COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

IL PROBLEMA BIOETICO DELLA STERILIZZAZIONE NON VOLONTARIA

20 novembre 1998

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER L'INFORMAZIONE E L'EDITORIA

SOMMARIO

Presentazione 5

Sintesi e Raccomandazioni 7

LA STERILIZZAZIONE NON VOLONTARIA 13

1. L'emergere del problema ai nostri giorni 13

2. Aspetti tecnici della sterilizzazione contraccettiva 16

2.1. La sterilizzazione della donna 16

2.2. La sterilizzazione dell'uomo 16

3. Profili giuridici 18

3.1. Il problema della liceità giuridica della sterilizzazione volontaria 18

3.2. Inquadramento medico-legale del problema della sterilizzazione coattiva 19

4. Valutazione bioetica della sterilizzazione terapeutica 20

5. Profilo bioetico della sterilizzazione forzata 20

5.1. Analisi del problema: il rapporto corpo/psiche 23

5.2. La sterilizzazione forzata dei disabili 24

5.3. Sulla coazione e sulla sua estensione a soggetti sani 25

5.4. La sterilizzazione come pena criminale 26

5.5. La castrazione richiesta dal reo 27

Appendice 29

PRESENTAZIONE

Che attraverso la sterilizzazione – e al limite la mutilazione sessuale – si possa alterare in modo gravissimo, e al limite sconvolgente, l'identità della persona umana, è consapevolezza antica, come dimostrano crudeli pratiche sociali, in particolare di carattere penale, anche non molto remote, che di certo non rendono onore all'umanità e al suo senso di giustizia. E che pertanto la bioetica non possa non essere provocata da un simile tema è fuor di dubbio; altrettanto fuor di dubbio che essa debba affrontarlo esplicitamente. Più difficile, invece, è mettere a fuoco le corrette modalità di un approccio bioetico al tema della sterilizzazione; tema che si rivela, ad una lettura ravvicinata, articolato e complesso e bisognoso di lunghe e pedanti focalizzazioni interdisciplinari.

Il *Comitato Nazionale per la Bioetica* è stato indotto a riflettere sull'argomento a partire dall'emozione e dall'allarme suscitati nella pubblica opinione dalla notizia, diffusa da diversi organi di stampa, di pratiche di sterilizzazione non volontaria, poste in essere in anni anche molto recenti da numerosi paesi, alcuni dei quali molto vicini, geograficamente e culturalmente, all'Italia, nonché dalla sollecitazione, pur se indiretta, di autorevoli organismi europei. Il CNB è stato fin dall'inizio consapevole del fatto che una trattazione globale del problema bioetico della sterilizzazione (volontaria e forzata, chirurgica e farmacologica, contraccettiva e terapeutica, rituale e penale, ecc.) sarebbe stata molto opportuna, ma ha preferito cominciare ad elaborare un documento relativamente agile, e dalla prospettiva intenzionalmente limitata, come quello che di seguito viene offerto al lettore, riservandosi di ritornare al più presto sugli altri profili della tematica, qui trascurati o appena accennati. In tal modo è stato possibile portare direttamente l'attenzione sul problema che più di ogni altro merita considerazione, quello appunto della sterilizzazione non volontaria, e dei limiti della sua accettabilità etica.

Seguendo una propria prassi consolidata, il CNB ha affidato l'onere di stendere una bozza del documento a un gruppo di lavoro, coordinato dal Prof. Lucio Pinkus e composto dai Proff. Barni, Benciolini, Coghi, Danesino, Gaddini, Isidori. Il gruppo si è riunito nel 1998 il 14 e il 15 gennaio, il 20 febbraio, il 14 maggio e l'8 ottobre e ha infine sottoposto la bozza da esso elaborata (col concorso attivo di tutti i membri del gruppo) al CNB che l'ha discussa, emendata e integrata nella seduta plenaria del 20 ottobre. Infine nella successiva plenaria del 20 novembre il documento è stato definitivamente approvato.

Roma, 20 novembre 1998

Il Presidente
Francesco D'Agostino

SINTESI E RACCOMANDAZIONI

Ragioni e limiti del presente documento

Notizie apparse sulla stampa internazionale, e ampiamente riportate da quella italiana, in ordine a pratiche di sterilizzazione non volontaria poste in essere negli ultimi decenni in diversi paesi europei, senza che la pubblica opinione di quegli stessi paesi ne fosse adeguatamente informata o comunque pienamente consapevole, hanno indotto il CNB ad elaborare alcune brevi riflessioni in merito. Il presente documento non intende avere alcun carattere di completezza, ma vuole unicamente, anche come risposta ad esplicite sollecitazioni del Consiglio d'Europa in merito alla sterilizzazione dei disabili mentali, portare un contributo all'attivazione di un dibattito bioetico che su questo tema è, anche nel nostro paese, particolarmente carente. Il CNB si riserva peraltro di ritornare con maggiore ampiezza sul tema.

Precisazioni terminologiche

Per *sterilizzazione* si intende, nel contesto di questo documento, ogni atto (e in particolare ogni atto medico) volto a provocare la sterilità in un soggetto capace di procreare. A seconda delle modalità con le quali è posta in essere, essa può essere distinta in *reversibile* e *irreversibile.*

La sterilizzazione può essere definita *organica,* quando sia effettuata asportando o comunque alterando in modo generalmente irreversibile organi preposti alla procreazione; è definibile invece come *funzionale* o *temporanea* quella sterilizzazione che, rispettando la integrità dei predetti organi, si limita ad impedirne la normale funzionalità. La sterilizzazione funzionale è generalmente reversibile e corrisponde a una sospensione di funzioni.

Si definisce *terapeutica* o *indiretta* quella posta in essere per salvaguardare la salute del paziente stesso, minacciata da una patologia che investe organi necessari alla procreazione. È definibile invece come *antiprocreativa* o *diretta* la sterilizzazione che ha come unico scopo quello di rendere la persona obiettivamente incapace di procreare. Sono diverse le motivazioni che possono stare a fondamento della sterilizzazione antiprocreativa: esse possono avere un carattere strettamente privato (finalità anticoncezionali), sociale (in quest'ambito rientrano le sterilizzazioni rituali e quelle eugenetiche), o pubblico (in quest'ultima categoria è possibile ricomprendere le sterilizzazioni *demografiche* e quelle *sanzionatorie* o comunque conseguenti ad una condanna penale della persona).

Va definita *volontaria* la sterilizzazione, sia essa terapeutica o antiprocreativa, posta in essere a favore di un soggetto che la richieda e presti a tal fine il proprio consenso adeguatamente informato. È *non volontaria* quella che prescinde dal consenso dei soggetti che ad essa vengono sottoposti. Alle sterilizzazioni non volontarie vanno ovviamente assimilate quelle praticate su individui minorenni, su persone impossibilitate a esprimere adeguatamente il loro consenso o prive comunque della capacità di intendere e di volere. L'ipotesi di sterilizzazioni *non volontarie*, ma *terapeutiche* e della loro possibile giustificazione bioetica è questione che viene affrontata nell'ultimo paragrafo di questo documento.

Problematiche bioetiche

1. Sulle sterilizzazioni volontarie, temporanee e permanenti, praticate su individui maggiorenni e adeguatamente informati, sulla loro liceità etica e giuridica, il CNB si riserva di tornare in un prossimo documento. Ritiene peraltro che, quando non abbiano dirette motivazioni terapeutiche, le sterilizzazioni volontarie possono incontrare, nel medico al quale la prestazione viene richiesta, legittime obiezioni di carattere sia medico che etico, e tali da giustificare il suo rifiuto alla prestazione professionale.

2. È opinione unanime del CNB che vadano ritenute *illecite*, sia sul piano giuridico che su quello etico, le sterilizzazioni forzate indipendentemente dal soggetto che ne deliberi l'effettuazione (genitori o tutori, medici, giudici, Stato) o dalle motivazioni (in particolare quelle di carattere psicologico e sociale) che possono essere addotte per giustificarle. Il CNB ritiene che non sia superabile in alcun modo il principio chiaramente espresso nella c.d. *Convenzione europea di bioetica*, all'art. 2, in cui si afferma che «l'interesse e il bene dell'essere umano devono prevalere sull'interesse della società o della scienza».

In particolare vanno stigmatizzate:

a) le ipotesi di *sterilizzazione rituale*: il rispetto dovuto a tutte le culture non implica l'accettazione di quelle pratiche che incidano in modo coattivo e irreversibile sulla corporeità della persona umana, sottraendole una dimensione essenziale alla sua identità. Sul punto il CNB rinvia al documento *Problemi bioetici in una società multietnica*, approvato all'unanimità il 16 gennaio 1998;

b) le ipotesi di *sterilizzazione penale*, a carico di individui che abbiano compiuto reati di carattere sessuale. È evidente, che ove incapaci di intendere e di volere, coloro che avessero compiuto reati di caratte-

