

Carlo Casalone S.I. *

I quesiti referendari sulla procreazione assistita

La consultazione referendaria sulla *Legge 19 febbraio 2004, n. 40, Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*¹, è ormai certa e imminente. Dopo l'approvazione della legge una forte opposizione — che ha coagulato nei comitati per i referendum esponenti di diverse associazioni e forze politiche (fra cui Radicali, DS, SDI, PDCI, Verdi, PRC, Italia dei Valori, Nuovo PSI, parte dei *liberal* di FI, alcuni appartenenti alla Margherita) — si è mobilitata per ottenerne l'abrogazione totale o parziale. I comitati promotori hanno raccolto in pochi mesi 750 mila firme (900 mila per il referendum radicale), depositandole il 30 settembre 2004.

La Corte di Cassazione, deputata a valutare la legittimità formale della raccolta delle firme e dei quesiti, ha dato il via libera ai cinque referendum il 10 dicembre 2004; la Corte Costituzionale, il cui compito è una valutazione di merito, nello scorso gennaio ne ha dichiarato inammissibile uno, sostenuto dai Radicali, che chiedeva l'abrogazione totale della legge. Questa decisione traccia autorevolmente una linea rispetto alla quale non è più possibile tornare indietro, cioè la insostenibilità di un vuoto normativo in questa materia, la cui regolamentazione viene definita «costituzionalmente necessaria»². Mancando la volontà politica di riaprire un dibattito parlamentare per modificare la L. n. 40/2004 — varie proposte di legge sono state presentate negli ultimi mesi, fra cui quella a firma dell'on. G. Palumbo (FI), sostenuta dal ministro S. Prestigiacomo³ —, è risultata inevitabile la via dei referendum.

I cittadini saranno quindi chiamati a pronunciarsi su una materia delicata, ricca di implicazioni a molteplici livelli: il rischio è di limitarsi a una valutazione tecnica di tipo medico o giuridico, trascurando gli aspetti antropologici e culturali sottesi alla trasmissione della vita e alla strutturazione dei legami di

* di «*Aggiornamenti Sociali*».

¹ Il testo della L. n. 40/2004 è disponibile in <www.parlamento.it/parlam/leggi/040401.htm>.

² CORTE COSTITUZIONALE, Sentenza 45/2005, n. 6, in <www.cortecostituzionale.it>.

³ I testi sono disponibili sul sito <www.senato.it>, sezione «Leggi e documenti».

Glossario

Anfimisiss: fase di dissoluzione della membrana dei pronuclei dell'ovocita e dello spermatozoo, nei quali è in corso il processo di duplicazione del DNA genitoriale, con congiungimento spaziale dei rispettivi cromosomi.

Cellule somatiche: tutte le cellule (diploidi) che formano un individuo, a esclusione dei gameti (aploidi).

Cellule staminali: cellule capaci di riprodursi per lunghi periodi e in grande quantità senza differenziarsi e di svilupparsi in cellule di diversi tessuti.

Clonazione: riproduzione non sessuata che produce da un unico capostipite entità biologiche geneticamente identiche.

Crioconservazione: procedura di conservazione a bassissima temperatura (in

azoto liquido). Viene utilizzata per embrioni, gameti od ootidi.

Diagnosi genetica preimpianto (DGP): analisi cromosomica e/o molecolare svolta sui geni dei globuli polari (in questo caso si parla più precisamente di diagnosi preconcezionale) o di una o due cellule prelevate dall'embrione nelle fasi iniziali dello sviluppo, prima del suo trasferimento in utero. Sulla base dei risultati ottenuti si decide se trasferire l'embrione o se eliminarlo. L'esame, non privo di una sua traumaticità per l'embrione, è suscettibile di un rischio di errore attorno al 5% e comunque non esclude quelle patologie per le quali non è possibile o non viene eseguita la ricerca diagnostica.

Gamete: cellula specializzata aploide, cioè dotata di un numero di cromosomi pari a metà di quelli delle cellule somatiche.

parentela. Basti pensare alla parzialità di un'impostazione che si basa solo sulla logica dei «legittimi interessi», che sono certo plausibili se presi in modo isolato e nella prospettiva dei singoli che ne sono portatori, ma di cui sfugge il pieno significato se non vengono collocati in un orizzonte più ampio che riguarda le relazioni interpersonali e le istituzioni della vita sociale nella prospettiva del bene comune⁴. Si capisce come non sia facile avere su questi argomenti una informazione che, tenendo conto dei diversi aspetti, sia nello stesso tempo comprensibile, equilibrata e argomentata⁵. Il che costituisce peraltro un passo necessario, anche se non sufficiente, sulla via di una presa di posizione avveduta e matura riguardo al voto.

