anche la infertilità del maschio rimanga inalterata nell'arco dei mesi in cui la coppia cerca figli è pura illusione, tanto più quanto la qualità del liquido seminale è vici-

na al limite della soglia che la separa dalla patologia. Poi anche nei tempi brevi la disposizione al concepimento può variare legandosi ad eventi superficiali ed imprevedibili, come una vaginite, uno stato febbrile, una tensione psichica, oppure anche discordie interfamiliari che impediscono o rallentano la frequenza dei rapporti sessuali. Tutto questo incide molto sulla probabilità di successo perché può sciupare l'occasione unica che il ciclo mestruale offre mensilmente. Se teniamo conto anche di queste variabili, il calcolo teorico della probabilità di concepimento in coppie senza patologia riproduttiva, scende al 35% per arrivare al minimo del 25% nelle pazienti di età compresa fra i 36 e i 40 anni. Sulla base di queste nuove percentuali, il numero di occasioni necessarie affinché tutte le nostre 100 coppie normali ottengano la desiderata gravidanza passa quindi da 6 a 14, pari ad un tempo di attesa massimo di un anno e due mesi. Si comprende quindi come il timore di sterilità che aggredisce aspiranti genitori al loro terzo, quarto tentativo di ricerca senza frutto è assolutamente infondato e ancora di più lo è se la ricerca stessa non è ancora iniziata, (le famose visite pre-matrimoniali). Nulla di più facile quindi che le solite affermazioni del solito medico curante cioè "cara signorina lei con l'utero che ha non avrà mai figli" sono puntualmente smentite proprio dai figli stessi delle interessate.

Partiamo quindi dal presupposto che una coppia è fertile fino a prova contraria, e che questa prova è rappresentata solo da una reale ricerca figli di durata non inferiore ai 14 mesi. Ciò significa che in una popolazione di aspiranti genitori che sia in piena attività di ricerca da 15 e più mesi esiste la possibilità di rintracciare, con opportune indagini, una difficoltà riproduttiva. D'altra parte, sempre applicando esperienze statistiche, è possibile affermare che le coppie affette da problemi di scarsa importanza hanno maggiore possibilità di successo nei mesi immediatamente successivi ai primi 14. Calcolando che poco meno di un quarto dei pazienti con lievi difficoltà riproduttive accertate ottengono il concepimento entro sei mesi dall'esecuzione della terapia risolutiva, è stato deciso convenzionalmente di consigliare alle coppie la ricerca figli per un periodo totale di circa 18 mesi prima di iniziare le indagini. Periodo che, secondo l'esperienza, permette di filtrare sia le coppie sane che le coppie le cui patologie possono ottenere in breve tempo una risoluzione spontanea, senza terapia. Questa è la spiegazione dell'attesa di un anno e mezzo che le strutture che si occupano seriamente

di sterilità richiedono alle coppie che si presentano nei loro ambulatori, prima di accettarli come pazienti.

Su questo periodo minimo necessario per poter definire una coppia infertile possono incidere un elevato numero di fattori di rischio che sono qui schematizzati (vedi figure). Quando una coppia o uno dei suoi componenti riconosce uno di questi rischi è ovvio che la probabilità che la coppia sia affetta da una patologia della riproduzione aumenta e quindi sarebbe assurdo attendere tutti i 18 mesi previsti dal calcolo precedente prima di impegnarsi nella loro ricerca. Un consiglio che però mi sento di dare in questi casi è di non anticipare i tempi con leggerezza e comunque di non scendere mai al di sotto dei sei mesi perché così facendo si guadagna poco in tempo mentre ci si regala un bel numero imprevedibile di mesi angoscianti e di attesa, ed è proprio su questo tempo che mi voglio soffermare.

La coppia che ha accettato il proprio stato di infertilità vive da quel momento il dramma dell'attesa, ignorandone il significato e la durata, coinvolta soltanto nella vana ricerca del responsabile che per alcuni può essere un farmaco, per altri il metodo usato o anche il medico stesso che si è consultato. In realtà nessuno al di fuori del "caso" è colpevole per questi ritardi di concepimento. Ogni coppia ha una sua probabilità media di concepire che influisce direttamente sul numero di cicli mestruali casualmente necessari per realizzare l'evento desiderato. Si può quindi affermare che ogni coppia ha un suo tempo medio di attesa che può essere o meno compatibile con altre attività normali. La coppia infertile in realtà comincia l'attesa contemporaneamente alla sua ricerca figli e la continua quando intraprende la diagnostica e ancora quando, identificate le patologie, inizia la cura. Inevitabilmente in questa sua attesa sarà lasciata da coppie più normali che con lei percorrevano la stessa strada e a sua volta lascerà sole le altre coppie meno fortunate.

L'attesa è dunque la condizione logica della coppia che decide di fare un figlio. La sua eccessiva lunghezza dipende dalla presenza di difficoltà riproduttive che possono essere anche identificate e risolte, ma senza che questo azzeri mai il periodo di attesa. Questo tempo medio sicuramente si riduce se la diagnosi è buona e la terapia è corretta, ma difficilmente raggiunge il tempo di attesa di una coppia fertile e mai comunque è inferiore a questo. Nelle previsioni migliori, quindi, una coppia curata per un problema risolvibile di sterilità, potrà aspettarsi

una gravidanza, se le condizioni permangono invariate, in un periodo compreso da uno a 14 mesi, a cominciare dalla fine della terapia in poi. Questi tempi minimi non sono migliorabili perché fanno parte della ineluttabilità funzionale del nostro apparato genitale; su altri aspetti invece potremmo positivamente intervenire: la tempestività della diagnosi che nasce da un costruttivo e personalizzato intreccio di indagini e la qualità delle diagnosi che presuppone la conquista degli obiettivi fondamentali della diagnostica della infertilità.

Una buona diagnosi, nell'ambito della medicina della riproduzione, deve essere innanzitutto completa. Il processo del concepimento è fatto da tanti piccoli passi, coincidenze, meccanismi e funzioni diverse e ad esso partecipano organi, apparati e addirittura anche organismi differenti. Il blocco assoluto insormontabile di un solo passaggio del processo riproduttivo è molto raro, l'eventualità più ricorrente fra le coppie infertili è la presenza contemporanea di piccoli difetti sparsi qua e là nel processo, le cui conseguenze sommate bloccano per mesi e talvolta per anni la realizzazione gravidica. Se si vuole sperare nella vera ripresa della funzionalità riproduttiva, cioè in tempi brevi il parto di un bambino sano, tutti o la maggior parte di questi difetti devono essere identificati ed eliminati. La conquista della diagnosi e di una buona diagnosi è dunque un momento essenziale all'interno dell'esperienza che la coppia infertile è costretta a vivere. La strada che porta a questa deve essere veloce. Tanto è corta questa fase d'impegno e, a volte, di sofferenza per gli interessati, tanto precisa nel dettaglio sarà l'istantanea diagnostica che scatteremo al termine delle indagini.

Ottenere questo obiettivo non è semplice, i dati che cerchiamo sono tanti e sono in parte immediati. Più spesso le interferenze si nascondono dietro un quadro funzionale pressoché normale come difetti di un particolare che con il tutto ha un rapporto modesto e influente. In altri casi intervengono elementi di cui non conosciamo il meccanismo d'azione come il processo endometriosico, il fattore psicologico, etc. Infine esistono influenze negative sulla fertilità alle quali non possiamo attribuire né ipotesi di funzionamento né paternità. Queste sfuggono a qualsiasi criterio di identificazione diagnostica. Il maggior numero di dati, che nella nostra esperienza normalmente raccogliamo, sono del 2° e del 3° tipo descritto. Infatti su 10 dati, qui è molto semplificato, 2 sono stati riscontrati in prima valutazione con l'osservazione, 4 hanno richiesto approfondimenti, 3 sono stati indotti da altri elementi collaterali ed 1

infine rimane sotto forma di sospetto, di supposizione. Salta immediatamente all'occhio che più o meno l'80% della valutazione diagnostica è, come si suol dire, di 2° livello cioè richiede attenzione ed esperienza specialistica; d'altra parte non è solo una questione di preparazione specifica: di fronte ad un problema i cui dati siano imprecisi ed incompleti chiunque di noi s'inceppa, e quando l'obiettivo deve essere raggiunto a tutti i costi ci si deve creare un metodo, utilizzando in parte l'osservazione, in parte l'istinto e in parte anche la fortuna. Vi faccio un esempio: immaginate di dover scoprire il percorso che vi porta in una località deserta e lontana; il buon senso vi consiglierà di avvicinarvi il più possibile alla zona, lungo strade importanti a veloce scorrimento e molto battute, dove più facilmente si raccolgono suggerimenti e informazioni. Solo quando questo non sarà più possibile vi inoltrerete in strade tortuose, affrontando bivi e incroci sconosciuti, sostenuti da informazioni più incisive, magari più precise, ma sicuramente molto meno frequenti. Alla fine del viaggio quando di fronte a voi ci sarà soltanto l'obiettivo nascosto dovrete dar fondo a tutte le vostre conoscenze di giovani esploratori, armati di bussola e coraggio, e guidati dalla buona stella, se possibile.

Fuori metafora, ciò significa che l'approccio diagnostico con il precario bagaglio d'informazione che le malattie della fertilità normalmente ci offrono, deve partire con indagini di base sensibili, cioè capaci di identificare la semplice esistenza della patologia in singoli settori funzionali della riproduzione, a cui seguono le indagini di approfondimento eseguite solo nel settore già rivelato dalle precedenti, per concludersi con le valutazioni che non sono identificabili attraverso esame ma solo con supposizioni, interpretazioni e buon uso dell'intuito. Il gruppo delle patologie maschili col 50-51% di incidenza è il primo ad essere controllato con un semplice esame seminale a cui seguono, in caso di patologia, approfondimenti ormonali, microbiologici, ecografici e radiologici; al secondo posto affrontiamo il quadro anatomico femminile sede di transito per gli spermatozoi che offre impedimenti nel 38% dei casi, e che può essere controllato con una insufflazione uterotubarica, almeno nella nostra scuola, al primo approccio e successivamente con la isterosalpingografia, ecografia ed altre indagini endoscopiche indirette. Al terzo posto viene richiesto, con temperatura basale, monitoraggio follicolare, dosaggi ormonali, il controllo della qualità della produzione ormonale genitale che in circa il 20% dei casi crea difficoltà all'ovulazio-

ne o al corretto trasporto dei gameti, lungo l'apparato genitale femminile oppure all'impianto dello zigote in utero.

Nell'ultimo gruppo rimane infine quel 10-15% dei disturbi che in vari modi impediscono allo spermatozoo di proseguire la corsa, o addirittura di sopravvivere nell'ambiente genitale femminile. Mi riferisco qui alla cosiddetta compatibilità di coppia che si indaga, inizialmente, con un *Post coital test*, e poi con vari test in vitro che hanno come scopo, insieme ai dosaggi sul sangue, di verificare la presenza di anticorpi ostili ai gameti. Si aggiungono quindi le valutazioni citogenetiche e psicologiche che vengono generalmente affrontate da specialisti appositi e che dimostrano patologie nel 7-8% delle coppie valutate. Il 10% circa dei pazienti rimane alla fine dell'iter diagnostico senza una risposta e si colloca di conseguenza nel gruppo delle cosiddette "sterilità inspiegate".

Concludo riassumendo i punti principali della relazione. Perché un approccio diagnostico sia accettabile tutti quanti vogliamo: 1) che sia utile, in pratica deve essere trascorso un tempo adeguato di naturali, sani, regolari tentativi di concepimento; 2) che sia completo, cioè senza porte chiuse o informazioni superate dietro alle quali si possa nascondere l'anello mancante della catena riproduttiva che stiamo ricostruendo; 3) che sia organizzato e veloce perché nelle maglie della sua complessità non si perda nulla, neanche il tempo e con il tempo il periodo più fecondo della coppia.

Solo a tali condizioni la diagnostica diventa efficace e ricca di significati prognostici. In altre parole l'elenco dei difetti riscontrati, espressi come riduzione delle probabilità di concepimento diventa una diagnosi presentabile alla coppia che è l'unico giudice di questo viaggio. E la coppia, utilizzando il proprio medico come interprete, può affrontare così decisioni ed impegni che dipendono unicamente dalla sua scelta; solo a questo punto, infatti, la coppia, a conoscenza del suo stato, decide se, come e quando adottare soluzioni terapeutiche che migliorino il suo grado di fertilità, oppure se interrompere la ricerca figli ed affrontare soluzioni diverse quali l'adozione o l'inseminazione da donatore oppure ancora impegnarsi in terapie alternative che mirano all'obiettivo gravidanza, aggirando con tecniche apposite quegli ostacoli che la terapia normale, quella classica, non riesce a eliminare. Spingere una coppia ad adottare anzitempo soluzioni terapeutiche o addirittura imporgliele non è solo clinicamente sbagliato ma io ritengo sia deontologicamente scorretto.

Tavola 1 — Numero medio teorico di gravidanze previste nel tempo, in coppie normali ($\bar{f}$ = 65%).

Cicli mestruali	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Gravide n° = 0	65	88	96	98	99	100
Non gravide n° = 100	35	12	4	2	1	0

Tavola 2 — Aspetti prognostici negativi sulla fertilità di coppie normali.

- Età (soprattutto femminile)
- Variazioni periodiche della qualità del liquido seminale
- Eventi occasionali (vaginiti, indisposizioni, tensioni psichiche, dissapori familiari, impedimenti sociali al rapporto sessuale).

Tavola 3 — Numero medio reale di gravidanze, previste nel tempo, in coppie normali ($\bar{f}$ = 30%).

Cicli mestruali	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°
Gravide n° = 0	30	51	66	76	83	88	92	94	96	97	98	99	99	100
Non gravide n° = 100	70	49	34	24	17	12	8	6	4	3	2	1	1	0

Tavola 4 — Fattori che espongono la coppia al rischio di sterilità.

Fattori femminili	Fattori di coppia		Fattori maschili
Esame obiettivo ginecologico nettamente patologico	Malattie ereditarie o sterilità fra i consanguinei nell'infanzia l'addome o l'apparato genitale	Episodi riferiti, ricoveri, traumi che abbiano coinvolto	Esame obiettivo urologico nettamente patologico
Dolori pelvici acuti o cronici	Irregolarità dei caratteri sessuali secondari: assenza, riduzione, inversione	Malformazioni ai genitali visibili	Dolori scrotali, perineali o penieni
Irregolarità mestruali e/o perdite ematiche atipiche	Malattie polmonari con lunghi ricoveri	Gravi disturbi renali ed epatici	Malattie esantematiche in età adulta (parotite)
Storia chirurgica addominale	Malattie del sistema endocrino: pancreas (diabete), tiroide, surrene	Problemi neurologici	Problemi urinari
Storia chirurgica cervico-vaginale	Malattie a trasmissione sessuale	Problemi sessuologici: impotenza, vaginismo, dispareunia, algie al rapporto, disturbi della "libido", etc. ...	Varicocele
Storia ostetrica patologica	Tossicosi con o senza dipendenza: farmaci alcool, droghe	Obesità	Storia chirurgica inguino-scrotale

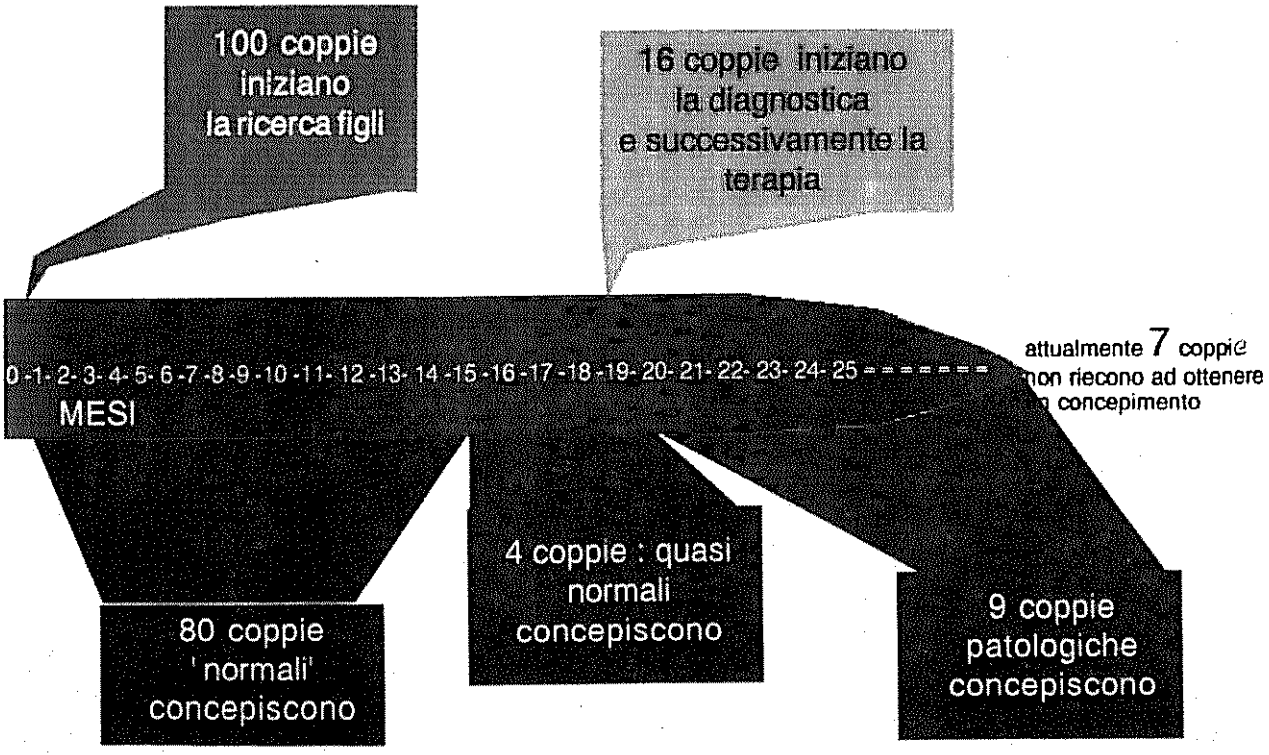
Tavola 5 — Tecniche diagnostiche percentuali d'uso.

• Osservazione	20%
• Deduzione	40%
• Induzione	30%
• Supposizione	10%

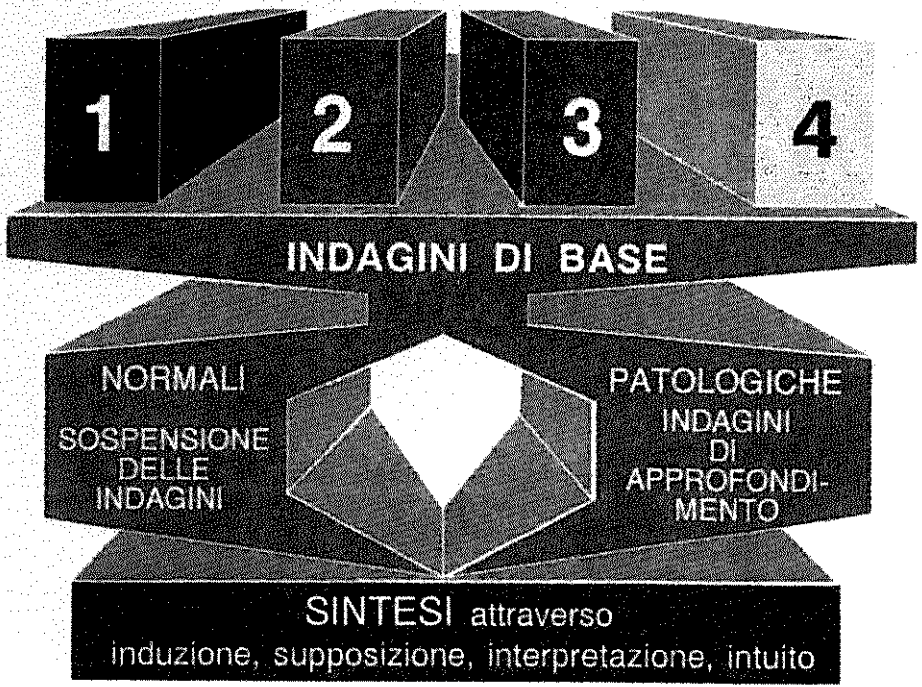
Tavola 6 — Criteri di accettabilità dell'approccio diagnostico.

L'IMPEGNO	
Non deve essere:	*Bensì:*
• precoce	• tempestivo
• parziale	• completo
• disordinato	• organizzato
• ripetitivo	• veloce
• oscuro	• comprensibile

TEMPO E CONCEZIONALITA'



METODOLOGIA DIAGNOSTICA



La fecondazione assistita

Letizia Parolari

La rivoluzione che nel 1978 la nascita di Louise Brown all'Oldham General Hospital di Manchester ha portato anche nel campo della medicina e della ginecologia è di tale entità da essere inscritta nei cambiamenti epocali.

Già venti anni prima con la contraccezione si era passati da una medicina fondamentalmente curativa ad una medicina che interviene sul normale, su funzioni biologiche e psicologiche. Ma è soprattutto con la fecondazione assistita, come oggi si preferisce chiamarla, che si è cambiato il significato di molti gesti medici e si è andata definendo una nuova disciplina, quella della riproduzione tecnologica che comprende non solo il trattamento della sterilità, ma anche la diagnosi prenatale, la selezione degli embrioni, l'aborto terapeutico e l'esecuzione *tout-court* del taglio cesareo come modo migliore di partorire.

La sterilità è sempre esistita e così pure le soluzioni mediche per farvi fronte, ma oggi, grazie alle nuove tecniche, si va sempre più affermando il concetto che essa si può sempre sconfiggere o comunque superare senza porsi il problema del suo reale significato o delle sue origini; che i figli sono un diritto e quindi è doveroso utilizzare tutti i mezzi per averli, che essi devono nascere nel momento voluto, nel numero programmato e magari anche con l'aspetto e il sesso desiderato.

Il ruolo del medico è stato socialmente e professionalmente valorizzato dal crearsi di questi mutamenti e bene lo esprime un illustre clinico italiano che cito testualmente:

"Dopo un ventennio di vita culturale contrassegnato da tecniche che avevano in comune l'elemento della negatività (la contraccezione, l'aborto) le nuove tecniche e le grandi conquiste della biologia della riproduzione che sono alla base della loro applicazione, hanno restituito al ginecologo un ruolo nuovo e positivo: quello di lavorare per sconfiggere l'assenza di vita, per produrre la riproduzione. Queste tecniche sono rivolte a far nascere bambini, il che corrisponde ad un gesto di positività e di altruismo. Hanno lo scopo di alleviare le sofferenze nelle coppie

senza indurre sofferenze in altre persone; si prefiggono di migliorare la qualità della vita ...".

Il giusto senso di positività che proviene al ginecologo e al biologo dall'aver aiutato a concepire un bambino non dovrebbe però ostacolare la comprensione di una realtà che si presenta ben più complessa.

Entrerò quindi nel merito del discorso raccontandovi la storia di Ornella. Ornella ha 29 anni, è insegnante, ha sempre attivamente partecipato alla vita sociale che la circonda impegnandosi nella scuola, passando le ferie in campi di lavoro all'estero, facendo parte del Comitato di gestione del Consultorio della sua zona. Ha affrontato in modo responsabile il problema della procreazione facendo uso di contraccettivi quali pillola e spirale. Da tre anni si è sposata con Mino, 31 anni, impiegato in una grande azienda; insieme hanno deciso di aspettare ad avere un figlio fino al settembre del 1987, data dalla quale hanno rapporti liberi per ottenere una gravidanza. Sei mesi dopo il figlio non è ancora arrivato ed Ornella si reca dal suo ginecologo; gli parla dei suoi problemi contingenti di vaginiti ed irritazioni e gli accenna delle sue difficoltà di concepimento. Il ginecologo la tranquillizza e le consiglia di rilevare la temperatura basale per qualche mese. Ornella segue il consiglio e dopo due mesi vede che la sua temperatura non è esattamente uguale a quella del grafico allegato come esempio; decide allora di chiedere chiarimenti a un amico ginecologo che si occupa di fecondazioni assistite.

Siamo al mese di aprile del 1988. Da quel momento Ornella viene seguita presso un grande ospedale dove viene sottoposta nei mesi di maggio, giugno, luglio al monitoraggio ecografico del follicolo ovarico per verificare l'ovulazione e, contemporaneamente, al controllo della pervietà tubarica con un'insufflazione utero-tubarica. Vengono eseguiti anche tre *Post-coital tests* (esame per cui si richiede alla coppia di avere un rapporto sessuale al proprio domicilio per poi controllare dopo alcune ore la mobilità e il grado di penetrazione degli spermatozoi nella cervice uterina). Le ovaie e le tube di Ornella risultano funzionare normalmente, i *post-coital tests* risultano invece negativi, cioè tutti gli spermatozoi sono fermi o non sono nemmeno presenti nella cervice. Ornella riferisce però che il marito ha avuto qualche problema ad avere rapporti sessuali a comando e si pensa che in un caso ci sia stata una pseudo-eiaculazione. Viene comunque indagato il liquido seminale del marito che, a successivi controlli, appare peggiorare.

Anche Mino allora esegue una serie di esami e, per risparmiare tempo, li farà tutti in centri privati. La coppia è molto organizzata e, destreggiandosi nei tempi morti delle strutture e dei cicli biologici, a settembre è già in pista per la terapia consigliata: inseminazioni intraperitoneali (I.P.I.).

Nel grande ospedale le I.P.I. non si fanno e la indirizzano a un centro privato dove il costo è di 1.200.000 lire al ciclo. Ornella sceglie allora un altro centro dove i costi sono più bassi (400.000 lire) e le garanzie sembrano altrettanto buone; i medici che lo dirigono sono dei professionisti stimati che probabilmente hanno prezzi più bassi perché utilizzano manodopera a basso costo, cioè giovani laureati senza occupazione. Nel mese di novembre e dicembre vengono effettuate due I.P.I., a gennaio tutto viene sospeso perché Ornella, alla quale è stata data una terapia ormonale abbastanza pesante, ha sviluppato una cisti ovarica e deve fare una pausa di riposo. Nel frattempo il ginecologo che la vede per l'ultimo controllo ecografico le dice: "Signora, ma perché fa queste cose? Secondo me sta perdendo tempo, dovrebbe andare in Svizzera a fare una GIFT o una FIVET". Adesso, febbraio del 1988, Ornella ci sta meditando sopra.

Questo è un chiaro esempio di quale sia la tendenza attuale del comportamento medico in questo settore, comportamento che negli Stati Uniti ha già favorito il sorgere di un centinaio di cliniche della fertilità, e di un vasto mercato ad esse legato: la coppia viene sottoposta ad un iter incompleto e frettoloso e poi inviata alla struttura super-specialistica con indicazioni alla FIVET/GIFT.

Finire nella catena di montaggio della fabbrica di bambini significa la conferma del ruolo di coppia sterile, incapace di superare questo handicap se non con l'aiuto della tecnologia. D'altra parte in un sistema medico e sociale guidato da scelte consumistiche il medico è spesso nella precaria condizione di dover offrire prematuramente o indiscriminatamente terapie oppure di perdere i pazienti.

I bambini, bisogna a questo punto ricordarlo, si riescono ancora a fare anche senza l'aiuto della provetta, ed è quindi necessario assicurarsi che prima di passare alle terapie più avanzate siano stati usati sistematicamente e per un tempo ragionevolmente sufficiente trattamenti più semplici.

Voi sapete che la FIVET inizialmente sperimentata come trattamento per la sterilità causata da occlusione tubarica bilaterale, negli

ultimi tempi è stata applicata alle più varie condizioni patologiche: ipofertilità maschile, dismucorrea, endometriosi, sterilità immunologica o inspiegata, in coppie cioè che hanno un'alta percentuale di avere una gravidanza spontaneamente nonostante la loro infertilità. Non bisogna dimenticare infatti che in due gruppi di pazienti che si erano prenotate per FIVET è stato segnalato in letteratura una percentuale di gravidanze spontanee del 8.6 e 11%. Queste gravidanze non si sono avute nelle donne con occlusione bilaterale delle tube, ma in pazienti con una delle due tube aperta e, nell'80% dei casi si sono realizzate nei 6 mesi successivi all'intervento. Queste considerazioni ci dovrebbero far riflettere sulla necessità che ogni Centro Fivet abbia un controllo di qualità del suo programma: laddove la percentuale di gravidanze spontanee sia maggiore di quelle legate al trattamento è necessario rivedere i protocolli di selezione dei pazienti così come quelli di gestione dei casi. Dobbiamo inoltre ricordare che spesso per migliorare i risultati vengono accettate coppie come quella di Ornella e Mino che non hanno indicazioni specifiche se non la loro impazienza e la scarsa fiducia nella loro fertilità.

L'indicazione originaria alla FIVET è l'unica per la quale i successi sono, con l'esperienza attuale, vantaggiosi rispetto all'efficienza della riproduzione naturale e raggruppa la sterilità di origine tubarica:

— gli insuccessi della terapia chirurgica (se entro 2 anni dall'intervento non si sono verificate gravidanze);

— l'impossibilità ad eseguire un intervento

— l'assenza di tube per precedenti interventi (gravidanze extrauterine, sterilizzazioni).

In queste situazioni la percentuale di successi varia dal 15 al 27% così riportati dagli autori australiani che sono i più esperti nel settore.

Le percentuali di successo della FIVET pubblicate dalla letteratura medica e riguardanti casistiche controllate, ma più eterogenee nelle indicazioni, riportano un 13% di successi (gravidanza a termine per ciclo) in 58 Centri di tutto il mondo fino al 1985 e un 10% di successi per 41 Centri del Registro statunitense. Per quanto riguarda l'Italia non esiste un Registro Nazionale di raccolta ufficiale dati, possiamo però valutare una percentuale di successi che varia dal 6-8% nelle casistiche dell'84/86 al 15-17% attuale.

Nella Tavola 1 (Convegno S.I.F.E.S. maggio 1988) vedete quanto sia difficile extrapolare il dato più interessante cioè quanti bambini sono portati a casa.

Tavola 1. Risultati del trattamento FIVET

	Gruppo 25/29 anni		Gruppo oltre 38 anni	
Cicli	82		86	
Pazienti	76		75	
Gravidanze	18	(24%)	5	(6.6%)
Aborti	4	(23%)	2	(40%)
Bambini nati	14	(17%)	3	(2%)

Fonte: *Convegno S.I.F.E.S., maggio 1988.*

È necessario accennare che alla fascia di età così poco rispondente a cui appartengono le ultra-trentottenni contribuisce in larga misura quella percentuale di coppie che ha alle spalle un lunghissimo tempo di ricerca figli, ma che ancora nutre speranze di poter risolvere in termini medici la sterilità.

Conducendo lo stesso lavoro di interpretazione sui dati cumulativi dei due maggiori Centri italiani — Bologna e Palermo — dal 1/1/1984 al 31/12/1987 potrei affermare che si sono effettuati 1456 cicli, 178 *gravidanze* (12%), 50 *aborti* (28%), 128 *bambini nati* (9%). Per quanto riguarda la GIFT, tecnica tollerata dalla Chiesa Cattolica perché non comporta manipolazione di embrioni, le percentuali di successo sono più ampie anche se le indicazioni più generiche.

Vorrei infine ricordare che le leggi del mercato impongono tempi stretti tra una scoperta scientifica e la sua applicazione pratica; risale solo al 1953 la pubblicazione sulla rivista *Nature* della lettera in cui Watson e Crick descrivevano la struttura del DNA e già oggi si stanno praticando i primi tentativi di manipolazione genetica nell'uomo; noi ci troviamo così sempre più spesso a fruire di prodotti delle cui ricadute non abbiamo avuto il tempo di occuparci; accennerei qui soltanto un elenco dei derivati delle tecniche di fecondazione extracorporea che sono attualmente oggetto di studi sperimentali, ma non solo: crioconservazione degli embrioni già applicata su larga scala ma la loro vitrificazione, crioconservazione di oociti umani, microiniezione diretta dello

spermatozoo nell'oocita, la biopsia dell'embrione pre-impianto per la tipizzazione del patrimonio ereditario, la duplicazione di uova fecondate per costituire una banca di tessuti di ricambio per il gemello nato, trasferimento di embrioni in uteri perfusi in vitro fino al compimento di una completa ectogenesi (gestazione completamente fuori dal corpo materno).

Per concludere direi quindi che non è tanto la presunta artificialità di queste tecniche che ci deve preoccupare, ma l'effetto dirompente della fecondazione assistita sulla nostra storia biologica naturale, sociale e psicologica. La FIVET, cioè la fecondazione di una cellula uovo da parte di una gamete maschile compiuta fuori dal corpo della donna e la conseguente ampia disponibilità di embrioni da gestire, ha rappresentato, come molti hanno già ben sottolineato, un fatto senza precedenti in termini evoluzionistici, ha culturalizzato la riproduzione separandola dal comportamento sessuale e dal rapporto biologico genitore/figlio.

Diagnosi prenatale e pre-concezionale delle malattie ereditarie

Antonio Cao

In questa relazione discuterò con voi dapprima lo stato attuale dell'arte nel campo della diagnosi prenatale delle malattie ereditarie e successivamente tratterò brevemente dei progressi avvenuti in questi ultimi anni nella tecnologia di analisi del DNA che rendono probabile in un breve svolgere di tempo la diagnosi pre-concezionale.

In questi ultimi anni con il controllo delle malattie da infezione e di quelle della nutrizione, le malattie genetiche vanno assumendo una importanza via via maggiore come causa di mortalità e di handicap. La Tabella 1 mostra l'incidenza delle malattie genetiche. Le malattie da difetto di gene singolo, ad esempio la ß-talassemia hanno una incidenza del 3.6% per 1000 nati vivi e le aberrazioni di numero e struttura dei cromosomi del 1.8%. Ma una incidenza ben maggiore pari al 46.4% mostrano le malattie poligenetiche e polifattoriali che sono legate alla interazione tra eredità ed ambiente. In quest'ultimo gruppo di malattie vengono incluse le più comuni malattie dell'età adulta quali il diabete mellito, l'arteriosclerosi e l'ipertensione arteriosa.

In modo iperbolico vorrei dire che non esiste alcuna malattia che non abbia una componente genetica. Una tipica malattia infettiva come la meningite meningococcica ad esempio, al di fuori delle epidemie, riguarda specialmente soggetti che hanno un difetto di alcuni fattori delle vie del complemento.

Passiamo ora brevemente in rassegna le tecniche attualmente disponibili per la diagnosi prenatale delle malattie ereditarie, commentando per ciascuna i pro ed i contro. La più antica di queste tecniche è l'amniocentesi (Fig. 1). L'amniocentesi si esegue a 16 settimane, ha un bassissimo rischio di perdita fetale, pari allo 0,3%, e fornisce dei risultati precisi con un minimo margine di errore. L'aspetto negativo legato a questa tecnica è il periodo tardivo in cui può essere eseguita e cioè alla 16ª settimana. Il risultato si ottiene alla 18ª-19ª settimana e ciò comporta una eventuale interruzione della gravidanza in epoca tardiva, con i rischi ad essa associati. La tecnica alternativa alla amniocentesi è la biopsia dei villi coriali che può essere eseguita per via vagi-

nale tramite un catetere o un forcipe o per via trans-addominale (Fig. 2). Quest'ultima è attualmente la metodica preferita dal nostro ostetrico, il Dr. Giovanni Monni, poiché è associata a minor rischio di complicazioni infettive rispetto al prelievo per via vaginale ed ha una bassa incidenza di mortalità fetale che in mani capaci è dell'ordine del 2%. Nel valutare questi valori occorre ricordare che nel 1° trimestre un numero elevato di gravidanze si interrompe in modo spontaneo prematuramente. L'enorme vantaggio dell'esame dei villi coriali rispetto all'amniocentesi è la precocità in cui può essere eseguito il prelievo, alla 10ª rispetto alla 16ª settimana. Ciò consente ovviamente in caso di feto affetto l'interruzione della gravidanza entro il 1° trimestre. In un numero limitato di malattie genetiche e precisamente quelle che non si manifestano nelle cellule amniotiche ed in quelle dei villi coriali occorre prelevare il sangue fetale tramite un ago guidato da un fetoscopio o tramite puntura diretta dei vasi ombelicali alla loro inserzione sulla placenta guidata dal monitoraggio con ultrasuoni in tempo reale. Vi farò ora vedere alcune immagini di aberrazioni cromosomiche identificate con la diagnostica prenatale. La prima (Fig. 3) si riferisce ad un caso di mongolismo o trisomia 21.

Come si vede infatti in questo caso si notano tre cromosomi n. 21 anziché due come di norma.

Il secondo caso (Fig. 4) è relativo ad una trisomia X, in altri termini la presenza di tre cromosomi X anziché due come in una donna normale, evidenziati con la tecnica della fluorescenza. La presenza di trisomia X alla diagnosi prenatale suscita numerosi problemi a livello di consultazione genetica, essendo tale trisomia associata ad un incostante e marginale difetto di apprendimento.

Il terzo caso (Fig. 5) è relativo ad un cromosoma 18 ad anello originatosi per perdita delle parti terminali delle braccia lunghe e corte e ricongiunzione delle parti rimaste. In sostanza quindi un caso con perdita di materiale genetico associato a insufficienza mentale ed anomalie morfologiche complesse.

Uno dei problemi più importanti nel campo della diagnostica citogenetica prenatale è costituito dalle indicazioni (tabella 2) sulle quali purtroppo abbiamo ancora solamente un numero abbastanza limitato di informazioni. Come si vede dalla tabella 3 l'età materna costituisce un fattore di rischio importante. A 35 anni il rischio di produrre una trisomia 21 è pari infatti all'1%, ma diventa dell'ordine dell'8% oltre il 46° anno.

Utilizzando solamente l'età, il numero dei casi di aberrazione cromosomica che si riesce a prevenire è alquanto limitato, essendo pari al massimo ad un terzo del totale. Progressi in questo settore possono derivare da un esame accurato ecografico che consente di selezionare casi con anomalie a rischio di avere una aberrazione cromosomica, e dal dosaggio della α1-fetoproteina nel sangue materno che con la sua eventuale riduzione indica la presenza di rischio elevato di trisomia 21. Indipendentemente dall'età materna, anche l'età paterna elevata costituisce un fattore di rischio, come risulta dall'esame della tabella 4. Il fattore età paterna gioca un ruolo ancora più predominante nella genesi di malattie ereditarie dominanti, quelle che si trasmettono da soggetti malati al 50% dei figli, come la corea di Huntington, una malattia degenerativa progressiva dell'età adulta. Una seconda indicazione numericamente non consistente ma associata ad un rischio elevato è quella dei portatori sani di traslocazioni bilanciate, anomalie strutturali dei cromosomi senza perdita di materiale genetico che non hanno alcun effetto fisico o psichico sul portatore ma che comportano un rischio variabile dal 5 al 20%, di produrre figli con traslocazione sbilanciata e quindi con eccesso-perdita di materiale genico. Un caso estremo appartenente a questo gruppo è quello relativo alla traslocazione bilanciata 21/21, di cui ebbi il modo di vedere un tipico caso alcuni anni orsono quando lavoravo nella Clinica Pediatrica di Perugia. Si trattava di una donna che ebbe numerosi aborti e ben sei figli affetti da sindrome di Down. I portatori bilanciati di questa anomalia strutturale traslocazione 21/21, infatti, producono solo feti vitali con trisomia 21 e feti non vitali con monosomia 21. Un altro tipo di indicazione è costituito dal caso di un portatore di un mosaico cromosomico, di un individuo cioè con due linee cellulari diverse, di cui una normale ed una con aberrazione cromosomica. Infine coloro che hanno avuto un precedente figlio con una trisomia hanno un rischio maggiore, pari all'1% circa, rispetto alla popolazione generale di produrre figli trisomici.

