



Repubblica di San Marino

Comitato Sammarinese di Bioetica

Legge 29 gennaio 2010 n. 34

***MATERNITÀ E GENITORIALITÀ.
STRUMENTI BIOETICI PER UN
CONTRIBUTO ALLA RIFLESSIONE***

APPROVATO IL 10 NOVEMBRE 2021

SOMMARIO

SOMMARIO	2
PRESENTAZIONE	5
MATERNITÀ E GENITORIALITÀ.	8
L'EMBRIONE UMANO DAL DATO BIOLOGICO AL SIGNIFICATO ONTOLOGICO	9
LA RELAZIONE MATERNO-FETALE	10
LA TUTELA DELLA DONNA IN GRAVIDANZA - PARTO - PUERPERIO E POST-PARTUM	13
LA TUTELA DELLA MATERNITÀ IN AMBITO BIOGIURIDICO	16
INDAGINI PRENATALI A FINI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI	19
LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	22
IL DIRITTO DEL FIGLIO DI CONOSCERE LE PROPRIE ORIGINI	26
GLI EMBRIONI CRIOCONSERVATI	29
LA MATERNITÀ SURROGATA	32
MATERNITÀ SURROGATA COME VIOLAZIONE DEI DIRITTI UMANI	34
MATERNITÀ SURROGATA COME SFRUTTAMENTO DELLA DONNA	38
IL CONTRATTO DI MATERNITÀ SURROGATA E IL SUO REALE OGGETTO	41
I RISCHI PER LA MADRE SURROGANTE	43
I RISCHI PER IL BAMBINO	46
LA TUTELA GIURIDICA DEL BAMBINO	48
INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA	51
ABORTO E PERSONE CON DISABILITÀ	52
L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA NELLA MINORE IN RAPPORTO ALLA CAPACITÀ DECISIONALE	55
IL RUOLO DEL PADRE	56
L'OBIEZIONE DI COSCIENZA	58
BIBLIOGRAFIA GENERALE	60
ALLEGATO 1: IL CONCETTO DI "PERSONA"	63
IMPOSTAZIONE SENSISTA	63
IMPOSTAZIONE ANTINATURALISTA	64
IMPOSTAZIONE FUNZIONALISTICO-ATTUALISTICA	64
IMPOSTAZIONE ONTOLOGICO-SOSTANZIALISTA	64
LA NOZIONE DI PERSONA POTENZIALE	65
ALLEGATO 2: LE INDAGINI PRENATALI	67
ALLEGATO 3: LE TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	72
ALLEGATO 4: POSIZIONE DELLE RELIGIONI MONOTEISTE	74
CATTOLICESIMO	74

Concetti generali sulla morale cattolica	74
Aborto.....	75
Procreazione medicalmente assistita	76
ISLAM	78
Concetti generali sulla morale islamica	78
Aborto.....	78
Procreazione medicalmente assistita	80
EBRAISMO	83
Concetti generali sulla morale ebraica	83
Aborto.....	83
Fecondazione artificiale.....	84
ALLEGATO 5: GLOSSARIO	86
MATERNITÀ SURROGATA PER GESTAZIONE O GESTAZIONALE (<i>SURROGATE MOTHERHOOD</i>).....	86
MATERNITÀ SURROGATA PER CONCEPIMENTO E GESTAZIONE (<i>PARTIAL O TRADITIONAL SURROGACY O STRAIGHT METHOD</i>)	86
UTERO IN AFFITTO	86
MADRE GENETICA.....	86
MADRE SURROGANTE O GESTAZIONALE	86
MADRE SURROGANTE IN MENOPAUSA	86
MADRE SURROGATA	86
INTERMEDIARI	86
<i>CROSS-TALK</i> O “DIALOGO CROCIATO”	87
SURROGAZIONE ALTRUISTICA	87
SURROGAZIONE COMMERCIALE	87
COMMITTENTI O GENITORI INTENZIONALI.....	87
PADRE GENETICO.....	87
IPERSTIMOLAZIONE OVARICA	87
SINDROME DA IPERSTIMOLAZIONE OVARICA (<i>OHSS- OVARIAN HYPERSTIMULATION SYNDROME</i>)	87
<i>EGGSPLOITATION</i>	87
<i>BONDING</i>	88
DEPRESSIONE <i>POST PARTUM</i>	88
INSEMINAZIONE ARTIFICIALE	88
FECONDAZIONE ARTIFICIALE.....	88
GIFT (<i>GAMETE INTRAFALLOPIAN TRANSFER</i>) O TRASFERIMENTO INTRATUBARICO DI GAMETI.....	88
FIVET	89
ICSI (<i>INTRACYTOPLASMIC SPERM INJECTION</i>) O INIEZIONE INTRACITOPLASMATICA DI SPERMATOZOI	89

GRAVIDANZA ECTOPICA	89
PRELIEVO OVOCITI.....	89
ALLEGATO 6: NORMATIVA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO.....	90

PRESENTAZIONE

Il Comitato Sammarinese di Bioetica ha ricevuto il mandato di approfondire i diversi argomenti attinenti alla maternità dalla Commissione Consiliare Permanente Igiene e Sanità, Previdenza e Sicurezza Sociale, Politiche Sociali, Sport, Territorio, Ambiente e Agricoltura.

La particolare complessità e ampiezza della tematica da affrontare non permette di comprimere gli innumerevoli argomenti in un unico documento esaustivo, pertanto il CSB, ha scelto di individuare, per ogni “macro area”, gli aspetti che comportano una maggiore criticità bioetica, unitamente a quelli che attraggono una minore riflessione nel dibattito internazionale.

Tale scelta non ha escluso i vari richiami alla legislazione vigente ed agli obblighi ad essa connessi, pur nella consapevolezza del fatto che questi sono necessariamente il frutto di specifiche posizioni etiche presupposte e validate al momento della redazione del testo legislativo.

Il fine ultimo del presente documento è quindi quello di offrire un valido contributo alla continua riflessione sulle tematiche in esame - esposte nella maniera più completa possibile insieme alle poste in gioco ad esse legate - e promuovere nei più vari ambiti il dibattito pubblico.

A fronte di questioni bioetiche fondamentali che investono la vita, la morte, le relazioni primarie di ciascun essere umano, come quella materno-fetale, materno-neonatale e genitoriale, il CSB ha voluto rispondere al mandato identificando un punto di equilibrio fra posizioni diversificate al suo interno.

Il CSB ha voluto evitare, in particolare, il rischio di soccombere al pronunciamento di giudizi di parte, per comprendere e far comprendere le argomentazioni filosofiche e bioetiche sottese alle differenti posizioni, esponendo queste ultime al libero confronto.

Il *fil rouge* che attraversa questo lavoro è costituito dalla valorizzazione della maternità e della genitorialità in tutti gli ambiti attraverso la lente della prospettiva bioetica, i cui principi conducono alla tutela dell'unico e irripetibile evento globale della nascita di un nuovo essere umano e delle complesse relazioni con gli altri esseri umani che con questo interagiscono, a partire dalla prima, insostituibile e fondamentale relazione materno-fetale.

Il *primum movens* del documento è sicuramente il dato biologico che identifica l'“oggetto” del lavoro nel nuovo processo vitale appartenente alla specie umana in senso sostanziale, al quale la filosofia attribuisce differenti significati ontologici e del quale la bioetica identifica i principi che tutelano e riconoscono la dignità umana.

La riflessione bioetica effettuata dal CSB si snoda seguendo l'evoluzione scientifica delle tecniche diagnostiche e terapeutiche, tra cui le indagini prenatali a fini diagnostici e terapeutici e la procreazione medicalmente assistita, per individuare gli aspetti di particolare complessità bioetica e le conseguenti ricadute decisionali in merito a queste ultime.

Il tema della maternità surrogata rappresenta, in questo documento, un nodo fondamentale, a cui il CSB ha dedicato una puntuale disamina per le implicazioni scientifiche, psicologiche, biogiuridiche e sociali che la pratica comporta per tutte le figure coinvolte, dalla madre surrogata ai genitori committenti, ai genitori genetici, al bambino, il vero “oggetto” del contratto.

Tale pratica, originata da una cultura sempre più orientata alla ricerca di soluzioni in grado di massimizzare le potenzialità umane in termini economici e di salute, si colloca, di fatto, in un gigantesco mercato mondiale per lo sfruttamento e la compravendita di esseri umani, in aperta violazione dei diritti fondamentali sanciti da tutte le Carte internazionali, in quanto reifica ciò che è considerato un bene indisponibile: la salute e la vita sia del bambino sia della donna.

Il CSB unanimemente ha espresso netta condanna per la pratica della maternità surrogata, ritenendo quest'ultima una nuova forma di schiavitù mascherata, ed auspica che gli ordinamenti nazionali e internazionali intraprendano ogni azione giuridica per disincentivare tale forma moderna di schiavitù, indipendentemente dalla realizzazione all'interno del proprio territorio o all'esterno di questo (con successiva surrettizia introduzione).

Infine, il CSB ha affrontato il tema dell'interruzione volontaria di gravidanza, mettendo in luce alcuni aspetti ai quali l'opinione pubblica e lo stesso dibattito bioetico rivolgono una minore attenzione rispetto ad altri di maggiore impatto mediatico, nel rispetto di tutte le sensibilità presenti nella società e nello stesso Comitato, e individuando con approccio puramente bioetico i principi fondamentali che sostengono le diverse prospettive, a volte dicotomiche, a volte conciliabili fra loro.

Per l'ampiezza dei contenuti, le conclusioni e le raccomandazioni non sono contenute in un capitolo conclusivo ma sono espresse all'interno di ciascun capitolo.

Ciascuno, nella società, è chiamato a diventare artefice della tutela e della valorizzazione della maternità e della genitorialità: il CSB ha offerto il proprio contributo attraverso la riflessione bioetica, la cittadinanza può costituire un potente motore attraverso il dibattito pubblico e i decisori politici hanno il compito di tradurre il tutto in concrete azioni legislative che rispecchino e rispettino tutte le sensibilità, in un difficile ma doveroso punto di equilibrio su questioni che coinvolgono così profondamente la coscienza di ciascuno.

Il documento è arricchito da appendici che consentono al lettore di approfondire gli aspetti scientifici delle indagini prenatali e della procreazione medicalmente assistita e da un glossario contenente le definizioni dei termini utilizzati nel testo, inoltre, contiene un interessante approfondimento filosofico e bioetico del concetto di “persona” e, come è ormai consuetudine di questo Comitato, anche il riferimento alla normativa della Repubblica di San Marino e il confronto fra le posizioni delle tre religioni monoteiste sulle tematiche della maternità e genitorialità.

Per il contributo all'appendice sulle religioni, il CSB rivolge un sentito ringraziamento a Dariusch Atighetchi, docente di Bioetica Islamica alla Facoltà di Teologia di Lugano e a Luciano Meir Caro, rabbino capo della comunità ebraica di Ferrara. All'esperto Roberto Ercolani va il ringraziamento per aver curato gli aspetti psicologici di tutto il documento.

Il documento è stato approvato nella seduta plenaria del 10 novembre 2021 all'unanimità dei presenti: Borgia, Cantelli Forti, Carinci, Garofalo, Griffò, Guttmann, Hrelia, Iwanejko, Raschi, Selva, Strollo, Tagliabracci. Santori, assente alla seduta, ha comunicato la propria adesione.

La Presidente del CSB

Luisa M. Borgia

MATERNITÀ E GENITORIALITÀ.

La maternità e la genitorialità rappresentano il culmine dello sviluppo psicosessuale dell'adulto nel quale si genera la capacità di creare, proteggere, nutrire, amare, rispettare e provare piacere per un essere altro da sé. Ad esse contribuiscono una molteplicità di elementi biologici, culturali, psicoaffettivi, psicosociali, giuridici, antropologici che interagiscono tra loro con estrema complessità e che incidono profondamente sullo sviluppo psicologico del bambino, della madre e dei genitori.

Esse si basano sulla proiezione di una relazione verosimilmente innata che rappresenta il collante di tutti i ruoli che vi concorrono.

L'idea di avere un bambino e il pensiero di essere genitore crescono piano piano fino a diventare consapevolezza nel parto.

Il bambino, con la sua predisposizione a entrare in rapporto con chi si prende cura di lui, salvaguarda la propria sopravvivenza fisica e psicologica.

Per tale motivo egli inconsciamente si affida subito alla voce - meglio dal vivo che registrata^{1,2,3,4,5} - del genitore - ma soprattutto della madre^{6,7} - dando seguito al legame di "attaccamento prenatale"⁸ e mostrando, poi, una preferenza spiccata per il volto umano⁹, che però solo dopo circa un anno, inizierà a distinguere come altro da sé.

Infatti, il piccolo appena nato tende a fondersi con l'ambiente esterno, non sapendo differenziare sé stesso da ciò che lo circonda e sperimentando quindi tensioni indefinite, nell'incapacità di stabilire da dove provengano né che senso abbiano gli stimoli.

Sarà infatti il genitore, attraverso il contenimento e il rispecchiamento, a dare significato alle esperienze del bambino e permettere quindi l'evoluzione di quest'ultimo^{10,11}.

Una sindrome depressiva comparsa nella madre nell'ultimo trimestre può quindi risultare deleteria in tal senso, interferendo sin dalla nascita con la capacità di beneficiare del rispecchiamento per una iniziale difficoltà a riconoscere volto e voce della madre¹².

¹ Krueger CA et al. *Fetal response to live and recorded maternal speech*. Biol Res Nurs. 2015 Jan;17(1):112-20.

² Voegtline KM et al. *Near-term fetal response to maternal spoken voice*. Infant Behav Dev. 2013 Dec;36(4):526-33.

³ Kisilevsky BS, Hains SMJ. *Onset and maturation of fetal heart rate response to the mother's voice over late gestation*. Dev Sci. 2011 Mar;14(2):214-23.

⁴ Rand K, Lahav A. *Maternal sounds elicit lower heart rate in preterm newborns in the first month of life*. Early Hum Dev. 2014 Oct;90(10):679-83.

⁵ Lee GY, Kisilevsky BS. *Fetuses respond to father's voice but prefer mother's voice after birth*. Dev Psychobiol. 2014 Jan;56(1):1-11.

⁶ Damstra-Wijmenga SM. *The memory of the new-born baby*. Midwives Chron. 1991 Mar;104(1238):66-9.

⁷ Kisilevsky BS. *Effects of experience on fetal voice recognition*. Psychol Sci. 2003 May;14(3):220-4

⁸ Si veda il paragrafo: "**La relazione materno-fetale**".

⁹ De Pascalis L et al. *Maternal gaze to the infant face: Effects of infant age and facial configuration during mother-infant engagement in the first nine weeks*. Infant Behav Dev. 2017 Feb;46:91-99.

¹⁰ Bion W.R. (1962 anno della pubblicazione in lingua inglese), *Apprendere dall'esperienza*, Tr. It. Armando Editore, Roma 1972; Fonagy P., Target M. (a cura di), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano 2001; Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Tr. It. Armando Editore, Roma 1970.

¹¹ Krol KM et al. *Breastfeeding experience differentially impacts recognition of happiness and anger in mothers*. Sci Rep. 2014 Nov 12;4:7006. doi: 10.1038/srep07006.

¹² Figueiredo B. *Mother's anxiety and depression during the third pregnancy trimester and neonate's mother versus stranger's face/voice visual preference*. Early Hum Dev. 2010 Aug;86(8):479-85.

Gravidanza e parto sono parte di un unico processo biologico comune all'intero mondo animale (riproduzione e sopravvivenza della specie) ma, nell'individuo umano, rivestono una molteplicità di significati (psicologici, simbolici, etici, sociali, medici) che li rendono unici tra tutte le altre specie.

Il venire al mondo, la maternità e la genitorialità rappresentano una "fase di estensione del ciclo vitale della famiglia" (OMS)¹³: un evento naturale che, nella specie umana, diventa unico per la sua dimensione culturale e antropologica.

Per questo, affrontare tale tematica in una prospettiva bioetica significa partire, innanzitutto, dal significato che la gravidanza, il parto e la genitorialità assumono, in quanto riguardano un unico e irripetibile evento globale quale la nascita di un nuovo essere umano e le complesse relazioni con gli altri esseri umani che con questo interagiscono^{14,15,16}.

L'EMBRIONE UMANO DAL DATO BIOLOGICO AL SIGNIFICATO ONTOLOGICO

La biologia e la genetica contribuiscono a identificare l'"oggetto" del presente documento, svelando ogni fase di un nuovo processo vitale, a partire dal momento della fecondazione¹⁷, quando, con la penetrazione dello spermatozoo nel citoplasma della cellula uovo, i due gameti formano una nuova entità biologica, lo zigote, in cui è racchiuso un nuovo progetto-programma individualizzato, una nuova vita.

Il sistema appena generato, detto zigote o embrione unicellulare (*one cell embryo*), comincia ad operare come una nuova unità con un ben definito patrimonio genetico che contiene un'informazione qualitativamente diversa rispetto a quello delle cellule somatiche dell'organismo materno e paterno.

Tale genoma identifica l'embrione unicellulare come biologicamente umano e ne specifica l'individualità attraverso i caratteri della determinazione programmata, il finalismo, l'autoproduzione e l'autodirezione¹⁸.

Ha quindi inizio un processo di sviluppo quantitativo e qualitativo che si attua con una precisa sequenza temporale e una progressiva creazione di spazi ben precisi attraverso un programma caratterizzato dalla coordinazione (attività molecolari e cellulari guidate dall'informazione genetica contenuta nel genoma e sotto il controllo di segnali provenienti da interazioni tra l'embrione ed il suo ambiente), dalla continuità (l'individuo è sempre lo stesso ma acquisisce via via la sua forma

¹³ Tra le Raccomandazioni e Linee Guida dell'OMS sulla maternità e la genitorialità si segnalano, tra le altre: https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1; <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.10>; *WHO Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)*. New York: Every Woman Every Child; 2015.

¹⁴ Alushaj A, Tamburlini G. *Tempo materno, tempo di nido e sviluppo del bambino: le evidenze*. *Medico e Bambino* 2018;37:361-370

¹⁵ Barlow J et al. *Group-based parent-training programs for improving emotional and behavioral adjustment in children from birth to three years old*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010

¹⁶ Mihelic M et al. *Effects of early parenting interventions on parents and infants: a meta-analytic review*. *Journal of Child and Family Studies*, 2017;26(6),1507-1526

¹⁷ Gilbert S. F. *Developmental Biology*. 2000: «La fecondazione è il processo mediante il quale due cellule sessuali si fondono insieme per creare un nuovo individuo con un corredo genetico derivato da entrambi i genitori».

¹⁸ Piotrowska K et al., *Role for sperm in spatial patterning on the early mouse embryo*. *Nature* 2001; 409, 517-521. Gardner RL. *Specification of embryonic axes begins before cleavage in normal mouse development*. *Development* 2001; 128, 839-847. Pearson H., *Your destiny from day one*. *Nature* 4 July 2002; VOL 418.

definitiva) e dalla gradualità (l'organismo si sviluppa con passaggi da forme più semplici a forme sempre più complesse)¹⁹.

La biologia, quindi, identifica nel nuovo organismo un essere appartenente alla specie umana, con una continuità sostanziale tra il primo momento del concepimento e quello della nascita.

L'approccio filosofico, al contrario, attribuisce allo stesso differenti significati ontologici, con l'intento di chiarire se cioè sia identificabile come persona²⁰.

Per la vastità dell'argomento, che richiederebbe un documento appositamente dedicato, il CSB ha ritenuto essenziale evitare una trattazione sistematica del significato ontologico dell'embrione, ma al tempo stesso illustrare le differenti impostazioni filosofiche da cui derivano le scelte bioetiche nei confronti dell'embrione stesso.

La forza dell'obbligazione morale al rispetto e alla tutela dell'embrione dipende, infatti, fondamentalmente dalla scelta di riconoscere o meno quest'ultimo come persona, alla quale in termini di valore morale assoluto sono dovuti la tutela e il riconoscimento della dignità umana. Infatti, ritenere l'embrione umano persona sin dalla fecondazione comporta la sua tutela incondizionata e assoluta (dovere inderogabile) per sé, in ogni fase dello sviluppo e, al contrario, ritardare il riconoscimento di tale *status* a fasi successive ammetterebbe l'eventualità di rifiutare il diritto alla tutela nei casi in cui valori diversi confliggano (in tal caso la tutela rappresenterebbe un dovere non assoluto, ma *prima facie*, ossia derogabile qualora entri in contrasto con altri doveri ritenuti moralmente più vincolanti che emergano dal rapporto dell'embrione con altre persone).

In ogni caso, entrambe le impostazioni riconoscono nell'embrione umano non un mero materiale biologico, un ente di natura qualsiasi, ma un organismo appartenente alla specie umana intesa in senso sostanziale, come tale riconoscibile in ogni individuo umano in tutte le fasi dell'esistenza. Qualunque sia la concezione sullo *status* dell'embrione umano, quindi, l'atteggiamento moralmente più corretto è quello della responsabilità, da cui derivano rispetto e tutela (come dovere assoluto o come *prima facie*).

LA RELAZIONE MATERNO-FETALE

La recente letteratura ha dimostrato come il legame materno-fetale si instauri fin dalla fase preimpianto, con un documentato protagonismo dell'embrione e una cooperazione tra il figlio e la madre che dà origine ad un aspetto relazionale²¹.

¹⁹ Bose et al., *Purified human early pregnancy factor from preimplantation embryo possesses immunosuppressive properties*. Am. J. Obstet. Gynecol, Apr 1989;160(4):954-60.

²⁰ Per il concetto di "persona" si rimanda all'**Allegato 1**.

²¹ Sulle interazioni materno-fetali e le conseguenze sulla salute della madre e della prole, si segnala la ricerca iniziata nel 2015 e tuttora in corso presso la Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Zentrum für Diagnostik Institut für Immunologie, guidata dalla prof.ssa Eva Tolosa: *Feto-maternal immune cross talk: Consequences for maternal and offspring's health (KFO 296)*, con lo scopo di studiare i meccanismi della tolleranza immunologica verso il feto sviluppati dal sistema immunitario materno durante la gravidanza, al fine di sviluppare risposte immunitarie simili a quelle della gravidanza per il trattamento di pazienti affetti da Sclerosi Multipla. Si veda anche: Fazeli A et al.; vol 7-2 III-II8 2008: *Briefings in functional genomics and proteomics- "Maternal communications with gametes and embryos: a complex interactome*; Duc-Gorain P, Mignot T.M, Bourgeois C, Ferre F. *Embryo-maternal interactions at the implantation site: a delicate equilibrium*. Eur J Obstet Gynec Reprod Biol;83(1):85-100, 1999; Relier JP. *Influence of maternal stress on fetal behavior and brain development*. Biol Neonate;79(3-4):168-71,2001; Shanks N, Lightman SL. *The maternal-neonatal neuro-immune interface: are there long-term implications for inflammatory or stress-related disease?* J Clin Invest;108(11):1567-73, 2001; Shanks N, Lightman SL. *The maternal-neonatal neuro-immune interface: are*

Sinteticamente, si possono individuare tre tipi di relazioni biochimico ormonali-immunologiche della relazione materno-fetale nella fase di preimpianto²²:

- la “preparazione” dell’epitelio del tratto tubarico al contatto con ovocita e spermatozoi;
- la “fornitura” della fonte di energia (glicidi, proteine e lipidi delle secrezioni dell’ovidotto) che permette all’embrione di sopravvivere nei 6-8 giorni che intercorrono dalla fecondazione all’impianto, in assenza di connessione con il sangue e con l’ossigeno della madre;
- l’eccezione immunologica che permette di non rigettare il figlio che ha il 50% del patrimonio genetico diverso da quello materno.

Ne consegue che tale fase può determinare ripercussioni in termini di successo/insuccesso di attecchimento.

Inoltre, si è dimostrato che tale relazione (cosiddetta *cross-talk*²³) deve essere ottimale per non condurre ad esiti prenatali infausti come aborti spontanei o a nascite di neonati di basso peso (< di 2400 g) con conseguenze importanti nell’infanzia, nell’adolescenza, nella vita adulta²⁴.

La simbiosi materno-fetale prosegue nello sviluppo dei sensi, del neurocomportamento del feto, poiché la madre invia sostanze nutrizionali e ossigeno mentre riceve dal feto le cellule staminali in grado di raggiungere e riparare eventuali proprie aree malate²⁵.

Nei mesi successivi si sviluppa un complesso sistema simbiotico collaborativo fra la madre e il feto in utero che, attraverso la cosiddetta unità feto placentare, porta alla completa maturità di un “cervello nutrizionale” rappresentato dalla placenta²⁶.

Gli studi dello psichismo fetale evidenziano come il tracciato esperienziale materno-fetale si concluda nella produzione da parte della madre di molecole finalizzate a proteggere l’integrità del cervello fetale durante il travaglio²⁷.

Infine, la letteratura scientifica dimostra come la comunicazione tra madre e feto/figlio inizi dal momento stesso in cui la donna comprende di essere incinta, facendo sì che i vissuti della gravidanza

there long-term implications for inflammatory or stress-related disease? J Clin Invest;108(11):1567-73, 2001; Douglas J et al. “Mother-offspring dialogue in early pregnancy: impact of adverse environment on pregnancy maintenance and neurobiology.” Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2011 Jul 1;35(5):1167-77; Pearson H. - “Your destiny, from day one” - Nature2002 Jul 4;418(6893):14-5; Horne AW, White JO, Lalani EN. - “The endometrium and embryo implantation. A receptive endometrium depends on more than hormonal influences”- BMJ. 2000 Nov 25;321(7272):1301-2; Bianchi DW1 - “Fetal cells in the mother: from genetic diagnosis to diseases associated with fetal cell microchimerism”- Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000 Sep;92(1):103-8; Gardner RL. “Specification of embryonic axes begins before cleavage in normal mouse development”. Development. 2001 Mar;128(6):839-47.

²² Serra A. L’uomo-embrione. Il grande misconosciuto. Cantagalli, Siena 2003

²³ Per la definizione di *cross-talk* si rimanda all’**Allegato 5: “Glossario”**. Lash G. *Molecular Cross-Talk at the Feto-Maternal Interface*. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine 5(12). September 2015. DOI: 10.1101/cshperspect.a023010.

²⁴ Bose et al. *Purified human early pregnancy factor from preimplantation embryo possesses immunosuppressive properties*. Am. J. Obstet. Gynecol, Apr 1989;160(4):954-60.)

²⁵ Khan M et al. *Embryonic Stem Cell-Derived Exosomes Promote Endogenous Repair Mechanisms and Enhance Cardiac Function Following Myocardial Infarction*. Circ Res. 2015;117:52-64.; Roman T et al. *Maternal oxytocin triggers a transient inhibitory switch in GABA signaling in the fetal brain during delivery*. Science 2006 Dec 15;314(5806):1788-92.

²⁶ Sia il cervello sia la placenta condividono gli stessi fattori neuroendocrini, neuroimmuni, neuropeptidi, neurosteoidi e neurotrasmettitori. Carbillon L et al. *Fetal placental and decidual-placental units: role in endocrine and paracrine regulations in parturition*. Fetal Diagn. Ther 2000; 15:308-318.)

²⁷ Roman T et al. *Maternal oxytocin triggers a transient inhibitory switch in GABA signaling in the fetal brain during delivery*. Science 15 December 2006; vol.314.

(anche inconsapevoli) possano agire sulla modulazione psicosomatica, sul sistema immunitario, sui livelli ormonali e sull'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

Le evidenze scientifiche dimostrano che l'inizio dei movimenti del bambino portano all'instaurarsi di un dialogo tra madre e figlio che influenza anche gli scambi sensoriali ed umorali^{28,29} che, pur avvenendo in modo inconscio, condizionerà gli apprendimenti e la struttura mentale del feto.³⁰

Il legame di "attaccamento prenatale", quindi, è costituito da un elevato contatto empatico che si alimenta di scambi emotivi e sensoriali che trovano poi conferma al momento del parto in cui il bambino immaginario diventa reale, e che caratterizza anche il legame particolare che sviluppano entrambi i genitori durante la gravidanza.

Gli studi in questo settore evidenziano che la qualità dell'investimento affettivo prenatale influisce anche sui processi della gravidanza e del parto, sulla successiva relazione di attaccamento genitore-bambino e sullo sviluppo psichico infantile³¹.

Tutte le esperienze intrauterine (sia positive sia negative) permangono e vivono in tutti gli individui dopo la nascita, anche se inconsciamente. Il feto, infatti, non è passivo ma inizia a sviluppare una vita psichica e risponde agli stimoli, così il bambino alla nascita non può affatto essere considerato una tabula rasa, in quanto possiede già una sua personalità e la capacità di percepire ed apprendere^{32,33,34,35,36}.

Dopo la nascita, il legame materno-neonatale si concretizza attraverso il cosiddetto *bonding*³⁷, una

²⁸ Malm M-C et al. *Prenatal attachment and its association with foetal movement during pregnancy - A population based survey*. Women Birth. 2016 Dec;29(6):482-486.

²⁹ Güney E, Uçar T. *Effect of the fetal movement count on maternal-fetal attachment*. Jpn J Nurs Sci. 2019 Jan;16(1):71-79.

³⁰ Partanen E, Kujala T, Näätänen R, Liitolaa A, Sambeth A, Huotilainen M. *Learning-induced neural plasticity of speech processing before birth*, in *PNAS*, 2013, 110 (37), 15145-15150; Tomatis A. *Dalla comunicazione intrauterina al linguaggio umano. La liberazione di Edipo*. Pavia, Ibis 1993.

³¹ A partire dal pensiero di Winnicott (Winnicott, D.W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Tr. It. Martinelli, Firenze 1975) e di Bowlby (Bowlby, J. 1969, *Attaccamento e perdita, vol.1: L'attaccamento alla madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino, 1972) la "teoria dell'attaccamento" ha descritto la tendenza innata del bambino a ricercare la vicinanza, l'attenzione e le cure delle figure che costituiscono il riferimento affettivo. Gli studi sulle prime relazioni genitore-bambino evidenziano nei neonati insospettabili capacità percettive, motorie, comportamentali di attivarsi verso le figure di accudimento con cui instaurare interazioni (Sameroff A.J, McDonough S.C, Rosenblum K.L. *Treating Parent-Infant Relationship Problems: Strategies for Intervention*; Guilford Press, 2005; Stern D.N, Bruschweiler-Stern N. *Nascita di una madre*. Milano, Mondadori 1999). Analogamente, gli studi sullo sviluppo fetale hanno mostrato un feto attivo, sensibile, con capacità di apprendimento e di interazione con gli stimoli provenienti dal corpo materno e dall'ambiente, soprattutto dal secondo trimestre di gravidanza (Manfredi e Imbasciati. *Il feto ci ascolta e... impara*. Roma, Borla, 2004; Della Vedova e Imbasciati. *Le origini della mente*, in Imbasciati e Margiotta (a cura di), *Compendio di Psicologia per gli operatori sociosanitari*. Padova, Piccin 2005). Nel 1981 Mecca Cranley, definì per la prima volta il costrutto dell'*attaccamento materno-fetale* come «la misura in cui la donna manifesta comportamenti che rappresentano interazione e coinvolgimento affettivo verso il bambino che attende»: Cranley M. S. (1981). *Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy*. In *Nursing research*, 30, pp. 281-284).

³² Cannella B.L. *Maternal-fetal attachment: an integrative review*. In *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 50(1), pp. 60-68.; Righetti P.L, Dell'Avanzo M, Grigio M, Nicolini U. *Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report*. In *British Journal of Psychology*, 2005, 96, pp. 129-137.

³³ Aleksandrowicz MK, Aleksandrowicz DR. *The molding of personality: a newborn's innate characteristics in interaction with parents' personalities*. Child Psychiatry Hum Dev. Summer 1975;5(4):231-41.

³⁴ Fu Y, Depue RA. *A novel neurobehavioral framework of the effects of positive early postnatal experience on incentive and consummatory reward sensitivity*. Neurosci Biobehav Rev. 2019 Dec;107:615-640.

³⁵ Wolff PH, Ferber R. *The development of behavior in human infants, premature and newborn*. Annu Rev Neurosci. 1979;2:291-307.

³⁶ Torgersen AM, Janson H. *Why do identical twins differ in personality: shared environment reconsidered*. Twin Res. 2002 Feb;5(1):44-52.

³⁷ Per la definizione si rimanda all'**Allegato 5: "Glossario"**. Genna W, *Supporting sucking skills in breastfeeding infants*, Jones & Bartlett Learning, Burlington, Massachusetts, 2016; Karimi Z et al. *The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: a systematic review and meta-analysis*, Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 2019, 58, 11-19. Tichelman E, Westerneng M, Witteveen AB, van Baar AL, van der Horst HE, de Jonge A et al. (2019) *Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review*. PLoS ONE 14(9): e0222998. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222998>. Tichelman E, Westerneng M, Witteveen AB, van Baar AL, van der Horst HE, de Jonge A et al. (2019) *Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic*

relazione speciale basata sul contatto fisico (non equiparabile al cosiddetto “attaccamento”) che influenzerà le modalità con cui il bambino interagirà con il mondo.

Nella formazione del *bonding* è fondamentale l’assetto ormonale della mamma durante e dopo il parto, ma il legame è favorito anche, immediatamente dopo la nascita, dal contatto fisico con la mamma, dagli sguardi e dagli odori di quest’ultima³⁸ e tale primissima esperienza condiziona positivamente il rapporto futuro tra madre e figlio/a³⁹.

Si pensi soltanto al fatto che l’OMS raccomanda che l’allattamento venga intrapreso nella prima mezz’ora dalla nascita del bambino, anche in riferimento al comportamento innato dell’“istinto di suzione”.

Al contrario, è stato segnalato come la separazione⁴⁰ tra madre e bambino comporti conseguenze fisiologiche negative a carico del lattante: stress neonatale, aumento del pianto, difficoltà nella dispersione di energia e riduzione della durata di un allattamento efficace.

LA TUTELA DELLA DONNA IN GRAVIDANZA - PARTO - PUERPERIO E POST-PARTUM

La gravidanza rappresenta per la donna una delle esperienze più impegnative e indelebili, per il coinvolgimento fisico, psichico, sociale e relazionale, determinando un passaggio fondamentale anche nel progetto di vita della coppia.

Alla continua e progressiva modificazione biologica e fisica della donna fa riscontro un’analoga modificazione della sfera psichica, con una continua interazione tra l’ambito somatico e quello psicologico che coinvolge tutti gli ambiti relazionali, con la propria persona, con il padre del bambino, con la famiglia di origine, con il lavoro, con le amicizie.

Soprattutto, la gravidanza rappresenta l’unica esperienza in cui un essere umano ne ha *in sé* un altro con cui instaura una straordinaria relazione intima e di cura.

Pertanto, un approccio esclusivamente medico alla donna in gravidanza sarebbe estremamente riduttivo: ne occorre invece uno di tipo olistico, che comprenda cioè tutti gli aspetti sin qui accennati e permetta alla madre di elaborare lo “spazio mentale” per il proprio figlio.

review. PLoS ONE 14(9): e0222998. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222998>. Wan MW, Downey D, Strachan H, Elliott R, Williams SR, Abel KM (2014) *The Neural Basis of Maternal Bonding*. PLoS ONE 9(3): e88436. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088436> E 14(9): e0222998. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222998>.

