POLITECNICO DI TORINO
Repository ISTITUZIONALE

Trapianto d’utero e libertà riproduttiva

Original
Trapianto d’utero e libertà riproduttiva / Tripodi, V.. - In: PARADIGMI. - ISSN 1120-3404. - STAMPA. - XLII:3(2024), pp. 467-488.

Availability:
This version is available at: 11583/2999308 since: 2025-04-17T15:21:29Z

Publisher:
il Mulino

Published
DOI:

Terms of use:

This article is made available under terms and conditions as specified in the corresponding bibliographic description in the repository

Publisher copyright

(Article begins on next page)

19 November 2026

VERA TRIPODI*

Trapianto d'utero e libertà riproduttiva

[Ricevuto il 20 luglio – Accettato il 14 settembre 2024]

Uterus Transplantation and Reproductive Freedom
In the case of uterine absence, transplantation could thus be a possibility in the treatment of this type of infertility that is a cause of distress for some women. This type of transplant, in fact, is performed precisely for the purpose of alleviating the psychological harm caused by the absence of a uterus for a woman who wants to have children through a pregnancy of her own. For women born without a uterus, therefore, this type of transplantation may represent a real hope of successfully achieving a healthy and regular pregnancy. How ethically controversial is this medical practice? The permissibility of uterine transplantation will be the subject of this contribution.
Keywords: Assisted Reproductive Technology, Motherhood, The Ethical and Social Value of Gestation, The Ethics of Uterus Transplants, Uterine Infertility, Uterus Transplantation.

1. Introduzione

Il 2 settembre 2022 nasce a Catania – all'Ospedale Cannizzaro – Alessandra, la prima bambina data alla luce da una donna su cui è stato eseguito il primo trapianto di utero realizzato in Italia. Non si è trattato del primo caso al mondo di trapianto d'utero (Ozkan Om. *et al*., 2013; Ozkan Om. *et al*., 2022) – il primo intervento di successo di questo tipo è stato realizzato in Svezia nel 2014 – e Alessandra non è la prima bambina nata grazie a questo tipo di tecnica medica (si contano al momento sei casi di gravidanza portata a termine con successo dopo un trapianto di utero da donatrice deceduta). La pratica medica che ha permesso ad Alessandra di venire al mondo è relativamente nuova, al momento una procedura sperimentale molto complessa. Nata senza utero perché affetta da una rara patologia congenita (la sindrome di Rokitansky), la mamma di Alessandra si sottopone a un trapianto d'utero nell'agosto 2020 presso il Centro trapianti del Policlinico di Catania ricevendo l'organo da una donna deceduta di 37 anni, morta per un improvviso arresto cardiaco, che aveva portato a termine positivamente delle gravidanze. Eseguito con successo il trapianto, la donna inizia insieme al marito un percorso di fecondazione assistita omologa. Prima del trapianto d'utero, gli ovociti della donna sono stati prelevati e conservati presso la bio-banca per la preservazione della fertilità dello stesso ospedale di Catania. La gravidanza è stata dunque ottenuta da ovociti (e non embrioni) crioconservati e la fecondazione assistita è stata tentata una volta costatato il successo dal punto di vista funzionale del trapianto d'utero. Questa procedura – che vede la crioconservazione degli ovociti e non degli embrioni – ha il vantaggio di evitare una questione eticamente controversa, ovvero quella di cosa fare degli embrioni crioconservati e non trasferiti se il trapianto non ha successo (Scollo *et al*., 2023). Grazie poi alle tecniche di riproduzione medicalmente assistita (PMA), al secondo tentativo andato a buon fine, la donna è rimasta incinta e ha potuto condurre una gravidanza regolare fino alla trentesima settimana. Dopo due anni dal trapianto, nasce Alessandra con un parto cesareo.

