cMc

CENTRO CULTURALE DI MILANO

"Generare ed essere generati. La questione della procreazione artificiale tra ontologia ed etica"

interviene

Don Roberto Colombo

Milano

19/03/1998

°CMC

CENTRO CULTURALE DI MILANO

Via Zebedia, 2 20123 Milano tel. 0286455162-68 fax 0286455169 www.cmc.milano.it

"GENERARE ED ESSERE GENERATI" 19 - 03 - '98

Fornasieri: Ringrazio moltissimo Don Roberto Colombo di essere qui stasera, perché per il terzo anno consecutivo ci offre la sua esperienza di docente, di ricercatore e di comunicatore su problematiche molto importanti. L'argomento di questa sera è uno dei più discussi e presenti nei dibattiti che spesso vengono svolti in sedi poco appropriate, per esempio giornali o televisioni, con poco approfondimento e soprattutto con poca comunicazione di punti di vista culturali originali. L'attualità è anche legata, come ha recitato il nostro invito, al frangente italiano in cui sta per essere discussa e valutata una legge che riguarda la fecondazione artificiale, per dirlo in termini semplici; questa sera quindi ci potremo interrogare sia su valenze di fondo sia sul merito del problema, perché è proprio nel merito della realtà di queste tematiche che si può tornare a riconoscere l'evidenza di certi fatti e di certi valori. A seguito dell'introduzione di don Colombo ci sarà la possibilità di interloquire con domande come sempre siamo abituati in questi momenti pomeridiani. Lascio subito la parola, e ancora grazie.

Don Colombo: Grazie. Entro subito nel merito della questione dicendo che non so come vi sia stato presentato questo incontro e per quale ragione voi siate venuti, ma la questione della procreazione medicalmente assistita o della fecondazione artificiale viene normalmente venduta come una questione di bioetica o come una questione sanitaria, di salute pubblica. In realtà si tratta di una vicenda culturale, di una grande battaglia culturale che il nostro Paese sta per affrontare, nella quale ognuno di noi è chiamato a parteciparvi, con responsabilità per la sua storia e per quello in cui crede e per quello che vive. Presentare quindi il problema sotto il profilo di una questione di attualità e di una questione di bioetica sarebbe riduttivo rispetto alla portata della questione, e quindi pregiudizialmente lo scarto.

Dividiamo la nostra presentazione in due parti: anzitutto capire di che cosa si tratta, cioè in che cosa sta la questione; in secondo luogo cercheremo di abbozzare le linee per un giudizio sulla vicenda e qual è la posizione che intendiamo proporre a questo proposito. Innanzitutto la questione. Quando si parla di fecondazione artificiale, di procreazione medicalmente assistita o, con un gergo più popolare, di bambini in provetta e così via, ci si intende riferire ad una questione medica molto seria che è quella della sterilità di coppia. Che cosa è la sterilità di coppia? Partirò, poiché ci sono in giro tante definizioni, da una definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità alcuni anni fa. Una coppia è definita sterile quando, dopo ventiquattro mesi di rapporti sessuali completi e non protetti, non ha concepito oppure ha avuto una storia di poliabortività spontanea. Questo vi fa capire innanzitutto che la questione della procreazione o del generare si situa, anche dal punto di vista medico, all'interno di una relazione uomo - donna, cioè di una relazione di coppia. Per lo più, sia la diagnosi che l'accertamento delle cause di sterilità avviene nel contesto di relazioni stabili o continuative, contro la tendenza che oggi si vorrebbe introdurre, e che il legislatore è stato provocato da alcuni a recepire, a considerare la sterilità del singolo, e quindi anche a pensare ad una

