

## La procreazione medicalmente assistita (PMA)

Sotto l'etichetta di «procreazione medicalmente assistita» (PMA) si collocano **tutte quelle tecniche di aiuto o di sostituzione della funzione procreativa**. Più precisamente dobbiamo definire le tecniche di PMA come quelle pratiche tecniche che in situazione di sterilità della coppia **non si propongono la cura dell'eziologia della sterilità, ma l'aggiramento del problema per l'ottenimento del fine, cioè della procreazione**. Riconosceremo la pluralità delle tecniche di PMA, per poterne tentare un valutazione etica.

### 1. Le tecniche di PMA (classificabili secondo criteri diversi)

#### 1.1. Classificazione secondo la sede della fecondazione

Un primo criterio riguarda il «**luogo fisico**» in cui avviene l'unione dei gameti. Si distingue così tra **PMA in vivo o intracorporea** (o tecniche di **I livello**), in cui spermatozoo e ovulo s'incontrano all'interno del corpo della donna, nella sede consueta della fecondazione, e **PMA in vitro o extracorporea** (o tecniche di **II e III livello**), dove la penetrazione dello spermatozoo avviene «in provetta», cioè in un terreno di coltura.

##### 1.1.1. Tecniche di PMA in vivo

Tra le tecniche in vivo la più diffusa è l'**Inseminazione Artificiale (IA)**. Essa consiste nel prelievo del seme maschile e nel suo trasferimento nelle vie genitali femminili - eventualmente dopo trattamenti specifici finalizzati ad una maggior efficienza degli spermatozoi - nel momento del ciclo femminile più prossimo a ovulazione naturale o indotta; il «trasferimento» può avvenire in diversi modi a seconda dell'ostacolo che si intende superare, per consentire poi il normale svolgimento della fecondazione.

Le principali cause che spingono all'applicazione dell'IA sono riconducibili a problemi di sterilità femminile (vaginismo, malformazioni e patologie infiammatorie degli organi genitali) o di sterilità maschili (*impotentia coeundi*, eiaculazione retrograda o problemi nel liquido spermatico risolvibili con una maturazione o una concentrazione degli spermatozoi). Mediamente, su queste indicazioni, la possibilità di successo - cioè di gravidanze portate a termine - si aggira tra il 15 e il 25 % delle coppie trattate.

Altra tecnica in vivo consiste nel **trasferimento intratubarico dei gameti (GIFT – Gamets Into Fallopian Transfer)**. Essa si svolge con un prelievo di entrambi i gameti e il loro trasferimento – dopo eventuali trattamenti – all'interno della tuba femminile con un unico, ma separato atto. Concretamente le due cellule-uovo vengono inserite attraverso una pipetta in cui si trovano separate da una bolla d'aria. Solo al momento della loro collocazione nella tuba possono incontrarsi e dare il via al processo di fecondazione. Tale tecnica appare utile nei confronti di alcune forme di sterilità femminile (ad esempio sterilità idiopatica, cioè legata a cause non fisiche, o impervietà pelvica) o maschile (debolezza del seme trattabile con maturazione o concentrazione). I dati sugli esiti di questa procedura sono molto incerti.

##### 1.1.2. Tecniche di PMA in vitro

Alle tecniche in vitro appartiene la **FIVET (Fecondation In Vitro with Embryo-Transfer)**. Dopo tutti gli accertamenti psico-fisico necessari sulla coppia, si procede al prelievo degli ovuli e del seme. Al fine di avere una maggior percentuale di riuscita si preferisce avere a disposizione un numero maggiore di ovociti inducendo un'ovulazione multipla, attraverso un trattamento farmacologico e ormonale. Quando si riconosce la maturazione dei follicoli si procede, con ospedalizzazione, al prelievo degli ovuli. Ottenuto anche il seme maschile, si procede al loro «incontro» all'interno di un terreno di coltura. Dopo aver assistito allo sviluppo dello zigote per alcuni giorni, esso viene trasferito nel corpo della donna, in sede atta all'annidamento. Eventualmente prima dell'impianto si procede ad una selezione degli zigoti attraverso una diagnosi volta al riconoscimento di eventuali malformazioni e alla marcatura degli embrioni più adatti all'impianto. Qualora il numero di fecondazioni riuscite risultasse superiore a quelle utili per un unico impianto, o subentrasse qualche problema nella madre tale da impedire momentaneamente l'impianto, si procede ad una crioconservazione degli embrioni soprannumerali.

Anche in questo caso la percentuale di riuscita è difficilmente calcolabile, ma non supera oggi il 20%. Un dato rilevante nella considerazione etica è l'altissima percentuale di embrioni dispersi: circa il 93-94% dei materiali fecondati non arriva a nascita per difficoltà nello sviluppo o nell'annidamento.

