

Carlo Casalone S.I. *

Fecondazione assistita: l'etica tra domanda e offerta

Immaginiamo una **coppia che desideri un figlio**. Nella nostra società è probabile che si tratti di una coppia di età non tanto giovane. Secondo le statistiche, infatti, il matrimonio è una scelta sempre meno frequente e rimandata a età sempre più elevate. Ancora più tardiva è la decisione di avere un figlio ¹. Le ragioni di questi rinvii sono molteplici: prolungarsi degli studi; lentezza di immissione nel mondo del lavoro; difficoltà di trovare casa; latitanza degli uomini, nonostante le buone intenzioni, nella collaborazione alla vita domestica; fatica a combinare ruoli familiari e lavorativi, soprattutto per le donne ².

Le statistiche ci dicono anche che una tale coppia può scoprire, con maggiore frequenza rispetto al passato, di non riuscire a realizzare il proprio desiderio di avere un figlio. Se si definisce la **sterilità** come incapacità di concepire dopo 12 mesi di normali rapporti sessuali, essa riguarda il 36,6% delle coppie. Se si considera un periodo di 24 mesi, le coppie interessate sono il 20,6% ³.

Ostacolata nel realizzare il proprio desiderio, la coppia comincerà a interrogarsi sulle **vie di uscita** che le si presentano. Facilmente verrà a sapere di diverse procedure che la medicina mette a disposizione per far fronte alla propria sofferenza. Queste tecniche vengono comunemente definite «procreazione medicalmente assistita» (PMA), ma noi preferiamo chiamarle «fecondazione assistita», per motivi che si chiariranno in seguito. Magari la coppia avrà conoscenti che hanno attraversato simili situazioni e hanno deciso di adottare un bambino o di rinunciare ad avere un figlio. La coppia si trova cioè davanti a diverse possibilità rispetto alle quali dovrà prendere posizione, per giungere a formulare un giudizio il più possibile libero e responsabile. È questo **itinerario** che vogliamo percorrere nel nostro articolo.

* di «Aggiornamenti Sociali».

¹ Cfr BUZZI C. – CAVALLI A. – DE LILLO A. (edd.), *Giovani del nuovo secolo. Quinto rapporto IARD sulla condizione giovanile in Italia*, il Mulino, Bologna 2002, secondo cui solo il 45% degli appartenenti alla coorte di età 30-34 anni ha generato un figlio.

² Cfr VEGETTI FINZI S., *Volere un figlio. La nuova maternità tra natura e scienza*, Mondadori, Milano 1997, 156.

³ Cfr <www.cecos.it/html/sterilita.html#S0139T4550>.

1. Tecniche di fecondazione assistita

a) La sede: intracorporea o extracorporea

La **distinzione fondamentale** tra le numerose varianti tecniche esistenti riguarda la sede in cui ha luogo la fecondazione ⁴: essa può avvenire *in vivo* (intracorporea) o *in vitro* (extracorporea). Nel primo caso i gameti si incontrano nelle vie genitali femminili, mentre nel secondo la formazione dello zigote avviene in provetta, per essere poi trasferito all'interno dell'apparato genitale femminile (nelle tube o nell'utero, a seconda delle diverse procedure).

Le **tecniche intracorporee** sono fondamentalmente due. La prima è l'inseminazione artificiale (**IA**), la quale comporta il prelievo del seme maschile (di solito tramite autostimolazione) e la sua introduzione nelle vie genitali femminili durante il periodo ovulatorio. La seconda è la **GIFT** (*Gametes IntraFallopian Transfer*: trasferimento intratubarico dei gameti), che prevede il prelievo dei gameti maschili e femminili ⁵ e il loro successivo trasferimento nelle tube, dove si spera avvenga la fecondazione.

Al gruppo di **tecniche extracorporee** appartiene invece la **FIVET** (*Fertilisation In Vitro and Embryo Transfer*: fecondazione *in vitro* e trasferimento di embrione). In questo caso i gameti prelevati vengono fatti incontrare in provetta. Lo zigote che ne deriva viene fatto sviluppare per qualche giorno in laboratorio e in seguito trasferito nelle vie genitali femminili. Una tecnica che ha permesso di innovare profondamente la fecondazione assistita è stata l'**ICSI** (*Intra Cytoplasmic Sperm Injection*: iniezione intracitoplasmatica di uno spermatozoo), che consente la fecondazione anche quando il liquido seminale contiene una bassa concentrazione di spermatozoi (oligospermia) o con gameti maschili immaturi (spermatidi).