In questi ultimi anni si è assistito ad un progresso enorme nel mappaggio dei geni sui cromosomi umani e nel definire le basi molecolari delle malattie ereditarie. Ciò ha reso possibile la diagnosi prenatale di un gran numero di malattie ereditarie tramite l'analisi del DNA. La tabella 5 elenca le malattie dominanti attualmente identificabili tramite l'analisi del DNA. Tra queste, oltre la corea di Huntington prima menzionata, voglio portare la vostra attenzione su una malattia molto

frequente, la neurofibromatosi che ha una incidenza di 1:3000 nati vivi ed è caratterizzata dalla presenza di epilessia, insufficienza mentale, tumori lungo i nervi periferici e nel sistema nervoso centrale. La tabella 6 è un sommario delle malattie recessive diagnosticabili con l'analisi del DNA. Si tratta di quelle malattie in cui dal matrimonio tra due portatori sani del gene nascono 1/4 dei figli malati, 1/4 dei figli sani e 1/2 dei figli portatori come i genitori.

In questo gruppo oltre la talassemia, voglio ricordare la fibrosi cistica, una grave malattia con insufficienza polmonare, pancreatica ed epatica progressiva che porta a morte nella seconda-terza decade ed il difetto di 21-idrossilasi che determina in feti femminili la comparsa di ipertrofia del clitoride e saldatura delle piccole labbra sì da creare confusione nella attribuzione del sesso. Ho voluto menzionare questa malattia in particolare poiché alla sua diagnosi segue il trattamento prenatale, che costituisce un notevole perfezionamento rispetto alla terapia postnatale consentendo di evitare la mascolizzazione di feti di sesso femminile. La terza categoria (tabella 7) è rappresentata dai disordini legati al cromosoma X che si trasmettono da donne portatrici al 50% dei figli maschi. Tra queste ricorderò la distrofia muscolare progressiva tipo Duchenne che ha una incidenza di 1:3000 maschi nati vivi, che è una malattia gravissima progressiva dei muscoli che porta alla sedia a rotelle ai 12-15 anni ed a morte entro il ventesimo anno. Un problema che ci si pone quando si usano queste tecnologie preventive è quello della loro accettazione da parte della popolazione. La tabella 8 fa vedere come con l'introduzione dei villi coriali la maggioranza delle donne a rischio per ß-talassemia accetti di eseguire dopo la consultazione genetica la diagnosi prenatale. All'epoca in cui tale diagnosi veniva eseguita tardivamente in corso di gravidanza (18ª settimana) con l'analisi del sangue fetale, il numero di donne che decidevano contro la diagnosi prenatale risultava ovviamente molto più alta.

La Fig. 6 illustra l'effetto enorme a livello di popolazione dell'introduzione della diagnosi prenatale sull'incidenza di una malattia genetica. In Sardegna l'incidenza della ß-talassemia si è ridotta da 1:250 nati vivi ad 1:1300 circa.

Vediamo ora di commentare quali sono le reali possibilità della diagnosi pre-impianto. Prerequisito fondamentale è ovviamente quello di poter fare diagnosi su una sola o su un numero limitato di cellule. Ovviamente coltivando le cellule se ne possono avere potenzialmente quan-

tità illimitate, ma ciò richiede del tempo che non è assolutamente disponibile nel campo della diagnostica pre-concezionale. Una tecnica che consente di superare questi problemi è l'uso dell'amplificazione del DNA, con la quale si può ottenere in ventiquattro ore l'espansione pari a 10^6 volte del segmento di DNA da analizzare. Questo DNA amplificato (Fig. 7) viene seminato su un foglio di nylon e cimentato con due sonde molecolari radioattive, una capace di riconoscere il gene malato ed una che consente di identificare il gene sano. I soggetti sani hanno un segnale positivo con la sonda normale, i soggetti malati danno segnale positivo con la sonda omologa al gene malato, gli eterozigoti danno un segnale positivo con entrambe le sonde. Con questa tecnica si riesce ad identificare la gran parte delle malattie genetiche che sono per lo più dovute ad una sostituzione di un nucleotide singolo. Per esempio la forma più comune di ß-talassemia in Sardegna è dovuta alla sostituzione di C (citosina) con T (Timidina). In questo modo il DNA anziché inviare il messaggio di aggiungere alla catena proteica l'aminoacido glutamina invia il messaggio di stop all'allungamento della catena proteica. Si viene quindi a formare una proteina non utile che viene rapidamente degradata.

Questa tecnica consente di ottenere una diagnosi a partire dal DNA di una sola cellula nell'arco di ventiquattro ore e potrebbe rendere possibile la diagnosi pre-concezionale.

Il metodo attualmente in valutazione consiste nell'effettuare una fecondazione normale. La blastula viene quindi estratta dalla cavità uterina mediante lavaggio. La blastula verrà sottoposta ad un prelievo di un numero limitato di cellule nella zona extraembrionale. Queste cellule serviranno da template per l'amplificazione del DNA su cui verrà eseguito l'accertamento diagnostico. La blastula verrà reimpiantata solo in caso di esclusione dello stato di malattia. Ovviamente la diagnosi andrà riverificata tramite l'analisi dei villi coriali e la gravidanza verrà monitorizzata con ultrasuoni. Le sperimentazioni sugli animali indicano che tale procedimento mentre è associato ad un elevato rischio di aborto e/o non impianto non comporta rischi di produrre malformazioni fetali. Questa tecnica ha ovviamente una elevata percentuale di fallimento e di problematiche, ma sembrerebbe preferita da donne ad elevato rischio come quelle a rischio per ß-talassemia, come dimostrerebbe una indagine conoscitiva eseguita recentemente dal nostro gruppo.

In conclusione le ricerche di questi ultimi anni hanno consentito di migliorare enormemente le tecniche di diagnosi prenatale delle malattie genetiche, tecniche che sono attualmente molto esatte con basso rischio di errore e di perdita fetale. Le ricerche in corso dovranno provare se la diagnosi pre-concezionale sia possibile tecnicamente e non comporti rischi malformativi per il feto.

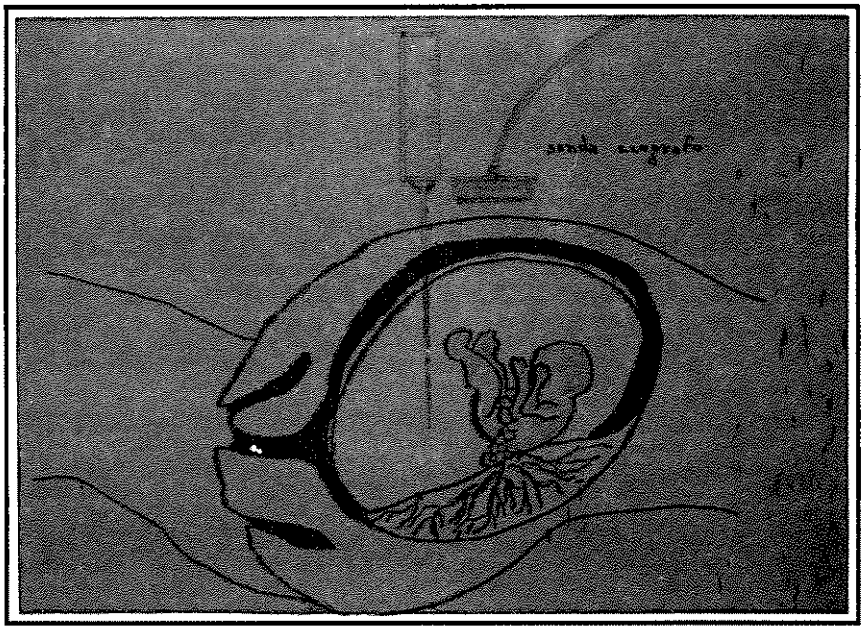


Figura 1: *Tecnica del prelievo di liquido amniotico.*

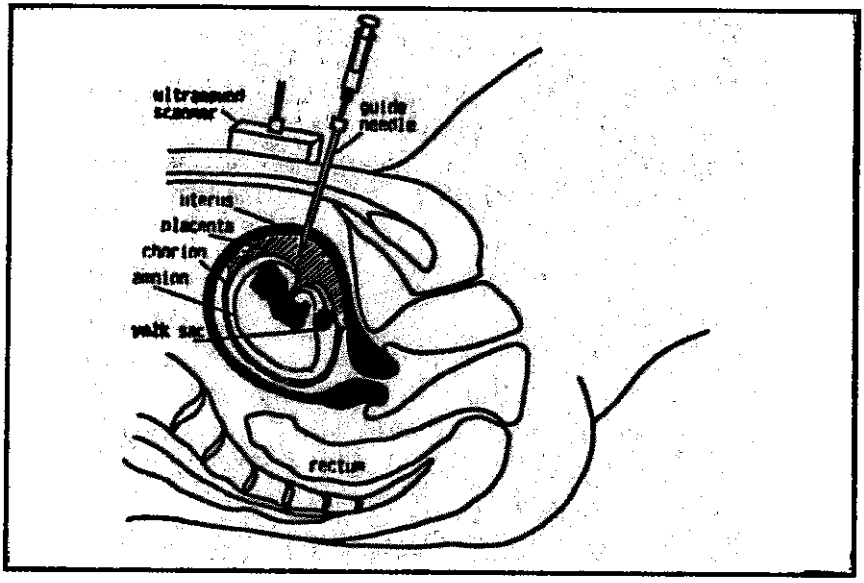


Figura 2: *Tecnica del prelievo dei villi coriali.*

Figura 3: *Cariotipo trisomia 21.*

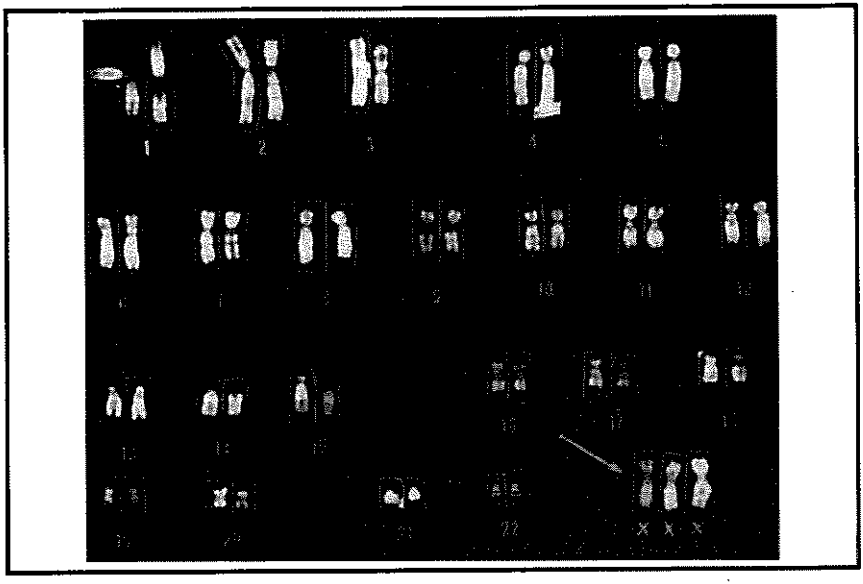


Figura 4: *Cariotipo trisomia X.*

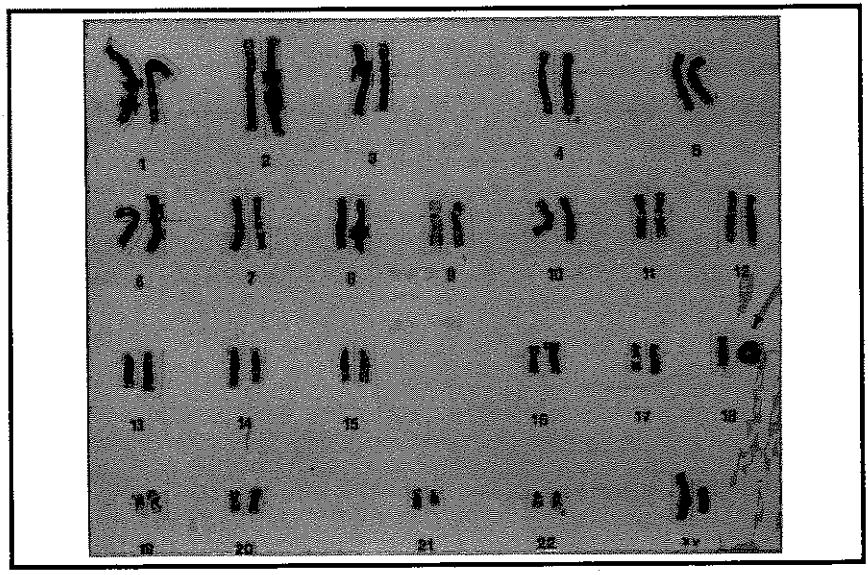


Figura 5: *Cariotipo cromosoma 18 ad anello.*

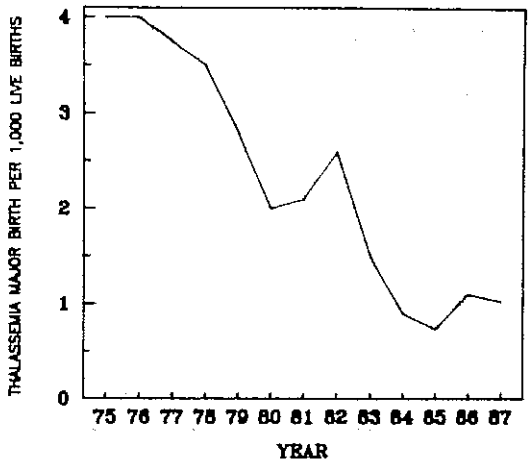


Figura 6: *Riduzione delle nascite di omozigoti per β-talassemia in Sardegna.*

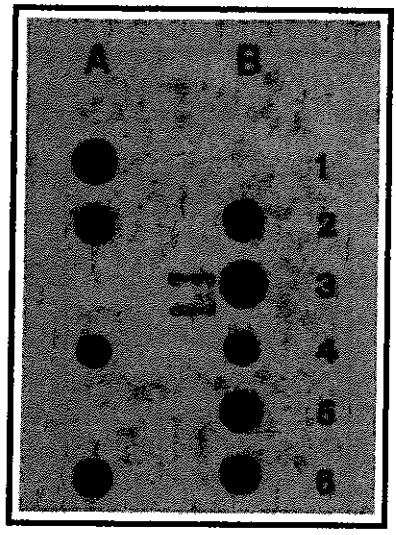


Figura 7: *Identificazione della mutazione β° 39 tramite dot blot analysis con sonde oligonucleotidiche allele-specifiche marcate con* ^{32}P.
A: *ibridazione con oligonucleotide complementare alla mutazione β° 39;*
B: *ibridazione con oligonucleotide complementare alla sequenza normale alla medesima posizione.*
Linea 1: *omozigote per la mutazione β° 39.*
Linea 2, 4, 6: *eterozigoti per questa mutazione.*
Linea 3 e 5: *DNA normale.*

Tabella 1 — Incidence of genetic disorders from birth to 25 years.

		Per 1000 live birth
SINGLE GENE DISORDERS		3.6
— Autosomal dominant	1.4	
— Autosomal recessive	1.7	
— X linked	0.5	
CHROMOSOMAL ANOMALIES		1.8
MULTIFACTORIAL DISORDERS		46.4
TOTAL		**53**

Baird PA., Am. J. Hum. Genet., 42: 693, 1988.

Tabella 2 — Indicazioni alla diagnosi prenatale per aberrazione cromosomica.

1. Età materna avanzata (>35 anni)
2. Un genitore portatore di traslocazione bilanciata o di un mosaico
3. Coppie che hanno avuto un pregresso figlio trisomico
4. Età paterna avanzata (>50 anni)

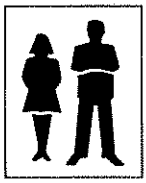


Tabella 3 — Frequenza percentuale di vari tipi di aneuploidia su campioni di liquido amniotico *.

Età materna	Trisomia 21	Aneuploidie
35	0,4	1,07
36	0,5	1,06
37	0,6	1,24
38	0,8	1,27
39	1,0	1,75
40	1,3	2,02
41	1,4	2,64
42	2,1	3,80
43	3,2	4,82
44	3,2	4,42
45	4,6	7,04
46	7,1	8,16

* Ottenuto da madri di diverse classi di età.

Tabella 4 — Ricorrenza della Trisomia 21 in feti monitorizzati per età materna >35 anni *.

Età paterna	Età materrna	
	35-40	41-46
≤34	0,4	0,8
35-40	0,6	1,2
41-46	1,3	2,8
≥47	2	4,1

* L'analisi dell'età paterna dimostra un effetto positivo sulla non-disgiunzione.

Tabella 5 — Principali malattie genetiche autosomiche dominanti diagnosticabili tramite analisi del DNA.

	Metodo disponibile	
	diretto	indiretto
Rene policistico adulto	—	+
Corea di Huntington	—	+
Osteogenesi imperfetta tipo IV (CoLL A2 Gene)	—	+
Neurofibromatosi	—	+
Distrofia miotonica	—	+
Sclerosi Tuberosa	—	+
Poliposi familiare	—	+

Tabella 6 — Principali malattie genetiche autosomiche recessive diagnosticabili tramite analisi del DNA.

	Metodo disponibile	
	diretto	indiretto
Beta Talassemia	+	+
Alfa Talassemia	+	+
Fenilchetonuria	+	+
Difetto di Alfa-1 Antitripsina	+	+
Difetto di 21 Idrossilasi	+	+
Difetto di 11 Idrossilasi	—	+
Malattia di Von Willebrand	—	+
Difetto di C1 Inibitore	—	+
Difetto di GH	+	+
Retinoblastoma	+	+
Tumore di Wilms	—	+
Fibrosi cistica	—	+
Morbo di Wilson	—	+
Difetto di Antitrombina III	+	+
Difetto di Carbamil-Fosfato-Sintetasi	—	+
Difetto di Propionil-CoA-Carbossilasi	—	+
Amiloidisi ereditaria (Prealbumina)	—	+
Ipercolesterolemia familiare (Recettore LDL)	—	+
Difetto di Adenosina Deaminasi	—	+
Sindrome di Ehlers Danlos Tipo VI	—	+
Difetto di Diidropteridina Reduttasi	—	+

Tabella 7 — Principali malattie genetiche recessive legate all'X diagnosticabili tramite analisi del DNA.

	Metodo disponibile	
	diretto	indiretto
DMD Tipo Duchenne e Becker	—	+
Emofilia A & B	+	+
Difetto di O.T.C.	+	+
Sindrome di Lesch-Nyhan	+	+
Sindrome di Norrie	+	+
Adrenoleucodistrofia	—	+
Malattia Granulomatosa cronica	+	—
Retinite pigmentosa	—	+
Sito fragile (Xq27-3)	—	+
Sindrome di Wiskott Aldrich	—	+
Agammaglobulinemia Tipo Bruton	—	+
Immunodeficienza grave combinata	—	+

Tabella 8 — Acceptance rate of prenatal diagnosis according to the sampling procedure.

	No. of couples counselled	% Accepting
Fetal blood sampling	1199	93.2
Amniocentesis	77	97.4
C.V.S.	326	99.1

INTERVENTI
E
DIBATTITO

Giuliano Angioni — Se la pubertà non è più un problema e la menopausa non è più un trauma, oggi la maternità è sinonimo di maternità responsabile ovvero programmata.

Dunque se per la donna si sono appianati molti scogli riguardanti le sue funzioni più propriamente femminili ed il suo delicato apparato sessuale, l'impegno per lo specialista è andato parallelamente ampliandosi ed intensificandosi.

Per quanto riguarda la maternità programmata, necessitano controlli specialistici adeguati che assicurino un figlio sano, privo quindi di handicap di qualunque genere.

Ciò comporta il controllo, lo studio della gestazione per il riconoscimento della "gravidanza a rischio", cioè di quella condizione circonstanziata o aspecifica di *rischio*, di pericolo, per la madre, il feto o per entrambi.

Il riconoscimento di tale situazione costituisce il presupposto per l'attuazione di misure diagnostiche ed assistenziali necessarie per ridurre la probabilità che l'evento pericoloso si verifichi a carico della madre o del bambino e per attenuare la gravità delle conseguenze di tale evento.

Ogni gravidanza anche la più "normale" comporta di per sé, come qualunque "fatto della vita", un minimo di rischio; è dimostrato però che il 60% degli incidenti perinatali si verifica in un terzo solamente della popolazione ostetrica (30%) che costituisce il gruppo cosiddetto ad "alto rischio". Esso è identificabile, per due terzi, a partire dalle prime settimane di gravidanza (e talora anche prima che questa abbia inizio) e, per il terzo rimanente, è identificabile durante l'assistenza prenatale nel corso della gestazione.

Il rischio ostetrico può essere valutato in base ad un ragionato giudizio, oppure mediante uno dei numerosi sistemi a punteggio manuale o computerizzato esistenti; il vantaggio dei sistemi a punteggio, basato sul rilevamento di dati personali e ambientali, consiste nel fatto che esso rappresenta una guida per la memoria ed un documento per la va-

lutazione del singolo caso. In questi sistemi vengono predisposti i fattori di rischio più comuni, mentre le singole situazioni vanno calcolate caso per caso.

La popolazione di gravide si può quindi dividere in tre gruppi: a basso, a medio, ad alto rischio. Il coefficiente numerico di rischio ha lo scopo di definire l'attribuzione della gestante ad una delle tre categorie anche se, per esempio, la categoria ad "alto rischio" non implica una condizione patologica attuale, ma soltanto il riconoscimento di un pericolo generico per la gravidanza, un rischio statistico di complicanza ostetrica che si esaurisce con il termine della stessa gravidanza per quanto riguarda la madre e per il neonato dopo almeno 48 ore di intensa osservazione.

Il concetto di rischio ostetrico è strettamente correlato a quello di assistenza prenatale. È noto che l'evoluzione e l'esito della gravidanza sono tanto peggiori quanto più è ridotto il controllo medico. La documentazione dei vari reperti verrà poi trasmessa al momento del ricovero per il parto o per altri controlli.

Le mutate condizioni di vita hanno portato a nuove situazioni di rischio ostetrico: *noxae* ambientali, dipendenza da sostanze voluttuarie, farmaci iatrogenici devono essere conosciuti e valutati nelle loro conseguenze.

Le legislazioni protettive della gravidanza riguardano in genere solo l'ultimo trimestre, mentre gli effetti negativi dei fattori ambientali, professionali, alimentari etc. si esplicano principalmente nel primo periodo della gestazione. Nell'ambito della prevenzione del rischio è opportuno quindi dare la priorità ai rischi più diffusi, a quelli evitabili, a quelli curabili, mantenendo inoltre con queste selezioni un occhio vigile sulle gravidanze "normali".

Nelle schede seguenti si vede come può essere utilizzato lo *screening* selettivo di controllo della gestazione.

PAZIENTE: .....

COGNOME E NOME — DATA DI NASCITA — DATA DEL MATRIMONIO

INDIRIZZO — TELEFONO

LUOGO DI NASCITA — PROFESSIONE — MEDICO CURANTE

MARITO: .....

COGNOME E NOME — DATA DI NASCITA — PROFESSIONE — GRUPPO SANGUIGNO - RH

I - MALATTIE FAMILIARI

	Punti
Non ereditarie/assenti	☐ 0
Ereditarie	☐ 30

II - ETA' MATERNA

Sotto 15 anni	☐ 20
Da 15 a 19 anni	☐ 10
» 30 a 29 »	☐ 0
» 30 a 34 »	☐ 5
» 35 a 39 »	☐ 10
Sopra 40 anni	☐ 20

III - PROVENIENZA, STATO

Locale	☐ 0
Immigrata recentemente	☐ 5
Stato extra-matrimoniale	☐ 10
Sposata	☐ 0

IV - GRAVIDANZE PRECEDENTI

0	☐ 15
1 - 3	☐ 0
4 o più	☐ 5
Intervallo tra ultima mestruazione e precedente parto o aborto < 4 mesi	☐ 10

V - STORIA OSTETRICA PATOLOGICA

Assente	☐ 0
Aborti 1	☐ 5
2	☐ 15
3 o più	☐ 30
Nati piccoli per la data e/o macrosomi e/o parti pre-termine:	
1	☐ 10
2 o più	☐ 20
Morte fetale e/o neonatale:	
1	☐ 10
2 o più	☐ 30
Anomalie congenite:	
1	☐ 10
2 o più	☐ 30
Bambini compromessi:	
danno fisico	☐ 10
danno neurologico	☐ 20

VI - MALATTIE IN E PER LA GRAVIDANZA, DISTURBI DELLA NUTRIZIONE

	Punti
Assenti	☐ 0
Malattie in genere (in atto):	
acuta lieve	☐ 5
acuta grave	☐ 15
cronica non debilitante	☐ 5
cronica debilitante	☐ 15
Infezioni urinarie (in atto):	
batteriuria asintomatica	☐ 5
acuta	☐ 10
cronica	☐ 25
Diabete: pre-clinico	☐ 20
clinico	☐ 30
Glicosuria in atto	☐ 5
Proteinuria in atto (più di 0.5 g/1000 ml)	☐ 10
Ipertensione cronica:	
leggera (140-160 mm Hg Mx)	☐ 15
elevata (più di 160 mm Hg Mx)	☐ 30
con nefrite	☐ 30
Cardiopatie:	
lievi	☐ 10
di media gravità	☐ 20
gravi e/o precedenti scompensi	☐ 30
Disendocrinopatie:	
surrene, ipofisi, tiroide ecc.	☐ 30
disfunzioni mestruali ricorrenti	☐ 5
sterilità da più di 2 anni	☐ 20
Nutrizione:	
malnutrizione	☐ 30
obesa	☐ 30
eccessivo aumento di peso in gravidanze precedenti	☐ 5
Rh - ABO:	
Rh negativo	☐ 5
precedente neonato patologico	☐ 30
isoimmunizzata	☐ 30
precedente incompatibilità ABO	☐ 20
Anemia:	
Hb 10-11 g/100 ml	☐ 5
Hb 9-9.9 g/100 ml	☐ 10
Hb meno di 9 g/100 ml	☐ 20
Sifilide:	
test	
negativo (data)	☐ 0
trattata	☐ 5
non trattata	☐ 35
Toxoplasmosi:	
test	
titolo ..... data	
protetta	☐ 0
non protetta	☐ 10
sospetto di primo-infezione	☐ 30
Rosolia:	
test	
titolo ..... data	
protetta	☐ 0
non protetta	☐ 10
sospetto di primo-infezione (età gestazionale < 12 sett.)	☐ 30

VII - ANOMALIE DEL TRATTO GENITALE E/O DEL PARTO

Assenti	☐ 0
Precedenti presentazioni anomale	☐ 10
Precedenti tagli cesarei e/o miomectomie	☐ 30
Precedenti distocie dinamiche e/o sofferenza fetale	☐ 10
Altre anomalie e/o insufficienza cervico-istmica	☐ 20
Fibroma oltre 5 cm di diametro	☐ 20
Fibroma sottomucoso	☐ 30
Stenosi pelvica:	
bacino limite	☐ 10
bacino imperviо	☐ 20
Tum. ovariche oltre 5 cm di diam.	☐ 20
Endometriosi e/o retroversio - flessione uterina	☐ 5

VIII - FATTORI EMOZIONALI E DI COMPORTAMENTO

Prima visita dopo la 10ª settimana di amenorrea	☐ 0
	☐ 5
Presenza di timori, atteggiamenti di difesa, pregiudizi; precedenti gravidanze senza controllo; prontezza di riflessi, affettività, senso di responsabilità, unità familiare, relazioni col marito, psicopatie familiari e personali, secondo l'entità:	☐ 10
	☐ 15
	☐ 20
	☐ 30

IX - FATTORI SOCIO-ECONOMICI

Impiego del marito e della paziente, reddito adeguato, educazione del marito e della paziente; abitazione, ambiente; fattori ecologici negativi, secondo l'entità:	☐ 0
	☐ 5
	☐ 10
	☐ 15
	☐ 20

X - ALTRI FATTORI

Ad esempio: consanguineità, tabagismo, ecc., secondo l'entità (specificare):

.....	☐ 0
.....	☐ 5
.....	☐ 10
.....	☐ 15
.....	☐ 20
.....	☐ 30

Categorie	Punti
I	.....
II	.....
III	.....
IV	.....
V	.....
VI	.....
VII	.....
VIII	.....
IX	.....
X	.....

TOTALE .....

RISCHIO OSTETRICO

Alto		Punteggio 30 ed oltre
Medio		29 - 16
Basso		0 - 15

Data: .....

Firma: .....

NOTA: Compilare alla prima visita
Segnare con ? i rilievi che non possono essere precisati.

Gruppo sanguigno della paziente RH

Trascritto da .....

Firma: .....

AVVERTENZE PARTICOLARI .....

PRIMA VISITA .....

DATA | SETTIMANA DI AMENORREA | GRAVIDA | PARA | ABORTI | GR. EXTRA | FIGLI VIVI

DATI ANAMNESTICI RILEVANTI .....

CERTA ☐ INCERTA ☐

ULTIMA MESTRUAZIONE REGOLARE | DURATA GIORNI | CICLO DI GIORNI | EPOCA PRESUNTA DEL PARTO

MESTRUAZIONE PRECEDENTE: | PROVA DI GRAVIDANZA

NEGATIVA (DATA) | POSITIVA (DATA)

GRAVIDANZA ATTUALE SI ☐ NO ☐ | SI ☐ NO ☐ | SI ☐ NO ☐

FINO ALLA PRIMA VISITA DECORSO REGOLARE | ESAMI RADIOLOGICI | TERAPIE

STATURA | PESO PREGRAVIDICO | PESO ATTUALE

APPARATO RESPIRATORIO .....

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO .....

ORGANI ADDOMINALI .....

EDEMI: SI ☐ NO ☐ VARICI: SI ☐ NO ☐

ARTI INFERIORI .....

MAMMELLE .....

ESAME PELVICO | GENITALI ESTERNI, PERINEO | COLPOCITOLOGIA

VAGINA | PORTIO (SPECULUM)

CORPO UTERINO .....

ANNESSI ..... SI ☐ NO ☐ LIMITE ☐ PERVIETA' DELLA PELVI

ALTRE OSSERVAZIONI .....

DATA ..... VALUTAZIONE COMPLESSIVA ALLA 38ª ☐ o ALLA ..... SETTIMANA

(Le schede sono fornite gratuitamente dalla Fondazione Samil-Pabyrn, Via Gerano 5, Roma).

Giovanni Monni — Il mio campo di ricerca è quello della diagnosi prenatale e non quello della sterilità. L'ambito, cui ha accennato il prof. Cao, è quello dove lavoriamo insieme al gruppo di Brambati di Milano e a quello di Chicago.

La nostra è una diagnosi prenatale pre-impianto in donne che non sono infertili. Come ha detto il prof. Cao questa tecnica nuova si sta sperimentando a Chicago; si tratta di un lavaggio della cavità uterina e della blastula col prelievo di pochissime cellule, per amplificarle e poterle reinserire, in caso di feto sano, dentro l'utero.

Siamo ancora in fase molto sperimentale e in attesa di ricevere delle blastule da Chicago per verificare se questa diagnosi sia fattibile o meno, ma il nostro lavoro riguarda solamente le malattie genetiche e non la fertilizzazione o la sterilità.

Nel reimpianto la blastula rimane in utero, cioè nuota dentro la cavità uterina periferica per due giorni, noi in questo periodo dovremmo recuperare la blastula, esaminarla con le tecniche del DNA. La blastula è uno zigote a sedici cellule, si può prendere qualcuna di queste cellule, amplificarla e fare una diagnosi prenatale. Questo test è rivolto a donne ad alto rischio, per esempio, nel caso della talassemia, il rischio è del 25%.

Pasqua Manca — Io ho l'esperienza del Centro di Palermo dove, anche se in fase organizzativa, sono partiti nel settore pubblico sia in GIFT che in FIVET.

In Sardegna il problema è urgente, abbiamo trovato a Palermo tantissime coppie che si sono rivolte al prof. Cittadini e sono gli stessi sardi che abbiamo trovato a Milano. Noi stiamo cercando di dare una risposta, anche se non sarà facile, però penso che a un primo livello possano rispondere la maggior parte dei ginecologi che operano a Cagliari. Per cui si tratta di far arrivare la coppia alla fase finale che poi è quella che richiede risorse: questo è ciò che noi vogliamo fare e non so se riusciremo a farlo nel settore pubblico.

Rita Roascio — Sono la presidente del Collegio Interprovinciale di Cagliari e Oristano e delegata regionale della Categoria delle ostetriche.

Il nostro ruolo, è quello di poter funzionare da moltiplicatori sociali e dare delle informazioni corrette in un campo così delicato, ad evoluzione continua; ed è nostro interesse svolgere nel campo dell'informazione il ruolo che abbiamo sempre occupato.

Enrica Puddu — Intervengo per dare informazioni su cosa stiamo tentando di fare visto che in Sardegna non c'è niente, solo la buona volontà di una équipe che ultimamente è andata ad aggiornarsi in un Centro di Palermo, considerato in Italia fra i maggiori, per cercare di introdurre a Cagliari questo servizio sui problemi della sterilità di coppia.

Tutti i ginecologi fanno diagnosi di sterilità di coppia però poi ci si ferma. Io credo che la coppia sterile faccia parte di quei pazienti volontariamente vittime delle strutture. La coppia che non ha i figli vive uno stato di ansia tale che è disposta a rivolgersi a chiunque, in Italia e all'estero, per cercare di risolvere i suoi problemi. La coppia sterile è quindi una coppia di per se stessa sfruttabile perché disposta a fare qualunque cosa pur di avere il figlio desiderato.

Per questo motivo il nostro gruppo si è posto il problema di impegnarsi nell'istituzione di un Centro per la sterilità di coppia. Non parlerei di Centro FIVET in partenza perché, come diceva il collega prof. Costantini, la FIVET è l'ultimo approccio a cui si deve arrivare.

Io credo che possa essere indicato un protocollo che definisca un primo livello di esami, che potrebbero essere eseguiti dal consultorio o da un singolo specialista, superato il quale la coppia giunge in affidamento a un Centro studio, diagnosi e terapia per la sterilità di coppia.

Noi vorremmo partire con questo Centro, e la cosa spero si possa far camminare rapidamente sempre che lo consentano l'iter burocratico e finanziario.

Penso che entro il primo semestre si possa almeno cominciare con la parte studio e diagnosi per poi fare la terapia; ma la terapia come ultima spiaggia, perché è inutile che noi facciamo la FIVET a tutte le donne che passano per il Centro.

Indubbiamente ci sono difficoltà perché il tutto richiede mezzi e uomini, in questo caso donne, infatti l'équipe che si sta costituendo nel nostro ospedale è in gran parte costituita da donne che hanno appreso ottimamente le tecniche della fecondazione e che con grande spirito di sacrificio si stanno applicando alla organizzazione di questo Centro. Speriamo di poter varare in tempi brevi almeno le prime strutture.

Elisa Spanu Nivola — Ho trovato importantissima l'iniziativa, perché mi pare necessario accedere alla dimensione della informazione e della divulgazione pubblica della attività relativa alle N.T.R. e a tutte le attività di difesa della vita e alla lotta alla sterilità. Credo che a Cagliari

manchi questo spazio di informazione e di dibattito. Il consultorio familiare o pre-matrimoniale, che a Cagliari è presente sia pure in misura inadeguata, è capace di fornire alla coppia almeno questi dati, oppure tratta soltanto altri aspetti della problematica? Io ho l'esperienza di una coppia, nell'ambito della mia famiglia, che per avere informazioni si è rivolta al medico specialista, privatisticamente, cioè non ha trovato accoglienza in un medico almeno convenzionato, disposto a seguire l'iter della ricerca. Quindi si è trattato di una ricerca discontinua, tortuosa, che ha preso molto tempo. Il caso, per gli esperti che vogliano darmi qualche ragguaglio, è non di occlusione tubarica ma di difficoltà di percorso tubarico per una pregressa infiammazione (annessite) non risolta in termini positivi. È stata fatta una laparoscopia, sono state poi proposte delle insufflazioni tubariche che però risultano impraticabili al momento: si riscontra carenza grave dei servizi presso l'Ospedale Civile di Cagliari, presso la Clinica Ginecologica Universitaria.

Ciò che si registra è la lungaggine e l'aleatorietà dei tempi, la sgradevole presenza di un reparto ostetrico-ginecologico veramente indecente, la tensione psichica che si accumula per i tempi e le modalità di intervento che certo non incidono positivamente sulla motivazione e sulla serenità di scelta e orientamento.

Ben diversa è la ricerca che risulta dal modello che è stato presentato dalla dottoressa Letizia Parolari e che pure ci ha proposto un esempio di coppia problematica e molto tesa, nelle diverse ipotesi e variabili che la situazione propone. Vorrei fruire di qualche informazione specifica: è stato detto che soprattutto in Emilia, ma anche a Roma e a Palermo, è possibile l'accesso al Centro Pubblico di diagnostica e di eventuale intervento sul piano della riproduzione assistita. Quali sono le procedure? Chi dà le informazioni in una dimensione così periferica e anche marginale quale la nostra? Che tipo di intervento pubblico si può richiedere? Che tipo di pressioni, l'opinione pubblica, le donne che si organizzano nei Consultori o in questo Centro Studi, possono fare per ottenere servizi efficienti in qualità e in capacità tecnologica e organizzativa? È necessario organizzarsi per accorciare i tempi di questa ricerca altrimenti affidata all'anonimato, alla carenza di assistenza pubblica e soprattutto alla deprivazione culturale. Io riscontro da questi elementi di dibattito la mia stessa estraneità, non totale, ma relativa a elementi di informazione precisa, puntuale, anche specialistica, che occorrono, credo, non soltanto a chi ha il problema ma, anche al con-

testo sociale, per valutare le opportunità e per produrre un cambiamento del costume, delle mentalità oltre che delle capacità culturali, necessarie per gestire socialmente e civilmente questi temi.

Letizia Parolari — Io posso rispondere all'ultimo intervento per quanto riguarda l'aspetto generale. Per quanto riguarda la situazione in Sardegna, penso ci siano delle persone più qualificate di me a farlo.

Il problema posto dalla prof.ssa Spanu Nivola, della deprivazione culturale, mi sembra molto importante, perché sulla sterilità non esiste soltanto una totale ignoranza ma, soprattutto, a mio parere — l'ho verificato parlando di queste cose in altri luoghi — esiste un rifiuto psicologico delle donne ad affrontare questo problema. E questo è un nodo abbastanza negativo. Quindi esiste anche culturalmente la necessità di avvicinarsi a questo problema se non altro per saperne di più, per capire meglio, per potersi destreggiare meglio nelle situazioni. Se, come abbiamo sentito, i figli si fanno sempre più dopo i 30 anni, è sempre più facile incorrere in queste situazioni di difficoltà.

Per quanto riguarda invece il discorso della diagnosi, e quindi delle offerte terapeutiche, peraltro, abbastanza varie, esse coprono un arco abbastanza ampio, trattandosi di terapie di tipo farmacologico, di tipo medico e chirurgico. In realtà esistono o dovrebbero esistere ambulatori o centri di 2° livello sparsi su tutto il territorio nazionale presso gli Ospedali, le Divisioni Ospedaliere Universitarie, perché di sterilità ci si è sempre occupati: da venti-trenta anni la sterilità è una delle branche della ginecologia.

