

Lugano 9.5.2015

DIAGNOSI pre IMPIANTO: le ragioni di un libero NO

1. Cosa votiamo?

- Storia

La fecondazione in vitro è stata introdotta in Svizzera nel 1998, con la **Legge sulla Procreazione Medicalmente Assistita (LPMA)**. La legge si prefigge di disciplinare l'uso delle tecniche di procreazione artificiale e limitarne gli abusi. L'inseminazione intra-uterina (**IUI** = iniezione di sperma nell'utero), e la fecondazione in vitro (**FIV** = prelievo di ovuli, fecondazione in vitro e immissione degli embrioni nell'utero), sono le due principali tecniche utilizzate. Nel 2013 in Svizzera sono state 6180 le coppie sottoposte al trattamento, i bambini nati sono 1891 (1 bambino nato ogni 3,27 coppie). La FIV quindi sorge per aiutare le coppie che non riescono a concepire naturalmente, ed ha un'efficacia circa del 30% per coppia che si sottopone dagli 1 ai 6 cicli di trattamento.

Nel 2009, dieci anni dopo, il Consiglio federale, fa seguito a una mozione di Gutzwiller del 2004, e avvia una consultazione in vista di una modifica della LPMA, per permettere a coppie portatrici di gravi anomalie genetiche potenzialmente trasmissibili alla discendenza, di eseguire sugli embrioni prodotti da FIV, un'analisi genetica, in modo da poter selezionare gli embrioni sani da impiantare nell'utero ed eliminare quelli malati. Inizialmente intesa come diagnosi pre-impianto effettuabile solo in condizioni severe e restrittive, nella nuova proposta di legge, l'indicazione alla DPI è estendibile allo screening di malattie genetiche non ereditarie in una popolazione a basso rischio, cioè malattie a comparsa casuale come la Trisomia 21, e soprattutto, possibile anche allo scopo di aumentare la scarsa efficacia della FIV, producendo più embrioni di quelli impiantabili immediatamente nell'utero, e permettendo il congelamento di embrioni da utilizzare in futuro.

La nuova proposta di Legge sulla Procreazione Medicalmente Assistita è stata accolta dal parlamento in dicembre 2014.

- Articolo costituzionale

Per modificare la LPMA, è necessario innanzi tutto modificare l'articolo 119 b della Costituzione Federale che cita: "... fuori dal corpo della donna possono essere sviluppati in embrione solo tanti oociti umani quanti se ne possono trapiantare immediatamente". Il nuovo articolo su cui si esprime il popolo il 14 giugno è così modificato: "Fuori dal corpo della donna può essere sviluppato in embrioni soltanto il numero di oociti umani necessario ai fini della procreazione assistita". Di fatto non regola il numero di embrioni producibili, ma abroga la proibizione di congelamento, e apre la possibilità di usarli per altri motivi che non l'impianto (per esempio la selezione di malattie).

Se tale modifica verrà accettata dal popolo, il Consiglio Federale vara la nuova versione della LPMA, contro cui sarà possibile indire un referendum popolare.

2. LPMA

La Legge per la Procreazione Medicalmente Assistita è una buona legge?

È essenzialmente una legge "compromesso", che acquieta gli animi dei contrari, assicurando all'embrione dignità e rispetto: "...assicura la protezione della dignità umana, della personalità e della famiglia; proibisce l'applicazione abusiva della biotecnologia e dell'ingegneria genetica", cita l'Art.1. , mentre permette di fatto il concepimento fuori dal corpo della donna, non come frutto possibile di una donazione unitiva, intima, personale, e totale, ma come

risultato di una tecnica fredda e calcolatrice, noncurante delle 10-20 perdite di embrioni, sacrificati per ottenere un solo bambino nato vivo.