Il lungo percorso che ha portato alla nascita di Alessandra si inserisce, come si accennava, in uno specifico progetto sperimentale. Il Consiglio Superiore di Sanità che fa capo al Ministro della Salute italiano nel 2018 ha, infatti, autorizzato in via sperimentale il programma nazionale di trapianto di utero stabilendo dei criteri ben precisi (cfr.: Centro Nazionale Trapianti, 2018; Parere del Consiglio Superiore di Sanità, seduta 13 febbraio 2018). Dal 2019, questo programma è attivo presso il Centro trapianti del Policlinico di Catania, dove è avvenuto il trapianto d'utero per la mamma di Alessandra. L'obiettivo dichiarato di questo programma è permettere a una paziente trapiantata d'utero di avere con successo una gravidanza propria. Dopo la riuscita del trapianto, circa a un anno dall'intervento e se il quadro clinico lo consente, la paziente è sottoposta a un percorso di riproduzione medicalmente assistita. Secondo il protocollo approvato, possono sottoporsi al trapianto d'utero donne tra i 18 e i 40 anni che non presentano patologie oncologiche, che non hanno avuto precedenti gravidanze portate a termine positivamente oppure donne affette da una qualche patologia uterina congenita (per esempio la sindrome di Rokitansky) o acquisita (come l'atonia uterina post partum). In base a questo protocollo, il programma sperimentale prevede che le donatrici siano donne decedute in un'età compresa tra i 18 e i 50 anni ed esclude la donazione d'utero da vivente. In altri paesi, è invece possibile

* *Vera Tripodi, DET-Dipartimento di Elettronica e Telecomunicazioni), Politecnico di Torino, C.so Duca degli Abruzzi 24, 10129 Torino,* vera.tripodi@polito.it*, ORCID: 0000-0002-5591-6839.*

prelevare l'organo da destinare al trapianto da una donatrice vivente (ad esempio in: Arabia Saudita, Brasile, Regno Unito, Stati Uniti d'America, Svezia) (Akouri *et al*., 2020; Brännström *et al*., 2020, Fronek *et al.*, 2021; Johannesson *et al.*, 2020; Johannesson *et al.*, 2023; Jones, Vali and Saso, 2024; Lavoué and Duros, 2017; Puntambekar *et al*., 2018; Testa *et al*., 2020; Vieira, Souza and Nobrega, 2021). Anzi, l'80% dei trapianti di utero eseguiti nel mondo ha coinvolto donazioni da vivente (Taherkhani, 2023). Laddove questa pratica è lecita e in fase sperimentale, possono sottoporsi a trapianto d'utero solo donne con ovaie. Negli Stati Uniti d'America, al momento questo intervento medico è privo di copertura assicurativa come le altre cure riguardanti l'infertilità; in Italia, la sperimentazione è a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

L'assenza di utero è una forma di infertilità. Si tratta di una condizione che non compromette le funzioni fisiologiche quotidiane della donna che ne è affetta. In generale, l'infertilità è una malattia del sistema riproduttivo (maschile o femminile) definita dal mancato raggiungimento di una gravidanza dopo 12 mesi o più di rapporti sessuali regolari e non protetti. Sebbene non costituisca una condizione pericolosa per la sua salute, l'infertilità può essere causa di grande sofferenza specie per una donna. Il trattamento dell'infertilità spesso prevede la fecondazione in vitro (FIV) e altri tipi di riproduzione medicalmente assistita. Le cause dell'infertilità femminile possono essere diverse. Le cause più frequenti di questa patologia sono rappresentate dall'età (dai 35 anni il potenziale riproduttivo di una donna diminuisce gradualmente e la possibilità di concepire dopo i 40 anni diventa inferiore al 10%); da uno squilibrio ormonale o un problema alle ovaie (per esempio l'assenza completa di ovulazione, un malfunzionamento della tiroide, la policistosi ovarica, alterazioni ormonali e ovulatorie); da un fattore tubarico o pelvico (alterazioni tubariche, malattie infiammatorie pelviche); dall'endometriosi (un'infiammazione cronica benigna degli organi genitali femminili e del peritoneo pelvico determinata dalla presenza anomala, in questi organi, di cellule endometriali); da fattore uterino (fibromi uterini, malformazioni congenite o assenza dell'utero). L'infertilità ha un notevole impatto sociale negativo sulla vita delle coppie infertili e in particolare delle donne, che spesso patiscono a causa di ciò violenza, stigma sociale, stress emotivo, depressione, ansia e bassa autostima (Fu *et al*., 2015; Karaca and Unsal, 2015; Taebi *et al*., 2021).