Ordinariamente, si tende a **fecondare più oociti** di quanti si pensa di trasferire in una singola volta, sia per poter selezionare per l'impianto quegli embrioni che danno migliori speranze di riuscita, sia per evitare nuovi interventi di iperstimolazione ormonale e di raccolta di oociti, qualora il primo impianto fallisca.

b) Intervento di figure esterne alla coppia

Entrambi i gruppi di tecniche — intra- ed extracorporee — possono utilizzare gameti provenienti dalla coppia che ha richiesto la fecondazione (che si dice in questo caso **omologa**), oppure ricorrere ad (almeno) un donatore esterno alla coppia (si parla allora di fecondazione **eterologa**). La donazione di gameti è facilitata dalla possibilità di conservare il liquido seminale maschile, congelandolo, nelle cosiddette banche del seme. Il che non è invece possibile per gli oociti, se

⁴ Cfr FLAMIGNI C., *La procreazione assistita*, il Mulino, Bologna 2002, 57-76, cui soprattutto ci riferiamo per le informazioni contenute in questo paragrafo.

⁵ Gli oociti si raccolgono inducendo anzitutto una ovulazione multipla, tramite iperstimolazione ormonale che porta a maturazione un numero maggiore di gameti rispetto a quanto avviene nel ciclo ovarico spontaneo; in prossimità dell'ovulazione, sotto controllo ecografico, si utilizza di solito un ago sottile che, per via transvaginale — in analgesia profonda, senza anestesia generale —, raggiunge i follicoli ovarici aspirandone il contenuto.

non in via sperimentale. Si tratta comunque di un traguardo non lontano, che potrebbe diminuire l'esigenza di congelare gli embrioni e quindi ridurre, anche se non eliminare del tutto, lo spinoso problema degli embrioni sovranumerari ⁶.

Un'ulteriore variante nel processo è quella che prevede l'intervento della cosiddetta **madre per procura**: una donna che si presta a lasciarsi impiantare uno o più embrioni, portando a termine la gravidanza per poi cedere il bambino alla coppia committente. Il grado di frammentazione della funzione genitoriale può quindi cambiare a seconda delle situazioni, fino a coinvolgere, al momento attuale, cinque soggetti: due maschili e tre femminili, con la conseguente separazione delle dimensioni biologica, gestazionale ed educativo-sociale della genitorialità.

Secondo i dati disponibili — in verità molto variabili — la **riuscita** di queste procedure, globalmente considerate, è circa del 20%, cioè comparabile a quella ottenuta attraverso la normale attività sessuale da una coppia mediamente fertile. Si segnala un certo aumento di patologie ostetriche e perinatali (gestosi, parti prematuri e cesarei, mortalità perinatale, ecc.). Circa la possibilità dei figli di sviluppare malattie a lungo termine, i dati disponibili non forniscono ancora indicazioni chiare, visto che i soggetti concepiti *in vitro* sono tutti di età inferiore ai 25 anni (la nascita di Louise Brown, la prima bambina concepita in provetta, è del luglio 1978).

2. La dinamica domanda-offerta

La coppia che riceve queste informazioni ne risulterà, appunto, «informata». Cioè la sua richiesta di avere un figlio tenderà a configurarsi, nelle sue modalità ed esigenze, secondo quanto la tecnologia medica offre. La domanda infatti, come avviene anche in altri ambiti, si modella su «formule precostituite che hanno una circolazione sociale non dissimile da quella delle merci sul mercato. Se, per esempio, una donna in menopausa può chiedere una gravidanza, se un uomo può chiedere a una donna di fare da incubatrice a un embrione che ha contribuito a generare, se tutte le innumerevoli varianti procreative oggi possibili possono essere “domandate”, è perché l'offerta ha creato il mercato» ⁷. La lezione di Michel Foucault è istruttiva a questo proposito: la nostra libertà può venire irretita dai discorsi del potere e della conoscenza. In particolare **i discorsi della biomedicina strutturano la nostra percezione** di noi stessi e del mondo ⁸.

Come sempre, la tecnica — intesa sia come l'universo dei mezzi che nel loro insieme compongono l'apparato tecnico (le tecnologie), sia come la razionalità che comanda il loro impiego enfatizzando funzionalità ed efficienza — va oltre i propri confini. Infatti, anzitutto, ogni tecnica comporta una modalità di funzionamento che plasma chi l'adopera indipendentemente dall'uso che ne fa.

⁶ Esito analogo potrebbero avere le tecniche di aploidizzazione, tramite cui si ottengono cellule capaci di comportarsi come gameti a partire da cellule somatiche, dimezzandone il patrimonio cromosomico.

⁷ FIUMANÒ M., *A ognuna il suo bambino*, Pratiche Editrice, Milano 2000, 33.

⁸ Cfr McKENNY G. P., *To Relieve the Human Condition. Bioethics, Technology, and the Body*, State University of NY Press, Albany 1997, 199-210.

Inoltre, queste tecniche particolari riguardano la nascita e l'origine della vita: vanno a toccare le strutture parentali dal punto di vista non solo biologico, ma anche simbolico. L'inserimento nell'ordine delle generazioni è centrale nella costruzione dell'**identità personale** e nella costituzione del **legame sociale**. Per il fatto stesso di esistere, queste tecniche hanno quindi effetti di trasformazione che coinvolgono tutti, anche coloro che non le useranno mai ⁹.