Per contribuire a questo risultato, nel presente articolo anzitutto esamineremo, prescindendo dagli aspetti di tecnica giuridica, il contenuto, il signifi-

⁴ Cfr MIETH D., *Che cosa vogliamo potere? Etica nell'epoca della biotecnica*, Queriniana, Brescia 2003, 188-203.

⁵ Abbiamo cercato di muoverci in questa linea con i contributi in precedenza pubblicati: cfr CASALONE C., «Fecondazione assistita: l'etica tra domanda e offerta», in *Aggiornamenti Sociali*, 2 (2003) 99-110; Id., «La procreazione assistita - La nuova legge sulla "procreazione assistita"», *ivi*, 5 (2004) 331-343; PIZZOLATO L. F., «La fecondazione assistita eterologa - Riflessione etica in vista di un possibile referendum», *ivi*, 9-10 (2004) 642-647. Questi contributi sono attualmente disponibili sul sito della Rivista <www.aggiornamentisociali.it>.

Glossario

Quando si unisce a un gamete del sesso opposto forma uno zigote diploide. Nei mammiferi: oocita (gamete femminile) e spermatozoo (gamete maschile).

Globulo polare (o polocita): cellula di piccole dimensioni derivata dall'oocita durante le ultime fasi della sua maturazione. Contiene cromosomi che veicolano la stessa informazione genetica dell'oocita. Se ne contano due: il primo ha un patrimonio genetico diploide ed è frutto dell'ultima divisione dell'oocita, il secondo ha un patrimonio genetico aploide e viene prodotto quando lo spermatozoo è già penetrato nel citoplasma dell'oocita.

Ootide (o oocita a due pronuclei): oocita durante il processo di fecondazione, cioè dopo l'ingresso dello spermatozoo e prima della dissoluzione della membrana dei due pronuclei. Durante questo proces-

so l'oocita espelle un globulo polare eliminando metà del corredo cromosomico diploide. Nel 20% circa dei casi il processo di fecondazione si arresta a questo stadio.

Pronucleo: nucleo cellulare dei gameti, dotato di patrimonio genetico aploide (23 cromosomi nell'uomo).

Sterilità: incapacità di ottenere il concepimento dopo uno o due anni di rapporti sessuali potenzialmente fecondi.

TRA (tecniche di riproduzione assistita): termine che designa in modo generico l'insieme delle procedure medicalmente assistite di fecondazione intra ed extra-corporee.

Zigote: embrione al primo stadio di sviluppo, dopo la fusione dell'oocita e dello spermatozoo.

cato e gli esiti possibili dei quesiti che verranno sottoposti alla valutazione dei cittadini. Cerchiamo così di promuovere una riflessione più approfondita sulle questioni in gioco e sulle zone d'ombra che la scienza non riesce ancora a illuminare. Per una valutazione dei possibili comportamenti di voto, rinviando all'editoriale del presente numero (cfr SORGE B., «Al referendum con l'auricolare», *supra*, 257-260)

1. I quattro referendum

I quesiti referendari sono quattro, anche se due sono in gran parte sovrapponibili, e riguardano: la salute e la autodeterminazione della donna, la ricerca scientifica e le tecniche eterologhe⁶. Essi puntano fondamentalmente a due obiettivi, distinti ma interdipendenti: aumentare le «libertà procreative» — bilanciando diversamente da quanto è previsto dalla legge vigente i diritti dei soggetti coinvolti, fino a eliminare la menzione di quelli del concepito — e ampliare gli spazi di manovra della ricerca scientifica, rendendo gli embrioni più facilmente disponibili.

⁶ Per il testo dei quesiti cfr <www.cortedicassazione.it/Archivio/Referendum/Referendum.asp>.

Rileva qui ricordare un dato spesso dimenticato circa gli effettivi diritti dei (potenziali) genitori: nelle pieghe dei discorsi circolanti serpeggia un diritto alla procreazione che non è correttamente inteso. Occorre infatti distinguere il diritto alla libertà procreativa dal diritto al figlio. Il primo, sancito dalla Costituzione, indica la libertà circa le proprie scelte procreative (con chi, quando, quanti, ecc.); lo Stato, correlativamente, si impegna a togliere le barriere che ne ostacolano l'esercizio. Il secondo consisterebbe invece nella legittimazione della pretesa di avere un figlio, il che darebbe origine a un dovere dello Stato a garantirlo. Ma ciò è insostenibile: «nessun uomo può vantare il diritto all'esistenza di un altro uomo»⁷, poiché significherebbe considerarlo in posizione di inferiorità valoriale, come strumento per la soddisfazione del proprio diritto. Questa chiarificazione è di grande importanza per mettere in prospettiva le richieste dei genitori e dei medici, che vanno peraltro attentamente ascoltate e valutate, in quanto espressione della intensa sofferenza di chi vive l'impossibilità di realizzare il profondo desiderio di generare un figlio.