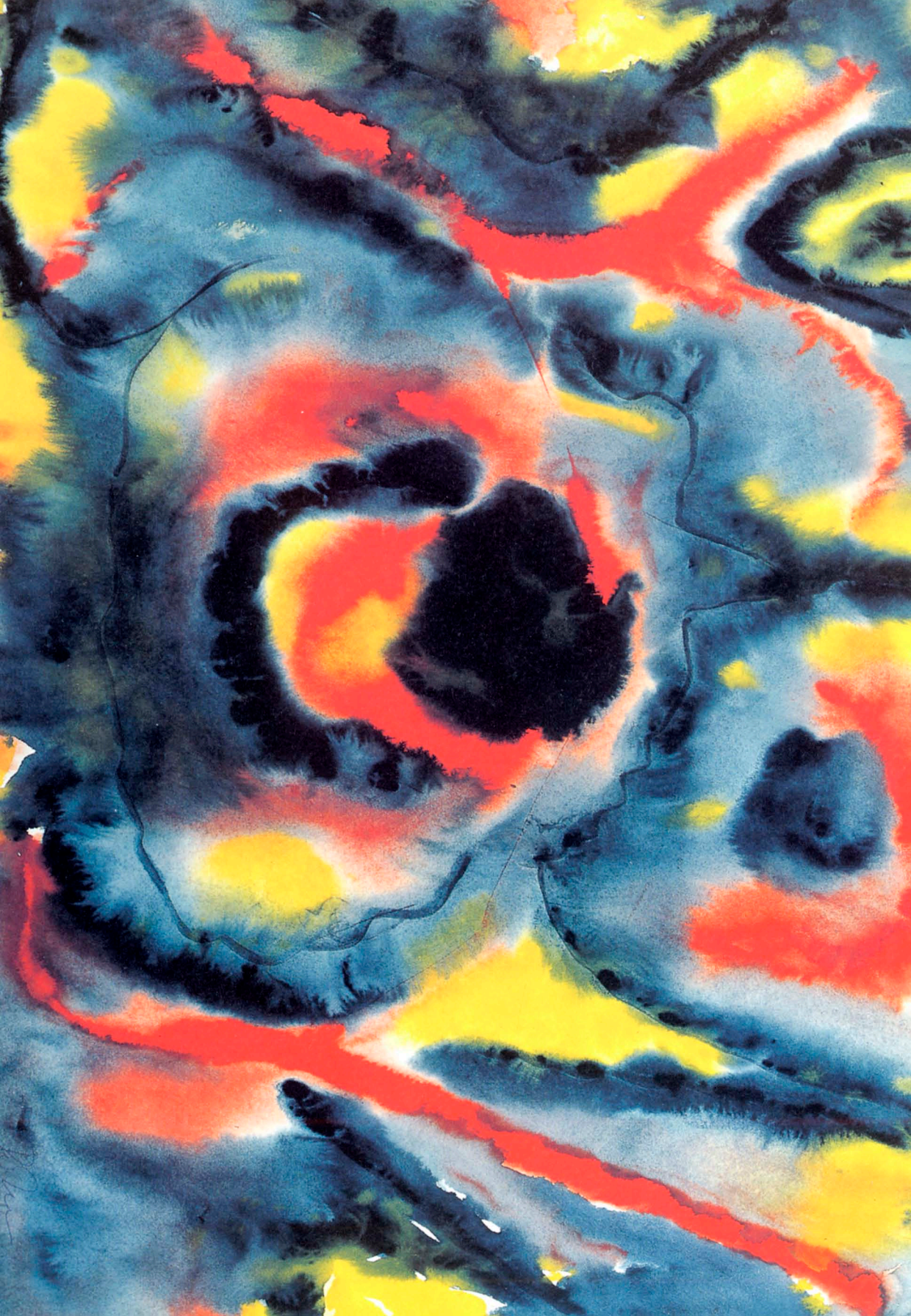
re sessuale dovrebbero essere ritenuti penalmente non responsabili e solo nei casi in cui fosse dimostrata la loro pericolosità sociale sottoposti a misure di sicurezza. Tali misure potrebbero anche avere carattere terapeutico-sanitario, non determinabile però nel concreto dal giudice, ma solo dal medico (il giudice non deve mai aver titolo a determinare la natura di un atto medico e meno che mai potrebbe pretendere dal medico l'effettuazione di una procedura di sterilizzazione). In realtà le ipotesi di sterilizzazione penale storicamente conosciute (e alcune praticate anche al giorno d'oggi) sono scientificamente non giustificabili come terapeutiche e nascondono a mala pena la primitiva logica di contrappasso giudiziario, che sta a loro fondamento. Esse vengono in genere giustificate in modo specioso, con l'argomento secondo il quale per loro tramite si garantirebbe un'efficace difesa sociale nei confronti di soggetti aperti alla criminalità di carattere sessuale e sarebbe possibile sottrarre alle tradizionali sanzioni detentive individui che, privati della potenza sessuale, perderebbero in aggressività. Il CNB rileva che la difesa della integrità del corpo del reo appartiene ai principi fondamentali del diritto penale moderno (che appunto intende punire le persone e non semplicemente i loro corpi) e che già sotto questo profilo una sanzione fisica come la sterilizzazione appare non giustificabile; ma soprattutto osserva come la bioetica non possa discriminare, nella sua difesa della vita, tra vita innocente e vita colpevole;

c) le ipotesi di *sterilizzazione demografica*. Il CNB, consapevole dei limiti del mandato ricevuto, non ritiene suo compito attuale sindacare politiche demografiche pubbliche, che vanno piuttosto vagliate da un ampio dibattito etico, politico e sociale. *In ogni caso*, ove queste politiche siano realizzate ricorrendo a tecniche direttamente o indirettamente coattive, non possono non apparire bioeticamente condannabili, in quanto offese alla dignità umana e ai diritti fondamentali della persona, come del resto risulta da numerose pronunce internazionali in materia, anche nei casi in cui il problema della sovrappopolazione sia consistente, dato che il risultato che si cerca di conseguire (anche se in se stesso eventualmente giustificabile) non può essere ottenuto che al prezzo di gravi violenze a carico di singole persone (e ciò a prescindere dalla rilevazione – ormai acquisita – secondo la quale il calo della natalità non consegue di per sé a campagne di sterilizzazione coattiva, ma a specifiche esperienze di modernizzazione sociale). A maggior ragione vanno condannate queste pratiche quando siano poste in essere nei confronti di gruppi etnici minoritari.

d) le ipotesi di sterilizzazioni *eugenetiche*, in particolare a carico di disabili. Il carattere coattivo della pratica acquista, in questa ipotesi, particolare odiosità, concretizzandosi, tra l'altro, in procedure di discriminazione tra cittadini inammissibili in uno Stato di diritto.

3. Una diversa e più attenta valutazione richiedono invece quelle ipotesi in cui una sterilizzazione è operata a carico di disabili mentali, non con finalità eugenetiche o genericamente anticoncezionali, ma con l'intenzione di realizzare il miglior interesse del disabile stesso, in ordine alla specificità della patologia che lo affligge, alla quotidianità concreta della sua vita e al suo contesto familiare e sociale. Il CNB è consapevole di quanto sia complessa l'informazione e l'acquisizione del consenso nei pazienti psichiatrici e di quanto ancor più complessa sia la giustificazione di pratiche mediche a loro carico nelle ipotesi in cui essi non possano, sotto alcun profilo, manifestare la loro volontà. Su questo difficile tema il CNB intende elaborare uno specifico documento (prendendo atto nel contempo che nel 1998 una Conferenza di Consenso della *Società Italiana di Psicopatologia* ha elaborato un approfondito documento con un decalogo finale).

In relazione ai trattamenti che possono causare sterilità temporanea o permanente nei disabili, il CNB ribadisce che devono valere i principi generali della responsabilità professionale medica, in base ai quali devono comunque essere valutate, caso per caso, le indicazioni terapeutiche, e le eventuali controindicazioni, nell'ottica dell'interesse esclusivo della salute e del benessere del paziente disabile ed anche della sua protezione da rischi di abuso e delle correlative conseguenze. Il CNB è unanime nel condannare ogni sterilizzazione di disabili motivata dall'intento di rendere più agevole od economica l'attività di accudimento del malato stesso da parte della famiglia o delle istituzioni a ciò preposte. In particolare raccomanda che le terapie che comportino come conseguenze la sterilizzazione permanente del paziente disabile siano sottoposte al parere di un Comitato Etico indipendente che possa aiutare il paziente, l'eventuale tutore ed il medico ad adottare la decisione più opportuna ed adeguata alle esigenze di salute del singolo caso.



Remo De Angelis, composizione n. 3 della serie «Il mondo della scienza: strutture molecolari» (1988). Coll. privata, Roma.

L'artista che, dopo un travagliato iter figurativo, da molti anni studia la composizione della luce in funzione dinamico-molecolare, per la sua raffinata fantasia cromatica, il ritmo dinamico e il vigore non figurativo, permeato da realismo onirico, si colloca tra le più significative voci dell'arte astratta contemporanea.
Le sue opere sono caleidoscopiche, immagini di straordinaria forma e bellezza, permeate da una acuta osservazione scientifica.

LA STERILIZZAZIONE NON VOLONTARIA

1. L'emergere del problema ai nostri giorni

Negli ultimi mesi si è diffusa nella società civile, e non solo in quella italiana, la conturbante consapevolezza che anche in anni non lontani da quelli in cui stiamo vivendo si è avuto un ampio ricorso a forme, più o meno mascherate, di sterilizzazione forzata, imposta o comunque praticata a carico di soggetti particolarmente «deboli», come ad es. donne portatrici di handicap psicofisici o sofferenti per malattie mentali. Grazie anche ad accurate e coraggiose campagne di stampa, è emerso che sono stati numerosi gli Stati (dalla Svezia all'Austria, dalla Svizzera agli USA) che hanno praticato forme di sterilizzazione coattiva (abbandonate non prima del 1976 in Norvegia e del 1977 in Belgio); si è rilevata altresì l'entità numerica del fenomeno, purtroppo molto elevata. I dati che sono stati raccolti e che possono essere ritenuti attendibili vanno dal 1928 fino almeno al 1977. Per quel che riguarda in particolare il nostro paese, va ricordato che è stata attivata una indagine conoscitiva da parte della CGIL, dalla quale risulta che almeno in 107 casi in Italia, sarebbe stata chiesta a delle donne una certificazione di avvenuta sterilizzazione quale condizione di assunzione al lavoro.[1)]

Pur con la necessaria cautela nella valutazione dei dati sopra sommariamente riportati e quindi del fenomeno sottostante, tenendo anche conto di possibili imprecisioni della stampa, quanto riportato suscita preoccupazioni e alimenta ipotesi che necessitano di più approfondita riflessione. Infatti sembra che l'opinione pubblica non sia stata posta in grado di procedere ad una valutazione adeguata del problema per quelle che sono le sue valenze mediche, né meno che mai per le sue ricadute sul piano della personalità e su quello ancor più generale della bioetica.