³⁸ Una tecnica che favorisce il contatto prenatale è l’*haptonomia*, disciplina fondata nel 1945 dal medico olandese Frans Veldman (1921-2010) e che studia l’affettività espressa attraverso il contatto tattile. Il nascituro che può sperimentare il contatto amorevole a partire dal grembo materno riceve un piacere e una conferma di sé che contribuiscono alla costruzione della sua sicurezza affettiva ed emotiva. L’educazione prenatale è la promozione di una buona relazione nella triade (mamma, papà, bimbo) in formazione. Per giungere a questo scopo è necessario fornire alla coppia adeguate informazioni circa le loro competenze emozionali e circa le capacità che il loro piccolo ha di mettersi in relazione con loro e di vivere la propria esistenza fisica e psichica e permettere ai genitori di trovare, in modo libero e non costrittivo, il canale più adatto per manifestare concretamente il loro amore al figlio.

³⁹ Lawrence A, Lawrence R.M. *Breastfeeding A guide for the medical profession* (7th ed.), Elsevier Mosby, Piladelphia, 2010; Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A, Dutta S. *Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates*, Indian J Public Health, 2014, 58, 22-26. Winston R, & Chicot R. (2016). *The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children*. London journal of primary care, 8(1), 12-14. <https://doi.org/10.1080/17571472.2015.1133012>.

⁴⁰ Howard K, Martin A, Berlin LJ, & Brooks-Gunn J. (2011). *Early mother-child separation, parenting, and child well-being in Early Head Start families*. Attachment & human development, 13(1), 5-26. <https://doi.org/10.1080/14616734.2010.488119>. Howard K, Martin A, Berlin L. J, & Brooks-Gunn J. (2011). *Early mother-child separation, parenting, and child well-being in Early Head Start families*. Attachment & human development, 13(1), 5-26. <https://doi.org/10.1080/14616734.2010.488119>. Ahn SY et al. (2008). *The effect of rooming-in care on the emotional stability of newborn infants*. Korean Journal of Pediatrics, 51(12), 1315-1319.

Il primo interlocutore è il ginecologo, al quale la donna affida non solo la propria salute e quella del bambino ma anche le proprie emozioni, positive e negative, che il medico deve saper accogliere e “incanalare”.

Per tale motivo è necessario che tutto il personale sanitario che prende in carico la donna in gravidanza e nel parto abbia una formazione specifica per ascoltare e supportare la donna, *in primis*, e la coppia.

Le fonti di ansia che accompagnano una gravidanza si concretizzano nella domanda più immediata sulla salute del figlio.

Le sempre più numerose possibilità diagnostiche e terapeutiche intrauterine possono indurre la donna a chiedere di farvi ricorso per monitorare lo sviluppo del feto o possono essere proposte dallo specialista stesso.

Da tale punto di vista il periodo della gravidanza (soprattutto nel corso dei primi mesi), con l'intensificarsi dei test diagnostici, è permeato da una cultura sempre più legata ad un approccio medico-predittivo, che condiziona la coppia (e soprattutto la madre) a vivere l'esperienza sotto una luce prevalentemente sanitaria, fra ansia e motivi di preoccupazione.

In tale contesto, è fondamentale che il medico e il personale sanitario di fiducia illustrino alla donna e alla coppia le informazioni utili e complete per chiarire l'appropriatezza delle varie indagini sulla base dei protocolli scientifici, illustrando chiaramente il rapporto tra i benefici attesi e i fattori di rischio che le procedure diagnostiche o terapeutiche comportano e le reali capacità predittive.

In caso di scelta a favore di una procedura invasiva o di test genetici, particolarmente complessi per le relative implicazioni etiche e psicologiche, la donna e la coppia dovranno essere indirizzati verso i centri specialistici in grado di fornire un adeguato *counselling* prima e dopo la procedura⁴¹.

Durante la delicata e complessa esperienza della gravidanza e in particolare nel puerperio, il momento più delicato, in cui si registra sempre più frequentemente il rischio di sviluppare la cosiddetta “depressione *post-partum*”⁴², la donna dovrà poter contare su una presenza e un supporto costanti da parte dei professionisti sanitari nei quali ha riposto fiducia e delle figure affettive per lei fondamentali.

Una buona assistenza e un supporto “olistico” in gravidanza, basato su un clima di fiducia, possono diminuire le condizioni di rischio o prevenire tempestivamente l'aggravarsi della sindrome depressiva.

Fondamentale, in tal senso, è la figura dell'ostetrica, punto di riferimento per la preparazione al parto e per le modalità con cui dovrà la donna dovrà prendersi cura del neonato.

⁴¹ Si veda il capitolo 2: “Indagini prenatali a fini diagnostici e terapeutici”.

⁴² Per la definizione si rimanda all'Allegato 5: “Glossario”.

Importante è anche il momento immediatamente successivo al parto in cui vengono comunicate ai genitori (ed in particolare alla madre) le condizioni di salute del neonato che, a volte, non sono ottimali.

Un'adeguata formazione del personale medico è fondamentale per favorire l'accettazione del bambino e prevenire *shock* emotivi e sensi di colpa in grado di scatenare forti tensioni all'interno della coppia.

Il ritorno a casa con il neonato rappresenta il momento di maggiore delicatezza e criticità per la donna, che dovrà gestire l'accudimento del bambino con ritmi serrati, tali da non consentire un'adeguata fase di riposo e tranquillità.

In tale fase è dirimente il supporto affettuoso e al contempo discreto del padre e degli eventuali familiari, o il sostegno esterno del personale di assistenza sociale.

Quanto appena descritto trova conferma nella recente letteratura, che ha dimostrato quanto l'isolamento derivante dalla pandemia e le conseguenti restrizioni fisiche tra la donna e il suo bambino e all'interno delle relazioni familiari e sociali abbiano acuito gli stati d'ansia, specialmente nel corso della gravidanza⁴³, precipitando reazioni da stress⁴⁴, depressione, irritabilità e insonnia fino ad esporre ad un maggiore rischio di suicidio⁴⁵.

Particolarmente negativo è risultato, nel periodo iniziale della pandemia, il distacco tra la madre infetta ed il neonato al momento della nascita, nel quale molte realtà ospedaliere hanno raccomandato di esporre il bambino al minimo rischio di contagio, affidandolo alle cure di altre figure⁴⁶ o inserendo nella stanza di degenza schermi di separazione, distanziando la culla dal letto della madre, facendo indossare sempre a quest'ultima la mascherina e raccomandando il lavaggio delle mani prima dell'allattamento⁴⁷.

Tali disposizioni adottate nel contesto pandemico hanno, di fatto, contraddetto tutte le evidenze scientifiche sulla necessità del contatto precoce con il seno materno⁴⁸ e sull'importanza del rapporto

⁴³ Brooks SK et al. *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. Lancet 2020;395(10227):912-20. Corbett GA, Milne SJ, Hehir MP, Lindow SW, O'connell MP. *Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020;249:96-97.

⁴⁴ Di Giovanni C et al. *Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak*. Biosecur Bioterror 2004; 2(4):265-72.

⁴⁵ Gunnell D et al. *Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic*. Lancet Psychiatry 2020;7(6):468-71.

⁴⁶ Dotters-Katz SK et al. *Considerations for Obstetric Care during the COVID-19 Pandemic*. Am J Perinatol 2020;37:773-779.

⁴⁷ CDC. *Interim Guidance on Breastfeeding for a Mother Confirmed or Under Investigation For COVID-19*. http://www.e-lactancia.org/media/papers/Interim_Guidance_on_Breastfeeding_for_a_Mother_COVID-19-CDC-2020.pdf. Ultimo accesso 4/3/21.

⁴⁸ Pérez-Escamilla R et al. (2016). *Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review*. Maternal & Child Nutrition, 12(3),402-417. Renfrew MJ et al. (2020) *Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond*. Midwifery, 88, 102759. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102759>.

immediato tra madre e figlio, fatto di stimoli olfattivi, tattili e visivi⁴⁹, indispensabile per lo sviluppo armonico e stabile del neonato⁵⁰.

Al contempo, le esperienze di isolamento e separazione hanno ulteriormente confermato i dati relativi agli effetti negativi sulla salute psicofisica della donna e sul rapporto materno-neonatale.

Infine, una serie di studi internazionali riporta la tendenza preoccupante di un significativo aumento del tasso di mortalità fetale e neonatale durante la pandemia, dovuto alle restrizioni sociali e alle interruzioni dell'assistenza sanitaria che hanno influenzato l'accesso alle cure prenatali di routine.

Pertanto, si è dimostrato come gli impedimenti causati dalla pandemia, volti a proteggere le donne in gravidanza e i loro bambini dal COVID-19, abbiano involontariamente provocato un picco di mortalità sia dei neonati sia delle stesse donne (per lo più legata a malattie cardiache e diabete)⁵¹.

L'auspicio è che si faccia tesoro di quanto avvenuto e che le strutture sanitarie predispongano misure atte a garantire il costante contatto materno-infantile anche in situazioni di emergenza sanitaria⁵².

LA TUTELA DELLA MATERNITÀ IN AMBITO BIOGIURIDICO

L'aiuto alla donna in gravidanza e la tutela della maternità non possono essere circoscritti all'ambito familiare o sanitario ma devono basarsi anche sul supporto fondamentale, concreto delle politiche sociali.

Il riconoscimento effettivo del ruolo sociale della maternità, della genitorialità e della famiglia esige interventi sociali, sanitari, educativi ed economici a sostegno delle donne sole o lavoratrici, attraverso i servizi per la prima infanzia e tempi adeguati di congedo per maternità e paternità....

Gli organismi internazionali, infatti, riconoscono la maternità come una "funzione sociale"⁵³.

⁴⁹ Ong S. 2020. *How face masks affect our communication*. BBC Future, 9 June. <https://www.bbc.com/future/article/20200609-how-face-masks-affect-our-communication>. Già nel 1872 Charles Darwin affermava che la capacità di leggere le espressioni facciali, rappresenta un vantaggio in termini di evolutivisti in termini di capacità di interagire, di superare conflitti e fraintendimenti, vivere e generare emozioni e comportarsi adeguatamente in ambito sociale attraverso un codice di comunicazione basato non solo su gestualità, linguaggio del corpo, tonalità della voce ma anche su espressioni del viso ed anche eventuali improvvisi rossori... Ong S. 2020. *How face masks affect our communication*. BBC Future, 9 June. <https://www.bbc.com/future/article/20200609-how-face-masks-affect-our-communication>. **Ultimo accesso 5/3/21**. Sin dalla nascita, per esempio, il neonato riesce a riconoscere le fotografie della madre e, se messo di fronte a varie scelte, si intrattiene più a lungo sull'immagine virtuale materna rispetto a quella di altre donne (LoBue V. 2016. *Face time: here's how infants learn from facial expressions*. Conversation. <https://rb.gy/clftox>) e in pochissimi giorni impara a distinguere le espressioni di felicità, tristezza o sorpresa (Farroni T et al. 2007. *The perception of facial expressions in newborns*. Eur. J. Dev. Psychol. 4 (1), 2–13. Palama A et al. 2018. *Are 6-month-old human infants able to transfer emotional information (happy or angry) from voices to faces? An eye-tracking study*. PLoS One 13 (4), e0194579. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194579>

⁵⁰ Ahn SY et al. (2008). *The effect of rooming-in care on the emotional stability of newborn infants*. Korean Journal of Pediatrics, 51(12), 1315–1319. Brown A, Shenker N. *Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support*. Matern Child Nutr. 2021;17:e13088. doi.org/10.1111/mcn.13088.

⁵¹ Watson C. *Stillbirth rate rises dramatically during pandemic*. Nature. 2020 Sep;585(7826):490-491. doi: 10.1038/d41586-020-02618-5. PMID: 32934376; Kc A, Gurung R et al. *Effect of the COVID-19 pandemic response on intrapartum care, stillbirth, and neonatal mortality outcomes in Nepal: a prospective observational study*. Lancet Glob Health. 2020 Oct;8(10): e1273-e1281. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30345-4. Epub 2020 Aug 10. PMID: 32791117; PMCID: PMC7417164; Kilby MD, Gibson JL, Ville Y. *Falling perinatal mortality in twins in the UK: organizational success or chance?* BJOG. 2019 Feb;126(3):341-347. doi: 10.1111/1471-0528.15517. Epub 2018 Nov 26. PMID: 30358075; Ullah MA et al. *Potential Effects of the COVID-19 Pandemic on Future Birth Rate*. Front Public Health. 2020 Dec 10;8:578438. doi: 10.3389/fpubh.2020.578438. PMID: 33363080; PMCID: PMC7758229.

⁵² Al tema della deumanizzazione delle cure causata dalla pandemia (anche nei reparti pediatrici) il CSB ha dedicato un apposito documento *"Umanizzazione delle cure e accompagnamento alla morte in scenari pandemici"* (12 maggio 2021), cui si rimanda.

⁵³ **Convenzione ONU sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne** (18 dicembre 1979). Art. 5: «*Gli Stati prendono ogni misura adeguata: b) al fine di far sì che l'educazione familiare contribuisca alla comprensione che la maternità è una funzione*

Il Consiglio d'Europa richiama gli Stati alla tutela della maternità attraverso strumenti che hanno cogenza normativa, a partire dalla **Carta Sociale Europea**⁵⁴ che dedica uno specifico articolo alla protezione delle lavoratrici in caso di maternità⁵⁵, fino alla **Convenzione di Istanbul**⁵⁶ finalizzata a proteggere la donna e i suoi figli dalla violenza, in particolare da quella domestica⁵⁷.

Tra i documenti non vincolanti del Consiglio d'Europa, particolarmente rilevante e innovativa è la **Risoluzione dell'Assemblea Parlamentare sulla violenza in ambito ostetrico e ginecologico**⁵⁸, che richiama tutti gli Stati a sensibilizzare e informare l'opinione pubblica su una forma di violenza che è stata a lungo nascosta ed è ancora troppo spesso ignorata.

Il documento cita esplicitamente gli atti inappropriati o non consensuali, ivi compresi gli abusi sessuali che avvengono nella privacy di un consulto medico o di un parto⁵⁹. A tale proposito, è opportuno ricordare che, già nel 2017⁶⁰, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva fortemente criticato il trattamento irrispettoso e abusivo che le donne possono subire durante il parto in ospedale.

Oggi la prevenzione e la lotta contro la violenza ginecologica e ostetrica non sono ancora considerate priorità, ma è necessario promuovere pratiche di cura per garantire un'accoglienza umana, rispettosa e dignitosa e un sostegno alle pazienti e alle donne in procinto di partorire⁶¹ anche attraverso l'accesso alle terapie di sollievo dal dolore durante il travaglio e il parto⁶².

In considerazione della peculiarità e novità del suddetto documento, il CSB ritiene utile indagare eventuali modalità utili a:

- sensibilizzare la cittadinanza su maternità e genitorialità attraverso pubblici dibattiti;
- intraprendere studi mirati ad approfondire gli aspetti epidemiologici e sociosanitari di maternità e genitorialità;
- verificare se, rispetto a quanto osservato nelle generazioni precedenti, l'uomo sappia oggi svolgere un ruolo più responsabile e protettivo verso la compagna gravida;
- raccogliere dati sulle procedure mediche applicate durante il parto e sui casi di violenza ginecologica e ostetrica da parte di figure formate;
- realizzare corsi di formazione orientati specificamente a sensibilizzare ostetriche, ginecologi e infermieri sul tema della violenza ginecologica e ostetrica, attribuendo particolare

sociale e che uomini e donne hanno responsabilità comuni nella cura di allevare i figli e di assicurare il loro sviluppo, restando inteso che l'interesse dei figli è in ogni caso la considerazione principale».

⁵⁴ Consiglio d'Europa, **Carta Sociale Europea**, adottata a Torino nel 1961 e rivista a Strasburgo nel 1996. La Carta Sociale Europea è stata firmata dalla Repubblica di San Marino il 18 ottobre 2001.

⁵⁵ Ibidem, art. 8: «Le lavoratrici, in caso di maternità, hanno diritto ad una speciale protezione».

⁵⁶ Consiglio d'Europa, **Convenzione sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica**, adottata nel 2011 ed entrata in vigore nel 2014. San Marino ha emesso un'apposita Legge (6 maggio 2006 n.57) di "**Adeguamento dell'Ordinamento Sammarinese alle disposizioni della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul)**".

⁵⁷ Ibidem. Riguardo alla tutela della maternità, si veda in particolare: Art. 37, "**Matrimonio forzato**" e Art. 39 "**Aborto forzato e sterilizzazione forzata**".

⁵⁸ Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa, **Obstetrical and gynaecological violence**, Resolution 2306 (2019).

⁵⁹ Ibidem, art. 3.

⁶⁰ https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/mistreatment-during-childbirth/en/

⁶¹ Ibidem, art. 7

⁶² Ibidem, art. 8.7

importanza alla relazione tra operatori sanitari e pazienti, con particolare riguardo all'accoglienza di persone vulnerabili e con disabilità;

- predisporre modalità di denuncia specifiche e accessibili per le vittime di violenza ginecologica e ostetrica, all'interno e all'esterno degli ospedali, anche attraverso una stretta collaborazione con i difensori civili;
- offrire un servizio di supporto che preveda anche assistenza specifica alle vittime di violenza ginecologica e ostetrica.

Anche negli ordinamenti giuridici nazionali si dedica particolare attenzione alla tutela della maternità e dell'istituto familiare.

Nella Repubblica di San Marino la maternità è tutelata a partire dal testo fondamentale della costituzione sammarinese, la cosiddetta **Dichiarazione dei Diritti**, che al primo comma dell'art. 12 recita: «*La Repubblica tutela l'istituto familiare, fondato sulla uguaglianza morale e giuridica dei coniugi. Ogni madre ha diritto all'assistenza ed alla protezione della comunità*».

La tutela che lo Stato di San Marino fornisce si esplica fondamentalmente nella normativa che si occupa delle donne lavoratrici in gravidanza. Trattasi della Legge 137/2003, denominata "**Interventi a sostegno della famiglia**"⁶³ e del Decreto Delegato n.116 del 2008, intervenuto a regolamentare in modo più analitico la tutela per le lavoratrici gestanti, puerpere e in periodo di allattamento nel settore privato e pubblico allargato⁶⁴.

Anche nel momento dell'emergenza sanitaria legata al contrasto alla diffusione dell'epidemia di COVID-19 il Legislatore non ha dimenticato la donna in gravidanza, concedendo alle lavoratrici gestanti, con la previsione di cui all'art.10 del **Decreto-legge 29 gennaio 2021 n.14**, la facoltà di astensione anticipata dal lavoro nei casi in cui non sia possibile attivare la modalità del lavoro a domicilio o il medico non possa certificare l'insussistenza di rischi di contagio.

⁶³ La Legge 137 del 2003 riconosce alla donna in gravidanza di una indennità economica per un periodo di 150 giorni, e per la donna lavoratrice prevede la facoltà di astenersi dal lavoro e introduce il divieto di licenziamento. Alla donna lavoratrice viene inoltre concessa la possibilità di godere di un periodo di aspettativa *post-partum* di 16 mesi (o, in alternativa, di astenersi dal lavoro per 2 ore giornaliere a titolo di permesso retributivo).

⁶⁴ Il Decreto introduce il divieto di esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici pericolosi ed estende le misure di protezione e prevenzione alle lavoratrici indipendenti e appartenenti alle libere professioni.

INDAGINI PRENATALI A FINI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI

Lo sviluppo tecnico-scientifico consente di supportare la gravidanza con una serie di indagini, strumentali e di laboratorio, che hanno lo scopo di monitorare lo stato di salute del feto relativamente ad alcune malattie⁶⁵ o condizioni patologiche, nonché di permettere alcuni interventi terapeutici già in via intrauterina.

Scopo del presente capitolo non è quello di effettuare una disamina puntuale di tutti i tipi di test diagnostico/terapeutici a disposizione⁶⁶, ma quello di illustrare le problematiche bioetiche a questi generalmente connesse.

La diagnosi prenatale permette di identificare alcune caratteristiche che interessano il nascituro (numero dei feti, sesso, caratteristiche genetiche, malformazioni, etc.) e, quando possibile, di informare in maniera ampia e completa i genitori su eventuali interventi di natura sanitaria e assisterli con adeguati sostegni anche informativi e psicologici o di programmare il momento, il luogo e le modalità dell'assistenza al parto.

Nell'ambito degli esami prenatali, **i test genetici** costituiscono un complesso di analisi di specifici geni, del prodotto o della funzione di questi ultimi, nonché ogni altro tipo di indagine del DNA o dei cromosomi, finalizzata ad individuare o a escludere mutazioni (ossia modificazioni) verosimilmente associate a patologie genetiche già in atto o di prevedibile futura insorgenza.

Tali esami comportano le maggiori criticità bioetiche, in quanto, si tratta di indagini finalizzate a rilevare non tanto la presenza di una caratteristica ritenuta problematica, quanto il "rischio", la "**suscettibilità**" e/o la **predisposizione** all'insorgenza di patologie multifattoriali complesse, con conseguenti indicazioni prognostiche differenti da quelle di ogni altro esame diagnostico.

A volte, la rilevazione di un "rischio" di futura patologia può non tramutarsi in certezza, poiché non sempre il risultato delle indagini può essere avvalorato da altri segni clinici o strumentali indipendenti. In tal caso la predizione sarà confermata solo dalla comparsa della malattia.

Inoltre, al momento attuale, a fronte di una vasta capacità diagnostica non corrisponde una analoga capacità terapeutica, sia in ambito prenatale sia in ambito postnatale.

Infine, le tecniche diagnostiche invasive possono comportare rischi per il feto e per la madre⁶⁷.

Tutte le suddette considerazioni pongono la donna e la coppia genitoriale di fronte a scelte cruciali per le quali è spesso difficile avere informazioni certe e in grado di supportare decisioni davvero consapevoli, tanto più se queste ultime riguardano scelte riproduttive e conseguenti opzioni etiche.

La prima valutazione bioetica deve riguardare un'attenta **analisi rischio-beneficio**, particolarmente complicata per il valore predittivo delle indagini, spesso privo di certezze assolute.

⁶⁵ Si tratta di malattie originate da anomalie del DNA, da alterazioni dei cromosomi, da malattie infettive contratte in gravidanza (rosolia, toxoplasmosi), dall'assunzione di farmaci che possono portare a malformazioni. Alcuni difetti congeniti, ad esempio dei reni e delle vie urinarie, sui quali intervenire chirurgicamente subito dopo la nascita del bambino per evitare danni irreversibili.

⁶⁶ Per una illustrazione delle differenti tipologie di indagini, si rimanda all'**Allegato 2: "Le indagini prenatali"**.

⁶⁷ Per i rischi e le modalità di esecuzione delle tecniche diagnostiche invasive si rimanda all'**Allegato 2: "Le indagini prenatali"**.

L'onere della scelta sull'effettuazione di tali pratiche non può essere demandato esclusivamente alla madre e alla coppia, ma deve essere condiviso tra più figure specialistiche e con varie competenze che hanno come riferimento principale il genetista medico, nell'ambito di un corretto e approfondito **counselling** realizzato in strutture specializzate, per fornire tutto il supporto scientifico e psicologico necessario.

Perché si concretizzi in un corretto supporto scientifico, informativo, psicologico ed etico, il *counselling* deve garantire:

- un'adeguata applicazione del **principio terapeutico**, accertando l'appropriatezza delle indicazioni alla diagnosi e individuando la metodica più appropriata e meno rischiosa per la vita e per la salute della madre e del feto;
- informazioni esaustive sulla natura delle caratteristiche considerate anomale o foriere di malattie, sul livello di complessità, sulla prognosi, sull'esistenza di una terapia efficace, sull'entità del rischio, sul significato dei possibili risultati, sull'eventualità di ricevere risultati falsi positivi/negativi;
- un approccio probabilistico alla diagnosi;
- un consenso informato consapevole e completo, grazie anche al coinvolgimento di esperti che operino al di fuori dell'ambito sanitario⁶⁸.

Il supporto del *counselling* è altrettanto imprescindibile nella delicata e complessa fase successiva al test, per una corretta comunicazione in caso di esito positivo, tesa ad aiutare la madre e la coppia a comprendere il significato della suscettibilità alla patologia e della predittività del risultato, o la natura della caratteristica anomala accertata, l'eventuale trasmissione di questa nella famiglia, la gestione della malattia, le prospettive terapeutiche e le opzioni possibili nella pianificazione familiare.

Data la complessità e la delicatezza del ruolo svolto dall'équipe, i professionisti impegnati nel *counselling* devono garantire una specifica formazione e comprovate competenze tecnico-scientifiche, etiche e psicologiche, rivolte, da un lato, a permettere scelte libere e responsabili della donna e della coppia nell'interesse della madre e del feto e, dall'altro, grazie alla completezza e l'imparzialità dell'informazione, ad evitare la direttività della consulenza.

Le numerose questioni bioetiche connesse ai test genetici riguardano la valutazione di principi e diritti che coinvolgono direttamente due esseri umani, la madre e il figlio, e che possono confliggere costringendo gli interessati a scelte laceranti.

La prima valutazione bioetica deve prendere le mosse dall'appropriatezza clinica dei test diagnostici, per individuare le motivazioni che spingono la donna e la coppia a richiedere le indagini e identificare la concordanza delle finalità dei test stessi con le motivazioni suddette, in quanto la liceità di ogni intervento che comporta dei rischi è correlata al beneficio atteso ed ogni atto diagnostico deve avere una finalità terapeutica o preventiva.

⁶⁸ Nel caso di caratteristiche genetiche che determinano condizioni patologiche e/o di malformazioni fisiche del nascituro è auspicabile coinvolgere persone competenti nella specifica condizione (associazioni, esperti, etc.), in modo da fornire una informazione completa sul significato di vivere con quella condizione.

La diagnosi prenatale si configura come prevenzione per il bambino se consente, a breve distanza dal parto o in utero, la correzione dell'anomalia individuata per evitare ulteriori danni, perfino letali⁶⁹.

In alcuni casi la precocità della diagnosi e dell'intervento potrebbe essere essenziale per guidare le scelte della donna e della coppia.

Non può classificarsi come prevenzione la diagnosi che, avendo rilevato un'anomalia genetica o una predisposizione a sviluppare una patologia, porti all'interruzione della gravidanza.

È fondamentale, in questi casi, chiarire che un'alterazione genetica che comporta un aumentato rischio di malattia nell'età adulta, non può essere classificata come una malformazione.

Anche nel caso di diagnosi di malformazione del feto, queste possono assumere caratteristiche molto diverse, non necessariamente associate ad una bassa qualità di vita.

⁶⁹ Alcuni esempi di indagini preventive possono essere l'ecografica intrauterina di ostruzione intestinale, la diagnosi di idrocefalo, di malformazioni urologiche, cardiache, diaframmatiche.

LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

La procreazione è l'atto che pone in essere un nuovo individuo, unico e irripetibile.

Il mondo occidentale, nell'epoca attuale, soffre l'inquietante incremento delle condizioni di infertilità maschile e femminile; per questo motivo, lo sviluppo delle metodiche di "assistenza" alla procreazione volto alla cura di tali complesse condizioni, è stato salutato con favore.

Affiancare al termine l'attributo "assistita" implica, pertanto, il riferimento ad un intervento tecnico del medico per la terapia dell'infertilità femminile o maschile, permettendo di ottenere un concepimento con modalità diverse dal rapporto sessuale.

Le molteplici tecniche di procreazione/fecondazione medicalmente assistita (PMA)⁷⁰ si caratterizzano per complessità, grado di invasività tecnica, provenienza e modalità/luogo di incontro dei gameti (rispettivamente PMA omologa o eterologa ed in utero o in vitro).

Il CSB non entrerà nel merito della valutazione etica della PMA, dal momento che quest'ultima racchiude nella sua definizione numerose tecniche basate su meccanismi scientificamente provati ma differenti fra loro, per le quali sarebbe necessario uno specifico documento dedicato.

In tale luce il CSB riconosce *in primis* a tali metodiche il merito di aver offerto una soluzione praticabile a molte coppie altrimenti impossibilitate a generare figli e per tale motivo gravate da un sentimento di relativa inferiorità rispetto a quelle di acclarata fertilità. Tuttavia, ai fini del presente documento, il CSB svilupperà la propria riflessione sugli aspetti della PMA che presentano le maggiori criticità bioetiche ed ai quali, nel dibattito pubblico incentrato per lo più sulle esigenze sociali e psicologiche della coppia, non viene prestata la dovuta attenzione.

A tale proposito, la prima considerazione riguarda il **principio di beneficiabilità/non maleficenza** riferito al primario **diritto alla salute**, che appare opportuno esaminare a fondo nell'ottica di tutti i soggetti coinvolti: donna, nascituro, embrioni, embrioni sovranumerari, altri membri del nucleo familiare.

La PMA, infatti, comporta *in primis* un effetto ineludibile sulla salute della donna, sottoposta alla iperstimolazione ovarica al fine di aumentare le possibilità di concepire od offrire i propri ovuli (donazione/vendita). Le possibili complicanze relative all'induzione farmacologica, fra le quali la gravidanza extrauterina (sindrome da iperstimolazione⁷¹, possibili malformazioni fetali, asincronia dello sviluppo endometrio/embrione) devono contribuire ampiamente al giudizio di appropriatezza clinica ed essere oggetto di una corretta ed esaustiva informazione della donna (in primis) e del partner che intendono intraprendere tale pratica in ottica di coppia.

⁷⁰ Per le principali tecniche di PMA si rimanda all'**Allegato 3: "Le Tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita"**.

⁷¹ Si rimanda all'**Allegato 5: "Glossario"**.

Altro elemento critico sotto il profilo bioetico è la garanzia della salute della donna e del nascituro nei casi di gravidanze extrauterine e plurime, la cui incidenza è maggiore rispetto a quanto osservato nelle gravidanze naturali⁷².

Non può essere ignorato, poi, il diritto alla vita, prima ancora che alla salute, degli embrioni sovranumerari che, dopo essere stati generati intenzionalmente, potrebbero essere soppressi per motivi socioeconomici, in aperto contrasto con il divieto giuridico di utilizzo strumentale della vita umana come bene indisponibile per fini sia farmacologici/terapeutici sia sperimentali⁷³.

In caso di fecondazione eterologa, poi, dovrà essere tutelata la salute stessa del nascituro, laddove insorgano patologie di natura ereditaria o genetica.

In merito, infine, alla salute psicologica di tutti i soggetti coinvolti (futura madre, futuro padre, futuro figlio) appare necessario il riferimento a specifica letteratura⁷⁴. Ogni scelta fatta nel presente avrà ripercussioni sul futuro di ogni soggetto coinvolto. A livello psicologico uno dei fattori a cui bisogna portare maggiore attenzione è il “senso di colpa” ovvero il giudizio negativo riferito ad uno specifico atto⁷⁵.

Il **principio di uguaglianza** e la tutela della **dignità della persona** hanno priorità, poi, in merito ad alcune pratiche di manipolazione dei gameti per la selezione del sesso (con eccezione del caso in cui quest’ultima sia finalizzata alla prevenzione di patologie genetiche correlate all’espressione dei caratteri/geni legati ai cromosomi sessuali) o di altre caratteristiche voluttuarie che rappresentino strumenti di selezione eugenetica, finalizzata ad ottenere il figlio “perfetto” o, comunque, il più possibile rassomigliante, o corrispondente, ai *desiderata* dei “genitori biologici o sociali”.

Accanto alle problematiche sin qui evidenziate e riferibili alla PMA nel suo complesso, il CSB ritiene altrettanto necessario sottolineare una prima distinzione eticamente rilevante tra la fecondazione omologa, che prevede gameti provenienti da entrambi i membri della coppia richiedente, e quella eterologa, che comporta il coinvolgimento di un soggetto estraneo a quest’ultima.

⁷² Per i riferimenti bibliografici sui rischi relativi alla PMA si rimanda al successivo capitolo “La Maternità Surrogata”.

⁷³ Il divieto dell’utilizzo di embrioni e feti umani nell’ambito della ricerca scientifica è contenuto nella **Raccomandazione del Consiglio d’Europa n. 1100/1989** che stabilisce: «conformemente alla **Raccomandazione 934 e 1046** le ricerche in vitro su embrioni vivi non possono essere autorizzate tranne nel caso in cui si tratti di ricerche applicate di carattere diagnostico effettuate ai fini di prevenzione o terapia; non si intervenga sul loro patrimonio genetico non patologico». Ugual divieto viene fatto per la sperimentazione su feti impiantati in utero, su embrioni post impianto e su feti viventi extra utero. Analoghe disposizioni sono presenti nelle [Risoluzioni del Parlamento Europeo A2-327/88 e A2-372/88](#). Quest’ultima afferma che «Il Parlamento Europeo (...) riconosce il valore della vita e più in particolare il diritto alla protezione umana e perciò esprime preoccupazione per lo spreco di embrioni che la fecondazione in vitro può comportare e auspica l’uso di tecniche e metodologie che eliminano tale rischio».

⁷⁴ Si cita, a titolo di esempio: Gruppo di lavoro di interesse psicologico della ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) - Ordine Nazionale degli Psicologi Italiani, [Linee Guida per la Consulenza nell’Infertilità](#). 2004. Si veda inoltre: Covington SN and Hammer-Burns L. *La gravidanza dopo l’infertilità*, In: Hammer Burns L and Covington SN. (eds.). *Il sostegno psicologico nell’infertilità. Un manuale esaustivo per i clinici* (pp. 425–447), Parthenon, London and New York. 1999. Galhardo A, Moura-Ramos M, Cunha M, Pinto-Gouveia J. [The infertility trap: how defeat and entrapment affect depressive symptoms](#), Human Reproduction, Epub. 17 December 2015. McNaughton-Cassill ME, Bostwick JM, Arthur NJ, Robinson RD, Neal GS. *Efficacy of brief couples support groups developed to manage the stress of in vitro fertilization treatment*. Mayo Clinic Proceedings. 2002. McWhinnie AM. *Euforia o disperazione? Gestire le nascite multiple della fecondazione assistita: ciò che i pazienti non dicono ai clinici*. Hum. Fert. 2000, 3, 20-25. Sewall G. *Involontaria assenza di figli. La decisione di rimanere “liberi da figli”*. In: Burns LH and Covington SN. (eds.), *Il sostegno psicologico nell’infertilità. Un manuale esaustivo per i clinici*. (pp. 411–422), Parthenon, London and New York. 1999.

⁷⁵ Klein M. *Aggressività angosciosa e senso di colpa*. Bollati Boringhieri, 2012 (trad. A. Guglielmi); Canosa M. *Etica del rimorso*. Altrimedia, 2018

Le peculiari criticità bioetiche della PMA eterologa, infatti, sono ben più rilevanti di quelle della pratica omologa in quanto toccano ambiti diversi della vita individuale, familiare e sociale.