Già il linguaggio che si usa per spiegare queste procedure — che descrive cellule senza corpi né storia, funzioni senza apparati organici, organismi senza vissuti né affetti, con la stessa terminologia che vale anche per il veterinario — suscita un certo **disagio**. Questo disagio segnala l'esigenza di **ascoltare in modo più profondo** quanto si sta vivendo. Con ciò entriamo già nell'ambito dell'etica, in quanto essa richiede di assumere e dare forma a quello che emerge «spontaneamente» nella propria esperienza interiore. E per avere una visione meno parziale del problema, occorre non lasciare alla sola medicina il compito di definire il campo di indagine: altri saperi sono rilevanti per esaminare una vicenda in cui l'intreccio tra organismo e soggettività è particolarmente denso e per interpretare comportamenti che hanno conseguenze non solo per se stessi, ma anche per altri, sul piano sia personale sia sociale e culturale. Sempre in questa linea, altre discipline possono attrarre la nostra attenzione su altri fenomeni sociali o sanitari, che affliggono gli uomini in varie parti del mondo ¹⁰.

3. La sterilità come sintomo

La medicina interpreta il sintomo, la difficoltà di procreare, come un problema da eliminare. Infatti, le tecniche sopra descritte non curano la sterilità, ma solo la aggirano. Rispondono immediatamente alla domanda, così come viene enunciata dai pazienti. Ma la domanda spesso copre un insieme di desideri differenti, e talvolta divergenti, che hanno bisogno di percorsi articolati per riconoscersi nella loro verità. Questo è uno dei punti fondamentali messi a fuoco dalla psicologia del profondo: il sintomo è una metafora, un **messaggio da ascoltare e da decifrare**, la risultante di forze in conflitto molteplici, che comunica in modo camuffato una verità che non può essere detta direttamente, perché inaccettabile. Altrettanto ambiguo è il rapporto di chi presenta un sintomo con il sintomo stesso: chiunque abbia esperienza di persone che chiedono un cambiamento, sul piano sia fisico sia relazionale, sa bene che contemporaneamente quelle persone sono saldamente ancorate alla loro condizione di malessere, cui, non essendo priva di vantaggi, faticano a rinunciare.

La psicoanalisi ci insegna quindi a **distinguere tra domanda e desiderio**. Quest'ultimo non può mai essere soddisfatto da un oggetto, ma, attraverso conquiste e stazioni provvisorie, è sempre di nuovo rilanciato. Essendo soprattutto attesa

⁹ Cfr FIUMANÒ M., *A ognuna il suo bambino*, cit., 179.

¹⁰ Cfr SOWLE CAHILL L., *Sex, Gender, and Christian Ethics*, Cambridge University Press, Cambridge (UK) 1996, 251 s.

e desiderio di relazione, chiede di essere riconosciuto ancor prima che appagato. Per questo contiene una dimensione immaginaria e simbolica, irriducibile alla materialità delle cose. Le domande alimentano e sostengono il desiderio e chiedono risposte che indichino piste di ricerca più che prestazioni o beni concreti.

L'ascolto dovrebbe almeno riuscire a trasformare coloro che arrivano con una domanda di cura da oggetti da sottoporre a trattamento a soggetti di quella domanda. Per questo è utile che chi ascolta non risponda direttamente alla domanda, così come appare in superficie. Pur sapendo che questo atteggiamento può essere meno gratificante a breve termine, tuttavia «proprio il non rispondere permette che si srotoli il gomitolo di domande che porteranno a stringere sempre più il cerchio delle questioni essenziali per chi gli parla»¹¹. Prendere sul serio la domanda non equivale a prenderla alla lettera, ma collocarla nel quadro in cui si presenta, lasciandosi guidare anche dal sintomo. Ascoltare il sintomo permette di accedere alla **verità di cui è portatore** e di chiarire la complessità contraddittoria che marca il desiderio di un figlio, tra l'altro con notevoli differenze tra l'uomo e la donna. Nell'inconscio infatti possono coesistere spinte opposte di segno e simultanee nel tempo, senza che siano avvertite come incompatibili: i messaggi che abitano l'apparato psichico si presentano come ambivalenti.

Alla luce dell'affermazione del famoso psicoanalista Jacques Lacan «un atto mancato è un discorso riuscito», il sintomo non può essere impunemente forzato. «La paura inconscia del bambino è un anticoncezionale sicuro»¹². In questo senso, soprattutto se non sono identificabili cause patologiche, **la sterilità potrebbe essere un discorso onesto**. Essa può dire: «non siamo pronti per avere un figlio». Come anche può esprimere il rifiuto di soddisfare aspettative altrui, o esigenze sociali, verso cui si vive un moto di ribellione. Se non si chiarificano questi messaggi, la decisione che verrà presa rimarrà insoddisfacente e carica di conseguenze negative. «Una proposta di PMA che ignori qual è la funzione del sintomo indurrà il sintomo a ripetersi sotto la stessa o altre forme e a trasmettersi da una generazione all'altra. I bambini non ereditano solo i geni ma anche i sintomi dei propri genitori e spesso in maniera accentuata e più penosa»¹³. Inoltre sentimenti ambivalenti o negativi — difficili da ammettere e riprovati socialmente, perché non compatibili con l'immagine ideale dei genitori — rischiano di tradursi in atto anziché entrare nello spazio di elaborazione della consapevolezza.

