

# Procreazione medicalmente assistita

**Dott. Giancarlo Tarquini** - Procuratore della Repubblica

1) Da sempre l'uomo ha cercato di squarciare il velo della genesi.

Ma ogni suo sforzo l'ha riportato alla constatazione di ciò che la natura gli ha donato, facendo dell'uomo e della donna gli elementi e gli strumenti insieme insostituibili della procreazione, condizione della continuità e della conservazione della specie.

Non è questa la sede per spingere lo sguardo oltre nel mistero dell'insondabile, perché, comunque questo può essere detto, siamo al confine che divide il visibile dall'invisibile, il noto dall'ignoto, la materia dallo spirito.

Per il cristiano la nascita è l'inizio di un cammino, che parte per non finire più tra le braccia di Dio, per le religioni orientali è l'inizio di una delle molteplici esperienze terrene dello spirito immortale, per il positivista è l'accensione di una scintilla che dall'incontro di gameti maschili e femminili produce il miracolo tutto e soltanto umano della vita.

È dunque il tema in esame il porto di ogni possibile riflessione, di ogni diversa cultura, di ogni diversa esperienza, è il luogo della più ampia meditazione davanti al mistero che schiude alla vita la coscienza di un nuovo soggetto frutto dell'apporto di due esseri che insieme progettano di accettare la responsabilità di farsi portatori quanto meno delle condizioni imprescindibili perché il miracolo si avveri.

2) Dunque, a ben guardare, non un solo soffio di vento avrebbe significato alcuno se il mondo fosse carente di questo palpito generatore.

Ciò per significare come l'atto procreativo e la procreazione in specie sono alla base di ogni cosa. Si comprende quindi la forte attenzione sul fenomeno, dal quale dipende l'equilibrio dinamico e biologico dell'intero pianeta.

3) Ma scendendo a livelli più vicini a noi ed all'uomo quale parte della cellula primaria della società, costituita dalla famiglia, sia quella legale che quella di fatto, unione della coppia di diritto o di fatto, si coglie l'intera problematica di questo convegno.

Ed ecco il tema.

Può accadere che la procreazione si realizzi, pur nel quadro di misteriosa creatività che la caratterizza, spontaneamente per la naturale proprietà dell'unione tra l'ovocita e lo spermatozoo o che invece ciò non basti e si imponga pertanto di aiutare lo scoccare della scintilla della vita. Questo aiuto appartiene al campo della procreazione medicalmente assistita (PMA).

Reggio Emilia vive questa realtà a livelli scientifici davvero elevati nella Divisione (oggi Unità Operativa) di Ostetricia e Ginecologia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova.

Ma l'alta professionalità dei medici che operano in questa, come in altre strutture ospedalie-

re di primissimo ordine, abbisogna del supporto normativo necessario a consentire la praticabilità delle tecniche e delle conoscenze scientifiche acquisite in anni di affinamento tecnologico e scientifico.

Questa dimensione giuridica credo possa essere e debba essere materia di approfondita meditazione.

Il discorso deve partire dalla normativa vigente, costituita, come noto, dalla legge 19 febbraio 2004 n. 40.

Tale legge ha certamente il merito di avere introdotto disposizioni che legittimano e sostengono le pratiche di procreazione medicalmente assistita.

A fronte dunque del vuoto normativo preesistente, abbiamo oggi una previsione di legge in cui si inquadra l'attività del medico.

Questa legge fissa essenziali criteri di riferimento che è utile così sintetizzare:

- a) **presuppone** cause di infertilità o ipofertilità da rimuovere;
- b) **intende** favorire la soluzione dei problemi della coppia derivanti dalla sterilità o dalla ipofertilità umana;
- c) **tutela** tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito (così assicurati);
- d) **esige** il consenso dei componenti della coppia;
- e) **vuole** che la coppia (di fatto o di diritto) sia composta da soggetti di sesso diverso, maggiorenni e capaci.

Intanto va detto che si tratta di connotati del tutto condivisibili, anche se forse il concetto di sterilità, probabilmente potrebbe essere sostituito con quello di ipofertilità, così da inquadrare non solo le ipotesi di incapacità assoluta di procreare, ma piuttosto la limitata capacità di procreazione.