possibilità di intervento in termini di singolo uomo o singola donna. Si capisce quindi che anche dal punto di vista gnoseologico la questione deve essere ristrutturata secondo la sua evidenza originaria, cioè che a generare è una coppia; anzi, successivamente l'Organizzazione Mondiale della Sanità in alcuni suoi testi ha ulteriormente precisato la definizione parlando di coppia di partners eterosessuali, precisazione che a noi potrebbe sembrare ovvia e scontata, ma che in realtà non lo è affatto nel contesto del dibattito attuale. Secondo punto. La sterilità di coppia è un fenomeno in impressionante aumento. Le statistiche che si hanno a livello mondiale parlano in percentuali di coppie in cui la sterilità è stata clinicamente accertata: si passa dal 14-15% fino al 26-27%. L'Italia si attesta attualmente in una percentuale tra il 16 e 17 %, il che vuol dire che ogni anno in Italia abbiamo circa 40.000 nuove coppie che si presentano con questo problema. Sempre l'O.N.S. ha stimato che per l'anno 2000 tra 1-2% della popolazione mondiale potrà fare ricorso ad accertamenti diagnostici ed eventualmente interventi terapeutici a proposito della loro potenzialità riproduttiva. Nel mondo attualmente si stima che vi siano tra i 160.000.000 e i 170.000.000 di coppie definite clinicamente sterili. Ora, questo fa capire come la questione sia seria e quindi non può essere sottovalutata o banalizzata, né dal punto di vista medico né dal punto di vista sociale. Considerando poi la famiglia nella prospettiva della tradizione cattolica e in larga parte della prospettiva occidentale anche laica, per la quale la procreazione è uno dei fini intrinseci, la sterilità rappresenta un male, e non solo un male fisico, ma anche un male morale, cioè rappresenta un di meno per la coppia che non vede realizzarsi una delle finalità proprie dell'istituto matrimoniale e del rapporto coniugale uomo - donna, che è quella dell'apertura alla vita. Qualche dato della crescita in questione posso darvelo. Prendo questi dati da un centro medio, un centro di assistenza alla procreazione che è localizzato a Roma, nel quale vedete come nell'arco di un decennio gli interventi di procreazione assistita artificiale, (faremo questa distinzione successivamente) passano da circa meno di 200 nel 1986 a oltre 350 nel 1996, e ciò dà un'idea della crescita quasi esponenziale della questione. Non entrerò nella questione delle cause, vi dirò solamente che le due cause che incidono a proposito della sterilità di coppia sono, dal punto di vista femminile, la impervietà della salpingie ossia l'occlusione tubarica e, dal punto di vista maschile, le dispermie gravi, la azospermia, la oligoteratospermia e la oligostenospermia, cause che nel loro complesso incidono maggiormente; esistono poi tutta una serie di cause e di fattori che oggi possono essere accertati clinicamente. Passiamo ora al problema della terapia per il quale si istituisce la considerazione sociale della questione. E' bene avere un'idea di che cosa è accaduto a proposito della terapia, cioè di come vi siano state delle modificazioni anche nella tendenza degli interventi. Distinguo sei tipi di interventi per fare vedere dove si collocano le questioni. Lo faccio a beneficio di coloro che non sono familiari con questi argomenti e mi scuso con coloro che già li conoscono, se si annoiano a proposito di guesto. Allora da una parte abbiamo una terapia della sterilità in senso stretto, dove con terapia intendiamo una risoluzione della causa eziopatogenetica, del male in quanto tale. Per esempio nel caso dell'occlusione della sardigne potete avere una microchirurgia ricostruttiva e ricanalizzatrice della tuba stessa; nel caso del maschio sono possibili molti interventi, compresi il varicociele e tutte gli altri interventi che si possono istituire. A proposito della terapia della sterilità, sebbene di applicazione assai limitata rispetto alle cause della sterilità stessa, non vi sono problemi di sorta.

Distinguiamo poi una procreazione medicalmente assistita in senso stretto. Notate che la legislazione italiana apparirà, almeno nella sua bozza presentata dal presidente della XII Commissione Affari Sociali, Marida Bolognesi, sotto il titolo di "Legge sulla procreazione medicalmente assistita", ma in realtà ciò a cui la legge si riferisce è nel nostro schema il punto tre, cioè la procreazione artificiale. Per procreazione medicalmente assistita intendiamo tutti gli interventi che si propongono di rendere fecondo un atto coniugale tra un uomo e una donna quando ciò non lo sia naturalmente, rimuovendo gli ostacoli all'incontro tra i gameti e facilitando il processo di fertilizzazione. Può essere l'induzione farmacologica di un'ovulazione multipla con trattamento ormonale, oppure il trattamento di concentrazione e percolazione dello sperma, le inseminazioni praticate già dal secolo scorso, intrauterina, intraperitoneale, intratubarica, oppure addirittura, nella forma più recente, a partire dalla metà degli anni '80, il trasferimento di entrambi i gameti nelle tube di falloppio, noto come difto. Questa è la procreazione medicalmente assistita sulla quale si è soffermata anche la Chiesa nel suo documento del Febbraio del 1987 riprendendo Pio XII e affermando che ogni atto medico in grado di consentire ad un rapporto sessuale all'interno del matrimonio di diventare fecondo è un atto accettabile ed è un atto medico che deve essere incoraggiato come prospettiva terapeutica.

Diversa invece è la prospettiva a proposito della procreazione artificiale. La procreazione artificiale ha fatto il suo esordio nel campo clinico con la fine degli anni '70: è del 1978, quest'anno a luglio compirà 21 anni, la prima bambina concepita, si dice, in provetta Luise Brown. E' quindi un intervento di tipo più recente nella sua configurazione sperimentale e nella sua applicabilità clinica, che prevede la fertilizzazione in vitro, cioè l'ottenimento del processo fecondativo all'esterno del corpo della donna e il trasferimento del prodotto del concepimento, cioè dell'embrione in una delle sue varie fasi di sviluppo, nella sede più opportuna. Inizialmente la sede era l'utero, nel caso della fidet, ora si può avere anche il trasferimento tubarico qualora lo stadio di sviluppo sia molto precoce, cioè allo stadio di zigote o di embrione a due o a quattro cellule. Questo è il processo di procreazione artificiale, vedremo poi che cosa comporta e quali problematiche fa sorgere. Poi abbiamo la fertilizzazione in vitro con micromanipolazione: Notate come l'intervento cresce sempre, cioè c'è una escalation dal punto di vista interventistico che cercheremo di valutare. Qualora vi sia difficoltà a fare avvenire la fertilizzazione in vitro per semplice contatto dei due gameti in un importuno mezzo di coltura si è provveduto per esempio a fare dei fogli nella zona pellucina con PZD oppure all'inseminazione subzonale. Poi da questo si è passato a quello che noi chiamiamo fertilizzazione artificiale, che è un ulteriore passo. Attenzione ai giochi delle parole, degli aggettivi, che hanno cercato di polarizzare notevolmente questo dibattito a livello etico - giuridico. Fertilizzazione artificiale è il by-pass del normale processo fertilizzativo, cioè l'iniezione intracitoplasmatica degli spermatozoi oppure, nel caso di una azospermia da deficit di spermiostogenesi, cioè una azospermia non ostruttiva ma da deficit di produzione di gamete maturo, si procede con la icsi, cioè iniezione intracitoplasmatica dello spermatide, cioè del gamete che è maturo geneticamente ma non lo è morfologicamente. Questo evidentemente è un passo di fertilizzazione artificiale, mentre gli altri sono di assistenza alla fertilizzazione, in quanto in questo modo tutti i processi che precedono l'interazione tra i gameti vengono by - passati.

