S&V | MATERNITA' SURROGATA E TRAPIANTO DI UTERO | I RISCHI PER IL "WOMB-GIVER" E NESSUNA TUTELA PER IL BAMBINO

Alcuni articoli pubblicati di recente su riviste scientifiche si occupano del c.d. “diritto al figlio” delle coppie infertili trattando insieme il tema della maternità surrogata e del trapianto di utero.

In particolare, l’articolo “*Surrogacy and uterus transplantation using live donors: Examining the options from the perspective of ‘womb-givers’*” – pubblicato lo scorso luglio su *Bioethics* – affronta l’argomento dalla parte del donatore (“*womb-giver*”), cercando di analizzare i possibili rischi e gli eventuali benefici di una tecnica riproduttiva, piuttosto che dell’altra. Solitamente, come si legge nel testo, la materia è considerata secondo la prospettiva del genitore intenzionale, in relazione a quale tecnica preferire e scegliere per la nascita del figlio.

Nel Regno Unito sia la maternità surrogata che la donazione da donatore vivente dell’utero sono legalmente consentite come atti “altruistici”. Nell’articolo si fa riferimento, in particolare, al trapianto di utero da donatore vivente, a causa della difficoltà di reperire uteri idonei all’espianto dai donatori defunti.

La scelta del donatore su come aiutare il genitore intenzionale ad avere un figlio è descritta come una forma di manifestazione della propria “autonomia corporea”: si aiuterà o attraverso il portare avanti per altri una gravidanza (“affittando” il proprio grembo) o donando il proprio utero a scopo di trapianto.

L’articolo, prima di tutto, prova più di quanto forse vorrebbe, ammettendo che entrambe le tecniche destinate alla nascita di un figlio sono altamente rischiose per il donatore.

La maternità surrogata è, infatti, descritta come un processo lungo (in media di circa 24 mesi), che implica i rischi fisici e psicologici, in alcuni casi gravidanze fallite e parti difficili. Essa comporta uno sfruttamento della donna e il rischio che la scelta sia condizionata e non pienamente libera. Viene, poi, descritto come un beneficio il fatto che, per esempio, una donna potrebbe aiutare la sorella portando lei avanti la gravidanza, anticipando il legame d’amore con il bambino che sarà poi suo nipote e cugino dei suoi figli. In realtà, più che di vantaggi e benefici relazionali, l’esempio prova lo stravolgimento dei rapporti interpersonali e familiari.

Per quanto riguarda il trapianto di utero, se la donatrice ha raggiunto la menopausa dovrà effettuare un trattamento ormonale per ottimizzare le condizioni dell’utero (con il rischio di ictus e coaguli di sangue). In ogni caso e al di là dell’età, i rischi della rimozione chirurgica dell’utero (isterectomia) sono già conosciuti: i dati si riferiscono, però, alle sole donne che hanno avuto bisogno di un’isterectomia per ragioni mediche. Oltre ai soliti rischi di chirurgia (infezione, reazione all’anestesia, trasfusione), sono da considerare il rischio di emorragie e di danni a uretra, vescica e intestino. L’articolo riporta la segnalazione di gravi complicazioni che hanno richiesto un successivo intervento chirurgico.

D’altra parte, nell’articolo è molto pericolosa la comparazione e l’utilizzo della terminologia propria della “donazione” a fini di trapianto per queste tecniche riproduttive.

Si dimentica, infatti, che il bambino nella maternità surrogata non è un organo da cedere e donare; si dimentica

allo stesso tempo che il trapianto è una operazione salva-vita e che la donazione è consentita – pur implicando sempre una menomazione dell'integrità fisica del donatore – per la tutela della salute e della vita di una persona che ha uno o più organi gravemente compromessi.

Il bilanciamento rischi/benefici in caso di trapianto di utero muove su un piano completamente diverso: il trapianto di utero non è, infatti, un intervento salva-vita. Nell'articolo è definito come un "trapianto di stile di vita" ("*lifestyle transplant*"), ma il figlio desiderato e le operazioni necessarie per ottenerlo, con i rischi che comportano per tutti i soggetti coinvolti (l'espianto da donatore vivente, il trapianto dell'utero, le tecniche di PMA e la gravidanza), sono qualcosa di "ontologicamente" diverso da un semplice stile di vita.

In fine, si dimentica qualsiasi considerazione del "prodotto" delle tecniche: il bambino.

Non sono considerati i rischi fisici e psicologici per il distacco dalla madre gestazionale poche ore dopo la nascita, come non sono considerati i rischi per la sua vita in caso di trapianto di utero.

Uno studio prospettico pubblicato di recente nell'articolo *"Twelve Live Births After Uterus Transplantation in the Dallas UtErus Transplant Study"* (Obstet Gynecol 2021) riporta i risultati della gestazione a seguito di trapianto di utero di 20 donne che hanno ricevuto il trapianto dal 2016 al 2019 presso il Baylor University Medical Center di Dallas. I dati dello studio riportano sei fallimenti dell'innesto dell'organo. Dei 14 trapianti tecnicamente riusciti, si è verificato almeno un parto con bambino nato vivo in 11 pazienti. Il tasso dei nati vivi per tentativo di trapianto è del 55%, mentre il tasso dei nati vivi per trapianto tecnicamente riuscito è del 79%. I rischi per la vita del bambino sono altissimi.

Per approfondire:

1. ***Surrogacy and uterus transplantation using live donors: Examining the options from the perspective of 'womb-givers'***, Bioethics, luglio 2021
2. ***Surrogacy, uterus transplantation and artificial uterus: approaches from the biolaw,*** Cuad Bioet, May-Aug 2021
3. ***Surrogacy reform and its impact on the child's right to birth registration,*** Reproductive biomedicine & society online *17 Jun. 2021*
4. ***Options for acquiring motherhood in absolute uterine factor infertility; adoption, surrogacy and uterine transplantation,*** Obstet Gynaecol. 2021
5. ***Twelve Live Births After Uterus Transplantation in the Dallas UtErus Transplant Study,*** Obstet Gynecol, 2021