Poi c'è il problema organizzativo che esiste anche nei grossi Centri. Molte volte nella stessa Milano ci sono difficoltà per fare un esame del liquido seminale in maniera corretta e approfondita presso le strutture pubbliche. Questo lo vorrei sottolineare, perché la sterilità è sempre stata la sorella povera della ginecologia, anche perché crea ampio spazio di mercato.

Quindi, come risposta agli interrogativi della prof.ssa Spanu Nivola, il ruolo dei Consultori quale potrebbe essere? Un ruolo molto importante a livello di informazione e di selezione, di filtro di primo livello, perché spiegare a una coppia come si prende la temperatura basale, fare una serie di dosaggi ormonali, eseguire una insufflazione intratubarica, per la quale è richiesta una attrezzatura minima, molto facile da usare. Tutto ciò dovrebbe essere appannaggio di un Centro di

primo livello come è il Consultorio Familiare. Di fatto poi i Consultori fanno già fatica ad occuparsi di contraccezione che, socialmente, è un problema più sentito, ed è ovvio che ci siano difficoltà ad occuparsi di sterilità. Per quanto riguarda i livelli successivi, è necessario inviare le coppie ad un centro specialistico.

Walter Costantini — Il problema fertilità è di coppia, e normalmente il fatto che venga affidato al ginecologo non ha senso. È solo da quando si è inventata la specializzazione in andrologia e fisiopatologia della riproduzione che si è incominciato a capire questa grossa differenza. È inevitabile che ci possano essere grossi errori, nella gestione del problema, anche da parte di un luminare ginecologo, mentre è molto più facile che il problema sia ampiamente risolto, già in prima fase, da quelle strutture che hanno capito questa grossa differenza.

Il consultorio, nell'area lombarda, potrebbe essere un ottimo primo livello; dal secondo livello, si passa subito alla terapia, ed è bene che venga eseguita in un centro specialistico anche perché molti passaggi, per esempio chirurgici, sono unici, non è possibile che si ci possa sbagliare nell'indicare un intervento, o nell'eseguirlo: esempio, una tuba non può essere rioperata, se al primo intervento ha il 27,35% di possibilità di successo, al secondo intervento sulla stessa tuba si ha una caduta netta, al 3%, e di questo bisogna tener conto. È inevitabile che il secondo livello diagnostico e la terapia siano affidate a centri specializzati.

Luigi Sionis — Io faccio il ginecologo da 25 anni e mi occupo di sterilità. In questi anni ho assistito ad una speculazione tendente a dissanguare la coppia da parte della struttura privata e delle poche esistenti strutture pubbliche. La coppia che ha la sfortuna di incappare in un problema di sterilità e infertilità si infila in un tunnel lunghissimo e ne esce dissanguata perché le strutture pubbliche finiscono per avviare i pazienti al privato.

Giuliano Angioni — È in fase di apertura anche a Cagliari la struttura pubblica che darà ascolto alle esigenze dell'ambiente locale e provinciale perché, in quanto clinica universitaria, è in condizione di poter affrontare almeno le fasi iniziali. La struttura pubblica opererà sia per la fase sterilità, sia per quanto riguarda il controllo della gravidanza a rischio.

Il collega di Milano dice che non è competenza del ginecologo la sterilità di coppia ma è il ginecologo che deve coordinare; certo deve avere a fianco l'andrologo e tante strutture specialistiche che permettano a questa gravidanza di arrivare in porto. Il lavoro del consultorio è importante per sensibilizzare sulla necessità del controllo specialistico perché le gravidanze che vanno in porto sono quelle che saranno sottoposte a moltissime visite oculate, specialistiche, mentre le peggiori, con risultati nefasti, sono quelle che, per cause sociali o culturali, non hanno avuto la possibilità di essere seguite.

Elisabetta Manca — Vorrei fare una domanda al prof. Cao. Quali tipi di malattie genetiche è possibile diagnosticare con le tecniche del DNA?

Antonio Cao — Attualmente sono tutte le malattie definite a livello molecolare, ma nel rapido volgere di due o tre anni praticamente tutte le malattie genetiche. Il problema cruciale è quello di diagnosticare se questi procedimenti siano di danno all'embrione e questo non lo sa nessuno. Ovviamente abbiamo degli esperimenti negli animali che indicano che questo è fattibile ma la risposta sicura verrà dalla sperimentazione diretta.

Nell'Istituto che io dirigo, vengono fatte molte diagnosi di malattie genetiche. Vi è un problema per quanto riguarda l'accoglimento dell'enorme domanda per l'analisi delle aberrazioni cromosomiche perché il numero limitato di personale non ci consente di evadere tutte le domande: la richiesta è molto alta ed è in crescendo, voi sapete che oggi non c'è paese al mondo in cui una donna non faccia l'amniocentesi anche a 22 anni. In Danimarca, che è il paese più moderno sotto questo profilo, credo che non ci sia donna che non faccia l'amniocentesi. Per questo abbiamo dovuto stabilire il limite artificioso di 38 anni, cercando di accontentare le donne più a rischio. Però, anche per quelle di 38 anni, non sempre siamo in condizioni di rispondere.

Walter Costantini — Sono d'accordo su tutto ciò che ha detto la prof.ssa Puddu anche sulle donne, per esempio il nostro Centro sterilità Mangiagalli, ha funzionato da sempre con 13 volontarie.

Se posso darle un consiglio, visto che inizia questa nuova attività, preveda la presenza di una psicologa, o psicologo. È fondamentale, la coppia è quasi sempre sbandata, non sa seguire neppure i primi passi

dell'iter diagnostico. Ci vuole l'azione di un tecnico e la psicologa deve essere presente dall'inizio, e poi certamente anche nel decorso della diagnosi e della terapia quando si realizzano delle situazioni particolari.

Pasqua Manca — A proposito dello psicologo io ho l'esperienza del Centro di Palermo dove abbiamo iniziato con lo psicologo. Poi ne abbiamo fatto a meno perché, a quanto pare, stava finendo in analisi lui al posto delle donne o della coppia.

Walter Costantini — Nel nostro gruppo a Milano facciamo regolarmente un incontro con la psicologa non solo per parlare dei pazienti ma soprattutto del comportamento nostro nei confronti dei pazienti.

Facciamo anche delle simulate, ci riprendiamo al monitor e la psicologa coglie gli errori che si fanno. Questo è praticamente un autoinsegnamento, è un continuo perfezionamento che penso sia fondamentale soprattutto perché trattiamo con persone che hanno dei problemi.

Enrica Puddu — Lei sa che hanno messo dei medici psicologi per il trattamento dei medici abortisti?

Walter Costantini — Questo non lo sapevo. Mentre sapevo che c'era l'esigenza di intercambiare spesso l'équipe che faceva l'interruzione della gravidanza. Concludendo, io non sono molto d'accordo sull'impostazione di alcuni Centri ma, soprattutto, sull'impostazione dell'approccio alla coppia sterile, ho dei dubbi, dei problemi.

Pasqua Manca — Diciamo che il rischio è di Palermo perché, non ha più filtrato, trattano indifferentemente persone di 43 anni o di 25.

Walter Costantini — Questo è il rischio del pubblico, alla fine non vengono stabiliti dei filtri e si ha anche una diminuzione nei risultati.

Comunque, secondo me, la sterilità andrebbe considerata come una malattia, non si può far fare gratuitamente un aborto e non pagare il viaggio a una coppia sterile che si reca a fare una terapia. A questa richiesta, la risposta è negativa, mentre nel caso di intervento sulle tube è previsto il rimborso.

Luigi Sionis — Nella vostra esperienza quali sono i danni psicologici quando fallisce il tentativo di una maternità? A noi risulta che il rapporto si allenta dal punto di vista affettivo.

Walter Costantini — Io non so rispondere in termini tecnici, nel senso che non so dire cosa esattamente si instaura, posso dire semplicemente che è più elevata, statisticamente parlando, l'incidenza delle separazioni nella popolazione delle coppie infertili, rispetto alla media; e, in secondo luogo, posso dire che sicuramente si creano delle grosse difficoltà anche per le cose più semplici.

Luigi Sionis — Ma vale la pena continuare a fondo per poi avere fallimenti? Si tratta di donne e uomini che poi hanno una vita rovinata.

Franca Pizzini — Si tratta mi pare di dare una interpretazione diversa alla sterilità perché la risposta che qui mi sembra venga proposta è quella di medicalizzare sempre. In realtà le risposte mediche hanno un successo estremamente limitato, gli interventi chirurgici e le altre tecniche danno risultati positivi percentualmente abbastanza bassi.

Si tratta perciò di vedere la sterilità nella sua complessità e quindi anche il discorso del ruolo dello psicologo, a mio parere, non è semplicemente quello della sua presenza. Lo psicologo ha un ruolo essenzialmente, forse, di gestione del rapporto medico-paziente che è vero, nelle coppie sterili è estremamente problematico perché è molto difficile gestirle dal punto di vista emotivo. Evidentemente la sterilità esprime una serie di situazioni che non hanno un impatto semplicemente medico, ma coinvolgono anche una sfera diversa e non dobbiamo dimenticare che noi sulle cause della sterilità sappiamo ben poco.

Alcune tecniche risolvono il problema della gravidanza ma lasciano la coppia con i suoi problemi di sterilità, quindi alla fine significa perdere altri obiettivi, altre dimensioni della vita e volere il figlio come meta da raggiungere in ogni caso. Questo poi porta a moltissime delusioni, porta ai viaggi, porta ad essere disposti a qualsiasi intervento. Non bisogna quindi dimenticare che il discorso della informazione deve servire anche a questo, deve servire a dare approcci diversi.

Sull'onda di questo discorso vorrei invitarvi a riflettere se in una situazione dove i centri non ci sono, sia necessario aprirli. Lo dico in modo provocatorio, perché mi sembra che in una situazione in cui la sanità, come sappiamo, lascia molto a desiderare, mi chiedo se non sarebbe meglio fare prima un piano regionale, per non parlare di quello nazionale, per capire se è davvero necessario impiegare fondi, energie,

operatori più o meno volontari, per affrontare una situazione che coinvolge una serie di persone ma, in fondo, un numero limitato.

Quanto poi al problema della domanda delle donne non possiamo dimenticare che si tratta di una domanda che viene fatta alla medicina e che va reinterpretata. Spesso nella nostra cultura tutte le difficoltà vengono incanalate verso la medicina ma spesso le risposte non dovrebbero essere quelle mediche. Allora dire "ma le donne lo vogliono" non credo sia corretto perché si dice anche "le donne vogliono il cesareo". Allora: dove è la domanda indotta e dove è la risposta giusta? Dov'é che la medicina risponde: "questo non è compito mio" e dove "sì è compito mio perché riguarda la patologia".

Un'altra annotazione sull'amniocentesi: è vero che in Danimarca e in molti altri paesi c'è un abbassamento dell'età dell'amniocentesi, però proprio qui a Cagliari, quattro anni fa, abbiamo avuto la bravissima ostetrica dell'O.M.S. che vive in Danimarca, la quale rilevava come ciò sia un errore che anche l'Organizzazione mondiale della sanità sta cercando di combattere. L'OMS ha lanciato un grosso progetto internazionale e una campagna sulla promozione della salute, ma questo non vuol dire medicalizzare tutto.

Antonio Cao — Io non parlavo di donne che non avevano avuto problemi. Il mio discorso, riguarda donne che corrono il rischio, per il 25%, di avere figli malati e che erano passate, per poter avere un figlio sano, attraverso ripetute esperienze di aborti.

A queste donne è stato chiesto "Se domani esistesse una nuova tecnica che comporta notevoli rischi in termini di fallimento, tu preferisci fare questo o fare quest'altro?". La risposta è stata rivolta più verso l'utilizzo di queste nuove tecniche e la ragione emersa dal colloquio era: "Perché non voglio l'aborto". Allora di fronte alla richiesta di una donna che non vuole l'aborto e preferisce fare qualche altra cosa, io ricercatore voglio aiutare le donne che non vogliono l'aborto ma vogliono comunque un figlio sano.

A proposito dell'amniocentesi non mi trovo d'accordo con le posizioni dell'OMS perché il problema dell'amniocentesi ha subìto una variazione in funzione del benessere di un popolo. È chiaro che quando un popolo ha l'obiettivo di avere uno o due figli sani, è pronto ad esplorare tutte le possibilità. Purtroppo occorre aggiungere che le persone

credono in genere che facendo l'amniocentesi, si risolvano i loro problemi, mentre esistono tante malattie, tante anomalie, tante aberrazioni che non sono diagnosticabili.

Quindi, voglio capire se la scelta dell'OMS valuta questi problemi, anche perché se consideriamo i costi benefici della richiesta e se si tiene conto del fatto che le mappe cromosomiche verranno automatizzate, è presumibile che il costo si ridurrà enormemente, e che nel futuro 1990/95 l'amniocentesi sarà estesa a tutte le donne.

Credo che chiunque combatta contro tutto questo faccia una battaglia di retroguardia, a meno che la ricerca non porti ad individuare, come ho detto prima, delle categorie a rischio che aumentino in modo enorme la possibilità di fare un discorso selettivo.

Se questo avverrà sarà un bene, anche perché poi faremo la diagnosi di aberrazioni cromosomiche non con l'uso della mappa, ma con il DNA, con una rapidità enorme su una sola cellula.

Franca Pizzini — Non nei confronti del ricorso che si prospetta dello *screening* di massa che, da un certo punto di vita, potrebbe essere positivo perché oggi abbiamo una domanda ridotta alla quale non sappiamo dare una risposta e questo crea delle ansie effettivamente sulla maggior parte dei Centri, compresa la Mangiagalli. È vero che le donne dai trentotto anni in avanti, anche quelle di trentaquattro o trentacinque anni, rientrano nelle categorie che, con ogni mezzo, cercano di farsi eseguire un'amniocentesi e che da questo punto di vista lo *screening* di massa potrebbe essere visto positivamente. Ma se io penso alla situazione degli Stati Uniti in cui si ha la possibilità di eseguire lo *screening* perché ci sono rimborsi dalle assicurazioni e dalle ditte che addirittura incentivano le loro dipendenti creando un grosso gap tra le donne di razza nera, o socialmente di categoria inferiore, che non riescono a sostenere le spese per queste tecniche.

Sono anch'io convinta che sia meglio non mettere al mondo un Down però c'è molta rigidità in questo campo e un rifiuto sempre più forte nei confronti dell'handicappato. L'amministrazione Reagan e adesso Bush, come credo, sta tagliando i fondi per l'assistenza sociale agli handicappati e alle classi socialmente povere e questi fondi vengono indirizzati all'applicazione, per esempio, dello *screening* di massa che comunque non può risolvere tutti i problemi perché è vero che moltissime malattie sono diagnosticabili, ma non tutte.

Un'ultima cosa che volevo dire è che nel frattempo ci dimentichiamo che aumentano le mutazioni perché aumenta l'inquinamento ambientale.

Antonio Cao — Forse sono stato frainteso. Non è che io sia favorevole allo *screening* di massa, ho detto che questo è l'andamento, che il mondo cammina così; potremmo poi analizzare il perché e il per come, però, quando parlo con una donna di questi problemi, lei mi risponde "io il figlio lo voglio, e lo voglio sano", e su questo non ci sono dubbi.

L'aumento delle malattie genetiche è quello che è, rimarranno quello che sono perché purtroppo ce le trasmettiamo, arrivano e riarrivano, ma non esiste un aumento rispetto al livello di base.

Franca Pizzini — C'è un aumento della sterilità.

Antonio Cao — Questo è molto difficile da chiarire, al momento attuale, non ci sono prove. Sono uno che bada ai fatti, ai numeri e i numeri non dimostrano questo.

Luigi Sionis — Dopo Hiroshima e Nagasaki, poi dopo Chernobyl, si è parlato di fughe radioattive. Se ne è parlato con la diossina e questa è la prima generazione che subisce l'insulto.

Antonio Cao — Praticamente non ci sono prove che le generazioni sopravvissute a Hiroshima e Nagasaki abbiano prodotto più malformazioni delle altre; invece ci sono prove che siano aumentati i casi di cancro, ma non mutazioni di altro tipo.

II SEZIONE

PROBLEMATICHE SOCIOLOGICHE FILOSOFICHE ED ETICHE DELLE TECNOLOGIE RIPRODUTTIVE

RELAZIONI

I movimenti internazionali delle donne e le tecniche riproduttive

Franca Pizzini

Mi sembra molto appropriato aver dato a questo convegno il sottotitolo *Problematiche delle tecnologie riproduttive*. Infatti se si parla di tecnologie riproduttive si coinvolgono nel discorso tutte le tecnologie relative alla riproduzione, quelle del concepimento (di cui molto oggi si discute) ma anche quelle relative alla contraccezione, alla gravidanza e al parto. Queste ultime sono state da lungo tempo messe in discussione dal movimento di opinione e di operatori che in vari paesi ha criticato l'eccessiva medicalizzazione di questi eventi non solo medici.

Quindi è molto corretto parlare di tecnologie riproduttive, senza distinguere a priori quelle del concepimento (le cosiddette Nuove Tecnologie Riproduttive, NTR) dalle altre. Ciò permette di inserirle in una prospettiva storica e sociale che ne offre una maggiore comprensione e che possiamo sintetizzare con la frase «processo di medicalizzazione della riproduzione».

Tale processo è iniziato almeno due secoli fa con l'ingresso della medicina su una scena, come quella della nascita, che era fino ad allora dominata dalle donne e si era svolta tra le mura domestiche. L'ingresso della medicina ha portato un passaggio di competenze da mani femminili a mani maschili, dalla casa all'ospedale e un allargamento del campo di competenza medica dalla nascita a tutti gli altri momenti della vita riproduttiva.

Recentemente tale allargamento è arrivato a comprendere il concepimento stesso, permettendo alla medicina di sopperire con le proprie tecnologie alle carenze della natura, dando luogo a una ulteriore divisione tra sessualità e procreazione, già iniziata con la contraccezione.

Inserire le tecnologie del concepimento dentro tale processo ci permette:

A) di rilevare come alcune di esse non siano affatto *nuove* (ad esempio la cosiddetta madre surrogata o l'inseminazione artificiale;

B) di comprendere il legame che esiste nello sviluppo dell'ostetricia-ginecologia tra le diverse tecnologie. Ci sono stati cioè dei momenti di sviluppo delle TR che hanno fatto fare un salto qualitativo alla discipli-

na, alla sua organizzazione e istituzionalizzazione. Per esempio, oltre alla già citata medicalizzazione della nascita, ricordiamo un altro momento fondamentale nel nostro secolo, determinato dall'utilizzo dei contraccettivi su larga scala, pari a quello più recente determinato dall'invenzione della FIV (Fecondazione in vitro).

La FIV necessita di farmaci e strumenti quali il monitoraggio ultrasonico, la superovulazione tramite ormoni e gli interventi chirurgici per l'inseminazione artificiale che sono correlati all'espansione di altre TR, quali l'amniocentesi, il prelievo dei villi coriali e l'ecografia.

In sostanza l'applicazione di nuove tecnologie al concepimento ha dato la spinta a una intensa attività nel campo delle tecnologie della riproduzione. L'ingegneria genetica, il congelamento di embrioni, la donazione di ovuli femminili ecc. sono correlate a molte altre tecnologie riproduttive.

Si possono oggi dividere le tecnologie riproduttive in quattro gruppi e vedere le loro correlazioni.

1) Tecnologie del concepimento.

2) Tecnologie del controllo della fertilità, cioè tecnologie della contraccezione.

3) Tecnologie del controllo prenatale e della gravidanza (ecografia, ultrasuoni, amniocentesi).

4) Tecnologie di assistenza al travaglio e al parto.

Detto questo ci concentreremo ora sulle *tecnologie del concepimento* che, alterando le frontiere tra biologico e sociale e richiedendo alla decisione umana ciò che prima era lasciato al destino biologico, politicizzano ulteriormente le questioni riguardanti la sessualità, la riproduzione, la genitorialità, la famiglia (Stanworth, 1987, Introduzione).

Tali tecnologie hanno perciò coinvolto nel dibattito movimenti di donne di vari paesi e ricercatrici e studiose femministe che hanno sollevato un particolare ordine di problemi. Esso riguarda i seguenti interrogativi:

— dal momento che le donne continuano a essere definite dalla loro capacità riproduttiva dal loro ruolo genitoriale, che impatto avranno le cosiddette NTR sulla riproduzione e sulla vita delle donne? Sono esse un mezzo di liberazione oppure di oppressione per le donne? Cosa significa la salute delle donne, sui corpi delle quali queste tecnologie vengono principalmente utilizzate da medici in prevalenza maschi? Più scelta e potere per le donne o una nuova possibilità per i medici e gli uomini

di scienza di controllare la riproduzione umana? La preoccupazione dei vari movimenti di donne è che, attraverso le NTR e l'ideologia che le anima, gli uomini tentino di appropriarsi della capacità generativa delle donne.

Per rispondere a questi tipi di quesiti si è creato un movimento internazionale di donne, il cui raggruppamento più numeroso e conosciuto si chiama FINRRAGE (Feminist International Network of Resistence to Reproductive and Genetic Engeneering) e si è organizzato in convegni e seminari a partire dal 1984 in Germania, a cui si sono unite donne provenienti dall'Australia, Francia, USA, Canada, Paesi Scandinavi, Regno Unito, e che ha oggi la sua sede principale a Londra.

Vari altri raggruppamenti di donne esistono su questi temi e soprattutto esistono ricercatrici e autrici femministe che lavorano da tempo a un rovesciamento dell'ottica prevalente in questo campo. Molto importanti, oltre agli appuntamenti del FINRRAGE, sono stati il *Forum International sur les nouvelles technologies de la réproduction humaine*, tenutosi a Montreal nel 1987 (vedi AA.VV., *Sortir la maternité du laboratoire*, 1988) o il *Women's World Congress* di Dublino che ha posto il problema in una sezione apposita. Dal 1988 esce una rivista sull'argomento, che raccoglie scritti e esperienze femministe di vari paesi (vedi Reproductive ecc., 1988).

Anche in Italia, seppure in ritardo rispetto alla realtà sociale, ci si sta muovendo nella direzione di un dibattito che vede attiva una parte del movimento delle donne. Ne sono esempio alcuni convegni, seminari, pubblicazioni di donne sull'argomento (AA.VV., *Madre Provetta*, 1988).

I punti centrali su cui si basa il rovesciamento dell'ottica corrente da parte delle donne sono i seguenti: 1) Si pone l'accento sul *contesto sociale* in cui le NTR hanno luogo. Sia il contesto di discriminazione verso le donne esistente nelle nostre società, che fa presupporre l'impossibilità di una «libera scelta» individuale, sia il contesto ambientale e sociale più vasto.

Si sa poco delle cause della crescente sterilità in molti paesi industrializzati: le femministe invitano la ricerca a rivolgersi più ai modi di vivere e di lavorare che alle singole sterilità. Si sa che il degrado ambientale in cui viviamo, l'avvelenamento dell'aria e dell'acqua è da collegare alle cause di sterilità, anche se pochissima ricerca viene fatta in questa direzione, preferendo invece aumentare il controllo medico sulla

riproduzione. L'invito perciò è a capire le cause reali della sterilità, che vengono coperte dall'ideologia medica, denunciando anche una causa di sterilità di cui non si parla mai, quella iatrogenica chirurgia addominale variamente usata, endometriosi mal curate, tagli cesarei non necessari, certi tipi di contraccettivi, sono tutte cause possibili di sterilità.

La critica agli uomini di scienza riguarda il fatto di utilizzare il denaro pubblico per la ricerca sulle tecnologie del concepimento, senza approfondire le cause della sterilità che sono sociali, economiche, ambientali, prima che fisiche e individuali.

Ma le tecnologie riproduttive rappresentano un vero business per l'industria farmaceutica e biotecnologica, su cui alcune ricercatrici hanno fatto conti particolareggiati, dimostrando che il cuore di tale business è rappresentato dalla FIV, che necessita, come abbiamo visto, dell'apporto di farmaci e strumenti. (Arditti, in AA.VV., *Sortir ecc.*, 1988).

Il grande impegno di ricercatori medici, il dispendio di mezzi e di strutture viene messo a confronto coi risultati ottenuti: è stato documentato da ricerche convincenti che le tecnologie del concepimento sono a tutt'oggi in grado di rispondere solo per il 7% dei casi alla domanda dei soggetti sterili che si rivolgono ai centri specializzati. Su questo dato erano concordi tutti i ricercatori presenti al FORUM di Montréal e non solo le rappresentanti dei gruppi femministi.

2) Il rovesciamento dell'ottica corrente sulle NTR diventa *critica femminista alla scienza* e alla risonanza che questa ha nei mass-media. Si rimprovera ai mass-media l'attenzione a singole storie di successo, senza rilevare le implicazioni delle NTR per le donne come gruppo. Si critica chi presenta i problemi collettivi come risolvibili privatamente, senza badare all'etica sottostante, chi plaude al «bambino voluto», alla «famiglia normale» senza vedere come viene attaccata l'integrità psicofisica delle donne e quali problemi di normalizzazione e di rifiuto degli handicappati pongono le NTR.

Su quest'ultimo punto c'è molto dibattito perché l'ottica del «bambino a tutti i costi» ha come conseguenza quella del bambino «perfetto», costruito in provetta, senza possibilità di errori ed è accusata di eugenismo.

La critica alla scienza che sta dietro questo dibattito è assai ampia: la scienza viene vista come una impresa maschile, impregnata di una ideologia di dominazione e controllo della natura. Per questa scienza l'unico modo di conoscere e relazionarsi alla natura è l'*oggettività*, men-

tre la critica femminista mette in dubbio la nozione stessa di oggettività scientifica, ritenendo che la scienza non possa essere neutra e imparziale, così come la tecnologia che essa produce. Viene rivendicata una soggettività che tradizionalmente è stata vista con sospetto come femminile, a confronto con una oggettività maschile tendente alla perfezione. Viene così prefigurato un nuovo rapporto tra scienza e natura fondato sul rispetto, l'equilibrio, l'integrazione (Fox Keller, 1987).

La critica alla scienza e alla tecnologia ha come esempio, nel nostro caso, la lunga storia dell'abuso, da parte degli scienziati, del corpo delle donne.

Essa sostiene che la scienza legata alla riproduzione ha prodotto e sperimentato sui corpi femminili vari farmaci e tecnologie che comportano rischi e che ciò deve rendere le donne caute nell'accettazione delle NTR come non rischiose per sé e i propri figli.

È stato più volte fatto l'esempio della Des, un farmaco somministrato tra il 1949 e il 1971 alle donne incinte contro la minaccia di aborto, che ha prodotto cancro alla cervice addirittura alle figlie di queste donne. Associato a questo, altri esempi vengono fatti sui rischi delle NTR. molto ricorrente la denuncia degli ormoni usati per stimolare la superovulazione, ormoni che favorirebbero l'insorgere del cancro nelle donne sottoposte a tale trattamento.

3) Il terzo punto del rovesciamento d'ottica posto da una prospettiva femminista internazionale è una visione mondiale di un fenomeno che ha sempre meno confini.

Le NTR si inseriscono sulla scena mondiale rispetto al problema dello sviluppo e del sottosviluppo: esse assumono fisionomie particolari se esportate nel terzo mondo dai paesi che ne sono produttori.

Ne sono un esempio la sterilizzazione di massa in paesi in cui il tasso di natalità è considerato troppo alto, oppure l'aborto selettivo per sesso in seguito alla sua predeterminazione.

In India, ad esempio, quello che una volta era genocidio perpetrato nei confronti delle neonate femmine si è trasformato oggi, con l'aborto dei feti femmine, in feticidio.

Un ipotetico ma non lontano commercio tra nord e sud del mondo attraverso la FIV fa prevedere che le donne nere partoriscano i figli delle donne bianche che queste non vorranno più fare; cioè che le madri surrogate si trovino a poco prezzo nei paesi in via di sviluppo, dando

luogo a quella «prostituzione riproduttiva» su larga scala che viene denunciata come aggiuntiva della «prostituzione sessuale» già ricca di scambi internazionali a senso unico.

4) Un ultimo, ma non meno importante, rovesciamento di ottica sulle NTR, riguarda la *critica della maternità* e della riproduzione femminile. Da queste posizioni, che qui accenneremo solo per punti, si prefigura già la formazione di un'*etica femminista*, su cui si ritiene che il lavoro vada approfondito.

I nomi ricorrenti a questo proposito sono Adrienne Rich e Mary O'Brien. La prima è nota e tradotta anche in Italia, la seconda meno. Viene citata per la sua critica della cultura patriarcale e della politica della riproduzione. M. O'Brien (O'Brien, 1984) sottolinea il *rapporto discontinuo* che gli uomini hanno con un processo che si sviluppa fuori di loro e fuori dal loro controllo: pone l'invidia e la paura del potere di generare delle donne come l'elemento chiave del desiderio storico di subordinarle. La maternità perciò diventa uno dei valori primari da proteggere nella resistenza al potere patriarcale, come forza unificatrice di pensiero e esperienza.

Altre femministe centrano la loro critica sullo stereotipo materno e la maternità associata alla femminilità, che starebbero alla base del desiderio di un «figlio a tutti i costi» per le donne. Denunciano le molte divisioni cui le donne sono sottoposte e i falsi schieramenti cui sono obbligate: nel nostro caso donne madri contro donne sterili viste come incomplete.

A ciò fa eco il rifiuto di parcellizzazione della maternità, una maternità che con le NTR qualcuno ha definito *deflagrata*. Le sue quattro funzioni infatti (dopo d'ovulo, gestazione, allattamento, maternage) possono essere effettuate da quattro donne diverse. Ciò pone un problema di «arcaismo» della maternità stessa, della donna come riproduttrice biologica della specie, della famiglia attuale.

Le NTR, d'altro canto, continuano a sottolineare della famiglia e della genitorialità l'importanza del legame genetico. L'etica femminista è critica sull'importanza di tale legame nella filiazione, ritenendo che un rapporto di adozione o di cura dei bambini debba essere valorizzato anche al di fuori di esso.

Viene quindi fatta una critica alla medicina, che riduce la genitorialità a una dimensione biologica. A ciò si collega il dibattito a proposi-

to delle anomalie genetiche dei figli, prevedibili con le NTR, e su l'accettazione o meno di un bambino handicappato cui accennavo più sopra.

In sostanza l'etica femminista emersa si fa forte dei seguenti punti critici verso coloro che dibattono di bioteca e NTR da un punto di vista non femminista:

1) ci si concentra in discussioni metafisiche sullo statuto giuridico del feto e si fa poca attenzione alla posizione della madre.

2) si danno per scontati certi presupposti: ad esempio che il trattamento della sterilità è legittimo per le donne eterosessuali e sposate.

3) C'è poca attenzione per il benessere reale di donne e bambini: ad esempio non si citano mai i rischi e le sofferenze fisiche e psichiche che sopportano le donne sottoposte a FIV.

Più voci di donne sostengono la necessità di una moratoria delle sperimentazioni scientifiche e al tempo stesso stanchezza e delusione per l'incapacità di questa scelta a sollecitare decisioni e regolamentazioni (scientifiche, etiche, legali).

La validità dei comitati etici istituiti in diversi paesi viene messa in discussione perché il loro apporto di riflessione e di proposta, oltre a procedere in modo separato dalla ricerca delle donne, si rivela inadeguato ai fini che le stesse perseguono.

Ciò che appare come embrione di un'etica femminista non si può forse ancora definire come tale, certo è che il dibattito su questo aspetto è molto sentito soprattutto dalle donne del Nord-America. In sostanza esiste un atteggiamento molto duro e critico verso le tecnologie mediche, una contrapposizione a priori verso il mondo medico sentito come potere maschile, che ha sicuramente una valenza politica rilevante.

Sembra invece più carente la comprensione di questo mondo medico e dei suoi meccanismi sia interni che di rapporto con le donne. Allo stesso modo è carente la ricerca sulle cause psicologiche, le pressioni sociali, pur riconosciute importanti, per cui le donne sterili si rivolgono ai tecnici delle NTR e con essi in qualche modo «colludono». Benché venga continuamente ripetuto che non bisogna creare divisioni tra donne madri e non madri, fertili e sterili, può esistere di fatto una incomprensione che rende difficile il dialogo.

In conclusione per meglio comprendere il dibattito bisogna rifarsi alle due principali correnti di pensiero femminista sulle maternità.

Una individua la base dell'oppressione delle donne nella maternità, quindi va bene tutto ciò che rappresenta una liberazione da questa (contraccezione, aborto, riproduzione artificiale).

Per la seconda corrente di pensiero, la maternità rappresenta il punto della differenza tra uomini e donne su cui si basano i rapporti di potere. Punto nevralgico su cui le donne devono rivendicare un controllo legittimo. Il fine non è l'eguaglianza con gli uomini, ma la trasformazione della società, la riappropriazione della maternità come fonte di valori e di potere per le donne. Ciò ha prodotto il movimento per la salute delle donne e la lotta alla medicalizzazione della vita riproduttiva.

In Italia tale diversità di pensiero si è coagulata nei due filoni di movimento delle donne che si rifanno l'uno alla "cultura del corpo e del suo immaginario" e l'altro alla "pratica della differenza sessuale". Il secondo è apparso più conosciuto e dibattuto negli ultimi anni e ha posto in ombra il primo che tanta parte ha avuto nel movimento degli anni '70.

Tale movimento infatti era iniziato coi gruppi di autocoscienza che ponevano la sessualità tra i temi principali di autoriflessione delle donne sulla loro condizione e aveva visto nei centri di *self-help* un momento di realizzazione importante.

Solo in anni recenti però i diversi filoni del femminismo italiano hanno dovuto confrontarsi col tema della scienza, già invece molto dibattuto nei paesi anglosassoni, e io credo che questo apra, anche da noi, nuove possibilità di aggregazione e di riflessione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AA.VV., Actes du colloque: *Génétique, Procreation et Droit*, Paris, Huber Nyssen Editeur, 1985.

AA.VV., Atti del Convegno: *Madre provetta*, Bologna 10, 11, 12 giugno 1988.

AA.VV., *De la Parente a l'Eugenisme* in "Les Cahiers du Griff", n. 36, 1987.

AA.VV., *Fecondazione in vitro* (Dossier), in "La nuova Ecologia", giugno 1988.

AA.VV., *Le Culture del Parto*, Milano, Feltrinelli, 1985.

AA.VV., *Le Nuove Tecnologie Riproduttive* in "Democrazia e diritto", n. 4/5, 1988.

AA.VV., *Les Procreations Artificielles* , Rapport au Premier Ministre, Collection des Rapports Officiels, Feb. 1986.

AA.VV., *Procreare verso il 2000*, in "Donne Parlamento e Società", n. 10 nov. 1987.

AA.VV., *Sciences Documentation sur la Recherche Féministe*, vol. 15, 3 nov. 1986.

AA.VV., *Sortir la Maternité du Laboratoire*, Actes du Forum International sur Les Nouvelles Technologies de la Reproduction organisé par le Conseil du Status des Femmes et tenus à Montreal les 29, 30 et 31 Octobre 1987, a l'Université Concordia, Ateliers Graphiques Marc Veilleux Inc., Cap. Saint Ignace, QUE, 1988.

ARDITTI R., DUELLI KLAIN R., MINDEN S. (a cura di) Test-Tube Women: what future for matherhood?, London, Pandora Press, 1984.

BADINTER R., *Les droits de l'homme et le progrès medicale* in "Le Débat", n. 36, 1985.

BANGONE G., *Le coppie sterili*, in "Il Manifesto", 28 maggio 1988.

CACCIARI C., PIZZINI F., (a cura di), La donna paziente: modelli di interazione in ostetricia e ginecologia, Milano, Unicopli, 1985.

COLOMBO G., PIZZINI F., REGALIA A., *Mettere al mondo*, Milano, F. Angeli, 1985.

COREA G., *Fecondazione in vitro: una trappola per le donne*, in "La nuova Ecologia", aprile 1988.

COREA G., DUELLI KLEIN R., (a cura di), Man-Made Women: how new reproductive technologies affect women, London, Hutchinson, 1985.

COREA G., *The Mother Machine: reproductive technologies from artificial insemination to artificial womb*, New York, Harper and Row, 1985.

DANCHIN A., *Nature ou culture*, in "Le Debat", n. 36, 1985.

DE VILAIN A., GAVARINI L., LE COADIC M. (a cura di) Maternité en mouvement, Presse universitaire de Grenoble, 1986.

ESCOMEL G., *Sterilité: jusqu'où faut-il aller pour avoir un enfant?* in "La Gazette des Femmes", 29 oct. 1987.

FOX KELLER E., *Sul Genere e la Scienza*, Milano, Garzanti, 1987.

GIANNINI BELOTTI E., *Le nuove madri e i nuovi padri* in *Ritratto di famiglia degli anni 80*, Bari, Laterza, 1981.

HERITIER-HAUGE F., *La cuisse de Jupiter*, in "L'Homme", n. 94, 1985.

KITZINGER S., *Donne come madri*, Milano, Bompiani, 1980.

LABORIE F., *Procreation et filiation*, in "L'Homme", n. 95, 1985.

LANFRANCHI V., FAVI S., (a cura di), *Figli della scienza*, Roma, Editori Riuniti, 1988.

LORENZETTI L., *Etica e manipolazione genetica*, in "Il Mulino", n. 3, 1985.

MARY O'BRIEN, *The politics of reproduction*, 1984.

PIZZINI F., *Le nuove tecnologie riproduttive: gli interrogativi del femminismo*, in "Democrazia e Diritto", n. 4/5, 1988.

PIZZINI F., *Procreazione artificiale, un desiderio muto*, in "SE, Scienza Esperienza", n. 46, anno 5, giugno 1987.

PRODI G., *Ingegneria genetica tra biologia e filosofia* in "Il Mulino", n. 3, 1985.

REISER STANLEY J., *La medicina e il regno della tecnologia*, Milano, Feltrinelli, 1983. Introduzione di Manacorda P. *Reproductive and Genetic Enginnering, Journal of International Feminist Analysis*, New York, Oxford, Pergamon.

RIFKIN J., *La transizione dall'età industriale all'era delle biotecnologie*, di Federazione Università Verdi Italia, Gruppo Parlamentare Verde, Federazione Liste Verdi, 1987.

ROTHSCHILD J., (a cura di), *Donne, Tecnologia e Scienza*, Torino, Rosemberg e Sellier, 1986.

SBISÀ M., (a cura di), *I figli della scienza*, Milano, Emme, 1985.

SINGER P., *The Reproduction Revolution*, Oxford, Oxford University Press, 1984.

STANWORTH M., (a cura di), *Reproductive Technologies*, Cambridge, Polity Press, 1987.

TESTART J., *L'oeuf transparent*, Paris, Ed. Flammarion, 1986.

TOGNETTI BORDOGNA M. (a cura di), *I confini della salute*, Milano, F. Angeli, 19VEGETTI FINZI S., *La maternità negata* in "Memoria", n. 7, 1983.

VENTIMIGLIA C., (a cura di), *La famiglia moltiplicata*, Milano, F. Angeli, 1988.

Scenari dell'immaginario

Silvia Vegetti Finzi

Una ragazza diciannovenne, romana, è stata fecondata artificialmente con il seme del convivente della madre ed ora ci parla di questa sua esperienza, con toni di normalità disarmante, dagli schermi televisivi. È accaduto recentemente, come ricorderete, nel corso della trasmissione di Sergio Zavoli "Viaggio intorno all'uomo". Poco prima ha preso la parola — assumendo vesti di intransigente moralista — un ginecologo che si scoprirà più tardi essere l'autore dell'intervento.

Se prendo le mosse da questo episodio estremo per discutere con voi sugli aspetti psicologici della fecondazione artificiale, è perché si rendono qui evidenti dinamiche che altrove rimangono soggiacenti e poco leggibili.