Sulla carta la LPMA mette al primo posto il bene del bambino, è applicabile solo a coppie che sono in grado di crescere un bambino fino alla maggiore età, limita la donazione di sperma alle coppie sposate, proibisce la donazione di ovuli e di embrioni, prevede un approfondito colloquio esplicativo iniziale, in cui tra l'altro la coppia è informata sulle altre possibilità di ottenere un bambino, compresa l'adozione (su questo punto siamo un po' negligenti...). È soprattutto una legge cavallo di Troia: ha escogitato il fine sofisma della distinzione tra embrione e oocita impregnato, che permette di aggirare la proibizione di congelare gli embrioni, congelandoli subito dopo il concepimento "prima della fusione dei nuclei". Ora noi sappiamo che nella specie umana i nuclei dell'oocita e dello spermatozoo non si fondono mai, a fondersi sono i cromosomi, dopo che i nuclei si avvicinano e sciolgono le loro corrispettive membrane nucleari. L'oocita impregnato quindi non è nient'altro che l'embrione al suo primo stadio di sviluppo, che da questo momento sarà continuo, coordinato e graduale, con movimenti impercettibili e infinitesimali, fino al suo sviluppo fisico, intellettuale e psicologico completo (per alcuni anche dopo 30-40 anni).

Ma neanche questo basta, perché gli embrioni (massimo 3) sono trasferiti nell'utero al giorno 2,3,4 di vita, quando già si sono divisi in 2,4,8 cellule. Alcuni non si svilupperanno mai, per cui aspettare il loro sviluppo è essenziale per decidere quali impiantare nell'utero, quali congelare e utilizzare per i cicli futuri. D'altra parte cosa ci fanno 1859 embrioni soprannumerari congelati in Svizzera nel 2013? Sono più dei bimbi nati da FIV in quell'anno e per legge vanno distrutti entro 5 anni.

Curiosamente la legge svizzera, a dire degli esperti svizzeri, la più restrittiva del mondo, non ha impedito alla Svizzera di ottenere un successo di bambini nati paragonabile agli altri paesi europei, a parità di cicli di trattamento per ottenere un bambino. Qui sorge un dubbio: o i medici svizzeri sono dei geni (sarà la precisione?), oppure la legge restrittiva era quella vincente, o - altra possibilità - la legge viene applicata in modo molto elastico (si va sulla fiducia).

Così anche una legge apparentemente rigida e restrittiva, in realtà è una copertura formale, per eseguire la tecnica in modo che sia il più efficace possibile, in termini di produttività. C'è una formula matematica che viene applicata alla medicina della riproduzione: è la formula $Utile = Quantità \times (Prezzo - Costo)$. È anche quella usata per la produzione industriale e non si dovrebbe applicare se ciò che si produce è un embrione, che è un essere vivente della specie umana, e per cui non equiparabile a un oggetto (la formula veniva per esempio usata per il trasporto e la vendita di schiavi).

Ora è questa legge che si vuole estendere ad altre possibili applicazioni. Certo ancora restrittive e rispettose, ma restrittive e rispettose in un modo che permetta più produzione e più selezione. Ben inteso anche dopo la modifica la LPMA garantirebbe la "dignità dell'essere umano e la protezione dell'embrione"!

Si potranno infatti lasciar sviluppare 12 embrioni e testarli geneticamente prendendone delle cellule. Togliere 2 cellule a un embrione di 8 cellule, equivale a sottrarne un quarto del suo volume. Fatte le proporzioni è come se per fare un'analisi medica ad un adulto gli togliessero una gamba. È vero, le cellule si riformano, e non hanno consapevolezza, né provano dolore, ma se muore durante il procedimento - e questo avviene nel 30% dei casi - non avrà mai più né consapevolezza, né dolore. Con la nuova legge si potranno poi eliminare quelli con la malattia, o comunque quelli che il test genetico riferisce come malati, impiantarne 3 nell'utero, congelare gli altri, che se non usati in avvenire, per l'insorgere della gravidanza o perché la coppia si scioglie, o cambia progetto di vita, vanno eliminati dopo 10 anni: sono gli embrioni soprannumerari.

La LPMA già nella sua prima versione del 1998, prevede perfino l'istituzione di una **Commissione nazionale di etica**, come ultimo, possibile baluardo contro gli abusi, che però stranamente, a maggioranza democratica, mai si dà la pena di difendere il più debole contro il più forte. L'anno scorso ha decretato il diritto delle coppie omosessuali ad adottare un figlio, o - quando sarà legale in Svizzera - a produrlo tramite donazione di ovuli. Secondo il parere della Commissione, il progetto parentale di avere un figlio, è più importante del diritto del figlio di crescere ed essere amato confrontandosi con due figure parentali di sesso diverso: quella femminile e quella maschile. A detta della Commissione il diritto dei genitori prevale su quello dei figli, poiché senza il progetto parentale dei genitori, il figlio non ci sarebbe, quindi quest'ultimo è subordinato ed ha meno peso. "Les enfants d'abord", dell'Uniceff è spazzato via da considerazioni opportunistiche e di dubbio valore.