Nel caso dell'assenza di utero, il trapianto potrebbe essere dunque una possibilità nel trattamento di questo tipo di infertilità che è causa di afflizione per alcune donne (Altchek, 2003; Catsanos, Rogers and Lotz, 2013). Questo tipo di trapianto, infatti, è eseguito proprio con la finalità di alleviare il dolore psicologico ed emotivo causato dall'assenza di utero per una donna che vuole avere dei figli attraverso una gravidanza propria. La finalità della pratica di questo trapianto si giustifica pertanto proprio nella possibilità che essa offre di realizzare non solo il desiderio di genitorialità ma soprattutto quello di avere una propria gestazione. Per le donne nate prive di utero, dunque, questa tipologia di trapianto può rappresentare la speranza concreta di ottenere con successo una gravidanza sana e regolare. Al momento, una donna che soffre di infertilità uterina ha infatti solo due possibilità se desidera diventare madre: l'adozione (Lotz, 2008) o – nei paesi in cui è concesso – la gestazione per altri (Mullock, Romanis and Begović, 2021). Se questa donna desidera tuttavia non solo diventare madre ma avere anche una gestazione propria, una terza opzione potrebbe essere proprio offerta da un trapianto di utero (Tanini *et al*., 2018; Veroux *et al*., 2024).

Il trapianto d'utero – una pratica promettente ma ancora in fase sperimentale – quanto è eticamente controverso? Si tratta di una procedura invasiva che presenta molti rischi legati sia alla complessità dell'intervento chirurgico sia alle conseguenze della terapia immunosoppressiva. Il trapianto di utero solleva pertanto una serie di questioni morali. I benefici attesi del trapianto d'utero (che è finalizzato esclusivamente al conseguimento di una gravidanza) superano i rischi di un intervento medico così rischioso, lungo e complesso? Che tipo di sofferenza vuole mitigare il trapianto di utero e l'alleviamento da queste sofferenze può legittimare di per sé una procedura molto costosa e ad alto rischio per la vita non solo della donna ma anche per chi è messo al mondo (Bozzaro *et al*., 2023)?

Queste e altre domande sulla liceità del trapianto d'utero saranno oggetto di riflessione di questo contributo. Nel paragrafo che segue, considereremo le probabilità di successo del trapianto d'utero e la valutazione dei costi/benefici in termini medici, successivamente prenderemo in esame le ragioni per cui le donne tendono a considerare la gravidanza propria come un'esperienza significativa e del perché pensano al trapianto d'utero come una valida e sicura opzione per soddisfare il loro desiderio di genitorialità. Infine, analizzeremo il trapianto d'utero in relazione alla questione della libertà riproduttiva.

2. Le questioni etiche del trapianto d'utero: il calcolo dei costi/benefici

Da una prospettiva medica, la giustificazione per un trapianto d'utero può basarsi sulle stime del numero di donne con infertilità uterina interessate a concepire e avere una loro gravidanza e sulle analisi statistiche dei tassi di fecondità nella popolazione generale (Catsanos, Rogers and Lotz, 2013). Questo interesse a concepire