Arriviamo adesso all'ultima prospettiva, che sembra essere ancora lontana: la riproduzione senza fertilizzazione. Addirittura c'è la prospettiva di una riproduzione agamica, introdotta per ora semplicemente a livello zootecnico, con un caso episodico che quindi non fa scienza, che è il caso della famosa piccola Dolly, ma già praticata per altri versi nella forma delle clonazioni per *embriospotting*, cioè per divisione delle cellule dell'embrione che vengono fatte crescere separatamente e che danno origine a un clone, cioè a una serie di quelli che potremmo chiamare gemelli omozigoti. Ecco, questa è un poco la prospettiva in cui ci si muove di un intervento sempre maggiore nel processo riproduttivo.

Dal punto di vista della valutazione facciamo due considerazioni conclusive per questa prima parte, a proposito delle questioni sollevate dalle due fasi della fertilizzazione in vitro e dalle questioni sollevate dalla fecondazione e dall'embriotransfert. Per guanto riguarda la fecondazione, abbiamo visto, c'è la questione inseminazione - gift che se si configura come un aiuto all'espletamento della funzione riproduttiva dell'atto conjugale è un intervento di autentica assistenza, non sostitutiva dell'atto d'amore tra un uomo e una donna con il quale è chiamato a nascere ogni vita che viene a questo mondo. Per quanto riguarda la fecondazione in vitro, evidentemente qui si salta la dimensione unitiva cioè la dimensione del dono d'amore, per passare subito ad un processo artificioso, ad un processo tecnico. Su questa prima distinzione si è soffermato anche il magistero della Chiesa cattolica: nel secondo caso abbiamo un atto tecnico che non è un atto umano compiuto dai coniugi dentro ad un rapporto matrimoniale. Poi un'altra questione è quella della omologia - eterologia, sulla quale vi sarà grande battaglia in Parlamento: per fecondazione omologa intendiamo una fecondazione che utilizza il gamete della coppia stessa, cioè l'ovocita o gli ovociti prodotti dalla donna e gli spermatozoi dell'uomo all'interno della coppia, e quindi vi è identità tra paternità legale, paternità affettiva, e paternità biologica e tra maternità legale, maternità affettiva, e maternità biologica. Diversa è la questione a proposito della fecondazione eterologa, la quale prevede invece il ricorso, qualora uno dei due gameti non venga prodotto o non possa essere prelevato dai due legittimi coniugi, alla donazione. Abbiamo la donazione di sperma, fatta o da singoli o attraverso le cosiddette "banche del seme" e la donazione di ovociti, o di entrambi. In questo caso si configura la nota questione della genitorialità multipla e del rapporto che esiste tra il concepito e coloro che lo hanno voluto: può esserci una paternità biologica del donatore di sperma che non coincide con la paternità legale e con la paternità affettiva, e così via. Altra distinzione è tra la fecondazione semplice, un solo ovocita fertilizzato e un solo embrione trasferito (che, ad ogni buon conto, non si fa mai, anche su coloro che dicono di farla ci manca qualunque documentazione, e vedremo qual è la ragione) e la fecondazione multipla, cioè quando più ovociti vengono raccolti, prelevati per agoaspirazione dei follicoli - che si fa attualmente ecoguidata mentre un tempo si faceva per laparoscopia e prelievo sotto monitoraggio laparoscopico- e quando si ha il trasferimento di più embrioni. Perché questo? A beneficio di coloro che per la prima volta si accostano al problema diremo che queste tecniche di fecondazione assistita dal punto di vista - uso un'espressione tecnica - del rendimento o, come si suole dire, dei "bambini in braccio", sono un autentico disastro. Sono un autentico disastro, perché nessun procedimento che si volesse chiamare terapeutico supererebbe le prove della good clinical practise, se dovesse ottenere risultati ottenuti da queste tecniche; sapete che oggi si discute molto sulla