4. Diventare genitori: immagini, fantasmi, desideri

Occorre quindi entrare nell'intreccio di desideri che sottende la volontà di diventare genitori¹⁴. Essi riguardano anzitutto il **rapporto di coppia**, in quanto

¹¹ FIUMANÒ M., *A ognuna il suo bambino*, cit., 35.

¹² VEGETTI FINZI S., *Volere un figlio*, cit., 118.

¹³ FIUMANÒ M., *A ognuna il suo bambino*, cit., 53.

¹⁴ Per quanto segue ci riferiamo, oltre che alla personale pratica di ascolto di numerose coppie, a FIUMANÒ M., *A ognuna il suo bambino*, cit.; VEGETTI FINZI S., *Volere un figlio*, cit.; BUZZATI G. – SALVO A., *Il corpo-parola delle donne*, Cortina, Milano 1998; THÉVENOT X., *La bioetica*, Queriniana, Brescia 1990, 83-89.

mediano la relazione tra i coniugi. Una disposizione di amore nei confronti del proprio coniuge si può esprimere attraverso il desiderio di donargli un figlio, indicando, nello stesso tempo, una richiesta di reciprocità, di voler esserne amato. Pare che non raramente la donna prenda atto di amare il proprio *partner* quando scopre di desiderare di dargli un figlio. Nello stesso tempo, però, si può giocare anche una prova di forza nel prendere ed essere preso dal proprio coniuge. Nella sessualità tenerezza e trasporto oblativi si intrecciano con aggressività e dominio possessivi: la gravidanza può essere un modo per aggredire e aggredirsi.

I **desideri di gestazione** non necessariamente coincidono con quelli di procreazione. La donna può aspirare alla gravidanza perché le consente di recuperare il proprio rapporto con la madre, rivivendo quell'intimo legame che lei stessa ha sperimentato nella fase prenatale e che rimane motivo di mai definitivamente superata nostalgia. Essa può inoltre ricevere una conferma della propria identità femminile, poiché le permette di saturare narcisisticamente la propria mancanza, sperimentando quella pienezza di capacità generativa che sente inscritta nel proprio corpo e che si manifesta nella trasformazione della propria immagine anche fisica. Qui può segnalarsi una urgenza di differenziarsi dal proprio coniuge, poiché la gravidanza introduce una dissimmetria con lui. Del resto pare che tale desiderio non sia prerogativa esclusiva dell'immaginario femminile, ma riguardi pure quello maschile, come si mostra anche in diversi esempi cinematografici ¹⁵.

Nel corso della gestazione la donna vive in **modo ambivalente** il rapporto con il proprio figlio: da una parte desidera tenerlo dentro di sé, in quanto parte del proprio Io di **grande valore**, e allo stesso tempo espellerlo, in quanto **intruso** che invade lo spazio, limitandola nei movimenti e nelle attività. Se ciò suscita impulsi di odio verso il bambino, emerge facilmente un senso di colpa e la necessità di espiarlo, alla qual cosa possono provvedere in particolare le sofferenze del parto. La presenza del padre sembra importante, in questa fase, per mediare tale violenza della madre e per alimentare il fondamentale orientamento alla vita che contraddistingue il rapporto tra madre e figlio. Ma durante la gestazione fantasmi di ritorsione verso il proprio bambino possono prendere corpo anche a partire dal conflitto della donna con la propria madre, di cui un tempo ha invidiato la creatività e ha desiderato eliminare i prodotti, in particolare gli eventuali bambini. Questa spinta distruttiva può attualizzarsi per spostamento verso il proprio bambino. Inoltre, «aborti spontanei [...] possono avere origine dal proprio fantasticarsi come uno scarto, l'oggetto rifiutato dalla madre. La donna può identificarsi con il feto che lei stessa abortisce e che quindi la rappresenta. [...] La bambina che la donna è stata ha risposto alla domanda che avrebbe voluto rivolgere alla madre: "Che cosa sono per te?" con un: "Sono il tuo scarto, un aborto mancato"» ¹⁶. Così il corpo prende la parola, dà voce a un dialogo, formulando domande e ipotizzando risposte.

¹⁵ Cfr, per es., *Niente di grave, suo marito è incinto*, con M. Mastroianni, o *Junior*, con A. Schwarzenegger.

¹⁶ FIUMANÒ M., *A ognuna il suo bambino*, cit., 100.