e a riprodursi per chi è affetta da questo tipo di infertilità può essere interpretato come un bisogno medico, giustificando così la ricerca sul trapianto d'utero e il trattamento medico. Secondo questa prospettiva, il trapianto d'utero sarebbe dunque un modo di trattare l'infertilità uterina. Una giustificazione medica per il trapianto di utero, pertanto, starebbe nel riconoscimento che, sebbene l'utero non sia un organo vitale (come il cuore, il polmone o il rene) la mancanza di un utero funzionale rende una donna sterile, condizione questa considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come una patologia. Secondo l'OMS, ogni persona ha il diritto di godere del più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale e, in ambito riproduttivo, dovrebbe avere il diritto di decidere il numero dei figli che vuole avere, a che distanza averli e quando averli. L'infertilità (anche uterina) può negare la realizzazione di questo diritto umano. Affrontare da un punto di vista medico il problema dell'infertilità uterina è dunque importante per mitigare e ovviare a questa difficoltà. Inoltre, alla base della legittimazione medica del trapianto d'utero, vi può essere anche il fatto che la ricevente non abbia bisogno – a differenza di altri tipi di trapianti – di sottoporsi ai rischi a lungo termine della terapia immunitaria per tutta la vita giacché l'organo trapiantato è di norma rimosso chirurgicamente una volta che ha svolto la sua funzione. Da questo punto di vista, il trapianto è in parte meno oneroso rispetto agli tipi di trapianti.

Prima di considerare i risultati desiderati e sperati di un intervento d'utero, è opportuno valutare i potenziali rischi di questo intervento medico tenendo presente che sono disponibili pochissimi dati sugli effetti della gravidanza su un utero trapiantato. Molte delle questioni etiche che questa pratica medica solleva sono quelle proprie di un intervento chirurgico complesso come in generale è quello di un trapianto, altre invece sono specifiche di questa tipologia di trapianto. Tuttavia, anche nel caso del trapianto di utero, i rischi per la donna che riceve l'organo restano piuttosto alti. Le riceventi di un trapianto d'utero dovranno affrontare gli stessi rischi chirurgici e lo stesso regime farmacologico dei e delle pazienti sottoposti a un qualsiasi altro tipo di trapianto. Questi includono i rischi dell'intervento chirurgico in sé, i rischi secondari come infezioni o infarti, la potenziale perdita di funzionalità dell'innesto e gli effetti collaterali associati ai farmaci immunosoppressori.

A differenza di una paziente che ha un problema al cuore e che si sottopone a un trapianto per sopravvivere, una donna con infertilità uterina (che non è una condizione considerata pericolosa da un punto di vista medico) sottopone la sua salute a rischio con prospettive molto incerte rispetto ai benefici dell'intervento chirurgico e alla possibilità concreta di ottenere una gravidanza. L'intervento chirurgico non solo è molto complesso ma soprattutto – come si è accennato sopra – in sé non è risolutivo per avere una gravidanza (Catsanos, Rogers and Lotz, 2013). Trapiantato l'utero, la ricevente deve poi sottoporsi a una fecondazione assistita (che non è detto vada a buon fine). Inoltre, dopo l'impianto dell'organo, la paziente deve seguire una terapia immunosoppressiva per evitare il rigetto dell'organo trapiantato. Dunque, per ottenere una gravidanza, dopo il trapianto, la paziente deve seguire un protocollo che prevede (almeno per un certo periodo) la terapia immunosoppressiva, poi la fecondazione assistita e un parto cesareo. Inoltre, giacché il trapianto è finalizzato esclusivamente all'ottenimento di una gravidanza, come si accennava, l'utero trapiantato viene poi rimosso una volta portata a termine la gestazione. Dunque, dopo il parto e se non vuole altri figli, la paziente deve subire un altro intervento chirurgico per la rimozione dell'organo trapiantato. Questa rimozione è ritenuta necessaria per evitare che la paziente debba essere costretta a continuare la terapia immunosoppressiva anche dopo il parto e per il resto della sua vita, terapia che ha i suoi rischi e diversi effetti collaterali. Inoltre, oltre al fisiologico problema del rigetto comune alle altre operazioni di trapianto, nel caso di trapianto d'utero si segnalano rischi quali, in sede di intervento, possibili lacerazioni dei vasi sanguigni e della parete della vescica e, nel post-intervento, infezioni legate a trombosi vascolari. Altro rischio per la paziente è quello della stenosi vaginale, ovvero di una riduzione significativa del calibro vaginale nella sede di connessione tra l'utero della donatrice e la vagina della ricevente. I rischi di una gravidanza dopo un trapianto d'utero non riguardano solo la ricevente. Ve ne sono anche per chi viene al mondo, per lo più, legati a una gravidanza portata avanti sotto terapia immunosoppressiva e a un parto prematuro con taglio cesareo (prematurità alla nascita aumenta il rischio di morbilità e mortalità infantile). Nel caso del trapianto d'utero, il feto, così come la ricevente, sarà infatti esposto a farmaci immunosoppressori e soggetto alle conseguenze in caso di complicazioni dopo l'impianto. Come si è detto, abbiamo pochi dati sugli effetti della gravidanza su un utero trapiantato. Tuttavia, sono a disposizione dati su donne rimaste incinte dopo un trapianto di cuore, fegato, polmone e rene. Questi studi dimostrano che gli immunosoppressori causano un aumento della morbilità materna durante la gravidanza e sono associati a una maggiore incidenza di parti prematuri. Gli immunosoppressori aumentano anche la vulnerabilità della ricevente alle infezioni, alcune delle quali sono note per rappresentare un rischio per il feto in via di sviluppo. Questi effetti collaterali non possono essere evitati poiché i farmaci immunosoppressori sono necessari per prevenire il rigetto. Tuttavia, il trapianto d'utero offre la possibilità di evitare l'esposizione a lungo termine agli immunosoppressori, in quanto l'utero può essere rimosso dopo la