In riferimento al **principio di beneficiabilità/non maleficenza** nei confronti della donna che riceve il gamete maschile e del concepito, è necessario effettuare l'accertamento della salute psico-fisica di chi fornisce sperma o ovuli, al fine di evitare il rischio immediato di trasmissione di malattie infettive ed ereditarie o a quello transgenerazionale di predisposizioni genetiche di vario genere. Diventa, quindi, fondamentale effettuare specifici test genetici non solo in chi mette a disposizione lo sperma, ma anche nella ricevente o in tutte le riceventi nel caso in cui gli ovuli della stessa donna vengano utilizzati per fecondare più donne, al fine di prevenire la manifestazione di una patologia indotta dalla combinazione di cromosomi materni con quelli dell'offerente analogamente connotati⁷⁶.

Il CSB rileva anche la criticità dell'individuazione dell'idoneità psichica dell'offerente e ritiene pertanto fondamentale individuare le caratteristiche psichiche utili a tale scopo, prendendo eventualmente in attento esame l'assenza di sintomi psicotici o di altri disturbi psichici difficilmente identificabili nella vastità e nella complessità delle patologie psichiatriche.

In termini di salute fisica, poi, fra gli elementi di criticità bioetica assume particolare rilevanza la possibilità, da un lato, di effettuare un'anamnesi familiare della persona che mette a disposizione lo sperma o l'ovulo, correlandola alle patologie note della famiglia d'origine della ricevente ed ottemperando al dovere di informazione ai terzi (coppia e futuro figlio) per motivi di salute e, dall'altro, di interferire in tal modo con il diritto alla privacy.

Analogamente, si configura come un nodo bioetico individuare chi debba identificare a priori i parametri per l'idoneità psichica dell'offerente (un medico, un'équipe medica, la donna ricevente, la coppia?), dal momento che la possibile presenza di patologie psichiche latenti riconosce per lo più la combinazione di più variabili indipendenti (ambientali, genetici, psicologici e relazionali) rispetto ad un'eziologia genetica isolata.

Il CSB ritiene che le considerazioni sul benessere psichico debbano investire non esclusivamente l'offerente, ma anche i soggetti interessati in un contesto di dinamica di coppia. Questi ultimi dovrebbero essere preliminarmente valutati in tal senso, prima ancora che siano loro illustrati i problemi che potrebbero emergere nel momento in cui un terzo soggetto si inserisca a perturbare un delicato equilibrio, esasperando una precedente asimmetria psicologica tra i partner in termini di valore attribuito al concepimento di un figlio con un vincolo genetico.

In caso di messa a disposizione dello sperma *«Molto importanti e degni di attenzione sono i riferimenti alle risonanze negative che la donazione di gameti può far nascere sia nel padre che nella coppia»*⁷⁷, dal momento che il figlio non ha nessun legame genetico, e quindi biologico, con il padre "legale". Escluso dal rapporto generativo, l'uomo può provare una molteplicità di emozioni e

⁷⁶ Sulle considerazioni bioetiche relative ai test genetici si rimanda allo specifico capitolo "Indagini prenatali a fini diagnostici e terapeutici".

⁷⁷ Flamigni C. *La procreazione assistita*. Il Mulino, Bologna 2002.

sentimenti che possono includere differenti forme di disagio psichico⁷⁸ e all'affermazione della propria irresponsabilità nei confronti del "non-figlio".

Non sono rari i casi nei quali il padre surrogato rifiuta il riconoscimento del figlio, avvertito come estraneo, tanto che alcune legislazioni stabiliscono che l'accesso alla PMA eterologa sia preceduto dalla sottoscrizione da parte dei partner di un documento che attesti la volontà di riconoscere il nascituro e altre legislazioni attribuiscono automaticamente la paternità al partner che ha fatto ricorso alla tecnica⁷⁹.

Risulta evidente come, in simili contesti, il consenso informato scritto rilasciato dalla coppia non può essere equiparato ad alcun altro consenso relativo a pratiche diagnostiche o terapeutiche, in quanto le informazioni erogate dovrebbero riguardare anche tutti gli aspetti relativi alle possibili ricadute di natura genetica, sociologica, giuridica e psicologica che coinvolgono il rapporto tra i partner e di questi ultimi con il nascituro.

Tali informazioni dovrebbero essere fornite ai richiedenti nell'ambito di un preliminare e specifico *counselling*⁸⁰ che consenta anche di valutare le reali intenzioni dei richiedenti stessi e la capacità psico-fisica di affrontare sia le procedure connesse a tale pratica sia le relative conseguenze negli ambiti appena descritti.

La moltiplicazione delle figure genitoriali che caratterizza la PMA eterologa e che può generare conflitti interni, influisce e determina il rapporto costitutivo (sia esso positivo o negativo) che unisce ogni essere umano ai genitori e che è un elemento fondamentale per la costruzione della sua stessa identità.

In un contesto biogiuridico, il CSB ritiene doveroso evidenziare come, pur essendo stato/a finora per lo più giustificato/a in base a presunte caratteristiche di altruismo e generosità, chi mette a disposizione i gameti⁸¹ non "dona" un oggetto o un mero materiale biologico paragonabile al sangue o agli organi, ma cellule germinali, ovvero un patrimonio genetico che è parte essenziale della propria identità e che, attraverso la PMA, sarà trasmessa al figlio generato e alle generazioni future.

⁷⁸ «Un'altra controindicazione psicologica è la presenza nel marito "legale" di una nevrosi importante e soprattutto di una paranoia con tendenze interpretative. [...] La maggior parte di questi uomini percepisce il donatore come un rivale nei riguardi del quale possono scatenarsi i sentimenti d'inferiorità, di gelosia, per non parlare di un delirio di persecuzione» (Pasini W, Mori G. *Nuove armi per superare l'infertilità*, Franco Angeli, Milano 2015).

⁷⁹ In Italia, ad esempio, la legge 40 del 2004, agli articoli 8 e 9, stabilisce lo status giuridico del nascituro affermando che «I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli nati nel matrimonio» (dizione che ha sostituito la parola "legittimi" nel 2014 D.L. 154/13) o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6» (art. 8) e vieta il disconoscimento di paternità da parte del padre e l'anonimato da parte della madre, imponendo che «Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo (in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3 – inciso incostituzionale ex sent. 162/2014 Corte cost.), il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'articolo 235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, né l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice. 2. La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396». Nella Repubblica di San Marino la materia della procreazione medicalmente assistita non è normata. L'Istituto Sicurezza Sociale autorizza le indagini prenatali e prevede altresì un rimborso di massimo due cicli di procreazione assistita presso strutture italiane autorizzate.

⁸⁰ Per le caratteristiche di un corretto *counselling* si rimanda al capitolo "Indagini prenatali a fini diagnostici e terapeutici".

⁸¹ Le norme nazionali che regolano la donazione o la compravendita dei gameti sono differenti e vanno da una assoluta gratuità, a forme di rimborsi spese, indennizzi o permessi lavorativi retribuiti, alla vendita attraverso appositi contratti in apposite banche.

Altresì, il CSB sottolinea come, dietro l'immagineedulcorata della "donazione", si celi, in realtà, un concreto e florido mercato di gameti, anche attraverso siti specializzati che consentono di selezionare gli offerenti in base alle foto ed ai dettagli relativi a loro doti e caratteristiche⁸².

IL DIRITTO DEL FIGLIO DI CONOSCERE LE PROPRIE ORIGINI

Il rispetto del diritto all'anonimato di chi offre i gameti contrasta con quanto è riconosciuto come diritto umano fondamentale, cioè **il diritto del figlio di conoscere la propria identità** che si fonda su motivi sanitari oltre che psicologici in quanto ineludibile ai fini diagnostici e terapeutici, dei quali tratteremo più avanti.

La motivazione primaria alla base dell'anonimato riguarda la tutela della riservatezza e dell'equilibrio della famiglia di chi offre lo sperma che, altrimenti, potrebbe subire ingerenze esterne.

Analogamente, occorre considerare come il diritto a conoscere le proprie origini debba prevedere il consenso della madre biologica, cioè colei che ha donato l'ovulo, alla revoca della scelta dell'anonimato eventualmente operata al momento della nascita.

Per l'opportuna valutazione bioetica del bilancio rischio/beneficio fra diritti contrapposti occorre quindi prendere in esame i principi fondamentali.

Il **principio di beneficiabilità/non maleficenza** impone di rispettare il preminente interesse del nascituro di conoscere la propria identità biologica. Infatti, per ragioni sanitarie, in linea con qualsiasi pratica medica, ogni persona ha il diritto a conoscere le proprie origini per identificare al meglio le proprie condizioni di salute sia fisica (in rapporto alla possibilità di definire la presenza reale e l'eventuale entità del rischio - personale e della futura discendenza - di alcune patologie), sia psicologica (a ciascun essere umano deve essere garantito il diritto di costruire la propria identità personale). In altre parole, **il diritto a conoscere le proprie origini** costituisce un'espressione essenziale del diritto all'identità personale perché lo **sviluppo equilibrato della personalità individuale e relazionale** si realizza soprattutto attraverso la **costruzione della propria identità sia esteriore**, della quale sono elementi essenziali il nome e la discendenza giuridicamente rilevante e riconoscibile, **sia interiore** e richiede spesso la conoscenza e l'accettazione della **discendenza biologica** e della rete parentale più stretta.

Tale diritto, inoltre, comporta anche una pluralità di elementi dialettici, quali il diritto a conoscere la verità sulla propria storia personale e quello a conservare la costruzione preesistente dell'identità propria e dei terzi eventualmente coinvolti.

Il diritto non corrisponde all'obbligo. Infatti, anche se essenziale, il diritto a conoscere la propria storia non comporta necessariamente un obbligo in tal senso o una strategia predefinita atta a portare alla luce le informazioni relative. Del resto, non tutte le persone che sappiano di essere nate

⁸² Si cita, a titolo di esempio, *Nw Cryobank*. Per ulteriori esempi, si rimanda al successivo capitolo "La maternità surrogata".

attraverso la PMA potrebbero sentire l'esigenza di conoscere le proprie origini, altre potrebbero notare anche in tenera età di possedere caratteristiche fisiche differenti da quelle dei propri genitori ed avvertano il bisogno di conferme di identità.

Non esiste un momento migliore per parlare delle origini se non quello in cui l'individuo pone delle domande specifiche.

Risorse individuali, esperienze di vita, rapporti relazionali, esigenze mediche, sono solo alcune delle variabili che entrano in gioco nella vita della persona concepita con PMA.

Proprio per tale motivo non esiste la possibilità di attendersi da quest'ultima un comportamento rispetto ad un altro. Sin dall'inizio, però, dovrà essere chiara ai futuri genitori l'importanza di informare il/la figlio/a, rispondendo alle domande che questo/a porrà e relazionandosi alle esigenze che questo/a via via presenterà nel corso dei mutevoli scenari della vita.

Anche in ambito giuridico si cercano di contemperare e bilanciare i diversi diritti in gioco, apprestando piena tutela ai diritti del nascituro.

La Corte di Cassazione Italiana vieta la revoca del consenso da parte del genitore se il trattamento embrionale ha già avuto inizio. Rilevante altresì il divieto di esercizio dell'azione di disconoscimento della paternità, perché diversamente si priverebbe il nato di una delle due figure genitoriali e del connesso rapporto affettivo ed assistenziale, stante l'impossibilità di accertare la reale paternità a fronte dell'impiego di seme di provenienza ignota.

Le possibili ipotesi di tutela sono numerose e dotate di diverse sfaccettature spesso in conflitto fra loro che rendono davvero difficile una soluzione adatta alla generalità dei casi esaminabili.

Ad esempio, nel caso di plurime offerte di seme da parte di uno stesso individuo, va considerata l'istanza della prole a conoscere le proprie origini genetiche per evitare eventuali inconsapevoli unioni fra consanguinei, delle cui conseguenze non si ha ancora piena consapevolezza.

Il CSB prende atto del fatto che tale rischio, anche se appare minimo ai più, con il passare del tempo si accresce parallelamente all'aumento esponenziale del ricorso alla PMA eterologa, legato al progressivo posticipo della scelta genitoriale delle coppie occidentali e del conseguente accresciuto rischio di infertilità.

Oltre che in rapporto ad aspetti strettamente personalistici ed identitari del figlio, il CSB rileva quindi come la PMA eterologa comporti ulteriori difficoltà anche in ambito sociale, relativamente alla riservatezza dei dati, agli equilibri familiari e alle numerose criticità irrisolte e di difficile bilanciamento, tra le quali spiccano la facilità con cui il venditore di seme/ovulo può accedere al

mercato e l'elevato numero di procreazioni possibili in differenti Paesi grazie ad ogni campione di seme⁸³/prelievo di ovuli⁸⁴.

Tale rischio ha indotto gli organismi internazionali ad esprimere in più sedi la propria perplessità sulla offerta dei gameti e ad invitare alla prudenza sull'uso incondizionato della tecnica eterologa⁸⁵.

Il diritto all'anonimato, inoltre, viola il **principio di giustizia** perché, sulla base di un contratto stipulato in assenza del consenso del diretto interessato (il nascituro), introduce una grave discriminazione precludendo solo alle persone concepite attraverso tali tecniche la possibilità di conoscere i propri genitori biologici.

Nel caso in cui la richiesta di conoscere la verità sia elusa da chi ha la facoltà di soddisfarla, si configurerebbe una indebita forma di sopraffazione, una vera e propria violenza.

Il desiderio di conoscere le proprie origini, del resto, è talmente pressante che gli stessi figli della PMA, divenuti adulti, pongono oggi con forza il problema della ricerca della propria identità biologica attraverso la creazione di numerosi siti su cui è possibile inserire le proprie generalità e fotografie, al fine di essere identificati dai propri genitori biologici⁸⁶.

Inoltre, il CSB rileva come, anche per i continui progressi negli strumenti diagnostici, il diritto all'anonimato sia difficile da difendere nel tempo e che una conoscenza della verità sopraggiunta in maniera tardiva o casuale possa comportare ricadute imprevedibili sull'identità del figlio e sugli equilibri delle famiglie coinvolte.

Pertanto, il CSB ritiene che la scelta dei genitori di rivelare al figlio le modalità del concepimento sia doverosa ma, al tempo stesso, debba essere sostenuta da specifici momenti di *counselling* psicologico rivolti a tutte le parti coinvolte, utili a disvelare la verità con criteri di proporzionalità e gradualità adeguati all'età del figlio.

Non è stato e non potrà mai essere individuato un momento statisticamente adatto in maniera generalizzata, perché ogni persona risulta essere differente essendo generata da esperienze e stili educativi differenti e per questo motivo dovrà essere fondamentale prestare la massima attenzione al rispetto dei tempi dell'intero gruppo famiglia.

Infine, il CSB ritiene che, nel caso in cui la salute del minore lo richiedesse assolutamente, i medici coinvolti nel processo di cura debbano venire a conoscenza delle modalità di concepimento e, ove necessario, debbano richiedere ai genitori l'autorizzazione ad accedere ai registri e ai dati delle cliniche utilizzate per la PMA ma, in caso di diniego da parte dei genitori, stante il preminente

⁸³ Si calcola che ogni campione di seme possa essere sufficiente per 3-6 fiale ognuna delle quali viene utilizzata con un margine di guadagno per le banche che può superare il 500% (Spar D. *Baby Business*, Sperling & Kupfer, Milano 2006).

⁸⁴ Bridge M. *Son of 'super' sperm donor learns he has 1.000 siblings*, The Times, 29/9/2018.

⁸⁵ [Risoluzione A 2-372/88 del Parlamento Europeo concernente la fecondazione artificiale "in vivo" e "in vitro"](#): «(Il Parlamento Europeo) ritiene che la fecondazione eterologa intracorporale o in vitro non sia auspicabile, ciò vale per la donazione di seme e di ovuli e per la loro crioconservazione; ritiene che nel caso in cui questo principio non venga accolto in qualche stato membro, debbano essere rispettate queste condizioni (...) (tra cui) la presenza verificata di una sterilità irreversibile o accertato rischio grave di malformazione di bambino naturalmente concepito» (pag. 45).

⁸⁶ Tra i numerosi siti, si citano, a titolo di esempio, [Anonymous Us, Searching for my sperm donor father](#).

interesse della salute del minore, possano accedere ai dati necessari attraverso l'intervento dell'autorità competente.

GLI EMBRIONI CRIOCONSERVATI

Il CSB ritiene anche imprescindibile una disamina bioetica del destino degli embrioni non impiantati in quanto programmati e prodotti in esubero rispetto alle reali necessità per ovviare all'elevata incidenza di abortività delle procedure previste.

Le tecniche di fecondazione extracorporea - come FIVET⁸⁷ e ICSI⁸⁸ - prevedono la possibilità di congelare gli embrioni nel primissimo stadio di divisione cellulare quando sia stato prodotto un numero di embrioni in esubero rispetto a quello utile al trasferimento o nei casi in cui la donna non sia più disponibile ad eseguire la procedura per impedimenti fisici o psicologici, tra i quali la stessa rinuncia al progetto.

Allo stato attuale, la conservazione degli embrioni⁸⁹ non consente di fornire informazioni univoche sulla durata necessaria a garantire la vitalità⁹⁰ e la viabilità⁹¹ dell'embrione.

L'accertamento della viabilità si fonda sul rilievo di qualità morfologiche tali da fare prevedere che l'embrione sia in grado di sviluppare in maniera integrata la divisione cellulare, la crescita e la differenziazione.

Analogamente, le percentuali di sopravvivenza dopo lo scongelamento dipendono da alcuni criteri, tra i quali assumono particolare rilievo lo stadio in cui l'embrione è stato crioconservato e la tecnica di fecondazione.

Pertanto, le perplessità bioetiche sulla possibilità di perdita di embrioni dovuta alla tecnica della crioconservazione si sommano a quelle relative al destino degli embrioni non più utilizzabili per l'impianto che, allo stato attuale delle conoscenze, ha solo le seguenti soluzioni alternative:

- la distruzione volontaria o l'estinzione naturale degli embrioni⁹²;
- l'utilizzo delle cellule embrionali a scopi di ricerca o per il prelievo di cellule staminali⁹³;
- l'adozione per la nascita, o adozione prenatale.

Tale ultima soluzione si configura come un gesto solidaristico ed auspicabile perché in grado di consentire la realizzazione del diritto alla nascita ma, oltre ad apparire complessa, non elimina di

⁸⁷ Per la definizione si rinvia all'**Allegato 5: "Glossario**.

⁸⁸ Per la definizione si rinvia all'**Allegato 5: "Glossario**.

⁸⁹ La conservazione, o crio-stabilità, viene effettuata in azoto liquido a -196°.

⁹⁰ Possibilità d'impianto dell'embrione.

⁹¹ Possibilità che l'embrione assicuri la prosecuzione della gestazione.

⁹² Allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, non è possibile determinare il momento della estinzione naturale di un embrione congelato.

⁹³ <https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2006-0265+0+DOC+PDF+V0//IT>

<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0803:FIN:IT:PDF>

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006D0973&from=EN>

per sé il rischio di perdita dell'embrione stesso dovuta alla procedura dello scongelamento⁹⁴ e presuppone, comunque, che la madre sia sottoposta a sovra-stimolazione ormonale in preparazione all'impianto ed al relativo rischio in termini di salute.

Infatti, fra le conseguenze più rilevanti in tal senso, per quanto poco frequenti, si annoverano la sindrome di iperstimolazione ovarica grave (SISOG)⁹⁵, la gravidanza extrauterina (GE)⁹⁶, le infezioni pelviche (IP)⁹⁷, il sanguinamento addominale (SA) e la perforazione dei vasi iliaci (PVI)⁹⁸.

Le IP, il SA e la PVI, legate al prelievo ecoguidato di ovociti, per quanto presentino frequenze molto basse (rispettivamente 0.6%, 0.07% e 0.04%), possono richiedere un ricovero ospedaliero urgente con eventuale intervento chirurgico laparoscopico.

Infine, il trasferimento in utero di più di un embrione espone al rischio di gravidanza multipla, con elevato rischio di taglio cesareo⁹⁹ per parto pretermine, rottura prematura di membrane, diabete mellito, ipertensione arteriosa, preeclampsia¹⁰⁰.

Ciascuna delle soluzioni presentate comporta valutazioni diverse, talune contrastanti, talune parzialmente sovrapponibili, dalle quali, però, emergono in maniera inequivocabile la delicatezza e la complessità dell'argomento che suscita profonde riflessioni bioetiche sia tra coloro che all'embrione riconoscono lo *status* di "persona umana" sin dal momento della fecondazione, sia tra quanti attendono in tal senso solo fasi successive.

In definitiva, l'adozione per la nascita è la soluzione che comporta una unanime accettabilità bioetica per la possibilità di garantire una *chance* di vita agli embrioni residuali.

Anche la Corte Costituzionale italiana si è occupata del tema degli embrioni e del divieto di ricerca sperimentale sugli stessi. La questione, tra le altre, trattava del conflitto tra il diritto della scienza (ed i vantaggi della ricerca ad esso collegati) e il diritto dell'embrione, sotto il profilo della tutela ad esso dovuta in ragione e in misura del grado di soggettività e di dignità antropologica che gli venga riconosciuto.

⁹⁴ Le percentuali variano ampiamente da casistica a casistica ma si osserva un 10% circa di gravidanze a termine in caso di trasferimento di embrioni congelati rispetto a quello di embrioni appena generati (Roeca C et al. *Birth outcomes are superior after transfer of fresh versus frozen embryos for donor oocyte recipients*. Hum Reprod. 2020 Dec 1;35(12):2850-2859.).

⁹⁵ La SISOG, la cui frequenza è dello 0.5% al 2%, rappresenta una vera e propria emergenza chirurgica perché comporta alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico ed emocoagulativo e si associa ad un abnorme aumento del volume delle ovaie, a versamento peritoneale e pleurico, oltre alla possibile comparsa di fenomeni tromboembolici acuti. Timmons D, Montrieff T, Koyfman A, Long B. *Ovarian hyperstimulation syndrome: A review for emergency clinicians*. Am J Emerg Med. 2019 Aug;37(8):1577-1584

⁹⁶ La GE è gravata all'incirca dallo stesso rischio di insorgenza della SISOG, in base alla presenza o meno di un fattore tubarico di infertilità. Carusi D. *Pregnancy of unknown location: Evaluation and management*. Semin Perinatol. 2019 Mar;43(2):95-100. doi: 10.1053/j.semperi.2018.12.006. Epub 2018 Dec 20.; Chang HJ, Suh CS. *Ectopic pregnancy after assisted reproductive technology: what are the risk factors?* Curr Opin Obstet Gynecol. 2010 Jun;22(3):202-7.

⁹⁷ Sowerby E, Parsons J. *Prevention of iatrogenic pelvic infection during in vitro fertilization--current practice in the UK*. Hum Fertil (Camb). 2004 Jun;7(2):135-40.

⁹⁸ Azem F, Wolf Y, Botchan A, Amit A, Lessing JB, Kluger Y. *Massive retroperitoneal bleeding: a complication of transvaginal ultrasonography-guided oocyte retrieval for in vitro fertilization-embryo transfer*. Fertil Steril. 2000 Aug;74(2):405-6

⁹⁹ Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. *Caesarean section for non-medical reasons at term*. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14;2012(3):CD004660. doi:

¹⁰⁰ <https://www.generaumbria.it/rischi-per-donna-e-nascituro-legati-alla-pma/>

La dignità dell'embrione, quale entità che ha in sé il principio della vita, costituisce un valore di rilievo costituzionale, la cui tutela non diminuisce per il solo fatto che si tratti di embrioni affetti da patologie genetiche; ma come ogni altro valore costituzionale, anche la tutela dell'embrione è soggetta a bilanciamento con altri valori, quali la tutela delle esigenze della procreazione e della salute della donna.

L'Italia, ad ogni modo, vieta la donazione di embrioni umani alla ricerca scientifica, avendo pertanto operato a livello legislativo una scelta tra i valori fondamentali in conflitto a favore della tutela dell'embrione¹⁰¹.

In conclusione, il CSB ritiene che, in presenza di embrioni non impiantati, apposita norma dovrebbe prevedere un registro degli embrioni, associato ad una assicurazione formale da parte della donna o della coppia in merito alla volontà di procedere con l'impianto.

Nel caso, poi, in cui intervenga una dichiarazione di abbandono degli embrioni o di rinuncia ad ogni futuro progetto genitoriale, gli embrioni in esubero potrebbero essere destinati all'adozione per la nascita, per la quale apposita norma dovrebbe prevedere specifici incontri di *counselling* per la donna e la coppia.

Questi ultimi si rendono necessari per illustrare in modo specifico e dettagliato sia la procedura medica e i rischi collegati sia le ricadute psicologiche e giuridiche di tale forma di adozione su tutte le figure coinvolte come conseguenza dell'equiparazione dello *status* del concepito a quello di figlio legittimo o naturale.

In nessun caso, tuttavia, il CSB ritiene eticamente accettabile alcuna forma di commercializzazione o, tanto meno, di distruzione degli embrioni, dal momento che il diritto alla vita ed all'integrità fisica sono diritti assoluti, inviolabili ed indisponibili.

È inaccettabile la pretesa dei genitori o dei medici di considerarsi "proprietari" degli embrioni che abbiano generato, come se questi fossero materiale biologico e non figli, e che si "dona" (anche eventualmente ai fini di ricerca scientifica) "qualcosa" ma non si dona "qualcuno", sia pure allo stato embrionale.

¹⁰¹ Sentenza Corte Costituzionale italiana 13/04/2016 n.84.

LA MATERNITÀ SURROGATA

Per maternità surrogata o sostitutiva (*Surrogate Motherhood*) si intende un gruppo di pratiche di procreazione medicalmente assistita in base alle quali il concepito è portato in grembo da una donna che non corrisponde alla madre legale (o intenzionale)¹⁰².

Nel precedente capitolo si è illustrato il legame materno-fetale che inizia in utero e continua dopo il parto e che implica una molteplicità di elementi strettamente correlati e intrecciati (fisiologici, genetici, psicoaffettivi, culturali, giuridici) responsabili del complesso e delicato “sinolo” tra la genitorialità e lo sviluppo psicologico del bambino.

I dati relativi alla tecnica della maternità surrogata (sia essa commerciale, sia essa altruistica) sono ancora insufficienti per identificare le conseguenze a lungo termine di una intrusione così radicale della tecnologia nelle complesse dinamiche biopsicosociali della generazione umana.

In una prospettiva bioetica e biogiuridica, la “vendita” o il “dono”, deprivandolo dei propri diritti per renderlo oggetto di quelli altrui, trasforma un figlio in un essere umano “disponibile”, in aperta violazione della tutela dei diritti umani universali¹⁰³.

Analogamente, l’utero della donna non può essere degradato a semplice incubatore biologico, poiché l’utero è l’espressione fisica della capacità femminile di accogliere il concepito e interagire con lui, in un *continuum* unico e irripetibile.

Anche la scelta lessicale di cancellare la definizione di “madre” e la sua sostituzione con il termine di “surrogante”¹⁰⁴ decreta la reificazione e il conseguente annullamento di ogni diritto della donna che partorisce¹⁰⁵.

La pratica della maternità surrogata si colloca, di fatto, in un gigantesco mercato mondiale per l’acquisto di esseri umani, attraverso specifici contratti commerciali che reificano sia i bambini stessi, sia il corpo della donna, con un palese conflitto tra le norme nazionali che consentono tale pratica, gli accordi internazionali che permettono l’adozione dei bambini acquistati in altri Paesi (il cosiddetto turismo riproduttivo verso Paesi a basso reddito¹⁰⁶) e le norme internazionali che sanciscono la tutela dei diritti dei bambini¹⁰⁷.

Tale mercato parte dalla cosiddetta “compravendita riproduttiva” dei gameti (sperma e ovuli), passa dall’affitto dell’utero e giunge fino alla cessione del neonato, in palese violazione dei principi etici e giuridici contenuti nei documenti internazionali come la **Carta di Nizza** (artt. 1 e 3) e la

¹⁰² Per la definizione di maternità surrogata si rimanda all’**Allegato 5: “Glossario”**.

¹⁰³ La **Dichiarazione Universale dei diritti dell’uomo**, approvata il 10 dicembre 1948 dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite, inserisce nei primi articoli, precisamente all’art.3: «*Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona*». La Dichiarazione dei Diritti sammarinese non contempla specificamente il diritto alla vita, ma considera tutti i diritti della persona umana inviolabili (art.5).

¹⁰⁴ Per la definizione di madre “surrogante” e la differenza con la madre “surrogata” si rimanda all’**Allegato 5: “Glossario”**.

¹⁰⁵ van Niekerk A, van Zyl L. *The ethics of surrogacy: women’s reproductive labour*. J Med Ethics, 1995; 21: 345-349; Ber R. *Ethical Issues In Gestational Surrogacy*. Theor Med Bioethics 21: 153-169, 2000.; Aznar J, Peris MM. *Gestational Surrogacy: Current View*. Linacre Quarterly 2019, Vol. 86(1) 56-67.

¹⁰⁶ Deonandan R, Green S, van Beinum A. *Ethical concerns for maternal surrogacy and reproductive tourism*. Journal of Medical Ethics 2012;38:742-745.

¹⁰⁷ Smolin DM. *The One Hundred Thousand Dollar Baby: The Ideological Roots of a New American Export*. Cumberland Law Review 2019.

Convenzione di Oviedo (art. 21), sulla inviolabilità della dignità umana e sulla inammissibilità di ogni forma di mercificazione del corpo umano o di sue singole parti.

L'essere umano – sia chi vende i gameti, sia la madre gestante, sia soprattutto il bambino – è sostanzialmente reificato, reso oggetto e mezzo per la soddisfazione di desideri altrui.

Si assista ad un mercato mondiale che sfrutta le vulnerabilità per le esigenze individuali in veste di libertà riproduttiva ed è sorretto da una sempre più pressante campagna pubblicitaria sui mezzi di comunicazione in merito alle cliniche e alle agenzie che promettono risultati certi (per i committenti) e guadagni facili (per la madre genetica e/o gestazionale¹⁰⁸), con immagini e foto dei bambini e relativo tariffario.

Gli annunci pubblicitari per la “donazione” di ovociti, ad esempio, raggiungono le giovani donne attraverso messaggi filantropici che attraggono le ragazze non solo per denaro, ma anche con la persuasione che tale pratica sia doverosa nei confronti di donne meno fortunate.

Il coinvolgimento di queste “donatrici” avviene senza sorveglianza né regole, senza alcun esame preventivo per accertare eventuali patologie preesistenti e i rischi per la loro salute, o per la stessa vita¹⁰⁹, tanto che la letteratura internazionale ha sollecitato a più riprese un regolare approfondimento degli aspetti legali dell'intero fenomeno¹¹⁰.

Difficile prevedere in quale modo possano queste donne rapportarsi al pensiero di avere un figlio biologico in qualche parte del mondo o anche nella casa a fianco: depressione, disturbo post traumatico, patologie psicosomatiche, sono solo alcune delle possibili problematicità che in donatrici maggiormente sensibili si potranno riscontrare.

L'ultima frontiera di questo mercato, in ordine temporale, è costituita dal proliferare di specifici gruppi sui *social*¹¹¹, in cui si può scrivere o rispondere ad inserzioni e ricevere risposte immediate, senza alcun filtro.

Analogamente, si moltiplicano le applicazioni scaricabili direttamente sul proprio cellulare, per facilitare la ricerca di venditori di sperma, di ovociti e di donne intenzionate ad affittare il proprio utero¹¹².

Il CSB esprime profonda preoccupazione per l'utilizzo di tali vetrine commerciali e per le conseguenze di tali operazioni commerciali, nelle quali gli attori dimostrano mancanza di

¹⁰⁸ Per le definizioni si rimanda all'**Allegato 5: “Glossario”**.

¹⁰⁹ I contatti iniziali si tengono tramite internet o telefonicamente e nella maggior parte dei casi viene recapitato a domicilio un Kit con istruzioni dettagliate alle quali le “donatrici” si devono attenere scrupolosamente, per cominciare ad assumere gli ormoni che stimolano le ovaie. Non essendo volutamente previsto alcun monitoraggio, non vi sono dati disponibili sulle conseguenze per la salute di queste donne.

¹¹⁰ Drabiak K et al. *Ethics, Law, and Commercial Surrogacy: A Call for Uniformity*. J Law Med Ethics Summer 2007;35(2):300-9.; James S et al. *Avoiding legal pitfalls in surrogacy arrangements*. Reproductive BioMedicine Online (2010) 21, 862– 867; Casella C et al. *Ethical and legal issues in gestational surrogacy*. Open Med. 2018; 13: 119-121.; Crocchin SL et al. *Legal principles and essential surrogacy cases every practitioner should know*. Fertil Steril. 2020 May;113(5):908-915.; González NI. *Legal and ethical issues in cross-border gestational surrogacy*. Fertil Steril. 2020 May;113(5):916-919.

¹¹¹ Si citano, a mò di esempio, alcuni gruppi presenti, ad oggi, su Facebook, tra cui *Usa Sperm donation* (con oltre 18mila iscritti), *Sperm Donation USA* (con 15 mila iscritti), *Surrogate mothers provider* (9mila iscritti).

¹¹² Si cita, a mò di esempio, l'app denominata *Just a baby*, le cui parole chiave sono *swipe-match-connect* e il cui nome (“è solo un bambino”) sottolinea l'assoluta reificazione del bambino e l'intento puramente commerciale delle operazioni. Su tali applicazioni le parti interessate possono scorrere foto e profili per trovare la persona adatta alle proprie esigenze, anche alla giusta distanza dalla propria abitazione, dal momento che, tra i filtri applicabili alla ricerca, vi è anche quello che permette di individuare la distanza massima dalla propria abitazione.

consapevolezza e rifiuto di qualsiasi forma di responsabilità nei confronti di azioni finalizzate alla nascita di un essere umano.

Eppure, si assiste ad una tacita accettazione di questo mercato da una parte sempre più numerosa dell'opinione pubblica, condizionata da un costante e mendace *battage* pubblicitario che sta inducendo progressivamente a considerare normale, e anzi meritorio, ciò che è inammissibile in ambito biogiuridico.

MATERNITÀ SURROGATA COME VIOLAZIONE DEI DIRITTI UMANI

La pratica della maternità surrogata è riconosciuta in maniera sempre più diffusa e trasversale come una grave violazione dei diritti umani.

La richiesta agli Stati Membri dell'UE di riconoscere «*il grave problema della maternità surrogata, che costituisce uno sfruttamento del corpo e degli organi riproduttivi femminili*» parte dal Parlamento Europeo, con la **Risoluzione del 2011** in materia di lotta alla violenza contro le donne¹¹³, e prosegue nel 2015 con la forte «*condanna (del)la pratica della surrogazione, che compromette la dignità umana della donna dal momento che il suo corpo e le sue funzioni riproduttive sono usati come una merce; ritiene che la pratica della gestazione surrogata che prevede lo sfruttamento riproduttivo e l'uso del corpo umano per un ritorno economico o di altro genere, in particolare nel caso delle donne vulnerabili nei paesi in via di sviluppo, debba essere proibita e trattata come questione urgente negli strumenti per i diritti umani*»¹¹⁴.

A ribadire tale condanna, nel 2016 l'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa ha bocciato anche il Rapporto della Commissione Affari Sociali¹¹⁵ in cui si raccomandava l'elaborazione di Linee Guida per la salvaguardia dei diritti del bambino in caso di convenzioni relative alla maternità surrogata, per evitare il rischio di legittimare tale pratica anche solo suggerendo indicazioni per proteggere i bambini nati con questa tecnica.