Innanzitutto mi sembra centrale il tema del desiderio. Chi desidera il bambino che nascerà da questa fecondazione intrafamiliare? Il fatto che la risposta non sia immediata ci è utile per problematizzare un luogo comune: quello secondo cui il desiderio riproduttivo sia sempre e comunque di pertinenza della madre.

Nei dibattiti sull'argomento si sta discutendo se sia lecito o meno volere un figlio "a tutti i costi"[1]. Quanto ai costi è evidente che essi ricadono soprattutto sulle spalle della donna. E sono costi esosi se si pensa alla tensione emotiva che le manipolazioni fecondanti comportano, all'altissimo rischio di incorrere in una grave frustrazione per i frequenti insuccessi dell'impresa, oltre alle conseguenze organiche che la terapia ormonale intensiva comporta, e alla riduzione della socialità, della sfera degli interessi e degli scambi, dovuta alle costanti sedute ambulatoriali.

Se è chiara l'attribuzione del termine "a tutti i costi" non lo è altrettanto quella del "volere". Nel caso che stiamo esaminando, ad esempio, la figlia ha accettato di essere inseminata per rispondere ad un desiderio della madre. È la madre, che, stando alle sue stesse parole, nonostante abbia già due figli grandi — nati dal suo precedente matrimonio — desidera un terzo figlio dal suo attuale convivente, più giovane di lei e senza figli propri.

Poiché questa donna non riesce ad esaudire questo desiderio per infertilità del suo corpo, delega il compito alla figlia.

La figlia dunque si accinge a partorire un bambino per la madre che vuole un figlio per il suo convivente, o meglio che crede che il suo uomo desideri diventare padre. Come si vede il desiderio è sempre "desiderio dell'altro" nei due sensi: perché viene attribuito all'altro e perché si chiede all'altro, in questo modo, di amarci.

Il vantaggio secondario della figlia si colloca a livello delle fantasie inconsce della prima infanzia. Da tempo la psicoanalisi ha scoperto che le bambine durante la prima infanzia (all'età di due-tre anni) immaginano di fare un bambino con e per la madre.

In questo modo la bambina prende il posto della madre amata e invidiata per il suo potere riproduttivo e passa dalla posizione passiva di essere generata a quella attiva di essere generante.

La ragazza — nel corso dell'intervista — ci appare stranamente lontana, come trasognata, perché sta vivendo un gioco. Sta realizzando la fantasia di maternità che si sottende al più precoce gioco della bambola. Il fatto che il bambino non sarà suo la autorizza a vivere la gestazione nella forma "del come se", della finta, del "facciamo che io ero la mamma" con cui inizia il giocare dei bambini.

Questo "bambino bambola", questo "figlio per finta" è destinato a non diventare mai un figlio reale per la propria madre. Se scattasse un riconoscimento in questo senso tutta l'impalcatura degli scambi verrebbe meno. È il dilemma che si pone a tutte le "madri portanti", a quelle donne che hanno noleggiato il loro utero ma non la loro mente. Ma è possibile scindere impunemente il corpo dallo psichico? Sappiamo che la frattura mente-corpo contraddistingue la schizofrenia. È giusto e legittimo progettare una situazione così patogena? Se la gestante in affitto elabora un rapporto reale con il bambino che è in lei, se riconosce i legami che si sono stabiliti, entra inesorabilmente in conflitto con la madre sociale, con colei che desidera il figlio. Si rende allora necessario, per la fluidità degli scambi che il nascituro abbia uno statuto puramente fisiologico con la madre naturale, puramente psicologico con la madre sociale. È dimostrato però che durante la gestazione accadono avvenimenti decisivi per il futuro del bambino. Madre e figlio funzionano all'unisono: le emozioni dell'uno sono le emozioni dell'altro. Durante il sonno, le registrazioni dei ritmi cerebrali rivelano un andamento sovrapponibile: madre e figlio dormono e sognano in-

sieme. I pensieri che la madre rivolge intenzionalmente al bambino stabiliscono un dialogo che incide sulle condotte stesse del feto. È provato che il nascituro sente le voci delle persone che gli stanno intorno e riconosce tra tutte quella della madre[2]. La grande psicoanalista francese Francoise Dolto, da poco deceduta, racconta di come era riuscita, durante un difficile frangente, nel corso dell'occupazione nazista di Parigi, a calmare il piccolo che scalciava disperato dentro di lei rivolgendogli un discorso tranquillizzante[3]. Il dialogo madre-figlio non si stabilisce, come si credeva, alla nascita di quest'ultimo ma inizia nel momento stesso in cui la donna riconosce l'esistenza di un altro che vive in lei.

Anzi, la nascita rappresenta un momento di crisi in questo rapporto privilegiato, perché il bambino reale — esterno al corpo materno e relativamente indipendente da esso — può risultare estraneo se rapportato al bambino fantastico immaginato per tanti mesi. Si tratta di collegare il rapporto nascente a quello preesistente, ristabilendo una continuità che il parto ha momentaneamente infranto. Nel corso della gestazione il neonato ha già comunque sperimentato una forma di comunicazione anticipatoria rispetto a quella del mondo esterno, ha già elaborato, come insegna Bion, forme protomentali di pensiero. Si tratta di tensioni corporee, di forme primordiali di mentalizzazione dell'esperienza, comunque essenziali al futuro dello sviluppo cognitivo ed affettivo[4].

Ora nel caso di "gestazione a nolo" i casi sono due: o la madre si sottrae al pensare col feto, e questi resterà privo di supporto in tal senso, o la madre stabilirà un contatto profondo e valido. Nel secondo caso entrambi saranno destinati a soffrire la separazione prematura e violenta della loro relazione.

Mi sembra, con questi pochi accenni, di aver problematizzato il rapporto madre-figlio quanto basta per evitare semplificazioni di giudizio o permissività di comodo.

Ritornando alla nostra situazione di partenza, vorrei soffermarmi un poco anche sulla figura della madre che ha commissionato il figlio. Deve essersi precedentemente scontrata con una pesante frustrazione: la sua sterilità. Le donne sentono come una grave ingiustizia biologica il fatto che la loro fecondità è limitata nel tempo mentre quella maschile è coestesa alla vita stessa dell'individuo.

La sterilità assoluta (non poter avere figli) o relativa (non poter avere un altro figlio) comporta sempre una umiliazione del narcisismo dell'individuo.

Scrive Freud *(Introduzione al narcisismo)*: "Nel punto più vulnerabile del sistema narcisistico — l'immortalità dell'Io che la realtà mette radicalmente in forse — si ottiene sicurezza rifugiandosi nel bambino. L'amore parentale, così commovente e in fondo così infantile, non è altro che il narcisismo dei genitori tornato a una nuova vita; tramutato in amore oggettuale, esso rivela senza infingimenti la sua vera natura"[5]. Freud collega dunque il desiderio riproduttivo con l'angoscia di morte, con la nostra impossibilità di accettare la fine del nostro Io. Sottolinea inoltre come il termine "riproduzione" vada inteso alla lettera: come replicazione di sé.

È quindi un desiderio onnipotente di superare i limiti che la biologia impone alla nostra vita che ci spinge a desiderare una esistenza ad un tempo uguale e ulteriore alla nostra. In questo senso la riproduzione umana istituisce il vivente in una genealogia. Ma vi è anche un altro livello in cui opera la riproduzione ed è quello, impersonale, della continuazione della specie. Qui il soggetto non è più l'individuo ma il germe vitale che, passando di corpo in corpo, garantisce la perpetuità della materia vivente[6]. A questo livello, la morte dell'individuo è la condizione necessaria alla sopravvivenza della specie. Giocano quindi, nella generazione, due livelli: l'uno contraddistinto dal massimo di individualità, di egoismo narcisistico, l'altro dal massimo di impersonalità, di genericità, proprio nel senso che l'interesse della riproduzione verte sulla umanità non sull'uomo.

La coesistenza dei due registri si rende evidente nelle storie di vita degli individui dove la generazione appare ora come un progetto razionale e cosciente, ora come una necessità assoluta e incomprensibile. Talora la filiazione può presentarsi come un evento casuale successivamente razionalizzato, talaltra come una intenzionalità successivamente smentita. Una cosa sola è chiara: la complessità di questo desiderio, posto all'incrocio della soggettività e dell'anonimia del vivente, della cultura e del biologico.

Ora la medicina riproduttiva trasforma questo desiderio con profonde e ramificate radici inconsce in una domanda lineare di intervento fecondativo. Tutta la complessità e la intrinseca contradditorietà del desiderio viene misconosciuta a favore di una contrattualità professio-

nale univoca. Il medico e il biologo si rifiutano o semplicemente omettono di interrogarsi sulla richiesta di fecondità loro avanzata perché in tal modo si sottraggono al rischio di interrogarsi sulla loro risposta. È evidente che la fecondazione artificiale non è una terapia (perché il corpo rimane infecondo) ma una tecnologia sostitutiva. Sempre più l'atto generativo viene duplicato al di fuori dei corpi in una zona extraterritoriale. Alla rottura degli spazi corporei corrisponde una deflagrazione dei tempi biologici. La conservazione per il congelamento del materiale riproduttivo consente di generare post-mortem; sono noti casi di gemelli nati in tempi successivi; è stato inviato in un satellite artificiale sovietico un campione di embrioni pronti ad essere utilizzati in caso di catastrofe mondiale. È evidente che la miriade infinita di conseguenze alimenta, negli scienziati, una fantasia di onnipotenza che collude con quella parentale. Oggetto di questa onnipotenza è, da un capo e dall'altro, la vita, il nemico la morte. Nel caso delle biotecnologie, l'intervento umano si opera sull'evento generativo stesso, sulle sorgenti della vita umana.

Dal punto di vista dell'inconscio e della sua logica si assiste quindi all'intromissione della scienza nel luogo sacro delle origini. L'empietà del gesto non viene colta perché la scienza stessa è stata sacralizzata dalla nostra cultura: il progresso scientifico è stato divinizzato.

La psicoanalisi coglie l'esperienza delle origini in quella che definisce "la scena primaria". Vi è nell'inconscio una rappresentazione che prescinde dalla nostra esperienza individuale. La scena ha l'andamento del sogno e si configura come la visione di un bambino che assiste, non visto, a qualche cosa che può essere interpretato come un coito parentale. Il soggetto vede ma non partecipa della scena di cui è spettatore-assente. L'impotenza che ciascuno di noi vive di fronte alla scena primaria, il suo configurarsi come un mistero invalicabile, segna un limite del pensiero e del desiderio scopico. Mentre questo limite permane nell'inconscio individuale, viene superato da quell'espressione sociale che è la tecnologia. Essa rende efficaci fantasmi inconsci senza riconoscere la loro matrice psicologica, offre un braccio temporale al desiderio inconscio senza temere il suo potere distruttivo[7]. L'inconscio non è il luogo delle tenebre né quello della luce, coesistenza dei contrari, assenza di limite ne fanno una dimensione a-morale per eccellenza.

Per reagire alla paura che il piccolo Hans prova di fronte ai propri fantasmi si rassicura dicendosi "Ho solo pensato", Freud conforta i

propri pazienti nevrotici sulla innocenza delle fantasie, sulla non colpevolezza dei nostri pensieri onirici. Ma quando questi si trasformano in realtà? Ritornando al nostro bambino romano — figlio della figlia e della madre al tempo stesso — esso ci appare come generato direttamente dal desiderio inconscio, dal pensiero notturno con la sua logica onnipotente, con la sua insofferenza per il rinvio e la rinuncia. Di fatto egli è prodotto da un atto incestuoso tra il patrigno e la figliastra. Non è una trasgressione biologica, perché non vi è consanguineità, ma violazione sociale di una legge non scritta, il divieto dell'incesto.

La finalità fondamentale di tale divieto, obbligare i giovani a trovare altrove, fuori dal cerchio della famiglia, il proprio partner sessuale (la cosiddetta esogamia) viene disattesa. La famiglia si chiude in una propria presunta autosufficienza sostituendo la promiscuità all'alleanza matrimoniale[8].

Il fantasma non detto, che rende la scena angosciante, è quello della promiscuità animale. Il divieto dell'incesto appare infatti come l'atto istitutivo della umanizzazione dell'uomo, come il passaggio dallo stato di natura allo stato di cultura.

Senza proseguire in questa analisi, che richiede specifiche elaborazioni, vorrei osservare come le tecnologie riproduttive nascondano, sotto la veste lucente della efficienza e della spettacolarità, ombre lunghe di angosce mai riconosciute: tra le quali l'angoscia di morte e di incesto.

L'onnipotenza ci appare allora come una difesa di fronte alla possibile insorgenza di timori remoti e minacciosi.

L'aderenza alla modalità di riproduzione naturale, che giunge sino a mimare, per quanto possibile, l'atto sessuale, si configura come il tentativo di celare l'aspetto sacrilego delle tecnologie della procreazione. La presenza del corpo femminile presentifica la terra, la fecondità della natura, ma gli elementi del materiale genetico circolano ormai come il denaro e il loro assemblaggio conosce i modi della produzione industriale. Vi è transazione di elementi generativi tra corpi fecondi e sterili, tra uomini e macchine, tra ambiti intra ed extrafamiliari. I confini tra corpi, desideri e destini diventano evanescenti.

La vita produce denaro e il denaro vita secondo quell'andamento illimitato che è proprio della produzione capitalistica.

Aristotele pone fuori dallo spazio razionale della polis tre figure sociali: la donna, il banchiere e il tiranno. Il loro desiderio illimitato

li rende infatti inamministrabili, irriducibili al *nomos* e al *logos*[9] se sovrapponiamo al banchiere in denaro la nuova figura del banchiere in elementi vitali, al desiderio erotico quello materno, al tiranno la tecnologia, abbiamo collocato su di uno sfondo antico uno scenario tardo-moderno.

Il tutto sotto il segno acritico della scienza, del progresso scientifico, che costituisce la superstizione dei nostri tempi per il complesso di stereotipi e di credenze che lo sostengono.

Uno volta appurato che le nuove tecnologie biogenetiche si sviluppano e si diffondono in forza di un desiderio di onnipotenza di natura irrazionale, sorge la domanda: è possibile contrapporre loro una pratica del limite? E se sì quale è il contributo delle donne?

Siamo chiamate in quanto donne, cioè in nome della differenza sessuale, a formulare una nostra posizione etica o dobbiamo lasciarci omologare nella massa dei cittadini, nella formulazione sessualmente neutra dei diritti e doveri?

Io credo, come è evidente, che dobbiamo — in quanto donne — prendere posizione nei confronti della tecnologicizzazione dei processi vitali.

Ma il termine "in quanto donne" è tutt'altro che evidente e rischia di evocare la figura tradizionale della "madre" con tutto il corredo di valori stereotipi che la cultura più reazionaria le ha affidato.

Se riconosciamo il fondamento dell'autorità materna nella natura rischiamo di attestarci in una posizione antimodernista e antiscientista di matrice irrazionalista.

Non è certo rivalutando i legami di sangue che si può elaborare un atteggiamento critico nei confronti delle manipolazioni biotecniche. Né, d'altra parte, possiamo riallacciarci alla storia delle donne che è, primariamente, una storia di subordinazione e di rinuncia all'esercizio della soggettività. Se gli uomini sono in una storia senza corpo, noi siamo in un corpo senza storia.

Ritengo, piuttosto, che si debba pensare all'esperienza materna, ineludibile nel vissuto femminile, rompendo i confini della ovvietà.

Innanzitutto ridefinendo la sua dimensione al di fuori della pratica concreta della medesima. Vi è, nel nostro genere, una predisposizione all'esercizio della maternità che non può essere elusa.

La donna reca in sé una finalizzazione biologica che può essere disattesa ma non negata perché l'anatomia e la fisiologia stessa del corpo femminile si incaricano continuamente di evocarla.

I caratteri sessuali secondari della donna sono prevalentemente materni e il ciclo mestruale introduce il tempo biologico a scandire quello cronologico in un intreccio di temporalità che non conosce l'eguale dal versante maschile. La biologia non ha però parola propria, non significa nulla sinché non viene interpretata.

Solo uno sguardo culturale rende significativi segni di per se stessi amorfi. Ed è, a mio avviso, la cultura della differenza sessuale, radicata nella politica delle donne, che ci permette di dar voce alla maternità, strappandola dal silenzio "madonnale" nel quale è stata relegata. Abbiamo da sempre vissuto esperienze essenziali per la nostra vita, e per quella di tutti gli altri, senza esplicitarne il senso ed il valore. Sotto l'urgenza del progresso tecnologico, della sottrazione perpetrate nei confronti della nostra specificità, siamo ora chiamate a pensare ciò che più a lungo è rimasto inesplorato: il rapporto materno.

La coppia madre-figlio sperimenta, durante il processo che conduce dalla simbiosi alla separazione, tutte le modalità di relazione spinte all'eccesso. Inizialmente l'embrione si annida nel corpo materno in base ad una sospensione delle reazioni di rigetto che normalmente suscita il trapianto di un organismo estraneo. La vita inizia quindi con una tregua delle facoltà difensive del soma, con una resa biologica all'altro, all'estraneo. Si avvia con ciò una esistenza simbiotica tra due organismi che diviene sempre più interattiva con il trasformarsi dell'embrione in feto. Comunque, durante tutta la gestazione, l'esistenza, la vitalità e il benessere del bambino dipendono strettamente da quello della madre. Questa situazione di reciprocità senza belligeranza, o meglio di fusione delle sensazioni erotiche e aggressive, viene "sfusa" durante il parto quando, nel corso del travaglio, si fanno strada sentimenti di paura, di rivalità esistenziale, di odio[10]. Alla pienezza del corpo gravido si sostituisce il sentimento di perdita e di vuoto della puerpera (la cosiddetta depressione *post partum*)[11]. Su questo sfondo di reciproco abbandono si costituisce progressivamente l'unità madre-neonato. Una coppia strettamente allacciata da sentimenti di reciproca onnipotenza. La madre è inconsciamente sicura di comprendere a fondo il suo bambino e di essere in grado di rispondere a tutti i suoi bisogni. Questa convinzione per certi versi immotivata è chiamata da Fornari "paranoia primaria" perché ha caratteri psicotici, sebbene indispensabili alla sopravvivenza del piccolo. Quest'ultimo, da parte sua, si attende

una risposta immediata e totalmente appagante della madre. Entrambi sono chiamati infine a sperimentare il crollo progressivo del loro desiderio assoluto.

Data l'immaturità che contraddistingue, alla nascita, il cucciolo dell'uomo, la sua dipendenza dalla madre si prolunga per anni, anche se sottoposta a progressiva attenuazione. Il rapporto materno si snoda pertanto dalla fusione, alla dipendenza verso l'autonomia e l'indipendenza. Essere una buona madre significa in fondo saper perdere progressivamente i propri figli, lasciarli allontanare, accettare che siano diversi da noi e da come li abbiamo sognati. Eppure il rapporto materno è profondamente differente da ogni altro perché vi è memoria di un'epoca "assoluta", di un periodo della vita in cui è stato esercitato un dominio totale sull'altro, un possesso completo che non sarà eguagliato mai più.

La traiettoria esistenziale che ho schematicamente tracciato ci interessa, in una prospettiva bioetica, perché prefigura la possibilità di un dominio onnipotente che si autolimita, che trova in sé le ragioni e la forza per superarsi. Riprendendo la metafora aristotelica delle "figure dell'eccesso", siamo ora in grado di vedere come siano suscettibili, tutte e tre di essere riportate nella polis. Il tiranno grazie alla mediazione della politica, il finanziere alle regole dello scambio, la donna per effetto del rapporto che intrattiene con il padre del bambino. Poiché il due madre-figlio assume la forma triangolare di padre-madre-figlio, l'onnipotenza si stempera nel gioco incrociato degli scambi. La società stessa contiene e modera al proprio interno le tentazioni assolutistiche, che si configurano come una possibile patologia del'organismo civile.

Ritornando alla madre, la separazione dal figlio non significa abbandono, ma cura, tutela, presa a carico. Innanzitutto "presa a carico" del desiderio del figlio, compreso quello più contraddittorio con il proprio, il desiderio di indipendenza. Per descrivere questa posizione intermedia tra appartenenza e autonomia, possesso e allontanamento, questo tessuto di emozioni e di affetti che si tende senza lacerarsi, lo psicoanalista inglese Winnicott ha coniato la efficace metafora di "spazio transizionale". In questa dimensione egli colloca il bambino alle prese con un oggetto privilegiato (l'orsetto, la coperta di Linus, una ninnananna), un oggetto che rappresenta ad un tempo il corpo materno ed il proprio[12].

Lo spazio transizionale si estende a metà strada tra realtà e fantasia, tra lutto per la perdita dell'oggetto d'amore e soddisfazione per la sua ripresentificazione in forma simbolica.

In quest'area di indecisione — caratterizzata dalla compresenza dei contrari e dalla attenuazione dei conflitti — può essere recuperata una prospettiva etica specifica, espressione di un soggetto non più fondato sull'Io ma sulla relazione.

Dell'originario vissuto di onnipotenza vi si conserva un residuo sotto forma di responsabilità, dall'esperienza di separazione e di perdita deriva invece la consapevolezza del limite. La madre desidera il bene del figlio come il proprio ma, al tempo stesso, sa che diverrà irrimediabilmente altro rispetto a lei. Amore narcisistico e amore oggettuale non si escludono a vicenda ma coabitano in quella che Anna Salvo ha efficacemente denominato "responsabilità desiderante".

Una esperienza cognitiva e affettiva al tempo stesso che così definisce: "Desiderio ed etica si intrecciano a formare un tratto connesso; non si pone l'uno senza l'altro per la Donna: prima ancora che ciascuna risponda con un sì o con un no alla questione reale della maternità, la Donna tesse una trama in cui i nodi del desiderio e le tensioni dell'etica non sono distinguibili"[13].

Come sempre, sessualizzare al femminile il soggetto comporta ridefinire in termini di complessità l'azione corrispondente. In questo caso l'etica adamantina dei valori, propria del pensiero maschile, tutta organizzata e gerarchizzata su di una linea verticale si destruttura per ricomporsi nella trama delle relazioni, si carica di corporeità, si anima della erranza del desiderio, si adombra del pensiero notturno[14].

Per ora sarebbe sufficiente dimostrare la possibilità di un'etica elaborata sotto il segno della differenza sessuale, contraddistinta da uno stile intellettuale ed affettivo radicalmente diverso rispetto alla tradizione codificata. Un'etica di tal fatta comporta un soggetto femminile realizzato ma forse la sua costruzione va di pari passo con quella della nostra soggettività.

Attualmente la contrapposizione che l'emancipazione ha prodotto tra noi e la nostra tradizione impedisce di recuperare e ridefinire elementi di specificità indispensabili alla costruzione di un soggetto femminile. La soggettività sorge sulla tensione tra genealogia e progettualità; tra archeologia e utopia trova le coordinate necessarie alla sua presentificazione.

Prioritariamente ad ogni azione giuridica deve essere elaborata una etica interiore della responsabilità della donna con se stessa, con le donne e con gli altri. Il nostro diritto di cittadinanza si fonda non solo sulla nostra capacità di superare la dismisura del potere materno, di porre freno alla sua onnipotenza, ma anche di significare questo gesto inaugurale di ogni vita.

L'esercizio del limite ci rende capaci di possesso senza sfruttamento, di potere senza dominio, di rinuncia senza abbandono, di responsabilità senza assoggettamento, un orizzonte di valori mai realizzato una volta per tutte ma evocato ogni qualvolta un "nato di donna" muove i primi passi per allontanarsi da colei che lo sostiene[15].

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

[1] Su questo tema si veda: G. Delaisi de Parseval et A. Janaud, *L'enfant à tout prix*, Paris, Seuil, 1983; L. Gavarini, A-M. de Vilaine et M. Le Coadic, *Maternité en mouvement*, Presses Universitaires de Grenoble, 1986. Per una visione di insieme si rinvia a: *Sortir la maternité du laboratoire*, Actes du forum international de Montréal (Québec) 29-31 octobre 1987.

[2] M. Mancia, S. Smirne, *Il sonno e i suoi disturbi. Fisiologia, clinica e terapia*, Cortina, Milano, 1985.

[3] F. Dolto *Le parole dei bambini e l'adulto sordo*, trad. it., Milano, Mondadori, 1988.

[4] W.R. Bion, *Apprendere dall'esperienza*, trad. it., Roma, Armando, 1962.

[5] S. Freud, *Introduzione al narcisismo* (1914) trad. it. in *Opere*, vol. VII, pag. 461.

[6] Ibidem, pag. 448.

[7] S. Vegetti Finzi, *Tecnologie del desiderio. Logiche dell'immaginario* in *Questioni di vita* (Atti del Convegno tenutosi nel marzo 1988 presso l'Istituto Gramsci di Roma) di prossima pubblicazione presso l'editore, Bari, Laterza.

[8] Cfr. C. Lévy-Strauss, *Introduzione* a M. Mauss, *Teoria generale della magia e altri saggi*, trad. it., Torino, Einaudi, 1965; *La famiglia* in *Razza e storia e altri studi di antropologia*, trad. it., Torino, Einaudi, 1967; *Le strutture elementari della parentela*, trad. it., Milano, Feltrinelli, 1969.

[9] Aristotele, *Politica*, I, 5-9. Si vedano anche: S. Campese e S. Gastaldi, *La donna e i filosofi*, Bologna, Zanichelli, 1977; S. Campese, P. Manuli, G. Sissa, *Madre materia*, Torino, Boringhieri, 1983; M. Vegetti *Il coltello e lo stilo*, Milano, Il Saggiatore, 1987.

[10] F. Fornari, *Il codice vivente*, Torino, Boringhieri, 1981.

[11] AA.VV. *Il vuoto e il pieno*, Centro documentazione donna di Firenze, quaderno di lavoro n. 1, 1982.

[12] *D.W. Winnicott, Gioco e realtà*, trad. it., Roma, Armando, 1974.

[13] D.W. Winnicott, *Questo femminismo*; Anna Salvo, *L'essere una e tre della donna. Dialogando con Winnicott*, in "Reti", n. 1, gennaio-febbraio 1989.

[14] Una critica all'etica maschile e una sua riproposizione al femminile si trova nel noto testo di C. Gilligan, *Con voce di donna*. La sua proposta trova però un limite nella adozione della psicologia cognitivista. Si veda anche: L. Irigaray, *Etica della differenza sessuale*, trad. it., Milano, Feltrinelli, e *Sessi e genealogie*, trad. it., Milano, La tartaruga, 1989.

[15] Cfr. anche: S. Vegetti Finzi, *Identità femminile tra sessualità e maternità* di prossima pubblicazione nel volume collettivo *Eguaglianza e differenza*, Torino, Rosemberg & Sellier.

I problemi etici

Lilia Sebastiani

Poiché credo di essere l'unica persona chiamata a parlare esplicitamente come credente e come teologa in questo convegno, mi sembra indispensabile una brevissima premessa relativa al mio metodo e alle mie intenzioni. E anche alla difficoltà che mi si presenta, perché è una difficoltà che va ben oltre il piano delle mie personali insufficienze e che mi sembra avere essa stessa qualche risvolto etico e metodologico.

È particolarmente difficile affrontare questo problema dal punto di vista della teologia morale, soprattutto in questo momento storico e in un contesto come quello del presente Convegno, in cui il teologo moralista è tenuto a svestirsi, non del suo essere credente e membro di una comunità di fede (perché questo fatto non è accessorio o sovrapposto, è parte integrante della personalità anche intellettuale), ma certo di qualsiasi argomentazione fondata in modo esclusivo sul dato teologico: Sacra Scrittura, antropologia religiosa, tradizione cristiana... Senza dire poi che sarebbe estremamente imprudente e superficiale richiamarsi ad un qualsiasi genere di tradizione anche autorevolissima per un argomento così poco tradizionale e ancora allo stato fluido, allo stato di ricerca, qual è quello che affrontiamo in questa occasione.

Le ragioni del mio disagio non sono personali, anche se riconosco in partenza di essere notevolmente incompetente in questo settore di ricerca, in cui i dati tecnici sono fondamentali anche ai fini di ogni riflessione etica o assiologica; e neppure sono di ordine ecclesiale-disciplinare. Consistono invece essenzialmente nel fatto che, quanto più cerco di riflettere su questo genere di problemi e di sostenere la mia riflessione con uno studio morale serio e — quanto meno — con un'informazione seria di ordine tecnico-scientifico, tanto più chiara si fa in me l'inopportunità, se non vogliamo proprio dire impossibilità, di assumere in proposito una posizione chiara e riassumibile in una serie precisa di *licet* e di *non licet*, di scegliere una sola linea di argomentazione ignorando gli argomenti opposti. Da quando sono costretta a convivere con questa profonda incertezza, mi è accaduto d'intuire a tratti che una tale incertezza può essere una scelta etica non disprezzabile, purché sia impegnata (anche in senso intellettuale) e appassionata, in costante ten-

sione dialogica e sempre ispirata ad una certa discrezione: discrezione che non deriva da scarso coinvolgimento né da volontà di mantenersi al di sopra della mischia, ma da rispetto per le singole situazioni umane coinvolte nella questione, che sono forse raggruppabili dall'esterno sulla base di certe tipologie, ma nella loro parte essenziale sempre uniche e insondabili. Mi sembra, dicevo, una scelta etica non disprezzabile e comunque abbastanza significativa, proprio come professione di consapevole insicurezza *credente* e *secolare* contrapposta all'eccesso di sicurezze e alle formulazioni apodittiche che caratterizzano purtroppo tutti i pronunciamenti ufficiali della Chiesa cattolica in questo campo, e in modo particolare lo stile dell'attuale pontificato.

Ciò premesso, intendo strutturare il mio intervento in due parti: nella prima esporrò brevemente il punto di vista diciamo "ufficiale" della chiesa cattolica sulle nuove tecnologie del concepimento e, nei limiti del possibile, le ragioni soggiacenti alla stessa posizione; nella seconda parte avanzerò alcune riserve critiche in proposito e alcuni spunti di riflessione che mi sembrano da tener presenti, seppure non possono certo dirsi esaustivi o risolutivi.

Dal punto di vista normativo, disciplinare, la posizione ufficiale della chiesa cattolica si riassume in fretta e consiste in sostanza in un no assoluto alla FIVET e alla fecondazione artificiale eterologa (oltre che, ovviamente, ad ipotesi tecnicamente analoghe ma umanamente assai più discutibili e complesse, quale quella della *surrogate mothers*); e in un no più articolato, più sfumato, più "morbido", insomma, e non così all'unisono come i precedenti, ma pur sempre un no, nei confronti dell'inseminazione artificiale omologa.

Non altrettanto semplice mi appare l'esporre le ragioni del divieto; innanzitutto perché abbastanza complesse, poi perché, se alcune si muovono in un orizzonte interamente umano e perciò possono essere agevolmente comunicate e recepite, anche se non condivise, alcune (che poi sono forse quelle fondamentali) difficilmente possono esser recepite come "ragioni" al di fuori di una concezione esplicitamente cristiana della vita e delle scelte personali. Inoltre, non trovandomi io personalmente d'accordo con alcune di queste ragioni, ho anche il timore di non poterne trasmettere un'idea corretta. Tenterò ugualmente di accennarvi, nel modo più schematico possibile.

Intanto, ricordiamo che la questione non è così "nuova" come generalmente si crede; nuove sono la diffusione del problema e l'attenzio-

ne dei mezzi di comunicazione di massa, nonché, è ovvio, le maggiori possibilità d'intervento che scaturiscono dalle recenti acquisizioni tecnico-scientifiche. Ma la possibilità di far instaurare una gravidanza con modalità diverse dal normale rapporto sessuale era già stata affrontata ed era stato ottenuto qualche risultato nel momento in cui incontriamo il primo intervento del magistero della Chiesa a questo riguardo, risalente a quasi un secolo fa.

Nell'anno 1897, alla Congregazione per la Dottrina della Fede (ex S. Uffizio) viene sottoposto un quesito circa la liceità della fecondazione artificiale. Con un decreto datato 17 marzo, la Congregazione risponde: *Non licere*. Il responso riceve l'approvazione del papa Leone XIII.

In seguito, per oltre cinquant'anni il problema non sembra suscitare da parte ecclesiastica particolare attenzione, anche perché altri sono i problemi considerati preoccupanti. È del 1949 l'intervento che ancora si considera fondamentale ai fini del nostro argomento (che venga considerato fondamentale è dimostrato dal fatto che le sue argomentazioni, divenute "classiche" anche se ormai suonano scientificamente approssimative e del tutto insoddisfacenti anche dal punto di vista della teologia morale seria degli ultimi vent'anni, ricorrono puntualmente in tutti gli interventi recenti e sono ripresi da tutti i moralisti "vaticani" o "integrati" che dir si voglia). Si tratta dell'*Allocuzione* di Pio XII ai partecipanti al *IV Congresso internazionale dei medici cattolici* (29 settembre 1949). In tale occasione il papa affermava in sostanza che la questione non era di competenza della medicina soltanto, ma anche del diritto e della morale; condannava come "puramente e semplicemente immorale" la fecondazione artificiale al di fuori del matrimonio, aggiungendo che non era possibile in proposito alcuna divergenza d'opinione fra i cattolici, e che il bambino concepito in tal modo era da considerarsi illegittimo; immorale era anche dichiarata la fecondazione artificiale attuata nell'ambito di un regolare matrimonio, ma mediante l'elemento attivo di una terza persona. Il motivo addotto era in sostanza che si trattava di un concepimento adulterino, perché solo gli sposi hanno un diritto reciproco sul proprio corpo ai fini della generazione di una nuova vita. Il discorso relativo alla fecondazione artificiale omologa era alquanto più complesso e non privo di contraddizioni e di palesi difficoltà. Benché l'intento dichiarato fosse solo quello di presentare alcuni principi, il tutto approdava ugualmente ad una condanna senza appello e, da un certo punto di vista, ispirata ad una visione ancor più accentuatamente negativa.

La conclusione era infatti che su questa nuova tecnica di concepimento non solo si deve essere estremamente riservati, ma "bisogna escluderla assolutamente". Si accennava anche ad un problema che sarebbe diventato poi un *topos* ricorrente nelle riflessioni dei moralisti "vaticani" e bersaglio di polemiche e di ironie, in verità non proprio ingiustificate, da parte laicista: il problema cioè del come procurare il cosiddetto elemento attivo (l'allocuzione papale evitava di servirsi del termine sperma, considerato troppo crudamente esplicito). Il fatto che venisse abitualmente ottenuto mediante procedimenti masturbatori sembrava costituire di per sé un fattore d'illiceità assoluta.

Il problema della fecondazione artificiale fu affrontato di nuovo, in modo assai più breve e meno sistematico, nell'*Allocuzione* ai partecipanti al *Congresso dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche* (1951) e in quella ai partecipanti al *II Congresso mondiale della Fertilità e della Sterilità* (1956). In questi casi la principale preoccupazione espressa era quella di non ridurre il focolare domestico a semplice laboratorio e di non separare per nessuna ragione il processo generativo dall'atto coniugale. "Giammai è permesso ... (di) escludere positivamente sia il proposito della procreazione sia il rapporto coniugale". Nell'allocuzione del 1956 veniva anche affrontata la fecondazione in "vitro", distinguendola dall'inseminazione artificiale (prima i due procedimenti erano stati confusi, almeno quanto alla terminologia), e definendola immorale e assolutamente illecita.

Diversi importanti interventi del magistero papale a partire dagli anni '60 toccano il problema dell'inseminazione artificiale e della FIVET in modo molto indiretto e collaterale, ma importante per gli influssi che ne deriveranno in ordine alla dottrina ufficiale della Chiesa in proposito quale possiamo riscontrarla ancor oggi.

Nella terza parte dell'enciclica *Mater et Magistra*, Giovanni XXIII affermava che la procreazione (umana) è altra cosa dalla semplice riproduzione (di piante e animali), e che pertanto nella trasmissione della vita umana non ci si può avvalere di metodi che escludono il dinamismo umano dalla procreazione.

La costituzione pastorale del concilio Vaticano II *Gaudium et Spes* prende in considerazione (n. 51) il rapporto inscindibile tra amore coniugale e trasmissione della vita e afferma che, al di là della sincera intenzione e della valutazione dei motivi da parte del soggetto che agisce,

è indispensabile tener conto dei criteri oggettivi, fondati sulla stessa natura della persona umana e dei suoi atti.

L'enciclica *Humanae Vitae* di Paolo VI, al n. 12, asserisce che ogni atto coniugale, per volontà di Dio, porta impressi in sé e inscindibilmente connessi i due significati: unitivo e procreativo, e che tale unità deve realizzarsi in ogni singolo atto coniugale. Benché l'attenzione dell'enciclica, com'è noto, fosse soprattutto rivolta al problema del controllo delle nascite, vi si affermava che nessuno dei due significati poteva realizzarsi in modo autentico se escludeva l'altro *anche in un singolo atto coniugale*, nell'ambito di un matrimonio riuscito e fecondo.

Gli stessi concetti ritornavano nella dichiarazione *Persona humana* "riguardante alcune questioni di etica sessuale", pubblicata dalla Congregazione per la dottrina della Fede nel 1975; in essa veniva inoltre riaffermata la dottrina tradizionale a proposito della masturbazione, definita un atto "intrinsecamente e gravemente disordinato", e abbiamo già visto come questo costituisca un fattore non irrilevante nella riflessione dei moralisti di una certa corrente a proposito della fecondazione artificiale e della FIVET, anche omologa.

Infine, nell'esortazione apostolica *Familiaris consortio* del 1982 (n. 32) Giovanni Paolo II tornava sull'idea già espressa da Paolo VI nell'enciclica *Humanae Vitae*: l'inscindibilità dei due significati — unitivo e procreativo — dell'atto coniugale non si fonda sulla sua struttura biologica, ma sulla verità della persona umana.

Va ricordato poiché si tratta del documento ufficiale più recente e più esauriente, ma non perché apporti elementi particolarmente nuovi o significativi alla riflessione, l'*Istruzione* pubblicata nel febbraio 1987 dalla Congregazione per la dottrina della fede: *Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*.

Tra i fattori di non liceità delle varie metodiche di fecondazione artificiale, viene oggi sottolineato dalla Chiesa in modo particolare un problema di cui senza dubbio è necessario tener conto, quale che sia l'orizzonte di pensiero entro cui ci si muove e anche se non lo si voglia considerare un deterrente. Cioè il fatto che sia la fecondazione artificiale (omologa ed eterologa) sia la FIVET implicano di necessità o quasi il sacrificio di un gran numero di embrioni soprannumerari o malriusciti.

La perdita di tali embrioni non è certo "direttamente intesa" come scopo della tecnica di fecondazione, ma è indubbiamente un fatto volontario, forse non del tutto equiparabile alle perdite di embrioni e

agli aborti più o meno precoci che si verificano anche nelle gravidanze avviate con metodo naturale: sia perché l'incidenza numerica è alquanto superiore, sia perché queste perdite rientrano esplicitamente nel bilancio previo, per così dire, di ogni intervento.