2. «Per (la autodeterminazione e) la tutela della salute della donna»

Trattiamo qui due quesiti che convergono su quattro punti: i criteri di accesso alle tecniche di riproduzione assistita (TRA), l'irreversibilità del consenso, il numero massimo di oociti fecondabili e la crioconservazione.

La legge esige come criterio di accesso alle TRA la comprovata presenza di un problema di sterilità. Viene quindi escluso il loro utilizzo per altri motivi: in particolare per poter praticare la diagnosi genetica preimpianto (DGP) e ridurre così il rischio di far nascere figli affetti da malattie genetiche trasmissibili, soprattutto nel caso di coppie portatrici sane di malattie genetiche (ad es. la talassemia), ma, più in generale, per qualunque altra ragione di tipo personale. In caso di vittoria del «sì» l'accesso verrebbe consentito anche in assenza di sterilità.

La legge inoltre assume un principio di gradualità, secondo cui l'utilizzo delle TRA procede da quelle meno onerose e invasive, ma naturalmente calibrate sulla situazione clinica della coppia, a quelle più impegnative, qualora le prime fossero inefficaci. Se il principio di gradualità fa parte della buona pratica clinica, e quindi sarebbe superfluo prescriverlo per legge, tuttavia non sempre viene effettivamente seguito. La vittoria del «sì» favorirebbe insomma sia un atteggiamento che trascura la ricerca delle cause della sterilità, sia una maggiore inclinazione all'utilizzo di tecniche che, da una parte, consentono un maggior «controllo» della riproduzione e, dall'altra, sono più costose.

⁷ PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, «La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici», in *L'Osservatore Romano*, 17 marzo 2004. Su questo punto si nota, pur nella diversità delle motivazioni, una certa convergenza di autori che pure hanno impostazioni molto diverse: cfr per es. MIETH D., *Che cosa vogliamo potere? Etica nell'epoca della biotecnica*, cit., 164; DAMENO R., *Quali regole per la bioetica?*, Guerini Studio, Milano 2003, 143 s.

Il secondo punto messo in questione dal quesito riguarda il momento fino a cui è consentito revocare il consenso: non più la fecondazione, come prescrive la legge attuale, ma il trasferimento in utero dell'embrione. Va precisato, poiché se ne è ampiamente dibattuto, che la legge non impone un trattamento sanitario obbligatorio che costringa al trasferimento in utero in caso di rifiuto; essa si limita a segnalare la responsabilità implicita in un'azione che porta all'esistenza un essere umano. Se aggiungiamo a questa osservazione il fatto che, come ci dicono i tecnici nel campo, è molto raro che una coppia ritiri il proprio consenso nel tempo che intercorre tra fecondazione e trasferimento in utero degli embrioni, la richiesta ha l'aspetto di un espediente per produrre una maggiore quantità di embrioni che risulteranno poi disponibili per la ricerca.

Nella stessa linea va la richiesta di abolizione del divieto di fecondare un numero maggiore di tre oociti, per di più associata a quella del divieto di crioconservazione. Questa richiesta ha due effetti. Anzitutto intende ridurre i cicli di stimolazione ovarica per la raccolta degli oociti, permettendo di fecondare e conservare in congelatore quelli che non vengono trasferiti in utero. Qui si apre la discussione sugli esiti del limite numerico imposto dalla legge sulle possibilità di successo delle TRA. Occorre allora ricordare che non solo gli embrioni congelati hanno un tasso di riuscita inferiore a quelli «freschi», ma anche i dati preliminari di una recente indagine della Società Italiana della Riproduzione indicano che la L. n. 40/2004 ha avuto un impatto molto meno negativo di quanto si paventava⁸. Il secondo effetto consiste nell'incrementare il numero di embrioni utilizzabili per la ricerca. Ma questo problema viene sollevato in modo ancora più rilevante dal quesito di cui tratteremo al par. 3, per cui ne rimandiamo l'esame a quel contesto dove raccoglieremo tutti gli interrogativi riguardanti l'embrione.

Il referendum successivo ricalca il precedente, aggiungendo però la richiesta di abrogazione integrale dell'art. 1, in cui si afferma anche la tutela dei «diritti di tutti i soggetti coinvolti, incluso il concepito». Si vuole così conferire maggiore rilevanza alla tutela dell'autodeterminazione della donna e rimuovere ogni possibile conflitto dell'art. 1 con la L. n. 194/1978 sulla interruzione volontaria di gravidanza (IVG), su cui ritorneremo nel par. 4.