Tuttavia, nel diritto internazionale ed europeo non è prevista alcuna disposizione giuridica che vieti in maniera universale la maternità surrogata; le tipologie di maternità surrogata riconosciute variano da Paese a Paese, i legislatori europei hanno competenze limitate in materia di diritto di famiglia e non esistono regolamenti internazionali o *standard* minimi che gli Stati sono tenuti a rispettare.

Pertanto, proprio nell'ambito della tutela dei diritti umani, si stanno moltiplicando appelli e petizioni alle Istituzioni Internazionali da parte di organismi e gruppi per la messa al bando della maternità

¹¹³ [Risoluzione del Parlamento europeo del 5 aprile 2011 sulle priorità e sulla definizione di un nuovo quadro politico dell'UE in materia di lotta alla violenza contro le donne](#), art. 20.

¹¹⁴ [Risoluzione del Parlamento europeo del 17 dicembre 2015 sulla relazione annuale sui diritti umani e la democrazia nel mondo nel 2014 e sulla politica dell'Unione europea in materia](#), art. 115.

¹¹⁵ *Diritti umani e questioni etiche legate alla maternità surrogata* (o *Rapporto De Sutter*, dal nome della relatrice, la ginecologa belga Petra De Sutter).

surrogata^{116,117}, a partire dal Consiglio d'Europa, in cui tutti gli Stati membri hanno ratificato la [Convenzione Internazionale ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza](#), impegnandosi, di conseguenza, a salvaguardare i diritti dei bambini e a non avallare nuove forme di sfruttamento e di alienazione.

Le numerose petizioni presentate a livello mondiale individuano alcuni elementi che caratterizzano la maternità surrogata e che sono stati illustrati in una recente conferenza internazionale¹¹⁸:

- **Potere.** Esso è esercitato da alcune persone (i committenti) su altre (le surroganti) secondo una logica di eugenetica nella scelta dei bambini da acquistare.
- **Classismo.** La maternità surrogata è consentita alle classi sociali più abbienti¹¹⁹.
- **Razzismo.** I Paesi in cui è consentita la pratica si collocano per lo più nel Sud-Est asiatico¹²⁰ e coinvolgono donne povere, ritenute inferiori¹²¹. Negli Stati degli USA in cui è consentita la maternità surrogata, le donne surroganti sono per lo più afroamericane e ispaniche, o, se di razza caucasica, molto spesso povere¹²².
- **Abilismo.** La maternità surrogata consente ai committenti, da contratto, di specificare le caratteristiche genetiche del bambino, richiedendo la riduzione fetale o l'aborto nei casi di disabilità. Si tratta di una deriva eugenetica che porta alla cancellazione dei bambini ritenuti "imperfetti"¹²³.
- **Misoginia.** I rischi e le conseguenze della maternità surrogata ricadono esclusivamente sulle donne¹²⁴: la donatrice di ovociti, la surrogante, la committente.
- **Diritti.** In contrapposizione ad un reclamato diritto ad avere un figlio, vi è la violazione dei diritti delle donne spinte a mercificare il proprio corpo per necessità, i diritti dei bambini con

¹¹⁶ Più di 54 associazioni femministe e di difesa dei diritti umani hanno preso posizione per l'abolizione della maternità surrogata in Europa e nel mondo ([qui la lista](#)). Tra le altre, si citano: <http://www.abolition-gpa.org> (CoRP - Collectif pour le Respect de la Personne); [Appel à rassemblement pour l'abolition de la GPA devant le Conseil de l'Europe](#), 21 sept. 2016 (C.L.F. – Coordination Lesbienne en France); *Stop Surrogacy Now* (associazione nata negli USA che riunisce oltre 160 personalità e associazioni appartenenti a 18 Paesi del mondo, di differente appartenenza etnica, religiosa e culturale, che si oppone allo sfruttamento delle donne e al traffico dei bambini attraverso la maternità surrogata) promuove la petizione internazionale per ottenere il divieto globale della maternità surrogata: <https://www.stopsurrogacynow.com/>

¹¹⁷ Dal 2015, il Consiglio per gli Affari Generali e la Politica della Conferenza dell'Aja ha istituito un gruppo di esperti per studiare le questioni di diritto internazionale privato in relazione agli accordi commerciali della maternità surrogata riguardanti la genitorialità legale dei minori nei rapporti tra i diversi Paesi. Il Report è disponibile all'indirizzo: [2019: Report of the October/November 2019 meeting of the Experts' Group on Parentage / Surrogacy \(6th meeting\)](#). Nel 2019 *StopSurrogacyNow* ha presentato una [Dichiarazione](#) al relatore speciale delle Nazioni Unite sulla vendita e lo sfruttamento sessuale dei minori per chiedere la messa al bando della maternità surrogata in quanto si configura come un abuso dei diritti umani delle donne e dei bambini.

¹¹⁸ [Broken Bonds and Big Money: an International Conference on Surrogacy](#). 15-16 Marzo 2019. Melbourne, Australia.

¹¹⁹ Nei documenti alla base delle petizioni si citano, come esempi di potere e classismo, i casi di personaggi noti e del mondo dello spettacolo, che possono ottenere uno o più figli a fronte di ingenti somme di denaro.

¹²⁰ Saravanan S. *A Transnational Feminist View of Surrogacy Biomarkets in India*. 2018. DOI: 10.1007/978-981-10-6869-0.

¹²¹ Lahl J. *Gestational Surrogacy Concerns: The American Landscape*. In E. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice and Policy Issues* (pp. 287-295). Cambridge: Cambridge University Press. 2016. doi:10.1017/CBO9781316282618.038.

¹²² Ibidem.

¹²³ Esemplificativo il caso di baby Gammy del 2014, nato in Thailandia con maternità surrogata, insieme ad una sorella gemella. I genitori committenti australiani hanno preso con loro solo la sorella Pipah, rifiutando Gammy perché affetto da sindrome di Down, che vive con la madre surrogante (<http://www.asianews.it/notizie-it/La-gemella-di-baby-Gammy-rimarr%C3%A0-in-Australia.-Anche-se-il-padre-ha-trascorsi-da-pedofilo-37235.html>. <https://www.abc.net.au/news/2017-06-29/baby-gammy-starts-kinder-amid-tensions-over-donations/8585596>). A seguito di questi casi, il 30 luglio 2015 la Thailandia ha varato l'"[Act to Protect Babies Born through Assisted Reproductive Technologies](#)". [Anche in Australia, dove è permessa solo la maternità surrogata no-profit, è in atto un dibattito sulle implicazioni di tale pratica \(si veda il Full Report 2016 e l'Inchiesta per la proposta di emendamento alla legge sulla maternità surrogata\)](#).

¹²⁴ Il sostegno alla maternità surrogata non è coerente con i principi femministi in quanto, nell'affittare il proprio utero, la donna rinuncia ai propri diritti riproduttivi e non vi è nulla di progressivo nello sfruttamento della donna sulla base di povertà, etnia, sesso o disabilità. Per i rischi delle donne coinvolte nella maternità surrogata si rimanda ai paragrafi "I rischi per la madre surrogante" e "Maternità surrogata come sfruttamento della donna".

disabilità rifiutati per una differente visione della perfezione, i diritti dei bambini rifiutati o abortiti (e della madre surrogata che al momento si opponga all'aborto) su richiesta dei committenti, i diritti dei bambini a non essere mercificati, a conoscere le proprie origini, ad essere allevati dai propri genitori e a non subire i traumi di una deliberata e immediata interruzione del rapporto materno-infantile.

Alla base della giustificazione della maternità surrogata si pone un ipotetico **“diritto alla filiazione”**, profondamente differente dal **“diritto alla procreazione”**: quest'ultimo, infatti, si configura come un diritto naturale dell'uomo, intangibile anche dalle norme¹²⁵.

Il **“diritto alla filiazione”** o **“diritto al figlio”**, al contrario, non è configurabile, in quanto si tratta di un evento imponderabile, correlato a condizioni biologiche, che, anche nel caso in cui fosse ipotizzabile, avendo come oggetto il figlio stesso, configurerebbe una contraddizione giuridica, perché nel configurare il nascituro come **“oggetto di diritto”**, violerebbe di fatto per quest'ultimo lo *status* giuridico di **“soggetto di diritto”**.

Se, infatti, la libertà di dare la vita si traduce nel riconoscimento di un diritto assoluto di essere genitori, il figlio degrada inevitabilmente a oggetto di un bisogno individuale degli adulti e il profondo significato dell'essere-persona è irrimediabilmente compromesso.

Paradossalmente, proprio nell'epoca che reclama nuovi diritti individuali, si assiste al ridimensionamento dell'essere umano al rango di bene di consumo, privato di quello più elementare: essere voluto e accolto come un dono e non acquistato attraverso le clausole di un contratto.

Con la maternità surrogata si configura una nuova generazione di bambini concepiti per essere portati via alla nascita, con una ricaduta in termini di sviluppo psico-affettivo e fisico della quale si cominciano a raccogliere in letteratura i primi dati oggettivi¹²⁶.

Pertanto, il profondo desiderio di genitorialità trova nei diritti umani la guida per identificare i propri stessi limiti come grave forma di sfruttamento della donna e del bambino e palese violazione del divieto di mercificazione del corpo umano¹²⁷.

¹²⁵ Si pensi, ad es., alle leggi che impongono il numero massimo di figli consentiti ad una coppia.

¹²⁶ Australian Human Rights Commission, *Bringing them home: The “Stolen Children” report*. 1997. Julia Gillard on behalf of Australian Government, *National Apology for Forced Adoptions*. 2013.

¹²⁷ Tra i principali documenti internazionali con i quali entra in conflitto con la maternità surrogata si citano:

- [Convenzione di Oviedo](#) (1997). Capitolo VII – Divieto del profitto e utilizzazione di una parte del corpo umano. Articolo 21: “Divieto del profitto”: *Il corpo umano e le sue parti non debbono essere, in quanto tali, fonte di profitto.*
- [Convenzione Onu sui Diritti dell'infanzia e dell'Adolescenza](#) (1989) Art.9: 1). *Gli Stati parti vigilano affinché il fanciullo non sia separato dai suoi genitori contro la loro volontà a meno che le autorità competenti non decidano, sotto riserva di revisione giudiziaria e conformemente con le leggi di procedura applicabili, che questa separazione è necessaria nell'interesse preminente del fanciullo. (...) 3) Gli Stati parti rispettano il diritto del fanciullo separato da entrambi i genitori o da uno di essi, di intrattenere regolarmente rapporti personali e contatti diretti con entrambi i suoi genitori, a meno che ciò non sia contrario all'interesse preminente del fanciullo.* Art. 24 e): *Fare in modo che tutti i gruppi della società, in particolare i genitori e i minori, ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore sui vantaggi dell'allattamento al seno (...) Art. 35: Gli Stati parti adottano ogni adeguato provvedimento a livello nazionale, bilaterale e multilaterale per impedire il rapimento, la vendita o la tratta di fanciulli per qualunque fine e sotto qualsiasi forma.*
- [Convenzione ONU sulla Schiavitù](#) (1926). Art. 1: *la schiavitù è lo stato o la condizione di un individuo sul quale si esercitano gli attributi del diritto di proprietà o taluni di essi.*
- [Carta Europea dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea](#) (o Carta di Nizza. 2000). Art. 3 (Diritto all'integrità della persona): 2. c) *divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro.*
- [Dichiarazione Universale sulla Bioetica e i Diritti Umani, UNESCO](#), 2005. Art. 3: “Dignità umana e diritti umani”. *1) La dignità umana, i diritti umani e le libertà fondamentali devono essere pienamente rispettate.*

Tale forma di sfruttamento conserva la sua inammissibilità anche nei casi in cui si voglia attribuire a tale pratica la caratteristica della solidarietà gratuita¹²⁸.

Dietro l'apparente gesto di solidarietà per chi desidera un figlio, l'utero in affitto rappresenta in molti Paesi, specie in quelli più poveri, una piaga sociale che pervade le famiglie e i legami sociali¹²⁹.

Né è ammissibile, infatti, invocare il **principio di autonomia** alla base di una scelta compiuta a seguito di povertà, coercizione o violenza o come forma di sopravvivenza, in quanto i diritti umani implicano il rispetto della dignità di ciascun essere umano.

Infine, la pratica della maternità surrogata viola il **principio terapeutico** fondante l'etica medica, che si declina in una imprescindibile **valutazione del rapporto tra rischi e benefici**, sulla quale si basano sia la pratica sia la sperimentazione clinica e che rende lecito un intervento se, a fronte di rischi prevedibili, comporta un beneficio per la salute e per la vita della persona coinvolta maggiore rispetto ai danni comportati dall'eventuale realizzazione dei rischi stessi.

Nel caso della maternità surrogata, infatti, la madre genetica e la madre surrogante sono coinvolte in pratiche mediche che hanno una finalità esclusivamente economica e non terapeutica, a fronte dei numerosi rischi per la salute e la vita stessa derivanti dai trattamenti sanitari previsti.

Nelle sperimentazioni cliniche i soggetti devono essere resi edotti in modo dettagliato e veritiero dei rischi prevedibili e dei benefici attesi per poter fornire e ritirare in qualunque momento e senza alcuna conseguenza o rivalsa un libero e consapevole consenso informato¹³⁰; tutti gli interventi sull'uomo devono aver superato specifiche prove precliniche che ne supportino la sicurezza; sono garantiti elevati standard per la tutela della riservatezza di ogni persona arruolata; non sono ammessi incentivi economici tranne che per i volontari sani che, comunque, non devono eccedere importi destinati alla copertura delle spese¹³¹.

A garanzia di tutela dei partecipanti, infine, ogni sperimentazione deve essere preventivamente valutata e approvata da appositi Comitati Etici.

-
- [Convenzione sui diritti delle persone con disabilità -CRPD](#) (ONU 2006): art. 7 2. *In tutte le azioni concernenti i minori con disabilità, il superiore interesse del minore costituisce la considerazione preminente.* Art. 16 1. *Gli Stati Parti adottano tutte le misure legislative, amministrative, sociali, educative e di altra natura adeguate a proteggere le persone con disabilità, all'interno e all'esterno della loro dimora, contro ogni forma di sfruttamento, di violenza e di abuso, compresi gli aspetti di genere.* Art. 17 *Ogni persona con disabilità ha diritto al rispetto della propria integrità fisica e mentale su base di uguaglianza con gli altri.* Art. 23 4. *Gli Stati Parti devono garantire che un minore non sia separato dai propri genitori contro la sua volontà, a meno che le autorità competenti, soggette a verifica giurisdizionale, non decidano, conformemente alla legge e alle procedure applicabili, che tale separazione è necessaria nel superiore interesse del minore. In nessun caso un minore deve essere separato dai suoi genitori in ragione della propria disabilità o di quella di uno o di entrambi i genitori.* Art. 18 2. *I minori con disabilità devono essere registrati immediatamente dopo la nascita e hanno diritto sin dalla nascita a un nome, al diritto di acquisire una cittadinanza, e, per quanto possibile, al diritto di conoscere i propri genitori e di essere da questi allevati.*

¹²⁸ Solidarietà che viene dichiarata gratuita ma che, spesso, nei contratti cela una retribuzione sotto le voci dei rimborsi spese e della copertura delle spese mediche e che rappresentano comunque un vantaggio economico per chi li riceve (la gestante e le cliniche della fecondità).

¹²⁹ La denuncia della violazione dei diritti umani delle donne surroganti e dei bambini è sempre più ricorrente in Ucraina, da parte dell'Ombudswoman per i diritti dell'infanzia, Lyudmila Denisova, del Presidente della Commissione per i diritti dell'infanzia, Mykola Kuleba e delle parlamentari europee *u c r a i n e*.

¹³⁰ Dal **Codice di Norimberga** (1946) tale consenso informato, consapevole e scevro da ogni forma di coartazione, è ritenuto il primo requisito per una sperimentazione eticamente accettabile.

¹³¹ Al contrario, una madre surrogante può guadagnare fino a £ 30.000 – \$ 40.000 che possono aumentare per ulteriori gravidanze surrogate o se è disposta a portare in utero più embrioni. (Si rimanda, come esempio, al seguente sito: <https://www.westcoastsurrogacy.com/surrogate-program-for-intended-parents/surrogate-mother-cost#:~:text=The%20average%20cost%20of%20surrogacy,cost%20may%20be%20slightly%20higher>).

Nella maternità surrogata non viene applicato nessuno di tali principi.

La maternità surrogata non può essere considerata una cura per l'infertilità, in quanto, anche ove questa derivasse da una patologia, la nascita di un bambino attraverso tale pratica non avviene a seguito di una terapia, né conduce alla guarigione del soggetto patologicamente non fertile.

La maternità surrogata non trova termini di paragone neppure con i trapianti d'organo poiché per i donatori non è mai ammesso ricevere alcuna forma di compensazione economica: la proibizione assoluta della compravendita degli organi e del corpo umano è garanzia di tutela della vita e della salute per chi versa in condizioni di povertà o di bisogno, per le quali nessun consenso informato potrà mai dare un carattere di legalità o di eticità.

Analogamente, la maternità surrogata non può essere paragonabile all'adozione. Quest'ultima, infatti, dona una nuova famiglia a un bambino che è già nato e che non ha la possibilità di essere allevato ed educato da quella biologica, mentre la maternità surrogata prevede sin dall'inizio l'abbandono del bambino e, come diretta conseguenza, impedisce alla surrogante di esercitare ogni diritto, in qualsiasi momento successivo.

Le pratiche di maternità surrogata non permettono di controllare se il neonato, soprattutto un neonato con disabilità, sia registrato immediatamente dopo la nascita e abbia diritto sin dalla nascita a un nome, al diritto di acquisire una cittadinanza, e, per quanto possibile, al diritto di conoscere i propri genitori e di essere da questi allevati.

La giurisprudenza e la bioetica nascono per tutelare chi non può difendersi perché più vulnerabile e ha bisogno che altri facciano valere i suoi diritti.

La maternità surrogata, al contrario, per i più deboli cancella persino i diritti fondamentali (alla salute e alla vita del bambino e della donna surrogante), prevaricati e annullati dalla forza dei desideri, tramutati in diritti, e imposti con la forza del denaro.

MATERNITÀ SURROGATA COME SFRUTTAMENTO DELLA DONNA

La maternità surrogata è basata sullo sfruttamento del corpo della donna mediante transazioni inique che comportano scarsa remunerazione, coercizione, insufficienza di assistenza medica nonché gravi rischi per la salute, a breve e lungo termine per chi accetta firmando un "consenso informato" fittizio perché per lo più parzialmente o del tutto disinformato¹³².

I dati pubblicamente disponibili sulla maternità surrogata sono pochi e non permettono di fotografare lo stato della tecnica in merito alla quantità delle gestazioni per altri, al numero di donne surroganti, al numero di gravidanze surrogate ripetute dalla stessa donna, al numero di bambini portati contemporaneamente in grembo da una donna e nati e al numero di abbandoni di questi ultimi, o anche alle modalità con le quali i bambini, crescendo, affrontano psicologicamente, socialmente e fisicamente la loro condizione di prodotti della maternità surrogata.

¹³² Orfali K, Chiappori PA. *Transnational Gestational Surrogacy: Exploitative or Empowering?* Am J Bioethics, 14: 33–50, 2014.

Tuttavia, dagli studi che cominciano ad essere pubblicati, emerge chiaramente la stretta connessione tra povertà, genere, violazioni dei diritti umani e indegnità nel mercato della maternità surrogata¹³³.

In alcuni Paesi in via di sviluppo, le biotecnologie creano "oggetti riproduttivi" di determinati corpi femminili promuovendo un'immagine di libertà assoluta che, in realtà, occulta una grave forma di "ingiustizia riproduttiva"¹³⁴.

Dalle testimonianze documentate¹³⁵, emerge come, in molti di questi Paesi, anche quelli in cui è stato introdotto il divieto o la limitazione alla maternità surrogata, continuano a perpetrarsi gravi violazioni dei diritti umani e dell'etica medica, poiché molte delle donne che accettano di diventare madri surroganti sono detenute nelle cliniche contro la loro volontà, con restrizioni nelle abitudini personali e alimentari, subiscono il trasferimento fino a cinque embrioni in utero con conseguenti aborti selettivi imposti dalle preferenze dei "genitori designati", pena l'abbandono del bimbo nato "imperfetto" alla madre surrogante, ancora bisognosa di denaro e con un figlio che spesso necessita di cure particolari e costose¹³⁶.

Si assiste anche a casi di trasferimento simultaneo di embrioni in due madri surroganti per gli stessi clienti, al fine di aumentare la percentuale di "successo" per i "genitori intenzionali" o "committenti", che pagano l'una o l'altra, in base ai "risultati".

Le donne vengono selezionate in base alla loro classe, età, colore della pelle, religione e casta; la retribuzione, poi, varia in base alle suddette categorie.

I Paesi che hanno proceduto a vietare o limitare tale pratica hanno registrato morti di madri e donatrici di ovociti, battaglie per l'affidamento dei piccoli e/o per l'abbandono di quelli con disabilità e non desiderati, sfruttamento delle donne attraverso le stesse reti illegali che trafficano ragazze per la prostituzione.

Anche nella sua versione "altruistica", in contesti patriarcali, tale pratica viene imposta alle donne attraverso la persuasione familiare.

Per tale insieme di motivazioni, sta diventando sempre più trasversale la richiesta di vietare la maternità surrogata come violazione universale dei diritti umani in termini di giustizia riproduttiva e si sta addirittura sviluppando la tecnica chirurgica del trapianto uterino, estremamente difficoltoso sotto il profilo tecnico, non solo da cadavere, ma ancor più da donatore vivente.

In merito a tale ultima soluzione alcuni autori ritengono accettabile la scelta di una donatrice consanguinea che già abbia avuto figli e decida autonomamente in senso veramente altruistico; il rischio chirurgico, di per sé mai nullo, e quello gravidico (per la madre e per il feto) legato, tra l'altro

¹³³ Tra questi studi e indagini si segnalano: Saravan S. *A Transnational Feminist View of Surrogacy Biomarkets in India*. Springer Singapore, 2018. Bindel J, *Outsourcing pregnancy: a visit to India's surrogacy clinics*. The Guardian, 1 aprile 2016. Rose K, *Book Review: Surrogacy: A Human Rights Violation by Renate Klein. Dignity: A Journal of Analysis of Exploitation and Violence*. 2018. Vol. 3: Iss. 1, Article 6. DOI: 10.23860/dignity.2018.03.01.06

¹³⁴ Tra i Paesi in Via di Sviluppo che hanno limitato o proposto il divieto della maternità surrogata commerciale dopo aver registrato numerose violazioni dei diritti umani si collocano Nepal, India, Thailandia, Messico e Cambogia. Tra i nuovi Paesi in Via di Sviluppo che praticano questa tecnica si annoverano Malesia, Kenya, Nigeria, Ghana, Sud Africa, Argentina e Guatemala.

¹³⁵ [Broken Bonds and Big Money International Conference on Surrogacy](#). Melbourne, 15-16 marzo 2019.

¹³⁶ Frydman T. *Surrogacy: yes or no?* <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.04.017>;

alla proposta terapia immunosoppressiva, oltre a richiedere essi stessi ulteriori specifiche riflessioni di ordine bioetico, suggeriscono al momento estrema prudenza¹³⁷.

In una prospettiva bioetica, quindi, **la maternità surrogata viola il principio di giustizia e di equo accesso alle cure e alla salute** riproduttiva.

Tale pratica, tuttavia, non è ammessa solo nei Paesi più poveri, ma è permessa anche in alcuni Paesi più ricchi e sviluppati¹³⁸, dove la donna può essere coinvolta o per motivi economici o per un sentimento di compassione nei confronti di chi, pur desiderandolo, non può generare il proprio figlio.

In entrambe i casi, però, il consenso espresso non è scevro da quelle coartazioni che inficiano la piena libertà della decisione: in un caso vi è lo stato di bisogno economico, senza il quale la donna non si sottoporrebbe ai rischi della procedura, nell'altro caso vi è un'errata prospettiva di compiere un gesto altruistico, un atto di solidarietà, senza avere la piena consapevolezza di tutte le implicazioni psicologiche e fisiche che l'evento comporta sia per la madre surrogante sia per il nascituro.

Con tali presupposti, pertanto, si concretizza una **violazione del principio di autonomia**, che è necessariamente alla base di un consenso realmente informato libero, consapevole e scevro da ogni coartazione psicologica ed economica, da cui deriva ogni scelta realmente autonoma.

In ogni caso, l'essenza della surrogazione resta la trasformazione del corpo della donna in uno strumento per ottenere un duplice scopo: la realizzazione di un desiderio di genitorialità per altri e il guadagno economico per chi gestisce tale settore della fertilità.

È bene sottolineare come in ogni caso e in ogni Paese, il rapporto tra i genitori committenti e le madri surroganti è spesso inesistente e si interrompe del tutto alla nascita, quando ad alcune donne è persino proibito di vedere il volto dei bambini, mentre ad altre è richiesto di allattare il neonato fino al ritiro da parte dei "genitori designati".

La separazione del bambino dalla madre surrogata deve avvenire il prima possibile, per evitare che sviluppi quell'attaccamento studiato da intere generazioni di psicologi dell'età evolutiva e psichiatri infantili che hanno prodotto studi e dimostrato quanto sia fondamentale per un adeguato sviluppo psico-affettivo e cognitivo del bambino e del futuro adulto.

Infine, va segnalato che anche la madre committente può, a distanza di tempo, manifestare squilibri psicoaffettivi, derivanti da un senso di colpa, frustrazione e inadeguatezza che potrebbe originare risentimento non solo verso la madre surrogante, ma anche verso lo stesso bambino.

¹³⁷ Grynberg M et al. *Uterine transplantation: a promising surrogate to surrogacy?* Ann. N.Y. Acad. Sci. 1221 (2011) 47–53.; Robertson JA. *Other women's wombs: uterus transplants and gestational surrogacy.* J Law Biosci, 2016 Mar 21;3(1):68-86.; Brännström M et al. *Uterus Transplantation: A Rapidly Expanding Field.* Transplantation 2018;102: 569–577.

¹³⁸ Per l'elenco dei Paesi in cui è consentita la maternità surrogata si veda Piersanti V, Consalvo F, Signore F, Del Rio, A, Zaami S. *Surrogacy and "Procreative Tourism". What Does the Future Hold from the Ethical and Legal Perspectives?* Medicina 2021, 57, 47. <https://doi.org/10.3390/medicina57010047>

IL CONTRATTO DI MATERNITÀ SURROGATA E IL SUO REALE OGGETTO

Qualsiasi regolamentazione normativa che disciplini i contratti di maternità surrogata non potrà eludere gli abusi a danno delle donne surroganti.

Nei modelli contrattuali pubblicamente disponibili¹³⁹, emergono alcune caratteristiche comuni che privano la donna surrogante di ogni diritto sul bambino¹⁴⁰, il reale oggetto del contratto, la cui vendita o cessione, però, viene esplicitamente negata perché in palese violazione delle norme di qualsiasi Stato¹⁴¹, di ogni Trattato internazionale dei diritti umani, e soprattutto del [Protocollo facoltativo alla Convenzione sui diritti del fanciullo concernente la vendita di fanciulli, la prostituzione infantile e la pedopornografia](#)¹⁴².

Tra le clausole più preoccupanti, spiccano quelle che dettagliano i *desiderata* dei committenti, che possono controllare nei minimi particolari la vita privata della surrogante fino al momento della nascita, tra cui l'esercizio fisico, lo stile di vita, la dieta, i viaggi, in alcuni casi chiedendo alla donna e al suo eventuale marito un impegno esplicito a non instaurare alcuna relazione genitoriale con il bambino.

I contratti dettagliano anche la sfera della vita sessuale della donna, costituendo una grave violazione del diritto personalissimo alla sessualità, impegnando la surrogante a non avere alcun rapporto sessuale o intimo con alcuno, oppure ad averne solo con il partner che si sottoponga a determinati test medici e dopo l'approvazione dei committenti.

Tali contratti, inoltre, permettono una costante violazione di tutte le norme sulla riservatezza in merito alle informazioni sulla salute personale, sia fisica sia psicologica, della donna surrogante, con l'accesso diretto dei committenti a tutte le cartelle cliniche della stessa, anche negli Stati nei quali vige una rigorosa normativa in materia.

Un'ulteriore clausola ricorrente riguarda la risoluzione del contratto e il diritto assoluto dei committenti di richiedere l'aborto senza dover addurre giustificazioni. Tale diritto può essere esercitato anche per la selezione del sesso e, più frequentemente, in caso di anomalie genetiche o malformazioni del nascituro e in caso di embrioni soprannumerari.

In caso di esito infausto o fatale della gravidanza, ai committenti è riservato il diritto di decidere sulla possibilità di tenere in vita la donna (ove fosse dipendente da una macchina per le funzioni vitali) per tutto il tempo necessario al feto per avere la necessaria possibilità di sopravvivere,

¹³⁹ Si fa riferimento, a mo' di esempio, al modello di contratto vigente nello Stato della California. Allen AA. *Surrogacy and Limitations to Freedom of Contract: Toward Being More Fully Human*. *Harvard Journal of Law & Public Policy*, 2018.

¹⁴⁰ In nessun modulo compare il termine "madre" e la surrogante deve dichiarare di essere pienamente informata e che non intende far valere alcun diritto genitoriale; deve acconsentire a sottoporsi ai numerosi test e screening medici e psicologici.

¹⁴¹ Sempre nell'esempio della California, le sezioni 181 e 273 del Codice penale vietano la vendita di bambini o la coercizione a consegnare ad altri il proprio figlio.

¹⁴² [Protocollo facoltativo alla Convenzione sui diritti del fanciullo concernente la vendita di fanciulli, la prostituzione infantile e la pedopornografia](#), (concluso nel 2000 e approvato dall'Assemblea federale nel 2006). Art. 1: *Gli Stati parti vietano la vendita di fanciulli, la prostituzione infantile e la pedopornografia conformemente alle disposizioni del presente Protocollo. Art. 2 Ai fini del presente Protocollo si intende: a) Per «vendita di fanciulli»: qualsiasi atto o transazione che implica il trasferimento di un fanciullo da una persona o da un gruppo di persone a un'altra persona o a un altro gruppo di persone contro pagamento o qualsiasi altra forma di prestazione.*

lasciando alla famiglia il diritto di decidere in merito ad ogni altro intervento sulla donna solo dopo la nascita del bambino.

Nel caso in cui violasse il contratto, in tutto o in parte, la donna è tenuta a restituire ogni pagamento ricevuto e a risarcire tutti i danni¹⁴³.

Ne consegue che il contratto per la maternità surrogata riguarda due oggetti, più precisamente, due soggetti che vengono, di fatto, reificati: l'intero corpo della donna per tutta la durata della gravidanza, che diventa un incubatore, e il bambino, che diventa oggetto di compravendita o di "donazione".

Il bambino, pertanto, diventa un bene "disponibile" prima (attraverso il diritto alla selezione o soppressione) e dopo la nascita (attraverso il suo "trasferimento" da chi lo ha concepito, da chi lo ha portato in grembo a chi lo ha commissionato¹⁴⁴), senza alcuna forma di tutela giuridica e in balia dei *desiderata* dei committenti che, di fatto, decidono della sua vita o della sua morte.

Quanto appena descritto, poi, si inserisce in un difficile intreccio di bagagli culturali diversi fra madre surrogata e surrogante che, spesso, condizionano l'intero rapporto, al di là degli stessi complessi aspetti contrattuali sui quali questo, ad un osservatore razionale e "neutrale" perché non direttamente implicato nelle sofferte scelte delle due madri e quindi emotivamente equidistante e distaccato, sembra potersi basare.

Esistono infatti valori che informano l'esistenza di ognuna delle due donne condizionandone pensieri e scelte, e vanno ben al di là del semplice dato scientifico e non permettono, quindi, di districare fra loro gli aspetti culturali e ideologici che sottintendono ai concetti di maternità, genitorialità, parentela, diritti, giustizia, correttezza, eguaglianza, libera scelta e doveri contrattuali sottoscritti con un'agenzia¹⁴⁵.

¹⁴³ Tra questi sono espressamente indicati i danni per la violazione dell'accordo, il risarcimento dei costi delle tecniche di procreazione assistita, delle commissioni degli intermediari, dei farmaci e delle spese dei viaggi, nonché tutti i costi da sostenere per la cura e la crescita del bambino fino al raggiungimento della maggiore età.

¹⁴⁴ Il bambino potrà arrivare ad avere fino a cinque "genitori", dei quali nessuno lo è pienamente, in senso proprio: i genitori "intenzionali", i genitori biologici dai quali provengono l'ovulo fecondato e lo spermatozoo che lo ha fecondato e la madre surrogante che lo ha generato. Vi sono anche casi in cui i committenti possono ordinare gemelli nati con due padri diversi (<https://www.dailymail.co.uk/femail/article-6636879/Baby-twins-two-DIFFERENT-fathers.html>).

¹⁴⁵ Ciò emerge chiaramente da un'interessante disamina del problema recentemente pubblicata da autori svedesi e lettoni (Payne JG et al. *Surrogacy relationships: a critical interpretative review*. UPSALA J MED SCI 125: 183–191, 2020) che ha avuto, fra l'altro, l'abilità di semplificare tale quadro particolarmente articolato riassumendolo nella tabella seguente:

RAPPORTO	CONTATTO	ASPETTATIVE	COMPENSO	CONTATTO
Aperto	Regolare, premuroso, intenso, spontaneo, basato su ripetuti incontri di persona, senza, o quasi, l'intervento di intermediari.	Soddisfatte da entrambe le parti	Scambio di emozioni (affetto, solidarietà, esperienze, gioia, amicizia) oltre che regali o denaro	Soprattutto (ma non solo) in assenza di squilibri di potere.
Rigido	Contatti assenti o rari, a meno di convivenza fra surrogante e surrogata.	Basse, talora per scarso interesse al rapporto da parte della stessa madre surrogata, altre volte per volontà della coppia surrogante.	Denaro, senza alcuno spazio di rinegoziazione del contratto.	Basato su uno squilibrio di potere o sui dettami dell'industria mondiale della surrogazione e rafforzate da reciproche barriere culturali preconcette.

I RISCHI PER LA MADRE SURROGANTE

La letteratura scientifica fornisce i dati sulle conseguenze per la donna coinvolta nelle diverse procedure per la maternità surrogata¹⁴⁶.

Una prima modalità di coinvolgimento della donna riguarda la vendita dei propri gameti (ovociti) e coinvolge, di norma, giovani donne fisiologicamente in grado di ovulare, che vengono sottoposte ad elevate dosi di gonadotropine esogene le cui possibili complicanze (sindrome da iperstimolazione ovarica¹⁴⁷) sono ormai documentate in letteratura¹⁴⁸ e per le quali non esistono, ad oggi, criteri assoluti di identificazione delle pazienti a rischio, né misure di prevenzione se non la sospensione del ciclo. Ai rischi suddetti si sommano quelli connessi alla procedura di estrazione degli ovuli¹⁴⁹ e le conseguenze a lungo termine sulla futura fertilità.