Il **desiderio di un figlio** è carico di fantasmi che vengono dai tempi dell'infanzia e dell'adolescenza. Fin dai primissimi anni la bambina fantastica di dare un figlio alla madre, per poi passare, qualche anno dopo, a volerlo per poterlo offrire al padre. Anche qui, pertanto, **si riattivano le relazioni con i propri genitori**. Inoltre la generazione è un aspetto della **lotta contro la morte**, veicolo attraverso cui si realizza il proprio prolungamento carnale, la prosecuzione di una discendenza e della specie. Ma il sapere delle madri circa la nascita include oscuramente la sensazione di essere responsabili anche della morte di chi generano. Solo una rete simbolica sociale, di cui il conferimento del nome è indizio, sottrae il figlio al solo destino biologico e permette ai genitori di elaborare la perdita del bambino perfetto, che è immortale, per adottare e accogliere un figlio, con le sue caratteristiche reali.

Infine, nel desiderio di mettere al mondo un figlio, c'è l'**aspirazione a essere educatore**, con i correlativi vissuti nei confronti dei propri genitori: per es., di imitazione («farò come loro») o di rivendicazione («mostrerò ai miei genitori come si educano dei figli, non come hanno fatto loro») o di riparazione compensatoria («potrò dare ai miei figli quello che io non ho ricevuto dai miei genitori»).

Del resto, anche i soggetti che intervengono nelle procedure tecniche vengono investiti da specifici fantasmi. Anzitutto il **medico** che opera la fecondazione assume spesso una forte carica emotiva e vive a sua volta intense passioni, che sarebbe bene riconoscere. Ma lo stesso vale per le inedite figure rese possibili dalla tecnica. Una vignetta lo mostra con umorismo. Due bambini di età diversa discutono seduti sul letto matrimoniale e il più grande dice al più piccolo: «Io sono il loro vero bambino, tu eri solo un embrione congelato...»¹⁷. L'**embrione congelato**, ed eventualmente scartato o utilizzato per la ricerca, rappresenta un oggetto rifiutato e privato del calore materno, cioè quello che noi soprattutto temiamo di essere stati o di essere nel corso della vita, che avrà come ineluttabile approdo il ritorno alla terra: mette in scena quell'abbandono che è tra le angosce fondamentali che attraversano la nostra esistenza.

5. La generazione tra fabbricazione e procreazione

Abbiamo visto come la tecnica tenda a rispondere alla domanda di avere un figlio in modo funzionale. Nel suo operare rinveniamo diverse caratteristiche tipiche della fabbricazione: anzitutto tende a **programmare** ogni evento e a imporre un tempo spesso avvertito come estraneo, se non addirittura violento. Inoltre, sottopone al massimo controllo i prodotti che manipola, anche se questo non esclude, anzi dilata, margini di incertezza e possibilità di errore. Infine, **verifica i risultati**, eliminando le imperfezioni e selezionando sulla base della conformità al bisogno cui devono rispondere. La relazione che si instaura con tali prodotti è pertanto centrata sul dominio e sul possesso¹⁸.

¹⁷ *Ivi*, 188.

¹⁸ Cfr HABERMAS J., *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale*, Einaudi, Torino 2002.

Un diverso significato ha quel processo di generazione che chiamiamo **procreazione**. Per mettere a fuoco questa differenza, riflettiamo sul prefisso *pro-* e sulle sue diverse accezioni ¹⁹. Certo la paternità di Dio creatore costituisce su questo punto una fonte di ispirazione per l'intelligenza e per la volontà dei credenti. Tuttavia, essa consente una comprensione che risulta accessibile e, forse, condivisibile anche per chi esplicitamente non crede.

Il prefisso *pro-* significa anzitutto «**in avanti**»: indica un gettarsi nel tempo in modo mai del tutto dominabile, verso un ignoto avvenire, che comporta sempre una sorpresa. Il figlio si rivela sempre altro rispetto alle attese. Al centro c'è la speranza e la fiducia: occorre fidarsi anzitutto della vita, che viene trasmessa e non prodotta, e poi dell'altro, nella persona del proprio *partner*, cui ci si dona nel rapporto sessuale, e del futuro figlio.

Inoltre il prefisso *pro-* significa «**a favore**». Apre cioè una prospettiva di sostegno e di amore, in quanto realtà paradossale che tiene unite le differenze, senza sopprimerle, anzi valorizzandole. La procreazione unisce e differenzia: il figlio viene da un atto in cui i genitori esprimono e celebrano la loro comunione e, crescendo, si rende autonomo dai suoi genitori, divenendo altro rispetto a loro.

Infine *pro-* significa «**in luogo di**» qualcuno, cioè indica il riconoscimento del proprio limite e della propria finitezza. I genitori sono infatti mediatori di una vita di cui ultimamente non sono proprietari e la cui trasmissione richiede un incontro e una collaborazione reciproca, presentandosi così come dono da accogliere.