3. «Per consentire nuove cure per malattie come l'Alzheimer, il Parkinson...»

Questo referendum intende abolire alcuni vincoli alla ricerca sugli embrioni, un problema che mette in gioco ingenti interessi economici soprattutto per il possibile sfruttamento dei brevetti sulle cellule staminali embrionarie. Più precisamente, punta a consentire la ricerca sugli embrioni anche quando ne risulti la distruzione e non, come invece stabilisce la L. n. 40/2004

⁸ Cfr SOCIETÀ ITALIANA DELLA RIPRODUZIONE, *Impatto della legge 40/2004 sulla percentuale di successo dei cicli di fecondazione in vitro*, in <www.sidr.it>.

(cfr art. 13, c. 2), un beneficio per ogni singolo embrione. Inoltre mira a permettere la c. d. «clonazione terapeutica». A questo proposito tuttavia non è chiaro cosa accadrebbe se prevalesse il «sì». Infatti, il testo di legge che rimarrebbe in vigore, da una parte non vieterebbe più la «clonazione tramite trasferimento di nucleo» — queste le parole che il quesito chiede di abrogare dall'art. 13, c. 3 —, dall'altra continuerebbe a prevedere una sanzione per chi cerca di realizzare «un processo volto ad ottenere un essere umano identico, quanto al patrimonio genetico nucleare, ad un altro essere umano» (art. 12, c. 7). Ma il «processo» descritto in termini così generici comprende anche la clonazione, che consiste esattamente nella produzione di una entità biologica geneticamente identica a un'altra⁹. Quindi la clonazione, che pure i proponenti vorrebbero rendere legittima, rimarrebbe comunque compresa fra i comportamenti sanzionati.

L'equivoco risiede probabilmente nel diverso significato attribuito alla definizione di «essere umano», oggetto peraltro di accese discussioni: possiamo ipotizzare che i sostenitori del referendum la riferiscano a un embrione generato in vista della nascita, la c. d. «clonazione riproduttiva», mentre non sarebbe «essere umano» un embrione prodotto per ricavarne cellule staminali, cioè tramite quella che, con un equivoco cortocircuito di linguaggio, viene definita «clonazione terapeutica», mentre sarebbe meglio definirla «clonazione a scopo di ricerca». Su questo equivoco si gioca la stessa formulazione del quesito, che presenta il divieto di ricerca sull'embrione come ostacolo alla ricerca di terapie per molti ammalati: una contrapposizione del tutto fuorviante. Le cellule staminali embrionarie infatti, a causa della loro instabilità genetica, degenerano facilmente in direzione tumorale. Per questo sono più interessanti per la ricerca di base, che studia lo sviluppo e la differenziazione cellulare, che non per la ricerca clinica con obiettivi più immediatamente applicativi per la terapia di malattie degenerative. Quest'ultima è più facilmente perseguita con cellule staminali da fonti non embrionarie (cioè dal feto o dall'adulto).

Ma questa comprensione dell'«essere umano» è insufficiente: il significato dell'entità biologica che abbiamo di fronte, infatti, non è funzione delle finalità per cui viene prodotta, ma va compresa sulla base delle caratteristiche che le sono proprie. Qui incontriamo la fondamentale domanda sulla tutela che va attribuita all'embrione, circa la quale tentiamo una breve sintesi.

4. Ancora sull'embrione: un quadro sintetico

Diciamo subito che ci sembra convincente il principio enunciato dalla L. n. 40/2004 circa i diritti del concepito (cfr art. 1). Fra questi il diritto alla vita si trova in prima linea.

⁹ Per una riflessione antropologica ed etica sulla clonazione cfr CASALONE C., «La clonazione e il Rapporto Donaldson», in *Aggiornamenti Sociali*, 11 (2000) 716-730.

a) Discussione scientifica sull'inizio

Infatti, una volta posto in essere, l'embrione appartiene inequivocabilmente alla specie umana, poiché il suo patrimonio genetico non è quello di alcun altro animale se non dell'uomo. Inoltre il patrimonio genetico che si forma con la fecondazione è unico e originale, proveniente, ma diverso, da quello di ciascuno dei genitori.