gravidanza. Occorre precisare che il calcolo rischi/benefici per i bambini e le bambine coinvolti in una gravidanza dopo un trapianto d'utero rimane ancora poco chiaro. Trattandosi di una pratica medica ancora in fase sperimentale, abbiamo al momento pochi dati a disposizione al riguardo e quelli a lungo termine sono quasi inesistenti a causa della novità di questa pratica che è solo agli inizi.

Nel calcolo dei rischi occorre anche considerare la prospettiva della donatrice (Catsanos, Rogers and Lotz, 2013; Cavaliere, 2022). Nel caso di una donazione di utero da vivente, l'analisi dei costi/benefici diventa anche più articolata. In questo caso, le persone direttamente interessate dall'intervento medico sarebbero tre: la donatrice vivente, la ricevente e il nascituro. In alcuni paesi, come ad esempio in Italia, è possibile la donazione d'utero solo da cadavere. In altri paesi, tuttavia, è possibile anche la donazione da vivente. La donatrice vivente può essere una consanguinea o una persona affettivamente correlata alla ricevente o una sconosciuta con cui non si ha alcun legame parentale o affettivo. Come negli altri casi di donazione da vivente, la potenziale donatrice viene sottoposta a una serie di controlli medici per accertare il suo stato di salute e la reale disponibilità alla donazione.

Un'altra delle questioni più controverse di questa pratica è che il trapianto d'utero non è un intervento chirurgico considerato "salva-vita" (Catsanos, Rogers and Lotz, 2013). Com'è noto, non tutti i trapianti di organo sono salvavita. Vi sono trapianti di organi senza i quali i o le pazienti morirebbero (ad esempio, nel caso del cuore o del fegato) e quelli che invece ne migliorano la qualità e/o la durata della vita di un o una paziente, ma che non sono immediatamente salvavita. Ad esempio, sebbene il trapianto di rene determini un miglioramento rispetto alla dialisi, è possibile comunque vivere per molti anni in dialisi. Tra i trapianti non salva vita volti a migliorare la qualità della vita di una persona vi sono per esempio i trapianti di reni (Wolfe *et al.*, 1999). o di cornea. Questo tipo di trapianti può essere giustificato dal principio di beneficenza: le alternative di una vita senza il trapianto (perdita della vista, dialisi a lungo termine) sono gravose per un(a) paziente e incidono pesantemente sul suo stile e sulla sua qualità di vita. Nell'analisi dei costi-benefici di questo tipo di intervento chirurgico, si deve tenere presente anche cosa spinge dunque un(a) paziente a correre il rischio di un trapianto quando l'esito è incerto e gli effetti collaterali dell'immunosoppressione (necessaria per ridurre la risposta difensiva del corpo e ridurre le possibilità di rigetto) a lungo termine sono così onerosi. Consideriamo il caso di un trapianto di un arto come la mano. Si potrebbe ritenere che la possibilità di riacquisire la sensibilità della mano possa essere considerata per molti pazienti un fattore motivante rispetto a parametri puramente funzionali come quello di recuperare la destrezza dell'arto. Per un(a) paziente che si sottopone invece a trapianto di faccia, in un caso di grave deformità, un fattore motivante potrebbe essere il miglioramento funzionale della sua capacità respiratoria, di deglutire e di parlare. In altri casi, invece, la motivazione più significativa per i o le riceventi e per chi è in attesa di un trapianto di questo tipo è la possibilità di avere un volto socialmente accettabile e di poter stare in pubblico senza essere notati. Diversamente dal caso della mancanza di un arto o una malformazione facciale, l'assenza di utero non è tuttavia qualcosa di visibile o che limita e inibisce l'iterazione sociale.

