

## Conservazione pianificata degli ovociti. Ragioni elettive e il desiderio di avere figli biologici

*Egg freezing: 'Social' reasons and the desire to have genetically related children*

Giulia Cavaliere

Dickson Poon School of Law, King's College London -  
giulia.cavaliere@kcl.ac.uk



DOI: 10.53267/20230201

Il parere del Comitato Etico della Fondazione Veronesi "Madri domani"<sup>1</sup> è un ottimo esempio del contributo che la filosofia morale e politica possono offrire su questioni che riguardano la salute e, più in generale, la società. Il parere è bilanciato, ben argomentato e basato su uno studio approfondito della letteratura sul tema della procreazione medicalmente assistita (PMA) e della conservazione pianificata degli ovociti (CPO).

Mi sono trovata d'accordo con la maggior parte delle conclusioni<sup>2</sup> tratte dagli autori e credo che, anche chi non le condivide, possa trovare gli argomenti che le supportano ben articolati e difesi in modo convincente. La mia riflessione in questo breve commento è motivata da un intento di critica costruttiva. Mi soffermerò su due questioni: la prima riguarda la distinzione tra ragioni 'mediche' e ragioni 'elettive' o 'sociali' per accedere alla CPO e la seconda, correlata, è la questione concernente le disegualianze nell'accesso alla CPO.

Gli autori del parere optano per l'adozione di una unica espressione, "conservazione pianificata degli ovociti", per riferirsi sia alle donne che scelgono di congelare i loro ovociti sia per ragioni mediche che per ragioni elettive. Gli autori adducono tre motivazioni alla loro scelta. La prima è che "molte delle questioni bioetiche fondamentali sono comuni a tutti i percorsi di CPO". La seconda è che la discriminazione tra ragioni mediche ed elettive nasconde quanto le seconde si basino, tanto come le prime, su quella che viene definita come una 'necessità' all'interno del parere. Per difendere questa posizione, gli autori spiegano che:

«Per molte donne oltre i trent'anni, infatti, decidere a favore di un'eventuale maternità differita può rappre-

sentare una necessità – ad esempio, perché attualmente prive di partner o dei mezzi economici sufficienti a sostenere una famiglia – in vista della futura perdita della fertilità legata all'avanzamento dell'età»<sup>3</sup>.

La terza motivazione riguarda quello che credo si possa definire lo statuto ontologico dell'infertilità, ovvero la natura di questa condizione — sulla quale esiste un dibattito filosofico<sup>4</sup>. Come altri accademici che partecipano a questo dibattito, gli autori riconoscono che «il concetto di "infertilità" può essere inteso in senso più o meno patologico e medicalizzato a seconda dei quadri teorici di riferimento o del contesto»<sup>5</sup>.

Condivido appieno la scelta degli autori<sup>6</sup>. Troppo spesso, le politiche in campo procreativo si basano su ragioni normative che costruiscono i fattori di natura sociale come meno urgenti o legittimi di quelli di natura medica nella determinazione delle scelte individuali. In questo modo, pongono demarcazioni nette tra questioni biologiche e questioni sociali, ignorando la complessa interazione tra le due. Una versione estrema di questa posizione è quella tale per cui le ragioni sociali dell'accesso alla PMA e alla CPO vengono considerate immeritevoli della stessa considerazione che viene riservata alle ragioni propriamente mediche, dato il carattere di volontarietà che caratterizza le prime, ma non le seconde. L'infertilità di una donna che nasce senza utero o che diventa infertile dopo aver affrontato la chemioterapia viene così rappresentata come una condizione involontaria. D'altro canto, la donna che decide di posticipare i progetti genitoriali per ragioni professionali o relazionali viene vista come un agente che compie una scelta autonoma e che è quindi mo-

ralmente responsabile delle conseguenze di questa scelta.

Come gli autori del parere, ritengo la distinzione tra ragioni mediche ed elettive arbitraria e basata su una visione semplicistica dei fattori che determinano le scelte individuali, le condizioni sociali e le patologie coinvolte. Ciononostante credo che, *in entrambi i casi*, non si possa parlare di 'necessità' di accesso alla CPO. Nella parte restante di questo breve commento difendo l'idea che, mentre l'infertilità non è una scelta, il desiderio di avere figli biologici e di intraprendere un percorso di PMA o CPO per soddisfarlo lo è. La difesa di questa idea si basa su due premesse. La prima, P1, è che l'eziologia dell'incapacità di avere figli biologici non ha rilevanza morale (nella maggior parte dei casi). Il corollario di P1 è che la discriminazione nell'accesso a PMA o CPO non può basarsi sull'eziologia dell'infertilità. La seconda premessa, P2, è che la concettualizzazione dell'infertilità non può prescindere dall'elemento volitivo e dagli stati mentali della persona infertile: sia le ragioni mediche che quelle elettive vadano più propriamente caratterizzate come elettive. Il corollario di P2 è che l'accesso alla CPO non è necessario in alcun caso: la volontà non può essere per sua natura 'necessaria'<sup>7</sup>.