Mi limito a dire che è obbligo professionale sia del moralista sia del giurista, nonché indispensabile per una corretta deontologia medica, tener conto di questo problema: non assumo in proposito una posizione netta perché, come dicevo in apertura, sempre più mi persuado che non è possibile. La strenua difesa della vita umana anche in divenire o "nascente", che caratterizza la posizione ufficiale della Chiesa negli ultimi anni è certo un'impresa ideale nobilissima, ma che a tratti ha dato l'impressione — agli stessi credenti, non di rado — di mancare di una piena credibilità e di una piena efficacia, in quanto si limita al piano del vivere individuale e a quelle dimensioni che coinvolgono più da vicino la sfera sessuale; in quanto sembra fare tutt'uno del divieto dell'aborto (fatto indubbiamente amarissimo, se anche non condannabile nei casi singoli né risolvibile per mezzo di proibizioni legali) e di quello della contraccezione (fatto necessario, che non interessa minimamente il moralista sul piano del "come", ma semmai sul piano dell'orizzonte dei valori e delle scelte complessive della coppia in cui si inserisce); in quanto sembra preoccuparsi più della vita umana in divenire che di quella già attuata e cosciente; in quanto la stessa intransigenza mostrata a riguardo del diritto alla vita da parte dell'embrione e del feto non è stata dimostrata a proposito del diritto alla vita da parte di *ogni* uomo, se non attraverso pronunciamenti abbastanza generici e indolori (sappiamo che la guerra e la pena di morte sono state condannate solo negli ultimi tempi e solo in via generale).

Tuttavia il problema degli embrioni malriusciti e soprannumerari suscita sofferenza e incertezza e personalmente, pur non sentendomi affatto in sintonia con la posizione della Chiesa ufficiale anche da questo particolare punto di vista, non riesco neppure a sentire la questione come irrilevante. Non mi pare del tutto corretta l'affermazione che l'embrione di pochi giorni sia una "persona umana", ma è altresì chiaro che non lo si può considerare come qualsiasi frammento di materiale biologico di cui disporre a piacere.

Io ritengo che *persona umana si diventi*, ma è altrettanto vero che nel corso di questo processo non si possono ipotizzare dei termini "ante quem" e "post quem": e l'embrione, se anche non è ancora persona

umana nel pieno senso del termine, è certamente qualcosa avviato a diventarlo, "programmato" per diventarlo. Non so se si possa dire persona umana, ma certamente appartiene all'ordine dell'umano. Non credo possibile considerarlo individuo, finché la sua individuazione è puramente genetica: ma sorvolare per principio sul problema degli embrioni non mi sembra né lecito né positivo ai fini di quell'umanizzazione progressiva della medicina e dei rapporti umani che rientra nelle aspirazioni di ogni uomo in quanto tale, anche a prescindere da scelte religiose e/o ideologiche soggiacenti.

Ritengo che, in questo momento in cui, checché se ne dica, mancano certezze etiche precise, da parte cattolica non meno che da parte laica, precise norme deontologiche ispirate ad un sentire autenticamente e integralmente umano siano già una garanzia di serietà. I centri operativi, elevando lo standard delle condizioni richieste ad esempio ai donatori e ai fruitori dello sperma per l'inseminazione artificiale eterologa e per la FIVET, si collocano ad un livello professionalmente elevato e prendono le debite distanze da chi opera solo con finalità speculative. Un certo interesse mi sembra che suscitino, da questo punto di vista, i CECOS in Francia.

Ritengo inoltre essenziale che quest'ordine di problemi, per la sua complessità umana, non sia lasciato unicamente alla competenza degli operatori sanitari. E allo stesso modo ritengo, anche se parlo come credente che appartiene (sia pure in modo abbastanza critico, sotto certi aspetti) ad una comunità di credenti, che non sia giusto demandare unicamente alla Chiesa il monopolio del discorso morale, quasi che al di fuori di essa non vi fossero altro che ambiti d'intervento tecnico, in cui agire con stile a-morale oppure morale eterodiretto.

Soprattutto ritengo essenziale avviarci insieme nella direzione di un superamento della dicotomia esistente in questo momento fra tecnica e umanesimo: il rapporto sembra in certi momenti configurarsi come lo scontro a distanza, cieco e sterile, tra due "superbie" che si conoscono per sentito dire e non s'incontrano mai. Eppure io credo che umanesimo e tecnica (non dirò scienza, perché in questo momento è un termine ambiguo, che può assumere significati diversi a seconda che chi parla voglia accentuare di più la componente filosofica, epistemologica, o quella tecnico-empirica) debbano incontrarsi, perché l'una e l'altro guardano all'uomo e servono all'uomo, e sono indispensabili l'una all'altro, non solo in ordine alle realizzazioni, ma proprio per la rispettiva autenticità.

Discordo dalle posizioni della morale tradizionale (a questo punto ciò risulta, io credo, abbastanza chiaro) principalmente per due ragioni: la prima è il fatto di aggrapparsi tuttora ad un concetto di "natura" statica e intangibile che è smentito su tutta la linea sia dalla scienza, sia dalla stessa filosofia (la "natura" sottesa al discorso morale tradizionale sembra a tratti essere ancora quella di Aristotele, per il tramite della filosofia tomista) sia dalla realtà quotidiana dell'esistenza. La seconda mi coinvolge più "professionalmente", in quanto tocca i presupposti di ogni discorso etico: la morale tradizionale, nonostante l'importanza oggi accordata in linea di principio alla coscienza, insiste troppo sulle azioni *intrinsecamente* o *oggettivamente* "disordinate" (come si preferisce dire oggi) o "cattive". Insomma, accorda scarsissima importanza alle motivazioni e alla situazione. Invece situazione e *motivazioni* — le quali, del resto, fanno parte di quel complesso di fattori che va appunto sotto il nome di situazione — sono parte costitutiva dell'azione e la qualificano dal punto di vista morale. Nutro forti dubbi sul fatto che possa esistere un'azione *in sé*, almeno in sede morale. Certamente sul piano giuridico, ad esempio, si rende necessaria una qualche oggettività, ma anche in questo caso senza assolutizzazioni che risulterebbero inevitabilmente disumanizzanti.

Molte altre cose vi sarebbero da dire, se il tempo a disposizione lo consentisse, ma devo limitarmi a qualche accenno, in modo dichiaratamente parziale e slegato.

Ad esempio, mi sembrerebbe essenziale sottolineare che nell'ambito della "fecondazione assistita" i problemi di ordine psicologico non sono meno vincolanti di quelli di ordine morale: e che, anzi, sono determinanti ai fini dell'eventuale giudizio morale, proprio per non ricadere nei limiti di una morale astratta e oggettiva, dis-umana appunto. Quello che troppo spesso è sfuggito ai moralisti, così pronti ad emettere giudizi sulle possibilità di disumanizzazione e di asservimento dell'essere umano alla tecnologia, da parte di una medicina e di una genetica non sufficientemente sensibili ai presupposti umani, è che anche la morale è esposta ad un rischio dello stesso genere quando assolutizza se stessa ed una sua presunta oggettività ed appare, paradossalmente parlando, disposta a conculcare la vita umana per amore della vita.

Io non sono in grado (e non credo che nessuno sia in grado) di dire che cosa sia propriamente quello che siamo soliti chiamare *natura*, anche perché è difficile che due persone adoperino questa parola inten-

dendo la stessa cosa: ma sono convinta della complessità dell'idea stessa di natura e del suo dinamismo, e anche del fatto che l'essere umano è superiore e trascendente rispetto alle leggi di natura.

Credo quindi che si possa esprimere un giudizio di massima positivo e possibilista sulle nuove tecnologie riproduttive, proprio in quanto il concetto di maternità-paternità trascende infinitamente quello di genitorialità, e perché paternità e maternità sono valori di tale grandezza e complessità che la pura trasmissione di un patrimonio cromosomico diviene un fatto scarsamente rilevante. È più o meno lo stesso discorso sostenuto dalla voce ufficiale della Chiesa, anche se perviene ad un esito diverso.

È chiaro che, nelle intenzioni e nei presupposti di una coppia che chiede la fecondazione artificiale o la FIVET, spesso non tutto è psicologicamente limpido e autentico; è chiaro che nella nostra civiltà occidentale persistono ancora arcaici fantasmi dimenticati forse dal nostro sentire consapevole, ma ben presenti alla nostra memoria storica inconscia, per cui ancora la sterilità viene sentita come menomazione, come "colpa", come "punizione"; è chiaro che aver *bisogno assoluto di un figlio*, volere un figlio *a tutti i costi* non è forse il modo migliore per disporsi ad essere genitori, e spesso il desiderio assoluto e struggente di un figlio serve a razionalizzare e a nascondere altre carenze ben più scomode o oscure interne al rapporto di coppia, e sappiamo anche che un figlio non risolve tutto: anzi, in una situazione di coppia carente o per qualsiasi ragione immatura, un figlio ottenuto con l'intervento di terzi, sia pure solo sul piano biologico, può suscitare conflitti non giustificabili razionalmente, ma forse proprio per questo più angosciosi. È anche evidente, a mio parere, che non può essere affidata ad un singolo medico, e neppure ad una équipe di medici, neppure al corpo sanitario nel suo insieme, la responsabilità di decidere in merito ad una questione così delicata e così globale.

Per quanto possa sembrare strano, forse solo una coppia che ha accettato la propria infecondità, che si è "riconciliata" con essa, è realmente pronta per un intervento di fecondazione artificiale, a prescindere dalle modalità operative concrete. Così come solo chi è riconciliato con la propria solitudine e capace di viverla in modo autentico e creativo può dirsi in grado di dare inizio ad una vicenda di coppia che sia veramente tale, libera da dipendenze e da prevaricazioni. Perché l'attenzione alla persona, l'amore e la libertà sono i fondamenti irrinunciabili di qualsiasi discorso "umano" sull'uomo.

INTERVENTI
E
DIBATTITO

Antonietta Camba — Se tutto nella nostra vita è andato sufficientemente bene, alle soglie della maturità sentiamo il bisogno di un partner con cui condividere la nostra vita e desideriamo un figlio come frutto della nostra coppia. Perché certe volte questo evento desiderato (almeno incosciamente) non si realizza?

La gravidanza è senz'altro un avvenimento critico dell'esistenza di una donna. Posto alla fine della sua "adolescenza" dà inizio alla seconda fase della sua vita, quella in cui da figlia si prepara a diventare madre. È il momento in cui tutta la sua vita si riattualizza e la relazione vissuta con la madre è tutto nel determinare la facilità o la difficoltà dell'accesso alla gravidanza e alla maternità.

È lei (la madre) il tramite del nostro legame al passato, è lei che crea la nostra capacità di entrare in rapporto col presente, è lei che in qualche modo prepara il nostro futuro. Senz'altro siamo stati influenzati dai suoi stati d'animo, dalle sue fantasie, dai suoi rapporti con il partner, dalle sue modalità di vivere la fusione e la separazione. Ed è appunto la modalità con cui la madre ha gestito la nostra individuazione e la nostra separazione che è importante.

L'essere desiderati è tutto! Fa sí che la madre investa sul bambino, e nel momento in cui investe dà inizio alla sua individuazione. Il bisogno di creargli uno spazio dove possa muoversi liberamente esprime in qualche modo che il processo di separazione ha buone basi per realizzarsi. La sua dedizione, la sua adeguatezza e la attendibilità delle sue cure permettono al bambino di godersi il suo benessere e la sensazione di onnipotenza. È dalla sua adeguatezza che nasce la nostra capacità di adeguarci alle richieste della vita e dei figli, dalla attendibilità delle sue cure la nostra fiducia.

Dopo le prime settimane di vita la madre, se è tranquilla, può ridurre gradatamente la sua "dedizione" e lasciare al bambino lo spazio per emergere e consentire la sua crescita. E la madre gode delle emergenti capacità del bambino di imitare le espressioni del suo viso; co-

minciano gli scambi di sguardi, le espressioni mimiche vivaci e gioiose dell'uno attivano quelle dell'altro. La comunicazione tra i due è così iniziata.

I discorsi della madre fatti con voce calda e dolce, accompagnati dal sorriso, dal luccichio degli occhi, dal viso in movimento animano il bambino e si inizia così il riempimento di quello spazio tra madre e bambino che senza tutto questo diventerebbe un terrificante spazio vuoto. È molto importante la modalità con cui la madre offre il mondo al bambino. Non è la modalità tecnica che conta, ma è l'autenticità di chi offre che è importante. Vale a dire: si può recitare in modo perfetto il ruolo della madre e della nutrice, ma se manca la dedizione e il piacere di stare con lui da parte di chi "offre il mondo", il bambino troverà questa presentazione confusa e non potrà utilizzarla per la sua crescita intellettuale.

Nonostante non si sia esplicitamente parlato del padre, vorrei dire che è presente: è appena alle spalle della madre. Se la madre ha potuto essere così devota è solo perché il padre, accettando la sua regressione, sostenendola e condividendo con lei il piacere e l'entusiamo per questo bambino, glielo ha permesso. È a questo punto che il padre fa la sua comparsa nella scena fin'ora fra "i due", o meglio, che il bambino può godere della sua presenza, e questo torna ad essere un momento importantissimo nella vita familiare, è il momento in cui la relazione "a due" si arricchisce e si avvia a diventare una relazione triangolare. Ci si avvia sempre più verso il processo di separazione. Inoltre la capacità della madre di favorire la relazione padre-figlio, permetterà a quest'ultimo di identificarsi con entrambi, favorendo così la costituzione nel suo interno di una armonia tra il maschile e il femminile.

Ma se il rapporto con la madre è stato in qualche modo difettoso, se non siamo stati desiderati, se non siamo stati "invertiti" ed il rapporto con lei è stato vissuto come invasivo, avremo perso la possibilità di identificarci con una figura materna positiva e la gravidanza sarà evitata se pure inconsciamente, o pervasa da fantasie persecutorie. Il figlio nel nostro grembo sarà sentito come pericoloso, un bambino mostro! Ci farà paura partorire, saremo terrorizzate dalle difficoltà da affrontare.

Non voglio con questo dire che esistono delle madri buone e delle madri cattive, voglio dire però che è molto importante che una madre

possa vivere la sua gravidanza non solo nel suo corpo, ma anche nella sua mente. Per questo è necessario che una donna prima di diventare madre diventi una "unità integrata" capace di vivere come persona separata, deve aver raggiunto una buona armonia tra le sue parti maschili e femminili dimodoché possa gestire la sua gravidanza sia soddisfacendo il suo istintivo biologico sia il suo mentale, svilupperà cioè più pensieri che la metteranno in rapporto col suo bambino, entrerà in contatto con le sue fantasie, lo potrà immaginare tra le sue braccia, potrà immaginarlo muoversi nell'ambiente e godere della sua vitalità, immaginarlo come oggetto vivo fuori di sé.

Per una donna che non ha completato la sua crescita, non ha raggiunto una buona individuazione e separazione, il vuoto è lì, incolmabile, intollerabile. La gravidanza e la maternità possono essere sentite come unica modalità per reintegrare questa perdita. La separazione è così negata attraverso questa esperienza corporea concreta, l'unione madre-figlia è realizzata nuovamente attraverso il bambino nell'utero.

In questo caso la donna non gestirà un bambino che è parte di sé ma anche altro da sé, ma gestirà piuttosto un "progetto di nascita personale", deve cioè rappresentare come "nascita corporea" la sua nascita psicologica che non è mai avvenuta. La gravidanza diviene allora una rassicurazione contro il "non esistere", la donna ha la sensazione di essere solo attraverso l'utero pieno prima, e la dipendenza totale del figlio dopo. A questo figlio sarà nuovamente negata la possibilità di una "nascita psicologica".

Nella esperienza di chi ha avuto una buona relazione materna, il dramma della separazione non si pone, perché lo spazio tra madre e bambino è stato riempito dal gioco creativo della madre. Sto parlando di quello che Winnicott ha chiamato "spazio potenziale senza area", che non appartiene né al mondo interno né al mondo esterno. È lo spazio del gioco, lo spazio che usiamo per metterci in rapporto con gli oggetti, lo spazio in cui nasce la nostra creatività e che alla fine porta ad una vita culturale.

Luciana Serventi — Le relazioni e gli interventi precedenti mi hanno fornito numerosi spunti di riflessione sia sul processo procreativo nella sua definizione-ridefinizione, come momento culturale nella relazione

uomo-donna, sia su diversi e inquietanti interrogativi intorno alla fecondazione assistita nelle sue applicazioni e possibili sviluppi futuri (vedi manipolazioni genetiche programmate, clonazione etc.).

Riflessioni come donna e come donna medico che con queste tematiche è chiamata comunque a confrontarsi e a lavorare.

Da diversi anni sono assistente ginecologa nella Divisione di Ostetricia di un Ospedale di provincia (Carbonia) e in alcuni consultori della stessa USL. La domanda consultoriale nell'ambito del problema riproduttivo, nelle sue diverse articolazioni, ruota intorno alla contraccezione-aborto-gravidanza.

Soprattutto su questi ultimi due punti il collegamento consultorio-ospedale, pur con tutte le carenze e la improbabile assistenza, ha permesso una relazione continuativa e a volte spiraliforme - consultorio - ospedale - consultorio tra donna e medico che la segue in quel percorso. Sia al consultorio, come filtro di primo livello, sia come domanda globale a livello ospedaliero, c'è stato in questi ultimi anni un aumento crescente di coppie con problemi di sterilità.

È aumentata la domanda o il numero di coppie sterili o entrambi? Sono dati che andrebbero studiati e interpretati in rapporto alla coppia, alla sua storia, alla sua realtà sociale e ambientale.

Parliamo di coppie ma in verità si presentano in consultorio o in ospedale per lo più donne sole, come sole sono anche quando chiedono un contraccettivo o l'aborto facendosi carico del problema. Diverse per estrazione sociale, scolarità e occupazione (lavoro domestico, terziario, agricoltura, industria) comune in tutte sembra essere il desiderio del figlio a tutti i costi, in molti casi precedentemente non cercato e non voluto.

La lettura di questo desiderio di maternità risulta spesso complessa e ambivalente nelle sue varie coordinate. Per alcune di queste donne, che per anni hanno seguito un travagliato iter diagnostico e terapeutico le nuove tecnologie riproduttive e soprattutto la GIFT e la FIVET ripropongono in modo seducente e possibile il figlio mancato.

Ma chi nell'ambito della coppia e della famiglia allargata e dell'ambiente sociale in cui vivono sente maggiormente questa mancanza? Sono forse le donne che investono affettivamente globalmente sulla famiglia che sentono maggiormente l'inadeguatezza del proprio corpo verso se stesse "se non faccio un figlio non mi sento pienamente donna", e/o nei confronti del marito "se non gli do un figlio che moglie sono?".

Da altre angolazioni di lettura il disagio su un problema così delicato come la sterilità è vissuto nelle relazioni della coppia con le rispettive famiglie o con il proprio ambiente sociale. E così essere sterili, e cioè diversi, può apparire come un sottrarsi o comunque mancare a un compito non più affidato esclusivamente alla natura ma realizzabile oggi attraverso le nuove tecnologie riproduttive.

Dopo questa prima lettura e una anamnesi strettamente medica la coppia che si presenta da noi inizia l'iter diagnostico e in parte terapeutico. Al partner è richiesto tra gli altri esami un prelievo di liquido seminale dopo alcuni giorni di astinenza. Se tale esame, ma non sempre è così, si presenta nella norma, le maggiori attenzioni per la diagnosi e il possibile trattamento si concentrano tutte sulla donna: dosaggi ormonali, ecografie, isterosalpingografia, laparoscopie ecc. sino a che ha inizio un trattamento terapeutico con l'assunzione di farmaci induttori dell'ovulazione. Questa fase come già ricordato, richiede un attento monitoraggio ecografico ed ormonale della donna in quanto potrebbe verificarsi una iperstimolazione ovarica con formazione di grosse cisti ovariche. In molti casi l'applicazione di questi protocolli terapeutici ha portato a fecondazione e gravidanze a termine, spesso plurime.

Per altre donne, stimolate con insuccesso, o dove la causa della sterilità era una ostruzione tubarica, o sconosciuta, l'iter terapeutico continua oltre mare, con liste di attesa spesso di mesi nei vari centri dove praticano la fecondazione assistita.

Personalmente ho seguito una sola coppia di un piccolo centro sulcitano, agricoltori entrambi, che ha praticato GIFT e FIVET a Modena. La causa della sterilità era ignota. Al rientro in Sardegna, quando ancora l'esito della fecondazione non era certo, la coppia ha manifestato enorme disagio psicologico con seri dubbi se ritentare altre volte in caso di esito negativo. La forte tensione emotiva ha accompagnato la coppia per gran parte della gravidanza. Il parto è avvenuto nell'ospedale di Carbonia per vie naturali, in modo fisiologico, in trasgressione alle indicazioni che prevedono il taglio cesareo per un figlio così prezioso.

Ho esperienza di altre donne, per lo più oltre i quaranta anni, che hanno ripetuto la FIVET più volte senza ottenere i risultati sperati. Questo ha portato a momenti di profondo disagio all'interno della relazione di coppia, disagio che si esprime anche in una inadeguatezza dei corpi a livello sessuale; spesso in questi casi la sessualità è accettata solo in quanto legata al momento procreativo!

Rispetto alle aspettative della coppia credo che la nostra posizione come "tecnici" debba essere estremamente chiara. Nel consultorio, come primo filtro, l'équipe psico-medica (per la quale sarebbe terapeutico un *treaning* di sensibilizzazione su questi problemi) dovrebbe avere, come ho già detto, con la coppia una relazione chiara su tutto l'iter diagnostico e terapeutico, comprese le percentuali di successo della fecondazione assistita, in verità non molto alte.

Eppure i giornali fanno mostra di belle fotografie di bambini venuti dalla provetta e dal freddo.

Da questi messaggi, un figlio oggi non è sempre tecnicamente possibile? Quanto, il bisogno del figlio non è anche indotto dalla necessità di tutta la macchina riproduttiva di giustificarne e allargarne i profitti? In Sardegna, nel Sulcis, in quel piccolo paese agricolo, quanto una fecondazione in vitro è stata spinta dal bisogno reale della coppia e quanto dall'ambito sociale? Imparare a leggere tutto questo non vuol dire porsi contro le nuove tecnologie ma tentare di conoscerle maggiormente e usarle in modo adeguato. Da un lato quindi fare un uso appropriato di tecnologie invasive e dall'altro imparare a leggere la relazione uomo-donna non ruotante esclusivamente sul figlio da dare-ricevere.

Credo sia importante inscrivere la coppia nei propri bisogni reali, nelle rispettive famiglie, ma anche nella realtà lavorativa e ambientale. L'ambito territoriale della USL dove lavoro circonda il polo industriale di Portovesme. Sono dati relativamente recenti, legati all'inquinamento ambientale da piombo, gli studi riguardanti tumori ossei e dei tessuti molli in alcune specie animali. Nella stessa area si registra un notevole aumento di bambini affetti da leucemia. Quali correlazioni con il degrado ambientale? Così poco viene speso nella ricerca e nella prevenzione in questo settore .... Così come poco viene tutelata la donna nei primi mesi di gravidanza, quando più delicato è lo sviluppo dell'embrione, dall'inquinamento ambientale, acustico .... Su molte gravidanze desiderate, esitate poi in aborti, non si presta abbastanza attenzione.

Pari disattenzione sui casi di oligo-azoospermia in lavoratori del ciclo del piombo e degli altiforni. Anche qui credo che spendere in prevenzione potrebbe essere una scelta pagante.

Vegetti Finzi — Innanzi tutto vorrei ringraziare Antonietta Camba per il suo intervento che mi è sembrato molto opportuno, e completa inol-

tre la mia esposizione, come se ci fosse una consonanza di ricerca che mi rallegra.

Ma detto questo, io ho un atteggiamento critico nei confronti della scienza che non è così neutrale come potrebbe sembrare; la storia della scienza nella cultura occidentale è sempre stata una storia di dominio e mai una storia di conoscenza, di voglia di sapere; è sempre stata una scienza strettamente connessa al dominio della natura e allo sfruttamento delle sue risorse.

Se noi partiamo da questo punto di vista, avremo un atteggiamento molto più sospetto rispetto a queste magnifiche sorti progressive della scienza e, forse, ci accorgeremo che i tempi della scienza e della tecnica non necessariamente devono precedere quelli della riflessione sulle sue applicazioni. Si può anche chiedere alla scienza e alla tecnica di sospendere e di lasciare maturare una riflessione che ha tempi propri e chiede anche una analisi degli aspetti affettivi ed emotivi che rischiano di restare arretrati rispetto ad un procedere della scienza e della tecnica che va per accelerazione che nessuno controlla. Perciò richiamerei l'attenzione anche dei partecipanti su questo tipo di studi, sul sapere scientifico e sulla critica che dobbiamo rivolgere a quella parte della nostra storia.

Annalisa Diaz — Riprendo il discorso di Silvia Vegetti ricordando come queste ricerche abbiano avuto origine negli studi sulla riproduzione animale al fine di selezionare razze perfezionate nell'interesse degli allevatori.

Oggi la possibilità di applicare al campo umano i risultati di queste ricerche è diventata una realtà possibile. La selezione del sesso, la scelta delle caratteristiche somatiche, l'impiego di miscele di seme, l'utilizzazione di femmine "non selezionate" per la fase della gravidanza, non è più fantascienza.

In queste circostanze il compito del legislatore diventa molto delicato. Imporre dei divieti assoluti può apparire una soluzione, ma in realtà non risolve i problemi: per deliberare una sospensione delle ricerche non basta la volontà legislativa di un solo paese, e comunque, per attuarla, occorrerebbe il consenso del mondo scientifico.

Per questo penserei più realisticamente ad un obiettivo apparentemente più limitato: avviare una mappatura dei centri dove si fa ricerca

e di quelli dove si impiegano tecniche di fecondazione artificiale. Avremo così a disposizione dati di base indispensabili per valutare le future linee di intervento.

A tutt'oggi infatti non abbiamo in Italia informazioni certe sulla quantità e qualità dell'offerta tecnologica in questo campo, così come mancano dati sulle caratteristiche e sull'entità della domanda di intervento.

III SEZIONE

ASPETTI LEGISLATIVI E GIURIDICI DELLE TECNOLOGIE RIPRODUTTIVE

RELAZIONI

Le nuove tecnologie riproduttive e la tutela del minore

Federico Palomba

Da un giurista come me ci si aspetta non tanto l'elaborazione dei criteri di valore da trasfondere nelle norme giuridiche quanto l'apprestamento delle cognizioni giuridiche e della tecnica legislativa necessarie dapprima per questa trasfusione e successivamente per l'interpretazione e applicazione delle norme così nate. In sede di mediazione gli si può anche chiedere un giudizio di compatibilità dei valori con la Carta Costituzionale e con gli altri principi generali dell'ordinamento giuridico, nonché l'esplicitazione delle conseguenze delle scelte di valore fatte.

Ma l'individuazione degli interessi da disciplinare (e, prima ancora, la decisione se disciplinarli giuridicamente) appartiene ad altra sfera. Prima di tutto, nel nostro campo, alle competenze mediche, filosofico-etiche, statistico-demografiche, che devono offrire criteri di valutazione degli interessi in gioco, e poi al Parlamento, come sede delle sintesi dei valori espressi dalla comunità e mediati dal consenso. Ma proprio la forte implicazione, nei problemi di fertilità artificiale, di sentimenti, emozioni, valori profondamente presenti nella coscienza sociale, fa sì che in democrazia si debba scrutare a fondo il modo di pensare della comunità sia attraverso i grandi filoni di pensiero presenti nella società, sia mediante l'individuazione del più diffuso sentire della gente.

Dunque, astrattamente al giurista sarebbe richiesto di porre a disposizione una competenza tecnica che non entri nello specifico delle scelte di valore, soprattutto quando vi siano presenze molto estese e qualificate nell'ambito delle differenti competenze e dei saperi più direttamente implicati nell'argomento. Eppure se gli viene attribuito il compito di individuare ed esprimere profili di tutela del minore (forse meglio da intendere nel senso di provare a mettersi dalla parte del bambino, cioè di prospettare tutte quelle ragioni che possono indurre ad effettuare scelte in un senso o nell'altro), è evidente che non si può esimere dal lambire territori di altri indicando possibili errori di valutazione, sia pure nella misura strettamente necessaria e funzionale rispetto all'ambito di intervento e con l'ausilio dell'esperienza. I profili di tutela riguardano i diversi aspetti che si possono così sintetizzare:

1) valutazione circa l'opportunità di un intervento legislativo;

2) tutela preventiva, e cioè criteri di valutazione sulle diverse ipotesi di riproduzione artificiale;

3) tutela alla fecondazione e alla nascita.

Sul primo aspetto non si può non partire dalla constatazione dell'assoluta inadeguatezza delle categorie giuridiche attualmente utilizzate nella legislazione vigente rispetto alla disciplina delle molteplici situazioni conseguenti allo sviluppo della biologia della riproduzione. Il diritto di famiglia vigente si basa su un'unica premessa: che la riproduzione sia conseguenza dell'accoppiamento tra un maschio ed una femmina; che al parto corrisponda la maternità certa; che il padre sia colui che ha inseminato naturalmente la partoriente, o almeno si presume tale (salva la propria contraria).

Da questa premessa discende la disomogeneità delle categorie giuridiche vigenti rispetto a situazioni di maternità surrogata (solo portatrice di altrui gameti fecondati, ovvero anche genetica, cioè partecipante alla riproduzione con un proprio ovocita); di donatore di gamete maschile al di fuori della volontà di attribuzione della paternità; di rischio di doppia maternità in caso di maternità surrogata solo portatrice (di colei da cui proviene l'ovocita fecondato e di colei che lo ha nutrito) e di doppia paternità (di colui dal quale proviene il gamete fecondante e di colui che ha consentito all'inseminazione artificiale eterologa della moglie o della convivente stabile). Queste situazioni, non propriamente teoriche, sono difficilmente risolvibili con la normativa attuale; ed anche il criterio della volontà, che qualche studioso utilizza per dirimere la controversia (si veda, fra i più recenti, Vercellone per tutti) non è sempre adeguato, come nel caso della madre surrogata solo portatrice che decide di tenere per sé il bambino da lei nutrito ma nato dall'incontro di gameti altrui. Tali situazioni generano incertezza e conflittualità che necessariamente si ripercuotono sulla situazione del bambino conteso: esse il legislatore deve evitare attraverso una disciplina della materia.

Un altro profilo di necessità di intervento è dato dai nuovi problemi posti dalla possibilità di separazione temporale tra produzione dei gameti, fecondazione, inserimento in utero e nascita. Ciò pone al giurista gravi problemi in caso di premorienza del donante, innanzitutto rispetto alla fecondazione; senza una disciplina oggi è impossibile dire quale possa essere la sorte del gamete non ancora fecondato. Ma proble-

mi ancora più complessi (oltre che più rilevanti sotto l'aspetto etico) si pongono per la premorienza dopo la fecondazione, prima dell'inserimento in utero o prima della nascita: le categorie giuridiche oggi disponibili sono del tutto inadeguate per risolvere ad esempio il problema della sorte dell'embrione non inserito in utero (problema che concerne non solo la premorienza rispetto all'operazione, ma anche quello della sorte dei campioni residui dopo la fecondazione in vitro: FIVET).

Questi sono soltanto alcuni dei problemi tecnico giuridici che oggi si incontrano dinanzi alle nuove tecnologie riproduttive e che impongono una pronta disciplina legislativa. Ma accanto a questo aspetto ve ne è un altro di carattere sociologico ugualmente importante relativo al modo di pensare dell'opinione pubblica. A questo riguardo, si può offrire qualche elemento di valutazione tratto dai risultati di un sondaggio di opinione sulla procreazione artificiale disposto in preparazione dell'incontro su "Il bambino bionico", organizzato nel 1987 dal Coordinamento dei Genitori Democratici.

Il primo dato riguarda un'atteggiamento di preoccupata conservazione. Non solo l'adozione viene indicata come la soluzione più giusta al desiderio di procreazione, ma la maggioranza delle risposte rifiuta anche la possibilità di donare o ricorrere alla donazione di un gamete, come pure della predeterminazione del sesso del figlio. Inoltre, la grande maggioranza delle risposte indica l'esigenza di un controllo nel campo della ricerca scientifica sulla procreazione artificiale. Tuttavia, appare emergere non una chiusura totale nei confronti delle nuove possibilità tecnologiche, ma piuttosto l'esigenza di vagliare, controllare, metabolizzare quasi, con grande responsabilità i nuovi scenari medico-biologici, etici, culturali, che gli sviluppi in questi campi prospettano con grande carica immaginifica. Infatti, la rassegnazione alla mancanza di figli è minoritaria rispetto all'adozione, e anche alla procreazione artificiale.

D'altra parte, la passione — e talora lo sconcerto e il disorientamento — con il quale i mezzi di comunicazione di massa e l'opinione pubblica hanno seguito alcune vicende (locali e all'estero) successive al 25 luglio 1978, data della nascita in Inghilterra della prima bambina concepita in provetta con la fecondazione di un ovocita prelevato chirurgicamente dalla madre, mostra, accanto all'interesse, un bisogno di chiarezza e di certezza dei rapporti sociali in un settore così delicato sotto l'aspetto etico, prima ancora che giuridico.

Un ultimo aspetto della questione dell'opportunità della disciplina legislativa discende dall'entità del fenomeno. Secondo Geraci (dell'Istituto di Biologia dello Sviluppo di Palermo) si calcola che oggi nel mondo i bambini concepiti in vitro abbiano superato le 3.000 unità. Secondo Santini (ordinario di Demografia all'Università di Firenze) il tasso odierno di infertilità delle donne della generazione più giovane è del 18%; se si considera che per il 1987 le più attendibili valutazioni fissano per l'Italia la fecondità sull'indice di 1,26 figli per donna, nel caso in cui tutte le donne sterili lo fossero per ragioni biologiche e volessero far ricorso alla fecondazione artificiale la fecondità complessiva passerebbe a 190 figli per 100 donne (ancora al di sotto della quota che garantisce il rinnovo della popolazione): ma è lecito stimare che tra quelle 18 donne che sono sterili verosimilmente solo il 5% subirebbe psicologicamente la sterilità biologica, e potrebbero fare ricorso alla procreazione artificiale. Sta di fatto che il fenomeno, se non è destinato ad avere un grosso sviluppo, considerati i dati sull'infertilità della donna (assai maggiori e crescenti sono quelli sull'infertilità maschile) è tuttavia di dimensioni rilevanti per il legislatore, ed è destinato a modificarsi col mutare della conoscenza di esso ed in funzione del tipo di rappresentazione sociale presso l'opinione pubblica.

Ecco alcune ragioni che sembrano imporre un urgente intervento legislativo. Vorrei aggiungere che questo si collocherebbe nel filone interventista su tutti gli aspetti inerenti la nascita, la vita, la famiglia, che lo Stato considera primari. Non si tratterebbe, cioè, di controllare lo stile di vita dei soggetti, la cui diversità — entro certi limiti — è tutelata dalla Costituzione, ma di controllare i processi di formazione della vita e degli ambiti di sviluppo di essa, soprattutto con riferimento ai soggetti più deboli, quali i minori. Si impone, perciò, un immediato intervento legislativo (si spera che non avvenga come in Francia, ove la discussione dura da oltre 18 anni).

Personalmente auspicherei — ma qui per un momento recupero un'attitudine ad esprimermi sui valori, che non può non competermi come cittadino più che come giurista — *che si intervenisse poco per limitare molto*, nel senso che vengano ritenute legittime solo poche pratiche fecondative non naturali, e che queste siano accuratamente controllate. So che, così facendo e dicendo, mi colloco in quella linea di opinione che vede con molta preoccupazione affacciarsi all'orizzonte un futuro incerto in cui l'autocontrollo del genere umano (che ha inventato il fuo-

co senza con ciò bruciare tutto e ha inventato le armi senza così distruggere l'umanità) potrebbe non essere sufficiente per disciplinare spontaneamente un fenomeno che può prendere la mano.

Non si tratta soltanto di escludere categoricamente e di sanzionare la violazione del divieto di ogni intervento di ingegneria cellulare volto a modificare il patrimonio genetico, divieto che qui diamo per scontato (lo scenario di milioni di individui tutti uguali per clonazione, appartenenti al terzo livello di umanità per il quale sono stati selezionati — cioè utili per lavorare e per fare la guerra — non è poi detto che non possa trasmigrare dalla fantascienza al reale); ma si tratta anche di evitare che l'egoismo umano e i fatti di moda possano esercitare un'influenza sui meccanismi di riproduzione del cucciolo dell'uomo, la cui gestazione è predisposta al fine di un rapporto originario e diretto prima di tutto con la madre, poi con il padre.

Non potrebbe l'attrice o l'indossatrice, per non sformare il suo corpo (e magari per evitare le fatiche della gravidanza) pagare una portatrice robusta che le confezioni un figlio e glielo dia dopo la nascita? O non potrebbero le coppie fertili, per conformismo alla moda, pretendere che la donna sia ingravidata con ovocita di donna slanciata e bella e con spermatozoo di uomo robusto e biondo, al fine di esibire un figlio migliore degli altri? Quante proiezioni dei genitori sui figli negative per la loro educazione statisticamente si possono registrare!

Gli aspetti così di sfuggita da ultimo toccati introducono il primo dei possibili profili di tutela già enunciati, cioè quello riguardante il momento precedente la fecondazione. Esso si basa sull'analisi della possibilità di ricerca delle migliori condizioni perché il bambino nasca in un ambiente adatto a rispondere ai suoi bisogni di mantenimento e di educazione. In questa ricerca possiamo individuare alcune linee, di carattere giuridico o di carattere filosofico.

Sul versante giuridico ci possiamo rifare ad alcuni precetti costituzionali. Il primato fra le società naturali spetta alla famiglia fondata sul matrimonio, cioè sulla doppia presenza di un maschio e di una femmina che hanno solennemente, con certe forme, deciso di stare insieme. Al figlio naturale, cioè nato fuori dal matrimonio, la legge garantisce ogni tutela giuridica e sociale compatibile con i diritti dei membri della famiglia legittima. Dunque, preferenza per la coppia coniugale; comunque, preferenza per la coppia bisessuale; non discriminazione della prole. Si tratta, dunque, di vedere se questi livelli di preferenza rilevati dalla Co-

stituzione (e peraltro basati sull'osservazione della natura) possano imporre o indurre o consigliare la scelta in ordine a ciò che è ammissibile per tecnologia riproduttiva. C'è, poi, la forte indicazione proveniente dalla legge 184 del 1983 sull'adozione e l'affidamento per la quale è affermato il controllo pubblico sulla procreazione, (impugnabilità dei falsi riconoscimenti ex articolo 74) e sulla relazione genitore-figlio (essendo sanzionato, anche penalmente, l'affidamento di un bambino a terzi con finalità adottive facendone derivare anche l'incapacità ad adottare).

Ma vi sono altre considerazioni, che questa volta vedono direttamente coinvolto anche il versante antropologico-culturale. La mia esperienza è nel senso che oggi dinanzi all'infanzia e all'adolescenza si fronteggiano due culture: quella appropriativa e quella del servizio.

La prima si basa sulla convinzione che il bambino appartenga all'adulto. Ne sono conseguenza: le violenze sui minori, le aspre contese che li hanno ad oggetto nei casi di rottura della coppia genitoriale, l'atteggiamento autoritario (o di disinteresse) anche nei settori istituzionali, prima fra tutte la scuola; ma ne sono espressione anche un notevole numero di manifestazioni di disponibilità all'adozione rivolte verso i bambini piccoli e belli con rifiuto di quelli grandicelli o problematici, e col rifiuto dell'affidamento familiare che fa mantenere al bambino i rapporti con la famiglia originaria.

La seconda cultura si fonda sull'idea dell'appartenenza del bambino a se stesso, con l'adulto al suo fianco in funzione ed aiuto alla sua crescita. Ne sono espressione la capacità di mettersi dal punto di vista del bambino nel caso di separazione, l'accettazione dell'affidamento (che preserva il vissuto del bambino), l'attitudine di rispetto verso di lui nelle istituzioni e nei servizi.