Inoltre, procreare è introdurre nella compagine della cultura, cioè non solo garantire le condizioni per la fecondazione biologica e lo sviluppo organico, ma anche per avviare a una **convivialità umana e culturale**. Il che implica una graduale presa di distanza. Educare viene da *ex-ducere*, far uscire dalla fusione parentale verso la scoperta degli altri e della realtà sociale: «la maternità è un lungo interminabile addio» ²⁰. In questo processo c'è un gioco delle diverse relazioni: procreare è anche perdere e dis-fare i legami di dipendenza eccessiva per ri-fare nella libertà legami di mutuo affetto e rispetto. Solo quando la fecondazione biologica si articola con le altre dimensioni simboliche e culturali assume una qualità propriamente umana e può allora essere chiamata a pieno titolo procreazione. La «procreazione» non risulta automaticamente dalla «fecondazione» ottenuta con le tecniche biomediche, ma dipende dalla loro intrinseca struttura e dal modo in cui sono consapevolmente e liberamente assunte da chi le pratica.

6. Quale responsabilità verso l'embrione?

La riattivazione delle relazioni parentali suscitata dal desiderio, dall'esperienza della gravidanza e della nascita di un figlio, rinvia i coniugi alla **propria condizione di figli**. È un invito alla consapevolezza di aver avuto a propria vol-

¹⁹ Cfr THÉVENOT X., *La bioetica*, cit., 89-97.

²⁰ VEGETTI FINZI S., *Volere un figlio*, cit., 45.

ta un'origine e alla riflessione sull'incertezza e sull'umiltà che la caratterizza: la vita non può sbocciare se non in quanto altri, da cui si è radicalmente dipendenti, se ne prendono cura e la proteggono. Ora, questo riconoscimento di essere a propria volta passati per lo stadio di embrione suscita resistenze, perché, da una parte, richiama paure arcaiche «di essere abortiti, rifiutati, abbandonati dalla madre, costretti a errare senza nascita né sepoltura»²¹; dall'altra, contrasta con la spontanea tendenza dell'inconscio, segnalata dal fantasma della generazione senza esercizio della sessualità, a considerarsi onnipotente e autosufficiente.

Tali resistenze producono strategie difensive in apparenza opposte, ma identiche nella radice, che traspare nel loro comune sforzo di **evitare l'incertezza** suscitata dall'«enigma dell'embrione»²²: da una parte, proiettando fin nello zigote la persona già pienamente strutturata, senza ammettere la fragilità costitutiva da cui proveniamo; d'altra parte, eliminando completamente il legame tra embrione e persona, lasciando intendere che si è apparsi al mondo già grandi, senza aver avuto una origine e senza attraversare quelle fasi di incompletezza che sono presenti nella crescita, come del resto nell'intera vita umana in quanto segnata dalla finitezza. Sostenendo che «l'essere umano è da rispettare — come persona — fin dal primo istante della sua esistenza»²³, il Magistero della Chiesa mantiene una posizione equilibrata, che non cede a queste strategie difensive: senza impegnarsi nel dibattito scientifico e filosofico, non sfugge al **riconoscimento della fragilità** dell'inizio dell'essere umano, attribuendogli però la massima garanzia di **tutela**.

Certo, la discussione sullo statuto dell'embrione e sul suo ruolo in un'argomentazione etica circa la procreazione richiederebbe un discorso a parte²⁴. Qui solo evidenziamo come, oltre ai dati che provengono dalle scienze oggettivanti, occorra includere nella riflessione anche la **persona di chi genera** e la qualità della relazione parentale: acconsentire alla possibilità donata di essere genitori comporta un impegno a riconoscerli anche il compito implicito, che consiste nel proteggere la vita dell'essere umano fin dal suo momento iniziale.

L'accesso dei genitori alla percezione di tale compito come vincolante risiede in un **evento di coscienza** in cui colgono che a loro stessi fu data questa identica possibilità da coloro che li misero al mondo e li custodirono nei momenti in cui il loro sviluppo era fragile e incerto. È la scoperta di questa reciprocità a

²¹ FIUMANÒ M., *A ognuna il suo bambino*, cit., 163.

²² VERSPIEREN P., «Enigmatique embryon», in *Etudes*, 2 (1996) 207-211.

²³ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istruzione *Donum vitae* (1987), I,1 (abbreviata DV). Cfr anche GIOVANNI PAOLO II, Enciclica *Evangelium vitae* (1995), n. 60. Sono questi i due documenti magisteriali principali in materia.