Per quanto riguarda P1, l'infertilità – intesa come l'incapacità di avere figli biologici – può risultare da patologie o disabilità che colpiscono uno o entrambi i componenti di una coppia, dalla scelta del partner sessuale (si pensi alle coppie omosessuali), dall'età di uno o di entrambi i partner o dallo stato relazionale della persona (si pensi alle persone single). Per illustrare questa idea, si immaginino quattro donne: Irene, Vera, Letizia e Sofia. Irene ha ventisei anni, è medico che fa spesso turni di notte e, a causa di un passato di disturbi alimentari, ha un ciclo irregolare. Lei e il suo partner si vedono pochissimo e, anche se da qualche tempo provano a concepire, non hanno avuto successo. Vera è eterosessuale e, data la sua situazione economica, non riesce a pagare l'affitto, rendersi indipendente e cercare un compagno. Vorrebbe avere figli, ma non ne ha le possibilità economiche né materiali. Letizia ha ventotto anni e un partner stabile. Quando aveva vent'anni le è stata diagnosticata una forma di leucemia che è stata trattata con la chemioterapia. Lei e il partner hanno potuto congelare embrioni fecondati e sperano di usufruire

della PMA per avere figli. Sofia è in una relazione omosessuale. Lei e la sua compagna stanno insieme da tanto tempo e vorrebbero avere figli, ma avrebbero bisogno di un donatore di sperma e, al di là di restrizioni legali legate alla fecondazione eterologa e alla genitorialità di coppie omosessuali, non si possono permettere di pagare la PMA di tasca propria.

Anche se ad alcuni risulterà una visione controintuitiva, ritengo che le protagoniste (immaginarie!) di queste storie debbano essere tutte considerate sia infertili, sia candidate idonee per la PMA. L'eziologia della loro incapacità di avere figli biologici è, in questi casi, irrilevante dal punto di vista morale. Molte teorie egualitarie di giustizia distributiva ritengono che gli individui vadano considerati responsabili delle conseguenze delle proprie scelte<sup>8</sup>. Tuttavia, nei casi illustrati, le donne non compiono 'scelte' di cui possano essere ritenute ragionevolmente responsabili. Non si *sceglie*, o non nel senso più plausibile di questo concetto, di essere attratti da persone dello stesso sesso, di avere disordini alimentari, la leucemia o di essere in una situazione economica svantaggiata. Questi casi riguardano anche le donne che potenzialmente potrebbero ricorrere alla CPO: ci sono donne che potrebbero usufruirne perché hanno un mutuo da pagare, perché hanno genitori anziani di cui prendersi cura, perché hanno lavori temporaneamente incompatibili con la maternità (si pensi al recente caso di Serena Williams) o perché in passato hanno avuto malattie o terapie che hanno danneggiato i loro apparati riproduttivi. Ritenerle le prime e non le seconde responsabili per le loro scelte sembra eccessivamente rigido e aumenta il rischio di ritenere le donne responsabili per situazioni che spesso sfuggono al loro controllo e che sono in parte causate da un assetto sociale iniquo.

Ciononostante, credo che l'elemento della scelta non vada del tutto tralasciato. Per quanto concerne P2, l'incapacità di avere figli non ha senso senza un corrispettivo elemento volitivo, ovvero lo stato mentale concernente il desiderio di avere figli biologici. Si immagino IreneB, VeraB, LetiziaB e SofiaB. Queste donne sono uguali in tutti gli aspetti alle loro non-B controparti, ma, al contrario di queste, non hanno alcun desiderio di avere figli. Sarebbe controintuitivo, a mio avviso, ritenerle 'infertili', no-

nostante non siano effettivamente in grado di concepire.

Date P1 e P2, nel mio lavoro<sup>9</sup>, difendo la posizione che l'infertilità debba essere concepita in termini di 'involontaria assenza di figli biologici' (o 'involuntary childlessness'), ovvero: "Una condizione X (la mancanza di figli biologici) in cui un agente A non vuole trovarsi a causa di un desiderio per Y (avere figli) e una preferenza per Z (genitorialità biologica)".