Ciò contribuirebbe notevolmente ad accrescere la portata della legge, il che non guasterebbe.

4) Ma sul punto vanno fatte alte considerazioni: a) Intanto questa legge è la prima a riconoscere alla coppia eterosessuale, formata da soggetti conviventi senza vincolo matrimoniale, valore e significato giuridico.

Infatti del trattamento relativo alla PMA possono usufruire non soltanto le coppie legalmente coniugate, ma anche i conviventi eterosessuali, purché, come già detto, maggiorenni e capaci, oltre che in età fertile.

Si tratta di un riconoscimento non certamente privo di importanza.

b) Ma non basta, detta legge contiene richiamo non solo ai diritti dei componenti della coppia, bensì anche ai **diritti del concepito**.

Dunque il concepito viene visto come un soggetto di diritto, in quanto titolare dei diritti richiamati dall'articolo 1 della legge in esame, alla pari degli altri soggetti ivi contemplati.

Ciò ricorda quanto già previsto dal codice civile in materia di successione, laddove si parla della capacità di succedere, per affermare all'articolo 462 che sono capaci di succedere tutti coloro che sono nati o concepiti al tempo della apertura della successione.

Pertanto, quando la normativa in esame parla del concepito, si riferisce ad un soggetto di diritto, i cui diritti debbono essere salvaguardati.

**Il primo diritto del concepito è certamente quello di nascere.**

5) Allora possiamo individuare i principi cardine sui quali si regge la legge vigente, distinguendo tra principi condivisibili e principi meno condivisibili sui quali dovrà essere rivolta l'attenzione, onde verificare se sono ipotizzabi-

li o auspicabili, ed in quali termini, progetti riformativi.

a) È condivisibile che la legge tenda a garantire che, ove non vi siano altri metodi terapeutici efficaci, si aiuti la coppia a rimuovere le cause della sterilità, della infertilità o forse meglio della ipofertilità;

b) È condivisibile che siano garantiti i diritti di tutti i soggetti (in senso ampio) coinvolti, e quindi non solo della coppia ma anche del concepito (in vitro);

c) È condivisibile ovviamente che l'applicazione delle tecniche di PMA sia subordinata alla prestazione di un valido **consenso scritto**, consenso che deve essere espresso da soggetti maggiorenni e capaci in età fertile, ai quali dovrà essere prospettata anche la possibilità di ricorrere alla adozione e all'affidamento, (anche se, come vedremo, non appare invece condivisibile, e se ne parlerà pertanto tra i punti di criticità della legge, che il consenso dato dalla coppia possa essere revocato soltanto fino al momento della fecondazione in vitro).

Accanto a queste ragioni e a questi argomenti di condivisibilità, ricavabili dal testo della legge, ne emergono altri di alta problematicità e criticità.

È utile, se non necessario, fare precedere l'analisi specifica di tali punti di criticità da una sorta di tavola prospettica degli stessi, per poi, come detto, esaminarli singolarmente.

I. La legge 40/2004 esclude la procreazione medicalmente assistita eterologa, nella quale dunque trovino inserimento e legittimazione gameti estranei alla coppia.

II. La legge 40/2004 esclude la ricerca sugli embrioni in modo totale anche quando tale carenza apre prospettive di gravi complicazioni, co-

me emerge dal combinato disposto degli articoli 6 e 13 della legge, come meglio si vedrà più oltre.

III. La legge esclude la revoca del consenso (articolo 6 comma 3) dopo la fecondazione in vitro dell'ovocita e prima del trasferimento dell'embrione in utero.

IV. La legge non disciplina l'ipotesi di sopravvenute impossibilità di trasferimento in utero dell'embrione ottenuto in vitro, limitandosi a prendere in esame l'impossibilità di carattere temporaneo e non già quella di carattere definitivo.

V. La legge vieta la crioconservazione degli embrioni salvo quanto previsto dall'articolo 14 comma 3, che prevede l'ipotesi che il trasferimento dell'embrione nell'utero non sia possibile per gravi cause di forza maggiore relative allo stato di salute della donna. In questo caso è consentita la crioconservazione degli embrioni fino alla successiva data di trasferimento, da realizzare non appena possibile, ma non prevede il caso che il trasferimento non sia più praticabile.