²⁴ Per una panoramica su questo dibattito si vedano: ANGELINI G., «La vita: fatto o promessa? L'etica come fedeltà alla vita», in *Rivista di teologia morale*, 71 (1986) 55-69; THÉVENOT X., *La bioetica*, cit., 54-74; MORI M., *La fecondazione artificiale*, Laterza, Roma-Bari 1995, 60-84; CATTORINI P. - REICHLIN M., *Bioetica della generazione*, SEI, Torino 1996, 60-84; TETTAMANZI D., *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AL) 2000, 236-252; CHIODI M., *Il figlio come sé e come altro*, Glossa, Milano 2001, 11-167; PIANA G., *Bioetica. Alla ricerca di nuovi modelli*, Garzanti, Milano 2002, 41-44.

indicare perentoriamente il dovere di dare all'altro le stesse opportunità e qualità umana di vita che furono offerte a coloro che ora decidono di procreare un figlio. Egli si rende così presente nel loro orizzonte, ne relativizza i desideri e domanda di riconfigurare il loro progetto procreativo in modo che nella decisione si tenga conto delle esigenze di piena umanità che la sua accoglienza comporta.

7. Per concludere: alcuni criteri di valutazione etica

La nostra ricognizione ha messo in luce come le tecniche di fecondazione vadano a toccare corde molto profonde sul piano personale e strutture fondamentali della convivenza umana. Esse implicano una serie di **rischi** di ordine generale, sia personale sia sociale, che giustificano una grande cautela nel loro uso.

Sul piano personale di solito la molteplicità di elementi che abbiamo passato in rassegna è unificata: la coppia non ne prende coscienza in modo esplicito e analitico. Ma l'etica deve tenerne conto, quando si tratta di intervenire in modo intenzionale e libero in situazioni che, mentre un tempo sfuggivano alla presa della volontà, oggi la tecnica rende modificabili. L'etica richiede di **assumere in modo consapevole e responsabile** quanto emerge spontaneamente nella propria esperienza vissuta, per assecondare le ragioni di bene che si offrono alla coscienza.

In generale, possiamo dire che quanto più una procedura medica **dissocia** i desideri di generare un figlio o le dimensioni dell'atto procreativo o quelle della maternità-paternità, tanto più gravi saranno le perturbazioni cui la coppia è sottoposta. Le diverse tecniche hanno quindi diversa gravità²⁵. Inoltre le **capacità di riequilibrare** le perturbazioni e di conferire una rilevanza simbolica agli atti tecnici sono limitate e variabili da coppia a coppia, nonché influenzate dalle ideologie ambientali e dai sistemi sociali.

a) Tecniche eterologhe

Il **massimo grado di dissociazione** si ha nelle fecondazioni eterologhe, che separano sia l'atto coniugale dalla fecondazione, sia la maternità-paternità biologica da quella educativa e sociale ed eventualmente gestazionale. Ora, pur non dovendosi enfatizzare, soprattutto per la donna che è più sensibile a questo aspetto, la dimensione biologica come passaggio obbligato verso l'identità adulta e verso la realizzazione personale, tuttavia la dissociazione di queste dimensioni fra loro e dalla relazione interpersonale è una carenza grave e intenzionale. Certo parlare di adulterio biologico suona un po' forzato: la coppia cerca di comune accordo un bambino, mentre l'adulterio si consuma con significati relazionali e sessuali diversi. Tuttavia questa tecnica non è compatibile con una interpretazione dell'**unità del vincolo matrimoniale** che include la promessa di diventare genitori con e attraverso il *partner* verso cui ci si è impegnati (cfr DV, II.A.2).

²⁵ Cfr DV II,4: la FIVET omologa non è gravata di tutta la negatività etica che si riscontra in quella eterologa.

Inoltre essa introduce una **dissimmetria** difficile da riequilibrare nella coppia e nei confronti del figlio. Qui risiede la prima differenza tra FIVET eterologa e adozione. I genitori adottivi si trovano infatti su un piano di parità. Un'altra differenza riguarda poi lo stato di partenza: l'adozione tende a mettere riparo a una situazione già in atto. Al contrario di quanto accade per le fecondazioni eterologhe, il bambino è già nato e si trova in condizioni precarie: si cerca di dargli il migliore contesto di crescita possibile, tra l'altro senza precludergli la possibilità di ritrovare i propri genitori genetici.

Passando alla **prospettiva del figlio**, che l'Istruzione *Donum vitae* ha il merito di aver messo in evidenza con tempestività e forza, a noi sembra, anzitutto, che sia da evitarsi la produzione di embrioni congelati. Significa infatti trattare esseri umani come materiale biologico disponibile a manipolazioni, esponendoli a gravi rischi e a possibili errori. Qualcosa di analogo vale anche per l'extracorporeità²⁶. Il fatto poi di depositarli in «banche», come se fossero beni posseduti, contraddice il rapporto che i genitori e la società sono tenuti ad avere nei confronti di esseri umani agli stadi iniziali dello sviluppo e ordinariamente destinati all'esercizio della libertà.