Quando si citano episodi di sterilizzazione forzata, ci si trova in genere, dopo un breve quanto storicamente problematico e comunque insufficiente raffronto o rimando all'ideologia nazionalsocialista e agli effetti che essa ha avuto negli Stati sopra citati (ciò che già non sarebbe comunque sostenibile per gli USA o per la Svizzera), di fronte, per dir così, a due costanti. Da una parte il fenomeno viene ricondotto nell'ambito della così detta *eugenetica*; dall'altra, viene invece collocato nell'ambito della medicina: in alcuni casi è presentato come provvedimento terapeutico, per il quale è doveroso richiedere il consenso della persona o del suo tutore

---

[1)] *Il Messaggero* 18 ottobre 1997.

(quando il soggetto del provvedimento non è in grado di esprimersi o non è capace di comprensione e di autodeterminazione), in altri invece come mera pratica anticoncezionale.

Se ha, come indubbiamente ha, un «passato», è lecito chiedersi se la sterilizzazione coattiva abbia un presente e soprattutto un futuro. Ma anche sotto questo profilo, sembra che l'opinione pubblica sia disinformata, disorientata e priva quindi di adeguate capacità di valutazione.

Di sicuro interesse sono i dati e le riflessioni presentati nel Rapporto del *Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé* della Repubblica di Francia[2]. Nonostante che nella valutazione della sterilizzazione forzata venga ribadito che un eventuale giudizio di liceità è strettamente legato alle indicazioni mediche della sterilizzazione stessa come terapia, di fatto la documentazione allegata riguardante molti paesi e i dati statistici forniti evidenziano, a livelli davvero sorprendenti, come l'uso principale della sterilizzazione anche se non necessariamente coattiva sia quello di tecnica anticoncezionale. Peraltro, studiando da vicino la situazione francese e pur esplicitando che una prassi di sterilizzazione in funzione esplicitamente contraccettiva non sarebbe da ammettersi secondo l'interpretazione più comune del diritto penale, il rapporto stima in 30.000 sterilizzazioni ogni anno l'incidenza del fenomeno e aggiunge che per quanto le indicazioni per cui si ricorre alla sterilizzazione siano molto confuse, appare fuori questione che è molto elevato il numero di quelle cui si ricorre per finalità anticoncezionali.

Dopo una disamina del problema dal punto di vista medico, il citato Rapporto, facendo riferimento al codice di deontologia medica del 1995, art. 41, ricorda che la sterilizzazione è prevalentemente un atto chirurgico che comporta una mutilazione. Pertanto la sua liceità è legata a diverse condizioni, tra cui sono imprescindibili la presenza di una ragione stringente di ordine medico e l'informazione completa oltre che il consenso dell'interessato, salvo eccezionali casi di urgenza o di impossibilità ad ottenere il consenso. Ora è piuttosto raro che si verifichino queste condizioni e comunque è da escludere che una sterilizzazione in ottica contraccettiva possa essere ritenuta urgente. Il documento poi procede proponendo alcune riflessioni che riguardano proprio il consenso e la motivazione. Da questo punto di vista il Comitato parla del caso di sterilizzazioni sollecitate da una terza persona per soggetti stimati incapaci di *allevare* figli. È chiaro che si tratta anche qui per lo più di portatori di handicap psicofisici o di malati mentali. Il Rapporto fa anche cenno alla possibilità, alla quale peraltro già si

---

[2] COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, *La stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive*, Rapport n.50, 3 avril 1996. Ma il problema specifico della sterilizzazione su malati psichiatrici era stato trattato dallo stesso Comitato in un documento a parte: *l'avis* n. 49.

ricorre in alcuni paesi, di legittimare la sterilizzazione forzata in situazioni molto peculiari, p.es. a carico di colpevoli di delitti sessuali.

Riprendendo la Raccomandazione n. 49, il Comitato francese, dopo aver discusso se e in che misura la sterilizzazione può essere considerata come un attentato all'integrità del corpo, ripropone le condizioni che potrebbero rendere lecita una sterilizzazione coattiva soprattutto per i malati mentali e gli handicappati. Nelle conclusioni, esponendo le diverse posizioni e ribadendo la propria incompetenza a dirimere il problema, cita anche la possibilità che, posti determinati dispositivi giuridici estremamente chiari e tenendo conto delle evoluzioni sociali e antropologiche, si possa ridiscutere la possibilità della sterilizzazione forzata in riguardo di condizioni particolari come appunto quelle degli handicappati e dei pazienti psichiatrici.

Non trattato fino ad oggi nel contesto italiano, il problema riveste un'attualità non procrastinabile, se consideriamo che esso è stato oggetto di riflessione e di risposte (peraltro non sempre esaurienti) in numerosi documenti internazionali nel contesto dell'esame dei problemi riguardanti i malati mentali[3], fino ad una *Risoluzione* del Parlamento europeo sui diritti dei minorati mentali (16 settembre 1992), che al punto 7 indica le condizioni alle quali una persona, incapace di intendere e di volere, possa essere sterilizzata senza il suo consenso.

Sembra che il materiale internazionale al riguardo e in special modo la citata *Risoluzione* si ispirino principalmente a due finalità:

1° consentire al minorato mentale una vita sessuale «protetta», da cui non conseguano cioè «effetti indesiderati» (= gravidanze) che egli non è in grado di prevedere e tanto meno di gestire (in quanto privo delle necessarie capacità di discriminazione e di scelta) e che, quindi, comporterebbero complicazioni dannose alla stessa salute mentale del soggetto;

2° rispondere alle problematiche sociali e alle preoccupazioni espresse dai familiari a proposito dell'esercizio della sessualità da parte di malati psichiatrici.

È utile infine ricordare che in data 3 dicembre 1997 il Consiglio d'Europa si è fatto promotore di una indagine conoscitiva in ordine alla sterilizzazione di malati mentali, volta ad acquisire sia i dati empirici in materia che le valutazioni bioetiche prevalenti nei singoli paesi europei. Il *Comitato Nazionale per la Bioetica* intende, con questo breve documento, prendere posizione in modo esplicito su questo tema, tragico e obiettivamente complesso.

---

[3] Dichiarazione delle Hawaii (1977); Principles of Medical Ethics of the American Psychiatric Association; Dichiarazione delle Nazioni Unite sui diritti del disabile mentale (1975); Raccomandazioni del Consiglio.

2. Aspetti tecnici della sterilizzazione contraccettiva

Le condizioni e le conseguenze degli interventi di sterilizzazione contraccettiva debbono essere considerate in modo differenziato per la femmina o per il maschio.

2.1. *La sterilizzazione della donna*

La sterilizzazione si configura come un intervento chirurgico che richiede di essere praticato in anestesia e che determina la sezione, la legatura o l'ostruzione delle tube. Dal punto di vista della attendibilità contraccettiva queste pratiche presentano una soglia molto bassa di fallimento (ca. 1% di gravidanze dopo l'intervento). La possibilità di un recupero della capacità di procreare richiede un nuovo e delicato intervento di microchirurgia. I fattori che concorrono a determinare il successo di questo nuovo intervento e quindi la probabilità della gravidanza e del parto sono numerosi (in primo luogo, l'età della donna, che viene indicato come il fattore più rilevante) e comunque la probabilità di successo viene indicata da studi recenti[4] tra il 60% e l'80%.

Il problema sembrerebbe però oggi ridimensionato, sotto il puro aspetto tecnico, dalla possibilità di utilizzare la fecondazione assistita, anche se, ad avviso di alcuni, sotto il profilo strettamente bioetico, questa prassi dovrebbe essere riservata a casi di infertilità dovuti a cause patologiche clinicamente diagnosticate. In ogni caso questa impostazione trascura il pur fondamentale elemento della storia personale e del contesto culturale in cui l'evento concezione/gravidanza/maternità viene vissuto dalla donna.

2.2 *La sterilizzazione dell'uomo*

La sterilizzazione (coattiva o non) nel maschio riveste alcuni aspetti particolari che la differenziano da quella femminile.

Premesso che nella donna la sterilizzazione è sempre ed esclusivamente finalizzata alla contraccezione, sia pure per vari motivi, nel maschio essa può essere finalizzata anche alla privazione dell'attività sessuale. In questi casi, più che di sterilizzazione, si deve parlare di castrazione (chimica o chirurgica). Quest'ultima può essere praticata non solo per scopi terapeutici (p.es. nel cancro alla prostata, il che ovviamente non crea problemi bioetici), ma anche per finalità punitive (a carico di colpevoli di delitti a sfondo sessuale) o di prevenzione dei reati (in casi di delinquenza sessuale abituale). In ipotesi di quest'ultimo genere la sterilizzazione è in

---

[4] Dubuisson J.B., Chapron C., Nos C., Morice P., Aubiot F.-X., Gariner P., *Sterilization reversal: fertility results*, in "Human Reproduction", 1995, 10, 5: 1145-1151.

genere forzata, anche se in qualche caso essa può essere richiesta dal reo (che speri in tal modo di evitare condanne penali detentive per lui maggiormente onerose). Questa pratica è posta in essere solo in pochi paesi del mondo e viene in genere presentata e difesa come avente un carattere terapeutico e sociale, ma non propriamente penale.