Dunque il desiderio di un figlio non è sempre e sicuramente significativo di una volontà oblativa e generosa, ma talvolta nasconde mire meno nobili a cominciare dal desiderio di rivincita verso una sterilità vissuta non tanto come privazione personale, quanto come diminuzione sociale: purtroppo non sono così infrequenti i casi di bambini adottivi restituiti, o comunque di adozioni non riuscite, perché il figlio non aveva corrisposto a quell'idea astratta che se ne erano fatti gli aspiranti al momento della manifestazione della volontà adottiva. Di qui la necessità che ogni disponibilità all'adozione sia accuratamente vagliata per verificare che non mascheri una mentalità egoisticamente appropriativa: è così che i giudici sono solitamente sospettosi — tanto da respin-

gerle — verso le domande nominative (adozione di un bambino determinato) o che pongano preclusioni per età, sesso o altre condizioni personali. Come avviene in natura, neppure l'adozione può essere talmente fredda e razionale da superare quella carica di emotività e di coinvolgimento affettivo totale che si ravvisa in ogni paternità naturale, in cui il bambino è desiderato ed accettato come è, per il solo fatto di essere nato dai genitori.

In certa misura questi problemi di preconfezionamento del bambino non si pongono nella riproduzione artificiale (dato per scontato, come ho già detto, che si deve ritenere vietata ogni forma di manipolazione del patrimonio genetico). E purtuttavia si potrebbe ugualmente porre il problema della verificabilità della cultura che sta alla base della decisione di procreare artificialmente e cioè se essa sia appropriativa o di donazione: ma occorre considerare che si tratta di situazione diversa dall'adozione, sia perché questa riguarda l'assegnazione di un bambino già esistente, sia perché è in un certo senso concorsuale dal momento che si ricorre ad una valutazione comparativa degli aspiranti. Inoltre, si dovrebbe escludere a priori che nella procreazione artificiale sia possibile effettuare una scelta preventiva del modello di bambino chiamato a nascere mentre nell'adozione vi è l'indicatore indiretto rappresentato dal rifiuto di un certo tipo di minore realmente esistente. Di fatto, secondo la tendenza degli ultimi anni, il rapporto tra numero di domande di adozione e minori adottabili è, nel tribunale per i minorenni di Cagliari, circa di 5 a 1. Ciò malgrado, vi sono diversi minori che non vengono accettati in adozione, perché già grandicelli, o perché con qualche problema anche non grave — l'adozione serve infatti per dare una famiglia al bambino che non ne ha e non viceversa — per cui la coppia non fertile potrebbe preferire confezionarlo artificialmente. E dunque è assai difficile trasfondere in questa materia i criteri valutativi adoperati nelle procedure adottive, anche se indubbiamente si può dare l'ipotesi che la richiesta di fecondazione artificiale tragga origine da componenti psicologiche non del tutto positive.

D'altra parte, bisogna dare atto, per completezza, di altre posizioni. Ad esempio Emanuele Lauricella, biologo, svolge la considerazione per la quale le statistiche moderne mostrano l'assoluta serenità, felicità, assistenza per i "bambini artificiali", mentre per i bambini "normali" c'è una spaventosa percentuale di maltrattamenti, abbandoni, violenze. Inoltre, in America, la percentuale dei divorzi in famiglie normali è tale

che in rapporto a quelle di famiglie che hanno adottato il metodo di fecondazione artificiale è di 100 a 1; infine, si conosce un solo caso di interruzione della gravidanza iniziata con fecondazione artificiale, poi però ripetuta e portata a termine.

Un altro aspetto importante, anche se forse poco noto, è il bisogno di alcuni adottati, una volta arrivati alla soglia della maggiore età, di conoscere i propri genitori, quelli che dal punto di vista biologico, hanno determinato la loro nascita. Non so dire se ciò riguardi solo la madre che li ha partoriti, o se invece riguarderebbe anche il donatore di seme rimasto sconosciuto: su tale fenomeno non c'è ancora una casistica. Consegno ad antropologi e psicologi il compito di decodificare questo bisogno e di capire se e come esso giocherebbe nel caso di conoscenza di essere venuti al mondo mediante procreazione artificiale con seme dei genitori: e lascio a loro di dirci se sarebbe opportuno che ne venissero a conoscenza, e se le conseguenze sarebbero così disturbanti come si ravvisano in alcuni casi di bambini adottati.

Ma v'è un altro argomento, parimenti importante, nel momento in cui si deve valutare il significato del ricorso alla fecondazione artificiale. Esso pare investire un fondamentale quesito di carattere antropologico e culturale, che deve stare alla base dei giudizi di valore da consegnare ai giuristi per la costruzione di un apparato normativo. Ciò concerne il rapporto tra uomo e natura, che il filosofo Paolo Rossi sintetizza nel duplice aspetto del Prometeismo o del Faustismo, come ideologia di dominio dell'uomo, di cui la scienza e la tecnica sono strumenti, e della ideologia della sottomissione dell'uomo alla natura. La prima ideologia è espressione del rapporto predatore-preda ed obbedisce ad una logica di potere assoluto, nettamente dominante sulla selezione naturale dei processi di evoluzione biologica (che sono lentissimi) mentre la trasmissione culturale è rapidissima, così come i processi di trasformazione della natura ad essa collegati. Egli sviluppa la considerazione che la filosofia del rispetto per la natura deve superare il miope non interventismo, ma deve evitare ogni espressione di incontrollato potere. In questo senso sembra potersi operare una saldatura fra una filosofia laica ed una teologia progressista che si è richiamata al primato dell'uomo sulla natura, ma in un'attitudine di rispetto e responsabilità verso di essa: potrebbe ricordarsi quella teologia post tridentina che ha tentato la riconciliazione tra storia umana e storia cristiana; o quella del "*Mi-*

lieu divin" di Theilard de Chardin; o la teologia della liberazione; o quella detta "del settimo giorno", che ha animato i gruppi di base preconciliari.

Ora, vi è il forte sospetto che la riproduzione artificiale possa rispondere ad un'ideologia di dominio sulla natura per ragioni di pura riaffermazione di potere (non di primato, che è una cosa diversa) o intellettuale o, cosa ancora meno lodevole, per ragioni mercantili: ciò sotto il profilo del tipo di operazione di chi la commercializza e la pratica; mentre dal punto di vista di chi la chiede essa potrebbe essere significativa di una attitudine di potere sotto il riflesso della compensazione di una deprivazione sentita socialmente svalutante, e quindi in funzione di restaurazione di uno "status symbol" avvertito come mancante.

Per queste considerazioni, il giurista può, più che trarre conseguenze che spettano ad altri, offrire alcune indicazioni di massima, che, nel mio caso, non hanno il pregio dell'oggettività, ma che possano costituire elementi di valutazione per chi deve costruire un intervento legislativo che disciplini questa materia. Le indicazioni sintetiche che darò desidero siano precedute dall'avvertenza che esse talora sono sorrette da una buona dose di componenti personali, forse non sempre del tutto lucide perché in parte condizionate da una mia personale attitudine al rispetto per il limite nei confronti di ciò che io ritengo di sentire che non debba essere oltrepassato.

I profili di tutela preventiva potrebbero seguire queste linee:

a) difficoltà (se non impossibilità, o non liceità) del controllo preventivo su chi intende utilizzare le tecnologie riproduttive non vietate. A parte la difficoltà di tale controllo preventivo, vi è la considerazione che questa strada potrebbe portare a forme di controllo sociale particolarmente penetrante e potrebbe costituire un pericoloso precedente. Questo argomento vale soprattutto per l'ipotesi in cui tale controllo venisse demandato ad un organo della pubblica amministrazione o a privati operatori sanitari; ma varrebbe anche per il caso che il controllo venisse affidato ad un organo giurisdizionale e specializzato quale il Tribunale per i Minorenni, al quale verrebbe delegato un potere troppo ampio soprattutto perché difficilmente ancorabile a parametri certi.

Perciò io dissento dall'indicazione che proviene in quella direzione dalla Commissione presieduta da Santosuosso: anche perché essa mi parrebbe ulteriore espressione della negativa tendenza alla delega al giudice del compito di risolvere i più delicati problemi che involgono questioni di carattere etico — e non tecnico — solo per l'incapacità, o la

non volontà di decidere, presente nella sfera istituzionalmente a ciò deputata, e cioè il Parlamento, che ha il compito di eseguire la mediazione tra norma e valori. Sotto tale aspetto si deve auspicare che l'intervento legislativo sia della massima chiarezza, soprattutto in questo settore che si presta a notevoli variazioni di atteggiamento filosofico, e che perciò potrebbe prestarsi ad applicazioni fortemente diversificate: ma, a dire il vero, le proposte di legge che a me risultano presentate, si muovono tutte nella logica della chiarezza, e non dell'intrusione e della discrezionalità.

Il problema fortissimo che esiste circa l'autolimitazione e le motivazioni va affrontato in termini culturali, e non giuridici, facendo prevalere la concezione del rispetto per la propria condizione e del benessere come modalità corretta di rapportarsi a se stessi e agli altri, che non può essere surrogato dalla disponibilità del bambino come bene da possedere. Giustamente si è osservato che il migliore genitore adottivo (o anche artificialmente fecondo) sarebbe quello che, per avere accettato la propria sterilità biologica, e perché vive una propria intensa vita relazionale, potrebbe anche rinunciare all'adozione o alla procreazione artificiale: non ha bisogno di *avere* (un bambino) perché già vive una sua dimensione di *essere*. Questo approfondimento culturale passa anche attraverso una diversa concezione del potere, dell'accumulazione, dell'appropriazione delle risorse e della loro dissipazione;

b) alla tendenziale non intrusione discrezionale nella sfera personale sotto forma di controllo attitudinale deve corrispondere una maggiore limitazione della possibilità di fare ricorso alla riproduzione artificiale onde siano evitati pericoli collegati alla motivazione appropriativa, che determinerebbe facilmente anche il malessere successivo del bambino. Vi è poi la considerazione che non conta tanto il diritto a vivere quanto il diritto alla qualità della vita (si veda, per l'elaborazione di questi concetti, tra gli altri, Eugenio Lecaldano, ordinario di Storia delle Dottrine Morali all'Università La Sapienza di Roma), che è più facile riscontrare là dove siano maggiormente rispettati gli elementi naturalmente posti a presidio della crescita del bambino. In tal senso riterrei rispettosa più l'inseminazione artificiale che la fecondazione in vitro, così come la GIFT rispetto alla FIVET; e mi porrei il problema se in una legge possa essere indicato preferenzialmente un tipo di procedimento prevedendosi che si passi all'altro solo qualora sia accertato il cattivo esito del primo.

Riterrei, anche, più rispettosa la fecondazione artificiale omologa, compresa quella all'interno di coppia stabilmente convivente anche se non coniugata. Qualche dubbio avrei per la fecondazione artificiale eterologa nell'ambito di una coppia: ma forse propenderei per la sua ammissibilità considerando prevalente l'aspetto positivo della doppia presenza genitoriale. Semmai, si potrebbe ancorare la possibilità di utilizzare le tecnologie riproduttive al possesso dei requisiti di carattere oggettivo richiesti per l'adozione (età, matrimonio da almeno tre anni, non separazione). Le perplessità, ancora più forti, che avrei nei confronti dell'ammissibilità della procreazione artificiale in favore di donna sola riterrei di doverle risolvere negativamente sembrandomi prevalente l'aspetto negativo della scelta, operata irreversibilmente a priori, di privare il bambino di una componente importante della coppia, sembrandomi questo aspetto come sintomatico di una motivazione appropriativa, e non oblativa, e della prevalente componente di potere insita in quella scelta. Mi sembrerebbe che tale scelta legislativa non sarebbe incompatibile col principio costituzionale di uguaglianza perché riferita a situazione diversa dal rapporto di coppia; d'altra parte si tratta dello stesso criterio per il quale l'adozione legittimante è consentita soltanto a coppie coniugali;

c) esclusione di ogni patto avente ad oggetto la procreazione di un bambino per conto di altre persone (madre surrogata, portatrice o anche genetica);

d) controllo pubblico rigoroso sui procedimenti e i requisiti di ordine sanitario e formale;

e) rigida disciplina sulla sorte degli embrioni non utilizzati ed automaticità di essa, con esclusione dell'attribuzione di un potere decisionale e discrezionale a qualsivoglia organismo (compreso il Tribunale per i Minorenni);

f) irrilevanza della donazione del gamete ai fini dell'attribuzione di paternità o maternità;

g) rigorosa esclusione di operazioni sui geni e sul patrimonio cromosomico delle cellule germinali, anche per ragioni sperimentali, ed esclusione comunque per finalità eugenetiche.

I profili di tutela dopo la fecondazione dovrebbero essere previsti rigorosamente nella legge, con particolare riferimento all'ipotesi di premorienza (sarebbe, perciò, forse opportuno prescrivere una notevole rapidità delle operazioni nella fase successiva al prelievo dei gameti e, an-

cor più, alla loro fecondazione). Dopo la nascita, i problemi di tutela non si discostano da quelli previsti per tutti i minori, nei confronti dei quali la giurisdizione minorile deve verificare la qualità della vita affettiva, relazionale e materiale dei bambini o degli adolescenti.

Un problema specifico può porsi riguardo all'ipotesi in cui nasca un bambino in violazione delle norme di legge che vietano in quel caso il ricorso alla tecnologia riproduttiva (madre surrogata o figlio di donna sola). Si potrebbe, allora, pensare ad una esplicita previsione di situazione di adottabilità e quindi di applicazione della normativa di cui alla legge 184/83. Un'ipotesi del genere viene già utilizzata in caso di commercio di bambini (vendita da parte della madre, solitamente con alterazione di stato): sarebbe facile estenderla al fatto di cessione del bambino procreato artificialmente; e a tal fine sarebbe opportuno disporre l'obbligo di segnalazione al Tribunale dei Minorenni a carico di chiunque venga a conoscenza di situazioni di questo genere. Analogamente si potrebbe pensare in riferimento alla nascita da donna sola: teoricamente la situazione sarebbe la stessa; ma praticamente potrebbe essere difficile dimostrare che il bambino sia nato in provetta e non da uomo che non lo vuole riconoscere. Ma la possibilità concreta di procreazione artificiale contro il divieto dovrebbe essere molto scarsa soprattutto se si comminassero sanzioni — penali ed interdittive — a carico degli esercenti la professione sanitaria che ricorressero a pratiche artificialmente riproduttive in situazioni di divieto legale.

Le leggi possono fare molto; ma non tutto. Dinanzi ai rischi prevedibili dell'applicazione bellica dell'energia nucleare le ricerche non si sono fermate: abbiamo avuto Hiroshima. La rivoluzione procreativa e genetica può rappresentare quanto una bomba nucleare per l'umanità, forse ancora più pericolosa perché capace di arrivare alle radici più profonde dell'essere e di spezzare la catena generazionale. La scienza deve sviluppare un enorme senso di autocontrollo per evitare i rischi dell'involuzione della specie umana: perché non è vero che l'uomo può vivere senza rispettare la natura.

Per una disciplina della rivoluzione procreativa

Stefano Rodotà

Cercherò di proporre uno schema di analisi di una situazione, di un fenomeno molto complesso, avendo ovviamente come riferimento i limiti, le necessità, le modalità della legislazione. Dico uno schema di analisi perché il materiale disponibile per la riflessione, lo studio e la ricerca su questa materia è ormai praticamente sterminato, difficilissimo da dominare; solo i rapporti ufficiali che provengono da organismi statali o da organismi sovranazionali, organismi regionali, (ma quando parlo di organismi regionali mi posso riferire ad uno Stato della federazione americana o ad uno Stato canadese) sono ormai circa cento.

Una premessa, perché l'espressione "rivoluzione procreativa" è sicuramente molto suggestiva, ma bisogna definirne, portata e senso, perché le dimensioni, di questa rivoluzione non sono soltanto legate alle tecnologie della riproduzione. Come sapete bene, siamo partiti da una situazione di forte controllo del corpo femminile con interdizioni notevoli di vario tipo, penalmente sanzionate che andavano dal divieto di contraccezione a quello dell'aborto. Inoltre, l'"uso" del corpo femminile da parte dell'uomo era legittimato dalla bassa penalizzazione, dal basso grado sanzionatorio di una serie di aggressioni (dalla violenza sessuale al ratto), nel momento in cui questo tipo di controllo è stato superato, è intervenuto un fattore di controllo diverso, non più formalizzato ma altrettanto diffuso, che è quello della medicalizzazione. Le tecniche riguardanti la sterilità femminile con una molteplicità di terapie, le tecniche legate al parto sono indicativi di una rivoluzione tecnologica, così come era stato tecnologico il salto legato alla contraccezione, perché lì si ha la prima grande discontinuità, con la dichiarata separazione tra sessualità e riproduzione.

Il terzo punto, quello che abbiamo di fronte, con un salto qualitativo molto forte, è quello delle cosiddette tecniche di riproduzione assistita. Di fronte a questa realtà, la concettualizzazione ha faticato assai, e ancora non è a livello adeguato perché, una serie di difficoltà che oggi noi incontriamo sia sul terreno giuridico, sia su quello della risposta sociale, o della valutazione secondo sistemi di controllo diversi da quello giuridico, (per esempio il sistema della morale), sono determinati dal

fatto che di fronte a tutte le rivoluzioni tecnologiche c'è uno scarto molto forte, che provoca un ritardo sulla risposta sociale. È avvenuto per la rivoluzione nucleare, è avvenuto per la rivoluzione delle tecnologie elettroniche e telematiche. Nella materia della procreazione gli psicologi dicono che le difficoltà possono essere ancora maggiori, dal momento che assumere l'insieme di mutamenti che toccano direttamente la persona richiede tempi culturali molto più lunghi. Sta di fatto che per i giuristi sicuramente questo è un grandissimo problema, perché noi ci muovevamo in uno schema estremamente semplice: avevamo una disciplina relativamente semplificata perché era semplice la realtà che dovevamo rispecchiare, quella della naturalità di taluni processi. Abbiamo quindi avuto prima una separazione della sessualità dalla riproduzione, poi la separazione del concepimento dalla gestazione, perché questo è il dato ulteriore determinato dalle tecnologie riproduttive; e abbiamo avuto una forte modifica del concetto di concepimento e di nascita, non ancora adeguatamente concettualizzato. È sconvolto il sistema della parentela, altro riferimento culturale essenziale, è modificata radicalmente la rappresentazione del corpo, con problemi che vanno al di là delle tecnologie riproduttive, ma toccano tutte le questioni relative alla ricerca sul genoma, i trapianti etc. Come si rappresenta questo all'interno del sistema giuridico? La rappresentazione abituale o lo schema che abitualmente i giuristi adoperano, è quello, trattandosi di un soggetto individuale, di vedere quanto è traducibile in diritti soggettivi oppure no, cioè in poteri attribuiti al singolo ed esercitabili al riparo da controlli di altri soggetti. E qui noi abbiamo avuto sicuramente, non solo sulla carta, ma anche in dichiarazioni più o meno ufficiali, in atti internazionali, in leggi, un'esplosione proprio in termini di diritti soggettivi: dal diritto al patrimonio genetico non manipolato al diritto di procreare, al diritto alla famiglia del figlio che deve nascere, e via dicendo. E oggi, soprattutto in alcuni ambienti, c'è una forte reazione a questa inflazione di diritti, invocando al posto di una cultura dei diritti una cultura del limite, soprattutto in paesi come la Germania, per ragioni storiche e che si possono comprendere, ma presente ormai in tutte le culture. Differenze notevoli si colgono negli Stati Uniti dove nel dibattito istituzionale si intrecciano e si rafforzano indicazioni diverse, la prima delle quali considera questa materia riferibile all'area privata, fortemente tutelata a livello dei diritti fondamentali. La legittimazione dell'aborto, oggi così fortemente contestata, è stata resa possibile ritenendosi il diritto al-

l'aborto, uno dei cosiddetti diritti "in penombra", cioè uno dei diritti compresi nella sfera del diritto alla privacy, del diritto alla riservatezza, un'area all'interno della quale il legislatore non può intervenire. Questa fortissima accentuazione della scelta individuale si somma negli Stati Uniti con una legittimazione del mercato in questa materia, molto forte e a mio giudizio, molto preoccupante. Se voi pensate che uno dei grandi slogan femministi "my body, my property" è diventato, in una rivista autorevolissima e per la penna di una donna, il titolo di un articolo in cui si legittima la vendita delle parti del corpo, negandovi che lo Stato possa intervenire stabilendo se posso o no vendere un rene. Vedete lo spaventoso cambiamento di orizzonte culturale. E le tecniche giuridiche naturalmente sono fortemente implicate sia per le loro caratteristiche, sia soprattutto per la loro dimensione. Sono molto d'accordo con quanto ha appena detto il dott. Palomba: dobbiamo stare molto attenti, e in questi casi credo che la sobrietà dell'intervento legislativo sia un imperativo, perché la moltiplicazione delle regole non è sempre un segno di buona ed efficace disciplina. Comunque, rispetto a questa attitudine, che è quella che è stata assunta finora dalla gran parte dei paesi c'è una critica radicale formulata in modo molto netto e aggressivo, soprattutto da un giurista francese, Jean Carbonnier, attentissimo anche agli aspetti sociologici del diritto, che ha rimproverato sostanzialmente ai giuristi una sorta di dimissioni rispetto al fenomeno, ed un trasferimento della funzione regolativa ad altri sistemi normativi in primo luogo al sistema dell'etica.

Ho l'impressione che le cose non stiano affatto così. Nei fatti c'è, ripeto, lo scarto tra innovazione tecnologica e risposta sociale, in questo caso risposta sul terreno delle istituzioni, tipico di tutta questa materia. Le prime leggi sulla responsabilità per l'uso dell'energia nucleare sono venute 10, 12, 15 anni dopo la bomba atomica di Hiroshima e Nagasaki; la prima legge (svedese) sulle banche dati, sulla tutela della riservatezza rispetto al trattamento elettronico delle informazioni è venuta 15 anni dopo l'avvio dell'uso dei computers, in questo caso e si è detto, che anche in quei casi, c'era stata una delega eccessiva ai tecnocrati, e qualcuno aveva teorizzato, anche sul versante della sinistra e della sinistra estrema, penso a Paul Baran, la non legittimità dell'intervento legislativo in tutto ciò che riguardava l'uso dei computers). Non mi meraviglio di questo e trovo quindi il rilievo di Carbonnier ingiustificato, perché in realtà ciò a cui stiamo assistendo è il crearsi di una situazione

nella quale i sistemi di valori non sono costituiti da valori condivisi, ma da valori fortemente conflittuali. Pensate al conflitto aperto dalle istituzioni ufficiali della Chiesa in questa materia, che hanno determinato una discussione all'interno del mondo cattolico anche ufficiale, come dimostrano un documento sottoscritto da autorevoli teologi tedeschi, e il fatto che in taluni ospedali, come quello di Colonia, un prete medico continua ad effettuare l'inseminazione. Naturalmente il conflitto intorno ai valori si ritrova anche nel campo dell'etica laica, anch'essa non riducibile ad un unico denominatore. E le spiegazioni sono tante: la complessità della società, la fine di valori condivisi da tutti e via dicendo. Ma quali che siano le spiegazioni che si vogliono dare, c'è una forte tendenza invece a richiedere l'intervento legislativo, non solo per la sua forza regolativa, ma come supplenza del legislatore perché, essendo deboli i sistemi etici e non avendo quindi come in passato la forza di determinare i comportamenti, questa funzione viene rovesciata sul diritto. Su un diritto che si trova in difficoltà per le categorie invecchiate e non sostituite da nuove, e perché attraverso una disciplina troppo pesante rischia di privilegiare arbitrariamente un sistema di valori rispetto ad altri. Il terreno del diritto è anche il terreno di uno scontro tra sistemi di valori diversi, ciascuno dei quali affida la sua supremazia, la sua sopravvivenza sull'intervento legislativo. Quindi la situazione è molto diversa dalle "dimissioni" che Carbonnier imputa ai giuristi: c'è invece il rischio di un eccesso legislativo. La prudenza dei giuristi deriva dalla preoccupazione diffusa che una disciplina giuridica intempestiva o eccessiva diventi il veicolo di un'etica ufficiale e come tale finisca col trasportare al livello legislativo una ragione di conflitto perché finché il conflitto non è normato, finché non c'è una scelta per uno dei valori in campo, è un conflitto culturalmente accettabile; nel momento in cui il conflitto viene tradotto con una scelta imperativa di uno solo dei valori in campo, diventa uno strumento grave di lacerazione sociale. Ad esempio, un professore di Yale, Guido Calabresi, laico convinto, imputa alla sentenza della Corte Suprema degli Stati Uniti, che ha riconosciuto la legittimità dell'aborto, l'aver mantenuto una regione di conflitto perché non ci si è limitati a dire che la donna ha il diritto, entro un certo periodo di tempo, di decidere liberamente, ma ha accompagnata questa affermazione con una lunga discussione se l'embrione sia o no una persona. Arrivando alla conclusione negativa, dice Calabresi, ha delegittimato una delle posizioni culturali in campo, cioè quella della

parte cattolica. Quindi, ha introdotto un elemento di lacerazione. Non è vero, dunque, che l'intervento legislativo ricompone sempre: ci sono casi in cui questo intervento (e la decisione della Corte Suprema degli Stati Uniti è sostanzialmente un intervento legislativo) ha mantenuto un elemento di lacerazione e di conflitto, delegittimando una delle posizioni culturali in campo. Questa deve essere una avvertenza per chi legifera in questa materia. Dobbiamo, allora, adottare una tecnica di disciplina leggera, con tre caratteristiche: in primo luogo, deve essere una disciplina elastica, perché ci troviamo in presenza di un settore in cui le innovazioni sono estremamente rapide, e la disciplina può essere superata dalla realtà; in secondo luogo, deve essere una disciplina leggera nel senso che deve disciplinare ciò che è strettamente necessario, e non affrontare con lo strumento giuridico, che può essere assai pesante, problemi che possono essere meglio risolti o affrontati con altri strumenti; infine, deve essere una disciplina nei limiti del possibile aperta, nel senso che deve occuparsi delle questioni sulle quali in primo luogo c'è un largo consenso sulla inevitabilità dell'intervento legislativo mantenendo aperto, là dove invece è necessario, il confronto tra diverse opzioni culturali, ideali, religiose, etiche. Il primo grande problema che sorge a questo punto è quello relativo allo spazio da dare alla dimensione del mercato. Sono assolutamente d'accordo su quello che ha detto il dott. Palomba che rispecchia un orientamento generale, almeno nell'area europea: l'intervento legislativo deve limitare al massimo l'influenza commerciale in questa materia. Naturalmente questo è un dato tutt'altro che scontato; non solo perché i fatti ogni giorno ci rivelano, in questa e in tutte le materie che riguardano il corpo, invece, una violentissima mercificazione, commercializzazione, ma perché c'è la teorizzazione già ricordata, legata a una scuola influentissima che è quella della cosiddetta analisi economica del diritto, che rimprovera al legislatore un eccesso di paternalismo, ritenendo che questo sia uno dei settori in cui l'allocazione ottima delle risorse richiede scelte individuali, e non l'intervento del legislatore. Non voglio entrare nel merito delle argomentazioni, anche abbastanza complesse, che sostengono questa tesi: mi limito a segnalare che questo non è un problema del quale ci siamo sbarazzati perché un paese che esercita una forte *leadership* tecnica e culturale ha al suo interno una forte componente favorevole alla commercializzazione, a differenza di quanto finora si è detto nel continente europeo.

Vengo adesso alle questioni più strettamente legate al quadro di principi che dobbiamo tenere presenti.

Il primo, e il più ampio, interrogativo è quello se esiste o meno un diritto costituzionale a riprodursi, questione ed interrogativo che si è posto molte volte, perché in sistemi nei quali ci sono costituzioni rigide, o comunque costituzioni assistite dalla garanzia di una Corte Costituzionale, questo vorrebbe dire che una limitazione introdotta dalla legge ordinaria alla libera scelta del modo in cui riprodursi sarebbe incostituzionale. Oggi di un diritto costituzionale alla riproduzione si parla in diversi ambienti giuridici, dagli Stati Uniti, alla Germania, alla Francia, naturalmente con accenti diversi: e se si mette fortemente, o esclusivamente, l'accento sul dato della scelta individuale, allora questo diritto diventa una componente non comprimibile della sfera della persona, non solo della donna. Conoscete sicuramente il famosissimo caso di Baby M. Ora, in una delle sentenze che si sono occupate della materia, quella della Corte d'Appello del New Jersey, si è detto che la donna, non sterile all'interno di una coppia, può esercitare il diritto alla riproduzione attraverso l'inseminazione eterologa. Qual è l'equivalente maschile di questo diritto? Se all'interno della coppia chi è sterile, o comunque chi non è in condizione di portare avanti la gravidanza, è la donna, l'uomo esercita il suo diritto attraverso la madre di sostituzione. L'argomentazione è discutibilissima, perché dal mio punto di vista (credo ancora più dal vostro) le due situazioni non sono omogenee: volevo solo mostrare quanto filo può essere tirato partendo dal diritto costituzionale alla riproduzione. Faccio un salto attraverso l'oceano e arrivo in Germania dove, invece questo diritto, pure affermato, viene fortemente temperato in un bilanciamento di interessi, per esempio sottolineando i diritti costituzionali del figlio. Comunque questo è un passaggio importante perché ci pone di fronte al problema se in questa materia si possono costruire o no diritti fondamentali, e quali. Oltre a quelli che ci sono stati un po' consegnati da una tradizione che pone come limite l'inviolabilità della persona, si pongono situazioni nuove. E la stessa inviolabilità della persona, anche nei documenti come l'Istituzione Ratzinger, trova brecce non piccole aperte dalla peraltro tradizionale dottrina della Chiesa, che ammette interventi anche di ingegneria genetica, quando siano a beneficio della persona. Il tema è importante e serve a misurare senso e portata di una delle affermazioni correnti, quella relativa al diritto a un patrimonio genetico non manipolato che si trova come richie-

sta esplicita in un documento del Consiglio d'Europa, è la Risoluzione 934 dell'82. Naturalmente si tratta di un concetto che ha diverse facce e diverse ragioni, e riflette prima di tutto la preoccupazione di salvaguardare l'identità dei soggetti. Preoccupazione che si ritrova in un'altra Risoluzione del Consiglio d'Europa, quella 1046, dove più analiticamente si dà rilievo a questo bisogno di identità quando, per esempio, si raccomanda ai governi di legiferare in modo da evitare la creazione di esseri umani identici per via di clonazione o per altri metodi, divieto di creazione di gemelli identici, divieto di scelta del sesso per manipolazione genetica per finalità non terapeutiche e via dicendo. C'è quindi un bisogno di identità, e dunque un rifiuto di forme di programmazione biologica. Il tema dell'identità si manifesta in Germania anche come diritto a conoscere la propria origine biologica, escludendovi di conseguenza una disciplina che preveda l'anonimato del donatore dello sperma.

Ad ogni modo credo che un intervento legislativo debba riguardare anzitutto la regolazione del mercato. In Italia siamo in una pericolosissima situazione di mercato selvaggio, con rischi enormi per la salute delle persone, oltre che con rischi di speculazione commerciale.

Quello che ha fatto finora il Ministero della Sanità è stato un intervento puramente ideologico, distorsivo del mercato e pericoloso per le persone. Mi riferisco alla Circolare Degan che ha vietato l'inseminazione eterologa nelle strutture pubbliche: con la conseguenza che questo delicatissimo mercato è stato tutto affidato ai privati, fuori da ogni controllo.

Le conseguenze sono state pesantemente negative. Anche qui credo che bisogna avere una disciplina molto severa, ma molto leggera; non penso per esempio, che questa sia una materia nella quale possa essere riprodotto il modello "tutto nelle strutture pubbliche". Basta che i centri abbiano alcune caratteristiche, siano sottoposti ad autorizzazioni, controllati. È la strada, per esempio, seguita in Francia, dove c'è stata anche un'azione molto severa per ciò che riguarda l'autorizzazione ai centri: tanto che ci sono state nelle ultime settimane reazioni contro questa politica severa del Ministero della Sanità, che avrebbe portato il numero dei centri al disotto dei bisogni della domanda. Ma giustamente si è risposto che la prestazione può avvenire solo nei centri pubblici e privati dove ci siano tutte le garanzie necessarie in una materia così delicata. È in questione un diritto costituzionale, questa volta quello alla salute, e dunque non credo che l'intervento legislativo possa tardare troppo.

Ho ricevuto lettere (che non cito mai per un problema di riservatezza) di coppie che raccontano storie di sfruttamento spaventose.

Su un giornale diffuso gratuitamente a Roma, in lingua inglese e che si chiama "Wanted in Rome", ho trovato annunci, tra quelli di vendita di automobili usate o di offerta di appartamenti, che riguardano l'inseminazione artificiale. C'è un mercato selvaggio pericolosissimo, da regolare il più rapidamente possibile.

Cercherò ora di completare questo schema di analisi, parlando del problema dell'accesso alle tecniche. Devo dire che ho propensione forse colpevole, ma assai netta, per la scelta individuale.

Non trovo criteri forti per giustificare il no alle forme di accesso. La sterilità di coppia? Ma la sterilità, è nozione estremamente complessa, al di là di alcune patologie specifiche, e il rischio poi di far entrare una coppia o una donna all'interno di un circuito burocratico di certificazioni francamente mi spaventa, considerando pure il peso che può assumere il dirottamento verso tecniche "di cura" della sterilità, o la ricerca di certificazioni compiacenti.

Certo, questa è una materia nella quale il consumismo procreativo, va scoraggiato: ma fino a che punto questo può essere affidato a divieti legislativi? Qui arrivo ad una conclusione molto diversa da quella del dott. Palomba, sulla donna sola.

Qui i modelli legislativi sono lontani tra loro. E capovolgono perfino i nostri stereotipi, perché la Svezia "permissiva" ha una norma che vieta l'inseminazione della donna sola, la Spagna cattolica e tradizionalista ha approvato il 22 novembre una legge che l'ammette, così come la maggior parte delle leggi esistenti negli Stati americani sulla base di un modello legislativo messo a punto dalla National Conference of Commissioners on Uniform State Law.

Naturalmente, se si pensa al modo in cui talvolta è stata presentata, in Italia come in altri paesi, l'inseminazione di una donna sola, — "una coppia di lesbiche ha avuto un figlio", — c'è immediatamente un tipo di stigmatizzazione culturale molto forte. Certo, ci sono grandi problemi rispetto alla donna, al rapporto del figlio con la famiglia, con i due genitori, e via dicendo. La famiglia è riconosciuta con una sua forte rilevanza nella Costituzione, ma ciò non ha impedito, ad esempio, di prevedere nella stessa legislazione vigente ipotesi nelle quali il riferimento a questa doppia figura è escluso. Mi riferisco al caso del riconoscimento dei figli naturali per cui il riconoscimento tardivo di uno dei

genitori naturali può essere bloccato dall'opposizione dell'altro, nell'interesse del figlio. Quindi ritenere che la famiglia con due genitori sia un bene in sé, non corrisponde ai dati legislativi, anche perché la riforma del diritto di famiglia del '75, parificando sostanzialmente la filiazione fuori dal matrimonio alla filiazione legittima, ha mostrato di non ritenere che il modello di famiglia, così come l'abbiamo inteso, sia determinante ai fini della posizione del figlio. D'altra parte, questo problema non possiamo chiuderlo nel quadro della fecondazione artificiale, perché il problema delle cosiddette famiglie monoparentali, dei figli con un solo genitore, è ormai statisticamente un fenomeno in crescita legato ad una molteplicità di situazioni. E credo che il proibizionismo in questo settore non funzionerebbe, come non ha funzionato in Svezia.

Come si parlava in passato di turismo abortivo, non del tutto scomparso, oggi si parla di turismo procreativo: le donne sole svedesi, che vogliono sfuggire alla legge, vanno a farsi inseminare in Danimarca o in Inghilterra. Nasceranno i paradisi riproduttivi, accanto a quelli fiscali? Questo vorrebbe dire aumento della speculazione e diminuzione del controllo. Naturalmente la questione è molto delicata, e ad essa si affianca quella della legittimità della fecondazione eterologa all'interno della coppia, alla quale però io oggi guarderei in un'altra chiave, che è quella delle certezze che devono essere garantite. Qui torna la necessità della legislazione. In Italia c'è già più di un caso, uno particolarmente clamoroso a Cremona, di un marito che, dopo aver consentito all'inseminazione eterologa della moglie, ha avviato una azione di disconoscimento del figlio. Sono casi rari, perché di solito il figlio "protesi" funziona bene. Negli Stati Uniti il tasso dei divorzi è dell'ordine del 45%, quasi 50%: ma per le coppie che hanno avuto un figlio con l'inseminazione artificiale il tasso dei divorzi non supera l'1%. Siamo in presenza di fortissimo motivo di stabilità, anche se non sappiamo quanto questo dato possa essere proiettato nel futuro.

Il caso di Cremona illustra, invece, un'altra situazione, nota agli psicologi, per cui il figlio sarebbe la testimonianza permanente della sterilità del marito, all'interno della coppia (e lì pare che ci fosse un comportamento molto vistoso della moglie e della suocera che facevano continuamente allusione a questo fatto).

Ormai, però tutte le legislazioni formalizzano attraverso una procedura molto rigorosa il consenso all'inseminazione eterologa, stabilendo poi che il consenso non sia più revocabile. Qui c'è un problema di

certezza per il figlio che nasce, e una esigenza di certezza per la donna, che "non può tornare indietro", perché poi il figlio lo fa lei e c'è la presunzione di legittimità legata al parto. Non è possibile che, all'interno della coppia, le conseguenze di una decisione comune poi ricadano unicamente sulla donna. Credo che dobbiamo creare un quadro di certezze, perché la disciplina attuale obbliga, come in Germania o in Francia, i giudici ad arrivare alla conclusione che l'azione di disconoscimento è fondata. E qui si innesta l'altra questione: quella dell'anonimato del donatore e del diritto del figlio a ricercare la sua origine biologica. Problema anch'esso molto delicato, risolto diversamente in Svezia, dove si esclude l'anonimato, che è la regola adottata dalla legge spagnola e comunemente seguita negli Stati Uniti, pur rimanendo soluzione assai controversa, come mostra l'opinione maggioritaria dei giuristi tedeschi, ostili all'anonimato. Per ciò che riguarda i figli nati con le diverse tecniche di riproduzione assistita, non abbiamo ancora studi attendibili.

Ci sono studi sulle adozioni, dove il problema della moltiplicazione delle figure di riferimento crea grossi problemi, che devono esser tenuti presenti quando si discute l'indiscriminata possibilità di ricercare il padre o la madre biologica. Servirebbe comunque una disciplina più complessa, perché potrebbe essere il donatore di seme a proporre azione per il riconoscimento della paternità, com'è avvenuto in Olanda nel caso di un bambino che viveva con una coppia di lesbiche. Portando poi fino a tutte le conseguenze il diritto del figlio a ritrovare le sue origini genetiche, ci si imbatte nel problema, ben noto ai biologi, di un 10-15% di persone che non sono figli del padre legale. Si può ammettere senza limiti la ricerca della paternità genetica, come espressione di un diritto fondamentale? O si devono privilegiare in certi casi i legami sociali, far prevalere le ragioni degli affetti su quelle del sangue? Rimangono molte altre questioni, quella delle madri di sostituzione, in particolare. Al di là di quella che può essere la condanna di questa tecnica, torno alla premessa del rifiuto delle forme di commercializzazione.