vicenda della sperimentazione della cosiddetta terapia "Di Bella", ed è giusto che passi sotto il vaglio delle good clinical practice; ma queste tecniche non le passerebbero mai, per tanti punti di vista. Il fatto è che la resa è bassissima: stando ai dati, per esempio, del Registro federale degli Stati Uniti, che si ritiene essere abbastanza obbiettivo (in Italia non abbiamo dati, perché tutto è fatto nella clandestinità, non vi sono registri ufficiali presso l'Istituto Superiore di Sanità, ma solo raccolte informali di dati) passiamo dai casi migliori, cioè in cui si ottenga una percentuale pari a 27 - 28% di bambini in braccio per ciclo di trattamento, nel caso che l'età della donna sia inferiore ai 30 anni, quindi una condizione molto favorevole, a risultati inferiori al 15 - 16% per cento, nel caso l'età della donna sia superiore ai 40 anni (in questo il registro federale degli Stati Uniti per quanto riguarda la fidet);ciò significa una probabilità intorno a 1 su 4, 1 su 5 bambini che la coppia potrà accogliere tra le braccia, rispetto a tutto il ciclo di trattamento in quanto tale. Questo vi fa capire come la fecondazione semplice in realtà sia una bella teoria che non trova alcuna pratica. Nei casi minimali si tende a trasferire tre embrioni. Poi abbiamo un problema rispetto al trasferimento dell'embrione, che può essere secondo un criterio totale, cioè tutti gli embrioni ottenuti per fertilizzazione vengono immediatamente trasferiti dopo la fase di crescita e di coltura in vitro, oppure parziale, cioè solo di alcuni di essi vengono trasferiti (e notate che in alcuni centri si fertilizzano anche 20, 25 embrioni ovociti prelevati da un processo di trattamento che ha indotto l'ovulazione multipla di un numero molto elevato). Quindi, i criteri di selezione fanno capire alcuni dei problemi: selezione su base embriologica, cioè gli embrioni che si segmentano e hanno un numero di blastomeri ottimale, non hanno frammentazione eccessiva, hanno una velocità di crescita ottimale quindi criteri dal punto di vista del loro sviluppo. Poi abbiamo criteri su base citogenetica, cioè fare il cariotipo, vedere quelli che non sono poliploidi, quelli che potranno svilupparsi e così via. Poi abbiamo selezione degli embrioni sulla base eugenetica negativa, la così detta diagnosi preimpianto: si va a vedere se è presente qualche gene patogenetico, di suscettibilità per alcune malattie come la fibrosi cistica o altre patologie e si scartano gli embrioni che possono essere affetti da queste malattie. Questa è l'eugenetica negativa. Nessuno dice di fare - quasi nessuno, tranne in India - della eugenetica positiva. Cosa vuol dire eugenetica positiva? Vuol dire che si prende in esame una caratteristica che interessa; la prima che balza all'occhio, le si fa il cariotipo, che è il sesso, perché è facile vedere la coppia xy rispetto alla coppia xx. Nessuno dice di farla ma poi si sa che viene fatta, selezionando il seme del donatore nel caso della etterologa e in altri modi. Poi abbiamo il trasferimento omologo, nella donna madre, nella stragrande maggioranza dei casi e il trasferimento etterologo, la così detta donna prestatrice di utero, perché uno dei fattori per avere una gestazione è avere un utero ricettivo. Se l'utero non è ricettivo voi potete trasferire tutti gli embrioni che volete ma questi non si impianteranno e guindi moriranno. Allora il ricorso a guesta figura che la legge sembra escludere, per ora non ho visto grosse pressioni perché venga introdotta; (evidentemente anche le femministe più spinte si sono accorte che ridurre la donna al suo utero è una perdita di dignità del soggetto. Poi abbiamo una gravidanza multipla che è molto più probabile nel caso di fertilizzazione assistita che non nel caso di concepimenti naturali; infatti aumentando il numero di embrioni trasferiti, spesso accade che più embrioni si sviluppino, attecchiscano e guindi abbiamo gravidanze talora notevolmente superiori a due e allora l'altro processo che viene

proposto è di sopprimere, cioè di uccidere, alcuni di questi embrioni e di farne sviluppare solo uno o due

Questo vi fa vedere un po' il quadro dei problemi. Adesso abbandoniamo questa descrizione della questione e cerchiamo di capire come sia possibile valutare l'intera vicenda da un punto di vista culturale.

Due forme, a mio avviso, configurano la questione, e sono due forme di potere dell'uomo sull'uomo. Il primo è il potere dei genitori sui figli, il secondo tipo di potere, non irrelato dal primo, è il potere dei medici sui pazienti, cioè il potere del medico sulla vita.

Cos'è il potere? Il potere è la negazione pratica e talora teorica dell'originaria soggettività dell'io umano. E' la negazione della libertà dell'uomo, della libertà dell'io che viene ridotto a oggetto: in un caso, oggetto di pretesa da parte dei coniugi, nel secondo, oggetto di manipolazioni e costruzioni da parte dei medici. Si vorrebbe così far dipendere l'uomo dall'uomo, l'uomo figlio dall'uomo genitore e l'uomo embrione dall'uomo medico. Viene da ricordare quello che diceva il profeta Geremia: "Maledetto l'uomo che si affida solo all'uomo." La più grande maledizione è quando ci si trova a dipendere dall'uomo.