La sterilizzazione invece, intesa come semplice privazione della *potentia generandi*, viene praticata essenzialmente per scopi contraccettivi con un rapporto percentuale (su scala mondiale) di 1:3 rispetto alle donne. I maggiori problemi etici si pongono tuttavia quando essa venga praticata per motivi eugenetici (su malati di mente o portatori di handicap), demografici o razziali. In quest'ultimo caso essa potrebbe configurarsi alla stregua di un vero e proprio genocidio (se non di fatto almeno nelle intenzioni di chi la promuove).

Da un punto di vista tecnico la sterilizzazione maschile può essere attuata con metodologie mediche (inibizione ormonale o chimica della spermatogenesi o della funzione spermatica, uso di vaccini) o chirurgiche (vasectomia), che nel mondo è la tecnica più praticata. Per quanto riguarda il problema della «reversibilità» della vasectomia, se il successo di tale reversibilità viene inteso in senso anatomico, cioè il ristabilimento delle pervietà dei deferenti, le attuali tecniche di microchirurgia lo assicurano in una percentuale intorno al 90% (Silber).

Assai diverso è invece il dato se si considera il ripristino della fertilità. Infatti – e si individua qui un'altra differenza rispetto all'analogo processo nella donna – nel periodo di ostruzione dei dotti gli spermatozoi possono andare incontro ad alterazioni della loro capacità fecondante. Ciò avviene in conseguenza di vari fattori, tra cui danni più o meno permanenti degli epididimi, formazione di anticorpi e di complessi immuni circolanti, ecc. in rapporto anche alla durata ed alla sede della ostruzione.

Sebbene non esistano dati precisi in merito, si stima che il recupero della fertilità dopo ricanalizzazione non superi il 50% entro i 10 anni.

Sul piano eminentemente pratico, per quanto riguarda la sterilizzazione maschile, sussistono, come accennato, peculiari differenze rispetto a quanto praticato sulla donna. Nel maschio, il concetto di perdita della capacità riproduttiva è quasi sempre associato (sia pure impropriamente) a quello di impotenza e, pertanto, il consenso all'atto è spesso viziato da questo timore di fondo. In secondo luogo, la vasectomia può essere irreversibile, nonostante la eventuale ricanalizzazione, la quale può dare luogo alla formazione di anticorpi e di complessi immuni circolanti. Valga, come esempio di tali difficoltà, quanto accaduto in India nei primi anni '80, ove fu attuato un gigantesco programma di sterilizzazione maschile di massa (tra l'altro su strati di popolazione di scarsissimo patrimonio culturale ed economico e soggetti al plagio di una remunerazione finanziaria per l'in-

tervento). A distanza di qualche tempo, la presa di coscienza della perdita della capacità riproduttiva (sempre associata al timore di impotenza), portò ad una rivolta di massa che provocò la caduta del Governo in carica che aveva promosso la campagna.

Per quanto riguarda la sterilizzazione «chimica», oltre che lunga ed indaginosa, non sono ancora chiariti a sufficienza gli eventuali effetti secondari sulla funzione gonadica globale e su altri sistemi d'organo.

A parte quindi la sterilizzazione coattiva, che comporta problemi etico-legali particolari – quella volontaria presuppone la accurata e doverosa informazione del soggetto interessato. Ciò vale anche per la castrazione, se praticata per scopi medici, mentre, se coattiva, sussistono solo gli interrogativi etici che formano l'argomento del presente documento.

3. Profili giuridici

3.1 *Il problema della liceità giuridica della sterilizzazione volontaria*

La considerazione della sterilizzazione volontaria alla stregua di una pratica sociale giuridicamente lecita (e al limite auspicabile) è relativamente recente ed è sempre stata (come è facile immaginare) molto controversa. La sterilizzazione chirurgica del maschio fu introdotta negli USA da Sharp nel 1897 e venne all'inizio pensata a partire da indicazioni di carattere eugenetico, come quella di evitare il propagarsi di malattie ereditarie, soprattutto mentali, e strettamente limitata ad esse; indicazioni pensate, evidentemente, come tali da legittimarla pienamente sul piano psicologico e sociale. Ma naturalmente la pratica si è poi diffusa o comunque è stata rivendicata al di là della sua (eventuale) funzione terapeutica, per finalità antiprocreative.

Attualmente, in Europa e Nord America, la sterilizzazione volontaria è generalmente ritenuta legale, tranne che in alcuni Paesi, come la Francia, in cui peraltro è ampiamente tollerata. In Asia, molti Paesi hanno programmi governativi di sterilizzazione, eccetto in Birmania ed in Vietnam, dove esistono alcune restrizioni. In Africa la sterilizzazione è illegale in un terzo delle Nazioni. Va infine rimarcato, sul piano religioso, che le tre religioni monoteistiche si pronunciano in linea di principio contro la sterilizzazione e che questo dato possiede una sua indubbia rilevanza anche per la valutazione giuridica del tema.

In Italia non esiste una normativa esplicita in materia, anche se, ad avviso di molti giuristi, in base a indicazioni giurisprudenziali della Corte di Cassazione, la si dovrebbe ritenere giuridicamente lecita. Con la abrogazione dell'art. 552 c.p. (procurata impotenza alla procreazione) prodotta dall'art. 22 della legge 22 maggio 1978, n. 194, è infatti venuta meno la

specifica previsione penalistica, a suo tempo inquadrata tra i delitti contro la sanità e la integrità della stirpe (alla stessa stregua dei reati di aborto, di contagio venereo, di promozione delle attività contraccettive). Ciò ha determinato un vuoto legislativo per quanto attiene la illiceità del fatto; rimangono tuttavia nel nostro ordinamento norme penali e civili (rispettivamente gli artt. 582 e 583 del codice penale e l'art. 5 del codice civile) che possono dar luogo a differenziate interpretazioni circa il perdurare o meno di ostacoli normativi alla sterilizzazione permanente non terapeutica. La dottrina si è divisa, specie nel periodo immediatamente successivo all'abrogazione delle già citate norme del codice penale, ed è prevalso nell'ultimo periodo un orientamento permissivo relativamente agli interventi di sterilizzazione volontaria non terapeutica. Rimane comunque un deprecabile vuoto legislativo, in quanto i pur diversi progetti di legge in merito, presentati in Parlamento, non hanno avuto ancora alcun esito.

3.2. *Inquadramento medico-legale del problema della sterilizzazione coattiva*

La sterilizzazione, realizzata nell'uomo e nella donna, contro e senza il consenso delle persone, costituisce reato previsto dal nostro ordinamento penale alla stregua di lesione personale gravissima (art. 583, II° comma, c.p.).

È da ritenere illecita ogni forma di sterilizzazione coattiva anche se diretta al contenimento di fenomeni sociali o individuali, capaci gli uni di realizzare grave turbamento per l'equilibrio demografico (come in paesi ad altissimo tasso di incremento della popolazione nei quali la pressione incentivante su comunità e individui equivale sostanzialmente alla coazione), gli altri ad inibire la funzione procreativa in soggetti portatori di tare ereditarie trasmissibili o ad attenuare la libido in soggetti inclini alla violenza sessuale.

Altrove, come si è visto, la perpetrazione anche sistematica di siffatte iniziative è stata ed è forse ancora resa possibile da norme o da indirizzi politici assolutamente estranei alla nostra civiltà giuridica.

Anche la ipotesi della sterilizzazione di un singolo soggetto al fine di evitare un danno immanente per la integrità personale (e cioè di «salvare da un pericolo attuale di un danno grave alla persona» dell'interessato o di altri, secondo quanto dispone l'art. 54 c.p.) non è ammissibile se dispiegata nella forma coattiva ove si tenga presente quanto dispone l'art. 32 cpv. Cost. che vieta trattamenti sanitari obbligatori se non specificamente previsti dalla legge; realizzandosi così una situazione di assoluta preclusione ipoteticamente superabile solo attraverso un improbabile e comunque non auspicabile intervento legislativo tale da prevedere il ricorso ad uno specifico Trattamento Sanitario Obbligatorio ai sensi dell'art. 33 della L. 23 dicembre 1978, n. 833.

4. Valutazione bioetica della sterilizzazione terapeutica

È evidente, come già si è accennato, che la sterilizzazione motivata da indicazioni strettamente terapeutiche non crea alcun problema bioetico particolare, se non quelli tipici relativi ad ogni atto medico (tra cui spicca in particolare quello del consenso informato).