Va registrato però che a proposito del momento in cui si realizza questa nuova entità biologica è in corso un acceso dibattito. Infatti il processo di fecondazione non è istantaneo, ma si protrae per un tempo variabile tra le 16 e le 30 ore. Fra le entità biologiche — identificabili sul piano morfologico, funzionale e genetico — che si susseguono in questo tempo, riveste un particolare interesse l'oocita a due pronuclei, che alcuni chiamano ootide. Si tratta di una struttura molto controversa, a cui alcuni non conferiscono neanche una consistenza propria, ma che detiene l'interessante proprietà di essere più facilmente congelabile di quanto non sia l'oocita prima della fecondazione.

Secondo alcuni andrebbe distinto dallo zigote, cioè dal primo stadio dell'embrione. Infatti nel citoplasma dell'ootide troviamo i pronuclei dei gameti, contenenti il patrimonio genetico aploide dei due genitori, già in fase di duplicazione del proprio DNA, ma ancora separati tra loro. Sarebbe la cosiddetta «anfimissi» — cioè la dissoluzione dell'involucro che delimita i pronuclei e la ricostituzione di un patrimonio genetico compiutamente diploide in un assetto che prelude alla duplicazione cellulare — a dare origine allo zigote¹⁰.

Secondo altri, invece, lo zigote si formerebbe già dalla prima fase della fecondazione, quando lo spermatozoo entra nel citoplasma dell'oocita¹¹. Già in questo momento infatti si forma una nuova cellula, diversa dai gameti da cui proviene, che contiene due pronuclei differenti da quelli dei gameti parentali: da una parte si influenzano reciprocamente, dall'altra sono già entrati in fase di duplicazione del DNA. L'anfimissi va quindi interpretata non come l'inizio dello zigote, ma come il processo che dall'embrione unicellulare conduce all'embrione bicellulare. Essa infatti non modifica le caratteristiche quantitative e qualitative dell'informazione genetica contenute nell'unica cellula formata con l'ingresso dello spermatozoo nell'oocita.

Si potrebbe dire che una nuova cellula non è necessariamente uno zigote e che la ricostituzione di un patrimonio diploide spazialmente congiunto, pur nella prima fase di quel processo che conduce alla replicazione cellulare, non è un evento irrilevante. Tanto è vero che in Germania, dove vige una legge

¹⁰ Cfr FLAMIGNI C., *Il processo della fecondazione. Analisi della possibilità di congelare ootidi*, in <www.carloflamigni.com/newsletter>, 7 marzo 2005; AA. VV., «Atti del convegno. Dall'oocita alla blastocisti: il passaggio generazionale dell'uomo», in *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, 4 (2004) 647-671.

¹¹ Cfr FIORI A. - COLOMBO R. - SGRECCIA E., «Ultima frontiera: l'ootide o zigote 2n», in *Medicina e Morale*, 3 (2004) 461-467.

comparabile per molti aspetti alla L. n. 40/2004, è ammesso il congelamento dell'ootide.

In questa situazione di incertezza — dovuta a una diversa scansione degli eventi osservabili nel processo di fecondazione, attribuiti dalle due posizioni a diverse fasi del processo con argomentazioni in entrambi i casi plausibili —, rimangono tuttavia alcune obiezioni. Alcune, teoriche, riguardano lo statuto dei dati scientifici, che sono anche frutto di un accordo operativo tra gli scienziati, che si intendono sul modo di utilizzare i termini in ordine all'attività scientifica; altre, pratiche, derivano dal fatto che il processo di congelamento dura alcune ore e, pur essendo stato identificato il periodo tra la 20^a e la 22^a ora come il migliore per eseguirlo, rimane sottoposto a un elevato grado di incertezza lo stadio di evoluzione con cui si ha effettivamente a che fare. È cioè possibile che il congelamento avvenga quando anche per i sostenitori dell'ootide ci si trova ormai allo stadio di zigote. Tutti problemi che saranno superati nei prossimi tempi quando il progresso tecnico consentirà di crioconservare gli oociti prima della fecondazione — pratica attualmente utilizzata solo a titolo sperimentale — con la stessa efficienza di quanto oggi si fa dopo la fecondazione.

In ogni caso, qualunque sia l'esito di questa discussione, dallo stadio di zigote l'embrione costituisce un tutto unitario che prosegue il proprio sviluppo senza soluzione di continuità e in autonomia, trovando cioè al suo interno tutte le informazioni per governare la crescita come un tutto integrato¹², a patto di trovare condizioni che glielo consentano e di evitare interferenze che lo interrompano. Questa continuità si riscontra nel fatto che non solo non è identificabile alcun salto qualitativo nel processo, ma anche che non occorre nessun intervento esterno per farlo proseguire. E queste caratteristiche sono peculiari dell'embrione: nessuna altra cellula o grumo di cellule, se messi nelle stesse condizioni in cui si sviluppa l'embrione, conducono alla nascita di un bambino.