Mentre tutto quanto appena esposto viene normalmente prospettato alla donna in procinto di sottoporsi a una procedura di procreazione assistita che la condurrà ad avere un figlio proprio, in centri medici autorevoli che possono garantire un monitoraggio costante e che garantiscono informazioni corrette ed esaustive su cui esprimere un consapevole consenso informato, non avviene altrettanto per le donne coinvolte nella vendita di ovociti, indotte ad accettare i compensi promessi dalle agenzie o da intermediari, senza la reale consapevolezza delle possibili conseguenze.

I rischi per la madre surrogante, invece, sono molteplici.

Innanzitutto, occorre riflettere sul fatto che la gravidanza naturale è essa stessa soggetta a rischi che sono sottovalutati dai più, e soprattutto dalla gestante, per la forte motivazione che sta alla base del concepimento stesso¹⁵⁰ e possono intervenire gravi complicanze nel corso della gestazione

Strutturato	Pianificato ad intervalli regolari per via telefonica/postale durante la gravidanza e su base saltuaria dopo il parto.	Largamente soddisfatte sotto il profilo contrattuale ma scarse, sin dall'inizio, in ambito emotivo e relazionale.	Il contratto si basa sul parto e prevede il relativo compenso con limitate possibilità di rinegoziazione.	Ha una forte base culturale ma, ancora di più, contrattuale.
Intricato	Caratterizzato dalla tendenza a superare i limiti del contratto attraverso un rapporto frequente a forte valenza emotiva.	Almeno parzialmente disattese perché divergenti e/o basate su un diverso humus culturale in termini genitoriali e di surrogazione.	Visioni divergenti sulla natura dello scambio: la madre surrogata si aspetta molto di più per il "dono di una vita" dalla surrogante, che invece non è in grado di capire o accettare le basi culturali di simili "pretese extracontrattuali".	Basato per lo più su uno squilibrio di potere e su profonde differenze culturali.

¹⁴⁶ Tra i rischi riportati in letteratura si segnalano: Sindrome da Iperstimolazione Ovarica (SHSO), torsione delle ovaie, cisti ovariche, dolore pelvico cronico, menopausa precoce, perdita di fertilità, tumori del sistema riproduttivo, trombosi, insufficienza renale, ictus e, in alcuni casi, la morte. Le donne che portano avanti la gravidanza a partire dagli ovociti di altre donne presentano un rischio più elevato di preeclampsia e di ipertensione.

¹⁴⁷ Per la definizione si rimanda all'**Allegato 5: "Glossario"**.

¹⁴⁸ Abramov Y et al. *Severe OHSS: an 'epidemic' of severe OHSS: a price we have to pay?* Hum Reprod 1999;14:2181–2183.; Vassiliadis A, Schillaci R, Sciacca GR, Catalano G. *La Sindrome Da Iperstimolazione Ovarica*, Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia, 2006; Dobrosaljevich A, Rakic S. *Risk of gestational hypertension in pregnancies complicated with ovarian hyperstimulation syndrome*. J Pak Med Assoc. 2020 Nov;70(11):1897-1900.; Wei L et al. *Strangulated internal hernia following severe ovarian hyperstimulation syndrome: a case report*. Gynecol Endocrinol. 2021 Jan;37(1):93-96.

¹⁴⁹ Aragona C et al. *Clinical complications after transvaginal oocyte retrieval in 7,098 IVF cycles*. Fertil Steril. 2011 Jan;95(1):293-294.; Liang T et al. *Impact of class III obesity on outcomes and complications of transvaginal ultrasound-guided oocyte pickup*. F S Rep. 2020 Aug 27;1(3):270-276.

¹⁵⁰ Per esempio, in Finlandia, la mortalità materna, per quanto si sia ridotta nel tempo, si aggira ancora intorno ai 28 casi per 100.000 gravidanze (Karalis E et al. *Decreasing mortality during pregnancy and for a year after while mortality after termination of pregnancy remains high: a population-based register study of pregnancy-associated deaths in Finland 2001-2012*. BJOG. 2017 Jun;124(7):1115-1121).

(ad es. embolia polmonare, preeclampsia o diabete gravidico) o del parto (ad es. emorragia o sepsi). Del resto, la stessa tecnica di fecondazione in vitro è gravata da un rischio intrinseco di preeclampsia¹⁵¹, aggravato dal fatto che lo sperma del padre non è “noto” all’ambiente intimo materno¹⁵², e gravidanza ectopica¹⁵³, tanto più se vengono impiantati più embrioni per aumentare la percentuale di successo¹⁵⁴.

I rischi per la madre sono connessi anche ad altri elementi potenzialmente dannosi insiti nella preparazione alla gravidanza attraverso le terapie ormonali che possono avere conseguenze a lungo termine¹⁵⁵, nei test prenatali ripetuti durante la gravidanza, nella gravidanza multipla (dovuta, appunto, al già citato inserimento di più embrioni) che aumenta il rischio di morbidità e mortalità in proporzione al numero di feti, agli interventi di riduzione fetale¹⁵⁶ (ove richiesto dai committenti) e al parto cesareo¹⁵⁷ che, di norma, è previsto nella maternità surrogata (come clausola del contratto).

Oltre a tali rischi di natura fisica, la madre surrogata deve affrontare anche i traumi psicologici¹⁵⁸, di eguale gravità e di cui si sta occupando sempre più frequentemente la letteratura scientifica: la “cessione” e la perdita definitiva del bambino portato in grembo per tutta la gravidanza, la soppressione di sentimenti naturali come il desiderio¹⁵⁹ e l’istinto materno, l’obbligo ad effettuare la selezione fetale o ad abortire se il prodotto del concepimento non è conforme alle richieste dei committenti sono le cause di gravi patologie psichiatriche di natura depressiva e con possibili esiti suicidari che la donna per lo più finisce per affrontare da sola.

Secondo gli psicologi perinatali e gli ostetrici il problema psicologico principale della madre surrogata consiste nella “personalità dissociata”: da un lato la donna pianifica un intervento medico per migliorare le proprie condizioni economiche, dall’altro lato si sente una donna incinta che ama il nascituro e non vuole rifiutarlo.

La sofferenza psicologica delle donne surrogate non trova spiegazioni in ragioni di ordine culturale, ma nel legame naturale che ha origine nella chimica ormonale e che favorisce l’attaccamento tra madre e bambino, la montata latte e, come naturale conseguenza, la sopravvivenza della specie¹⁶⁰.

¹⁵¹ Shevell T et al. *Assisted Reproductive Technology and Pregnancy Outcome* (2005) 106 (5 Pt 1) *Obst Gynecol* 1039–45.; Blázquez A et al. *Is oocyte donation a risk factor for preeclampsia? A systematic review and meta-analysis*. *J Assist Reprod Genet.* 2016 Jul;33(7):855-63.

¹⁵² Hodson N et al. *Removing Harmful Options: The Law And Ethics Of International Commercial Surrogacy*. *Med Law Review.* 27(4): 597–622, 2019.

¹⁵³ Smith LP et al. *Risk of Ectopic Pregnancy Following Day-5 Embryo Transfer Compared with Day-3 Transfer*. (2013) 27(4) *Reprod Biomed Online* 407–13.

¹⁵⁴ Charles S and Shivas T. *Mothers in the Media: Blamed and Celebrated – A Examination of Drug Abuse and Multiple Births*. (2002) 28(2) *Pediatric Nursing* 142–45.

¹⁵⁵ Gökçe M et al. *Long term effects of hormone replacement therapy on heart rate variability, QT interval, QT dispersion and frequencies of arrhythmia*. *Int J Cardiol.* 2005, Vol.99(3), p.373-379.

¹⁵⁶ Evans MI et al. *Fetal reduction: 25 years' experience*. *Fetal Diagn Ther.* 2014;35(2):69-82.

¹⁵⁷ Hovav A. *Cutting out the surrogate: Caesarean sections in the Mexican surrogacy industry*. *Soc Sci Med.*2020 Jul;256 113063. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113063. Epub 2020 May 19.

¹⁵⁸ Condizioni psicologiche di stress e tensione che aumentano la probabilità di sviluppare diabete gestazionale, pressione alta e / o placenta previa. Douglas AJ. *Mother-offspring dialogue in early pregnancy: impact of adverse environment on pregnancy maintenance and neurobiology*, *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011 Jul 1;35(5):1167-77.

¹⁵⁹ Gli psicologi perinatali parlano di “sindrome del nido” per indicare quel periodo della gravidanza in cui è presente un forte desiderio di preparare la casa (il nido) per l’imminente arrivo del bambino, proiettandolo nell’ambiente che lo ospiterà. La madre surrogata dovrà quindi combattere con la consapevolezza della dualità della situazione e giungere a realizzare la perdita che dovrà sopportare.

¹⁶⁰ La Conferenza dell’Aja ha stimato che il 50 per cento delle surrogate è analfabeta e accetta inconsapevolmente o su pressione degli uomini di famiglia, per motivi economici. Quando il neonato viene portato via talvolta impazziscono, come documentato dalle ONG per i diritti umani, e spesso non vengono più riammesse nei villaggi. HCCH, [A preliminary report on the issues arising from international surrogacy arrangements](#) Marzo 2012.

È proprio questo legame naturale, fondante della vita stessa, che risulta negato nella maternità surrogata e che comporta una ricaduta del tutto nuova in ambito giuridico, sovvertendo il principio del “*mater semper certa*”, in base al quale è madre la donna che partorisce e separando, di conseguenza, la filiazione dal parto.

Da tale contraddizione in termini origina un numero sempre crescente di controversie per l’attribuzione della maternità nei casi di utero in affitto.

In tale contesto si inserisce una questione di portata giuridica generale sulla possibile configurazione di un **legame di consanguineità** tra i bambini surrogati nati da ovuli della stessa donna o dal seme dello stesso uomo e il figlio surrogato e i figli naturali della madre surrogante.

Il fondamento biologico della consanguineità risiede nella condivisione dell’identità genetica che è biologicamente trasmessa dai gameti che permette di identificarne i possessori (siano essi noti o ignoti) come consanguinei di primo grado del neonato e come consanguinei di secondo grado eventuali altri figli nati da gameti di almeno uno dei genitori biologici.

Nel caso della madre surrogante per concepimento e gestazione (gravidanza su commissione di un’altra donna attraverso l’uso del seme del marito di questa con l’ovulo della surrogante stessa), si configura un rapporto di consanguineità fra questa e il figlio, perché la surrogante è, di fatto, anche la madre biologica del neonato.

Diverso è il caso della maternità gestazionale, in cui non c’è una relazione genetica specifica con il neonato. Tuttavia, non si può neppure ritenere ininfluyente lo stretto e del tutto speciale rapporto materno-fetale, di cui la scienza ha mostrato la profonda influenza su entrambi e che lascia tracce nel nascituro come una sorta di *imprinting* psichico.

Nei confronti del nascituro la donna surrogante non può essere paragonata ad una semplice incubatrice perché, attraverso legami consci e inconsci di qualità materna, risulterà determinante nel processo di strutturazione psico-fisica del neonato. Pertanto, pur non potendosi definire “madre genetica” o consanguinea, la “madre gestazionale” svolge un ruolo tipicamente genitoriale e può raffigurarsi come “madre non consanguinea”.

Con il contratto di maternità surrogata, invece, al contrario di quanto avviene per il donatore di sperma - che, con una evidente sperequazione dei ruoli in base al genere, è riconosciuto come il padre biologico - la madre, sia essa surrogante per concepimento e gestazione, sia essa gestazionale, subisce la cancellazione della propria funzione, tanto da non vedersi assicurata alcuna protezione legale.

Per tali motivi, la sofferenza e la destabilizzazione emotiva costituiscono per le donne una correlazione indissolubile dall’esperienza di maternità surrogata.

Per ovviare a tale disagio psicologico, le cliniche specializzate adottano un approccio professionale teso ad evitare alle madri surroganti qualsiasi fattore di stress o emozione negativa in grado di rappresentare un rischio per la salute della donna e la gravidanza stessa¹⁶¹.

Nella prospettiva bioetica, pertanto, la tecnica della maternità surrogata viola manifestamente i principi fondanti della **beneficialità/non maleficenza** e della **giustizia**.

I RISCHI PER IL BAMBINO

Anche in merito ai rischi per il bambino, il vero oggetto del contratto, la letteratura fornisce il supporto scientifico per identificare il pesante fardello dei rischi e delle complicanze derivanti dalla maternità surrogata¹⁶².

Il rischio più grave riguarda la vita stessa, a causa della riduzione fetale prevista come tale sia in forma spontanea sia a richiesta dai committenti¹⁶³, delle nascite pretermine o della possibile soppressione in caso di malformazioni che rendano, di fatto, il bambino “non più acquistabile”.

Inoltre, nell’attuale vuoto legislativo generalizzato, nei centri per la fertilità di alcuni Paesi¹⁶⁴ è possibile eseguire test genetici preimpianto per garantire che i committenti ottengano il prodotto richiesto, per lo più in termini di sesso, “personalizzando” di fatto il bambino da acquistare.

Alla nascita, per la separazione dalla madre che lo ha partorito e con la quale ha instaurato fin dal concepimento il profondo legame materno-fetale (*cross-talk*¹⁶⁵), del quale abbiamo ampiamente riferito in precedenza, il bambino subisce una condizione di stress psico-fisico che avrà ripercussioni sul suo futuro sviluppo armonico¹⁶⁶.

Durante la crescita, infatti, quest’ultimo va incontro ad una documentata “frammentazione identitaria” della propria “unità” in quanto si percepisce come il risultato di un progetto che, sin dall’inizio, non comporta un *continuum* fra due persone e personalità fisicamente ed affettivamente vicine a lui ma un “assemblaggio” di materiale biologico da più individui diversi e mantenuti almeno

¹⁶¹ Lo stress e le emozioni negative provocano un aumento di adrenalina nel sangue: il suo eccesso può causare tachicardia, ipertensione arteriosa e ipertono uterino (causa principale dell’aborto spontaneo e del parto pretermine).

¹⁶² Tra i rischi riportati in letteratura si segnalano: nascita prematura, morte intrauterina, peso insufficiente, malformazioni fetali e pressione arteriosa elevata (Woo I et al. *Perinatal outcomes after natural conception versus in vitro fertilization (IVF) in gestational surrogates: a model to evaluate IVF treatment versus maternal effects*. *Fertil Steril*. 2017 Dec;108(6):993-998). Da ulteriori dati di letteratura emerge che le procedure di riproduzione assistita possono potenzialmente influenzare la qualità dell’embrione e che il suo impatto negativo difficilmente può essere superato con un ambiente uterino sano: Roseboom TJ, Eriksson JG. *Children conceived by ART grow differently in early life than naturally conceived children but reach the same height and weight by age 17. Reassuring? Not so sure*. *Human Reproduction*, Vol.36, No.4, pp. 847–849, 2021. Si segnalano anche i rischi in termini di insuccesso e di attecchimento nella fase preimpianto della fecondazione extracorporea, quando gli embrioni vengono posizionati nella cavità endometriale e non nella tuba, in un sito dove non può avvenire il *cross-talk*. Tali difficoltà si accrescono nella maternità surrogata, essendo l’ovocita completamente estraneo perché derivante da una donatrice terza (Simopoulou M et al. *Risks in Surrogacy Considering the Embryo: From the Preimplantation to the Gestational and Neonatal Period*. *Biomed Res Int*. 2018 Jul 17;2018:6287507. doi: 10.1155/2018/6287507. PMID: 30112409; PMCID: PMC6077588.).

¹⁶³ Il rifiuto di un feto o di un neonato da parte dei committenti può avere le motivazioni più disparate, che vanno da una qualsiasi forma di “imperfezione” ritenuta tale, a malformazioni o patologie, al sesso, persino alla mancanza di somiglianza ad uno dei genitori biologici (si vedano le indagini pubblicate su questo argomento, tra cui quella di Samantha Hawley per la ABC News (<https://www.dw.com/en/surrogacy-a-murky-business/av-17841486>; <https://tvblackbox.com.au/page/2019/08/13/2019-8-14-foreign-correspondent-investigates-surrogacy-exploits-in-the-ukraine/>).

¹⁶⁴ Tra questi, si cita la California.

¹⁶⁵ Per il legame materno-fetale si rimanda al relativo paragrafo del capitolo “**Maternità e genitorialità**”.

¹⁶⁶ Golombok S, Blake L, Casey P, Roman G, Jadvá V. *Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013 Jun;54(6):653-60. doi: 10.1111/jcpp.12015. Epub 2012 Nov 23. Bergman NJ. *The neuroscience of birth and the case for Zero Separation*, Publmed – National Center for Biotechnology Information, 2014.

in parte separati da lui e fra loro, rappresentati dai genitori biologici (donatori dei gameti), dai committenti – negli ultimi tempi a volte rappresentati addirittura da due padri che richiedano gemelli concepiti con lo sperma di ciascuno di essi¹⁶⁷ - e dalla madre surrogante.

Inoltre, possono manifestarsi forme di disagio psicologico riconducibili al sentimento di abbandono da parte della madre surrogante dopo il parto, nonché all'“acquisto” da parte dei genitori committenti¹⁶⁸.

In ogni caso, è evidente che, prima o poi, il nascituro assumerà coscienza della lesione della propria dignità, per essere stato reificato, ossia ridotto a mero oggetto di un rapporto contrattuale e privato, privo di ogni tutela o protezione legale indipendente dalla volontà dei committenti.

Casi a sé, psicologicamente disgreganti e umanamente deprecabili ma al tempo stesso tristemente documentati, sono poi quelli in cui il bambino viene abbandonato in caso di divorzio dei committenti¹⁶⁹ o è stato “acquistato” deliberatamente per divenire oggetto d'abuso¹⁷⁰.

Un ulteriore problema di ordine sanitario spesso sottovalutato in ambito contrattuale ma rilevante in termini giuridici e sociali nasce poi dalla possibilità che, nel caso in cui i committenti non rivelino loro le proprie origini¹⁷¹, i bambini vengano di fatto privati di informazioni preziose¹⁷² che riguardano la propria salute e la possibilità di curarsi, incorrendo così in rischi sanitari ignoti o volutamente tacitati.

Tale fenomeno rappresenterebbe un'evidente violazione di tutti i fondamentali principi bioetici¹⁷³.

¹⁶⁷ <https://www.dailymail.co.uk/femail/article-6636879/Baby-twins-two-DIFFERENT-fathers.html>

¹⁶⁸ Mackieson P. *Adoption Deception: A Personal and Professional journey*. Melbourne: Spinifex Press. 2015.

¹⁶⁹ Parks JA, Murphy TF. *So not mothers: responsibility for surrogate orphans*. J Med Ethics 2018;44:551–554.

¹⁷⁰ Bucci N. *Man pleads guilty to sexually abusing his twin surrogate babies*. The Sydney Morning Herald, 22 aprile 2016; Hawley S. *Australian charged with sexually abusing twins he fathered with Thai surrogate*. ABC News, 2 settembre 2014.

¹⁷¹ Diritto intangibile perché riguarda la propria identità. La *Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, (1989) riconosce il diritto di ogni bambino di conoscere i propri genitori e di essere allevato da loro (art 7) e il diritto di preservare la propria identità (art. 8). La Corte di Cassazione italiana (sentenza n. 6963 del 20 marzo 2018) ha affermato principi di diritto in merito all'adozione, che hanno portata assoluta e che devono ritenersi validi e applicabili anche per i nati con tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita e di Maternità Surrogata: «Il diritto a conoscere le proprie origini costituisce un'espressione essenziale del diritto all'identità personale. Lo sviluppo equilibrato della personalità individuale e relazionale si realizza soprattutto attraverso la costruzione della propria identità esteriore, di cui il nome e la discendenza giuridicamente rilevante e riconoscibile costituiscono elementi essenziali, e di quella interiore. Quest'ultimo aspetto, più complesso, può richiedere la conoscenza e l'accettazione della discendenza biologica e della rete parentale più prossima. La funzione di primaria importanza che riveste il riconoscimento giuridico dell'identità personale e la consapevolezza della pluralità di elementi anche dialettici di cui si compone, quali il diritto a conoscere la verità sulla propria storia personale e quello a conservare la costruzione preesistente dell'identità propria e dei terzi eventualmente coinvolti, ha formato oggetto dell'attenzione e dell'incisivo intervento delle Corti supreme nazionali e sovranazionali». È opportuno sottolineare come sia noto che, persino nei casi di adozione più felici, siano spesso presenti istanze relative alla necessità di conoscere le proprie radici, per sopire il dolore derivante dall'abbandono (per quanto incolpevole) da parte del genitore o dei genitori biologici.

¹⁷² È opportuno distinguere tra anonimato e segretezza: la segretezza riguarda l'occultamento delle tecniche utilizzate per la fecondazione, mentre l'anonimato consiste nel celare l'identità di coloro che hanno preso parte al processo di generazione del nuovo nato (per esempio i venditori di gameti, la madre surrogante, etc.). Il diritto alla conoscenza delle proprie origini biologiche è sicuramente esperibile per superare l'anonimato, ma più problematico in riferimento alla dimensione della segretezza, date le ripercussioni che si possono registrare nell'ambito delle relazioni familiari;

¹⁷³ In alcuni Paesi, tra cui gli USA, a differenza delle richieste di adozione, per le quali ai genitori di origine sono richiesti screening e controlli sanitari, nelle richieste di maternità surrogata non è richiesto alcun controllo per i genitori biologici e, una volta nato, il bambino non ha modo di sapere chi ha donato lo sperma, o l'ovulo, o chi ha affittato il proprio utero. La necessità di fornire ai bambini le informazioni sui propri genitori biologici è suffragata da studi in tal senso: McGee G, Brakman SV, Gurmankin AD. *Gamete donation and anonymity: disclosure to children conceived with donor gametes should not be optional*. Human Reproduction, 2001 Oct;16(10):2033-6. doi: 10.1093/humrep/16.10.2033

La tutela giuridica del bambino nato da maternità surrogata costituisce un elemento di grande rilevanza nell'ambito della giurisprudenza e del diritto internazionale.

La questione del riconoscimento del neonato e della parentela legale sono oggetto di dibattito¹⁷⁴, soprattutto all'interno delle Istituzioni Europee.

Dal 2015, infatti, l'Ufficio Permanente della Conferenza dell'Aja di Diritto Internazionale Privato (HCCH)¹⁷⁵, affiancato da un gruppo di esperti geograficamente rappresentativo, sta studiando le questioni di diritto internazionale privato relative alla parentela legale dei minori e alle disposizioni sulla maternità surrogata internazionale, anche al fine di predisporre una futura Convenzione su questo argomento¹⁷⁶. Tra i punti di convergenza di tale lavoro spicca la volontà di impedire il rapimento, la vendita o il traffico delle donne e dei minori nel contesto della maternità surrogata, alla luce della [Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza \(1989\)](#) e dei suoi Protocolli aggiuntivi¹⁷⁷.

Il problema non è di facile soluzione per la contrapposizione di due interessi meritevoli di tutela secondo l'ordinamento giuridico: da una parte vi è il diritto del bambino di essere tutelato con un riconoscimento giuridico della parentela, indipendentemente dalla modalità del concepimento e della nascita, dall'altro vi è la necessità di disincentivare e di mettere al bando la pratica della maternità surrogata, per tutelare la dignità della donna e del neonato stesso da una nuova forma di sfruttamento.

Il rischio di legittimare indirettamente la pratica in oggetto attraverso il riconoscimento dei bambini, paventato anche nei lavori dell'HCCH, sottintende alla motivazione di alcune sentenze contrarie alla trascrizione dell'atto di nascita con riferimenti alla genitorialità dei bambini nati attraverso la maternità surrogata in Paesi esteri.

La stessa Corte Europea dei Diritti dell'Uomo non impone l'automatico riconoscimento di eventuali provvedimenti giudiziari stranieri di riconoscimento della doppia genitorialità ai componenti della coppia (eterosessuale od omosessuale) che abbia fatto ricorso all'estero alla maternità surrogata¹⁷⁸.

¹⁷⁴ O'Callaghan E. *Surrogacy reform and its impact on the child's right to birth registration*. *Reprod Biomed Soc Online*. 2021 Jun 17;13:46-50. doi: 10.1016/j.rbms.2021.06.001. PMID: 34258448; PMCID: PMC8256001.

¹⁷⁵ Hague Conference on Private International Law.

¹⁷⁶ L'Ufficio Permanente della Conferenza dell'Aja di Diritto Internazionale Privato ha ricevuto tale mandato dal Consiglio per gli Affari Generali e la Politica della Conferenza dell'Aja. Ultimo report dei lavori: [2019: Report of the October/November 2019 meeting of the Experts' Group on Parentage / Surrogacy \(6th meeting\)](#).

¹⁷⁷ In particolare, il [Protocollo addizionale alla Convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità transnazionale organizzata volto a prevenire, reprimere e punire la tratta di persone, in particolare di donne e di bambini \("Protocollo di Palermo"\)](#), 2000. Si veda anche la [Proposta di Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pedopornografia, che abroga la decisione quadro 2004/68/GAI](#), 2010.

¹⁷⁸ Una sentenza dirimente, a questo proposito, proviene dalla Grande Camera della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo – CEDU (24 giugno 2017. Caso Paradiso e Campanelli c. Italia) che si è pronunciata, in via definitiva, sul ricorso promosso dallo Stato italiano a seguito di un giudizio, originariamente avviato da due coniugi, in merito a decisioni adottate da organi giurisdizionali italiani sul tema della maternità surrogata. La questione sottoposta all'attenzione della Corte riguardava il mancato riconoscimento, da parte delle autorità italiane, della trascrizione dell'atto di nascita relativo alla paternità di un bambino a due coniugi che avevano fatto ricorso alla maternità surrogata. In questa occasione, la Corte ha rilevato che, così come dimostrato dalle autorità italiane, nel caso in questione vi era un'assenza di qualsiasi

Si pone, pertanto, la necessità di valutare e bilanciare tutti i beni costituzionali in gioco e le possibili conseguenze che ne possono derivare.

Nell'ambito delle considerazioni biogiuridiche, il CSB ritiene di evidenziare come particolarmente rilevanti, da un lato, il fatto che la tutela del "miglior interesse del minore" non può essere usata come *escamotage* per legittimare di fatto o incentivare pratiche generative vietate dalla legge, così come, dall'altro, non può bastare l'intenzionalità genitoriale al momento del concepimento per garantire automatismi da tradurre in nuove tutele legislative.

Sicuramente, spetta al legislatore individuare una soluzione adeguata a chiudere il varco d'impunità in cui spesso riesce a incunearsi chi "commissiona" un bambino all'estero, eludendo i divieti del proprio Paese¹⁷⁹.

Indubbiamente deve evidenziarsi come la pluralità dei sopradescritti abusi insiti nella maternità surrogata possa considerarsi come presupposti innegabili al fine di presumere l'inadeguatezza genitoriale dei committenti.

Tuttavia, resta imprescindibile il ruolo del giudice minorile, cui spetta il compito di valutare caso per caso ogni situazione, per individuare quella che garantisca davvero tutte le condizioni rilevanti per la crescita equilibrata del bambino, dalla cura della persona all'assistenza morale, dalla salute all'educazione scolastica, dalla tutela degli interessi patrimoniali alla sua identificazione come membro di una famiglia, dalla continuità affettiva all'assunzione di responsabilità.

Fondamentale, in tal senso, è quanto emerge dalla Risoluzione ONU 2014 sulla protezione della famiglia e dei suoi membri in cui si riconosce che la famiglia ha la responsabilità primaria per la cura e la protezione dei bambini e che questi ultimi, per il pieno e armonioso sviluppo della loro personalità, dovrebbero crescere in un ambiente familiare e in un'atmosfera di felicità, amore e comprensione, nella convinzione che la famiglia, in quanto gruppo fondamentale della società e ambiente naturale per la crescita e il benessere di tutti i suoi membri e in particolare dei bambini, debba ricevere la protezione e l'assistenza necessarie affinché possa assumersi pienamente le proprie responsabilità all'interno della comunità¹⁸⁰.

Tali elementi, garantiti da una condizione di stabilità familiare nel segno della responsabilità utile a mantenere, istruire ed educare il minore, sono alla base delle valutazioni tese a favorire il "miglior interesse" di quest'ultimo che il giudice minorile effettua in tutte le altre richieste di adozione.

legame biologico tra il bambino e i ricorrenti, ravvisando la necessità che per sussistere giuridicamente una relazione genitore-figlio vi debba essere, alla base, un legame biologico o un'adozione legale.

¹⁷⁹ Allo stato attuale, la discordanza tra le competenze UE sul diritto dei cittadini alla libertà di movimento e quelle nazionali in materia di diritto di famiglia produce ricadute preoccupanti proprio nell'ambito della maternità surrogata transnazionale. Vi è infatti il rischio concreto che il diritto alla libertà di movimento obblighi uno Stato membro a riconoscere una situazione ritenuta illegale dal proprio ordinamento, normalizzando, de facto, l'abrogazione di leggi nazionali e dando luogo a due sistemi legali paralleli.

¹⁸⁰ La **Risoluzione dell'Assemblea Generale ONU sulla Protezione della Famiglia e dei suoi membri** (23 giugno 2014) ha riaffermato che: «*la famiglia, unità fondamentale della società e ambiente naturale per la crescita e il benessere di tutti i suoi membri e in particolare dei bambini, deve ricevere la protezione e l'assistenza necessaria per poter assumere pienamente la propria responsabilità all'interno della comunità*». Nel Report dell'OMS [Family as Centre of Health Development](#) (marzo 2013) si afferma che «*lo sviluppo della prima infanzia in ambito sociale/emotivo e linguistico/cognitivo è determinato dalle condizioni familiari e influenza, così, la salute. È fondamentale, infatti, comprendere quali determinanti sociali siano presenti e possano interferire con la salute in ogni fase dello sviluppo - prima infanzia, infanzia, adolescenza, età adulta e età - predisponendo predisporre il bambino di oggi a malattie in grado di estrinsecarsi nel corso della sua vita futura*».

Nella consapevolezza, quindi, che non basta la pretesa della genitorialità per assicurare al minore le migliori garanzie di crescita, il CSB ritiene che tutte le suddette forme di tutela non debbano rappresentare *sic et simpliciter* alcuna modalità di riconoscimento a priori della intenzione genitoriale nell'ambito della maternità surrogata nel caso in cui chiunque, nel tentativo di istituire una sorta di automatismo tra genitorialità intenzionale ed effettuale, voglia equipararle a strumenti di legittimazione di quanto formalmente viene vietato e sanzionato.

In conclusione, il CSB auspica che ci si attivi in tutte le sedi opportune, soprattutto legislativa e giudiziaria, per riconoscere e tutelare in maniera omogenea negli ordinamenti nazionali e internazionali i diritti delle donne e dei bambini oggetto di sfruttamento e di mercificazione, per porre fine a tale moderna forma di schiavitù mascherata.

INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

La complessa e delicata tematica dell'interruzione volontaria di gravidanza¹⁸¹, o aborto volontario, rappresenta uno degli argomenti più discussi e controversi per le numerose implicazioni in ogni ambito¹⁸², sia esso scientifico, sociale, culturale, storico o morale, e può essere declinata con una tale molteplicità di impostazioni, da rendere ardua una sua trattazione univoca e onnicomprensiva in un breve capitolo.

Il CSB, pertanto, ha scelto di metterne in luce alcuni aspetti ai quali l'opinione pubblica e lo stesso dibattito bioetico rivolge una minore attenzione.

Il CSB, inoltre, nel rispetto di tutte le sensibilità presenti nella società e nello stesso Comitato, ha inteso affrontare tale argomento con un approccio puramente bioetico, individuando i principi fondamentali che sostengono le diverse prospettive, a volte dicotomiche, a volte conciliabili fra loro.

La Bioetica insegna, infatti, come una diversa distribuzione dei suoi principi fondanti sulla scala gerarchica implichi differenti ricadute nell'ambito delle scelte.

Nel primo capitolo di questo documento, il CSB ha illustrato il concetto di embrione umano a partire dal dato biologico per finire al significato ontologico, sottolineando come, sebbene tutte le impostazioni filosofiche e bioetiche riconoscano nell'embrione umano non un mero materiale biologico ma un organismo appartenente alla specie umana intesa in senso sostanziale, sia proprio l'attribuzione dello *status* di persona in differenti momenti a determinarne la forza dell'obbligazione morale al rispetto e alla tutela dello stesso.

Le differenti posizioni nei confronti dell'aborto derivano proprio dal riconoscimento o meno di tale *status* sin dal momento della fecondazione o in altre fasi dello sviluppo embrionale.

La concezione ontologica riconosce alla vita umana un valore in sé, indipendente da qualsiasi altro attributo, tra cui l'età, la qualità dell'esistenza o la capacità di esercitare i propri diritti.

La concezione non ontologica riconosce, invece, alla vita un valore relativo, ancorato alla reale capacità di scelta di soggetti in grado di esercitare i propri diritti.

A tale primo, fondamentale elemento di valutazione, deve essere affiancato quello del principio bioetico che ciascun individuo sceglie di collocare al vertice della piramide valoriale.

Ove ricorressero i termini previsti dalle normative vigenti e prevalesse il **principio di autonomia**, sarebbe la donna a esercitare il diritto di scegliere in piena libertà.

¹⁸¹ È opportuno, in questa sede, evidenziare la differenza tra l'"interruzione volontaria della gravidanza", dalla "interruzione di gravidanza", intesa come nascita pretermine e che può comportare la sopravvivenza del bambino. Nel caso in cui, anche a seguito di aborto volontario vi sia la possibilità di vita autonoma del feto, nel rispetto del **principio di beneficiabilità/non maleficenza**, il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto, rispetto al quale dovrebbe essere permessa l'adozione, nel caso in cui la madre rifiuti di riconoscerlo. Sulla tematica della nascita pretermine e delle problematiche bioetiche del fine vita in ambito perinatale, si rimanda al documento "[Processo decisionale nella presa in cura della persona malata nel fine vita](#)" (2019), a cui il CSB ha dedicato uno specifico capitolo ("[Le cure palliative in ambito perinatale](#)").

¹⁸² In merito alla normativa esistente nella Repubblica di San Marino in materia di interruzione volontaria di gravidanza, si segnala il Codice Penale in vigore che configura – agli artt. 153 e 154 – le pratiche abortive come reato. È stato pertanto recentemente indetto un referendum propositivo, che si è tenuto il 26 settembre 2021, per introdurre e regolamentare in San Marino l'interruzione volontaria di gravidanza. Il legislatore dovrà quindi ora modificare la disciplina penalistica attuale e stabilire regole e modalità dell'interruzione volontaria di gravidanza.

Tale posizione risulterebbe quindi ben chiara, non comportando conflittualità nell'esercizio del principio in sé, ed anche eventuali contrapposizioni con altri principi sarebbero risolte attribuendo priorità a quello relativo alla libera decisione della donna¹⁸³.

Ove invece prevalgano il **principio di beneficalità/non maleficenza** o il **principio di giustizia**, oltre alla donna, nel caso in cui gli si riconosca lo *status* di persona, dovrebbe essere preso in considerazione anche l'embrione: ne deriverebbe allora una conflittualità tra due soggetti detentori di diritti.