È possibile dire che per la sterilizzazione terapeutica vi è un consenso generalizzato circa la sua liceità, a condizione che:

– si tratti di un intervento necessario, nel senso che non sia possibile ricorrere ad altra pratica terapeutica che sia meno lesiva;

– i danni debbono essere proporzionati ai benefici attesi e prevedibili;

– deve esserci il consenso reale, personale e specifico del soggetto interessato o, nella impossibilità, (es. interdizione legale, problemi mentali) del legale rappresentante o giudice tutore;

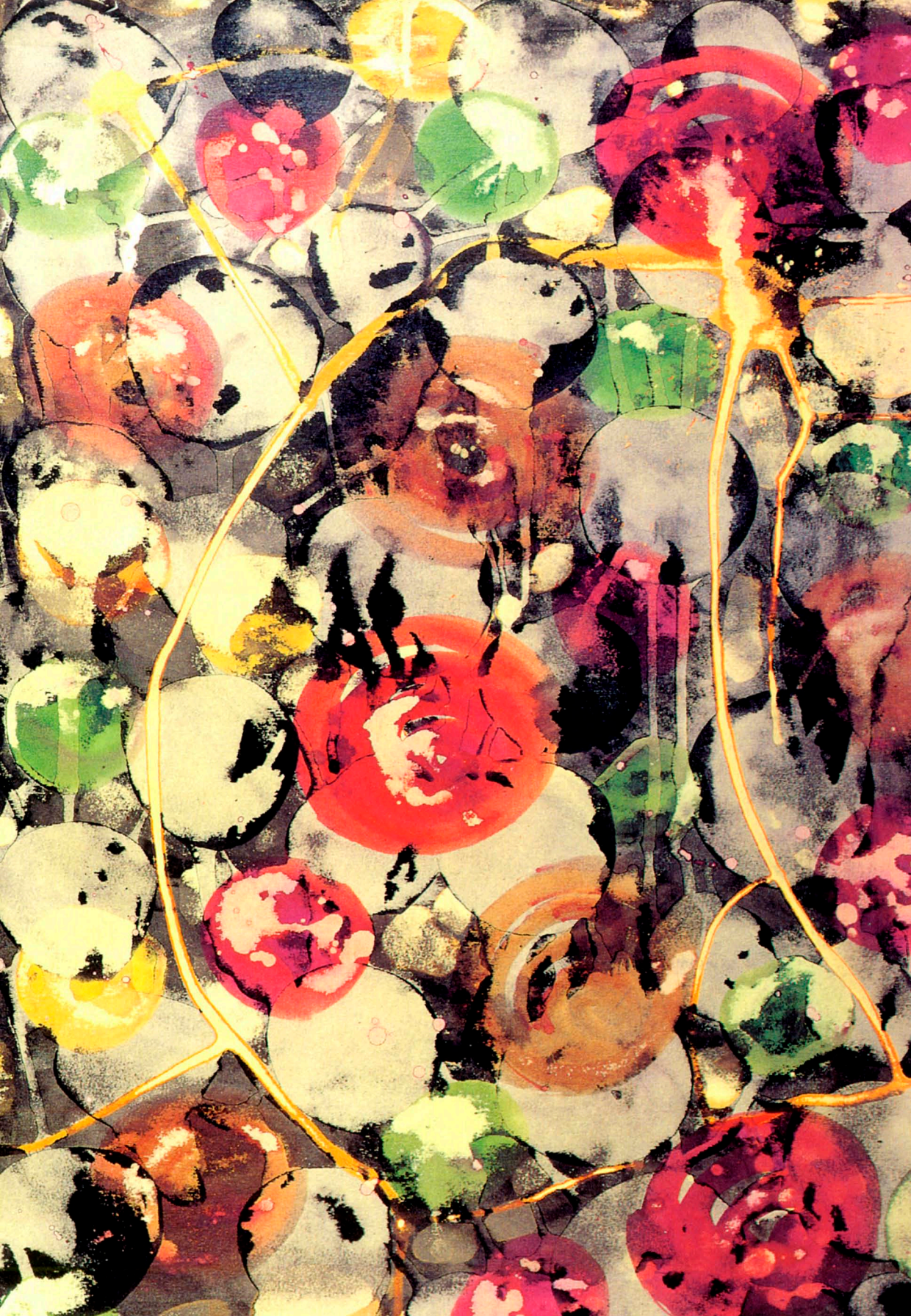
– anche in casi urgenti, ove il paziente sia impossibilitato a fornire il proprio consenso (ad es. in stati di incoscienza), deve esserci un consenso ragionevolmente presunto.

Il CNB è consapevole che, in particolare nel caso dei disabili, il riscontro delle condizioni appena esposte, e soprattutto quello della sussistenza del loro consenso, può essere molto complesso. Così come può essere molto complesso stabilire se il trattamento terapeutico effettuato nei loro confronti può essere ritenuto terapeutico proprio e solo perché sterilizzante, o piuttosto se l'effetto sterilizzante debba essere ritenuto alla stregua di una conseguenza del trattamento stesso, a volte prevista e esplicitamente voluta, ma non come sterilizzazione, bensì come unica terapia adeguata per il caso concreto. Il CNB ritiene che non sia possibile inoltrarsi ulteriormente in una simile casistica; consapevole però di quanto il problema sia delicato, auspica che casi del genere vengano sempre sottoposti alla valutazione di un Comitato etico indipendente.

Diverso il discorso da fare per la sterilizzazione volontaria per fini anticoncezionali: tema complesso, anche sul piano strettamente giuridico, e nel quale il CNB non intende entrare in questo documento, riservandosi di analizzarla successivamente. In queste pagine si vuol riflettere solo sul problema della sterilizzazione forzata e in particolare sugli argomenti elaborati per giustificarla.

5. Profilo bioetico della sterilizzazione forzata

Il principio bioetico fondamentale sul quale radicare la riflessione della eticità della sterilizzazione forzata non può che essere quello della *intangibilità del corpo*, principio che dovrebbe rendere assolutamente ille-



Remo De Angelis, composizione n. 9 della serie «Il mondo della scienza: strutture molecolari» (1989). Coll. privata, Terni.

L'energia del disegno cromatico deriva dalla acuta penetrazione
degli aspetti del cosmo.
In tutte le sue opere, negli ultimi dieci anni, la formazione scientifica
rimane uno degli elementi dominanti.
La sensibilità ferma, penetrante e talvolta complice con cui egli ha percorso
le tappe del suo itinerario artistico è la conferma di uno spirito aperto al
complesso mondo della scienza. E la prospettiva della realtà cosmica
nel divenire umano si è completamente dischiusa dinanzi ai suoi occhi pronti
a cogliere oniricamente il palpito di ogni molecola vitale.

cito ogni intervento sul corpo stesso se non, ad avviso di alcuni, per adeguate ragioni di bene comune. Resta da valutare se la pratica della sterilizzazione contraddica realmente questo principio e se tali ragioni abbiano comunque una forza tale da rendere lecita l'eccezione a questo principio bioetico di carattere generale.

5.1. *Analisi del problema: il rapporto corpo/psiche*

Non può certo limitarsi al corpo fisico, all'anatomia ed alla funzione dell'organo, deve considerare la corporeità come relazione corpo/personalità e con la corporeità il vissuto della sensualità. Nella relazione corpo/personalità avviene lo sviluppo psicosessuale, si costruisce l'individuale identità, l'individuo matura facoltà psicosociogenetiche. Nella sessualità è potenziale la procreazione, evento transizionale del ciclo vitale umano, fase della generatività secondo la teoria epigenetica di Erikson. Nel vissuto della sessualità è implicito il vissuto della procreazione, che – dice Erikson – si concepisce o non si concepisce un bambino. L'identità personale a livello cognitivo e forse ancor di più a livello emotivo comprende un aspetto psicosessuale, in cui l'idea della possibile capacità procreativa è integrante e fondamentale. La dimensione corporea non è vissuta tanto come mera registrazione di un'architettura anatomica e delle sue modificazioni, quanto come rappresentazione mentale del corpo. Questa immagine del corpo o Io-corporeo, mentre si fonda sugli aspetti biologici e li comprende, tuttavia li assume in una totalità molto più dinamicamente complessa e articolata. In quest'ottica l'immagine del corpo è uno dei più importanti registri attraverso cui viene memorizzata la storia personale e relazionale del soggetto. Questa dinamica coinvolge in misura molto ampia, anche se non quantificabile, quella dimensione della mente che si suole chiamare dell'*immaginario*, al quale sono riferite anche le dinamiche inconsce della personalità. Ora dopo Freud, nessuno può mettere in dubbio la rilevanza e l'incidenza della sessualità a livello inconscio. È molto difficile anche solo ipotizzare l'effetto negativo sulla percezione di sé, sull'autostima, sui potenziali relazionali, che una sterilizzazione forzata può avere su soggetti handicappati o malati mentali. È noto ampiamente che né le limitazioni delle capacità cognitive legate all'handicap né quelle comunicative legate alle malattie mentali sono sufficienti per ipotizzare che per lo meno a livello fantasmatico non vi sia una reale vita sessuale indipendentemente dalla consapevolezza che i soggetti presentano di questa dimensione. Numerosi lavori eseguiti con linguaggi non verbali come pure l'analisi di contenuti onirici e di espressioni variamente creative in questi soggetti hanno dimostrato non solo che essi hanno una vita sessuale, ma quanta importanza assuma per essi l'immagine del corpo nella sua integrità di potenzialità per il mantenimento o lo sviluppo dell'affettività, dei processi

di socializzazione e, in definitiva, per quel livello di autonomia e di benessere che è l'obiettivo proprio del processo di cura dell'handicap e della malattia mentale in un'ottica riabilitativa psicosociale.

L'impostazione comunemente data al problema della sterilizzazione dei disabili, avulso dai fattori soggettivi, dalla personalità e dai contesti culturali (quali la rilevanza relazionale della castrazione degli uomini o della sterilizzazione delle donne), porta a chiedersi se essa non nasconda una inaccettabile concezione dell'handicap e della malattia mentale, che conclude nel convincimento della incurabilità di queste patologie e, nel caso dell'handicap, in una visione arbitrariamente riduttiva del processo di riabilitazione psicosociale.

Né dovrebbero essere sottovalutate due considerazioni psicosociali, ancor prima che bioetiche, che si pongono con forza:

a) appare comprovato che, da un punto di vista statistico, la sterilizzazione coattiva riguarda soprattutto le donne: quanto una legittimazione di questa prassi rappresenta una lesione del diritto alla pari dignità delle persone indipendentemente dal sesso, rafforzando indirettamente una mentalità sessista?

b) come non vedere il gravissimo rischio che alle ipotesi di legittimazione della sterilizzazione o della castrazione forzate sia sottesa una grave ambiguità, e cioè che sotto l'apparenza del bene della persona, si ricerchi invece la soluzione di problemi sociali, economici e culturali?