L'Inghilterra ha appunto risposto con una legge che non ha vietato in sé il ricorso alle madri di sostituzione, ma è rigidissima su tutto ciò che è commercializzazione, pubblicità, intermediazione, con sanzioni penali pesanti. Da quello che sappiamo il fenomeno è stato completamente bloccato. In un libro bianco pubblicato dal Governo inglese nel 1987 la questione viene lasciata aperta, dicendo che sembra opportuno

lasciare un margine per interventi che possano rivelarsi utili, necessari, di pura solidarietà.

Le ultime due questioni sono quelle già ricordate dal dott. Palomba, quelle relative a come ci si procura, come si usa e che destino ha il materiale genetico. Anche qui, non me la sento di assumere subito un atteggiamento tutto negativo. Per esempio: all'origine del congelamento del seme, da utilizzare eventualmente dopo la morte della persona che l'aveva donato, non c'è nessuna ipotesi di consumismo procreativo, perché i primi che lo hanno fatto erano giovani americani che andavano nel Vietnam e, d'accordo con le loro mogli o compagne, volevano mantenere la possibilità di avere un figlio, anche se fossero morti in guerra.

Dopo un famoso caso francese, nel quale il CECOS fu obbligato da una decisione del tribunale di Marsiglia, a mettere a disposizione della vedova il seme del marito per essere inseminata, oggi si fa firmare una dichiarazione con la quale si escludono possibilità del genere.

La tendenza è in questo senso: nel dire che l'uso del materiale genetico è comunque subordinato alle decisioni degli interessati e, qualora questi non siano più in vita, il materiale non può essere utilizzato. È solo apparente la semplicità di questa soluzione. C'è il caso famoso degli embrioni australiani congelati, al centro di una controversia dopo la morte per incidente aereo della coppia di 'genitori'. Si discuteva se potevano essere impiantati in un'altra donna, con delicatissimi problemi successori nei confronti dei figli già viventi della coppia scomparsa. Il caso è stato risolto con una decisione di "affidamento", che consentiva l'impianto degli embrioni. Ma i problemi sono molto delicati perché coinvolgono la figura del donatore, e il rapporto tra destinazione dei gameti e uso che se ne fa. Quale diritto ha sul materiale genetico il donatore o la coppia? C'è chi nega ogni diritto, chi sostiene che esiste un rapporto tra donazione e l'utilizzazione conforme al motivo per cui la donazione è stata fatta. Non dovrebbe essere ammessa, ad esempio, l'utilizzazione di gameti donati per finalità di procreazione in programmi di sperimentazione senza un consenso ad hoc del donatore. Quest'ultima è una posizione corretta comunque, il problema degli embrioni, al di là delle strumentalizzazioni tentate solo per riaprire la questione dell'aborto, riguarda questioni relative al tempo del loro congelamento, alla rilevanza della nozione di pre-embrione e alla legittimità di attività di sperimentazione, soprattutto nei primi 14 giorni; al destino dei cosiddetti embrioni sovrannumerari.

Com'è noto, quest'ultimo problema sorge perché si produce un numero di embrioni superiore a quello necessario per l'impianto, per avere già disponibili embrioni qualora l'impianto non abbia successo: sono proprio questi embrioni ad essere congelati. In alcuni centri si tende ad abbandonare questa pratica, per evitare appunto i gravi problemi legati al che fare degli embrioni sovrannumerari. Ma c'è pure una forte spinta della comunità scientifica perché questa pratica non venga abbandonata, per mantenere una disponibilità di embrioni a fini di sperimentazione, visto che in atti internazionali, (come in una raccomandazione del Consiglio d'Europa), si vieta la produzione di embrioni ai soli fini della sperimentazione.

Ma, comunque, rimangono aperte molte questioni sull'uso degli embrioni sovrannumerari ai fini sperimentali.

Quando possono essere adoperati? Dopo che la coppia ha già avuto un figlio? Ci vuole un consenso della coppia? Un'ultima inquietante questione va al di là del nostro tema ed è legata a quel grande progetto internazionale noto come progetto Genoma, volto alla mappatura del genoma umano. Andiamo così alle radici profonde dell'individualità, in un quadro in cui crescano e si diffondano le possibilità estremamente precoci di individuare le caratteristiche del nascituro, mutano le nozioni di malattia e di malformazione.

Su questi terreni i progressi della ricerca possono indurre ad un uso di queste tecnologie come strumenti di selezione preventiva. Mi sentirei a disagio non menzionando questo problema perché oggi rispetto ad esso francamente tutta la questione delle tecnologie riproduttive, così come l'abbiamo finora indagata, mi sembra straordinariamente semplice. Le ricerche sulla mappatura del genoma, e sulle sequenze del DNA possono avere effetti dirompenti, insieme all'individuazione precoce, e sempre più dettagliata ed analitica, delle malattie genetiche, e quindi alla previsione del destino individuale. Un problema aperto già dall''83, negli Stati Uniti, dell'Office of Technology Assistement che ha svolto una indagine ed ha accertato che almeno 18 grandi industrie americane chiedevano ai candidati alle assunzioni quella che rozzamente si può chiamare una mappa genetica, cioè una analisi che individuasse talune caratteristiche genetiche, e su questa base si decideva o no l'assunzione. Alcune imprese si giustificano dicendo che in questo modo si evita la destinazione a lavori che potrebbero provocare, data la struttura genetica, effetti negativi. In realtà questi sono, da una parte, strumenti di discriminazione, dall'altra, strumenti per sottrarsi ad un miglioramento delle condizioni di lavoro.

Le nuove frontiere dell'etica e del diritto

Maria Luisa Boccia

Non è mia intenzione fare una relazione, vorrei invece dirvi come io tendo a ragionare su questi problemi.

Mi sembra infatti che la stessa flessibilità nell'analizzare le questioni poste dalle tecnologie riproduttive muti in maniera radicale a seconda che si mettano al centro i rapporti tra i sessi come soggetti e gli scenari che, a partire dalle due identità sessuali vengono a definirsi.

Faccio degli esempi: il primo riguarda il rapporto fra scienza e società di cui si discute molto. Possiamo porci il problema dell'accoglimento delle acquisizioni scientifiche, delle loro applicazioni, della necessità di una regolamentazione in termini di rapporto fra soggetti della ricerca e delle applicazioni e soggetti sociali indistinti: noi, gli individui, i gruppi che si trovano di fronte i risultati delle ricerche, così come i soggetti istituzionali politici, etici, legislativi che hanno il compito di regolare quei rapporti e anche di affrontare questi problemi.

Ma possiamo affrontare questi problemi mettendo a fuoco due soggetti sessuati, quindi distinti e allora i termini della questione cambiano radicalmente. Più che scienza e società entrano in campo la donna e il medico; relazioni, rispetto alla procreazione, che si instaurano tra la donna e la medicina, le figure del medico e del ricercatore.

Il conflitto attiene più nettamente al controllo sul corpo femminile, mentre normalmente questo problema rimane sullo sfondo e la questione del chi controlla il corpo femminile e la procreazione appare piuttosto un conflitto tra poteri maschili. Non si tratta più di controllo ma di confronto e scontro tra valori: sulla vita, sulla procreazione, sul valore della ricerca, sulla possibilità di usare la scienza per il bene, l'ottimizzazione dei comportamenti sociali e così via. Siamo quindi di fronte all'aspetto centrale dell'individuazione del problema, non si tratta semplicemente di un altro punto di vista, si sposta radicalmente la questione e la sua definizione. Perciò, per cogliere la portata reale delle nuove tecnologie riproduttive bisogna problematizzare fortemente questi dati della novità e della oggettività dell'approccio tecnologico ed inserirli in un contesto storico che ne fa un esempio degli esiti della medicalizza-

zione della procreazione e della maternità e quindi uno degli esiti di un processo antico, radicato e profondo, che noi tendiamo a dare come ormai ovvio e che è quello dello spostamento del controllo sul corpo femminile da istituzioni e poteri di tipo più strettamente familiare e religioso al potere medico, al potere della scienza.

L'altro aspetto riguarda il versante della domanda sociale: l'individuazione del bisogno, del desiderio che vengono soddisfatti dalle NTR.

Anche in questo caso normalmente si parla di una domanda sociale indifferenziata, come se tutti gli individui, indipendentemente dal sesso, avessero uguale diritto, salvo poi stabilire se riconoscerlo e in che termini.

Ma questo diritto viene valutato con indifferenza rispetto all'uno e all'altro sesso, al rapporto tra desiderio e domanda individuale o della coppia, conseguentemente la domanda viene registrata come un dato oggettivo e riportata al modello procreativo dominante per cui, come è risaputo, la maggioranza dei progetti di legge, presentati al Parlamento Italiano, consentono l'accesso alle NTR solo in caso di coppie legittime o di fatto. Se invece poniamo al centro la questione del rapporto tra i sessi tutta la tematica profonda e complessa del desiderio si problematizza perché rivela un'asimmetria, una differenziazione perfino una conflittualità fra l'uomo e la donna.

Per questo penso che per noi sia decisivo scomporre e ricomporre gli scenari, le problematiche, le stesse questioni della regolamentazione che le NTR ci pongono, a partire da questa scelta. Si tratta di mettere in primo piano i due sessi, le identità sessuali e il rapporto tra di loro per ridefinire, a partire da questa ottica, la portata delle questioni e l'analisi stessa dei percorsi delle NTR.

Credo che su questa premessa generale, che è anche una proposta di tematizzazione, sia importante chiarire se siamo d'accordo, se riteniamo utile per noi questo approccio.

Un'altra questione che voglio porre perché ha molti agganci con il discorso precedente, è l'acquisizione della diffusa sequenza desiderio-scelta-diritto.

Esiste un desiderio, con tutta l'enfasi sul riconoscimento e la valorizzazione del desiderio. Il desiderio viene ricondotto linearmente ad una scelta e quindi ad un orientamento netto dell'individuo: la scelta,

una volta espressa, dà luogo ad un diritto. Il problema è semmai valutare le risorse e i modi di soddisfazione di questo diritto.

A me sembra che anche questa sequenza vada messa in discussione e problematizzata perché corrisponde, nel campo della procreazione di cui ci stiamo occupando, alla estensione di un dato culturale, ma anche strategico sotto il profilo sociale, che tende ad una concezione del desiderio del tutto narcisista, proiezione illimitata dell'individuo. Attraverso questa concezione ciascun individuo ha la facoltà di dar corso ai suoi impulsi per trasformarli in realtà attraverso una percezione tutta istituzionale della soddisfazione del desiderio. Infatti se questa è la forma del desiderio, la forma della sua soddisfazione diventa quella del diritto nel senso che ogni desiderio lo si considera più o meno realizzato a partire dalla sua possibilità di codificazione. Questa sovrapposizione, questo rapporto stretto tra narcisismo e istituzione è ciò che regge la sequenza desiderio-scelta-diritto, ed è il tratto forte della cultura in cui siamo immersi.

La possibilità di scomporre la sequenza, e di ridare autonomia ai tre momenti permette di svelare che in alcuni casi è possibile rovesciarla. Se infatti il desiderio si esprime attraverso l'accoglimento nel diritto, la complessità del rapporto tra la dimensione dell'interiorità e l'esteriorizzazione di noi stessi, l'ambivalenza fra fantasia e realtà che è poi tratto forte del desiderio, perdono rilevanza e significato.

Nel concreto penso che tanti problemi relativi alla sterilità possono trovare compimento anche senza la realizzazione del desiderio-diritto di un figlio attraverso i meccanismi resi possibili dalle NTR.

Rappresentare come coincidente il desiderio di avere un figlio con il desiderio di generare consente di definire le NTR come una risposta positiva alla sterilità della coppia e di riprodurre il modello procreativo tradizionale.

A partire da questa coincidenza tra avere un figlio e generare, la questione della riproduzione si ripropone, attraverso le NTR, come funzione, proprio perché l'individuo viene messo in scacco, scomposto per acquisire le capacità riproduttive.

Al di là dell'unità dell'io, l'elemento riproduzione della specie tende ad assorbire il desiderio individuale di riprodursi.

D'altra parte, soprattutto nelle società occidentali, per i noti processi di denatalizzazione il problema riproduttivo viene vissuto in termini drammatici ed espresso come diritto sociale, collettivo, indistinto.

Nei fatti, però, non tutti i desideri sono resi legittimi ed il problema di quali vengano concretamente legittimati è ancora aperto.

Un altro gruppo di questioni riguarda il modo in cui le NTR rispondono al desiderio e alla scelta visto che non curano la sterilità ma funzionano come una "protesi" lasciando aperto il problema del rapporto fra generare, avere un figlio, farsi genitori. L'esempio più drammatico, da questo punto di vista credo attenga alla figura paterna, soprattutto se si pensa al rapporto culturale che esiste tra virilità e modello di paternità: il figlio che nasce mette di fronte all'uomo l'oggettività della sua mancanza e l'assunzione della paternità avviene a partire da un dato non più eludibile né elaborabile in altre forme.

Un altro problema rimosso è quello del rapporto fra desiderio del singolo e la relazione con l'altro che è poi il limite fra fantasia e realtà del desiderio. Un limite che non è espressione di una restrizione, di un dovere, di una coercizione, ma che viene elaborato all'interno del processo stesso in cui il desiderio si forma.

Un terzo gruppo di questioni riguarda l'aspetto del controllo che, come dicevo all'inizio, rappresenta l'altra faccia della legittimazione. Da una fase in cui il controllo sul corpo della donna era sostanzialmente orientato dalla paura dell'eccesso del corpo femminile, dalla paura di questa capacità di procreazione illimitata, siamo passati ad una fase nella quale si sottolinea la crescente infecondità delle donne. Il porre oggi la procreazione e il problema dei flussi di natalità come questioni oggettive, nasconde di fatto il conflitto fra i sessi. Rilevare che è in atto una scelta attiva, una strategia delle donne per riprendere il controllo sul proprio corpo rappresenta una minaccia al potere maschile. Sottolineare la superiorità del valore riproduttivo della donna, e quindi del dato che ne ha legittimato l'inferiorità storica, rappresenta per gli uomini il modo di fronteggiare la differenza e l'asimmetria femminile rispetto alla procreazione. Purtroppo ci sono anche delle donne della sinistra che accettano questa lettura in nome di una superiorità del valore riproduttivo che andrebbe comunque affermato.

Per dare una risposta su quale regola etica e giuridica debba definire le forme di accoglimento delle NTR, e di tutti i fenomeni che esse pongono, occorre partire da come le donne ridefiniscono la propria posizione rispetto alla procreazione cioè in che modo noi per prime, in questa fase storica sociale, culturale e politica, ci poniamo il problema di regolare la capacità procreativa del nostro corpo.

Non è questione da poco. Abbiamo posto con l'affermazione della autodeterminazione una questione di potere. Che cosa significa per noi questo potere? Come vogliamo gestirlo? Che significato diamo al momento individuale ma anche agli effetti sociali, agli effetti rispetto all'altro quando ci facciamo carico di una regolamentazione che ha conseguenze anche nel rapporto dell'uomo rispetto alla procreazione?

Io credo allora che questa questione chiama in campo il problema, molto discusso in questa fase dalle donne, di quale sia la regola femminile da porre alla base di un diritto sessuato. E vedo alcuni passaggi: come possiamo definire una regola femminile di autodeterminazione del corpo che tenga conto del rapporto tra la libertà e la necessità di un limite. Come possiamo dare veramente forma a questo potere trovando un equilibrio tra libertà, autodeterminazione e responsabilità anche rispetto all'altra sequenza embrione-feto-figlio che ha a che fare con il corpo femminile? come può a partire da una regola femminile, prendere forma una regola sociale che valga quindi per uomini e donne, che poi il Parlamento come Istituzione che governa la convivenza sociale, farà sua?

Su questo punto credo vi siano alcune questioni teoriche preliminari da sciogliere:

1) qual è l'autorità femminile? Non penso ad una istituzione, penso ad una autorità etica culturale che fa vivere nella società l'affermazione della soggettività femminile, che determina le scelte, le forme e anche i principi delle scelte. Un'autorità della regola sociale che chiama in campo fortemente il sapere e l'esperienza femminile;

2) quale dimensione etica, prima ancora che legislativa? quella "religiosa"? e per religiosa intendo anche quella laica che tende a partire dal riconoscimento di valori e di principi veri e giusti per tutti; un'etica di fondamenti che ha la sua forma più propria nella religione soprattutto cattolica ma che è presente in una parte della cultura verde; quella laica? che muove da una concezione convenzionale dei principi e dei valori, che esclude la definizione del vero e del giusto ma sostiene un principio mobile che tiene conto del pluralismo di opinioni.

Secondo me dobbiamo immergerci entro i confini di un'etica laica ma con una critica alle concezioni laiche prevalenti, fortemente riduttive e limitanti che non contengono alcuni concetti che le donne hanno elaborato: la coscienza del limite, la libertà intesa come reciprocità; l'etica della responsabilità, che non significa mancanza di libertà, ma as-

sunzione dell'altro come vincolo; la parzialità per cui ciascuno definisce la propria verità e la definisce, passatemelo, anche come un assoluto. Non quindi relativismo e indifferenza dei valori ma parzialità definita dalla determinazione della propria identità e della propria posizione in campo che non è quella degli altri.

Questi mi sembrano alcuni dei nodi da affrontare e alcuni criteri sui quali potremmo muoverci per individuare dei principi che possano indicare anche soluzioni etiche e legislative.

INTERVENTI
E
DIBATTITO

Teresa Laddomada — Il mio è l'intervento di un magistrato che lavora in un ufficio di base e che desidera portare il suo contributo che deriva da qualche conoscenza, ma soprattutto dall'esperienza umana legata alla funzione di magistrato minorile, funzione che è sempre arricchente sul piano della conoscenza sociale e sempre sconvolgente sul piano emotivo. Come magistrati minorili già ci occupiamo anche istituzionalmente del momento procreativo, siamo i titolari di determinate azioni di riconoscimento di paternità e maternità e dell'azione di disconoscimento di paternità.

Ho visto che in determinate proposte di legge ci sono norme che prevedono un coinvolgimento del giudice minorile sia nella valutazione dell'idoneità genitoriale nel momento dell'accesso alle nuove tecnologie riproduttive sia nel momento incredibile relativo alla decisione della sorte degli embrioni: decisione che non si vede come possa essere attribuita al giudice per i problemi etici e sociali che crea. Sulla base della mia esperienza la necessità di una legge di regolamentazione delle tecnologie riproduttive emerge come evidente necessità. Così come emerge rilevante il problema relativo all'utero in affitto: mi ha fatto piacere vedere che in tutte le proposte di legge viene esclusa l'ipotesi per i motivi che in parte sono stati detti ieri della prostituzione riproduttiva, che andrebbe ad aggiungersi a quella sessuale e per i problemi che deriverebbero ai minori dalla difficoltà di individuare la figura materna.

Nel tribunale per i minorenni qualche caso di utero in affitto, l'abbiamo avuto: non con le tecnologie riproduttive ma con il metodo "all'antica": c'è qualche coppia che decide di farsi fare il figlio con un rapporto tra il marito e qualche ragazza disponibile. I problemi sono drammatici, per il bambino prima di tutto, e anche per i genitori che, normalmente, ne escono con le ossa rotte.

Concordo con la previsione dell'anonimato del donatore: ritengo che l'impossibilità del figlio a conoscere le proprie origini sia un male minore rispetto alle incertezze sullo status di figlio che deriverebbero dalla possibilità di individuazione del donatore. Però il problema relati-

vo al momento procreativo mi fa pensare con certo disagio all'accesso alle tecnologie riproduttive. Nel nostro lavoro quotidiano il problema del disagio minorile è spesso messo in relazione al problema del come i bambini sono nati: la gente, i genitori parlano sempre della relazione amorosa da cui è nato il bambino, della gravidanza, dei problemi connessi alla presa in considerazione di un aborto, del rientro a casa subito dopo il parto.

Questi problemi mi creano ansia sul momento riproduttivo affidato alla tecnologia con accesso liberalizzato. È evidente che esiste una responsabilità morale e sociale nell'accesso a queste tecniche non solo da parte di chi chiede l'intervento di assistenza ma anche da parte di chi assiste. Mi chiedo se sia il caso di prevedere qualche limite a questa libertà di accesso, in particolare per la donna sposata.

Quando ho sentito la teologa moralista che diceva che da parte della Chiesa si parla di adulterio, ho pensato che la cosa non era così campata per aria. Anche nella società civile, effettivamente penso che sia nella donna che nell'uomo, l'inseminazione eterologa richiami l'idea dell'adulterio. Penso che debbano esserci profonde motivazioni nella coppia per accettare simili possibilità. In particolare mi preoccupa la possibilità che una donna ricorra all'inseminazione eterologa magari senza neanche dirlo al marito. È infatti meno infrequente di quanto si pensi il caso di donne che, constatando una sterilità della coppia, si sottopongono a visita medica ma non riescono a trascinarvi il marito. Forse rispetto ai rischi che deriverebbero sullo stato delle persone e sul quadro di certezze esistenziali del figlio, mi piace di più, quella proposta un po' tradizionalista che prevede la richiesta a simile tecnologia da parte di entrambi i coniugi. Il problema creerebbe maggiori difficoltà nella coppia non sposata ma già non ci sarebbe una presunzione di paternità.

Il problema della donna sola mi turba perché da un lato, dalla parte del minore, il discorso della doppia genitorialità è un discorso importante, vedo che gran parte degli psicologi ne sostengono l'importanza; dall'altro, in caso di divieto c'è l'obiezione che faceva Rodotà circa la possibilità di un turismo procreativo. Non mi sento di dire, come donna che ha fatto una certa esperienza nel movimento delle donne, come osservatrice di questi fenomeni, che un solo genitore sia un genitore carente. Rispetto alla donna sola mi sono posta il problema del controllo. È un problema difficile perché in alcune proposte di legge si fa rife-

rimento a un coinvolgimento del consultorio familiare e di altre strutture di controllo sulla posizione familiare e psicologica dei richiedenti; parliamo di strutture di sostegno che però quando vanno ad incidere sul diritto della persona, diventano strutture autoritarie che possono far pagare a caro prezzo errori di valutazione.

Luisella Fanni — Mi è riuscito difficoltoso pensare di scrivere qualcosa su un tema così nuovo e anche abbastanza sconvolgente.

Credo, per quello che ho sentito e pensato, cercando di documentarmi, che intanto bisognerebbe porre una linea di demarcazione.

Rispetto alla procreazione ci stiamo occupando di un fenomeno che dovrebbe essere marginale e patologico perché io non riesco, nel momento in cui penso a un figlio, a separarlo da un atto d'amore che unisce quelli che lo mettono al mondo: questa è la mia cultura e questa è la mia esperienza personale, ma anche l'esperienza maturata in venti anni di attività professionale che mi ha portato ad occuparmi di quello che, nel campo del diritto, è la patologia del matrimonio.

Una risposta immediata alla possibilità di inseminazione artificiale per la donna sola: i figli hanno bisogno di figure genitoriali nelle quali identificarsi. Se io penso alla fatica immane che facciamo tra avvocati di parte avversa (mi dispiace essere la sola a rappresentare i miei colleghi) per cercare di garantire ai figli di coppie che affrontano il trauma della separazione, un giusto equilibrio di rapporto tra i genitori basato, non solo su quelle che sono risapute analisi e studi di esperti psicologi ed esperti dei problemi della famiglia e minorili, ma su quella che è la nostra esperienza del quotidiano! Il pensiero di predisporre il futuro di una persona umana che sia destinata ad esistere con una sola figura di riferimento, mi spaventa per le possibilità di strumentalizzazione che possono esserci rispetto a questa esperienza. Mi spavento di fronte alle implicazioni, al desiderio, che esiste spesso nelle donne, di rivalsa o di esprimere attraverso questo rapporto col figlio una posizione di potere o di trovare in questa esperienza un equilibrio che invece deve preesistere alla nascita di un figlio.

Guai a quei figli che nascono per cercare di sanare situazioni matrimoniali in pericolo e che sono frutto di genitori che ritengono di poter crescere mettendo al mondo un figlio: con i figli si cresce insieme, si maturano esperienze in comune, i figli creano una realtà che si aggiunge a quella che ognuno di noi si porta appresso.

Mi permetto anche di contestare che esiste nella nostra normativa un conforto testuale, mi riferisco all'articolo a cui ha fatto riferimento il Professor Rodotà, in base al quale il riconoscimento del figlio naturale può essere fatto contestualmente dai genitori al momento della nascita o comunque insieme, mentre, qualora si ha uno solo dei genitori che lo riconosce, il successivo riconoscimento deve essere non opposto dall'altro genitore. Contesto questa interpretazione perché non è questa la *ratio* della norma, la norma assieme a tutta una produzione normativa di questi ultimi 10 anni (nasce nel 1967 con la legge sulla adozione speciale) si inserisce in un discorso ampio che ha spostato il fuoco dei problemi relativi ai minori, dalla famiglia al minore: la norma sorta per tutelare il minore, infatti prevede:

a) che sia possibile la nomina di un procuratore speciale che eventualmente contesti l'opinione dell'uno e dell'altro;

b) che sia il giudice a decidere in ultima analisi, nell'interesse del minore, perché questo potrà avere un interesse ad avere quel padre o quella madre che tardivamente sente di avere il desiderio o il bisogno (qui i dottori Palomba e Laddomada ne possono dare conferma), di riconoscere un figlio per desiderio di ricatto, per dimostrare non tanto il bisogno di essere genitori, quanto per appropriarsi di una proprietà personale.

Un padre del diritto minorile, scomparso abbastanza prematuramente, il dott. Meucci, aveva scritto un libro dal titolo emblematico "I figli non sono nostri". I figli non sono di nessuno, sono di se stessi, io vedo con molta preoccupazione tutto ciò che finisce per essere di supporto ad una maternità o paternità ad un itinerario che comporta, e lo sanno bene i medici, veri calvari di sofferenza per poterli mettere al mondo.

Alla luce di tutto questo, no a tutti gli embrioni da conservare, no a qualunque seme da prelevare, no agli uteri in affitto. Sì invece, e qui c'è il problema delicatissimo del controllo, alla possibilità per una coppia che desidera mettere al mondo un figlio, ed è desiderio legittimo, di ottenere questa possibilità utilizzando quello che oggi la scienza consente.

Federico Palomba — Mi pare che il punto che ha destato maggiori interrogativi, e che forse è l'unico punto dialettico tra Rodotà e me sia proprio quello della possibilità di accesso alla maternità della donna sola.

Due chiarimenti: il primo è di ordine psicologico; l'altro è più generale e giuridico. Mi accosto a questo tema con estremo rispetto non solo per la posizione della donna ma anche per il desiderio di paternità. Ho voluto portare un momento dialettico per chi ha poi il compito più difficile di decidere, di farsi espressione della volontà e del consenso sociale. So che si poteva rischiare l'impopolarità, però quando ci sono delle questioni importanti credo sia doveroso esporle in una tensione di ricerca che poi ha matrici assolutamente comuni.

Il secondo aspetto è quello di carattere giuridico per il quale il riconoscimento successivo può essere escluso dal giudice; è un argomento forse ambiguo, a doppio taglio, nel senso che è suscettibile di diverse interpretazioni. La mia esperienza intanto mi fa conoscere che ci sono parecchie domande di riconoscimento successivo (a un mese, a un anno, dieci anni e quindici anni dalla nascita). Questo fa capire la profonda diversità rispetto a una filiazione naturale in seguito a un concepimento naturale, in cui è sempre possibile non tanto una ricerca della paternità, ma un ricollegamento della paternità al figlio, nel senso che, se dovesse essere esclusa l'ammissibilità del riconoscimento tardivo nell'interesse del minore, questo diventato maggiorenne, dovrebbe comunque poter fare un'azione per la dichiarazione giudiziale della paternità naturale nei confronti del proprio padre.

Qui si pone l'aspetto fondamentalmente diverso rispetto alla famiglia monoparentale in seguito a procreazione artificiale, perché nella prima situazione è sempre possibile che l'istanza di paternità, sia da parte del figlio che da parte del padre venga ad emergere successivamente. Nell'altra ipotesi invece questo è escluso per sempre, a priori e irreversibilmente: un bambino che sotto il profilo della paternità proviene dal buio, rimarrà sempre nel buio. Allora mi pare che una differenza ci sia, mentre guardo con estremo rispetto all'ipotesi della filiazione naturale per incontro tra due persone che, almeno in quel momento, si scambiano qualcosa, e perché comunque la situazione non esclude a priori la auto o eteroattribuzione di paternità; nell'altro caso invece, poiché siamo nella linea dell'esclusione della possibilità di attribuzione della paternità del donatore del gamete maschile, questo buio esistenziale è irreversibile.

L'altro problema sociologico, e cioè il dato che la monoparentalità familiare sia un fatto ormai acquisito nella cultura sociale, è abbastanza equivoco o neutro. Effettivamente siamo in una situazione che P.P. Do-

nati, sociologo della famiglia, ha definito come situazione di denormalizzazione della famiglia, in cui non c'è più un tipo di famiglia normale per cui gli altri tipi di famiglia siano da considerare assolutamente fuori dalla norma, anche se statisticamente sussiste ancora una prevalenza della famiglia legittima o comunque di quella di fatto. Tuttavia, le altre forme di compagine familiare sono oramai acquisite nella coscienza sociale e come tali accettate; non c'è più un processo di discriminazione sociale. Però, l'accettazione della possibilità di monoparentalità non è un elemento che di per sé deve portare a riconoscere che possa costituirsi una famiglia a priori monoparentale per le ragioni che ho detto prima.

Nell'ipotesi di famiglia formata o da donna sola o da uomo solo ci possono essere delle istanze di paternità che non si sono espresse, ma che però possono essere non meno importanti o significative, sotto il profilo della sofferenza individuale, delle istanze della maternità della donna sola. Nella maturazione della coscienza sociale non è parimenti avvertito il desiderio di paternità dell'uomo solo, tanto da potersi dire: "l'uomo solo ha di per sé diritto di farsi un figlio al di fuori del rapporto di coppia stabile, coniugale o naturale"; e a questo punto non potrei capire perché dovremmo usare un criterio diverso sul fatto che l'uomo attraverso una madre surrogata possa farsi fare il bambino. Se partiamo dall'affermazione del diritto che ciascuna persona ha di riprodurre, tanto vale la riproduzione della donna, (autogestita per ragioni naturali) che presta il proprio ovocita che si incontra con un gamete maschile di altro tipo, quanto vale la riproduzione di un individuo che è formato con il gamete maschile prestato all'utero di una donna. Le componenti materiali biologiche sono identiche: ciascuno presta qualcosa e allora il problema è di partire dall'esame della posizione dell'individuo, indipendentemente dalla situazione naturale.

Il problema ritorna a ciò che Rodotà diceva essere il conflitto tra il diritto individuale, il diritto soggettivo, e il limite; e il problema del limite può anche significare sacrificio delle posizioni soggettive in vista di altre situazioni ugualmente tutelate, nelle quali bisogna collocare anche quella del bambino. Egli non avrebbe una aspettativa, perché prima di nascere non esiste; ma almeno il limite dovrebbe consentire che un individuo che non chiede di nascere nasca in condizioni più o meno favorevoli.

Mi accosto con estremo rispetto a questo problema. Mi sarebbe molto difficile, se mi trovassi dalla parte del legislatore, decidere in un

senso e nell'altro; tuttavia vorrei osservare che non sempre tutto ciò che si vorrebbe e che si potrebbe è giusto: e questo problema del limite la vita ce lo propone quotidianamente. Si tratta di accettarlo.

Stefano Rodotà — Ho richiamato l'art. 250 del Codice Civile, ben sapendo che è il frutto di uno spostamento di attenzione nei confronti del minore. Ma proprio questo articolo ci dice che la cosiddetta doppia figura genitoriale non è un bene in sé, ma un dato che cede di fronte all'interesse del minore. Se si costruisce il diritto alla doppia figura genitoriale come fondamentale, e come tale non limitabile, diventa problematico il mantenimento dell'art. 250, perché dovremmo dire che anche il peggiore dei padri o delle madri che interviene in un momento successivo, quale che sia il suo abietto interesse, rappresenta un punto di riferimento così forte, da cancellare ogni altro interesse. Tesi che mi pare eccessiva anche perché la riforma del '75 non ha privilegiato un modello di famiglia rispetto ad altri; e questo è molto importante nella valutazione che facciamo.

Letizia Parolari — Vorrei porre una domanda alla Laddomada: come mai viene dato per scontato l'anonimato del donatore, e l'inseminazione da donatore è limitata alla donna sposata e non comprende la donna sola, come se ci fosse una maggior necessità di controllo in una certa direzione e non in un'altra.

La Lanzillo che è una giurista che si è occupata di queste questioni dice che c'è nell'accettazione dell'anonimato del donatore una mistificazione legale dei rapporti di filiazione, perché il figlio nato da questa inseminazione viene riconosciuto non come figlio adottivo ma come figlio naturale, di sangue dell'uomo che non l'ha generato. E questo si fa perché l'inseminazione da donatore, in genere viene chiesta in caso di sterilità maschile, ma questa filiazione non viene socialmente riconosciuta come adottiva e viene spacciata per reale. Molto spesso gli uomini accettano che la moglie faccia un'inseminazione da donatore per non far apparire la loro sterilità. Quindi discutere sull'anonimato del donatore, mi sembra che riporti al discorso della responsabilità, anche per sottolineare che si accetta di riconoscere un figlio non di sangue, e perché il fatto di avere un donatore noto pone una serie di problemi di comportamento rispetto al figlio.

In alcuni stati esiste la possibilità per il donatore di fare un accordo con la madre che, se vuole, può sapere di chi è il seme con cui viene inseminata; e questa soluzione riapre il discorso che il figlio non viene dal buio; c'è questa discrezione, come esiste per la legge sull'adozione, per cui i genitori sono noti al tribunale e se anche non viene comunicato tale nome ai genitori adottivi, esiste la possibilità di risalire ad un'eventuale origine. Mi ponevo il problema del perché alcuni limiti vengono accentuati ed altri negati.

Federico Palomba — Davo per scontato quello che è contenuto nelle proposte di legge che ammettono l'inseminazione artificiale eterologa, che avviene in genere nelle coppie in cui c'è sterilità maschile e, ovviamente anche nella donna sola che può generare dall'incontro tra il suo ovocita e quello del donatore. Le proposte che ammettono l'inseminazione artificiale eterologa, partono tutte dalla necessità dell'anonimato del donatore, perché ci sono dei problemi di turbamento dei rapporti giuridici, di possibilità di doppia paternità e, nel caso della coppia, si attribuisce la paternità legittima al marito o al convivente che ha consentito all'inseminazione artificiale eterologa della moglie. Si attribuisce un valore legittimante alla volontà, invece che al fatto soltanto biologico. Io partivo da questo presupposto (che davo per scontato) per dire che, siccome è sempre previsto (e su questo penso che ci sia accordo da parte di tutti) che il donatore deve rimanere sempre ignoto, allora il problema della fecondazione di donna sola con seme di donatore ignoto, per definizione comporta che la paternità resti sempre irreversibilmente ignota. Altro problema è di vedere se si possa fare una deroga e un'eccezione, alla norma per cui il donatore deve restare sempre ignoto, e vedere se si può ammettere che la donna possa conoscere chi è il donatore del gamete.

TAVOLA ROTONDA

Annalisa Diaz — Concludiamo queste giornate di lavoro con un confronto fra le donne presenti al Convegno, per tentare di individuare analisi condivise, problemi aperti ed ipotesi di lavoro futuro.

Vorremmo innanzitutto capire l'utilità di questa iniziativa. Ci sembra infatti che spesso nei Convegni ci sia il rischio di ricominciare sempre da capo, come se le ricerche, i pensieri e le emozioni non trovassero mai un livello di sedimentazione tale da permettere di aggiungere nuovi tasselli, di andare avanti.

Silvia Vegetti Finzi — Sono convinta che questo Convegno sia molto importante, un convegno di secondo grado rispetto ad una generazione precedente di pensiero. Qui si dà per scontato un margine ampio di elaborazione e di accordo per cui si può veramente procedere su questioni che ormai fra di noi sono sedimentate: ad esempio la necessità di avere un'etica che comprenda un limite in se stessa, la responsabilità, diritti e doveri. Su questo penso che ci sia un accordo che ci permette di ragionare senza partire sempre da una situazione di grado zero. E questa situazione è proprio una pietra miliare di questo convegno.

Durante questi giorni ho fatto alcune riflessioni, una è questa: il rischio di questo ragionare sulle tecnologie riproduttive, è quello di evocare un'antropologia in senso filosofico e una figura di uomo arcaica. Spesso si è parlato, di fronte alla ricerca di fecondazione artificiale delle coppie, della necessità che queste siano estremamente mature, che abbiano superato tutti i conflitti, abbiano superato il senso di solitudine, non sentano il figlio come mancanza ma come pienezza di sé, insomma direi che si è evocata una figura idealizzata di uomo che tutta la cultura moderna ha smentito; penso a Kafka, a Musil, a tutta la filosofia contemporanea che hanno criticato questa figura di uomo a tutto tondo, del tutto consapevole di sé, che ha risolto tutti i suoi conflitti e che con un di più si dà alla richiesta di figlio.

Io direi che le cose non stanno così. Noi che abbiamo avuto figli in modo più o meno naturale, sappiamo che, in un modo o nell'altro, il figlio ha risolto dei conflitti. Non dico la cosa banale dei conflitti di

coppia, ma delle mancanze, delle carenze, delle aspirazioni; il figlio rientra comunque in una dimensione umana. Non facciamone una produzione divina, e non chiediamo alle coppie infeconde uno standard ideale che siamo lungi dall'applicare a noi stessi.

Voglio dire che quando noi abbiamo fatto un figlio non ci siamo mai interrogati sulla nostra perfezione, né ci interroghiamo sulla perfezione dei nostri amici, quando ci dicono di aspettare un figlio, diciamo "benissimo, auguri"; ma chi sa perché quando il desiderio investe una coppia infeconda viene sottoposto a degli ideali così schiaccianti. Evochiamo un uomo che non esiste, un uomo pre-psicoanalitico, pre-moderno, arcaico, come una figura antropologica a tutto tondo, centrale nell'universo; ho sentito dire oggi: la natura è per l'uomo; no, la natura non è per l'uomo, la natura è per se stessa.

Un altro problema sorto è quello a cui accennava Rodotà oggi, "questa questione non si può porre perché altrimenti diamo spazio al mercato clandestino" e, diceva, "diamo spazio al turismo biologico delle donne". Ora io chiamo questa una questione di ricatto, un ricatto al legislatore che, mi sembra, non debba essere evocato di volta in volta, ma affrontato *in toto*. Questo ricatto o ci riguarda sempre e allora stiamo col minimo di legiferazione non ricattabile, oppure questa questione non la solleviamo mai, non ci facciamo mai ricattare da questa possibilità.

Un'altra cosa che vorrei dire è che in questi convegni noi parliamo molto delle coppie che non hanno avuto figli e del desiderio di queste persone, ma nessuno, a quanto mi risulta, si è dato la briga di interrogare queste coppie, dando per scontato che non sappiano quello che vogliono, non sappiano quello che fanno. Li trattiamo come dei minorenni; ma siamo così sicuri che queste coppie siano sempre così inconsapevoli della loro domanda? io direi diamo loro spazio, diamo loro parola, io vorrei che ai convegni o nelle pubblicazioni ci fosse la parola delle coppie che hanno chiesto e ottenuto o non ottenuto la fecondazione artificiale. Dovrebbero diventare loro i protagonisti e noi, i cosiddetti esperti, dovremmo rientrare nell'ombra e, soprattutto, sapere interrogare i protagonisti di questa esperienza.