Dunque, anche nel caso di un trapianto d'utero, la valutazione dei rischi/benefici è profondamente diversa dai casi in cui il trapianto invece è un'operazione volta a salvare la vita a un o una paziente. Banalmente, si più vivere una vita qualitativamente buona anche senza un utero mentre questo non è il caso se si ha un problema di salute che riguarda un organo come il cuore. Come il rene, l'utero non è infatti un organo vitale. Pertanto, il trapianto d'utero non ha come obiettivo quello di "salvare la vita" o di ripristinare l'integrità corporea di una paziente. La donazione dell'organo, l'utero in questo caso, è finalizzata – come si è detto – a permettere la nascita di un bambino o una bambina e realizzare un desiderio di una donna di avere l'esperienza di una gestazione. Solo grazie a un intervento chirurgico, la ricevente dell'utero può iniziare un percorso di fecondazione e quindi avere la possibilità di rimanere incinta realizzando il suo desiderio.

Da questa breve disamina, emerge che valutare i rischi e i benefici del trapianto di utero è pertanto al momento molto complesso (Fageeh *et al.*, 2002; Nair *et al.*, 2008). Generalmente, la decisione di intraprendere un trapianto si basa sul presupposto che i benefici del trattamento chirurgico siano superiori ai rischi che si corrono. Di norma, i benefici consistono nel ripristino della funzione fisiologica di un organo o una parte del corpo non funzionate. Tuttavia, il trapianto di utero costituisce un caso in cui le aspettative delle potenziali riceventi possono andare ben oltre il ripristino della funzione fisiologica di un organo mancante. I rischi e i benefici del trapianto d'utero non sono dunque semplici da determinare e i benefici dipendono anche da un'attenta valutazione finale della sofferenza che si vuole alleviare con questo tipo di intervento medico. Nel paragrafo che segue, l'attenzione sarà posta sulla valutazione dei fattori che motivano una donna a scegliere di sottoporsi a un trapianto d'utero.

3. Cosa spinge una donna a sottoporsi a un trapianto d'utero?

La valutazione dei fattori motivanti che spingono una donna a valutare e a scegliere poi – se idonea – di sottoporsi a un trapianto d'utero non è meno articolata di quella dei costi-benefici dell'intervento in sé (Catsanos, Rogers and Lotz, 2013). Come si accennato sopra, l'adozione e la maternità surrogata permetterebbero a una donna con infertilità uterina di diventare madre. Nel caso della gestazione per altri, queste donne potrebbero inoltre avere figli geneticamente imparentati con loro. Tuttavia, le donne che si sottopongono a un trapianto d'utero o sono in attesa di riceverne uno non scelgono né l'adozione né la gestazione per altri (laddove questa è legalmente consentita). Sembrerebbe, dunque, che un fattore motivante fondamentale per queste donne sia proprio il forte desiderio di avere figli geneticamente affini attraverso una propria gravidanza. Consideriamo dunque qui di seguito la prospettiva delle donne che vogliono avere una loro gravidanza e scelgono di non adottare né di ricorrere all'aiuto di un'altra donna per intraprendere una *surrogacy*.