2. A chi serve la DPI

I fautori della modifica di legge gridano allo scandalo contro i soliti reazionari retrogradi, nemici del progresso e della scienza, insensibili alle sofferenze della gente, che è costretta a cercare aiuto nei paesi vicini. Ma non dicono tutto.

Chi trae profitto realmente dalla DPI? Quante coppie necessitano questa procedura? Quante sono disposte a sottoporvisi? Quante riusciranno a coronare il loro sogno?

La DPI si può usare come **screening prenatale** nelle coppie che ricorrono alla FIV per sterilità (circa 6000 all'anno), ma anche a coppie fertili portatrici di **malattie genetiche trasmissibili**, quando vi è un rischio per il bambino di esserne affetto. La più frequente è la mucoviscidosi che insorge in Europa con una frequenza di 1/2000-3000 nati. Se entrambi i genitori sono portatori sani la probabilità che il figlio ne sia affetto è 25%. Un'altra indicazione è la selezione del sesso, quando vi sia una **malattia legata ad un cromosoma sessuale**, di solito la X.

Nel 2014 in Svizzera sono nati 83.753 bambini, di cui circa 2,5% con malattie genetiche ereditarie. Se tutte le coppie a rischio di malattia genetica si sottopongono a DPI il numero di coppie eleggibili per FIV passerebbe da 6000 a 8000 all'anno. Si può capire come i centri di riproduzione assistita siano interessati ad ampliare l'indicazione alla FIV e il bacino utenti. Purtroppo c'è una cosa che non si dice. I fautori della modifica parlano di diritto ad avere un figlio sano. Ma siccome con la procreazione assistita solo 1 coppia su 3 (e anche meno) riuscirà ad avere un figlio, il diritto è solo riservato al 30% dei fortunati, agli altri non resta che il dovere di pagare la fattura.

Non tutte le coppie riusciranno ad avere un bimbo sano come promesso. Certo si evita a 30% delle coppie con malattia genetica ereditaria, di avere una gravidanza da concepimento naturale, di eseguire un'amniocentesi e di incorrere **nell'interruzione di gravidanza** se il bambino risultasse malato. Evento improvvisamente (ora che conviene dirlo) altamente traumatico e destabilizzante. Un attacco alla salute fisica e psichica della donna. Tutti d'accordo. Ma non possiamo preventivare quale sarà la decisione della coppia: rinunciare al figlio, adozione, provare ad avere una gravidanza, accettare l'eventualità di un figlio malato? Questa decisione è funzione delle contingenze e della libertà di ciascuno, per cui non c'è l'equazione automatica no DPI allora aborto.

C'è invece chi promuove la nuova LPMA per **augmentare la scarsa efficacia della FIV**, in donne con rischio genetico normale, ma con storia di aborti ripetuti, basso tasso di impianto nell'utero, o in donne maggiori di 35 anni con risposta ovarica conservata o aumentata. Si è visto infatti che fino al 70% degli embrioni prodotti in provetta sono portatori di anomalie cromosomiche. Eliminare questi embrioni prima dell'impianto, aumenta la probabilità di

annidamento e sviluppo corretto, per cui – ma non è dimostrato – la coppia otterrebbe la gravidanza e il figlio, in un minor numero di cicli e più breve lasso di tempo (risparmio economico e sulla salute). Questo assunto è ancora da dimostrare. Strano è che anche in paesi dove la FIV è più diffusa e la DPI praticata a tappeto e senza limitazioni, il tasso di gravidanze e di bambini nati è sempre minore della sola FIV senza diagnosi pre-impianto. Bisognerebbe ammettere che “l’amputazione” di due cellule dall’embrione probabilmente non è un gesto innocuo, ma questo sembra non interessare a nessuno.

La terza indicazione per la DPI, questa volta facoltativa e non accettata da tutti i medici che praticano la PMA è la prevenzione di malattie ereditarie in un gruppo di donne a rischio basso o normale. Quella che in termini medici si chiama **screening delle aneuploidie** (= anomalie cromosomiche).