Nel caso del **principio di beneficalità**, si può configurare la scelta tra la salute e la vita della madre rispetto alla vita e alla salute del figlio, ove queste fossero incompatibili.

Si tratterebbe, in tal caso, di "aborto terapeutico" come unico mezzo utile a salvare la vita della madre, poiché la prosecuzione della gravidanza rappresenterebbe causa di morte certa per la madre o entrambi oppure comporterebbe un aggravamento permanente della salute della madre.

In tale evenienza, di fatto, la concezione ontologica della vita umana accetta l'interruzione della gravidanza come unico mezzo per salvare la vita della madre.

Tuttavia, il concetto di "aborto terapeutico" è spesso utilizzato con accezioni improprie, anche quando non si configura una scelta così drammatica tra le due vite, e pone molteplici aspetti bioetici inevitabilmente legati all'argomento delle persone con disabilità¹⁸⁴, al quale il CSB ha dedicato costante attenzione.

ABORTO E PERSONE CON DISABILITÀ

Negli ultimi decenni, la gravidanza è stata vissuta sempre più estesamente come una condizione di rischio per la salute, sia per le madri sia per il feto, tanto che, ad oggi, le forme di tutela di tale periodo della vita delle donne sono quasi sempre iscritte in un ambito sanitario.

Un siffatto approccio contribuisce in maniera sostanziale a indurre una percezione della gravidanza come "periodo di rischio per la salute" della madre e del nascituro che, come conseguenza logica, debba concludersi con la "produzione" di un figlio "sano".

Ne deriva un sistema di presa in carico in cui la verifica delle condizioni del feto è diventata una prassi diagnostica consolidata e una aspettativa sia familiare, sia medica, sia sociale.

In altre parole, si è prepotentemente insinuata nella mente di tutti la convinzione che tutte le indagini condotte prima del parto debbano essere finalizzate prevalentemente ad individuare

¹⁸³ A tal proposito, è eticamente opportuno sottolineare il frequente errore concettuale di invocare il ricorso all'aborto nel rispetto delle scelte autonome della coppia, inquadrando l'interruzione volontaria della gravidanza tra i sistemi contraccettivi che, in realtà, utilizzano metodi o dispositivi destinati a prevenire il concepimento, e, per estensione, tra i metodi di controllo delle nascite o della fertilità atti a prevenire la gravidanza (o ad impedire l'impianto dell'embrione dopo il concepimento). Tale palese equivoco scaturisce, verosimilmente, da un esame superficiale dell'esito dell'azione abortiva, ossia la mancata nascita del figlio. Sembra scontato, invece, precisare che l'opzione abortiva, giacché si pone solo a concepimento avvenuto, tecnicamente non può assumere in alcun modo il valore di sistema contraccettivo. La precisazione ci è parsa necessaria, in questa sede, in osservanza al mandato di contribuire a promuovere la cultura sul tema attribuendo significati autentici alla procreazione umana e allontanando eventuali fattori distorsivi.

¹⁸⁴ Si rimanda, in particolare, al documento del CSB "[Approccio bioetico alle persone con disabilità](#)" (2013).

eventuali “malformazioni” fetali, giustificando con apposita, speciale normativa la possibilità che la madre interrompa la gravidanza per realizzare un “aborto terapeutico”.

Il concetto di malformazione (presente in molte legislazioni nazionali) ha un’accezione negativa insita nel termine stesso, è estremamente generico, per molti versi arbitrario e discriminatorio, e, come tale, copre una gamma di situazioni caratterizzate da condizioni psico-fisiche molto diverse fra loro.

Diversa è la predizione di anomalie genetiche, che indicano una variazione nelle componenti del DNA che producono effetti o possono produrre effetti.

Se pensiamo alle accresciute capacità delle analisi pre-parto di individuare le caratteristiche genetiche del nascituro, ci rendiamo conto che i livelli di predizione sul futuro bambino sono diventati un elemento essenziale del *counselling* genetico.

Purtroppo, tranne casi di riconoscimento di malformazioni gravi (per esempio mancato sviluppo della testa), la predizione arriva spesso a fornire un’informazione generica di presenza di una particolare anomalia genetica, senza però fornire dettagli sulle modalità con le quali quest’ultima interagirà con altre caratteristiche del nascituro.

Un esempio fra tanti¹⁸⁵ in tal senso è offerto da Stephan Hawkins, particolarmente illuminante perché dato dal più importante cosmologo degli ultimi 100 anni¹⁸⁶.

Il caso paradigmatico appena riportato mette in evidenza che la predizione non può basarsi solo su una informazione sanitaria relativa alle anomalie del feto, ma deve indicare con chiarezza gli elementi che possono garantire al nascituro una vita di elevata qualità e di forte partecipazione.

L’esempio appena proposto potrebbe essere esteso a numerose anomalie genetiche che, grazie alla corretta, adeguata informazione/formazione dei genitori e ai supporti tecnici, tecnologici e sociali, non impediscono alla persona di affrontare la vita e costruirsi gradualmente un futuro soddisfacente in un ambiente accogliente e solidale.

A tale riflessione deve essere affiancata anche una particolare attenzione all’epigenetica, branca della scienza che negli ultimi anni ha dimostrato quanto le predisposizioni genetiche di un neonato non sono necessariamente destinate a trovare piena espressione in presenza di adeguati stili di vita preventivi¹⁸⁷.

Ne consegue che, nelle situazioni appena descritte, la definizione di “aborto terapeutico” risulta appropriata solo nel caso di rischio fisico per la salute della donna. Essa è invece estranea alla condizione del nascituro nei casi in cui non si è in grado di curare il feto ma solo di eliminarlo.

¹⁸⁵ Pensiamo ad un numero cospicuo di personaggi famosi come il pittore Henry de Toulouse-Lautrec o Vincent Van Gogh, musicisti come Petrucciani, scienziati come John Nash jr, solo per citarne alcuni.

¹⁸⁶ Colpito da SLA in età adulta, oggi prevedibile con i test diagnostici, ha continuato a svolgere il suo lavoro, si è sposato e ha avuto dei figli. Negli ultimi tempi, le sue limitazioni funzionali erano diventate gravi e venivano affrontate garantendo un assistente personale 24 ore al giorno (non aveva più l’uso degli arti per la sua autonomia personale), mettendogli a disposizione una sedia elettrica manovrabile con il joystick (non poteva spostarsi in autonomia), fornendogli un computer manovrabile attraverso il movimento degli occhi (non riusciva a comunicare con la voce).

¹⁸⁷ De Rosnay J. *La sinfonia del vivente. Come l’epigenetica cambierà il nostro vivere*. Vicenza, Neri Pozza editore, 2019.

Il CSB ritiene necessario che personale opportunamente formato garantisca informazioni appropriate e complete, non solo sanitarie, per ridurre il rischio di uno stigma a carico del nascituro, basato su una visione limitata e pregiudiziale delle caratteristiche dello stesso¹⁸⁸.

L'accettazione di una persona con limitazioni funzionali che diventa disabile a causa delle barriere, degli ostacoli e delle discriminazioni che la società ha creato finora e continua a creare è il tema che ha portato all'approvazione della **Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità** (CRPD, 2006) da parte dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite per «*promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali*».

L'articolo 3 che individua i principi su cui basare l'applicazione della CRPD sottolinea che è necessario garantire «*il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa*»¹⁸⁹.

Lo stesso articolo 10 sottolinea che «*il diritto alla vita è connotato alla persona umana*» e pertanto le istituzioni «*adottano tutte le misure necessarie a garantire l'effettivo godimento di tale diritto da parte delle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri*».

L'elemento discriminatorio è evidente: per quanto l'indagine possa essere accurata (in realtà non sempre i test garantiscono una precisione diagnostica), l'informazione che viene fornita ai genitori è quasi sempre orientata in quanto basata su una visione medica del problema indipendentemente dal tipo di concreta diversità funzionale alla quale andrà incontro il nascituro.

In tale direzione, l'informazione è spesso fornita alla madre o alla coppia in un tempo brevissimo e risulta già fortemente orientata dalla contestualizzazione puramente medica, scevra da particolari che permettano di avere una visione completa e realistica della futura condizione di vita del feto.

Una corretta e completa forma di *counselling* dovrebbe prevedere anche la presenza di genitori e/o membri di associazioni competenti e formati sulla diversità funzionale specifica di quel feto in grado di completare quanto riferito dal medico¹⁹⁰, dando modo così alla donna o alla coppia di fornire un consenso realmente informato all'interruzione di gravidanza.

Perché ciò si realizzi è, però, necessario identificare e portare a compimento un percorso formativo adeguato a costruire l'opportuna competenza bioetica di un numero sufficiente di soggetti selezionati dalle stesse associazioni di persone con disabilità e loro familiari.

Arrivare alla decisione di interrompere la gravidanza presuppone l'aver dovuto prendere in considerazione tutte le scelte possibili, tenuto conto delle ripercussioni non solo legate al momento dell'aborto ma principalmente al conflitto interiore frequentemente generato nei genitori dalla scelta prima e dal senso di colpa successivamente.

¹⁸⁸ L'articolo 3, comma b) della **Carta di Nizza** ("Diritto all'integrità della persona") sancisce il «*il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone*».

¹⁸⁹ Su questo argomento, gli articoli di riferimento nella CRPD sono: art. 3 - *Principi*, Articolo 10 - *Diritto alla vita*, Articolo 25 - *Salute* – Comma 1 punti a), b) e d).

¹⁹⁰ Barbuto R, Ferrarese V, Griffio G, Napoletano E, Spinoso G. *Consulenza alla pari (da vittime della storia a protagonisti della vita)*. Comunità Edizioni, 2006.

Non è possibile prevedere con certezza assoluta le ripercussioni psicologiche e sociali che dovrà affrontare la donna che si prende carico di una scelta di per sé drammatica: le risorse personali e familiari, il grado culturale ed evolutivo, le esperienze pregresse, ma anche quelle futuribili, sono solo alcune delle variabili che non possono essere definite in maniera assoluta e che incideranno sui vissuti successivi alla scelta di interruzione di gravidanza.

Il valore della maternità è il fondamento indissolubile da cui si deve partire per aiutare la donna ad operare una scelta consapevole e, come tale, maggiormente efficace ai fini di un risultato del concepimento considerato complessivamente più sano.

Il CSB ritiene quindi fondamentale che la società protegga i valori fondamentali della maternità e della genitorialità facendosi carico di supportare la donna (ma anche la famiglia) attraverso l'eliminazione del maggior numero possibile di ostacoli sociali, economici, psicologici (tra i quali i dubbi, le insicurezze sul futuro, la vergogna...) che potrebbero indurre all'interruzione della gravidanza.

L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA NELLA MINORE IN RAPPORTO ALLA CAPACITÀ DECISIONALE

La capacità decisionale della minore nell'interruzione volontaria di gravidanza costituisce un argomento dalle molteplici implicazioni non solo giuridiche, ma anche psicologiche, sociali e bioetiche.

Si pone a tema, infatti, l'applicazione del **principio di autonomia**.

Dato che l'aborto, pur essendo inquadrato nell'ambito dei trattamenti sanitari, implica inevitabilmente un trattamento sul corpo del feto che conduce alla soppressione dello stesso, in analogia ad altre realtà, quali la disabilità o le patologie psichiche, dalle quali, peraltro, la specifica condizione di "minore" differisce sensibilmente, è fondamentale chiedersi se le decisioni assunte da una gestante minorenni abbiano piene caratteristiche di attendibilità.

Ai fini del presente documento, il CSB non può dedicare una approfondita ed esaustiva riflessione in merito che, per sua natura, richiederebbe uno spazio specifico necessariamente ampio. Esso farà, quindi, riferimento all'ordinamento sammarinese, il quale prevede che il figlio sia soggetto alla potestà dei genitori fino alla maggiore età.

La potestà viene esercitata di comune accordo da entrambi i genitori ed in caso di contrasto su questioni di particolare importanza, ognuno di questi può ricorrere all'autorità giudiziaria.

Il Giudice, a sua volta, ha la possibilità di ascoltare il maggiore di quattordici anni ed esprimere un parere utile nell'interesse di quest'ultimo, attribuendo eventualmente potere decisionale al genitore che il Magistrato ritiene più idoneo¹⁹¹.

Tale norma si colloca in un contesto internazionale sempre più orientato verso la tesi

¹⁹¹ Art.81 della Legge n.49 del 26 aprile 1986 ("Riforma del diritto di famiglia"), Repubblica di San Marino.

dell'acquisizione graduale della maturità e, quindi, della eventuale capacità da parte del minore di consentire ai trattamenti sanitari, per cui il parere del minore è preso in considerazione come fattore sempre più determinante in relazione all'età e al grado di discernimento¹⁹².

Tuttavia, anche all'interno degli stessi ordinamenti, nell'applicazione pratica emergono considerazioni differenti, che assegnano alla volontà del minore in misura variabile il valore di una semplice ma attendibile opinione o di un consenso vero e proprio, o di complementarietà a quello dei genitori, o, infine, di esclusività, a testimonianza di come, pur all'interno di coordinate chiare che, purtroppo, però, soffrono di particolare ampiezza, la giurisprudenza continui a registrare l'evoluzione del sentire sociale riguardo alla capacità minorile in ambito sanitario.

L'attuale pandemia ha evidenziato come, sempre più spesso, nei casi di discordanza tra i minori e i genitori in merito alle terapie e in particolare alla copertura vaccinale, sia stata riconosciuta come preminente la volontà del minore, perché, sulla base delle evidenze scientifiche, in grado di garantire l'applicazione del **principio di beneficiabilità**.

Se tale complessità decisionale è evidente in ambito di trattamenti sanitari, lo è ancora di più per l'interruzione di gravidanza, soprattutto nei casi in cui la prosecuzione della gravidanza non sia effettivamente incompatibile con la salute e la vita della madre.

In caso di conflittualità tra la minore e chi esercita la potestà genitoriale o la tutela, il giudice non dovrà solo esaminare, attraverso figure preposte, non solo la effettiva maturità decisionale della minore, ma anche accertarsi che siano fornite a tutti gli attori le informazioni esaustive sulle conseguenze di ciascuna decisione, in ambito non solo fisico ma anche psicologico e giuridico, prospettando le varie opzioni di scelta come la facoltà di intraprendere le procedure di affidamento e di adozione¹⁹³, nel caso in cui la decisione finale sia di portare a termine la gravidanza non voluta, nel rispetto del **principio di beneficiabilità e di giustizia**, intesa come opportunità di vita per il feto.

IL RUOLO DEL PADRE

Sin dall'inizio il CSB ha incentrato il presente documento sulla donna dopo aver sottolineato come la genitorialità rappresenti il culmine dello sviluppo psicosessuale dell'adulto nel quale si genera la capacità di creare, proteggere, nutrire, amare, rispettare e provare piacere per un essere altro da sé e come la gravidanza rappresenti per la donna una delle esperienze più impegnative e indelebili per il coinvolgimento fisico, psichico, sociale e relazionale in quanto in grado di consentire ad un essere umano di averne in sé un altro ed instaurare con questo una straordinaria relazione intima e di cura.

Ne deriva che è la donna la prima persona chiamata a decidere se condurre a buon fine un evento che, realizzandosi al proprio interno, modifica in modo sostanziale non solo molteplici funzioni organiche ma anche l'immagine di sé e le prospettive di vita.

¹⁹² Si veda la [Convenzione Sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina](#) o Convenzione di Oviedo, art. 6 "Protezione delle persone che non hanno la capacità di dare consenso" e la [Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza](#), art. 12.

¹⁹³ Su tale informazione si rimanda a quanto esplicitato nella nota 181.

È comprensibile, quindi, come la madre sia per lo più considerata l'unica detentrica del diritto in tal senso, derivante dal **principio di autonomia**.

Come già evidenziato, con il presente documento il CSB intende approfondire i vari aspetti della genitorialità, alla quale corrisponde un concetto più ampio rispetto a quello della maternità.

In questa luce, la madre non dovrebbe essere lasciata sola di fronte a scelte complesse e a situazioni articolate e di per sé differenti da caso a caso: anche il padre dovrebbe sempre essere coinvolto ed aiutare la donna ad affrontare la difficilissima decisione sulle sorti sul nascituro.

Del resto, le circostanze in cui si è realizzato il concepimento riconducono ad una precisa responsabilità di entrambi i genitori e sarebbe estremamente riduttivo ed eticamente inaccettabile estraniare il padre dalle scelte sul futuro di una vita che ha contribuito a generare.

Tuttavia, al di là delle considerazioni fatte ad inizio capitolo sulle diverse sensibilità legate ad una visione ontologica o non ontologica della vita stessa, sulle quali il CSB ha scelto deliberatamente di non aprire una discussione nella consapevolezza delle difficoltà di conciliare convincimenti a volte tanto forti quanto distanti fra loro, in caso di scelte difformi tra i genitori, dovrà prevalere la volontà della donna.

La prospettiva maschile in materia di aborto è entrata appieno nelle raccomandazioni internazionali, e, sulla base di analisi narrative approfondite, alcuni autori suggeriscono, fra l'altro, l'importanza di offrire un supporto emotivo ed educativo ai padri nell'iter di preparazione alla procedura di interruzione volontaria della gravidanza¹⁹⁴.

Tale impostazione è stata pienamente recepita dalle linee guida internazionali di ostetricia e ginecologia sulla gravidanza negli adolescenti, i soggetti più fragili in rapporto all'aborto sia in termini di complicanze gravidiche sia sotto il profilo della relativamente scarsa maturazione affettiva e sessuale.

Queste ultime, infatti, basandosi sull'esperienza clinica e sul parere degli esperti, sottolineano come il padre debba essere coinvolto il più possibile nel processo di supporto alla gravidanza e a tutto quanto attiene alla salute e sopravvivenza del nascituro¹⁹⁵.

Tuttavia, pur suggerendo all'uomo di essere presente in alcune delle fasi della procedura medica o chirurgica relativa, i servizi infermieristici dedicati all'interruzione volontaria di gravidanza restano quasi del tutto centrati sulla donna¹⁹⁶.

Purtroppo, però, la mancata genitorialità ha un notevole impatto emotivo su entrambi i sessi.

Dato che la paternità, in particolare, attiva in lui una serie di mutamenti personali e sociali alla base di possibili conflitti intimi, l'uomo può vivere l'aborto come l'uccisione da parte della donna di una significativa porzione di sé ed essere così trascinato violentemente indietro alle angosce da bambino ed a sentimenti di castrazione che a volte si traducono in sindromi ansioso-depressive a sfondo

¹⁹⁴ Rodrigues MML, Hoga LAK. *Aborto espontâneo e provocado: sentimentos vivenciados pelos homens*. Rev Bras Enferm. Jan-Feb 2006;59(1):14-9.

¹⁹⁵ Fleming N et al. *Adolescent Pregnancy Guidelines*. J Obstet Gynaecol Can. 2015 Aug;37(8):740-756.

¹⁹⁶ Lipp A. *Supporting the significant other in women undergoing abortion*. Br J Nurs. 2008 Oct 23-Nov 12;17(19):1232-6.

persecutorio ed a variabile espressione psicosomatica se non, in casi fortunatamente rari, in una vera e propria malattia depressiva o in disordini comportamentali gravi¹⁹⁷.

L'impatto che per l'uomo ha l'aborto sull'immagine di sé e sul rapporto di coppia è, infatti, notevole, per l'intervento di fattori non familiari e biologici ma intrapsichici, che si sono dimostrati indipendenti dal contesto culturale o dall'uso di contraccettivi.

La conseguente emergenza, inattesa, di desideri ambivalenti ed esigenze contrastanti farebbe deflagrare tensioni e conflitti all'interno della coppia¹⁹⁸.

Di fatto l'ambivalenza è la risposta più comune che emerge dai vari studi sul tema, per un misto di orgoglio e paura, felicità e timore, angoscia ed eccitazione, che accomuna donne e uomini: quando percepisce l'aborto come un torto al quale non ha alcuna possibilità di opporsi, l'uomo vive un sentimento di dolore impotente, misto a vergogna e ad atteggiamenti depressivi fatti di isolamento, scarso interesse per il mondo esterno e mancanza di prospettive future¹⁹⁹.

Di norma, la donna che decide di abortire dovrebbe vivere il suo dilemma non come un rapporto bilaterale fra sé e il feto ma in interazione a tre con il padre, per quanto quest'ultimo sia spesso ignorato in tal senso dall'intero sistema sociale.

In questa luce, il **principio bioetico di autonomia** della donna non può prescindere dal rispetto del padre, l'altro soggetto a cui lo stesso principio si applica.

Sembra quasi che la disabitudine dell'uomo ad esprimere liberamente i propri sentimenti faccia da presupposto ad una scelta totalmente femminile, ma il pericolo che tale atteggiamento culturale comporta è duplice: da un lato lo scarico totale sulla donna della responsabilità di un evento senza ritorno, dall'altro l'esclusione forzata dell'uomo da scelte che ne condizioneranno la vita sociale e personale.²⁰⁰

L'OBIEZIONE DI COSCIENZA

Tra le innumerevoli criticità relative all'interruzione volontaria di gravidanza, il CSB ritiene doveroso richiamare l'istituto dell'obiezione di coscienza²⁰¹ per i professionisti sanitari.

Come ogni libertà, anche la libertà di coscienza comporta un aspetto positivo (garantisce la libertà di agire) e un aspetto negativo (garantisce la libertà di non agire).

¹⁹⁷ Benvenuti P et al. *Abortion and the man. Psychological and psychopathological manifestations in the face of lost fatherhood*. Riv Patol Nerv Ment. Nov-Dec 1983;104(6):255-68.

¹⁹⁸ Naziri D. *Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the abortion and the dynamics of the couple's relationship: a clinical study*. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2007 Jun;12(2):168-74.

¹⁹⁹ <https://www.liberopensiero.eu/31/10/2017/attualita/societa/aborto-padre/>; Kero A et al. *The male partner involved in legal abortion*. Hum Reprod. 1999 Oct;14(10):2669-2675.

²⁰⁰ Harris GW. *Fathers and fetuses*. Ethics. 1986 Apr;96(3):594-603.

²⁰¹ Per obiezione di coscienza si intende, *scritto sensu*, un rifiuto di agire positivamente contro le proprie opinioni, e non un rifiuto di non agire. L'obiezione può essere di natura morale o religiosa: l'obiezione morale è motivata da un precetto della ragione (*dictamen rationis*) con esclusione di ogni precetto religioso o di culto ed è la conseguenza di un giudizio della coscienza sulla natura stessa dell'atto al quale si riferisce; l'obiezione religiosa deriva da un precetto religioso (o di culto) e presuppone un atto di fede, non si basa sulla giustizia, ma sulla libertà della persona di conformarsi alle proprie convinzioni religiose. Da questa distinzione derivano gli obblighi dello Stato: quando l'obiezione è morale, perché essa riguarda un bene e si oppone a una deroga a un diritto o a una libertà, la società la deve rispettare in maniera assoluta; quando l'obiezione è religiosa o ideologica, l'obbligo dello Stato consiste nel rispettare la libertà religiosa.

Nel diritto europeo internazionale, il diritto all'obiezione di coscienza è garantito implicitamente come aspetto della libertà di coscienza e di religione nella sua dimensione negativa²⁰² ed è riconosciuta come una modalità di esercizio della libertà di coscienza nei confronti degli ordinamenti giuridici interni, purché sia «*dimostrata l'esistenza di un legame sufficientemente stretto e diretto tra l'atto e la convinzione che ne è all'origine nelle circostanze di ogni caso di specie*»²⁰³.

In ambito bioetico, le fondamenta dell'obiezione di coscienza sono rappresentate dal **principio di uguaglianza** che ha come corollario il **principio di non discriminazione**²⁰⁴.

L'obiezione di coscienza, com'è noto, può legittimamente essere posta dal medico che voglia revocare con effetto immediato la sua partecipazione diretta in pratiche di IVG, ad eccezione dei casi in cui sussiste una condizione di imminente pericolo di vita per la donna.

Il Servizio Sanitario Nazionale è comunque tenuto ad assicurare che la pratica si possa svolgere nelle varie strutture ospedaliere deputate a ciò; quindi, qualora il personale assunto sia costituito interamente da obiettori, si dovrà supplire a tale carenza al fine di poter assicurare il servizio, secondo le modalità che saranno ritenute più opportune dalle Direzioni Sanitarie aziendali.

Peraltro, lo *status* di obiettore non esonera il professionista sanitario dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

Nel caso di un'eventuale, massiccia adesione all'obiezione di coscienza, la cittadinanza ivi residente può ritrovarsi in difficoltà per l'erogazione di talune prestazioni. In questo caso, è previsto l'intervento istituzionale di preposti Organi di garanzia nazionale ed internazionale finalizzato al rispetto dei diritti minacciati o non rispettati.

Detta annotazione rappresenta un esempio della duplice possibilità interpretativa dell'applicazione di un principio. Se da un lato, infatti, il rispetto della facoltà di abortire implica il riconoscimento alla donna dell'esercizio di una libertà, dall'altro anche il rispetto dell'obiezione di coscienza richiama il medesimo diritto alla libertà di espressione di una libera scelta, che in tal caso, però, riguarda l'operatore ed è opposta alla precedente.

Tali due elementi, in apparente contraddizione tra loro, richiedono un bilanciamento che deve essere effettuato dalle autorità pubbliche nel delicato compito di conciliare i diritti concorrenti in modo che essi possano coesistere ed essere, entrambi, interamente rispettati.

²⁰² I riferimenti principali sono costituiti dal [Patto internazionale sui diritti civili e politici](#) (art. 18) e dalla [Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali](#) (art. 9). Questi strumenti garantiscono «*La libertà di coscienza e di religione, ciò che implica la libertà di avere o di adottare una religione o una convinzione di propria scelta, di cambiarla, così come la libertà di manifestare la propria religione o la propria convinzione*». L'atto finale della **Conferenza di Helsinki** (1975) è esplicita nella parte che garantisce il diritto di agire «*secondo l'imperativo della propria coscienza*»: «*Gli Stati partecipanti rispettano i diritti dell'uomo e le libertà fondamentali, ivi comprese la libertà di pensiero, di coscienza, di religione o di convinzione per tutti (...) In questo quadro, gli Stati partecipanti riconoscono e rispettano la libertà dell'individuo di professare e praticare, solo o in associazioni, una religione o una convinzione agendo secondo gli imperativi della propria coscienza*».

²⁰³ CEDH, *Eweida e altri c. RU*, § 82.

²⁰⁴ Quando il rifiuto di agire porta pregiudizio a un terzo, le convinzioni di una persona, ancorché minoritarie, non devono essere oggetto di un trattamento differente nel godimento effettivo dei diritti dell'uomo.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

- Piotrowska K, Zernicka-Goetz M. *Role for sperm in spatial patterning on the early mouse embryo.* Nature. 2001; 409(6819): 517-521.
- Gardner RL. *Specification of embryonic axes begins before cleavage in normal mouse development.* Development 2001; 128; 839-847.
- Pearson H. *Your destiny from day one.* Nature. 2002; 418(6893): 14-15
- Bose et al. *Purified human early pregnancy factor from preimplantation embryo possesses immunosuppressive properties.* Am. J. Obstet. Gynecol. 1989; 160: 954-960.
- Fazeli A et al. *Maternal communication with gametes and embryos: a complex interactome.* Brief Funct Genomic Proteomic. 2008; 7: 111-118.
- Jaquet et al., *Dynamic change in adiposity from fetal to postnatal life is involved in the metabolic syndrome associated with reduced fetal growth.* Diabetologia. 2005; 48: 849-855.
- Carbillon L et al., *Fetal placental and decidual-placental units: role in endocrine and paracrine regulations in parturition.* Fetal Diagn. Ther. 2000; 15:308-318.
- Tyzio R et al., *Maternal oxytocin triggers a transient inhibitory switch in GABA signaling in the fetal brain during delivery.* Science. 2006; 314(5806):1788-92
- Aceti F, Aveni F, Baglioni V et al., *Perinatal and postpartum depression: from attachment to personality. A pilot study.* J Psychopathol. 2012; 18: 328-334.
- Raccomandazioni per l'assistenza alla donna vittima di violenza sessuale*
<https://www.aogoi.it/media/6030/raccomandazioni-per-assistenza-alla-donna-vittima-di-violenza-sessuale.pdf>
- Mencacci C, Anniverno R. *La depressione post partum in Italia: fotografia del problema.* Atti del Convegno Nazionale SIGO. Roma, 2 aprile 2008.
https://www.fondazionegraziottin.org/ew/ew_articolo/Mencacci-Anniverno.pdf
- Williams C et al. *Superare la depressione post-partum. Un approccio in cinque aree* (a cura di Mencacci C, Anniverno R.). CIC Edizioni internazionali. Roma. 2011.
- Council of Europe, [Texts of the Council of Europe on bioethical matters. Vol. II](#) (DH-BIO/INF (2014) 5).
- Flamigni C, Vegetti Finzi S. e Mengarelli M. *Volere un figlio: La nuova maternità fra natura e scienza.* Mondadori. Milano. 1997.
- Flamigni C. *Avere un bambino. Come inizia una vita: dal concepimento al parto.* Mondadori. Milano. 2001.
- Valentini C. *La fecondazione proibita.* Feltrinelli. Milano. 2004.
- Ahmari Tehran H, Tashi S, Mehran N, Eskandari N, Dadkhah Tehrani T. *Emotional experiences in surrogate mothers: A qualitative study.* Iran J Reprod Med. 2014 Jul;12(7):471-80. PMID: 25114669; PMCID: PMC4126251.

- Douglas AJ. *Mother-offspring dialogue in early pregnancy: impact of adverse environment on pregnancy maintenance and neurobiology*, in *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, Volume 35 – Issue 5, Elsevier Inc. 2011.
- Perucchiotti E. *Utero in affitto, la fabbricazione dei bambini, la nuova forma di schiavismo*. rEvoluzione Edizioni. 2016.
- Lahl J. *Eggsploitation*. Documentario a cura di The Center for Bioethics and Culture Network. 2010.
- Lahl J. *Breeders – Donne di seconda categoria*. Documentario a cura di The Center for Bioethics and Culture Network. 2014.
- Bergman NJ. *The neuroscience of birth and the case for Zero Separation*. Publimed – National Center for Biotechnology Information. 2014.
- Allen AA. *Surrogacy and Limitations to Freedom of Contract: Toward Being More Fully Human*, *Harvard Journal of Law & Public Policy*. 2018.
- Olza I. *Si quieres ser padre o madre por gestación subrogada necesitas esta información (Stop Surrogacy Now)*.
- Corea G. *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. New York. Harper & Row. 1985.
- Gheaus A. *The normative importance of pregnancy challenges surrogacy contracts. Analize—Journal of Gender and Feminist Studies*. New Series. Issue. 2106. No. 6. pp. 20-31.
- Gillard J. [‘National Apology for Forced Adoptions’](#). 2013.
- Hawthorne S. *Medical wars against the less than perfect: The politics of disability*. Forthcoming in *Vortex*. Mission Beach. Spinifex Press. 2020.
- Klein R. *Infertility: Women Speak Out about Their Experiences of Reproductive Medicine*. London. Pandora Press. 1989.
- Klein R. *Surrogacy: A Human Rights Violation*. Mission Beach. Spinifex Press. 2017.
- Lahl J, Tankard Reist M and Klein R. (eds.) *Broken Bonds: Surrogate Mothers Speak Out*. Mission Beach. Spinifex Press. 2019.
- Laing L. [‘Baby “twins” have two different fathers after gay couple were both able to fertilise an embryo of a surrogate mother’](#). *Daily Mail*. 27 January 2019.
- Mackieson P. *Adoption Deception: A Personal and Professional Journey*. Melbourne. Spinifex Press. 2015.
- Place F. *Portrait of the Artist’s Mother: Dignity, creativity and disability*. Mission Beach. Spinifex Press. 2019.
- Raymond JG. *Women as Wombs: Reproductive Technologies and the Battle over Women’s Freedom*. Mission Beach. Spinifex Press. 1995/2019.
- Rowland R. *Living Laboratories: Women and Reproductive Technologies*. Sydney. Sun Books. Available from Spinifex Press. 1992.
- Saravanan S. *A Transnational Feminist View of Surrogacy Biomarkets in India*. Singapore. Springer. 2018.

- Solis R. ['Los Vientres de Alquiler: La cara mas brutal del "Gaypitalismo"'](#). Paralelo 36 Andalucia. 25 March 2017.
- Taylor M. ['Gay parenting 'boot camp' moves to Asia to meet growing demand from China'](#). *Essential Baby*. 22 February 2019.
- Wilson R, and Dodson M. *Bringing Them Home Report: Report of the National Inquiry into the Separation of Aboriginal and Torres Strait Islander Children from Their Families*. Australian Human Rights Commission. 1997.
- Smolin DM. *The One Hundred Thousand Dollar Baby: The Ideological Roots of a New American Export*. Cumberland Law Review. Bepress. 2019.
- Bindel J, and Powell G. ['Gay Rights and Surrogacy Wrongs: Say "No" to Wombs-for-Rent'](#). Stop Surrogacy Now. 2018.
- Daily Mail Reporter*. ['Last of the big spenders! Elton John 'paid £20,000' to surrogate mother for giving birth to second son Elijah.'](#) 21 January 2013.
- Ekman KE. *Being and Being Bought: Prostitution, Surrogacy and the Split Self*. North Melbourne. Spinifex Press. 2013.
- Fisher L. ['Kim Kardashian West explains why she chose a surrogate for her third child'](#). ABC News. 14 March 2018.
- Corradi L. *Nel ventre di un'altra*. Castelvecchi. Roma. 2017.
- Corradi L. *Odissea embrionale*. Mimesis edizioni. Milano Sesto san Giovanni. 2019.
- Rodotà S. *Utero affittasi*. Articolo pubblicato su *Panorama* il 5/11/1986.

ALLEGATO 1: IL CONCETTO DI “PERSONA”

La nozione di **persona** è nella filosofia contemporanea quanto mai variegata e mutevole, così che è raro vederla usare in modo univoco: si va dal rifiuto del concetto stesso di persona in certi riduzionismi naturalistici sino all’uso forte della categoria di persona nel personalismo ontologico.

“Persona” in latino deriva da *per-sonas*, “suona attraverso”: era il nome della maschera teatrale che veniva anche utilizzata come amplificatore, come una sorta di megafono (come anche nel teatro No giapponese).

La filosofia stoica usò questo termine per indicare l’uomo che, per un volere del destino, deve espletare un ruolo nel mondo.

Nel diritto romano il termine *persona*, contrapposto al termine “*res*”, viene utilizzato per riferirsi all’uomo soggetto di diritti, mentre le cose (compresi gli schiavi) non lo sono.

In greco, il termine deriva da *pros-ōpon*: “guardo verso”, “rivolto a”, la persona è prospiciente, è sempre in un’ottica prospettica. Tale etimologia indica che non esiste una persona che non sia “prospiciente” ad un’altra. La persona è volto, e il volto è tale solo se è ri-volto ad un altro volto. *Persona* indica relazione con altre persone distinte da sé.

Quindi la riflessione sulla persona ha attraversato l’intera storia della filosofia ma si è imposta in maniera nuova con la nascita e lo sviluppo della bioetica.