La dipendenza dell'uomo dall'uomo tende a negare la libertà dell'uomo stesso, in quanto tende a diventare potere. Vedremo in che senso la dipendenza del figlio dai genitori e la dipendenza dei pazienti dal medico tende a diventare forma di potere, cioè a diventare dipendenza assoluta, dispotica e dunque arbitraria. Al contrario, l'unica dipendenza che fonda la libertà dell'uomo e la garantisce è la dipendenza dal Mistero, da Dio, cioè la dipendenza da Colui che ti fa essere. La libertà non consiste nel non appartenere a nessuno, ma nel dipendere unicamente e ultimamente dal Mistero da cui si è fatti, da "Ciò che dà a tutti la vita, il respiro ed ogni altro bene", come diceva San Paolo all'Areopago. Ogni altra dipendenza o appartenenza o significa e serve questa dipendenza ontologica originaria, o è un'insopportabile schiavitù per chi la vive, e un inammissibile abuso per chi la perpetra. La dipendenza originaria e originante di ogni vita umana dal Mistero di Dio istituisce la famiglia, cioè l'uomo e la donna sposati, come santuario della vita -non fabbrica della vita -, e istituisce la medicina come servitrice della vita -non manipolatrice della vita-. Queste due espressioni - "santuario della vita" e "servitrice della vita", riferite rispettivamente alla famiglia e alla medicina - sono del nostro attuale pontefice Giovanni Paolo II.

La medicina dunque è chiamata ad entrare in punta di piedi, discretamente e non invasivamente, nel santuario della vita, dove la vita di un uomo, di un "io" umano, sgorga attraverso l'amore di un uomo e una donna. Dunque la vicenda della procreazione assistita nasconde una grande debolezza culturale, debolezza nel concepire il compito, o meglio la vocazione che istituisce un compito, sia dei genitori che dei medici. Debolezza che lascia spazio al gioco della domanda e dell'offerta, cioè al gioco dell'etica. Mentre invece la vita umana nascente sfugge, dal punto di vista ontologico, a questo, per situarsi in una dipendenza originaria dal Mistero dell'Essere.

Vediamo il primo punto: il potere dei genitori sulla procreazione dei figli.

Da dove sorge questo potere? Dalla maternità e paternità concepita, e dunque vissuta, come pretesa e non come vocazione, cioè come offerta della propria vita. Un figlio infatti diventa un prodotto da avere, e non è più concepito come un dono da ricevere. E' interessante, fatelo qualche volta, analizzare il linguaggio, o meglio il

gergo a cui si è passati: non più: "lo aspetto un bambino", "Ci è nato un figlio", o come dice Eva nel libro della Genesi "Ho avuto un uomo dal Signore", quando ebbe Caino. Ma diventa: "Vogliamo un figlio", "Facciamo un figlio". Il cambiamento dell'espressione tradisce un cambiamento concettuale sotteso alle parole, concettuale e anche affettivo. Da qui ne consegue il concepire dell'uomo e della donna come dei fabbricatori, chi dà la vita, e non pro - creatori, cioè chi trasmette la vita che non è sua. Per comprendere il senso del "generare", occorre riandare con stupore e gratitudine al nostro "essere generati". Non si può capire cosa vuol dire generare se non avendo la coscienza dell'essere generati. Notate che non dico dell'essere stati generati", ma dell'essere generati". Perché noi lo siamo tuttora, in quanto dipendiamo da Colui che ci dà l'Essere. Allora l'essere entrati nell'esistenza passando attraverso l'atto creativo di Dio e l'atto pro - creativo di nostro padre e di nostra madre istituisce la condizione perché uno possa concepire il procreare umano. Si può generare solo nella coscienza di essere generati. Se prendete anche la parola che è più cara alla biologia e alla medicina, "riprodurre" e non "procreare", notiamo qual è l'etimologia del riprodurre: ri - produrre, cioè produrre di nuovo, far riaccadere quello che a me è già accaduto. Perché io riproduco? Perché sono stato ri - prodotto, cioè sono stato chiamato alla vita. Che possa riaccadere per mio figlio quello che è accaduto per me e per mia moglie; questo è il senso del riprodurre. Questo legame inscindibile tra il generare e l'essere generati è espresso molto bene nella Bibbia attraverso la genealogia, se avete presente quelle pagine che parlano della genealogia che noi di solito consideriamo noiose, prolisse e ripetitive e che ci stanchiamo spesso di ascoltare. Provate a pensare all'intero inizio del Vangelo di S. Matteo, in cui si parla di tre serie di quattordici generazioni, da Abramo fino a Gesù Cristo: "Abramo generò Isacco, Isacco generò Giacobbe, Giacobbe generò Giuda e i suoi fratelli", e così via. Che cosa esprimeva questa generazione e la genealogia che la ripeteva? La genealogia è il modo per fare memoria della generazione, per ripeterla, per non dimenticarla; esprimeva, appunto, che noi trasmettiamo quello che a nostra volta abbiamo ricevuto, e che c'è un legame tra noi e l'atto creativo costitutivo di Dio fin dal primo sorgere della vita umana, fin dal primo uomo.