VI. Le linee guida (D.M. 21 luglio 2004) del Ministro della Salute, invece esplicitano il fatto che, se il trasferimento non risulta attuato per gravi anomalie irreversibili dello sviluppo dell'embrione, la coltura in vitro del medesimo deve essere mantenuta fino al suo estinguersi.

Nessun riferimento è contenuto nella legge all'ootide che, come noto, è l'ovocita già fecondata, nel quale tuttavia i patrimoni genetici dell'ovocita e dello spermatozoo non si sono ancora fusi insieme dando vita all'embrione, mancato riferimento che, come vedremo, non può non significare che dalla legge l'ootide è visto del tutto alla pari con l'embrione di cui costituisce solo un inevitabile precedente logico e cronologico, di uguale natura.

Occorre adesso passare all'esame più analitico dei singoli punti di perplessità o di criticità.

### 1) PMA eterologa

È l'articolo 4 (comma 3) della legge che vieta il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.

Effettivamente il concetto di procreazione eterologa impegna la coscienza dell'uomo e tocca i principi di maggiore sensibilità sui quali si articolano la società e la famiglia.

Qui entrano in gioco le culture ed il credo religioso, realtà che nel nostro Paese sono essenzialmente e profondamente cristiani.

Da una parte dunque la difficoltà a riconoscere che possa esserci una interferenza esterna rispetto alla coppia nella procreazione, data la profonda riservatezza che circonda e tutela questo momento della vita coniugale o comunque della vita di coppia anche nella convivenza di fatto, **dall'altra l'esigenza di assicurare alle coppie sterili o con apprezzabile tasso di ipofertilità la possibilità di soddisfare il naturale bisogno di paternità e di maternità.**

L'opposizione che i contenuti di principio della procreazione eterologa hanno incontrato nel nostro Paese sono in larga misura dovuti ad un modello del concetto di famiglia che trova le sue radici nella visione cristiana e soprattutto cattolica del matrimonio: rispetto a questa visione, la possibilità che il figlio possa non essere stato naturalmente generato da entrambi i componenti della coppia, sia essa di fatto o legale, è sostanzialmente vista come una lesione di un principio fondamentale.

L'obiettivo valutazione della problematica, però, non consente di escludere che in determi-

nate situazioni possa risultare essenziale un aiuto esterno, pur con le dovute garanzie, nell'impossibilità di rimuovere le cause impeditive della procreazione.

Ma questa apertura non è escluso che possa risultare compatibile con i principi religiosi cui fa capo anche la cultura cattolica, quando la scelta venga prevista all'interno di una situazione che necessita di intervento.

Certo non potrà ammettersi né giustificarsi la procreazione eterologa per soddisfare il bisogno di paternità o maternità in capo a soggetti che non sono più in età feconda; questo perché verrebbe sostanzialmente forzato l'ordine naturale delle cose e perché verrebbe realizzata una realtà familiare nella quale il figlio si troverebbe con genitori anziani, non più in grado di offrirgli l'apporto di partecipazione necessario, proprio nell'età più difficile..

Ove si escluda questa situazione il discorso, per quanto difficile, non può essere concepito come impossibile.

Le tecniche di fecondazione assistita dovrebbero comunque essere rivolte a coppie legali o di fatto, eterosessuali, composte da persone maggiorenni, capaci e in età feconda.

Ove si accedesse a tale soluzione dovrebbero ovviamente porsi forti sbarramenti di tutela giuridica e di salvaguardia di riservatezza a garanzia della famiglia e soprattutto del concepito, negando ad esempio la possibilità di qualsiasi azione legale di riconoscimento di paternità o maternità, ed ancor più rendendo inaccessibile il dato conoscitivo.

Come già detto in precedenza è certamente un problema di coscienza, culturale e religioso, ma anche di grande rilevanza sociale, tanto che non potrebbe negarsi aprioristicamente l'utilità del-

l'istituto che sarebbe fonte di equilibrio e di gratificazione per coppie meritevoli.

## 2) Ricerca sugli embrioni

Come già anticipato la legge 40/2004 esclude la ricerca sugli embrioni in modo totale.