Gli interrogativi fondanti l’esistenza (Chi è persona? Che cosa costituisce la persona? Quando un essere diventa soggetto di diritti?) si intrecciano con le istanze del progresso della scienza. In particolare, è proprio nella cosiddetta **questione dello statuto ontologico** dell’embrione che si declinano le varie discussioni inerenti al concetto di persona; nella letteratura bioetica tale questione viene impostata secondo tre modelli principali: impostazione sensista, impostazione antinaturalista, impostazione personalista, a sua volta declinata nella linea di un personalismo di tipo **funzionalistico-attualista** e di un personalismo di tipo **ontologico-sostanzialista**.

IMPOSTAZIONE SENSISTA

Alcuni autori, come Peter Singer, svuotano di significato la categoria di persona perché ritengono che un soggetto sia meritevole di rispetto e di tutela soltanto quando esso ha la possibilità di sentire piacere e/o dolore.

È possibile ritrovare in tale posizione chiare ascendenze empiriste ed in particolare l’antropologia di David Hume, di Jeremy Bentham e dei sensisti settecenteschi.

Dal momento che la sensibilità consapevole richiede l’esistenza del sistema nervoso centrale, i fautori della **posizione sensista** riconoscono alcuni diritti agli animali adulti, in quanto senzienti, ma li negano agli embrioni umani, in quanto non ancora provvisti del sistema nervoso centrale.

La posizione di Singer arriva a non riconoscere l'appartenenza al genere umano a persone con disabilità che richiedono maggiori sostegni (ritenuti "sub umani"), al punto da considerarne legittima la loro soppressione.

IMPOSTAZIONE ANTINATURALISTA

Le diverse impostazioni **anti-naturaliste** non ritengono rilevanti i dati biologici per definire lo statuto ontologico dell'embrione e dubitano che di quest'ultimo si possa fondare lo statuto etico sul dato empirico.

Un grande rilievo viene invece attribuito ai **significati esistenziali** che le persone danno ai fenomeni della loro vita quotidiana: tali significati non sono derivabili dalla naturalità dei fenomeni presi nella loro crudità, ma sono per definizione culturali, cioè frutto della prassi umana a contatto con i fenomeni naturali variamente rielaborati dall'attività interpretativa individuale.

IMPOSTAZIONE FUNZIONALISTICO-ATTUALISTICA

L'impostazione funzionalistico-attualista cerca di definire la persona a partire dai *signa personae*, cioè da alcune sue operazioni ritenute particolarmente qualificanti.

Infatti, a partire dalla identificazione cartesiana della realtà personale con la funzione pensante svolta dalla *res cogitans* e ancor più dopo la critica kantiana alla categoria filosofica di sostanza (ciò che esiste in sé), si è verificato nel pensiero filosofico moderno un progressivo allontanamento da una nozione sostanziale dell'essere personale a favore delle qualità che caratterizzano quest'ultimo: il pensiero, la coscienza, la libertà, la relazione.

Il *noumenon* si rivela soltanto nel *phaenomenon* e l'idea di sostanza si risolve così nell'idea di funzione²⁰⁵.

In questa prospettiva il diritto alla vita parte da zero, cresce con lo sviluppo embriologico del feto, raggiunge un massimo dopo la nascita sino alla maturità e alle soglie della vecchiaia, per poi declinare insieme con le alterazioni psicologiche dell'anziano.

IMPOSTAZIONE ONTOLOGICO-SOSTANZIALISTA

Il **personalismo ontologico** ricerca una determinazione non attualistica dell'essere persona, ma sostanziale.

²⁰⁵ Diventa decisiva per le conclusioni normative la distinzione fra "essere umano" e "persona": in base all'assunto che la persona viene individuata dalla presenza di capacità autoriflessive e da un minimo senso morale che ne qualificano l'integrità, ne segue che alcuni esseri umani, come le persone con disabilità mentale, gli embrioni, i pazienti in coma irreversibile, non sono persone; e converso si possono immaginare persone che non sono esseri umani, come Dio, gli angeli e forse alcune specie di mammiferi superiori. Cfr. Engelhardt HT. jr. *Manuale di bioetica*, 126: «Non tutti gli esseri umani sono persone. I feti, gli infanti, i ritardati mentali gravi e coloro che sono in coma senza speranza costituiscono esempi di non persone umane. Tali entità sono membri della specie umana. Non hanno status in sé e per sé, nella comunità morale. Non sono partecipanti primari all'impresa morale. Solo le persone umane hanno questo status».

In questa ottica i *signa personae* non sono trascurati, ma si ritiene che l'essere persona o anche, se si vuole, il diventare persona, non possono essere argomentati sulla base dei dati empirici, ma all'interno di una concezione dell'essere e dei gradi di perfezione da questo raggiunti.

Ci si muove lungo la linea classica che non si accontenta di definire la persona in termini nominali o convenzionali, né di descriverne le operazioni ma tenta di coglierne l'elemento costitutivo, di raggiungerne l'ultima verità e la radice essenziale.

La persona possiede un suo *actus essendi* che la rende ontologicamente incomunicabile e insieme possiede una comunicabilità intenzionale nell'ordine dell'operare, cioè una apertura trascendentale al conoscere, all'amare, al dialogare, al Tutto.

Il personalismo ontologico non trascura il livello somatico (e quindi genetico ed embriogenetico), ma anzi lo presuppone, perché la sostanza individuale umana è anche corporea: l'individualità biologica, a partire dal momento in cui si stabilisce (al concepimento o più tardi), entra a costituire l'individualità personale dell'*individuum subsistens*.

Il personalismo ontologico riesce a cogliere aspetti più vasti e intimi del semplice essere umano biologico perché nella individualità biologica intravede radicarsi la profondità della persona.

In questo modo di concepire la persona, l'essere **umano** (assunto in senso biologico) è indissociabile dall'essere **persona** (l'essere **umano** in senso metafisico) nel rispetto delle distinzioni fra i diversi livelli o strati dell'esistente concreto.

Si può parlare, di un **personalismo biologico** o - forse meglio - **ontobiologico**, in cui l'orizzonte biologico è integrato da una ontologia relazionale così che ciò che costituisce l'essenza dell'uomo come persona è coestensivo, nella vicenda terrena, all'intera storia dell'organismo vitale ad esso sotteso.

LA NOZIONE DI PERSONA POTENZIALE

Nell'impostazione del personalismo ontologico è possibile accogliere la distinzione fra **persona** e **personalità**, intendendo con questo termine la progressiva acquisizione sul piano operativo di qualità che fluiscono dall'essenza della persona.

Il divenire persona come possesso del proprio statuto ontologico non è un processo, ma un evento, è acquisizione del proprio *actus essendi*; lo sviluppo e la manifestazione funzionale dell'essere personale è invece un processo.

Nella metafisica di Aristotele il **divenire**, proprio in virtù della coppia potenza-atto, non implica il passaggio da una realtà ad un'altra, ma è caratterizzato dalla continuità e la stessa potenza non è mai indeterminata (cfr. *Metafisica IX, 5, 1047b*). Un ente è in potenza (*dynamis*), quando è ancora privo della propria perfezione o determinazione.

La nozione di persona potenziale è legittima all'interno della visione aristotelica, ma diventa incomprensibile e fuorviante quando ci si muove in un ambito filosofico diverso. Come insegna Aristotele, il divenire è reale, le cose si trasformano e perciò, ciò che è in atto è anche in potenza, anche se sotto un aspetto diverso da quello per cui è in atto: ne deriva che ogni elemento della realtà può diventare diverso da quello che è.

Ognuno può diventare altro da sé semplicemente perché, per la semplice legge del continuo divenire, tutte si trasforma.

BIBLIOGRAFIA:

Engelhardt HT. jr. *Manuale di bioetica*. Il Saggiatore. Milano 1999.

Esposito R. *Le Persone e le cose*. Einaudi, Torino, 2014.

Faggioni M. *La vita nelle nostre mani*. EDB. Bologna. 2016.

Maritain J. *I diritti dell'uomo e la legge naturale*. Vita e Pensiero. Milano. 1977.

Maritain J. *La persona e il bene comune*. Morcelliana. Brescia. 2009.

Melchiorre V. *Corpo e persona*. Marietti 1820. Genova. 1991.

Palazzani L. *Il concetto di persona fra bioetica e biodiritto*. Giappichelli. Torino. 1996.

Singer P. *Etica pratica*. Liguori. Napoli. 1989.

ALLEGATO 2: LE INDAGINI PRENATALI

La maggior parte dei neonati (97%) non presenta imperfezioni congenite, cioè anomalie fisiche presenti alla nascita. Alcuni di queste imperfezioni congenite sono dovuti ad anomalie cromosomiche, come per esempio la sindrome di Down.

Con il progredire dell'età materna le probabilità che siano presenti anomalie cromosomiche aumentano.

Per evidenziare tali patologie prima della nascita (diagnosi prenatale) esistono due metodiche che permettono, tramite il prelievo dei villi coriali (villocentesi) dalla 11^a settimana o del liquido amniotico (amniocentesi) dalla 15^a settimana, di ottenere una diagnosi di certezza se il corredo cromosomico del nascituro è regolare o se siano presenti alterazioni come appunto la trisomia 21: sindrome di Down (tre cromosomi 21 anziché due) o la trisomia 18: sindrome di Edwards (tre cromosomi 18 anziché due) ed altre patologie cromosomiche.

Le indicazioni all'esecuzione della diagnosi prenatale sono:

- età materna avanzata (≥ 35 anni)
- precedente figlio affetto da un'anomalia cromosomica;
- precedente figlio con anomalie fisiche e un assetto cromosomico sconosciuto;
- partner portatore di un'anomalia cromosomica strutturale bilanciata;
- partner portatore di un marcatore cromosomico sovrannumerario;
- partner con mosaicismo cromosomico;
- aneuploidie dei cromosomi sessuali di uno dei partners;
- anomalie fetali e segni ecografici predittivi evidenziati ecograficamente;
- indagini biochimiche sul siero materno suggestive di un aumento del rischio di patologia cromosomica nel feto;
- storia familiare di malattia genetica;
- storia familiare di difetti del tubo neurale (come la spina bifida);
- altre situazioni di rischio elevato;
- consanguineità;
- insuccessi ostetrici (aborto spontaneo ricorrente, morte endouterina del feto);
- patologie materne;
- indicazioni teratologiche (assunzione di farmaci, malattie infettive, radiazioni);
- malattie infettive insorte in gravidanza.

Come detto il rischio aumenta con il progredire dell'età materna.

Per tale motivo il Sistema Sanitario Nazionale dà alle donne, che al momento del parto abbiano compiuto trentacinque anni, la possibilità di effettuare la villocentesi o l'amniocentesi in strutture pubbliche gratuitamente.

È evidente che una diagnosi positiva per patologia cromosomica non permette di effettuare alcuna terapia ma dà soltanto l'informazione alla paziente che può interrompere la gravidanza.

Essendo tali esami invasivi (inserimento sotto controllo ecografico di un ago in cavità uterina) sono penalizzati da una possibilità, anche se minima, (1% per l'amniocentesi e 2% per la villocentesi) di aborto spontaneo anche se correttamente effettuati.

Le tecniche di diagnosi prenatale possono essere invasive o non invasive.

I **test non invasivi** o di **screening**, non comportano rischi per il feto né per la donna, ma indicano solo la probabilità percentuale che sussistano alcune anomalie cromosomiche, in particolare la trisomia 21 (o sindrome di Down), la 13 o la 18 e anomalie dei cromosomi sessuali.

I **test invasivi** o **test diagnostici** invece, consentono di accertare la presenza di anomalie correlate al DNA e ai cromosomi, ma comportano rischi per il feto e, in alcuni casi, per la donna.

Test non invasivi (comprendono anche le diagnosi ecografiche)

- I **test di screening** sono una serie di esami eseguiti su una popolazione a basso rischio per malattia e servono per rilevare la presenza, nella popolazione, di segni che possono cambiare il fattore di rischio.

Ad esempio, nel caso dei test di *screening* per le anomalie cromosomiche, una donna di 20 anni, che ha per età un basso rischio di anomalia cromosomica fetale, potrebbe cambiare fascia di rischio in seguito all'esecuzione degli esami di *screening* e quindi avere un rischio uguale ad una donna di un'età maggiore. In tal caso, viene offerta gratuitamente la possibilità di effettuare l'esame diagnostico (amniocentesi o villocentesi) anche a questa donna di 20 anni, per confermare o smentire il sospetto di malattia del feto.

- **Ecografia:** tecnica basata sugli ultrasuoni, che consente di monitorare lo sviluppo dell'embrione e del feto e permette di guidare i prelievi eseguiti durante le indagini prenatali invasive, nonché di valutare la presenza di malformazioni di origine extracardiaca.
- **Translucenza nucale:** da alcuni anni è stata introdotta una nuova metodica di screening per la valutazione del rischio di anomalie cromosomiche e di alcune cardiopatie. Si tratta di un'ecografia eseguita dalla 11° alla 14° settimana, nel corso della quale si misura una piccola falda liquida che si trova dietro la nuca del feto, tra la cute ed i tessuti sottostanti; maggiore è lo spessore di questa falda, maggiori sono le possibilità di una patologia cromosomica (sindrome di Down) o di una cardiopatia o di malformazioni scheletriche. La risposta dell'esame viene consegnata al termine dell'ecografia e darà come indicazione il rischio in termini statistici percentuali (ad esempio 1 caso patologico possibile su 1000 o un caso patologico possibile su 100). La translucenza nucale consente di identificare circa il 75-80 % dei feti affetti ed ha una percentuale di falsi positivi del 5% (ogni 30 esami positivi, uno è realmente affetto). Quando la misura della translucenza supera un valore soglia di 2,5 mm., la paziente può essere indirizzata in un centro di diagnosi prenatale di II livello per ulteriori accertamenti (ecocardiografia fetale, ecografia morfologica). Durante l'ecografia viene anche valutata la presenza dell'osso nasale del feto. La presenza dell'osso nasale è un dato importante che viene inserito nel calcolo del rischio, migliorando la sensibilità dei test di screening (sensibilità circa 90%).

- **ecocardiografia fetale:** esame ecografico per escludere la presenza di una patologia cardiaca fetale semplice o complessa;
- **analisi biochimiche del sangue materno** (*test combinato, DNA fetale*): permettono di identificare un possibile rischio di malattia. Il *test combinato* prevede anche l'esecuzione di una ecografia per valutare lo spessore della *plica retro-nucale* del feto che, insieme ai risultati dell'esame del sangue, permette di stimare il rischio di alcune anomalie cromosomiche
- **Il test combinato:** si tratta di un esame del sangue che dosa due sostanze (free β -HCG e PAPP-A). Il risultato viene inserito in un programma e viene calcolato un rischio di sindrome di Down. Il *BI TEST* (ultratest) associato all'esame della translucenza nucale migliora la sensibilità degli esami arrivando a circa un 90% di feti affetti individuati con 5% di falsi positivi. In pratica nello stesso giorno in cui si esegue l'ecografia per la translucenza nucale la paziente può sottoporsi al prelievo di sangue per il *BI TEST*.
- **DNA fetale:** Durante la gravidanza, alcuni frammenti del Dna del feto circolano nel sangue materno. Il DNA fetale consiste in corti frammenti di DNA (~145/200 bp) presenti nel plasma in percentuali variabili a seconda del periodo gestazionale e derivanti dai trofoblasti placentari. Tale DNA è rilevabile a partire dalla 5° settimana di gestazione; la sua concentrazione aumenta nelle settimane successive e scompare subito dopo il parto. La quantità di DNA fetale circolante dalla 9°- 10° settimana di gestazione è sufficiente per garantire l'elevata specificità e sensibilità del test. Il test viene eseguito mediante il prelievo di un campione ematico della gestante con un'età gestazionale di almeno **10 settimane**. Tramite un'analisi complessa di laboratorio, il DNA fetale libero circolante è isolato dalla componente plasmatica del sangue materno. Successivamente, attraverso un processo tecnologico avanzato di **sequenziamento massivo parallelo (MPS) dell'intero genoma umano**, che impiega tecniche di *Next Generation Sequencing (NGS)*, le sequenze cromosomiche del DNA fetale vengono quantificate mediante sofisticate analisi bioinformatiche, al fine di determinare la presenza di eventuali aneuploidie cromosomiche.
(1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11)

Cosa significa screening positivo?

Nei sopra citati test non invasivi, si considera positivo uno *screening* che evidenzia un rischio maggiore di 1 su 350, cioè che esiste una probabilità maggiore di 1/350 che il feto presenti alterazioni cromosomiche. *Screening* positivo non significa quindi la reale presenza di patologia bensì un maggior indice di rischio. In tali casi si può eseguire un'amniocentesi che confermerà o escluderà la presenza di cromosomopatie. Un test di *screening* negativo non esclude completamente che il feto sia affetto da anomalie cromosomiche ma lo rende molto improbabile.

Difetti congeniti possono anche essere indipendenti da patologie cromosomiche e la loro valutazione sfugge di conseguenza sia agli esami non invasivi sia all'amniocentesi e alla villocentesi. Per tale motivo è fondamentale la valutazione morfologica fetale eseguita con le ecografie nelle epoche gestazionali successive (18 - 23 settimane).

Quando sottoporsi ad un test di screening?

È consigliato sottoporsi ad un test di screening:

- se si è disposti ad accettare un risultato di probabilità e non di certezza;
- se si è disposti ad accettare un eventuale esame invasivo nel caso in cui il test di *screening* indichi un aumentato rischio.

È sconsigliato sottoporsi ad un test di *screening* se si desidera avere un risultato diagnostico più certo. In tal caso solo gli esami invasivi (villocentesi o amniocentesi) consentono una diagnosi di certezza.

Test diagnostici invasivi

- **Villocentesi** o prelievo dei villi coriali: si esegue dopo la 10° settimana introducendo, sotto controllo ecografico, un ago attraverso l'addome materno per prelevare delle cellule dei villi coriali ed esaminarle. Permette di determinare precocemente il gruppo sanguigno, il cariotipo fetale, la tipizzazione di agenti infettivi e malattie monogeniche, eventuali anomalie del DNA. La procedura comporta un rischio di aborto compreso fra l'1-2% e quello di parto pretermine fino al 4%.
- **Amniocentesi:** si esegue introducendo un ago, attraverso l'addome materno, per prelevare liquido amniotico contenente cellule del feto. Può essere precocissima (12° - 14° settimana con un rischio indicativo del 5%), precoce (16° - 18° settimana con un rischio tra lo 0,2-1%), tardiva (20° - 26° settimana con un rischio indicativo del 2% correlato alla rottura delle membrane). L'esame è finalizzato a ricercare il cosiddetto *cariotipo* (mappa cromosomica) per individuare eventuali anomalie cromosomiche. Possibili rischi: aborto (fra lo 0,5-1,0%), rottura delle membrane, danno fetale diretto, distress respiratorio neonatale, trasmissione materno-fetale di agenti infettivi, emorragia feto-materna, amniosite, contrazioni uterine, rare perdite ematiche, parti pretermine fino al 4%.
- **Cordocentesi o funicolocentesi:** si esegue dopo la 16°-18° settimana introducendo un ago nella cute dell'addome materno fino a raggiungere i vasi sanguigni del cordone ombelicale per prelevare un campione di sangue fetale. L'esame è finalizzato a valutare difetti congeniti dell'emostasi, malattie ematologiche fetali (anemia, trombocitopenia...), il profilo acido-basico del sangue fetale, il cardiotipo rapido, infezioni fetali. La procedura comporta un rischio di aborto di circa il 2%, superiore a quello di villocentesi e amniocentesi e possibili ulteriori complicanze quali sanguinamento, bradicardia fetale, infezione, emorragia feto-materna. Può essere usata anche per confermare quadri genetici dubbi sia all'esame dei villi che all'esame su liquido amniotico.
- **Fetoscopia:** si esegue dopo la 18° settimana introducendo un microendoscopio, sotto controllo ecografico, attraverso l'addome materno per visualizzare nella cavità amniotica piccole porzioni di feto. Tramite la pinza biottica consente di effettuare prelievi biottici (cute e tessuto epatico) ed ematici. La procedura comporta un rischio di parti pretermine e di aborti di circa il 6%.

BIBLIOGRAFIA

- Ribatti D et al. *Medawar and the discovery of acquired immunological tolerance*. Immunol Lett. 2015 ottobre; 167 (2): 63-6.
- Bischof P et al. *A model for implantation of the human blastocyst and early placentation*. Hum Reprod Update. 1996 maggio-giugno; 2 (3): 262-70.
- Hunziker RD et al. *Placenta as a selective barrier to cellular traffic*. Immunol. 1984 Aug;133(2):667-71.
- Bianchi DW et al. *Fetal sex chromosome testing by maternal plasma DNA sequencing: clinical laboratory experience and biology*. Obstet Gynecol. 2015 Feb;125(2):375-82.
- Bianchi DW et al. CARE Study Group. *DNA sequencing versus standard prenatal aneuploidy screening*. N Engl J Med. 2014 Feb 27;370(9):799- 808.
- Rava RP et al. *Circulating fetal cell-free DNA fractions differ in autosomal aneuploidies and monosomy X*. Clin Chem. 2014 Jan;60(1):243-50.
- Bianchi DW et al. *Maternal Blood is Source to Accurately diagnose fetal aneuploidy (MELISSA) Study Group. Massively parallel sequencing of maternal plasma DNA in 113 cases of fetal nuchal cystic hygroma*. Obstet Gynecol. 2013 May;121(5):1057-62.
- Futch T et al. *Initial clinical laboratory experience in noninvasive prenatal testing for fetal aneuploidy from maternal plasma DNA samples*. Prenat Diagn 2013, 33, 569–574.
- Srinivasan et al. *Noninvasive Detection of Fetal Subchromosome Abnormalities via Deep Sequencing of Maternal Plasma*. American Journal of Human Genetics 2013, 92:167-176.
- Bianchi DW et al. *Genome-wide fetal aneuploidy detection by maternal plasma DNA sequencing*. Obstet Gynecol 2012; 119:890–901.
- Noia G. *Le cure prenatali. Nuovi percorsi di risposte alla diagnosi prenatale patologica*. Falco Editore. 2016.

ALLEGATO 3: LE TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Secondo il 2016 *Assisted Reproductive Technology National Summary Report*, 50 milioni di coppie nel mondo, pari al 10-15%, soffre di infertilità²⁰⁶.

Il fattore femminile di infertilità è importante, arrivando a interessare il 38% dei casi contro il 32% di quello maschile (il 17% dipende dall'insieme dei due fattori e il restante 12% non consente di riconoscere cause specifiche).

Le cause femminili sono rappresentate per il 43% da una ridotta riserva ovarica, per il 22% da turbe dell'ovulazione, per il 16% da una disfunzione/patologia tubarica, per l'11% dall'endometriosi e per l'8% da problemi uterini.

L'infertilità maschile, invece, dipende per il 37% da infezioni del tratto urogenitale, per il 25% dal varicocele e per il 16% da endocrinopatie e non riesce a riconoscere cause specifiche nel 22% dei casi²⁰⁷.

Del resto, anche la stessa valutazione del liquido seminale, pur rappresentando lo standard in tal senso, non consente di predire con affidabilità le probabilità di concepimento, se si riflette sul fatto che, normalmente, la percentuale di spermatozoi di forma normale è di appena il 3-4%²⁰⁸.

Ciò che lascia interdetti, però, è che il 30% dei futuri padri non viene affatto sottoposto ad una visita andrologica ben condotta²⁰⁹ e ad esami endocrinologici di facile esecuzione, in grado di orientare immediatamente la diagnosi e risolvere il problema alla radice con una terapia efficace e, spesso, solo medica²¹⁰.

La tecnologia riproduttiva trovò la sua prima espressione il 25/07/78, con la nascita di Louise, figlia della "provetta".

Da allora le tecniche si sono evolute, raggiungendo una particolare raffinatezza con la FIVET (*Fertilization In Vitro with Embryo Transfer*), utile in caso di patologia tubarica: la prima fase consiste nella stimolazione ovarica, seguita poi dall'estrazione ovarica e semina degli ovociti in una capsula ("in vitro") contenente gli spermatozoi. Si formano così più embrioni dei quali avviene una selezione ai fini del successivo impianto in utero.

Esiste però anche un'altra tecnica, la ICSI (*Intra-Cytoplasmic Sperm Injection*), particolarmente utile in caso grave oligozoospermia (un fattore maschile caratterizzato dall'impossibilità di un numero molto limitato di spermatozoi vivi e mobili di raggiungere l'ovulo e fecondarlo).

²⁰⁶ Centers for Disease Control and Prevention, American Society for Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology. *2016 Assisted Reproductive Technology National Summary Report*. Atlanta (GA): US Dept of Health and Human Services; 2018

²⁰⁷ Milardi D et al. *Male fertility and reduction in semen parameters: a single tertiary-care center experience*. Int J Endocrinol. 2012;2012:649149. doi: 10.1155/2012/649149.

²⁰⁸ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030787>

²⁰⁹ Eisenberg ML et al. *Frequency of the male infertility evaluation: data from the national survey of family growth*. J Urol. 2013 Mar;189(3):1030-4.

²¹⁰ <https://emedicine.medscape.com/article/436829-guidelines>

Purtroppo, il *web* pullula di pubblicità relativa alle tecniche di PMA che magnifica la possibilità di raddoppiare, e perfino quadruplicare, il tasso spontaneo di gravidanze nelle donne che oggi arrivano al matrimonio in età non più giovanissima²¹¹.

Tale forma di pubblicità sottolinea come il tasso di “successo” dipenda dalla possibilità di stimolare l’ovaio a produrre quanti più ovuli possibile, in modo che, ad un fallimento iniziale si possa ovviare con l’utilizzo di altri ovuli e, grazie alla diagnosi pre-impianto, si sia in grado di selezionare embrioni con maggiori “potenzialità di sviluppo” ed arrivare alla percentuale di nati vivi del 20% circa rispetto ai cicli di impianto riportata dal succitato *Assisted Reproductive Technology National Summary Report* (2016).

Come logica conseguenza, il 17° rapporto della ESHRE (*European Society of Human Reproduction and Embryology*) riferisce di una continua espansione del numero di cicli di trattamento in Europa che ha finito per contribuire in modo sempre crescente al tasso di natalità in molte nazioni.

Tuttavia, proprio per tale motivo, lo stesso rapporto suggerisce anche la necessità di standardizzare i registri nazionali e di validare scientificamente le metodologie adottate²¹², tanto più che, in base ai dati del Ministero della Salute Italiano, la reale percentuale di successo delle varie tecniche oscilla solamente fra il 7 e il 13% circa a seconda dell’età delle donne trattate ed è molto scarsa (del 2-3%) in quelle di età superiore ai 43 anni²¹³.

Le tecniche di stimolazione ovarica, condotte sempre a dosi particolarmente elevate nella speranza di ottenere il massimo dal tentativo in atto, comportano spesso per la donna problemi facilmente sostenibili, quali aumento del peso corporeo e dell’adiposità viscerale e turbe funzionali dell’intestino, ma, oltre ad esitare a volte in complicazioni di notevole rilievo alle quali abbiamo già accennato nel testo, aumentano il rischio di diabete gestazionale²¹⁴, ipertensione gravidica e di placenta previa²¹⁵.

Non va sottovalutato, infine, il fatto che, con la PMA, sono stati segnalati anche per la prole di rischi immediati - rappresentati da nascita prematura, peso molto basso e perfino aumento della mortalità perinatale - e tardivi - fra i quali si annoverano soprattutto anomalie del metabolismo glicidico e una disfunzione vascolare generalizzata²¹⁶.

²¹¹ https://ivitalia.it/?gclid=CjwKCAjw5c6LBhBdEiwAP9ejG3gloiMM9WbMiqB2H8eYPE0yAQO39L7zVvgpABYbtssk5XqC9h_wtxoCz9AAQAvD_BwE; https://www.almare.it/dwqa-questions/?gclid=CjwKCAjw5c6LBhBdEiwAP9ejG9Np2n1v839S53NDPFu4nLaCTg0Q4IATMCDY3iVnKc0OPW4HX8HRoCckQQAvD_BwE; https://ivf-cube.eu/it/?gclid=CjwKCAjw5c6LBhBdEiwAP9ejG9Np2n1v839S53NDPFu4nLaCTg0Q4IATMCDY3iVnKc0OPW4HX8HRoCckQQAvD_BwE;

²¹² Calhaz-Jorge C et al. *Assisted reproductive technology in Europe, 2013: results generated from European registers by ESHRE*. Hum Reprod. 32(10): 1957–1973, 2017

²¹³ https://www.iss.it/documents/20126/0/14+Report_2020_dati+PMA_2018.pdf/75a615ee-3598-80c5-9b19-56939438b3b5?t=1606928964806

²¹⁴ Bosdou JK et al. *Risk of gestational diabetes mellitus in women achieving singleton pregnancy spontaneously or after ART: a systematic review and meta-analysis*. Hum Reprod Update. 2020 Jun 18;26(4):514-544.

²¹⁵ Nagata C et al. *Complications and adverse outcomes in pregnancy and childbirth among women who conceived by assisted reproductive technologies: a nationwide birth cohort study of Japan environment and children's study*. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Feb 20;19(1):77. doi: 10.1186/s12884-019-2213-y.

²¹⁶ Kamphuis EI et al. *Are we overusing IVF?* BMJ. 2014 Jan 28;348:g252. doi: 10.1136/bmj.g252.; Hansen M et al. *Assisted reproductive technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis*. Hum Reprod Update. Jul-Aug 2013;19(4):330-53.; Whitelaw N et al.

ALLEGATO 4: POSIZIONE DELLE RELIGIONI MONOTEISTE

CATTOLICESIMO

Concetti generali sulla morale cattolica

Il punto di partenza di ogni discorso morale all'interno della Chiesa Cattolica è l'incontro con Dio che avviene in Gesù di Nazareth, il Cristo. È questo avvenimento che fonda ogni esperienza di fede.

Le riflessioni che si sono maturate nella storia dell'esperienza di fede trovano un elemento imprescindibile nel Magistero della Chiesa.

È compito del magistero della Chiesa predicare la fede da credere e da praticare nella vita. Tale compito si estende anche alle prescrizioni specifiche della legge naturale, perché la loro osservanza è necessaria per la salvezza.

Il Magistero della Chiesa è sempre intervenuto nell'ambito delle tematiche suscitate dalla bioetica. Il Concilio Vaticano II ha invitato tutti i fedeli ad *«armonizzare la conoscenza delle nuove scienze, delle nuove dottrine e delle più recenti scoperte con la morale e il pensiero cristiano affinché la pratica della religione e l'onestà procedano di pari passo con la conoscenza scientifica e il continuo progresso della tecnica»*²¹⁷.

Per il cristiano *«la risposta definitiva a ogni interrogativo sull'uomo è data da Gesù Cristo. Anzi è Gesù Cristo»*²¹⁸.

Quindi la morale cristiana non deriva da un insegnamento ma è quel dinamismo interiore che viene da Dio e che conferisce all'agire etico naturale una finalità divina.

Altro elemento caratteristico della Morale Cattolica è la coscienza.

La coscienza è il giudizio della ragione con il quale la persona valuta se l'azione che sta per compiere, o che ha già compiuto, è buona o cattiva.

È attraverso la coscienza che l'uomo verifica se l'azione da compiere o compiuta è coerente con la Legge che impone di vivere secondo ragione.

In ciò si realizza l'identità personale dell'uomo in coerenza con la legge naturale. *«La coscienza non è la fonte del bene e del male; è il richiamo alla conformità che un'azione deve avere riguardo ad una esigenza intrinseca all'uomo, affinché l'uomo sia vero e perfetto. È l'intimazione soggettiva e immediata di una legge, che dobbiamo chiamare naturale, nonostante che oggi molti non vogliono più sentir parlare di legge naturale»*²¹⁹.

Epigenetic status in the offspring of spontaneous and assisted conception. Hum Reprod. 2014 Jul;29(7):1452-8.; Meister TA et al. *Association of Assisted Reproductive Technologies With Arterial Hypertension During Adolescence.* J Am Coll Cardiol. 2018 Sep 11;72(11):1267-1274.

²¹⁷ Concilio Vaticano II. *Costituzione "Gaudium et Spes"*, 62.

²¹⁸ Giovanni Paolo II. *Lettera Enciclica Veritatis Splendor* (6 agosto 1993), 2.

²¹⁹ Paolo VI. *Allocuzione* del 12 febbraio 1969.

La coscienza, la legge, la libertà non sono contrapposte tra loro ma insieme concorrono a realizzare la persona secondo rettitudine e a promuovere la giustizia collettiva.

Possiamo quindi definire la coscienza come l'attitudine e l'atto di conoscenza e di discernimento finalizzati alla valutazione delle azioni morali.

Aborto

Nella Sacra Scrittura non si parla mai di "aborto volontario" ma viene evidenziata sempre la relazione fra l'essere umano fin dal suo inizio con Dio Padre: *«intessuto nel grembo di mia madre tu mi hai conosciuto...»*.

È in questa relazione personale con Dio che si fonda la sacralità e l'invulnerabilità della vita umana.

La tradizione cristiana fin dal suo inizio ha sempre condannato l'aborto ed il pensiero della Chiesa non è mai cambiato, né potrà cambiare perché è in gioco il valore stesso della vita umana.

Nella celebre enciclica *Evangelium Vitae*, Giovanni Paolo II dichiara che *«l'aborto diretto, cioè voluto come fine o come mezzo, costituisce sempre un disordine morale grave, in quanto uccisione deliberata di un essere umano innocente. Tale dottrina è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta, è trasmessa dalla Tradizione della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario e universale»*²²⁰.

Il pontefice non si rifà solo alla tradizione costante e immutata della Chiesa, ma fonda la condanna dell'aborto oltre che sulla Sacra Scrittura, anche sulla Legge Naturale.

Per quanto riguarda la responsabilità morale di chi compie l'aborto, essa non ricade solo sulla madre ma anche su quelle persone che la influenzano o casomai la costringono, direttamente o indirettamente: possono essere singole persone, ma anche istituzioni sociali e/o leggi statali.

Una grave responsabilità ricade sui medici e infermieri che eseguono direttamente l'intervento soppressivo della vita.

Per quanto riguarda invece la valutazione morale dell'aborto, la tradizione della Chiesa dichiara che quello direttamente voluto, per qualsiasi motivo venga effettuato, è sempre illecito e soggetto a censure canoniche.

Diverso è il caso dell'aborto non voluto direttamente, ma accettato come conseguenza indiretta e prevista, di un atto lecito: viene giustificato con l'applicazione del cosiddetto principio del duplice effetto.

Tale principio giustifica un'azione che ha due effetti, uno buono e uno cattivo, se l'intenzione di chi agisce è finalizzata al raggiungimento dell'effetto buono, se l'effetto buono non si raggiunge attraverso l'effetto cattivo, se c'è proporzione fra l'effetto buono voluto e l'effetto cattivo tollerato e se non è possibile evitare l'effetto cattivo in un altro modo.

²²⁰ Giovanni Paolo II. Lettera Enciclica *Evangelium Vitae*, 62.