b) Dalla scienza all'etica

Queste prime fasi di sviluppo, fragili ed enigmatiche, costituiscono un passaggio obbligato che qualsiasi soggetto umano deve attraversare. Anche qualora si volesse sostenere che l'embrione non è persona a tutti gli effetti, occorre ammettere che questo stadio è indispensabile perché la persona possa emergere. Qui allora la coscienza può cogliere una sollecitazione a riconoscere all'altro, che si trova in situazione di fragilità e di debolezza, la stessa protezione che ciascuno di noi può constatare di aver ricevuto per sé in passato, quando si trovava nella stessa condizione, e che gli ha consentito di venire al mondo, e la stessa tutela che chiede gli sia sempre riconosciuta.

Questo ragionamento tiene collegate la ragione teorica e la ragione pratica, prendendo in conto i dati della scienza e riferendosi fin dall'inizio all'e-

¹² Cfr VESCOVI A. – SPINARDI L., «La natura biologica dell'embrione», in *Medicina e Morale*, 1 (2004) 60 s.

sperienza etica. È riflettendo sulla propria storia passata e sulle esigenze che, se non fossero state soddisfatte, non avrebbero permesso alla persona di ritrovarsi ora in vita che la coscienza può cogliere questa responsabilità nei confronti di un essere umano in via di sviluppo.

Dal punto di vista giuridico questo significa entrare nella logica dei diritti umani fondamentali: il diritto alla vita non è istituito o attribuito a qualcuno sulla base dell'altrui iniziativa, ma solo riconosciuto sulla base della presenza di una vita umana capace di continuare autonomamente il proprio sviluppo. Ciò che questa logica, cardine delle democrazie occidentali, ha rifiutato è esattamente di subordinare la tutela dell'essere umano a qualunque altro giudizio circa le sue capacità, le sue qualità, lo stadio di sviluppo in cui trova¹³.

Del resto nella stessa direzione si muove il Comitato Nazionale per la Bioetica quando ha unanimemente riconosciuto il «dovere morale di trattare l'embrione umano fin dalla fecondazione, secondo i criteri di rispetto e di tutela che si debbono adottare nei confronti degli individui umani a cui si attribuisce comunemente la caratteristica di persone»¹⁴. Questa logica viene sempre più affermandosi nell'interpretazione della Carta costituzionale, se anche la Corte Costituzionale, motivando la bocciatura del referendum radicale contro la L. n. 194/1978, utilizza ripetutamente l'espressione «diritto del concepito» alla vita, che viene ripresa nella legge n. 40/2004 (art. 1)¹⁵.

c) Diagnosi genetica preimpianto

Ma la tutela dell'embrione si gioca anche in altri snodi, oltre a quelli già citati della ricerca. In particolare va ricordato il dibattito sulla DGP¹⁶: si tratta di un'indagine diagnostica che viene eseguita prelevando una o due cellule dell'embrione dopo alcuni giorni dalla fecondazione, per studiarne le caratteristiche genetiche. Dal punto di vista medico, l'affidabilità della DGP e i danni che essa procura all'embrione sono discussi, ma tutti convergono nel riconoscerne i rischi in ordine alle capacità di impianto. Questi problemi potrebbero venire in parte superati con il progresso di tecnologie che rendano più affidabili diagnosi genetiche preconcezionali sul primo globulo polare (cfr Glossario), per patologie di origine materna, o che comunque riducano i danni all'embrione.

Oltre ai dubbi tecnici, però, per le indagini postconcezionali sono ancora più importanti le riserve etiche. Infatti la DGP introduce una selezione nel

¹³ Cfr EUSEBI L., «Embrione e tecniche procreative. Problemi giuridici», in BURRONI U. (ed.), *La procreazione assistita a confronto con la scienza, l'etica e il diritto*, Pontificia Facoltà Teologica della Sardegna, Cagliari 2005, 58.

¹⁴ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Identità e statuto dell'embrione umano*, 22 giugno 1996, in <www.palazzochigi.it/bioetica/testi/220696.html>.

¹⁵ Cfr CORTE COSTITUZIONALE, Sentenza 35/1997; cfr anche CANESTRARI S., «La legge 19 febbraio 2004, n. 40: procreazione e punizione», in *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, 3 (2004) 421-435.

¹⁶ Cfr DI PIETRO M. L. – GIULI A. – SERRA A., «La diagnosi preimpianto», in *Medicina e Morale*, 3 (2004) 469-500; COSTA G., «Diagnosi genetica preimpianto e selezione della prole», in *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, 4 (2004) 634-645.

corso di un progetto procreativo ancora prima di avviarlo: l'atteggiamento implicito è quello di mettere in essere un figlio con l'intenzione di sottoporlo a un «esame di ammissione» all'esistenza, sulla base di criteri che vengono definiti *a priori*, e di accettarlo solo se vi corrisponde. Questo diventa oggi possibile perché la tecnica rende extracorporee le prime fasi di sviluppo della vita.