Questo concetto trova la sua sostanziale affermazione nell'art. 13, che ammette indagini sull'embrione soltanto se si perseguano finalità terapeutiche e diagnostiche, volte a tutelare la salute e lo sviluppo dell'embrione stesso.

Non si ammette invece la ricerca quando destinata a verificare se il passaggio successivo alla fecondazione dell'ovocita, e cioè l'introduzione dell'embrione nell'utero, possa determinare problematiche sulla qualità della gestazione che ne seguirà.

In sostanza non è ammessa ricerca per verificare se vi siano rischi di trasmissione di malattie genetiche quali, ad esempio, la talassemia.

Anche le linee guida del Ministro della Salute, dove si tratta l'ipotesi che l'indagine relativa allo stato di salute dell'embrione ottenuto in vitro evidenzi gravi anomalie dello sviluppo, sembra prendere in esame solo le anomalie che incidono sulla sua maturazione piuttosto che il rischio di trasmissione di patologie per il nascituro. Solo in quel caso la coltura in vitro deve essere mantenuta fino al suo estinguersi, ma appare chiaro che non è questa la ricerca sull'embrione di cui vogliamo parlare.

La normativa vigente, dunque, sostanzialmente non prevede la ricerca finalizzata ad accertare che l'embrione non sia portatore di patologie genetiche che graveranno poi sul nascituro.

Anche l'art. 14, comma 2, prevede che non si debba creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e

contemporaneo impianto, e comunque non superiore a tre; l'art. 6 prevede inoltre che il consenso della coppia all'applicazione delle tecniche di PMA, possa essere revocato da ciascun componente della coppia soltanto fino al momento della fecondazione in vitro dell'ovocita.

Il combinato disposto di queste due affermazioni porta alla conseguenza che una volta avvenuta la formazione dell'embrione (nel numero massimo di tre) non è più possibile recedere dal trasferimento di quegli embrioni nell'utero, indipendentemente dalla ricerca se gli stessi siano o meno portatori di gravi patologie.

Questa previsione costituisce una forte limitazione quanto meno sotto due profili.

In primo luogo perché non consente la ricerca utile, se non indispensabile, su patologie gravi e invalidanti, ed in secondo luogo perché, come meglio si dirà più oltre, costringe la donna a ricevere comunque, anche quando non sia più consenziente, nel proprio utero l'embrione ottenuto in vitro.

Se ne deve concludere, che il capitolo "ricerca" resta un capitolo aperto rispetto al quale si impone un approfondimento ed un miglioramento dell'assetto normativo vigente: infatti non può accettarsi, indipendentemente dal credo religioso o dalla cultura socio politica-ambientale, che il diritto alla vita del concepito non sia accompagnato dalla garanzia di un futuro non condizionato in partenza da patologie genetiche di Un diritto a nascere, se non accompagnato da queste garanzie, finisce per essere un salto nel buio. E non può certo essere ammissibile l'obiezione che è sempre possibile il ricorso il ricorso all'aborto secondo quanto contemplato dalla legge 194 del 22 maggio 1978.

La legge sulla PMA deve essere un sistema com-

pleto in sé e non deve esporre la coppia ad inutili sofferenze.

### 3) Revoca del consenso al trattamento di PMA

La legge (art. 6, comma 3) consente la revoca del consenso da parte dei soggetti costituenti la coppia fino al momento della fecondazione in vitro dell'ovocita.

Come si è osservato, tale disciplina appare limitativa, giacché individua un tempo fondamentale nel processo di applicazione della PMA durante il quale la coppia è privata della possibilità di autodeterminazione.

Ma questo momento si sostanzia di una fase essenziale, costituita dal trasferimento dell'embrione nell'utero.

Cosa accade dunque se la donna (ma anche l'uomo) non è più consenziente per tale manovra? Si desiste o si procede oltre?

La desistenza non è prevista, dunque non resta che la prosecuzione.

Ma proseguire significa violare la volontà della coppia e soprattutto quella della donna.

Si deve pensare allora, che è possibile costringere la donna anche con la forza a sottostare al trasferimento in utero dell'embrione ottenuto in vitro?

Saremmo di fronte ad una violenza privata imposta (mi si passi il bisticcio terminologico) dalla legge.