Le candidate per DPI sono le donne che già si sottopongono a FIV a causa dell’infertilità e che domanderebbero lo screening pre-natale da sangue materno. L’età e il rischio reale non hanno tanto significato per la donna perché spiegare con oggettività che sotto ai 35 anni il rischio di Trisomia 21 è “solo” 1 su 700, invece che 1 su 300, non è comprensibile da una mamma che invece capisce perfettamente che è meglio avere il rischio zero. Sempre di più a qualsiasi età le donne chiedono il prelievo di sangue per analizzare il DNA fetale, per sapere se “il bambino è sano”. La pressione delle ditte che sviluppano i **kit di analisi genetica** è forte. Solo negli ultimi 2 anni una decina di ditte differenti propongono il test non invasivo e lo spacciano come il migliore. Difficile districarsi tra le finezze di numero di falsi-positivi, di falsi-negativi, test solo per le malattie cromosomiche, quelli anche per le malattie monogeniche più frequenti (ma sempre rare), test eseguiti in Svizzera piuttosto che sangue mandato negli USA, validato, non validato, amplificazione genica o sonde di ibridazione di fluorescenza in situ, risultato veloce ma meno affidabile, risultato lento ma più preciso, concetti complicati persino per uno specialista figuriamoci per il cittadino a digiuno di concetti medici! Ma la pressione mediatica è grande ed è difficile realizzare le implicazioni reali di questi test, in un contesto emozionale e di soggettività forte.

Questi kit diagnostici sono gli stessi che si usano per le cellule embrionali, con l’unica differenza che siccome il materiale di analisi è pochissimo (una cellula, un gruppo di cellule), i risultati sono ancora meno affidabili. Se il test dice embrione malato, è veramente malato il 97% delle volte; se dice embrione sano, quell’embrione è veramente sano il 98% delle volte. 2 embrioni ogni 100 sono dunque impiantati con la malattia, e il 5% delle volte il test si sbaglia.

Perché la FIV con DPI ha meno probabilità di riuscita di una FIV o ICSI (una variante della FIV)? Perché dall’embrione di 8 cellule (3° giorno di vita), rispettivamente dal blastocisti di 120 cellule (5° giorno di vita), se prelevano 2 o più cellule, per testarne il patrimonio genetico. In questo processo già 1/3 degli embrioni blocca il suo sviluppo e muore. In seguito il tasso di impianto nell’utero è più basso (17%), come pure le gravidanze cliniche, stimate in Europa al 25%.

Anche nel processo di congelamento e scongelamento si perdono embrioni (un altro terzo). Ciò spiega il bisogno di aumentare fino a raddoppiare il numero di embrioni prodotti.

Vi sono poi altri quesiti importanti per la singola coppia, che si rivolge ai centri di PMA, e che dovrebbero essere discussi all’inizio e durante il trattamento: qual è il reale **indice di soddisfazione** delle 2 coppie su 3 che non riescono ad ottenere il figlio tanto atteso? Quali sono le conseguenze sulla salute della mamma e del bambino? Vi sono implicazioni psicologiche per l’uomo, per la relazione di coppia?

Nella mia esperienza dopo un insuccesso di FIV, la coppia vive la tristezza e il lutto per il progetto sfumato, ma anche un senso di svalorizzazione e oggettificazione della propria

persona, il sentimento di essere stata usata come anello di una catena di montaggio, anonimo e spersonalizzato. Non è raro sentire ripetere la triste frase: “mi sono sentita trattata come una mucca”. Addirittura, la notizia del test di gravidanza negativo, viene comunicato dalla segretaria come un qualsiasi dato amministrativo, senza spiegazione alcuna sui motivi dell’insuccesso, ma soprattutto senza quel rapporto umano di calore e compassione, che ci si aspetta dopo un lutto. Perché per finire, a quella coppia sono morti un po’ di embrioni! Chi si da la pena di raccogliere queste esperienze per svolgere l’arduo compito di quantificarle?

Quesiti per ora irrisolti, poiché non ci sono dati pubblicati a tal proposito, fattori che nessuno considera nel dibattere i pro e i contro di queste tecniche. Omissione consapevole?