Oggi le figure genitoriali multiple, introdotte nella procreazione artificiale, come abbiamo visto nel caso delle teologhe, rompono questo legame generazionale, frantumando la coscienza del proprio io come essere generato e come generatore. Si frantuma la coscienza del legame ontologico tra generare e essere generato a causa del dirompere di figure alternative parallele, distruttive dell'unico legame tra il figlio e coloro che l'hanno chiamato alla vita. Per poter dire "mio" a mio figlio e a mia figlia devo avere la coscienza di chi sono io. Infatti grossa questione è il fatto che noi trascuriamo la nostra autocoscienza; se trascuriamo il nostro io nessuno può dire "suo" a niente, e tanto meno ad una persona come lui è, perché per poter dire "mio" a un figlio o a mio marito o a mia moglie devo avere la coscienza di chi sono io come persona, altrimenti lo oggetivizzo, lo riduco. Per potersi porre con serietà di fronte alla generazione di un figlio occorre essere limpidi nella percezione del proprio dipendere dall'altro, del proprio essere generati. L'altro punto che vorrei toccare è che il procreare non è un progetto. Considerare la procreazione un progetto farebbe assomigliare questo atto ad un atto tecnico piuttosto che a un atto morale: ogni atto umano è un atto morale. La moltiplicazione degli aspetti dell'artificio nella sfera della vita sessuale (e quindi attinenti alla generazione) fa sì

che l'uomo e la donna vivano la generazione come se fosse un loro progetto. Mi riferisco non solo alla procreazione artificiale, ma anche alla questione della contraccezione, che l'ha preceduta nel tempo e tuttora l'accompagna nel rapporto tra sessualità e procreazione come atto tecnico piuttosto che come atto umano. "Quello che Dio ha congiunto l'uomo non lo separi"; questa frase del Vangelo di Matteo non si riferisce soltanto all'indissolubilità del matrimonio, ma si riferisce anche all'inscindibilità intrinseca, ontologica del significato ultimo di dono d'amore dell'atto sessuale e del significato procreativo, un rapporto per la trasmissione delle vite. Questo è l'insegnamento delle Chiesa a proposito di un giudizio anche sulle fecondazioni omologhe. E se non puoi generare fisicamente con dignità e rispetto nei confronti del nascituro, che cosa ti è chiesto? Se non puoi farlo nel rispetto pieno della coscienza di te e della coscienza di chi metterai al mondo, offri al Padre tuo tutto quello che sei, anche la tua sterilità, anche la tua patologia. Dopo che hai fatto tutto quello che puoi, nel rispetto del rapporto uomo e donna e della dignità del nascituro, quando hai fatto tutto questo, offri. E poi sii disposto ad accogliere una vita che Dio ha già chiamato all'esistenza. Si è cercato di introdurre nel disegno di legge un accenno al legame che c'è tra sterilità e adozione, in modo che non si introduca una perversa distinzione tra le due possibilità, favorendo una o sfavorendo l'altra o dal punto di vista delle opportunità sociali e degli iter giuridici. La sterilità non è semplicemente una patologia, ma è una circostanza della vita che interpella la libertà dell'uomo e della donna. La malattia non è semplicemente una patologia, è una circostanza della tua vita, che interpella la tua libertà e quindi chiama in causa il tuo rapporto con il destino, la concezione che hai di te la capacità di offrire o di maledire, perché é di fronte alla sterilità come irrisolvibile o di fronte ad una patologia inquaribile all'uomo non restano che due cose: o la posizione del Capaneo dantesco o chi è capace nel matrimonio di offrire anche questo supremo limite, come è la malattia nella vita personale di ognuno. Il secondo accenno è quello a proposito della posizione della medicina e del medico. Il potere dei medici sui pazienti e sulla vita umana nascente. Ma dove nasce questa tentazione della medicina di diventare potere, di diventare iatrotecnica. iatrocreazia? Notate che uno dei primi libri che ha parlato della procreazione assistita a livello divulgativo si intitolava così: "Playing Gods", cioè "giocare a fare come Dio". La medicina della riproduzione è la più grande tentazione che ha la hybris umana di sostituirsi a Dio, di essere come Dio. In realtà bisognerebbe ricordare che già nel V secolo a.C. un noto aforisma della tradizione ipocratica diceva: "Un medico che è filosofo é quasí uguale a Dio". Cosa vuol dire filosofo? Non che pratica la filosofia nel senso in cui facciamo noi oggi, ma colui che ricerca il senso delle cose, che usa la ragione, è alla ricerca dell'orizzonte di senso del suo agire e del rapporto di ogni suo atto e del destino dell'ammalato e il suo, è pari a Dio. In questo senso bisogna riprendere l'aforisma della tradizione ippocratica. Il rapporto paziente - medico non è mai paritetico. Per cercare di capire da dove nasce la tentazione del potere bisogna andare a vedere in cosa consiste umamente il rapporto medico - paziente. Non è mai paritetico perché nasce da un bisogno di chi è malato che diventa domanda di salute, se non addirittura una domanda di salvezza a chi può intervenire perché sa e può almeno entro certi limiti. Il malato è colui che non può e non sa. Tale bisogno genera sempre in qualche misura una dipendenza, che il medico è chiamato a gestire nel rapporto col paziente e che può trasformare in un potere e talora in una violenza. Se hai provato a stare lì, in