La relazione del dott. Palomba ha parlato della donna sola e ha detto una cosa al limite, forse, anche volutamente provocatoria. Se ho ben capito, ha detto che la donna che si è fatta inseminare artificialmente e che ha fatto un figlio da sola, può essere omologata a quei genitori che acquistano un bambino, e quindi, in questo senso, può essere

negata come madre, le può essere tolto il diritto di maternità, e il bambino può essere dichiarato adottabile d'ufficio. Io mi fermerei un momento su questo. Come psicologa che ha lavorato a lungo con le famiglie, coi bambini, col tribunale, so quanto sia pesante la situazione di un bambino che cresce con un solo genitore e non sottovaluto i problemi. So che ci sono molte donne che hanno volutamente perseguito una maternità senza padre, cioè hanno voluto e si sono progettate come donne e madri sole. E queste sono accettate socialmente da noi, vivono accanto a noi e non sempre hanno accanto a sé dei figli particolarmente disastrati, comunque non più di tanti altri. Poniamo il caso, della donna che ha voluto generare da sé, che ha voluto realizzare questo fantasma tipico dell'onnipotenza maschile e femminile. Anche nel caso dell'inseminazione artificiale, valutiamo allo stesso modo, sottoponiamola ad una critica, possiamo anche dissuaderla, ma, direi di non procedere a sanzioni punitive. Perché dobbiamo considerare queste donne sole soggetti da aiutare anche con discorsi di consapevolezza, di pedagogia, ma non soggetti da punire.

Mi sembrava che Rodotà dicesse che è contrario assolutamente all'utero a nolo, ma che tenderebbe ad ammetterlo nel caso questo non avvenga per denaro, ma per legame affettivo all'interno della stessa famiglia; immagino che abbia presente il caso, avvenuto in Italia, di due sorelle di cui l'una ha generato e partorito il figlio per l'altra sterile. È una coppia di donne molto bella, molto unita, molto solidale, che ci fa pensare e favorire questo rapporto intra-familiare. Ma ancora una volta si propongono due atteggiamenti morali: dentro e fuori dalla famiglia, quel doppio regime che stiamo tanto criticando nell'ambito della violenza sessuale. È giusto legiferare in un modo se i rapporti sono extra-familiari e in un altro se i rapporti intra-familiari? Inoltre queste modalità di relazioni intra-familiari, tra consanguinei e tra parenti per alleanza, infrangono, come dicevo ieri, il divieto dell'incesto, perché infrangono il divieto di consanguineità, il divieto di scambio di rapporti sessuali tra figure semplicemente relate da una parentela sessuale; e su questi divieti si basa, sappiamo, non solo la struttura della famiglia, ma anche la struttura della nostra psiche. Va bene che non li violiamo? e va bene sempre, oppure diciamo tra sorelle sì, tra madre e figlia no, tra padre e suocera no. Il problema del limite va gestito caso per caso, oppure va difesa questa struttura di divieti una volta per tutte dicendo

no a qualsiasi commistione che ponga il caos là dove vige invece la legge delle generazioni, quella che Sofocle nell'*Edipo re* chiama "l'ordine delle generazioni"?

Annalisa Diaz — Direi che mi è sembrata molto opportuna la sottolineatura fatta dalla Vegetti, perché è vero che affrontando le tecnologie riproduttive emerge la pretesa di verificare l'adeguatezza dei soggetti che desiderano dei figli sia singolarmente che come coppia, mentre questa adeguatezza non viene richiesta nei rapporti di filiazione "naturale". Mi sembra un argomento su cui è opportuno soffermarci: non dividiamo soltanto il processo attraverso cui realizziamo il desiderio, ma ci dividiamo fra donne che percorrono strade diverse per accedere alla maternità.

Franca Pizzini — Io penso che questi argomenti che ci riguardano così da vicino e nel profondo, quali riproduzione e famiglia, abbiano dei radicamenti nei nostri pregiudizi, in quello che pensiamo prima del giudizio razionale, per cui quando discutiamo io credo che vada bene fare sempre una tara. A proposito dei discorsi di stamattina sulla donna sola, una figura molto significativa, quasi emblematica dei fantasmi che ci agitano quando parliamo di queste cose, si parlava di controllo, rispetto a una situazione che, non si capisce perché, dovrebbe essere peggio di altre. Io pensavo che, siccome ci si riferisce sempre a una letteratura di tipo psicologico che dimostrerebbe la necessità assoluta delle due figure parentali, il dato si dà per scontato. Estremizzando, chiamerei un pregiudizio culturale il fatto che gli psicologi dicano che occorrono entrambe le figure. Io mi rifarei, per esperienza di disciplina e di lavoro, ad alcuni altri filoni di studio, che possono arricchire il quadro e sono gli studi sulla famiglia, non solo quelli sociologici italiani, ma anche quelli che hanno cercato di andare dentro la famiglia, di vedere le interazioni familiari. Rispetto a questi studi è stato dimostrato come proprio le famiglie apparentemente più normali, più unite, quelle che non darebbero adito a nessun immaginario inquietante, producono gli effetti patologici più grossi. Gli esempi di studi cui mi riferisco sono quelli sulla schizofrenia, in cui si dimostra come le famiglie pseudo mutuali, come dicono gli psichiatri, cioè che hanno un legame apparentemente molto armonico, con padre, madre, tutto regolarissimo, sono poi quelle che producono patologie come la schizofrenia; oppure altri studi

che dimostrano come le violenze in famiglia, o l'incesto avvengano in famiglie normalissime. Allora, giusto per rovesciare il quadro, perché ci facciamo prendere sempre da questo pregiudizio culturale e immediatamente diciamo, per la coppia di lesbiche che ha un figlio "povero figlio", e tutto quello che succede nelle famiglie normali?

Annalisa Diaz — È questo uno degli interrogativi più complessi emersi in questi giorni. Possiamo parlare di diritto di procreazione? Siamo di fronte ad un diritto soggettivo e per chi? Un tema affascinante che pone molte domande al concetto di limite; un problema nodale sia che si scelga di riconoscere un diritto alla procreazione, sia che si regolamenti la diagnosi prenatale, l'accesso alle tecniche di fecondazione, la facoltà di manipolare gli embrioni.

I progetti di legge già presentati, e che avete trovato in cartella, vanno in differenti direzioni ed alcuni stabiliscono in modo puntuale i casi e le condizioni di accesso alle varie tecniche introducendo modalità di controllo sull'utenza molto precise.

Gabriella Turnaturi — Mi sembra che non si possa pensare di cominciare a legiferare, così come se niente fosse, come se nulla fosse successo in questi anni rispetto ad acquisizioni culturali e di standars. Sappiamo che uno dei fondamenti della battaglia per l'aborto in America si basava sullo slogan molto efficace: "tieni le tue leggi fuori dal mio corpo", il che voleva dire che era una campagna estremamente progressiva e progressista che metteva al centro questo diritto del corpo ad essere fuori dal sistema legislativo. Ora invece, forse si torna indietro e ci ritroviamo a fare i conti con questi due sistemi: del corpo e della legge.

Ma c'è anche un altro punto di scontro, di contraddizione, quello che chiamiamo di standard. C'è un'affermazione di standard di qualità della vita che non implica le scelte ma l'affermazione dei propri desideri, delle proprie volontà, e quindi l'espansione di una personalità che Luisa Boccia chiamava narcisista, che io chiamerei impotente. Fa parte dei nuovi standards l'idea di potersi programmare una propria vita genetica e generativa e quindi di poter avere e volere un figlio comunque. Questo si è affermato come standard ed è penetrato nelle coscienze delle persone. Allora come si fa a smantellare uno standard che si è affermato, che fa parte non solo dell'immaginario ma della vita delle persone, del loro modo di pensare e di gestire?

Un altro problema: se noi pensiamo ad un tipo di intervento o di regolamentazione su queste cose, torna il discorso su chi e come si decide; cioè quello che gli studiosi americani di etica chiamano le scelte tragiche e mortali, non in quanto legate alla morte ma all'uomo e che trascendono il discorso delle nuove tecnologie riproduttive. Faccio degli esempi: supponiamo una certa quantità di organi artificiali a disposizione di uno Stato, ci troveremo sempre di fronte a un numero limitato rispetto al bisogno, come si decide a chi vanno dati questi organi? Allora, in base a quali criteri dobbiamo delegare ad un'istanza, diciamo, superiore, questo tipo di scelta che resta comunque tragica. Quindi questo discorso va ripreso rispetto alla possibilità di scelte intrecciate e tenendo presente che non si può pensare a dei piccoli interventi di etica, di fronte ad una trasformazione culturale così grossa. Allora parliamo di una rifondazione di etica che va al di là del discorso delle tecnologie riproduttive: è in questo ambito che noi possiamo parlare di scelte e di leggi etiche.

Maria Luisa Boccia — Questa questione mi sembra centrale e decisiva. Io credo che non bisogna avere fretta e occorre sottrarsi a quest'angosciosità per cui adesso dobbiamo decidere qualcosa che altrimenti chiude altre infinite possibilità, anche se purtroppo c'è urgenza ed emergenza. Io darei come riferimento la possibilità di ridistinguere etica e diritto; di poter ridistinguere sequenze strette, stringenti, che sembrano oggettive e razionali e che invece tali non sono, tra quelli che tu chiami gli standards culturali dominanti, che siano rispondenti e fondativi di un'etica e dell'unica etica possibile. Anche se pare essere un'etica debole, è però in realtà molto forte, nel senso che è esclusiva di altre, ad esempio di qualunque possibilità di fondare etiche non di diritti, che rimangono distinte dal campo delle istituzionalizzazioni, o della traduzione istituzionale dell'etica stessa.

È questo percorso che va svolto. Quello che noi facciamo, con una posizione di svantaggio ma, secondo me, con una posizione forte sul piano culturale, è mettere in campo un'altra lettura dell'esperienza, un'altra concettualizzazione. Questo non significa solo contrastare lo standard, significa anche leggere quegli standards che tu citavi, in un altro modo. Il segno dell'esperienza che viene normalmente ricondotta a conferma del narcisismo di massa, va letto anche in un altro modo. Insom-

ma, qui c'è un grande campo di battaglia culturale e mi sembra che le donne siano le uniche impegnate, non sul piano della piccola riforma, ma sul piano di culture e concezioni forti.

L'altro punto è quello di costituire un campo dell'etica e contrastare questa desertificazione, per cui c'è l'individuo con la sua interiorità narcisistica, l'istituzione e, in mezzo, non c'è più nulla. Il campo dell'accordo cioè quella convenzione che è però forte, fondativa del patto, è un campo che sembra definito una volta per tutte e azzerato nello stesso tempo; io credo invece che questo sia un campo a cui ridare pieno spessore, forza e dignità. Allora su questo punto non si va a normare ma ad attivare fortemente principi, concetti e idee orientative anche con il senso di vincolo che danno al comportamento sociale. Vegetti Finzi parlava di dissuasione, ma una cosa è la norma e la dissuasione che muove dal campo istituzionale, un'altra è la dissuasione che muove ad esempio dal tabù dell'incesto interiorizzato. Possiamo ritenere che anche questa sia una forma di autorità, anche più repressiva, ma che agisce in una dimensione che non è quella dell'istituzione. E credo che sia molto importante recuperare questa dimensione del vincolo data dal senso della reciprocità e anche dall'accordo tra le persone che vivono in un contesto sociale e culturale.

Io credo alla forza simbolica della codificazione, c'è un passaggio molto forte tra il progressivo indebolirsi del divieto, e anche il crescere della trasgressione, e l'abolizione formale del divieto, per cui ciò che prima era proibito diventa lecito. Però il passaggio è assolutamente radicale. Io non dico che in assoluto il passaggio non si possa fare, dubito, per la frequentazione che ho con la psicoanalisi e le scienze della psiche, che si possa fare nelle condizioni attuali. Soprattutto però vorrei che fosse elaborato collettivamente, non che qualcuno ha deciso per me che è da buttare alle ortiche e che lo standard è già un altro. Dunque ridefinire sul piano dell'etica e su quello legislativo, attenersi a quella che abbiamo definito una legislazione leggera, una legislazione che si fondi su due criteri fondamentali: contrastare il predominio dei diritti secondo una razionalità di mercato; definire le garanzie dell'applicazione, sul piano delle libertà cosiddette negative, che riconoscano un'autonomia e un potere che devono restare dei soggetti e che non devono creare delle discriminazioni, per cui si legittimino alcuni e non altri.

Altro piano (che per ora abbiamo lasciato molto aperto) è quello dei diritti positivi; affermare a che cosa dia diritto la possibilità di acce-

dere alla tecnologia, ad esempio stabilire il diritto positivo alla procreazione, secondo me, non va sancito, perché questo già definisce, in qualche modo, il modello procreativo. Questo è un primo piano. Ma ancora, ci deve essere un piano dei divieti? Io credo di sì; un piano dei divieti si pone, secondo me, rispetto al corpo surrogato. Infatti questo è un fatto che mette in campo anche il figlio che nasce: due individui compiuti come soggetti giuridici fanno tra di loro un contratto, a cui lo Stato dà liceità, e un terzo che coinvolge il figlio, che non è chiamato in causa. Su questo tipo di patto non possiamo rompere quel piano convenzionale del rapporto tra etica e diritto già stabilito e già esistente, senza conseguenze enormi, e non credo nemmeno che ci sia l'assimilazione all'adozione su cui andrei cauta.

Questi sono problemi già diversi da quello della donna sola, che attiene piuttosto a una forma di limitazione del diritto di accesso, rispetto ad uno scenario che si tende a ritenere ormai lecito e praticabile, quello appunto del laboratorio, del ricorso a materiale genetico per completare il processo procreativo di un corpo. Per questo non capisco perché si debba distinguere tra la donna sola o la coppia o tra la donna sola che va al laboratorio e la donna sola che accede a una relazione sessuale occasionale, e non credo, da questo punto di vista, che la norma della doppia genitorialità, abbia la stessa valenza del tabù dell'incesto. Non possiamo ritenere che doppia genitorialità e tabù dell'incesto operino sulla scena sociale allo stesso modo. Secondo me bisogna lasciare molto aperto il campo al confronto, che non sia solo confronto di opinioni, ma tenda a ristabilire e a ridefinire la scena dell'etica, e muoversi sul piano legislativo non eludendo le questioni scottanti ma decidendo dentro alla legislazione "leggera" quando e dove possiamo rompere la convenzione, chiamando esplicitamente tutti i soggetti in campo direttamente su questo punto. L'importante è che questi passaggi siano trasparenti e chiari, altrimenti ciascuno di noi si trova a ragionare su queste esperienze e ad acquisirle, rispetto al modello, come se fossero appunto standards, mentre forse non lo sono.

Silvia Vegetti Finzi — Anche oggi è stata citata la situazione americana del primo femminismo in cui le donne sostenevano la non sottomissione del loro corpo a nessuna legge sociale, quella che Rodotà ha chiamato la zona della penombra, del privato. Io vengo da un Convegno con donne e giuriste americane: in questo momento vi è negli USA una corrente

che sostiene che le donne portando avanti questa linea, sono fuori dalla giurisdizione, dal diritto; si pongono, riprendendo la metafora di ieri della polis, fuori dalla polis. Queste donne dicono "non riconosciamo le vostre leggi, poiché siamo dominate dal potere maschile; come tutti gli esseri dominati non siamo tenute a riconoscere le vostre leggi, ci consideriamo in una zona extra-legale, fuori dalla società civile e dalle sue istituzioni". Mi sembra che una tentazione in questo senso vada circolando anche nella nostra cultura: io ci starei molto attenta, a me sembra estremamente pericoloso metterci al di fuori della legge, perdere quei diritti e doveri legali, anche faticosamente conquistati dal movimento delle donne, dalle suffragette, da tutto il processo di emancipazione femminile. Sarei molto più prudente, direi che va portato avanti un discorso in termini di ridefinizione di campo: ridefinire il campo dell'etica ma dentro il contesto civile, dentro la società e senza cedere a tentazioni che alla fine potrebbero costarci molto care.

Teresa Laddomada — Quando si discute di ciò che deve rientrare nel campo del diritto e di ciò che invece deve stare nel campo del non-diritto entrano in gioco diverse valutazioni. Si può valutare il campo del diritto come campo autoritario e quindi limitarlo fortemente rispetto a tutto ciò che è etico, come se fosse facile stabilire ciò che è etico e ciò che invece è bisogno sociale; e vivere il campo del non-diritto come un campo di fecondità dove la vita reale scorre, oppure come un deserto dove c'è spazio soltanto per lo sciacallaggio. Tutte queste valutazioni, tutti questi fantasmi indubbiamente hanno un peso notevole. Parlare dell'adeguatezza genitoriale è parlare di un campo che può rientrare nel diritto e nel non-diritto, è un tema che travalica il discorso della procreazione assistita, è un tema che molti di noi sentono a un punto tale da prendere occasione dal dibattito in corso sulla procreazione artificiale per una crescita collettiva sul problema dell'adeguatezza genitoriale. Rispetto a questo problema io non condivido in pieno i discorsi che tendono a delineare una coppia genitoriale ideale, perché una coppia genitoriale ideale può essere vissuta come estremamente soffocante e negativa per la formazione di una personalità. Però, ho molto viva la mia esperienza professionale riguardo a genitori inadeguati a causa di situazioni concrete, veramente gravi. Ecco perché dico che rispetto al discorso del controllo l'idea che possa accedere a una procreazione assisti-

ta un genitore alcoolista, caso tutt'altro che teorico, mi fa pensare che questa tematica può rientrare anche nel campo del diritto e non solo in quello del non-diritto.

Annalisa Diaz — Quando io faccio riferimento al problema dell'adeguatezza, lo faccio perché è vero che il problema esiste al di là delle tecnologie riproduttive, e però non credo che il diritto possa dare la risposta; il controllo sulle capacità di due soggetti di diventare genitori è un interrogativo su cui io non mi avventurerei, entriamo in un campo di controllo sociale, mi spaventa l'idea che ci sia qualcuno (prescindendo anche da dove collocare l'autorità del controllo) che possa dire: "no, voi due non siete affidabili e figli non ne potete fare, anzi nel caso in cui la donna resti incinta sarebbe meglio interrompere la gravidanza", e questo è stato fatto, non sono solo fantasie, ci sono state anche normative in questa direzione: ad esempio nella Germania nazista e, più di recente, si è ricorsi all'evirazione per soggetti che avevano compiuto atti di violenza sessuale, cancellando la possibilità che potessero diventare, in futuro, padri di qualcuno.

Luisa Orrù — Ad un convegno che si è tenuto recentemente a Bologna, sono stati portati dei dati sulle coppie che hanno chiesto inseminazione eterologa. Veniva notato che, la percentuale delle richieste era decisamente superiore nel sud Italia e si legava il fatto di preferire l'inseminazione all'adozione al fatto che, in questo modo, con l'anonimato del donatore, si teneva celata quella condizione giudicata vergognosa o, comunque, da nascondere che è la sterilità maschile. In realtà questo problema della sterilità è molto grosso e rispunta anche in situazioni in cui mi sono trovata durante indagini sul campo. Un caso in particolare, mi ha fatto pensare molto: emergeva da un racconto di vita di un'informatrice legata a una ricerca di autobiografie orali. Questa donna mi raccontava la sua vita e tutto il suo discorso girava intorno al problema di non essere stata in grado di dare al marito un altro figlio; ne aveva avuto uno, i medici l'avevano fortemente sconsigliata dall'averne un altro, ma lei nonostante tutti i pericoli che i medici le avevano elencato, aveva tentato disperatamente di avere altri figli; venne salvata in extremis, con gravi conseguenze che elencava con perfetta coscienza, ma contemporaneamente disprezzava se stessa per non aver avuto il figlio desi-

derato. Ricordo questo episodio perché ripropone il problema del perché si vuole un figlio e anche per chi fare un figlio, che cos'è un figlio e perché il ricorso alla procreazione assistita. Questa donna che ora è anziana, oggi, sicuramente, avrebbe cercato tutte le vie per avere un figlio. Partiva da un pregiudizio culturale: donna uguale maternità. Possiamo fare un parallelo: sterilità maschile che viene celata e donna che si identifica con una delle sue possibilità, e non ne riconosce nessun'altra. Allora, con le nuove offerte si assecondano vecchie idee, vecchi concetti, vecchi pregiudizi.

La mia reazione è quella di chiedermi "Da dove hanno avuto inizio queste idee, che storia hanno avuto? Noi ne siamo fuori o ci siamo ancora dentro"?

Annalisa Diaz — Il discorso sulla tecnologia e il fatto che ci soffermiamo a parlare solo di tecnologia, in realtà mette fuori campo il problema del desiderio, del perché del desiderio, del perché ancora oggi questo desiderio sia così pesantemente presente nella donna. Quale poi sia il confine tra il desiderio, il dover essere e il sapere di poter essere madri è un interrogativo sempre presente fra noi. E probabilmente, io credo, rientra in quella sfera su cui abbiamo sospeso le domande e che è legata alla sessualità e quindi anche alla maternità. Io credo veramente che questo dovrebbe essere uno dei punti di riflessione da riprendere. Tutta la sfera della sessualità, che oggi pone interrogativi al di là delle tecnologie riproduttive, come dicevano Orrù e Vegetti, si allarga al fatto che oggi non riusciamo più a leggere il corpo in modo unitario. Oggi occorre un registro di lettura del tutto nuovo. Non siamo più un corpo, siamo tanti pezzi messi insieme e tanti pezzi che possono diventare autonomi.

Stiamo parlando di riproduzione e quindi facciamo riferimento ai gameti maschili e femminili. È però necessario considerare la diversità che c'è tra un uomo e una donna rispetto a questo mettere fuori dal corpo una parte di sé. Ora mi sembra che mentre per un uomo questo sia il suo modo di riprodurre, che poi metta fuori di sé nel corpo di una donna o metta fuori di sé in una provetta, tant'è che questo è il suo partecipare alla riproduzione. Per una donna il discorso è molto più complicato. Quando parliamo dell'ovocita, preso dal corpo della donna, portato fuori, rimesso nello stesso corpo o in un altro, assistiamo ad un'operazione che è del tutto differente dalla modalità ordinaria con

la quale operano i gameti femminili nella riproduzione umana. Da qui la necessità di leggere il vissuto di donne che hanno fatto questa esperienza. Riuscire a capire come il momento del concepimento che diventa tutto tecnico, che significa mettere fuori di sé una parte che invece le donne hanno continuato a contenere, apre una serie di interrogativi sulla tecnica e sulla fantasia della riproduzione.

Silvia Vegetti Finzi — Mi è sembrato molto interessante ciò che ha richiamato Annalisa "il momento del concepimento". Nella nostra cultura proprio il verbo concepire è inteso in due termini: come concepimento biologico e come momento del pensiero, come momento di creatività. Vedete la disgiunzione che si è prodotta là dove c'è un concepimento di puro materiale generativo ma dove non si vede affatto il momento del concepimento mentale, cioè non si vede la maternità e la paternità nelle sue forme psicologiche, nelle sue forme mentali o sociologiche, ma vi è questa disgiunzione terribile per cui quello che abbiamo detto essere "la scena primaria" diventa un effetto di materia e quindi si vede qualcosa che è più cieco che se non si vedesse niente, in un certo senso. Noi non abbiamo visto il nostro concepimento però possiamo immaginarlo in forme molto ricche, più vere di quanto non possa fare il supposto bambino che vedrà nella televisione l'elemento di congiunzione dell'ovulo e dello spermatozoo che l'ha prodotto. Direi che tante volte nel massimo di potere scopico e di visibilità ricca c'è secondo me, il massimo di cecità.

Luisella Fanni — Ascoltando questo scorcio di rappresentazione fatto da Annalisa Diaz e il commento della Vegetti vorrei che arrivassimo al punto, in relazione al tema, del come deve nascere un figlio: uno che sente fare queste rappresentazioni ne rimane colpito in termini negativi. Stamattina, qualcuno mi ha detto che sono stata coraggiosa e che ho fatto un discorso da uomo perché ho riportato la nascita di un figlio a quello che deve essere, secondo me, un atto d'amore tra un uomo e una donna: da qui il mio no all'inseminazione artificiale, alla possibilità di procreare per la sola donna, per il solo uomo. Nel momento in cui ci si prospetta la possibilità che sia solo la donna ad essere messa in condizioni di procreare da sola e di allevarsi quindi un figlio da sola, io credo che ciò sia possibile (abbiamo parlato del prestito dell'utero), anche per l'uomo, il quale, non so perché non dovrebbe avere il rispettabi-

le diritto alla paternità e al potersi allevare un figlio. Allora da che cosa nasceva il mio no, visto che su questo punto si è ripreso tante volte il discorso? Perché il figlio solo nella coppia? Perché è solo la coppia che socialmente e culturalmente garantisce meglio, copre meglio.

Io mi sento a disagio a parlare in un posto dove ci sono solo donne, non sono abituata perché vivo in un mondo dove c'è normalmente una presenza mista, forse con un po' più di uomini; ancora più mi trovo a disagio in questa dimensione del colloquio che appare come una sorta di rielaborazione intimistica, personale, quasi una confessione che uno fa agli altri di quello che pensa. Io non sono passata attraverso l'esperienza del femminismo, se ho fatto bene o se ho fatto male, col tempo cercherò di comprenderlo meglio, ma debbo dire che questo momento in cui si cerca di intimizzare le riflessioni, non riesco a viverlo bene.

Tornando al problema della donna sola, il no non era per la donna, il no era per il bambino, per la creatura che deve nascere. Mi permetto di dire che se è vero che ci sono famiglie, apparentemente normali che creano figli schizofrenici i casi sono due: se parliamo di famiglie normali e quindi di soggetti normali e quindi di normali interazioni all'interno della famiglia, il risultato dell'esperienza comune sarà normale. Se invece noi utilizziamo l'ipotesi di una famiglia che normale non è, ma che apparentemente lo è e produce lo schizofrenico, per poi dire che non è alla famiglia normale che devo fare riferimento, allora questo è un discorso logico viziato.

Tanto è importante la necessità di avere riferimenti a figure maschili e femminili che chiunque si sia occupato anche solo superficialmente di problemi della separazione più o meno legale, nel momento di frantumazione della coppia sa che la perdita di due genitori viene assimilata ad un lutto: si identifica la perdita del genitore, nel momento della rottura del rapporto di coppia, con la perdita fisica di uno dei due genitori. I figli continueranno ad andare avanti con la mamma vedova, con il babbo vedovo, si risposino o non si risposino, e però la solitudine può darsi che sia una scelta di vita, ma mi pare difficile poter dire che sia la scelta che fa vivere meglio. Tanto è vero che le persone sole spesso non stanno bene. E allora nei confronti del figlio, si suggerisce spesso al partner, alle persone rimaste sole, "badate, occorre per questi ragazzi un altro padre, un'altra madre". Questa è la ragione per cui nel momento in cui si pensa ad una normativa, occorre una norma che si rivolga alla generalità dei casi. Non si può pensare di fare una legge avendo

fisso il caso limite. Se noi pensiamo di fare una legge che regoli la procreazione artificiale noi dobbiamo pensare ad una normativa che investa il maggior numero dei casi. E allora io la penso nell'ottica di Palomba e in fondo anche della Laddomada, un'ottica di chi vive il problema dalla parte dei bambini violati, sofferenti. Insisto nel dire che devo rappresentarmi una situazione parentale in cui tutti e due i soggetti ci siano. Il mondo non è fatto di sole donne, è fatto di uomini e donne, di tutti e due c'è bisogno e di tutti e due hanno bisogno i figli che devono venire al mondo.

Luisa Orrù — Io ho avvertito disagio nelle parole della Fanni. Ci sono qui persone che lavorano in campi disciplinari diversi e ognuna di queste persone studia e fa ricerca nel suo campo e si muove secondo concezioni che fanno parte della storia della sua disciplina e delle sue scelte.

Sentendo la teologa morale io capivo di non capire: altre cose mi sfuggivano. Quando la Vegetti Finzi fa le sue analisi, certe volte rimango affascinata, altre sto sull'attenti rispetto a quello che dice. Così quando intervengono i giuristi mi rendo conto che si riferiscono a una tradizione di concetti e di approccio alla realtà sociale diversa dalla mia. A questo si aggiungano le convinzioni personali che sono maturate in ognuno di noi.

Quando si dice che gli uomini, non ci sono in questa sede, io dico che questo è un convegno pubblico che io trovo, tra l'altro bellissimo. Quando poi si passa a parlare di donna sola, coppia, rapporto uomo-donna, allora nelle persone presenti esplodono le idee che hanno maturato nel corso di una vita, e che si combinano con i concetti propri della disciplina.

Quando si parla di figlio che deve scaturire da un rapporto di amore sono perfettamente d'accordo, ma se tengo conto della storia e delle ricerche su questi rapporti d'amore, constato che spesso i rapporti d'amore non ci sono stati.

Annalisa Diaz — Per quanto mi riguarda tentavo di esprimere il bisogno di interrogare e di interrogarmi sui possibili contenuti di una legge. Certo non è un caso che io nel momento attuale stia vivendo l'esperienza parlamentare, ma credo che il problema si ponga, anche se in termini diversi, per l'avvocata, la magistrata dei minori, la donna che vuole un figlio.

Resta il fatto che il ruolo che ognuna di noi affida alla legge è evidentemente diverso. Per me non significa esprimere un giudizio; perso-

nalmente posso disapprovare, ma non per questo debbo vietare, posso essere convinta di aver scelto il bene, ma non volerlo trasformare in obbligo. Nel momento in cui faccio una scelta esprimo certo un giudizio ma non è detto che debba mettere automaticamente fuori legge altre scelte e altri desideri.

Questi due giorni sono stati per me importanti proprio per conoscere valutazioni e giudizi che provengono da esperienze diverse.

Silvia Vegetti Finzi — A me sembra che non tutto passi però per questo principio: che se una cosa non viene dichiarata negativa per legge, significa che è approvata; o si proibisce alle donne sole di procreare, oppure vuol dire che siete d'accordo con loro e che lo considerate un bene. Ora io vorrei chiarire la mia posizione che non è intimistica: io penso che non sia da legiferare, ma che non sia un bene. Quando leggo che Ives Montand ha avuto un figlio a 67 anni io non penso che sia un bene che un bambino nasca con un padre di 67 anni, poiché quando lui avrà 10 anni, il padre ne avrà 77, però non mi permetterei di dire che la legge deve proibire agli ultrasessantenni di diventare padri, cioè distinguerei, ci può essere una discussione sociale, etica, collettiva ma non è per questo necessario che intervenga una norma legislativa. Prima mi si chiedeva se penso sia un bene che un bambino nasca da madre sola: non penso che sia un bene anche se non c'è mai nella psicologia una causa-effetto: non è che data questa condizione necessariamente avremo questi effetti. Regole generali non ne esistono, si può dire che avrà sicuramente più difficoltà di altri, quindi se è possibile evitare questa situazione, dovrebbe essere evitata. Però ricorrerei ad altri mezzi di dissuasione e di convincimenti. Ieri si è parlato di pedagogia e io ripenserei anche questo termine un po' desueto, ormai riservato soltanto alla scuola elementare, e lo rimetterei invece in auge nella sua valenza più generale, per esempio lo farei operare in questo campo.

Agata Carubelli — Io mi vorrei riallacciare al discorso della legge, una legge che proibisce o che giudica o che non giudica. La legge non dovrebbe giudicare, però il giudizio è implicito quando si proibisce qualcosa. Ora regolare per legge che una donna sola non possa avere un figlio, mi sembra fuori dalla realtà e anche perché le donne sole con figli ci sono sempre state a dispetto della società, ci sono state con un coraggio da leone e ci sono state anche quando si mettevano al bando.

Adesso si vuole legiferare nel senso di proibire alla donna sola di avere un figlio. Mi sembra talmente privo di senso tutto questo che mi meraviglio ci si possa discutere sopra. Il problema c'è, ma c'è sempre stato: non è diverso da quello della ragazza madre, anche se una diversità c'è in positivo, è una donna che non sottostà ad una condizione umiliante di ragazza madre, ma sceglie di esserlo e quindi assume una maggiore dignità rispetto a tutto quello che, nella storia, c'è stato a carico delle donne non sposate.

Il problema mi sembra un altro: la scienza non può preoccuparsi della maternità, la scienza è qualcosa che deve andare avanti comunque, però occorre dare una coscienza alla società di quello che rappresenta la scoperta scientifica.

Ora mi domando se fare un figlio al di fuori di quello che può essere l'atto naturale e d'amore rappresenti veramente un fatto positivo, io ritengo di no, ma è solo un'opinione. La cosa importante è che se la società non è educata all'utilità di questa scoperta e al modo di utilizzarla, potrà fare ancora delle mostruosità, come le ha fatte finora, perché la scienza non può occuparsi dell'etica che deve andare avanti da sola, indipendentemente da quello che è morale e da quello che non lo è.

Elisabetta Manca — Sull'onda di queste considerazioni, son d'accordo sul mettere in piedi una norma che sia aperta e leggera, affinché non avvengano abusi, speculazioni, viaggi della speranza, vacanze intelligenti. La cosa che mi preoccupa di più è che vien fuori che le N.T.R. possono essere usate "bene" o "male"; tutto questo deve essere regolato da un'etica, probabilmente tutta ancora da inventare.

Mi preoccupa il rischio che in assenza di questa nuova etica, con una società più a misura di profitto che umana, non si abusi di queste nuove tecniche per delle creazioni di mostri. Come si può mettere un limite a tutto questo, qual è il modo? La Boccia diceva "noi dobbiamo ripensare al modo in cui vogliamo gestire la nostra capacità riproduttiva" e io credo che sia tutto un po' racchiuso qui dentro. Una cosa che si è taciuta in questo convegno, e che costituisce un mio grosso timore, è che, nel complessivo processo di medicalizzazione della nostra capacità riproduttiva, che coinvolge anche il momento del concepimento, si accentui ancora di più l'espropriazione del potere procreativo delle donne da parte di una scienza che non è gestita da noi.

Franca Pizzini — Non so se si può lasciare così tutto aperto, occorre raggiungere qualche cosa di concreto che parta da queste considerazioni e da un punto di vista femminile e cerchi di dare delle soluzioni pratiche. Quali sono ad esempio le esperienze che abbiamo visto negli altri paesi e cioè cosa si è tentato?

Mi pare che ci siano stati alcuni tentativi: rispetto al discorso del limite, in alcuni paesi c'è stata una dichiarazione di moratoria, una richiesta di porre un limite alla scienza.

Dico subito che anche da parte dei movimenti delle donne ci sono molti dubbi, non tanto perché non sia opportuno porre dei limiti quanto perché i limiti si sono posti attraverso una legge.

Quello che le donne dicono nei paesi in cui esistono i comitati etici è che non sono stati affatto utili perché hanno lavorato separatamente dalla ricerca delle donne.

E allora qualora si dovesse fare questo comitato etico, una cosa che chiederei alle nostre amiche deputate, è che ci siano in questi comitati delle rappresentanze di donne, di movimenti, di gruppi ma che non siano staccati dalla ricerca delle donne come in tutti i paesi.

E allora mi torna in mente una risoluzione del congresso di Montreal che ogni tanto si cita, quella di una richiesta di rappresentazione di gruppi di donne a tutti i livelli dei luoghi decisionali.

Altro discorso è quello che si riaggancia ai discorsi di Maria Luisa Boccia, e cioè su quali regole si danno le donne, come definiamo una regola femminile del corpo, una regola che parte dal femminile e diventa sociale.

M. Luisa Boccia — Io sono d'accordo con la Pizzini. Dico solo che il potere femminile della mediazione vada fatto partire da una analisi critica della forma di potere e di mediazione che abbiamo già sperimentato, prima di tutto in Parlamento.

In questi giorni di discussione sulla violenza sessuale vediamo la difficoltà e perfino in alcuni momenti la drammaticità ad assumere queste dimensioni per ragionare a partire da un accumulo di esperienza e se possibile elaborarla e concettualizzarla. Un altro momento, che possiamo organizzare: si tratta di prendere concretamente le proposte di legge, a questo punto ne esistono di fatto anche se non sono state ancora depositate, anche di femminili, e entrare nel merito di una serie di

questioni, sapendo che rimane lo scarto, che le valutazioni che noi facciamo oggi di questo piano possibile della regolamentazione, non hanno dietro tutta la sedimentazione già fatta della ricerca sul rapporto donne e NTR. La cosa che ci colpiva a Montreal è che lì questa voce si è espressa, era parziale ma non a caso quando si esprimeva creava forti momenti di tensione e di conflitto proprio con la cultura femminista.

Credo che pensare alla forma con cui queste nostre esperienze si socializzano, supportate da una collettività più ampia di donne, ci aiuterebbe.

Silvia Vegetti Finzi — Se dovessi concludere, a me sembra che le donne hanno sempre detenuto una potenza generativa, si tratta di trasformare questa potenza generativa in potere e poiché questa è un attributo delle donne, non solo di quelle che sono madri ma di quelle che lo sono e lo saranno o che hanno deciso di non esserlo mai, sono comunque detentrici di una potenza generativa e secondo me questa costituisce una competenza che può assegnare potere a tutte le donne di pensare ed esprimere una propria parola.

Franca Pizzini — A proposito di questa espresione "Il potere delle donne", direi che è molto importante fare una riflessione su questa parola e penso che sarebbe molto utile che ne prendessimo coscienza a tutti i livelli, sia per quanto riguarda due categorie di donne, quelle che entrano in rapporto con le tecnologie riproduttive, in una situazione completamente priva del potere, e le donne che lavorano in questo campo, che di questo potere non sono conscie e che lo usano contro se stesse. Ci sono mani maschili e mani femminili ma ci sono mani femminili che entrano in un modo completamente maschile in questa realtà di cui non hanno coscienza.

Luisa Orrù — Mi allaccio a quanto ha appena detto la Pizzini, il problema che lega le donne dentro le strutture mediche. Quando parliamo della medicina, di operatori medici, ci rifacciamo a medici maschi, in realtà la presenza femminile c'è e bisogna vedere come questa presenza femminile si ponga rispetto a questi problemi, e quindi come gestisca un potere che è anche il suo potere.

Annalisa Diaz — È vero, è mancata in particolare la voce delle donne che hanno avuto accesso alle tecnologie della riproduzione. Ne avevamo invitate alcune ma nessuna di loro ha voluto prendere la parola.

Eppure credo che da quei silenzi bisognerebbe ripartire per capire la relazione fra "offerta" tecnologica e "domanda" d'intervento, fra la pretesa onnipotenza scientifica e la, del resto introiettata, fantasia d'impotenza individuale.

Proporrei perciò di utilizzare l'esperienza di questo incontro per progettare insieme un lavoro di ricerca in questa direzione.

Il prossimo appuntamento quindi per informare sui risultati.

Ringrazio tutte per i contributi di analisi, l'interesse, la presenza.

Volumi della Tarantola Edizioni

Il parto fra passato e presente: gesto e parola
Atti del Convegno 29-30 gennaio 1985, Cagliari,
Relazioni di B. Jordan, S. Houd, L. Orrù, F. Pizzini, M. Sbisà.

Le cooperative femminili in Sardegna
a cura di A. Oppo. Testi di A. Diaz, R. Isetta, A. Manca, A. Oppo.

Il lavoro femminile nel settore cooperativo in Sardegna: problemi e prospettive
Atti del Convegno 29-30 ottobre 1988, Cagliari,
Relazioni di L. Cogodi, A. Diaz, V. Giuliano, R. Isetta, G. Marfori, B. Pomeranzi, M.T. Spanu.

Famiglia e matrimonio nella società sarda tradizionale
a cura di Anna Oppo.

Finito di stampare nel mese di giugno 1991
da CUEC Tipografia
Via Tolmino, 33 - Tel. 282249 - Cagliari

Impianti: CWS - Computer Writing Service
Via Monte Sabotino, 23b - Tel. 281785
09122 Cagliari