3. Chi paga la DPI?

I costi della FIV ad oggi, non sono a carico dell’assicurazione malattia e si aggirano intorno ai **5000 Fr.- per ciclo**. Si calcola che per ogni bambino nato, sono necessari 6 cicli di trattamento. Per il 2013 in Svizzera sono stati dichiarati 10.975 cicli di trattamento, distribuito su 6180 donne. Ogni donna si è quindi sottoposta a 5,8 cicli di trattamento, per una spesa media per donna di 29.000 Fr.- La spesa totale su un anno di FIV in tutta la Svizzera è stata 54,8 Mio di Fr.- distribuiti su 28 centri riconosciuti di procreazione medicalmente assistita, a cui vanno in media 1,96 Mio di Fr.- per centro. (Dati ufficiali pubblicati su www.bfs.admin.ch).

Inutile dire che è un trattamento per ricchi, e che il diritto al figlio, se tale diritto esiste, ancora una volta è un diritto poco democratico.

Naturalmente queste cifre sono destinate a salire, se la nuova legge entra in vigore, perché la DPI fa aumentare il costo di ogni ciclo di trattamento di qualche migliaio di franchi, quindi almeno 12.000 Fr.- in più per 6 cicli di trattamento e per coppia, per un totale di **41.000 Fr.- per coppia**.

Qui a guadagnare non è più il medico, ma le ditte che con fervore si apprestano a sviluppare kit di analisi sempre più efficaci e performanti.

Non è difficile ipotizzare che i costi della DPI, almeno per quanto concerne le malattie gravi ad alto rischio di trasmissione, un giorno saranno prese a carico dalla cassa malati della donna. Il parlamento potrebbe infatti decidere di inserire la DPI nell’elenco delle prestazioni a rimborso obbligatorio. Un bambino disabile, infatti, costa alle assicurazioni sociali molto di più che un ciclo di 6 mesi di FIV con DPI! È una mera valutazione economica, che con la scusa della compassione per questi bambini, deve semplicemente fa quadrare il bilancio.

Naturalmente ai fini di screening, cioè prevenzione in coppie a rischio basso, o se lo scopo è unicamente aumentare la chance di riuscita in coppie infertili, la prestazione resta a carico della coppia.

Vi sono poi i **costi non pecuniari**.

La FIV/ICSI con o senza DPI, la pagano anche le mamme in termini di salute, e persino i bambini. Mi spiego.

Le statistiche mostrano un tasso di complicazioni della gravidanza più elevato: **aborti spontanei, diabete gestazionale, ipertensione, malattie trombo-emboliche, parti prematuri**. Questo anche correggendo l’incidenza secondo l’età e la gemellarità. Alcuni imputano queste complicazioni all’infertilità stessa. Tuttavia paragonando con coppie infertili che concepiscono naturalmente, si riduce il divario di frequenza di complicazioni, ma non si annulla del tutto. Sono i medicinali che stimolano le ovaie a produrre più follicoli e oociti? Non unicamente, ci sono fattori che ancora sfuggono alla nostra comprensione.

Il tasso di **gravidanze gemellari** si aggira tra i 15 e i 20%. È per questo motivo che non vengono impiantati più di 3 embrioni, anche sapendo che magari non se ne attaccherà

nessuno. La gravidanza multipla è una gravidanza a rischio, sia per la mamma, che per il bambino. Rischio che si aggiunge a quello dovuto alla FIV. La complicazione più temuta è il parto prematuro, con le conseguenze disastrose sullo sviluppo neurologico del bambino che ben conosciamo. I servizi di cure intense neonatologiche in Svizzera hanno seri problemi di mancanza di posti, per il crescente numero di parti gemellari o plurimi dopo FIVET con bambini prematuri.

Alcuni prendono questo rischio come argomento per promuovere la nuova LMPA. Scegliendo meglio la qualità e il potenziale di sviluppo in vitro degli embrioni, potremmo ridurre il numero degli embrioni impiantati nell'utero a uno, aumentando le probabilità di attecchimento. Ebbene, abbiamo già visto che gli studi mostrano che la DPI diminuisce e non aumenta il tasso di attecchimento nell'utero. È un argomento falso.