5.2. *La sterilizzazione forzata dei disabili*

Le considerazioni di carattere psico-antropologico finora svolte vanno a questo punto riassunte in un quadro esplicitamente bioetico. Il CNB ritiene unanimemente che la sterilizzazione forzata dei disabili non possa avere alcuna giustificazione bioetica. In particolare, quando questo intento sia esplicitamente eugenetico esso appare inaccettabile da parte di una cultura, come la nostra, che non solo attraverso la via della riflessione, ma a prezzo anche di dure esperienze storiche ha interiorizzato l'assoluto rispetto che è dovuto alla persona umana in tutte le situazioni in cui essa possa venirsi a trovare, e in particolare in quelle situazioni limite, come la malattia o l'handicap, che possono renderla estremamente fragile e bisognosa di protezione.

La sterilizzazione di un disabile, che non presenti altre patologie oltre a quelle riconnesse alla sua condizione di disabile, anziché avere una motivazione terapeutica, e possedere quindi il carattere di una pratica posta in essere *per il bene della persona,* va piuttosto ricondotta ad una diversa giustificazione, quella di far realizzare consistenti risparmi in termini di assistenza ai disabili alle istituzioni e più in generale ai soggetti su cui graverebbe tale onere. Si ottiene in tal modo un esito duplicemente perverso: si

colpisce il disabile nella sua fisicità, attivando in lui reazioni, sul piano globale della sua identità personale, estremamente gravi e obiettivamente *anti-terapeutiche* (come si è spiegato in precedenza); e si avalla una obliqua forma di disimpegno da parte della collettività nei confronti di soggetti che nel nome del diritto fondamentale alla salute possono pretendere che venga posto in essere un autentico trattamento a loro sostegno e non indirette tecniche di controllo della loro sessualità.

Si sostiene da parte di alcuni che comunque la sterilizzazione dei disabili va a loro beneficio, consentendo un esercizio della sessualità, liberato dal rischio della procreazione. L'argomentazione ci porta su di un piano diverso da quello affrontato in questo documento: non c'è infatti dubbio alcuno che l'esercizio della sessualità, più o meno protetto dal punto di vista anticoncezionale, da parte di un disabile capace di intendere e di volere non rientra nella problematica della *sterilizzazione forzata*; così come è fuor di dubbio che il disabile ove possieda una sua sia pur limitata capacità ha il diritto di esercitarla anche per quel che concerne l'uso della sua sessualità. Completamente diverso invece è il discorso che qui si intende fare e che concerne disabili assolutamente incapaci di gestire in modo personale la propria vita sessuale e che di conseguenza hanno il diritto a essere protetti da parte della società contro ogni pratica (ivi comprese quelle sessuali) che anche se apparentemente a loro accetta e rispondente a una esigenza fisiologica (come quella sessuale) possa, anziché realizzare il loro miglior interesse, nascondere vere e proprie forme di asservimento e/o di sfruttamento sessuale.

5.3. *Sulla coazione e sulla sua estensione a soggetti sani*

Le riflessioni finora presentate concernono specificamente il problema della sterilizzazione forzata di soggetti disabili. Tuttavia andrebbe tenuto presente che, come ampiamente noto, vi sono governi che hanno applicato politiche di sterilizzazione a soggetti sani (p. es. l'India o la Repubblica Popolare Cinese). Il fatto, peraltro, che il mercato del lavoro cerchi (illegalmente) di garantirsi contro gravidanze indesiderate delle donne lavoratrici selezionando per l'assunzione quelle che si siano fatte «volontariamente» sterilizzare ci induce a una riflessione ulteriore sul concetto stesso di coazione.

Infatti dobbiamo prendere atto che non esiste una sola forma di coazione, quella legittimata da una figura legalmente autorizzata a dare il consenso o comunque a prendere iniziative al posto di un soggetto ritenuto incapace di comprensione e di autodeterminazione. Esiste anche una diversa forma di coazione, costituita dalle pressioni che a diversi livelli – da quello economico a quello della emarginazione o della stigmatizzazione psicologica e socioculturale – possono incidere notevolmente sulle perso-

ne, fino a configurarsi psicologicamente come autentiche forme di coazione. Laddove, infatti, si determina una pressione che viene esercitata colpendo aspetti essenziali della dignità e delle condizioni di autonomia della personalità, non può presumersi un livello sufficiente di libertà generalizzato, in quanto quest'ultimo richiederebbe una struttura della personalità e delle risorse che non possono essere date per scontate e neppure per maggioritarie statisticamente.

Benché non siamo ancora in possesso di dati organizzati, tuttavia andrebbe appurato quanto sia presente – forse anche nel nostro paese – una pressione in questa direzione, eventualmente rivolta ad immigrati o a soggetti di classi più deboli economicamente e culturalmente, laddove da più fonti è stato fatto rilevare come la fertilità o la eventualità di una gravidanza (p. es. donne sposate da poco tempo) abbia già costituito un fattore discriminante per l'assunzione sul lavoro nell'ambito privato.

5.4. *La sterilizzazione come pena criminale*

La storia del diritto penale ci fornisce innumerevoli esempi di pene corporali, tra cui non manca quella della castrazione (intesa -come già si è avvertito in precedenza- come l'abolizione temporanea o permanente della capacità al coito, che oggi può realizzarsi in modo non cruento, attraverso interventi farmacologici). Se come *pena* la castrazione è scomparsa nel diritto penale moderno, essa però potrebbe restare come auspicabile – almeno da parte di alcuni – *misura di sicurezza*, da far comunque deliberare e infliggere da parte di una autorità giudiziaria. Indipendentemente comunque dal riferimento a quella che è la *prassi* dei sistemi penali (che in linea di principio potrebbe mutare anche in tempi brevi, come è dimostrato dalla inaspettata reintroduzione nel nostro secolo della pena di morte in ordinamenti giuridici che l'avevano abolita e – si riteneva – per sempre), è opportuno elaborare al riguardo alcune considerazioni di carattere strettamente bioetico.

In base a una prima ed elementare riflessione, appare evidente che nessuna forma di castrazione forzata con finalità di tipo punitivo può ormai essere giustificata eticamente. La teoria e la prassi del diritto penale moderno rigettano le pene corporali, non solo in quanto non coerenti col rispetto della dignità del reo, ma anche in quanto non produttive di alcun autentico effetto sanzionatorio sull' «animo» del reo. Particolarmente barbara, del resto, e legata ad una primitiva esigenza di contrappasso e di vendetta, appare l'idea che i reati sessuali debbano essere puniti castrando i colpevoli.

Diverso naturalmente l'argomentare di chi sostiene che la castrazione di coloro che, avendo compiuto reati sessuali, siano portatori di un elevato grado di pericolosità sociale, sarebbe giustificata da ragioni non di caratte-

re strettamente punitivo, ma di prevenzione e difesa sociale. A fondamento di questo modo di ragionare, si pone evidentemente il convincimento che la castrazione coattiva, a carico di rei, non violi affatto la dignità umana o comunque colpisca soggetti, come appunto i rei, che proprio a causa del loro reato questa dignità l'avrebbero irrimediabilmente perduta. A fronte di queste argomentazioni, il CNB ribadisce che principio bioetico fondamentale è che la dignità umana è costitutiva dell'essere dell'uomo e che nessuna colpa, nemmeno la più grave, può comprometterla al punto da autorizzare pratiche lesive nei suoi confronti. Contro la castrazione come sanzione criminale valgono quindi, ad avviso del CNB, le medesime argomentazioni comunemente portate contro la morte come pena.

Consapevole comunque di come questa affermazione in ordine alla inviolabilità della dignità dell'uomo possa essere ritenuta da alcuni non concludente, il CNB ritiene opportuno utilizzarne anche un'altra, rilevando che se da una parte è indubbio che è utile massimizzare la difesa sociale nei confronti di criminali potenziali o che già abbiano dato prova della loro pericolosità, non è però irrilevante eticamente il modo in cui tale difesa venga praticata e promossa. Una difesa sociale che si realizzasse attraverso una vistosa aggressione del corpo del reo, come indubbiamente è la castrazione, se anche potrebbe ottenere effetti di carattere difensivo, sulla cui consistenza peraltro non si hanno dati adeguati, dall'altra affiderebbe allo Stato un potere di intervento sulla persona dei cittadini, di cui non si conosce praticamente l'eguale e che altererebbe radicalmente l'immagine doverosamente limitata dei poteri pubblici, su cui si fonda tutta la teoria e la pratica dello Stato di diritto. Il no bioetico alla castrazione penale equivale ad un forte ammonimento a che lo Stato predisponga tecniche di difesa sociale di carattere non penale, anche attraverso adeguati investimenti di risorse economiche, eventualmente onerose, ma che troverebbero comunque il loro rientro in una maggiore umanizzazione della società civile, posta invece gravemente a rischio da un sistema di controllo sociale, fondato esclusivamente sull'incrudelimento delle sanzioni giudiziarie.

5.5. *La castrazione richiesta dal reo*

Una considerazione molto rapida merita un'ipotesi casistica, della quale però si è parlato alcune volte: quella per la quale sia lo stesso reo, giudicato responsabile di reati a sfondo sessuale, a richiedere la castrazione. In generale, dietro una simile richiesta da parte del reo si vuole vedere la sua buona intenzione di essere aiutato a non cadere più in analoghi comportamenti criminosi. Ad avviso di alcuni, il fatto che la richiesta di castrazione provenga dalla stessa persona che dovrebbe essere assoggettata alla pratica le fornirebbe una sufficiente giustificazione.

A giudizio del CNB, invece, una richiesta del genere non può avere alcuna giustificazione bioetica e per diverse ragioni.