Si agisce così per assicurare all'embrione la vita, qualunque essa sia, per poi magari costringere la donna a richiedere successivamente di abortire, in un ingiustificato vortice di sofferenza fisica e psicologica?

**Ecco dunque un punto che appare costituire un tema sul quale appuntare lo sguardo riformistico.**

Si tratta per altro di un tema che ontologicamente si inquadra nel concetto più vasto che costituisce la materia del paragrafo seguente.

### 4) Sopravvenuta impossibilità di trasferimento in utero dell'embrione dopo la inseminazione in vitro dell'ovocita

Al riguardo, come già anticipato, la legge n. 40/2004 nulla dispone.

Questo appare una grave carenza normativa, in quanto è configurabile che un'ampia gamma di ipotesi restino senza disciplina.

L'unica disciplina esistente è quella, già ricordata, contemplata dal comma 3 dell'art. 6, secondo cui è dato alla coppia di interferire sull'applicazione della PMA solo fino al momento della fecondazione dell'ovocita.

Dopo tale momento il vuoto normativo, non è coperto neppure dalla previsione delle linee guida ministeriali: come ricordato in base ad esse è consentito intervenire, lasciando estinguere l'embrione, solo in presenza di gravi anomalie irreversibili del suo sviluppo, cosa che nulla ha che vedere con le scelte legate alla volontà dei soggetti costituenti la coppia.

Può accadere:

a) che il consenso venga a mancare, anche in capo ad uno solo dei soggetti costituenti la coppia, prima della fecondazione in vitro dell'ovocita;

b) che intervenga la revoca del consenso della donna dopo la fecondazione in vitro dell'ovocita e prima del trasferimento nell'utero dell'embrione ottenuto in vitro;

c) che intervenga la revoca del consenso dell'uomo dopo la fecondazione in vitro dell'ovocita e prima del trasferimento nell'utero dell'embrione ottenuto in vitro.

Si tratta a questo punto di formulare previsioni di riforma nella cui elaborazione soccorrono principi di diritto ma anche concretezza di prospettive.

Va da sé pertanto che:

a) **la revoca del consenso**, anche di uno solo dei componenti la coppia prima della fecondazione, deve necessariamente dare origine alla interruzione della applicazione della PMA per caduta verticale delle condizioni di ammissione a tale procedura;

b) **la revoca del consenso** della donna dopo la fecondazione in vitro dell'ovocita e prima del trasferimento nell'utero dell'embrione ottenuto in vitro, non può non impedire la prosecuzione della applicazione delle tecniche di PMA;

c) **la revoca del consenso** dell'uomo dopo la fecondazione in vitro dell'ovocita pone un serio problema. Infatti in linea del tutto teorica non sembra potersi escludere che la donna possa proseguire nella applicazione delle tecniche della PMA, in quanto c'è un embrione fecondato e c'è una donna in grado di iniziare la gravidanza. Il punto è che questa scelta non può e non può essere una scelta obbligata, anche se per uscirne, il percorso alternativo deve essere adeguatamente presidiato.

Al riguardo esiste la possibilità di ricorrere alla normativa già approvata con la legge 194 del 1978 con i dovuti adattamenti.

Può infatti prendersi in esame di mutare tale normativa, inserendola nella disciplina riguardante la PMA.

Si potrebbe così fare ricorso alla verifica, in parallelo con quanto previsto dalla legge n. 194, delle condizioni che danno luogo alla interruzione dell'applicazione delle tecniche della PMA.

Ciò potrebbe accadere quando il trasferimento dell'embrione ottenuto in vitro nell'utero comporti, a causa della intervenuta revoca del consenso da parte dell'uomo, serio pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Ma in questo caso la donna non dovrebbe potersi autonomamente disporre per l'interruzione della applicazione delle tecniche della PMA, bensì chiedere ad un organo terzo di livello medico, come ad esempio il Comitato Bioetico Provinciale del luogo in cui ha sede la struttura sanitaria che ha realizzato gli interventi di PMA, l'autorizzazione ad interrompere l'applicazione delle tecniche di PMA.