La FIV con o senza DPI aumenta di 2% il rischio di **malformazioni congenite**. Sia per effetto della sterilità che come conseguenza della tecnica stessa. Per quanto possiamo essere bravi un embrione sta meglio a 37 gradi nell'utero che a 25 gradi fuori, o addirittura congelato con l'azoto liquido. Per quanto le ditte che producono i reagenti e i mezzi di cultura si sforzino, mai potranno ricostruire l'ambiente biochimico presente nella tuba e nell'utero. Non per niente il 70% degli embrioni prodotti in vitro porta anomalie cromosomiche, il tasso è molto più alto delle anomalie cromosomiche dopo concepimento naturale.

Il tasso di **ritardo di crescita intra-uterino** è maggiore nella fecondazione in vitro, a scapito dello sviluppo corretto del bambino.

Le statistiche eseguite per attestare lo **sviluppo psicomotorio dei bambini** nati dopo DPI, non mostrano differenze a questo riguardo, paragonati ai bambini nati da FIV senza DPI. Purtroppo però i dati sono limitati poiché seguono l'evoluzione dei bambini solo fino ai 2 anni di vita. Piccole differenze intellettive o psico-motorie, si evidenziano unicamente in età scolastica. Questo ci deve suggerire una certa prudenza.

4. Selezione/Elezione

Vorrei soffermarmi sul concetto di selezione. Nella FIV, si stimolano le ovaie con delle pastiglie o delle punture a produrre tanti ovociti. La raccolta avviene quando i follicoli che li contengono raggiungono un diametro ottimale tra i 18 e 24 millimetri. La raccolta avviene con un ago che passa attraverso la parete addominale o attraverso la vagina, che aspira il contenuto liquido dei follicoli con l'ovocita. Questi si mettono subito a contatto con gli spermatozoi, o se gli spermatozoi sono diminuiti, lenti o malformati, si iniettano con una micro-pipetta direttamente nell'ovulo. Alcuni attivano l'ultima parte della maturazione cellulare e avviano il processo di fusione e rimescolamento dei cromosomi. Il biologo li guarda ogni giorno al microscopio, valutandone la performance, dalla forma e dalla velocità di divisione cellulare (vitalità). I "buoni" vengono testati e impiantati nell'utero con una canula inserita nel collo dell'utero, oppure inseriti nell'utero senza test genetico. Uno di quegli embrioni, se si impianta e sopravvive sarà mio figlio. È stato scelto tra altri che non sono sembrati al biologo in questione così performanti.

La natura seleziona? Sì certamente, ma possiede vedute molto più ampie che un biologo che guarda l'esterno di cellule al microscopio e perfino di un kit genetico.

La natura da 7 milioni di follicoli di cui ogni donna è dotata ancora prima di nascere, ne sceglie uno. Che casualmente sarà maturato in un follicolo proprio un mese determinato a sua scelta. Poi la natura seleziona 1 spermatozoo tra i 50 e i 200.000 spermatozoi eiaculati proprio in quello stesso periodo e grazie ad un gesto unitivo, spero piacevole, lo mette in contatto con

l'ovocita. Con quali criteri proprio quell'ovocita e proprio quello spermatozoo? Sicuramente criteri biologici, ormonali, immunologici, contingenti e anche casuali, e non da ultimo sconosciuti, ma sempre a più larghe vedute e ampie saggezze di quelle del biologo che guarda nel microscopio. L'uomo scopiazza la natura ma non la crea, non possiede l'idea originale, non ha disegnato il prototipo, e anche scopiizzando è lungi dall'immaginare quali e quanti processi intervengono nell'inizio della vita.

Certo possiamo credere alla casualità, possiamo persino affermare che siamo un insieme di molecole biochimiche che reagiscono agli stimoli esteriori, che non c'è finalità alcuno in tutto quello che avviene nel pianeta e nell'universo. Ma non possediamo la vita, e che io sia qui, con queste fattezze, questo carattere, questo DNA firma indelebile e riconoscibile fra tutti, in mezzo ad infinitesimali probabilità, mi fa pensare piuttosto ad una scelta, che a una selezione. Non hanno eliminato i miei fratelli intorno a me, ma io, proprio io, sono stata chiamata, da sola, irripetibile, per nascere. Una elezione che della casualità fa un'opera d'arte.

Chi volgiamo che siano i nostri figli? Un figlio sempre è un regalo (o dovrebbe esserlo), qualunque sia il modo con cui è stato prodotto. Ha sempre una dignità infinita, è chiamato in ogni modo ad una felicità ed un destino che trascende la materialità.