Si può, in via preliminare, ricordare che il principio generale della intangibilità del corpo della persona, di *ogni persona*, quali che siano le sue colpe, anche di carattere criminale, vale anche nel caso in cui sia la persona stessa a chiedere di essere sterilizzata. All'obiezione secondo la quale questa castrazione andrebbe in fondo assimilata ad una pratica *terapeutica*, va risposto innanzi tutto che resta assolutamente non determinato, in ipotesi del genere, quello che è il problema cruciale e cioè quanto davvero si possa «terapeuticamente» reprimere la «pulsione criminale» con un intervento strettamente fisico, come la castrazione, quasi che la radice della criminalità possieda un'esclusiva matrice biologica. L'idea di ridonare l'innocenza a chi si sia macchiato di colpe di carattere sessuale e ne porti la responsabilità penale con un intervento sul suo fisico apre la stura a tentazioni similari per qualsiasi altro tipo di reato: resterebbe solo da determinare su quale parte del corpo (gli arti? o qualche locazione particolare del cervello?) si potrebbe legittimamente intervenire, per sradicare dal reo la sua tendenza a delinquere.

In secondo luogo va considerato quanto difficilmente una simile richiesta possa essere ritenuta autentica. Essa è quasi sempre mistificata e mistificante: nasconde per lo più o il desiderio del reo di ottenere una rapidissima riabilitazione sociale e di essere sottratto a una pena criminale da lui ritenuta – a torto o a ragione – più afflittiva della castrazione stessa, o – ipotesi ancor più grave e, si spera, più rara – l'indebita pressione sui rei di un sistema penale, che vuol ridurre gli oneri inevitabili nel sistema delle pene detentive e cerca di risolvere con arbitrarie scorciatoie casi criminali che in genere molto turbano l'opinione pubblica e che gestiti col ricorso generalizzato alla castrazione dei colpevoli sembra possano maggiormente soddisfare l'istinto vendicativo sempre latente purtroppo in seno alla società. In un caso come nell'altro il valore bioetico di una simile prassi sarebbe evidentemente nullo.

BREVE SINTESI DELL'AVIS: «LA CONTRACEPTION CHEZ LES PERSONNES HANDICAPPÉES MENTALES» (AVIS. RAPPORT, N. 49 - 3 AVRIL 1996)

La questione della sterilizzazione di persone con handicap mentale si presenta come un problema molto complesso non solo per la gravità che una tale evenienza comunque presenta, ma anche per la difficoltà di disporre di una valutazione rigorosa delle varie situazioni da considerare, per un comune sentire oggi più sensibile al rispetto delle persone con handicap e dei loro diritti, per il coinvolgimento emotivo che la storia di questi pazienti e delle loro famiglie suscita, nonché per il richiamo alla sterilizzazione eugenetica che tali pratiche inevitabilmente evocano.

La finalità che la sterilizzazione di persone disabili mentali si propone, è quella di assicurare loro una contraccezione valida: la possibilità peraltro di una contraccezione ormonale oggi disponibile, riduce ad una evenienza eccezionale il ricorso a tale tecnica estrema. Pur con queste limitazioni la complessità del problema è tale che, riducendolo alla sola discussione sulla opportunità o meno della sterilizzazione, si rischia di non avere presente il quadro generale di disagio di queste famiglie. Si percepisce pertanto la necessità di una visione ravvicinata, caso per caso, tante possono essere le variabili presenti, ad esempio, il grado di disabilità, il contesto famigliare di appartenenza, il contesto sociale ed economico e così via.

I principi del diritto in tema di sterilizzazione è noto che prevedono la sua attuazione solo nel quadro di una necessità terapeutica e con il consenso libero e informato dell'interessato. Tali principi vanno applicati anche nell'ambito dei disabili mentali tenendo però presente che il punto emergente da un punto di vista bioetico riguarda la difficoltà di poter disporre in queste situazioni di un consenso libero e informato del diretto interessato, dato che generalmente la domanda di sterilizzazione viene introdotta da terze persone. È così possibile che venga a mancare questo importantissimo requisito e che debbano pertanto essere previste una serie di condizioni per poter entrare nel merito di una domanda di sterilizzazione da parte di terzi. È pure ovvio che non si configura anche il requisito di necessità terapeutica, in quanto lo scopo di una sterilizzazione in queste situazioni è quello di evitare eventuali gravidanze, senza agire minimamente in modo diretto sulla malattia mentale.

La sessualità delle persone disabili mentali non è particolarmente diversa da quella della popolazione generale: una variante significativa nel comportamento può essere la mancanza di autocontrollo. Ciò però che più caratterizza la vita sessuale di queste persone, soprattutto di giovani ragazze, è la possibile esposizione alla violenza, specie sessuale, subita in ambito istituzionale o famigliare con eventuali conseguenti gravidanze, fatto quest'ultimo che può innescare nuove violenze quali ad esempio l'imposizione di un aborto.

È ovvio che una sterilizzazione in questi casi risolverebbe solo il problema gravidanza, ma non interverrebbe sul problema più ampio della violenza.

La scelta di un metodo contraccettivo ormonale nell'handicap mentale è considerata una soluzione in favore della quale giocano molti argomenti e che va comunque considerata prima di una sterilizzazione.

È evidente che anche questo tipo di scelta ha una valenza etica, comportando ogni scelta contraccettiva una opzione morale.

Come criteri generali da tenere presenti, si raccomanda di prestare la massima attenzione alla richiesta diretta dell'interessato e alla sua possibilità di formulare un consenso comprensivo della realtà che deve affrontare, e garantire una assistenza medica e contraccettiva adeguata alle difficoltà che queste situazioni necessariamente comportano.

Oltre alle considerazioni di carattere più strettamente medico, comuni alla scelta di un metodo contraccettivo, si dovrà tenere conto non solo delle caratteristiche personali di deficit, ma anche delle situazioni concrete di espressione della sessualità (vita di coppia, vita famigliare, vita istituzionale o mista). Va inoltre considerata la qualità dell'assistenza, per evitare che si possa verificare un abuso di controllo in queste pazienti. Spesso infatti, il disagio dell'entourage più che la protezione di una vita sessuale «effettiva», provoca la messa in atto «preventiva» di una contraccezione.

Nella scelta dei preparati farmacologici viene data la preferenza a metodi semplificati (assunzione delle pillole tutti i giorni per evitare dimenticanze oppure somministrazione di progestinici ritardo per iniezione ogni 3 mesi).

Il ricorso eventuale ad uno IUD, incontra un discreto numero di controindicazioni tra le quali una sterilità conseguente, evenienza più significativa dato che viene attuato in persone prevalentemente giovani e nullipare.

Nonostante queste possibilità contraccettive volte a limitare almeno la possibilità di gravidanze in situazioni particolarmente problematiche per lo stato delle persone con handicap mentali, può darsi si diano situazioni non controllabili con questi mezzi e che si ponga pertanto il problema della sterilizzazione. Tale evenienza si configura sempre come un atto grave e lesivo dell'integrità della persona e l'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa – 23 marzo 1994 – ha espressamente richiesto che nessun attacco irreversibile sia portato alle capacità riproduttive dell'individuo.

Nel rapporto francese CCNE si da ampio spazio all'iter più opportuno da seguire per garantire al meglio una tale decisione.

Data la delicatezza, complessità e responsabilità del tema si ritiene che debbano essere più persone particolarmente esperte dei problemi dell'handicap mentale: medici (neurologi, ginecologi, psichiatri, internisti, pediatri), giuristi, assistenti sociali a esprimere il loro parere in merito alla decisione da prendere.

Si ritiene inoltre fondamentale il rispetto dell'indipendenza della commissione di esperti, che va scelta pertanto al di fuori delle famiglie e dei tutori di handicap mentali in quanto, in base anche ad esperienze di paesi dove la sterilizzazione è stata praticata, non sempre gli interessi dei famigliari coincidono con il reale interesse dei portatori di handicap. Nonostante tutte queste precauzioni non è certo si possa prendere la decisione migliore.

Compito degli esperti è quello di precisare i dati di realtà e di fornire risposte ad un certo numero di interrogativi per arrivare ad una decisione collettiva.

Previa analisi della domanda, delle ragioni e delle giustificazioni avanzate, secondo uno schema suggerito dal suddetto rapporto sull'argomento, i punti chiave possono essere così riassunti:

Il deficit deve essere severo e documentato ampiamente.

La persona con handicap mentale deve essere riconosciuta come potenzialmente fertile sia per l'età che per l'assenza di correlazione tra sterilità ed handicap. Va valutato anche, caso per caso, il rischio genetico di trasmissione dell'handicap.

La persona con handicap mentale deve essere sessualmente attiva e capace di una autonomia non solo motoria ma anche di capacità relazionale. Peraltro l'assenza di autonomia come pure la sterilizzazione, non garantiscono la protezione da rischi di aggressione sessuale.

Data la possibilità di ritardi maturativi, sia sul piano intellettuale che emotivo, la persona con handicap deve avere circa 20 anni e comunque va fatto lo sforzo massimo per avere il suo consenso. Si deve disporre inoltre di un buon bagaglio d'informazioni per valutare le eventuali incapacità da parte dei portatori di handicap di assumere validamente il ruolo genitoriale.

Si deve far ricorso alla sterilizzazione solo dopo che sono state esperite tutte le altre possibilità contraccettive, e nel caso la si esegua, deve essere fatta in centri molto qualificati e tali da assicurare un'ottima microchirurgia anche in vista di una richiesta di reversibilità.

Si raccomanda infine la necessità che i servizi di assistenza ai pazienti con handicap mentale e ai loro famigliari siano sempre più numerosi e qualificati.