Il divieto di DGP non ci sembra immediatamente incompatibile con quanto è previsto dalla L. n. 194/1978. Nel caso dell'aborto, infatti, la legge intende anzitutto combattere la piaga sociale dell'aborto clandestino, che lede gravemente il diritto di tutela della salute della donna. In questo quadro, si limita ad affrontare un conflitto tra due beni, che possono venire a trovarsi in alternativa, spesso in situazioni imprevedute e d'emergenza: da una parte, la vita del bambino, che peraltro lo Stato vuole proteggere (cfr art. 1), e dall'altra la salute (fisica e psichica) e la autodeterminazione della madre. La drammaticità del conflitto deriva dal particolare rapporto che caratterizza la gravidanza, in cui un essere umano è condizione di vita per un altro essere umano che si trova all'interno del suo corpo, dipendendone totalmente per la propria sussistenza. Ai diritti della madre la legge conferisce, in circostanze determinate e transitorie, una tutela giuridica superiore.

Nonostante questa differenza, tuttavia, non possiamo ignorare la problematicità della situazione (giuridica) determinata dalla L. n. 40/2004: da una parte, si garantisce più tutela all'embrione *in vitro* che al feto in utero, con una gradualità decrescente¹⁷; dall'altra, si forniscono alla donna più informazioni (possibilità di diagnosi) e più autonomia (possibilità di scelta) con il progredire della gravidanza che non all'inizio. La risposta che il rifiuto di farsi trasferire gli embrioni in utero non è sanzionato e che, comunque, è sempre possibile abortire in seguito non lascia del tutto soddisfatti. Un aborto (spontaneo o procurato) nelle fasi più avanzate della gravidanza è molto più traumatico, e non solo dal punto di vista fisico, che il mancato trasferimento di un embrione gravemente malato.

Un tentativo di mediazione avrebbe potuto essere cercato riconoscendo la diversa gravità delle patologie o delle ragioni in campo (scegliere il sesso del figlio per un desiderio arbitrario è differente dal tentativo di evitare malattie genetiche legate al sesso) e consentendo la DGP per individuare alcune malattie gravi (in particolare quelle incompatibili con la sopravvivenza), magari stabilendo una commissione che valutasse caso per caso.

5. «Per la fecondazione eterologa»

Questo referendum intende abolire il divieto delle TRA eterologhe, cioè ottenute con materiale genetico non appartenente alla coppia. Il quesito, se

¹⁷ Cfr TONINI G., «Rigore o estremismo? La nuova legge sulla fecondazione medicalmente assistita», in *Il Margine*, 2 (2004) 7.

approvato, condurrebbe a una pratica delle tecniche eterologhe con garanzie del tutto insufficienti per il nascituro: rimarrebbero in sospeso parecchie questioni. Anzitutto la possibilità di conoscere l'identità del donatore, proprio mentre diverse legislazioni europee (per es. quella svedese) stanno facendo marcia indietro su questo punto, eliminando l'anonimato del donatore, in vista di una migliore tutela del figlio, se non dal punto di vista psicologico almeno da quello medico. Un provvedimento che, tra l'altro, ha avuto come effetto collaterale una drastica diminuzione dei donatori. Inoltre rimarrebbero imprecisate le condizioni di donazione (per es., gratuità o assegnazione di un compenso) e di utilizzazione del seme, con incertezza sul numero di volte in cui può essere impiegato e sui rischi di fecondazioni tra consanguinei.

6. Incertezza delle tecniche e delle entità biologiche in gioco

Dopo questa ricognizione delle poste in gioco nei quesiti referendari è importante accennare ad alcune problematiche scientifiche implicate nella legge: il diritto si trova in difficoltà a regolamentare questa materia sia perché la scienza è ancora ai primi passi, sia perché è una novità trattare la vita nei suoi momenti iniziali, in precedenza non accessibili all'intervento dell'uomo.

Anzitutto va ricordato che le TRA sono allo stadio sperimentale: non sono ancora pratiche consolidate. Occorre una ricerca di tipo sia epidemiologico (per capire meglio i rischi corsi dalle madri e dai bambini) sia sperimentale (per migliorare le tecniche). Gli strumenti sono rispettivamente la registrazione e la documentazione, per produrre dati affidabili, e lo studio in laboratorio del meccanismo di fecondazione e di sviluppo delle prime fasi dell'embrione.