Ulteriore tecnica che, attraverso l'applicazione delle procedure microscopiche, ha rivoluzionato le pratiche di FIVET è la **ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection)**. Essa consiste, nel sottrarre il momento della fecondazione,

all'interno di una normale procedura di FIVET, alla casualità dell'incontro tra gameti nel terreno di coltura per riconsegnarla alla precisione di un'iniezione microscopica di uno spermatozoo direttamente nel citoplasma di un ovulo.

## 1.2. Classificazione secondo le figure genitoriali

Tutte le tecniche fino ad ora elencate possono svolgersi con gameti ottenuti dalla **stessa coppia** che ha richiesto la PMA e che svolgerà il ruolo di genitori sociali **oppure da donatori esterni**. Nel primo caso si parla di **PMA omologa**, mentre nel secondo di **PMA eterologa**. Ovviamente l'utilizzo di gameti esterni alla coppia può riguardare sia gli spermatozoi, sia gli ovuli, sia entrambi (l'unica eccezione riguarda l'evidente impossibilità di ricorrere a donatrice di ovulo nell'IA).

Il coinvolgimento di figure esterne alla coppia genitoriale può spingersi oltre, in forme di **maternità surrogata**. Si tratta in questo caso di donne che consentono di farsi impiantare embrioni ottenuti dalla fecondazione di una coppia per condurre avanti la gestazione al posto della madre-biologica nel caso di impossibilità della stessa a farlo. Si realizza così una configurazione dei legami parentali che può arrivare a comprendere tre madri (la madre genetica che dona l'ovulo, la madre gestazionale che conduce la gravidanza e la madre sociale che svolge il compito educativo) e due padri (il padre genetico e il padre sociale).

## 2. Valutazione etica

---

La ricerca attorno all'autenticità (o meno) di una scelta procreativa dovrà **considerare la finalità che la guida e i mezzi assunti** per attuarla.

### 2.1. La valutazione dei fini

Il fine, almeno esplicito, che guida l'accesso alle tecniche di PMA, è **il desiderio di un figlio insieme al superamento di una condizione di sterilità**.

Sembra necessario anzitutto accompagnare la coppia in un **serio discernimento attorno alla qualità di ciò che muove la loro richiesta**. Evidentemente un simile processo dovrebbe avvenire anche di fronte al "normale" modo di generare un figlio, ma nel caso della PMA, **la logica tecnica dell'efficacia rischia di sovrastare e cancellare lo spazio dell'attesa, spazio della purificazione di sé e delle proprie mozioni**.

In questo processo di discernimento è utile poter recuperare la categoria tradizionale della **procreazione responsabile**. Tale compito si declina in un processo non sempre ovvio di dialogo e di consenso tra i coniugi al fine di dare parola agli impulsi, ai timori e alle vere e false speranze che abitano il generico «desiderio di un figlio». Possiamo indicare alcuni criteri di verifica.

1. Anzitutto ci si deve trovare in **una reale situazione di sterilità** della coppia, clinicamente accertata e in cui non siano possibili soluzioni terapeutiche differenti. Questo libera tendenzialmente il campo da secondi fini che facilmente le tecniche in questione possono veicolare nella scelta: la possibilità di forme di selezione del figlio e di una maggior programmazione e ottimizzazione dei tempi sono elementi che esercitano un fascino non trascurabile nel contesto culturale e personale che abbiamo descritto. Riferendosi a questo criterio sembra utile anche sottolineare il carattere non propriamente terapeutico delle tecniche di PMA. Esse infatti, **non curano le cause dell'eventuale sterilità, ma superano il problema lasciando il soggetto nella stessa condizione**. Di fronte a questo dato si deve richiamare il contesto medico e il sistema sanitario al rischio di uno squilibrio nella distribuzione delle risorse, che inseguendo le richieste, culturalmente determinate, a favore della PMA, tenda a trascurare la ricerca e lo sviluppo delle procedure propriamente terapeutiche.

**Questa situazione di sterilità dovrà essere riletta dalla coppia in un vissuto biografico non semplicemente come ostacolo da superare, ma come parte della loro vita**: si pensi – per i credenti – al senso che la sterilità ha nella testimonianza della Sacra Scrittura come luogo dell'azione di Dio che realizza una nuova e inattesa fecondità. In generale la considerazione di questa condizione deve muovere verso la possibilità di realizzazione di diverse forme di fecondità della coppia, al di là – non a prescindere – dalla procreazione.

2. Secondo criterio è la **chiara e condivisa consapevolezza delle modalità di procedura** delle varie tecniche, del carattere di invasività che spesso hanno soprattutto sul corpo della donna e delle percentuali di riuscita. Questo soprattutto per **allontanare false illusioni o visioni idilliache** delle diverse tecniche che rischiano di portare la coppia a forme di rifiuto di fronte a possibili, e frequenti, fallimenti delle procedure.