pigiama, supino, o prono o addirittura in posizione litotomica e ha davanti a te in piedi una persona col camice, bianco o verde, capisci cosa vuol dire dipendenza. La dipendenza, se non è vissuta nella coscienza che tu appartieni ad un Altro e dipendi da un Altro, diventa potere. L'unico modo per sfuggire alla logica del potere è pensare che medico e paziente dipendono dallo stesso Altro. Solo nel rapporto con Gesù Cristo la dipendenza coincideva con la persona stessa di Dio, che lui era, cioè col Mistero. L'antipotere è dunque l'amore al destino di chi ti sta di fronte, la coscienza che la tua origine e il tuo destino sono gli stessi dell'altro. Questo amore al destino del paziente, non importa se sia uomo o donna, affetto da sterilità, è la natura del carattere sacro della medicina. Ora, la parola sacro riferita alla medicina. oggi viene intesa in due modi: un modo ideologico, come viene fatto in un ospedale milanese dove vengono affissi determinati cartelli... Oppure si può parlare del carattere sacro della medicina con ripugnanza, scandalo, derisione perché si pensa che in questo modo si perdano due caratteristiche della medicina: la scientificità e la professionalità. Ebbene, io vorrei in conclusione dimostrare come la sacralità della medicina non è negatrice ma potenziatrice sia della sua scientificità che della professionalità del suo esercizio. Cos'è la scientificità? Un uso della ragione per cogliere la realtà secondo tutti i suoi fattori. Se allora, col tuo senso religioso arrivi a cogliere quel fattore x che ti consente di abbracciare la realtà secondo una posizione più grande, diventi un grande ricercatore, un grande medico, perché cogli la persona del malato nell'integrità dei suoi fattori, cogliendo anche il punto di fuga della sua malattia, che è il destino eterno che Dio ha pensato per lui. Quindi la fede, il senso del mistero, per dirla con Einstein, è anche la condizione della ricerca scientifica, della medicina. Chi non ha mai provato il senso del mistero non potrà mai essere un medico, potremmo dir parafrasando Einstein. La medicina non è neanche un mestiere, non è un lavoro, non è una tecnica, è una professione. Ma professione? "professione" cosa vuol dire Usiamo la parola "professare" essenzialmente secondo due significati; il primo significato è una dichiarazione pubblica e solenne di ciò in cui io credo (noi facciamo la professione di fede quando recitiamo il Credo). Questa professione pubblica e solenne è la forma più alta della mia libertà e della mia responsabilità: io professando pubblicamente affermo liberamente ciò a cui aderisco e mi assumo la responsabilità di rispondere al compito che ciò implica. Ma professione è anche mettere a disposizione degli altri la nostra competenza: medicina è un atto di scienza e di coscienza. Che rapporto c'è fra libertà e responsabilità da una parte, e scienza e coscienza dall'altra? La libertà nella mia professione di fede è il presupposto della scienza, perché è il presupposto della ricerca del vero. Se la scienza ha come scopo la ricerca del vero, la libertà ne è la condizione e la libertà è affermata solo nell'apertura all'infinito. E che rapporto c'è tra responsabilità e coscienza? La coscienza é la ricerca del bene, se la scienza é la ricerca del vero, la coscienza é la ricerca del bene e la responsabilità é il presupposto per ricercare il bene: Non posso istituire la questione del senso a prescindere dalla questione della libertà. Dobbiamo ridare, per affrontare la questione della procreazione assistita e più in generale della biomedicina, dignità alla medicina che tende a dividere, separare, delimitare e ridurre il sapere medico e quindi a perdere il senso della totalità dell'essere, ma dobbiamo invece ricostruire una medicina in cui il sapere medico incontri la ragione del tutto dentro ad ogni atto medico, dentro ogni esperienza diagnostica terapeutica devi incontrare la ragione del tutto, del tuo tutto

e del tutto del paziente che hai davanti ,della copia. Quindi non è tanto una questione di etica medica, quel che devo fare e quel che non devo fare, si può o non si può, si deve o non si deve, ma perché, uno alla fine si deve chiedere. "Se posso farlo se posso tecnicamente farlo, perché non dovrei farlo ?", questa è la irrisolta questione dell'etica medica. Invece in una questione di cultura medica, cioè giocare la ragione del tutto dentro ogni atto medico. Io mi fermo qui.