### 5) Morte di entrambi o di uno dei soggetti componenti la coppia

Al riguardo la legge non stabilisce nulla, lasciando un grave vuoto normativo da colmare. Può infatti accadere:

a) che intervenga la morte di entrambi i componenti della coppia dopo la fecondazione in vitro dell'ovocita ma prima del trasferimento dell'embrione ottenuto in vitro nell'utero (va da sé che, se la morte interviene prima, non può certo parlarsi in alcun modo di prosecuzione del trattamento);

b) che intervenga la morte della donna dopo la fecondazione in vitro dell'ovocita ed ovviamente prima del trasferimento dell'embrione ottenuto in vitro nell'utero;

c) che intervenga la morte dell'uomo dopo la fecondazione in vitro dell'ovocita e prima dell'embrione ottenuto in vitro.

Se ciò accadesse in vigenza della attuale legge, le complicazioni sarebbero non poche, cosa che evidenzia la necessità di introdurre nella legge una specifica previsione delle ipotesi sopra de-

scritte con l'indicazione della disciplina da adottarsi.

Una soluzione potrebbe essere così articolata.

a) La morte di entrambi i componenti la coppia, che interviene dopo la fecondazione in vitro dell'ovocita (se interviene prima, come già detto, va da sé che ne discende il blocco in radice del processo applicativo della PMA), ma prima del trasferimento dell'embrione ottenuto in vitro nell'utero, costituisce una causa maggiore di interruzione della PMA. Resterebbe nel caso la problematica inerente al destino da riservarsi all'embrione ottenuto in vitro e non trasferito nell'utero. Tale destino, come si dirà anche più avanti, potrebbe essere quello di lasciare che l'embrione si estingua in conformità alle linee guida del Ministro della Salute.

b) La morte della donna dopo la fecondazione in vitro dell'ovocita e prima del trasferimento dell'embrione ottenuto in vitro nell'utero (alla pari con l'ipotesi di morte prima della fecondazione in vitro dell'ovocita), impedisce la prosecuzione della applicazione delle tecniche di PMA. Non è pensabile che quell'embrione possa essere conservato per una destinazione diversa. Dovrebbe dunque ripetersi quanto abbiamo già esaminato in rapporto al caso di cui alla lettera a), con la conseguenza che l'embrione dovrà essere abbandonato alla inevitabile sorte dell'estinzione.

c) La morte dell'uomo dopo la fecondazione in vitro dell'ovocita, e prima del suo trasferimento dell'embrione ottenuto in vitro nell'utero, dovrebbe potere legittimare la donna a richiedere l'autorizzazione ad interrompere l'applicazione della PMA come nel caso già visto in precedenza di revoca del consenso dell'uomo dopo la fecondazione in vitro dell'ovocita e prima del tra-

sferimento dell'embrione ottenuto in vitro nell'utero, ove si ipotizzi che tale situazione determini per la donna un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica.

L'autorizzazione potrebbe competere anche in questo caso al Comitato Bioetico Provinciale del luogo in cui ha sede la struttura sanitaria che ha realizzato l'intervento di applicazione delle tecniche di PMA.

#### 6) Crioconservazione dell'embrione

La legge vigente (40/2004) esclude (articolo 14, comma 1) e vieta la crioconservazione e la soppressione degli embrioni.

Tale principio potrebbe apparire lodevolmente ispirato a sacrosanti criteri di solida e corretta impostazione sistematica.

A ben guardare però tale enunciazione contrasta con la pratica (casistica) quotidiana cui il medico deve fare fronte.

I limiti della previsione emergono dalle seguenti riflessioni.

Il principio sopra indicato incontra una sola deroga, prevista dal comma 3 dello stesso articolo 14, laddove è detto che è consentita la crioconservazione degli embrioni qualora il trasferimento in utero non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione.

Ma siffatta ipotesi di crioconservazione è prevista in via temporanea cioè fino al recupero da parte della donna delle condizioni di buona salute che consentano il trasferimento dell'embrione in utero.

Nulla si dice invece circa cosa accadrebbe se l'impedimento al trasferimento dell'embrione in utero assumesse per varie cause (ad esempio

quelle già precedentemente esaminate) caratterizzare permanente.

Si impone allora anche su questo punto l'elaborazione di una previsione più ampia, con una norma di chiusura, la quale renda il sistema normativo completo.