Allo stato attuale delle cose, un criterio estensivo del diritto vigente non può includere la sterilizzazione coattiva da parte di terzi nei casi di handicap mentale. Necessita un pubblico dibattito che, tenendo conto delle trasformazioni in atto nella società poco incline a restrizioni eccessive delle libertà individuali in tema di procreazione, ammetta come accettabile non solo la sterilizzazione per necessità terapeutiche, ma anche quella a scopo contraccettivo, senza necessariamente una giustificazione di carattere medico. In una simile posizione dovranno essere affrontati con rigore e senza ambiguità tutti i problemi di una esigenza etica d'informazione pertinente e di una conseguente convinta decisione, prevedendo soprattutto le disposizioni necessarie per proteggere i diritti e gli interessi di persone la cui domanda di sterilizzazione è avanzata da terzi. La mancanza infatti del consenso delle persone interessate pone un evidente problema morale che necessiterebbe di disposizioni specifiche.

MEMBRI DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

Prof. Francesco D'Agostino
Presidente
Ordinario di Filosofia del Diritto

Prof. Adriano Bompiani
Presidente Onorario
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica

Prof. Adriano Ossicini
Presidente Onorario
Ordinario di Psicologia

Prof. Angelo Fiori
Vice Presidente
Ordinario di Medicina legale

Prof. Evandro Agazzi
Ordinario di Filosofia della Scienza

Cons. Livia Barberio Corsetti
Consigliere di Stato

Prof. Mauro Barni
Ordinario di Medicina legale

Prof. Giuseppe Benagiano
Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità

Prof. Paolo Benciolini
Ordinario di Medicina legale

Prof. Lucio Bianco
Presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Prof. Vincenzo Cappelletti
Ordinario di Storia della Scienza

Prof. Paolo Cattorini
Associato di Bioetica

Prof. Giovanni Chieffi
Ordinario di Biologia generale

Prof.ssa Isabella Maria Coghi
Associato di Endocrinologia ginecologica

Prof. Mario Condorelli
Presidente del Consiglio Superiore di Sanità

Prof. Giuseppe Dalla Torre
Ordinario di Diritto ecclesiastico

Prof. Vittorio Danesino
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica

Prof. Luigi De Carli
Ordinario di Genetica

Prof. Luigi De Cecco
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica

Prof. Pierpaolo Donati
Ordinario di Sociologia della Famiglia

Prof.ssa Renata Gaddini De Benedetti
Associato di Psicopatologia dell'Età evolutiva

Prof. Aldo Isidori
Ordinario di Andrologia

Prof. Antonino Leocata
Primario ospedaliero di Pediatria

Prof.ssa Adriana Loreti Beghè
Associato di Diritto internazionale

Prof. Corrado Manni
Ordinario di Anestesiologia e Rianimazione

Prof. Vittorio Mathieu
Ordinario di Filosofia morale

Prof. Sergio Nordio
Ordinario di Pediatria

Prof. Aldo Pagni
Presidente della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici

Prof. Giuseppe Palumbo
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica

Prof. Alberto Piazza
Ordinario di Genetica

Prof. Lucio Pinkus
Ordinario di Psicologia dinamica

Prof. Paolo Preziosi
Ordinario di Farmacologia

Prof. Pietro Rescigno
Ordinario di Diritto civile

Prof. Carlo Romanini
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica

Prof.ssa Giovanna Rossi Sciumè
Associato di Sociologia

Prof. Michele Schiavone
Ordinario di Bioetica

Prof. Elio Sgreccia
Ordinario di Bioetica

Prof. Bruno Silvestrini
Ordinario di Farmacologia

Prof. Sergio Stammati
Ordinario di Diritto pubblico

Prof. Giulio Tarro
Primario ospedaliero di Virologia

Prof. Everardo Zanella
Ordinario di Chirurgia generale

Sede del Comitato Nazionale per la Bioetica

Via Veneto 56 - Telefoni: 06/481611 (centralino), 06/48161490-91-92 - Fax 06/48161493
06/4819944 - 06/4819946
e-mail: cnbioetica@palazzochigi.it

Segreteria Scientifica: Dott.ssa Maria Caporale, Dott. Giovanni Incorvati,
Dott.ssa Elena Mancini

Segreteria Tecnico-Amministrativa: Dott.ssa Emira Aloe Spiriti
Lorella Autizi
Rag. Luciano Verduchi
Anna Piermarini
Daniele Tedesco

Documenti pubblicati dal Comitato Nazionale per la Bioetica

- *Terapia genica* (15 febbraio 1991)
- *Definizione e accertamento della morte nell'uomo* (15 febbraio 1991)
- *Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche* (5 maggio 1991)
- *Documento sulla sicurezza delle biotecnologie* (28 maggio 1991)
- *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali* (6 settembre 1991)
- *Bioetica e formazione nel sistema sanitario* (7ottobre 1991)
- *Donazione d'organo ai fini di trapianto* (7 ottobre 1998)
- *I Comitati Etici* (27 febbraio 1992)
- *Informazione e consenso all'atto medico* (20 giugno 1992)
- *Diagnosi prenatali* (18 luglio 1992)
- *Rapporto al Presidente del Consiglio sui primi due anni di attività del Comitato Nazionale per la Bioetica* (18 luglio 1992)
- *La legislazione straniera sulla procreazione assistita* (18 luglio 1992)
- *La sperimentazione dei farmaci* (17 novembre 1992)
- *Rapporto sulla brevettabilità degli organismi viventi* (19 novembre 1993)
- *Trapianti di organi nell'infanzia* (21 gennaio 1994)
- *Bioetica con l'infanzia* (21 gennaio 1994)
- *Progetto Genoma Umano* (18 marzo 1994)
- *Parere del C.N.B. sulle tecniche di procreazione assistita - Sintesi e conclusioni* (17 giugno 1994)
- *La fecondazione assistita - Documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica* (17 febbraio 1995)
- *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana* (14 luglio 1995)
- *Bioetica e ambiente* (21 settembre 1995)
- *Le vaccinazioni* (22 settembre 1995)
- *Parere del C.N.B. sull'eticità della terapia elettroconvulsivante* (22 settembre 1995)
- *Bioetiche a confronto - Atti del Seminario di Studio* (20 ottobre 1995)
- *Venire al mondo* (15 dicembre 1995)
- *Il neonato anencefalico e la donazione di organi* (21 giugno 1996)
- *Identità e statuto dell'embrione umano* (22 giugno 1996)
- *Pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica su «Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la biomedicina» e «Bozza preliminare di dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani»* (21 febbraio 1997)
- *Sperimentazione animale e salute dei viventi* (8 luglio 1997)
- *Infanzia e ambiente* (18 luglio 1997)
- *La clonazione* (17 ottobre 1997)
- *Il problema bioetico del trapianto di rene da vivente non consanguineo* (17 ottobre 1997)
- *Il suicidio degli adolescenti come problema bioetico* (17 luglio 1998)



Pubblicazione della
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per l'informazione e l'editoria - *Direttore* Mauro Masi
Via Po, 14 - 00198 Roma - Tel. 06/85981

Coordinamento editoriale, iconografico e didascalie	Salvatore Rigano
Progetto e realizzazione grafica	Ufficio grafico dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato presso il Dipartimento per l'informazione e l'Editoria
Stampa e diffusione	Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Roma 1999

In copertina:
Laszlo Moholy-Nagy (1895-1946), «Composizione» (1923).
Archivi della Bauhaus, Darmstadt.

Sull'arte astratta in Europa e, dopo, negli Stati Uniti, Moholy-Nagy ha esercitato un'influenza capillare d'immensa importanza sia con la propria opera, sia con l'insegnamento. La scuola chiamata Bauhaus fondata a Weimar, nel 1919, dall'architetto Walter Gropius, trasferita a Dessau nel 1925 e poi a Berlino dove infine venne chiusa per ordine del governo nazista nel 1933, è divenuta nella storia dell'arte europea contemporanea il centro focale verso il quale si fanno convergere le varie correnti dell'arte astratta. Ma la Bauhaus non fu una scuola di arti plastiche ma di progettazione industriale, di artigianato e di architettura. Moholy-Nagy rappresenta lo spirito della Bauhaus nel variegato universo dell'astrattismo: «Arricchiremo le nostre osservazioni spaziali proiettando la luce attraverso un seguito di più schermi in parte trasparenti... di varie dimensioni e forme...». E con lui si opera il raccordo fra la poesia pura e il mondo della tecnica postulato dalla Bauhaus, equiparando la fotografia alla pittura e i valori della luce e delle ombre a quelli dei colori, rimasti fino ad allora i più alti ed essenziali della pittura. Con lui, l'arte proclama, per la prima volta, la sua piena indipendenza anche dai modi artigianali che l'avevano condizionata. L'artista, nato in Ungheria nel 1895, dopo aver studiato legge a Budapest e combattuto nella prima guerra mondiale, attratto dalle opere di Malevitch e di El Lissitzky, si dedica alla pittura.
Collabora alle riviste «MA» e «De Stijl» e nel 1920 si trasferisce a Berlino.
Nel 1922 Gropius lo chiama alla Bauhaus dove Moholy-Nagy tiene uno dei più importanti corsi preliminari e assume la direzione dei lavori in metallo.
Nel 1928 lascia la Bauhaus e lavora per il Teatro Piscator e l'Opera di Stato di Berlino. Costretto con gli altri maestri della Bauhaus a lasciare la Germania passando per Londra raggiunge Chicago dove fonda la Nuova Bauhaus.
Nel 1938 fonda una sua scuola di progettazione industriale che cura fino all'anno della sua morte nel 1946. Da allora la sua opera e il suo insegnamento riprenderanno il posto che loro spetta nel progresso artistico dell'Europa contemporanea.