Ma proprio per questo non dovrei lasciare che sia scelto fra 3, piuttosto accoglierlo come un regalo tra milioni di possibilità. Semplicemente non è totalmente mio, e la sua felicità non sono solamente io.

Poi posso dirgli "Ti ho voluto bene dall'inizio"; oppure "Ti ho voluto bene da quando ho saputo che non eri malato". Questo è un bene a condizione che tu soddisfi certi criteri. È un bene quindi che non ti vuole perché ci sei, ma perché sei così come ti voglio io.

"Che bello signora, è incinta? È un bambino o una bambina?", "Non importa, dice la futura mamma, basta che sia sano". Il fratellino di 5 anni ascolta questa conversazione, e quando la sorellina nasce senza una manina, pensa: "Come farà la mamma a volerle bene? Impossibile."

La mamma le vuole bene lo stesso, ma il primo figlio capisce che l'amore della mamma non è incondizionato, e che lui non è voluto per se stesso, ma per il fatto di possedere certe caratteristiche. È **l'amore utilitarista** che ognuno non desidera per se stesso, mentre tutti applicano al prossimo. Da una società cui la produzione, l'efficienza, la performance (si può scegliere man mano: intellettuale, fisica, economica, affettiva,...) è più importante della persona tutta intera, chi si può stupire che tante persone non stiano bene? La depressione e l'ansia infatti sono sempre al top-ten della casistica sulla salute. Forse abbiamo perso il significato, perseguendo un po' troppo la perfezione solo sui particolari remunerabili.

5. Misure diagnostiche/ Misure curative

Il concetto di diagnosi pre-impianto applicata alla medicina procreativa, nasconde un equivoco linguistico importante. "Diagnosi" giustamente è l'esito del processo investigativo, che a partire da un sintomo, usa strumenti per ricercarne le possibili cause in vista di una terapia. Ora se lo scopo di questo processo non è la terapia, ma la soppressione del malato, parlare di medicina, pare inappropriato. Porre una diagnosi pre-impianto infatti equivale alla condanna a morte dell'embrione e non alla sua salvezza o almeno alla cura.

Qui a ben vedere si **esula dalla medicina**, che invece si prefigge di alleviare il dolore, restituire l'integrità, guarire le malattie e, se la malattia fosse inguaribile, lenire la sofferenza. A ben vedere dal nobile intento della medicina alcuni sono esclusi. La colpa? Avere delle determinate malattie, quelle che non meritano la nostra dedizione. Chi le decide? Con che criteri? Si creano così le basi per un diritto alla nascita solo se non malati. Velatamente si fa strada nelle coscienze il concetto di **razza sana**, cioè di una razza superiore alle altre, che sola possiede i requisiti per essere rispettata e curata. Dietro alla DPI si nasconde il torbido intento eugenista di molti regimi totalitari, che con la scusa del mondo migliore, si sono macchiati di

tanti e tali crimini durante il secolo scorso. Ai regimi i disabili non interessano, perché non producono. Allo stesso modo nella nostra cultura, di uomini liberi fino alla possibilità dell'autodistruzione, i disabili non interessano perché, oltre a non produrre, costano troppo. Il criterio è lo stesso.

La FIV, anche senza volerlo, ripercorre quelle infauste strade, senza che nessuno se ne accorga, poiché i cadaveri sono cellule infinitesimali, si dissolvono al sole, e nessuno se ne accorge. L'eliminazione sistematica di embrioni malati ha qualcosa di torbido e maligno, poiché gli orrori dei lager non si potevano occultare e, prima o poi, le coscienze si sarebbero rivoltate, mentre l'olocausto silenzioso e politicamente corretto degli embrioni chi lo vede?

6. Esperienze in altri paesi

Cito solo qualche esempio ripreso da internet (www.pubmed.org). L'elenco non è esaustivo.

Negli USA gli ovuli, gli spermatozoi e gli embrioni si possono vendere e comprare. Si possono scegliere a dipendenza delle fatture fisiche: altezza, occhi, capelli, condizione sociale o formazione intellettuale dei donatori. C'è una banca dello sperma che lo raccoglie addirittura tra i premi Nobel! Fantastico! Si sceglie il format sulle banche date nelle pagine web, e si ordina il materiale. Sconfinata e indiscriminata libertà dell'uomo!