Neppure nel caso dell'aborto (cosiddetto) eugenetico, eseguito per non far nascere una persona con una qualsiasi forma di disabilità o affetto da malattie genetiche, è ammissibile una qualche forma di liceità.

Infatti *«nessuno neppure il padre o la madre, può sostituirsi a lui, neanche se è ancora allo stato embrionale, per preferire a suo nome la morte alla vita. Egli stesso, raggiunta l'età matura, non avrà mai il diritto di scegliere il suicidio; tanto meno, dunque, finché non ha l'età per decidere da solo, potranno essere i suoi genitori a scegliere la morte per lui. La vita, infatti, è un bene troppo fondamentale perché possa essere posta a confronto con certi inconvenienti, benché gravissimi»*²²¹. Neanche nel caso di un concepimento avvenuto dopo un atto di violenza carnale può giustificare la soppressione del nascituro che, in effetti, è del tutto innocente.

Procreazione medicalmente assistita

Il figlio è sempre un dono e non potrà mai essere considerato un oggetto di diritto, neppure qualora il figlio potesse risolvere il disagio umano, spirituale e psichico dei genitori.

La valutazione morale della procreazione medicalmente assistita si basa sul senso ultimo che l'antropologia cristiana attribuisce al significato del procreare umano: il nesso inscindibile fra la trasmissione della vita e l'amore coniugale in quanto personale, fecondo e incarnato.

La Congregazione per la Dottrina della Fede afferma a tal proposito che *«l'origine di una persona umana è in realtà il risultato di una donazione. Il concepito dovrà essere il frutto dell'amore dei suoi genitori. Non può essere voluto né concepito come il prodotto di un intervento di tecniche mediche e biologiche; ciò equivarrebbe a ridurlo a oggetto di una tecnologia scientifica. Nessuno può sottoporre la venuta al mondo di un bambino a delle condizioni di efficienza tecnica valutabili secondo parametri di controllo e di dominio»*²²².

La procreazione di una nuova persona avviene nel contesto dell'amore coniugale come il frutto e il segno della mutua donazione personale degli sposi, del loro amore, della loro fedeltà.

L'atto procreativo è posto da due persone che diventano per amore *una caro*, una persona *coniugalis*, per cui non può mai essere ridotto ad un atto puramente fisico.

In esso sono coinvolte le dimensioni fisiche, psichiche e spirituali della persona, con il desiderio e l'accoglienza²²³.

Aggiunge poi che *«una procreazione veramente responsabile nei confronti del nascituro deve essere il frutto del matrimonio. La procreazione umana possiede infatti delle caratteristiche specifiche in virtù della dignità dei genitori e dei figli: la procreazione di una nuova persona, mediante la quale l'uomo e la donna collaborano con la potenza del Creatore, dovrà essere il frutto e il segno della mutua donazione personale degli sposi, del loro amore e della loro fedeltà. La fedeltà degli sposi, nell'unità del matrimonio, comporta il reciproco rispetto del loro diritto a diventare padre e madre soltanto l'uno attraverso l'altro. Il figlio ha diritto ad essere concepito, portato in grembo, messo al mondo ed educato nel matrimonio: è attraverso il riferimento sicuro e riconosciuto ai propri genitori che egli può scoprire la propria identità e maturare la propria formazione umana. I genitori trovano nel figlio una conferma e un completamente della loro donazione reciproca: egli è l'immagine vivente*

²²¹ Congregazione per la Dottrina della Fede. *De Abortu procurato*, 14.

²²² Congregazione per la Dottrina della Fede. *Donum vitae*, II B 4C.

²²³ Ibidem, II B 4b.

del loro amore, il segno permanente della loro unione coniugale, la sintesi viva e indissolubile della loro dimensione paterna e materna. In forza della vocazione e delle responsabilità sociali della persona, il bene dei figli e dei genitori contribuisce al bene della società civile; la vitalità e l'equilibrio della società richiedono che i figli vengano al mondo in seno a una famiglia e che questa sia stabilmente fondata sul matrimonio. La tradizione della Chiesa e la riflessione antropologica riconoscono nel matrimonio e nella sua unità indissolubile il solo luogo degno di una procreazione veramente responsabile»²²⁴.

Il ricorso a mezzi artificiali nell'ambito della procreazione è lecito solo nella misura in cui questi ultimi sono destinati unicamente a facilitare l'atto naturale o a procurare ad un atto normalmente compiuto il raggiungimento del fine naturale.

Sono ritenuti illeciti e immorali tutti quegli interventi artificiali che si pongono come sostituzione ad un atto che è e deve restare squisitamente personale, che manifesta tutta la persona.

In particolare, nella valutazione delle procedure di fecondazione eterologa la condanna è chiara perché esse rompono il nesso tra amore coniugale e trasmissione della vita (come in tutte le tecniche di fecondazione artificiale), ma anche perché ledono il senso del procreare come espressione dell'unità degli sposi in quanto il figlio trae la sua origine fuori dalla coppia.

Per gli stessi motivi sono eticamente inaccettabili le banche di gameti. Analogamente è immorale la maternità surrogata, anche se fatta senza scopo di lucro, con o meno l'uso di gameti della madre sostitutiva. Anche la raccolta del seme al di fuori di una unione coniugale è immorale, in quanto dissocia il generare dall'amore incarnato dei coniugi.

BIBLIOGRAFIA

Giovanni Paolo II. Lettera enciclica *Evangelium vitae* (25marzo 1995).

Congregazione per la Dottrina della Fede. *De Abortu procurato* (18/11/1974).

Congregazione per la Dottrina della Fede. Istruzione *Donum vitae* (22/02/1987).

Congregazione per la Dottrina della Fede. Istruzione *Dignitatis personae* su alcune questioni di bioetica (8/09/2008).

Faggioni MP. *La vita nelle nostre mani. Manuale di bioetica teologica*. EDB. Bologna. 2016.

²²⁴ Ibidem, A 1.

Concetti generali sulla morale islamica

Il Corano (la diretta e letterale parola di Dio), la *Sunna* (la raccolta dei "detti" del Profeta) e l'*igma'* (il consenso della comunità) costituiscono le principali fonti del diritto e della religione islamica che non possiede un'autorità giuridico-religiosa suprema, né un magistero preposti a guidare i fedeli nelle circostanze per le quali mancano direttive nelle fonti sacre.

Quando queste non si esprimono riguardo al ricorso a nuove pratiche e tecniche diagnostico-terapeutiche, i credenti hanno facoltà di interpellare i dottori della Legge islamica, i quali emettono delle opinioni giuridiche (*fatawa*) che possono essere contraddette da altri giureconsulti.

Anche i pronunciamenti di organismi collegiali (quali comitati, accademie islamiche, ecc.), sebbene di differente valore giuridico (risoluzioni, raccomandazioni e opinioni giuridiche), rimangono sostanzialmente contestabili da altri organismi religiosi.

In assenza di legislazioni o norme statali atte a regolare il ricorso a specifiche pratiche e tecniche, i medici potrebbero far riferimento a responsi giuridico-religiosi legittimanti o meno una determinata pratica.

Ovviamente sono gli Stati a produrre le leggi e non sono obbligati (tranne pochi casi) a recepire le posizioni espresse dalle autorità religiose nazionali o sovranazionali islamiche anche se, di norma, vengono tenute in considerazione.

Infine, le elaborazioni delle correnti o scuole giuridiche (es. *hanafita*, *shafiita*, *malikita* e *hanbalita*) non possono differire sui fondamenti della fede, del diritto e del culto ma possono differire su tutto il resto.

Ciò può spiegare la quantità di posizioni e valutazioni disparate che si possono incontrare sull'aborto e la PMA, varietà di cui presentiamo un quadro estremamente semplificato.

Aborto

Il Corano e i "detti" del Profeta contengono numerosi riferimenti all'inizio della vita umana, il più esaustivo tra i quali è il Corano 23,12-14 in cui vengono elencate sette fasi nell'evoluzione dell'embrione nel ventre materno a partire dalla fecondazione.

L'ultima fase contiene l'espressione "una creazione nuova" che la tradizione giuridica connette con l'infusione dell'anima nel feto da parte di Dio.

Vengono così distinte due fasi nello sviluppo fetale, la prima senza anima, la seconda animata, distinzione rilevante per stabilire la qualificazione giuridica dei differenti atti abortivi, cioè se si tratti di un atto permesso, biasimevole o proibito secondo il diritto musulmano.

La diretta parola di Dio (il Corano) non precisa quando avviene l'infusione; l'informazione viene fornita da diversi *ahadith* ("detti" del Profeta) il più autorevole tra i quali è tratto dalla

raccolta autentica di Bukhari e farebbe coincidere l'infusione al 120° giorno dalla fecondazione. Esistono altresì "detti", meno autorevoli, che presentano datazioni precedenti, ad es. 40 giorni.

Tra le correnti giuridiche è sempre esistito un sostanziale accordo nel vietare (*haram*) il procurato aborto dopo l'infusione dell'anima (120 giorni dalla fecondazione o altra data precedente), tranne nel caso di un aborto terapeutico (per salvare la vita materna), in quanto grazie all'animazione il feto acquisisce dei caratteri che ne impongono una maggior tutela.

Al contrario, prima dell'infusione le posizioni giuridiche sul procurato aborto risultano storicamente contrastanti oscillando dall'autorizzazione, alla dissuasione fino alla condanna.

Nel diritto musulmano emergono due interpretazioni parallele sul fenomeno abortivo. La prima vieta l'aborto sin dalla fecondazione ad eccezione dell'aborto terapeutico. La seconda interpretazione, la più diffusa, pone l'accento sulle fasi dello sviluppo embrionale che coincide con la progressione della gravità dell'atto abortivo.

L'accettazione dell'aborto terapeutico deriva da uno specifico giudizio, condiviso dalla maggioranza dei giurisperiti, che riconosce alla madre un valore superiore a quello del feto in quanto forma di vita già sviluppata e possibile fonte di una nuova vita.

Il diritto puniva prevalentemente il procurato aborto di un feto animato (cioè dopo 120 giorni o altra data dalla ricezione dell'anima) che esce vivo (avendo manifestato segni di vita) ma subito dopo muore, per mezzo del prezzo intero del sangue (compensazione pecuniaria o risarcimenti equivalenti), analogamente all'omicidio di un individuo adulto. Invece, se dopo l'animazione il feto nasce morto si ricorre a una variante pecuniaria di entità ridotta corrispondente a 1/10 o 1/20 della precedente.

Prima dell'infusione, i giurisperiti manifestavano una maggior disponibilità o tolleranza verso l'aborto anche per l'assenza di accordi persino sull'obbligo di pagare il prezzo del sangue entro quella scadenza.

Oggi si possono citare testimonianze che criticano l'importanza riservata alla nozione dell'infusione. Si tratta di medici orientati verso un rifiuto radicale dell'aborto. Costoro la interpretano come un evento che indebolisce lo statuto dell'embrione prima dell'infusione.

Per la *Shari'a* la sessualità è lecita solo tra coniugi (fino a un massimo di quattro mogli) e tra l'uomo e le concubine. Ogni rapporto carnale tra i due sessi al di fuori di questi limiti (cioè sia la fornicazione che l'adulterio) rientra negli atti *zina*, atti vietati e verso i quali le pene possono essere molto severe.

Riguardo all'aborto di un feto frutto di rapporti prematrimoniali o adulterini, oppure di una violenza carnale da parte di un musulmano o di un infedele su donna musulmana, le risposte dei giurisperiti risultano assai differenziate.

La possibilità di individuare feti portatori di gravi handicap fisici e/o mentali è nata grazie alle tecniche di diagnosi prenatale (amniocentesi, ultrasuoni, fetoscopia, ecc.), ignote alla dottrina giuridica classica.

Le posizioni degli odierni "dotti" circa l'aborto di tali feti oscillano tra un limitato consenso ed una stretta proibizione.

Le normative degli Stati musulmani possono riattualizzare determinati parametri della tradizione giuridica in materia di aborto. Ad esempio, alcuni Stati mantengono il criterio giuridico dell'infusione dell'anima al centovesimo giorno e/o data precedente; pochi paesi hanno reintrodotta misure concernenti il prezzo del sangue (compensazione pecuniaria) per perseguire l'interruzione di gravidanza.

I punti più controversi o magari assenti, individuabili nelle legislazioni, restano la gestione dell'aborto per stupro, per adulterio, per feti gravemente handicappati, il problema del consenso della donna e/o del marito.

Uno sguardo sommario alle normative statali permette di cogliere una varietà di posizioni che oscilla da quelle in cui l'aborto è praticamente libero (almeno sulla carta) come la Tunisia ad altri paesi in cui le disposizioni governative sono rigide e poco permissive (sempre sulla carta) come in Egitto.

Infine, in quasi tutte le nazioni islamiche è presente la piaga (spesso diffusissima) dell'aborto clandestino.

Procreazione medicalmente assistita

La tematica procreativa rimane fortemente ispirata dal diritto di famiglia di diretta impronta coranica.

Nel Corano la prole è considerata una benedizione divina e la procreazione figura tra gli scopi principali del matrimonio.

Il ruolo sociale della donna è sempre stato condizionato dalla capacità procreativa, per cui la sterilità danneggia la sua posizione fino a lederne l'autostima.

Nell'assetto *sharaitico* il marito può scegliere di ripudiare la consorte, se sterile. Viceversa, quando è il marito a risultare sterile, il diritto musulmano non concede alla donna la facoltà di ripudiarlo.

Tuttavia, in molte delle legislazioni vigenti negli Stati musulmani, poiché il matrimonio rimane un contratto privato, la donna può inserire nel contratto delle clausole a proprio favore per ottenere la separazione da un coniuge sterile.

Di fronte all'impossibilità di avere figli la coppia non può ricorrere all'adozione, in quanto vietata dal Corano 33,4-5: *«Dio non ha posto nelle viscere dell'uomo due cuori, né ha fatto delle mogli vostre che voi ripudiate col zihar, delle madri, né dei vostri figli adottivi dei veri figli.*

Questo lo dite voi con la vostra bocca, ma Dio dice la verità e guida sulla Via! – Chiamate i vostri figli adottivi dal nome dei loro veri padri: questo è più equo agli occhi di Dio. E se non conoscete i loro padri, siano essi vostri fratelli nella religione e vostri protetti...» (il termine *zihar* indica una delle modalità del ripudio).

È accettata solo l'adozione di "ricompensa" o "testamentaria" secondo la quale una famiglia può allevare un bimbo presso di sé, senza, però, considerarlo un figlio proprio, ma permanentemente legato alla famiglia di origine.

Sebbene il Corano vieti l'adozione legale (oggi presente in alcuni Stati, es. Tunisia e Iran), contemporaneamente la Parola di Dio incoraggia l'allevamento e l'educazione degli orfani. Nonostante ciò, nelle società perdura una forte riluttanza nei confronti di questa soluzione umanitaria.

Analogamente alle pratiche contraccettive, le quali riuscirebbero a bloccare il processo procreativo solo se Dio lo vuole, allo stesso modo una gravidanza con mezzi diversi dal naturale può non essere giudicata un ostacolo alla creazione divina.

Giuridicamente il termine *zina* include sia la fornicazione che l'adulterio (entrambe punibili duramente) ed attualmente, agli atti *zina* vengono assimilate tutte le tecniche di procreazione artificiale eterologa nelle quali un estraneo alla coppia fornisce, per qualsiasi ragione e indipendentemente dal momento, sperma, ovuli, embrioni, utero, ecc.. Viceversa, vengono tollerate o accettate le pratiche omologhe sia *in vivo* che *in vitro*.

Poiché per l'Islàm l'unica filiazione legittima è quella rispetto alla figura paterna, i figli generati in seguito ad un rapporto tra un individuo ed una donna che non sia la moglie (rapporto di *zina*) non hanno vincoli col padre, nessun diritto alla successione di questo; il figlio "spurio" ha vincoli solo con la madre e con la famiglia materna.

Questo approccio tradizionale è stato modificato in alcune legislazioni contemporanee ove si concede un ruolo più rilevante alla madre legale.

Il ricorso a banche del seme rientra tra le forme mascherate di adulterio (*zina*) con la differenza che l'adulterio è ignoto.

Anche il ricorso a banche del latte, grazie alla donazione di donne diverse e sconosciute, non appare lecito perché si imparenterebbe il lattante con madri sconosciute.

Una convergenza di massima tra i "dotti" e i medici musulmani (con notevoli eccezioni) è riscontrabile su altri temi specifici: la donazione ed il commercio dei gameti maschili e femminili sono proibiti; il trasferimento dell'uovo fecondato ad una "madre surrogata" è proibito anche in un contesto poligamico; il numero di embrioni trasferiti nell'utero non deve superare i 3-4; le uova fecondate in eccesso si possono crioconservare, appartengono alla coppia sposata e sono trasferibili nella moglie; le ricerche su pre-embrioni dovrebbero limitarsi a quelle terapeutiche dietro il consenso dei partner; le ricerche finalizzate a modificare le caratteristiche ereditarie del feto sono vietate, incluse quelle per scegliere il

semplice; l'Islam tollera la riduzione di una gravidanza multi fetale quando la possibilità di successo aumenta grazie alla riduzione degli embrioni oppure se la salute della donna è a rischio per portare a termine una gravidanza plurigemellare.

Il divieto della donazione di sperma ed ovuli da estranei alla coppia sposata prevale anche nel mondo *shi'ita* (che comprende il 15% circa dei musulmani nel mondo soprattutto in Iran, Iraq e Libano), tuttavia, alcuni autorevoli giurisperiti iraniani hanno giudicato lecita la donazione dei gameti femminili.

Da ciò e in un contesto giuridico-religioso con posizioni spesso lontane da quelle prevalenti nell'Islam maggioritario *sunnita*, si è arrivati all'approvazione, da parte del Parlamento della Repubblica Islamica dell'Iran, della donazione di embrioni da coppie sposate ad altre coppie sposate ma sterili.

Nel frattempo, il Parlamento ha vietato la donazione del gamete maschile.

Nella Repubblica Islamica si pratica la maternità surrogata mentre programmi per la donazione di ovuli ed embrioni sono stati istituiti nella maggioranza delle cliniche preposte alla FIVET. Tra le conseguenze si verifica una transazione commerciale con poche regole e scarsi controlli sui donatori e sulla donazione.

In sostanza, il divieto *sunnita* della donazione da terzi viene indebolito dalla possibilità di ricorrere a pratiche eterologhe nell'Islam *shi'ita*.

Il ricorso alla micromanipolazione, specialmente la tecnica detta iniezione intracitoplasmatica del seme (ICSI, microiniezione tramite micropipette di uno spermatozoo direttamente all'interno dell'ovocita), rimane fondamentale negli Stati musulmani nei casi di grave infertilità maschile in quanto è generalmente illecito ricorrere a donatori di sperma. La tecnica gode del supporto delle autorità religiose e risulta regolata dalla legge e/o praticata in parecchie nazioni.

BIBLIOGRAFIA

Atighetchi D. *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*. Springer. Dordrecht. 2007, pp. 375, ISBN: 1-4020-4961-7

Atighetchi D. *Islam e Bioetica*. Armando Editore. Roma. 2009, pp. 318, ISBN: 978-88-6081-334-3

Atighetchi D. *L'Inizio della vita nel diritto islamico*. In Atighetchi D. - Rabello AM. - Milani D. *Intorno alla vita che nasce. Diritto ebraico, canonico e islamico a confronto*. Giappichelli Editore. Torino. 2013, pp. 193-303, ISBN/ISSN: 9788834892640

EBRAISMO

Concetti generali sulla morale ebraica

L'ebraismo rappresenta in ordine cronologico la più antica religione rivelata, la più antica delle religioni monoteiste.

La religione ebraica è basata essenzialmente sul rispetto di un vasto insieme di norme (*halakhà* = cammino, percorso) che coinvolgono ogni aspetto della vita umana, dal momento del concepimento (e anche prima) fino all'ultimo respiro e oltre.

I principi dell'etica medica ebraica si rifanno alla Torah, al principio della sacralità della vita umana, in quanto l'uomo è creato a immagine e somiglianza di Dio.

I giudizi etici sono formulati molto spesso in termini legali.

C'è un forte legame tra etica medica e religione.

La legge ebraica opera e si evolve sulla base dell'autorità del passato e dei casi precedenti, sul fondamento ultimo della Bibbia e del Talmud.

I principi fondamentali dell'etica medica ebraica potrebbero essere sintetizzati come segue: obbligo religioso di proteggere la vita e la salute; la santità assoluta della vita umana dalla nascita al momento definitivo della morte; la fiducia nell'opinione e nelle capacità del medico competente; la dignità dell'uomo tanto in morte quanto in vita.

Il fondamento che regola il rapporto tra ebraismo e bioetica è il fatto che l'uomo è creato a immagine e somiglianza di Dio nella duplice fisionomia di maschio e di femmina.

Ogni offesa fatta all'essere umano diventa immediatamente un'offesa a Dio creatore.

La sacralità della vita ha un posto centrale nella religione ebraica.

Ogni vita umana ha un valore infinito e assoluto: l'infinito non può essere aumentato con una moltiplicazione, come pure non può essere diminuito con una divisione; quindi, una vita fisicamente o mentalmente malata non è meno sacra di una vita sana, come la vita di una sola persona vale come quella di milioni di persone. Il valore di una vita umana va dalla nascita fino alla morte.

Il diritto ebraico nell'affrontare i problemi parte dalla prospettiva dei doveri. Doveri verso Dio e verso il prossimo.

Quindi non si troveranno normalmente nelle fonti ebraiche un riferimento ai diritti dell'embrione: troveremo invece un riferimento preciso a ciò che è permesso o proibito fare verso l'embrione o il feto.

Aborto

Come appena accennato nella parte generale, secondo la legge ebraica il valore assoluto della vita, definita quindi legalmente, inizia nel momento in cui la testa o la parte più grande del corpo del bambino emerge dal canale vaginale.

Ma il feto, anche prima di quel momento, gode di precisi diritti, come il diritto alla vita, che possono essere violati solo per problemi medici gravissimi.

Nei riguardi della madre, il diritto alla vita del feto è subordinato alla vita della madre. Nel caso in cui non esistesse altro modo per salvare la vita della madre che quello di sacrificare la vita del figlio non ancora nato, questo è addirittura obbligatorio.

Per la norma morale ebraica, causare l'aborto è un atto illecito e sanzionabile, perché il corpo umano non è considerato come proprietà privata di cui si possa disporre liberamente.

Tuttavia, l'aborto non è punibile alla stessa stregua dell'omicidio. Il feto non è considerato un «uomo» (*nefesh*) a tutti gli effetti, quindi si può/deve salvare la vita della madre anche a costo della vita del feto, il che non si verifica immediatamente dopo la nascita.

L'interruzione della gravidanza, l'aborto, può quindi essere giustificata, ed anzi richiesta, qualora il feto costituisca un pericolo (accertato da medico competente) per la vita della madre, la cui salvaguardia non può mai essere pregiudicata da quella, ancora incerta, del feto stesso.

Ogni altra situazione (malformazioni fetali, stupro, incesto, ecc.) in cui può essere presa in considerazione la necessità dell'aborto per tutelare la salute psichica della madre, costituisce sempre un caso a sé stante, da sottoporre all'autorità rabbinica che dovrà tenere conto di tutti i fattori concernenti il singolo problema.

I fattori sociali ed economici, da soli, non sono ritenuti elementi sufficienti per consentire l'interruzione della gravidanza.

L'opinione prevalente è quella che limita l'autorizzazione ai casi che comportano un pericolo per la vita della madre, sia fisico che psicologico (per esempio, violenza e suicidio); altre motivazioni potrebbero essere quelle basate su fondati timori che il bambino possa nascere con gravi menomazioni, e casi di violenza carnale o incesto.

Tali motivazioni salvaguardano il principio della pace familiare e tutelano il principio per cui la donna non ha il dovere di procreare seppure abbia il diritto di essere madre.

Il non riconoscere il dovere di diventare madre, è motivato dal principio ebraico che prevende che nessuno è obbligato a fare qualcosa che potrebbe essere potenzialmente pericoloso per la propria salute.

Eccetto il caso in cui la prosecuzione della gravidanza costituisca grave pericolo per la madre, caso in cui l'aborto può e deve essere praticato, negli altri casi citati tali gravidanze dovrebbero essere interrotte entro i primi quaranta giorni o, quanto meno, entro i primi tre mesi.

Fecondazione artificiale

Il primo e tra i principali comandi di Dio ai suoi figli, è quello dato ai progenitori che recita: «*Siate fecondi e moltiplicatevi*»; da questo comando la riflessione bioetica ebraica ha fatto propria l'esigenza di riflettere sul modo con cui aiutare la coppia in difficoltà di non avere figli.

Nella tradizione ebraica non emergono particolari problemi morali a praticare le tecnologie che possono aiutare a vincere la sterilità sia femminile che maschile.

Possono nascere invece problemi quando si tratta di definire lo *status* giuridico del figlio concepito in modo diverso da quello naturale.

Per quanto riguarda la fecondazione omologa, intesa sia come fecondazione extracorporea sia come inseminazione artificiale, messa in atto da una coppia regolarmente sposata, non emergono particolari obiezioni da parte delle autorità rabbiniche.

La riflessione rabbinica esorta solamente ad ottenere lo sperma per mezzo di un rapporto sessuale normale.

Nascono problemi per l'eterologa, in particolare in riferimento allo *status* giuridico del figlio: sorgono diverse domande: a chi apparterebbe il bambino? i figli della stessa madre uterina ma di madre genetica diversa, sarebbero fratello e sorella ai fini del divieto dell'incesto? L'uso di seme eterologo è considerato adulterio? Quali diritti e doveri reciproci sussistono fra genitori genetici e figli in questi casi?

La maggior parte delle autorità rabbiniche ritiene che l'uso di seme eterologo – anche se proibito! – non è da considerarsi adulterio dal punto di vista legale.

La tradizione ebraica riconosce come madre giuridica, la madre che partorisce e non quella genetica.

BIBLIOGRAFIA

Rabello AM. *Introduzione al diritto ebraico. Fonti, Matrimonio e Divorzio. Bioetica*. Giappichelli. Torino. 2002.

Di Segni R. *Il punto di vista ebraico su aborto, contraccezione e fecondazione artificiale*, in Biagi L. – Pegoraro R. (a cura di). *Religioni e Bioetica. Un confronto sugli inizi della vita*. Gregoriana. Padova. 1993, 283-290.

Di Segni R. *Fecondazione artificiale e bioetica ebraica*. In *La rassegna mensile di Israele* LX (1993) 187-193.

ALLEGATO 5: GLOSSARIO

Sono qui contenuti alcuni dei termini maggiormente ricorrenti nel documento.

MATERNITÀ SURROGATA PER GESTAZIONE O GESTAZIONALE (*SURROGATE MOTHERHOOD*)

Insieme di pratiche di procreazione medicalmente assistita attraverso le quali una donna, terza rispetto ad una coppia committente (*Perspective o Intended Parents*), si impegna a condurre nel proprio utero una gravidanza di un embrione concepito da altri e a consegnarlo dopo la nascita.

MATERNITÀ SURROGATA PER CONCEPIMENTO E GESTAZIONE (*PARTIAL O TRADITIONAL SURROGACY O STRAIGHT METHOD*)

Pratica attraverso la quale una donna mette a disposizione il proprio utero e il proprio ovulo.

UTERO IN AFFITTO

Accordo fra due o più parti, in virtù del quale una donna si impegna, dietro compenso o a titolo gratuito, a farsi fecondare o a farsi impiantare un ovulo fecondato al fine di portare a termine una gravidanza per conto di uno o più committenti, e a consegnar loro il bambino dato alla luce rinunciando a ogni diritto su di esso.

MADRE GENETICA

La donna che vende o dona l'ovocita.

MADRE SURROGANTE O GESTAZIONALE

La donna che conduce la gravidanza nel proprio utero.

MADRE SURROGANTE IN MENOPAUSA

Una donna in menopausa, opportunamente preparata con terapia ormonale, riceve un embrione a lei geneticamente estraneo perché concepito fertilizzando gli ovociti donati da un'altra donna.

MADRE SURROGATA

La donna che viene sostituita e che, se committente, riceverà il bambino.

INTERMEDIARI

Enti specializzati che gestiscono l'intera procedura della maternità surrogata, in autonomia o di concerto con cliniche e studi legali convenzionati, curando sia l'aspetto medico (approvvigionamento di gameti, fecondazione artificiale, impianto dell'embrione, assistenza alla gravidanza), sia quello giuridico (predisposizione del contratto).

CROSS-TALK O "DIALOGO CROCIATO"

Scambio di segnali immunologici, biochimici e ormonali, che permette alla madre di riconoscere il figlio e di poterlo accettare nell'impianto, configurando quello che è considerato un vero e proprio "dialogo" materno-embrionale.

SURROGAZIONE ALTRUISTICA

La madre surrogata non riceve compenso se non le spese legate alla gestazione (spese mediche, ecc).

SURROGAZIONE COMMERCIALE

La madre surrogata riceve un compenso prestabilito, in genere attraverso un contratto.

COMMITTENTI O GENITORI INTENZIONALI

Coloro che si rivolgono alla surrogante, tramite intermediari *ad hoc*, per ottenere un bambino. Può trattarsi tanto di coppie (eterosessuali od omosessuali) quanto di singoli (uomini o donne).

PADRE GENETICO

L'uomo che vende o dona il proprio seme.

IPERSTIMOLAZIONE OVARICA

Processo con cui le donne, che normalmente ovulano una o due volte al mese, sono indotte a produrre molti più ovuli (fino a 50 o 60) attraverso l'iper-ovulazione indotta: mediante l'uso di farmaci appropriati prima viene interrotto il ciclo mestruale e successivamente viene stimolata l'iperovulazione.

SINDROME DA IPERSTIMOLAZIONE OVARICA (OHSS- OVARIAN HYPERSTIMULATION SYNDROME)

La complicanza più grave della stimolazione ovarica controllata (*Controlled Ovarian Stimulation*, COS), nell'ambito delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA). Accanto all'aumento di volume delle ovaie e alle emorragie intraovariche, la OHSS è caratterizzata da versamento pleurico, ascite ed edema vulvare, fenomeni legati all'aumento della permeabilità vascolare.

EGGSPLOITATION

Neologismo creato unendo la parola "eggs", uova, ed "exploitation", sfruttamento. Acquisito dal titolo di un docu-film che illustra il modo in cui vengono "scelte" donatrici di ovuli, convinte mediante offerte in denaro e illusioni di elevato altruismo. Spesso sottoposte a terapie ormonali per

favorire la produzione di ovuli, quindi sottoposte ad intervento di estrazione degli ovuli stessi, con non infrequenti complicazioni peri o post-procedurali.

BONDING

Specifico e complesso processo di formazione del legame fisico-psicologico tra il bambino e i genitori, condizionato da una molteplicità di variabili (ambiente, parto, salute della mamma o del bimbo, caratteristiche dei genitori, ecc). Il legame inizia nel grembo materno attraverso l'ascolto dei suoni, delle voci e la percezione delle emozioni e si consolida in maniera determinante immediatamente dopo il parto, attraverso il contatto pelle-pelle con la madre. Questo primo contatto permette al neonato di ritrovare lo stato rassicurante precedente alla nascita, attraverso il riconoscimento del ritmo cardiaco materno, del suo odore e calore.

DEPRESSIONE POST PARTUM

Viene indicata come un problema di sanità pubblica, a causa della sua alta incidenza e delle conseguenze sul benessere della donna e sulla qualità della relazione madre-bambino. Definita come una vera e propria condizione patologica, la depressione Post Partum colpisce, nei paesi occidentali, il 10-15% delle neomamme. In seguito alla nascita del primo figlio è più frequente e il disturbo esordisce generalmente nelle tre o quattro settimane successive al parto, con una sintomatologia ingravescente che si manifesta clinicamente verso il quarto o quinto mese. In tutto il mondo colpisce 350 milioni di persone e provoca 850.000 morti ogni anno. Nella depressione puerperale si possono manifestare: l'incapacità di prendersi cura del bambino, sentimenti ambivalenti o negativi e la paura di nuocere al neonato. La depressione post partum, nonostante la gravità e il tasso di incidenza, rimane un fenomeno sottodiagnosticato poiché solo il 49% delle donne in gravidanza con sintomi depressivi è consapevole del disagio e richiede l'intervento medico.

INSEMINAZIONE ARTIFICIALE

Tecnica di fecondazione assistita intracorporea che consiste nel ricollocare il seme maschile all'interno della tuba, o nell'introdurlo in essa dopo averlo previamente raccolto e trattato, affinché possa incontrare l'ovulo e fecondarlo in modo naturale.

FECONDAZIONE ARTIFICIALE

Insieme di tecniche volte a ottenere un concepimento umano al di fuori del processo naturale, nell'unione sessuale dell'uomo e della donna.

GIFT (GAMETE INTRAFALLOPIAN TRANSFER) O TRASFERIMENTO INTRATUBARICO DI GAMETI

Tecnica di fecondazione artificiale intracorporea che comporta il trasferimento simultaneo, ma separato, dei gameti maschili e femminili all'interno della tuba di Falloppio.

FIVET

Tecnica di fecondazione artificiale extracorporea che implica, previa raccolta dei gameti, la creazione in laboratorio di più embrioni allo scopo di trasferirli in utero per l'impianto.

ICSI (*INTRACYTOPLASMIC SPERM INJECTION*) O INIEZIONE INTRACITOPLASMATICA DI SPERMATOZOI

Tecnica di fecondazione artificiale extracorporea che prevede l'iniezione diretta di uno spermatozoo nel citoplasma della cellula-uovo.

GRAVIDANZA ECTOPICA

Insediamiento (impianto) di un ovulo fecondato in una posizione anomala. Di norma, l'ovulo viene fecondato nella tuba di Falloppio e, successivamente, si impianta in cavità uterina. Tuttavia, se la tuba è ristretta o bloccata, l'ovulo fecondato potrebbe non raggiungere mai l'utero e quindi a volte si impianta in tessuti esterni all'utero con conseguente gravidanza ectopica. La sede più frequente della gravidanza ectopica è la tuba (gravidanza tubarica), ma sono possibili anche altre sedi.

PRELIEVO OVOCITI

Comunemente definito *pick-up*, viene effettuato dopo circa 34-36 ore dalla somministrazione di gonadotropina corionica umana (hCG), che ha lo scopo di indurre la maturazione finale degli ovociti. Durante tale procedura, eseguita sotto controllo ecografico previa anestesia locale o sedazione profonda, un apposito ago montato su una sonda ecografica transvaginale viene utilizzato per aspirare il fluido follicolare con conseguente raccolta degli ovociti in esso contenuti.

ALLEGATO 6: NORMATIVA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO

[Legge 26 aprile 1986 n.49, "Riforma del diritto di famiglia"](#)

[Legge 29 ottobre 2003 n.137, "Interventi a sostegno della Famiglia"](#)

[Decreto Delegato 4 agosto 2008 n.116, "Tutela delle lavoratrici gestanti, puerpere e in periodo di allattamento"](#)

[Decreto - Legge 29 gennaio 2021 n.14, "Ulteriori disposizioni per il contrasto alla diffusione dell'epidemia da Covid-19"](#)