Avere figli biologici tramite il trattamento di PMA è legato al desiderio di un progetto di vita (avere figli) e alla preferenza verso un tipo di genitorialità (quella biologica). Concepire in questi termini, l'incapacità di avere figli biologici delle coppie omosessuali, della donna single, della donna che non si può permettere di avere figli, delle coppie sessualmente attive che non riescono a concepire e delle donne che hanno malformazioni congenite all'apparato riproduttivo o che si sono sottoposte a terapie che l'hanno danneggiato, può essere concettualizzata in modo unitario. Un vantaggio di questo approccio è che tiene in considerazione l'elemento volitivo e gli stati mentali di persone come Irene, Vera, Letizia e Sofia senza rischiare di includere IreneB, VeraB, LetiziaB e SofiaB nella categoria di persone 'infertili'. Una conseguenza di questa caratterizzazione, tuttavia, è che l'avere figli biologici non sia considerata una necessità, come postulano gli autori del parere, sia per coloro che potrebbero accedere alla CPO per ragioni mediche, che per ragioni elettive. Per questo, anche se sono d'accordo con gli autori del parere del comitato che i due gruppi di persone (e i due gruppi di ragioni) vadano considerati in modo analogo, le loro motivazioni a favore di questa conclusione sono opposte alle mie. Non c'è alcunché di necessario nel desiderio di avere figli biologici. Pensarlo come biologicamente necessario (un 'biological need') o come socialmente necessario (un 'social need') –date norme sociali che costruiscono l'avere figli (biologici) come un progetto di vita superiore alla scelta di non avere figli – porta ad una sorta di essenzialismo biologico o sociale che va rigettato sia sulla base di ragioni sia empiriche che concettuali.

L'altro punto su cui non condivido pienamente il parere del comitato è relativo alle disuguaglianze in accesso alla CPO. In molti stati, come per esempio l'Italia e il Regno Unito, il sistema sanitario nazionale copre i costi della CPO solo per donne che hanno ragioni mediche per accedervi. Questo, a mio avviso è discriminatorio, poiché si basa su una distinzione

tra le motivazioni per accedere alla CPO che banalizza i fattori che determinano queste scelte. Il parere del comitato tratta le ragioni in modo unitario, ma non si spinge oltre a quella che credo sia una giustificata inferenza: un sistema sanitario che copre i costi per un solo gruppo di donne e non per un altro, senza apportare ulteriori motivazioni per avallare questa scelta, genera una ingiusta discriminazione, poiché basa questa politica su una distinzione concettualmente invalida. Gli stati che permettono la CPO dovrebbero, a mio avviso, coprire i costi sia per le donne che vi accedono per ragioni mediche che per ragioni elettive visto che, come ho argomentato, le ragioni sono in un certo senso tutte di natura elettiva.

A questo punto alcuni sollevano l'obiezione che, se il sistema sanitario dovesse coprire i costi della CPO per tutte le donne, si rischierebbe di restringere l'autonomia riproduttiva. Nel routinizzare l'uso della CPO, le donne che non ne usufruiscono potrebbero essere considerate (moralmente) responsabili per la loro incapacità di avere figli. Queste sono sicuramente considerazioni valide che purtroppo non ho lo spazio di trattare qui. Un elemento importante da ricordare, tuttavia, è che queste obiezioni possono essere fatte sia per quanto riguarda la copertura delle spese per la CPO di chi vi accede per ragioni mediche, che elettive.

## NOTE

1. Comitato Etico della Fondazione Veronesi, "Madri domani. Considerazioni Etica sulla Crioconservazione degli Ovociti e sulla Possibilità di Posticipare la Maternità", 2023, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/tools-della-salute/download/i-quaderni-scienza-ed-etica/madri-domani>.

2. Comitato Etico Fondazione Veronesi, 15.

3. *Ibidem*.

4. Brown, R. C., Rogers, W. A., Entwistle, V. A., & Bhattacharya, S. (2016). Reframing the debate around state responses to infertility: Considering the harms of subfertility and involuntary childlessness. *Public Health Ethics*, 9(3), 290-300. Kukla, R. (2019). Infertility, epistemic risk, and disease definitions. *Synthese*, 196(11), 4409-4428. Cavaliere, G. (2023, August). Involuntary Childlessness, Suffering, and Equality of

Resources: An Argument for Expanding State-funded Fertility Treatment Provision. In *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* (Vol. 48, No. 4, pp. 335-347). US: Oxford University Press.

5. *Ibidem*.

6. Giulia Cavaliere and James Rupert Fletcher, "Age-Discriminated IVF Access and Evidence-Based Ageism: Is There a Better Way?", *Science, Technology, & Human Values*, 2021, 01622439211021914, <https://doi.org/10.1177/01622439211021914>.

7. Questo corollario lo devo ad Alessandra Carpena, che ringrazio per questo e altri suggerimenti.

8. Richard J. Arneson, "Equality and Equal Opportunity for Welfare", in *The Notion of Equality* (London, UK: Routledge, 2001); Éric Rakowski, *Equal Justice* (New York, NY: Oxford University Press, 1991); G. A. Cohen, 'On the Currency of Egalitarian Justice', *Ethics* 99, no. 4, (1989): 906–44; Shlomi Segall, *Health, Luck, and Justice*, *Health, Luck, and Justice* (Princeton University Press, 2009), <https://doi.org/10.1515/9781400831715>.

9. Giulia Cavaliere, "Involuntary Childlessness, Suffering and Equality of Resources: An Argument for Expanding State-Funded Fertility Treatment Provision", *Journal of Medicine and Philosophy*, forthcoming 2023.

Madri domani

Documenti  
di etica  
e bioetica