In Cina non c'è molta trasparenza, ma una rivista scientifica ha pubblicato il tentativo di una équipe di genetici di guarire la Talassemia modificando il codice genetico di 86 embrioni. Due riviste rinomate Science e Nature si sono rifiutate di pubblicare l'articolo per ragioni di ordine etico. L'hanno chiamata chirurgia genetica e si prefiggeva di sostituire il gene malato con uno sano. Alla bassissima efficacia dell'esperimento si è aggiunto un numero molto elevato di mutazioni genetiche che riguardano altre parti del Dna degli embrioni: si tratta di mutazioni dagli effetti sconosciuti. Tutte le peggiori previsioni si sono insomma avverate. Queste procedure, oltre ad essere eticamente inaccettabili, possono produrre effetti imprevisi e imprevedibili.

In Australia è possibile richiedere una DPI per scegliere il sesso del nascituro, naturalmente sempre chiedendosi se sia eticamente corretto.

In Israele hanno fondato il Comitato Nazionale per la selezione del sesso per motivi non medici. Ovviamente il sesso richiesto è quello maschile, causa gravi sofferenze emotive e psicologiche per i genitori di una bambina! La Commissione decide se la coppia può accedere o no a tale procedimento solo se dimostra di essere seriamente emotivamente debilitato! Per ora i permessi concessi sono pochi, 1-2% delle richieste!

In Europa siamo più ragionevoli ed avveduti, per ora. La legislazione assomiglia molto a quella svizzera con qualche variante. Ma l'Europa nel resto del mondo, cos'è? Davanti a miliardi di asiatici la cultura europea di civiltà e del rispetto potrebbe essere spazzata via in 50 anni...Soprattutto se questa cultura incomincia ad incrinarsi e fare della legge del più forte le fondamenta della società. Ha invece una funzione importante come faro guida per tutti, grazie a una **lunga tradizione, che fa del valore incondizionato della persona il suo cavallo di battaglia!** In questo modo ha saputo resistere al disfacimento dell'Impero Romano, all'invasioni barbariche, alle laceranti guerre interne ed esterne, alle persecuzioni e dittature di destra e di sinistra.

7. Conclusione: la società che costruiamo.

Gli embrioni a mio avviso hanno un solo difetto. Non parlano. Non esprimono la loro volontà. Non formeranno mai comitati contro lo sfruttamento dei padroni, né sindacati e comizi di lotta alla manipolazione di se stessi. Non saranno mai in grado di difendere con le parole o con la forza i loro interessi.

Quindi si pongono due alternative: o arriviamo noi a una maggior consapevolezza del loro valore e li difendiamo seriamente, o continuiamo a usarli, come a noi sembra bene.

Qui si pone la domanda fondamentale. **Sta a noi decidere in che società volgiamo vivere e far vivere i nostri figli.** Sta a noi sapere se volgiamo considerarci qualcuno o qualcosa.

Qualcuno da rispettare o qualcosa da manipolare. Artefici di noi stessi o creature alle quali la vita è donata, per custodirla e donarla. Da creatori, gestiamo noi il mondo, da creature lo contempliamo stupiti, come un mistero buono, e ci facciamo piccoli e umili davanti alla grandezza e alla sacralità della vita. E non sta forse iscritta nel DNA questa sacralità?

“Ma perché dovremmo considerarlo sacro? E come mai tutta questa fissazione sugli embrioni da difendere. Che ha la Chiesa da sbraitare tanto? Che sono tutte queste reazioni isteriche?”: Ci chiedono.

Sì, gli embrioni non sono che poche cellule insignificanti e insensibili. Riproducibili in laboratorio tutte le volte che volgiamo. Ma contengono iscritte nel codice genetico il segreto della vita umana. Quello trasmesso di generazione in generazione sin dall'inizio del mondo. Plasmato in milioni di anni in equilibrio col resto dell'ecosistema. Perché interferire con questo equilibrio, **causando effetti imprevedibili sull'essere umano e sulle generazioni future?** È anche possibile che gli effetti di tale interferenza non si manifestino sin dopo la nascita o per anni.

Il progresso medico non si può arrestare, dicono i ginecologi. Ma **senza il progresso umano che lo accompagna e lo guida, il progresso medico segue le proprie inclinazioni e si perde**, come tante volte ha fatto, rivoltandosi per finire contro l'uomo.