Qui è in gioco la **nozione di dignità**, intesa come incommensurabilità della persona rispetto a ogni altro valore e per questo da trattare sempre come fine in sé e mai semplicemente come mezzo per la realizzazione dei propri scopi. La dignità infatti non è condizionata dall'effettivo esprimersi delle capacità tipiche dell'uomo adulto, come l'autocoscienza, la relazionalità o la comunicazione simbolica. A differenza della posizione empirista, a nostro modo di vedere, queste capacità non costituiscono tanto il fondamento della persona e della sua dignità, quanto piuttosto sono espressione di una dignità non graduabile né quantificabile, che inerisce costitutivamente a chi appartiene alla specie umana. Tale dignità risiede infatti nelle determinazioni intrinseche della persona e rimane presente durante tutto l'arco della vita, dall'inizio alla fine. Anche quando queste capacità non trovano le condizioni favorevoli per essere esercitate, il valore e il rispetto dovuto alla persona non dipendono dal loro attualizzarsi effettivo.

Inoltre, le tecniche eterologhe alterano profondamente i rapporti del figlio con la propria **origine biologica**, che costituisce un riferimento importantissimo per la costruzione dell'identità personale. A questo si connette il problema dell'anonimato del donatore di gameti e della opportunità di comunicare al figlio le modalità della sua nascita: diverse risposte sono state formulate, ma tutte insoddisfacenti e penalizzanti per il figlio. Senza contare le possibilità di dissimmetrie e misconoscimenti tra fratelli, nonché di matrimoni endogamici in età adulta. Per tutti questi motivi le affermazioni magisteriali in proposito (cfr DV, II.A.1-3) sono motivo di un consenso praticamente totale in ambito cattolico e talvolta, sebbene con motivazioni spesso diverse, anche presso non credenti.

²⁶ Tra l'altro l'extracorporeità «ritorna» a modalità procreative degli animali cosiddetti inferiori, che tendono a rendere autonomo dal corpo il materiale genetico e il processo generativo, «si che la scienza sembra procedere secondo una direzione involutiva» (VEGETTI FINZI S., *Volere un figlio*, cit., 173).

b) Tecniche omologhe

Più discussa è la valutazione della **FIVET omologa**, in particolare il cosiddetto «caso semplice», che esclude la produzione di embrioni sovranumerari. Pur riconoscendo che questa tecnica comporta alcuni elementi negativi, per quanto ha in comune con la FIVET eterologa, tuttavia le vengono riconosciuti anche elementi positivi. In particolare, circa la dissociazione dei significati unitivo e procreativo dell'atto coniugale, alcuni teologi fanno notare che tale dissociazione è il dato di partenza sofferto dalla coppia. Al massimo si può dire che la tecnica cerca di porre rimedio alla situazione patologica, riavvicinando i due significati suddetti, seppure in modo imperfetto ²⁷.

Le procedure previste da **GIFT e IA omologhe** non pongono difficoltà maggiori, anche se è prudente favorire, come sempre peraltro, una seria chiarificazione delle motivazioni che stanno alla base del desiderio di un figlio, un'appropriata comunicazione nella coppia e l'esclusione di ogni accanimento riproduttivo. Occorre sventare la confusione tra desiderio del figlio e diritto al figlio: il diritto alla presenza di un'altra persona ne implicherebbe infatti una visione cosificata, come se essa fosse dovuta e non donata.

Certamente, non poter avere un figlio è una ferita profonda che suscita una **sofferenza** intensa e drammatica. Non ogni dolore è sopportabile: alcune coppie non resistono a questo urto. Ma un lavoro su di sé e sul legame matrimoniale può condurre a elaborare non solo la perdita del figlio sperato, ma anche la ferita causata dalla incapacità di generare. Qui il *partner* scelto nel momento del matrimonio viene scoperto privo di proprietà importanti: non è più lui, come (lo immaginavo) quando è avvenuta la reciproca scelta, e la relazione è sottoposta a una prova. Ma la sofferenza, spostando prepotentemente la prospettiva, può diventare un'occasione per riscoprire il **valore dell'altro per quello che è** — e non per quello che ha o per come appare, per come corrisponde alle attese —, scoprendo così novità anche in noi stessi. O si attinge un nucleo d'essere che fa accedere a proprietà che non si erano viste prima da parte di entrambi, e allora si tratta di un evento rivelatore, di un nuovo inizio, oppure la vita della coppia si blocca.

Questa elaborazione potrebbe comunque condurre la coppia a cogliere l'**adozione** come una valida alternativa per sé, esprimendo la propria fecondità nel farsi carico di bambini che hanno condizioni di vita precarie. O ancora, comprendendo che **la fecondità biologica non è un passaggio obbligato** per vivere una esistenza buona e realizzata, la coppia potrà rinunciare ad avere un figlio proprio, lasciando entrare nel proprio orizzonte altre necessità e altre ricchezze relazionali e attuare così compiutamente la propria **vocazione di servizio alla vita**.

²⁷ Per una precisa ricognizione sul tema cfr REICHLIN M., «Procreazione, tecnologia e morale», in *Teologia*, 23 (1998) 196-234.