- Terzo criterio è la presenza di un vissuto di coppia che di fatto realizzi **una reale disposizione di apertura alla vita**. Ciò si concretizza in un vissuto sessuale stabile e ordinato, espressione e realizzazione dell'unità della coppia, e

in una valorizzazione delle diverse forme di fecondità sociale che può essere esercitata nell'ospitalità, nel volontariato o nel servizio ad una comunità.

Tale criteriologia si propone come aiuto alle coscienze. **Il dovere urgente è quello di arrivare ad una scelta libera, consapevole e responsabile, espressione di una coscienza formata.**

## 2.2. La valutazione dei mezzi

Il principio etico tradizionale secondo cui «il fine non giustifica i mezzi» ci richiama al fatto che **un mezzo ha senso solo in riferimento ad un fine che lo muove, ma non basta un fine legittimo** a giustificare ogni mezzo per il suo conseguimento. In questo senso, alla valutazione dei fini che muovono la richiesta di accesso alla PMA, deve seguire **una valutazione dei mezzi**. Non basta riconoscere la bontà del retto desiderio di un figlio per affermare la correttezza morale di ogni pratica per ottenerlo.

In questa direzione, **un grave disordine etico si riscontra in tutte le tecniche che appaiono non rispettose della dignità dell'embrione**. Tra queste si devono indicare tutte le procedure di **selezione e soppressione** embrionale o di **sperimentazione** su di essi per finalità altre rispetto al benessere dell'individuo stesso. Sotto questo giudizio si ritrovano anche **la produzione di embrioni soprannumerari e la loro eventuale crioconservazione: il rischio** a cui li si sottopone e il fatto di averli a disposizione in risposta alle diverse esigenze è lontano dalla qualità accogliente del rapporto che un genitore e la società custodiscono verso i figli. Un problema complesso e diverso riguarda poi la sorte delle centinaia di migliaia di embrioni attualmente conservati nei vari centri di ricerca e di cura della sterilità.

Si deve riconoscere che la generica diffusione delle pratiche di PMA rischia di trascinare con sé uno **sguardo oggettivante nei confronti del prodotto della fecondazione umana**.

Non sono sufficientemente rispettose della genitorialità e del futuro del nascituro **le diverse tecniche eterologhe e le pratiche di maternità surrogata** o ogni altra procedura che provochi consapevolmente una frammentazione dei ruoli genitoriali. Queste tecniche realizzano una grave frattura del contesto della procreazione e una grave dissociazione all'interno dell'atto coniugale. Riflesso di ciò sono **le conseguenze sociali** che ne vengono: i problemi anche legali circa il riconoscimento della paternità e della maternità, i riflessi psicologici che simili procedure possono avere sulle nuove generazioni e le conseguenze culturali sull'istituto familiare sono tutti segnali di un questo disordine morale.

Escluse così le pratiche che sopprimono o manipolano embrioni e le diverse procedure eterologhe **rimangono le tecniche di FIVET e di IA omologhe, senza spreco di embrioni**. Resta però un'ultima riflessione da fare, più complessa e discussa, riguardo **la dignità dell'atto procreativo**. L'enfasi della dimensione tecnica dell'agire attraverso le potenzialità delle procedure di PMA **rischia una frattura dell'atto generativo «non pienamente degno» dell'uomo che viene al mondo**. In questa direzione ci sembra di poter condividere la valutazione che riconosce **un'imperfezione etica** (in nessun modo comparabile alla gravità del disordine segnalato nei primi due passaggi di questo discernimento) nell'utilizzo di queste tecniche. In particolare modo, **la rilevanza della tecnica** nella procedura di FIVET appare tale da creare una frattura troppo ampia tra i vari significati dell'atto coniugale, non sanabile da una qualità della intenzione dei coniugi. La stessa totale «assenza» dei corpi dei due soggetti nell'atto concretamente procreativo sembra essere segnale di una qualità «non degna» dell'azione compiuta.

**Diverso il discorso circa l'IA e la GIFT**. Anche in questo caso riscontriamo una forma di imperfezione che appare però sostenibile ad una libertà degna, consapevole e responsabile di una simile scelta. In questa condizione **ci troveremmo di fronte ad un agire tecnico che si configura non come sostitutivo, ma come coadiuvante l'autentico atto procreativo**. Ciò non implica un giudizio immediatamente e assolutamente positivo.

**La presenza della tecnica chiede appunto una libertà capace di assumerla**. Perciò a questo livello diventa discriminante quel processo di **verifica e purificazione delle intenzioni**. Solo una scelta della coppia che corrisponda effettivamente alla grandezza del desiderio di un figlio e che non lasci spazio all'egoismo di una proclamazione di diritto appare in grado di assumere il ruolo genitoriale attraverso la via della tecnica.