Domanda:(prof.Aletti) Vorrei esemplificare e magari chiarire delle cose sul rapporto medico - paziente. lo ho notato che a noi che facciamo medicina, quando siamo in facoltà ci girano un po' la testa, perché prima ti dicono studia l'anatomia, guarda come uno è fatto, (...) poi ti fanno studiare la fisiologia, guarda come funziona, poi ti fanno studiare quando non funziona: la patologia e poi tutte le varie patologie, droga ecc..., poi ti fermano e ti dicono :"Adesso squartalo", si chiama anatomia patologica, poi finalmente dopo tutte queste questioni tu fai una diagnosi, dopo la diagnosi diventi un clinico, sei un medico. Dopo la diagnosi tu fai la terapia, questo cosa ti pone come metodo, ti porta a considerare il tuo paziente, il paziente che hai davanti come l'oggetto della tua speculazione. Tu sei un intellettuale, devi far diagnosi, non devi scomporre, fai tutti gli accertamenti, lo analizzi tutto e poi dici: "Guardi lei ha guesto, e poi gli fai la terapia", pone costantemente a considerare il paziente l'oggetto della tua speculazione. lo dopo ventisei anni di mestiere la cosa di cui mi rendo conto è che ogni giorno tu quando fai il giro, quello non è l'oggetto della tua speculazione, è il soggetto, e quello che hai davanti. Cioè che se la realtà è determinata dall'oggetto che hai davanti, tu lo incontri ogni giorno, perché ogni giorno cambiano anche i pazienti, ad essere chiari, e questo rapporto può durare anche venti secondi, perché può essere anche solo una battuta, e allora cosa stiamo lì, a perdere tempo?. O comunichi quella questione che veramente qualifichi, ho usato un termine grosso guarisci, perché anche di fronte al nemico, faccio un esempio di una donna che ho curato, il direttore mentre la sta operando mette un dito su un linfonodo, e il linfonodo sparisce, pianta lì e mi dice: "Chiama quello là e fate voi, pulite", è chiaro che era già chiusa. Va avanti tre quattro anni e poi, senza figli, in ultimo non ce la faceva più ,e io con lei mi rendevo conto che veniva fuori un rapporto molto più chiaro rispetto ad altri medici, tanto che con me parlava e con gli altri niente. Si parlava del senso do questa questione qua, e a un certo punto gli ho detto: "Guarda che questa questione qua si chiede, io non te lo posso mica dare, si chiede, e per chiederlo bisogna pregare" (...). Questa questione è talmente grande che passa attraverso la persona che sono io o un altro, che siamo indegni di vivere una cosa così, perché la riduciamo ad una nostra questione, temporale.(...) .Un giorno mi si avvicina un medico e mi dice che io ho violentato questa donna, si perché tu nel rapporto medico paziente c'è questa cosa subordinata e allora lei psicologicamente dipende da te e gli hai fatto prendere i sacramenti. lo lo guardato così e gli ho detto: "Guarda che se capita a me questa questione e tu sei il medico che mi curi, tu non mi sfiori neanche con un dito, mi prendi e mi metti su un marciapiede dalla clinica e penso che uno sia mosso a compassione, (...) un prete, è chiaro?. Perché tu con tutti gli schemi terapeutici che hai se potevi salvarla andavi (...) tu e le tue terapie ma se non le hai?. Allora cosa vuol dire per noi, vuol dire che si accompagna la gente che puoi al senso della questione che è l'io stesso. Perché quando tu tiri fuori il Capaneo dantesco, cosa fa il Capaneo dantesco, bestemmia all'infinito, posizione interessantissima se uno vuole, perché dice: "lo sono un io e affermo me all'infinito". Invece la posizione più chiara è amare l'infinito fino in fondo non bestemmiarlo, perché questa questione qua cosa ti pone, che dentro nella tua condizione non ne vieni più fuori, ti chiudi dentro, anche nella tua patologia bestemmi, cerchi una ricerca che non esiste. Anche sul problema della libertà che cos'è che definisce l'uomo libero e che io non debbo manipolare, non è una etica è proprio un ontologia, può sembrare strano ma è proprio Gesù Cristo che definisce questo, io non ho trovato un altro ambito. Gesù Cristo vuol dire che si parla di concepimento, c'è un concepimento unico, si chiama concepi de spirito sancto, è il concepimento di Gesù Cristo, ma Gesù Cristo é vero Dio e vero uomo, per cui in quel concepi ci son dentro tutti gli uomini, e la dignità di questa questione sta qui, vuol dire che fin dall'inizio c'è dentro questa questione, e anche il concepi in provetta a dentro questa caratteristica per cui non può essere ridotto. Per cui se non ti va bene questa gravidanza, hai una gravidanza plurima, e allora cosa diventa dici, diventa violenta e assassina, e devi ammazzarne alcuni, se li ammazzi. E questo è un gesto unico, e questo è quello che normalmente viene fatto, parlandoci chiaro non sono cose che non vengono fatte oggi, poi magari il parlamento le approvano anche. Noi dobbiamo vivere dentro questo contesto. Perché il medico non affronta all'origine il problema della fertilità: facciamo entrare il fattore tubarico della donna, la donna è fatta di due trombe, l'uomo di una sola, la donna ha le trombe di eustachio e quelle di fallopio, l'uomo ha solo quelle di eustachio. Di solito quando vogliono fare un figlio così sono quelle di eustachio che non funzionano. Il lavorare sul fattore tubarico ti richiede tempo, ed è stancante.