Lo spunto viene dalle già richiamate linee guida del Ministro della Salute, laddove è previsto che l'embrione non può in condizioni (definitivamente) di potere essere validamente trasferito in utero, sia mantenuto scongelato fino al suo estinguersi.

La scelta non deve scandalizzare, giacché ciò sostanzialmente avviene, in base alla legge 22 maggio 1978 n. 194, anche nell'ipotesi di aborto terapeutico o praticato per scelta entro i primi tre mesi di gravidanza in presenza di un serio rischio per la salute fisica o psichica della donna. Anzi in quest'ultima ipotesi viene interrotto un processo gestionale già avviato nell'utero materno a fronte, nel caso di specie, di un embrione, certamente già vitale e inquadrabile nella figura del concepito, ma ancora da trasferire in utero. Dunque, quando si verificano le condizioni che impediscono in modo definitivo il trasferimento dell'embrione nell'utero materno, potrebbe normativamente prevedersi il divieto di crioconservazione o di prosecuzione della crioconservazione, se già in atto, dell'embrione mantenendosi la coltura in vitro del medesimo fino al suo estinguersi in conformità alle già richiamate linee guida del D.M. 21 luglio 2004 del Ministro della Salute.

**7) Aggiungo qualche considerazione finale in ordine alla anticipata problematica dell'ootide**, che, come noto, è l'ovocita fecondato prima che i patrimoni genetici del gamete femminile

e del gamete maschile si siano fusi, condizione che rimane tale fino a circa 15-18 ore dalla inseminazione in vitro degli ovociti.

Tutte le problematiche sopra svolte in rapporto all'embrione, non possono essere superate, riservando all'ootide il trattamento che si ritiene non possa essere esteso all'embrione, giacché esso chiaramente appare del tutto parificabile all'embrione, di cui costituisce non soltanto un precedente cronologico, ma soprattutto logico, imprescindibile, al punto di doverlo necessariamente accomunare ad esso sotto il profilo ontologico.

Se dunque non è consentita la crioconservazione dell'embrione, così non deve essere consentita la crioconservazione degli ootidi.

Una diversa determinazione potrebbe apparire strumentale e scopertamente diretta ad eludere l'osservanza di principi presidiati anche e soprattutto dai credi religiosi.

Se dunque è vietata la costituzione di una Banca (Archivio) degli embrioni (si prescinde in questo momento dalla valutazione del tema concernente gli embrioni creati prima della entrata in vigore della vigente legge e crioconservati, per i quali dovrà pervenirsi ad una scelta normativa difficile circa il loro mantenimento o l'estinzione della loro conservazione), deve essere ontologicamente vietata anche la costituzione di una Banca o Archivio degli ootidi.

Credo, ma questa è materia riservata agli esperti di genetica, che tale premessa trovi consacrazione nella previsione normativa (art. 14, comma 2), secondo cui, ai fini del trasferimento in utero, deve essere creato un numero di embrioni strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto.

Non deve esserci in sostanza un numero resi-

duale di embrioni da crioconservare e questo divieto non può essere eluso dicendo che si conservano non gli embrioni ma gli ootidi.

Rimetto agli esperti, valutare se in siffatta previsione normativa, in sede di riforma della legge, debba essere indicato un numero massimo di embrioni da creare o se invece la determinazione del numero degli embrioni (sempre con il vincolo di non ammettere un residuo di embrioni da conservare) debba essere lasciata all'operatore scientifico, che terrà conto di volta in volta di fattori vari, quali l'età della donna (se la donna è giovane basterà un numero minore di embrioni), non riassumibili nella necessariamente generica ed astratta previsione di legge.

**8) Non c'è bisogno che si ricordino i rigorosi divieti della legge da condividersi totalmente.**

Mi riferisco al divieto di clonazione (mediante trasferimento di nucleo o altra tecnica genetica), così come mi riferisco al divieto di fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa.

La legge non vuole, e qualsiasi legge di riforma certamente mai vorrà, la creazione di mostri o di realtà contro natura.

**La legge deve volere la vita.**

E non c'è vera vita se non c'è rispetto delle regole della natura, che non abbiamo creato noi, ma che abbiamo ricevuto e nel cui abbraccio soltanto ha senso la vita dell'uomo.