Secondo recenti studi epidemiologici i nati con le TRA sono più frequentemente prematuri o sottopeso rispetto ai bambini concepiti normalmente. Aumenta inoltre il rischio di malattie congenite (presenti alla nascita) e genetiche (dovute a un difetto dei cromosomi o più in generale del DNA)¹⁸. La causa di questi effetti negativi, durante o dopo la gestazione, è sicuramente da attribuirsi al fatto di una maggiore incidenza di gravidanze gemellari rispetto alle situazioni ordinarie. Tuttavia il rischio di *handicap* potrebbe anche essere indipendente dalla gemellarità, poiché anche gravidanze singole ottenute con le TRA hanno un esito significativamente peggiore di quelle da concepimento ordinario. Oltre a motivi tecnici (come un eccessivo tempo di permanenza dell'embrione in terreno di coltura prima del trasferimento in utero), sono state segnalate cause non scindibili dalla sterilità stessa. Infatti nelle coppie sterili si riscontra una maggiore frequenza di anomalie cromosomiche rispetto alla popolazione generale: la riproduzione assistita forzerebbe una situazione che costituisce un ostacolo non solo ad avere figli, ma anche alla trasmissione di difetti ereditari¹⁹.

¹⁸ Cfr FRONTALI N. – ZUCCO F., «Sterili per legge», in *Le Scienze*, 9 (2004) 59-63.

¹⁹ Cfr *ivi*, 63.

Inoltre siamo a confronto con entità biologiche la cui interpretazione non è univoca. Già abbiamo detto dei diversi significati attribuiti all'ootide. Possiamo ora ricordare l'oocita NT ²⁰, cioè quella struttura derivata dal trapianto di un nucleo diploide di una cellula somatica in un oocita privato del proprio nucleo aploide, che può essere il primo stadio della clonazione. Questa entità biologica non è immediatamente equiparabile a un embrione, sia perché non risulta dalla fusione di due gameti, sia perché non procede spontaneamente verso lo sviluppo embrionario. Perché ciò accada occorre uno stimolo esterno: quindi non possiede quelle proprietà di continuità e di autogoverno che abbiamo precedentemente descritto come caratteristiche della vita di un organismo (umano). La domanda qui è se sia possibile ottenere cellule staminali da un oocita NT senza passare per gli stadi embrionari precoci.

Un terzo argomento riguarda la effettiva vitalità degli embrioni congelati dopo lunghi periodi di conservazione. Anche il Comitato Nazionale per la Bioetica ventila la possibilità che sia «eticamente lecita la derivazione di cellule staminali a fini terapeutici dagli embrioni non più in grado di essere impiantati», raccomandando «l'attivazione di accertamenti e di verifiche rigorose caso per caso sull'idoneità all'impianto, sul consenso alla donazione e sul fine terapeutico della sperimentazione» ²¹. Ci sembra una linea interessante, a patto di precisare che la «non impiantabilità» sia motivata da condizioni attinenti all'embrione stesso e non da cause esterne (per es., abbandono da parte dei genitori). Il punto è identificare l'analogo dei criteri di morte per i nati, in modo da poter accertare quando l'embrione non sia più capace di continuare il suo processo di crescita come un tutto coordinato. La situazione sarebbe allora assimilabile a quella dell'espianto degli organi da cadavere.

Siamo quindi davanti a zone d'ombra che avrebbero richiesto di esplorare ulteriormente quanto convenga regolamentare giuridicamente. Per di più, in ordine al bene comune, sarebbe stato auspicabile favorire modalità di costruzione della legge non per contrapposizione lacerante, ma per convergenza costruttiva. Ma il luogo per una tale ricerca non può essere che il Parlamento. Il referendum è inadatto, sia per la sua logica oppositiva, sia per la difficoltà della materia, sia per come sono impacchettati i quesiti, al cui interno è ormai impossibile distinguere. Equivale a sparare con un cannone in un tessuto ricamato: anche qualora si ritenga che il ricamo fosse migliorabile, sia nel disegno sia nei processi di lavorazione, tuttavia dai brandelli residui non si ha nessuna garanzia che possa essere ricomposto in seguito un rammendo parlamentare convincente. Siamo in una situazione in cui avremmo preferito non trovarci.

²⁰ Cfr CASALONE C., «Clonazione terapeutica: distruggere per curare?», in *Aggiornamenti Sociali*, 1 (2002) 6-11.

²¹ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Parere sull'impiego terapeutico delle cellule staminali*, 27 ottobre 2000, in <www.palazzochigi.it/bioetica/testi/271000.html>.