È opportuno precisare che non ci sono molti studi e dati al riguardo. I dati disponibili consistono per lo più nelle risposte a "media reports" di donne in attesa di trapianto d'utero o potenziali candidate a questo tipo di intervento chirurgico (Catsanos, Rogers and Lotz, 2013, p. 67; Nordqvist, 2007). In base a queste (poche) risposte, molte delle donne affette da infertilità uterina indicano la possibilità dell'esperienza di una gravidanza come la loro principale motivazione per il ricorso a un trapianto d'utero. La forza del desiderio di una gravidanza può derivare da diversi fattori. Inoltre, il significato e l'importanza che una donna attribuisce alla gravidanza dipenderà anche da aspettative e ragioni individuali.

Da molte donne la gravidanza è considerata come un'esperienza significativa per la loro identità di genere (Landau, 2007; Rich, 1977). La gravidanza è per molte di loro un evento cruciale della loro vita. Diventare madre attraverso una gravidanza propria, infatti, è pensata come un'esperienza unica nella vita, che inevitabilmente ha un impatto su molti aspetti della sfera individuale, di coppia, della famiglia allargata e sociale (Stone, 2011).

La capacità generativa rappresenta, infatti, per alcune donne un aspetto importante della loro femminilità (Cavarero, 2000). La gravidanza e il parto sono inoltre un'esperienza fisica, biologica, fenomenologica ed esperienziale che solo le donne hanno e che condividono solo tra loro. Negli ultimi decenni hanno avuto luogo grandi cambiamenti nel comportamento sociale e sessuale delle donne e il modo di intendere la maternità. Ne *Il secondo sesso*, Simone de Beauvoir (2008) affermava che la maternità è di fatto un ostacolo alla vocazione (umana) delle donne di trascendenza e aggiungeva che – per sottrarsi alla sottomissione maschile – occorreva far uscire la donna dal proprio destino biologico, rifiutando la maternità. In passato, diventare madre rappresentava il momento di realizzazione femminile per eccellenza e la capacità generativa era pensata come l'essenza della femminilità. Oggi, grazie all'emancipazione femminile e vari cambiamenti sociali, il ruolo della donna e l'identità di genere femminile hanno subito importanti cambiamenti. La maternità è diventata un progetto di vita più ampio. Scegliere di fare figli è una scelta che si combina con tante altre che una donna può fare. Non sempre, tuttavia, il connubio tra aspettative e realtà è semplice. Per la maggior parte delle donne, essere madre si scontra con la necessità di coniugare il tempo da dedicare alla cura dei figli e con il tempo da impiegare nell'attività lavorativa. Sebbene oggi sia più comune di un tempo pensare alla gravidanza come un progetto genitoriale che si desidera intraprendere, per alcune donne mettere al mondo dei bambini e delle bambine resta comunque un percorso importante per la propria realizzazione personale. Ovvero, la gravidanza e la riproduzione occupano oggi ancora un ruolo centrale nell'identità di una donna. Va sottolineato che le dinamiche psicologiche ed emotive legate alla gravidanza e al desiderio di gravidanza, i ruoli di genere, le aspettative sociali che riguardano la sfera riproduttiva sono fattori non sempre semplici da misurare nella valutazione della motivazione che sta alla base di una donna di sottoporsi a questo tipo di intervento chirurgico.

Torniamo alle nostre risposte ai "media reports". Alcune donne riferiscono anche che la propria motivazione nella scelta di trapianto d'utero sia legata al desiderio di "dare un figlio" al proprio partner o marito o che "l'avere il pancione" è espressione dell'avere un figlio "nostro" (della coppia) a tutti gli effetti. Il pancione è certo della donna, ma il dolore di non averlo è spesso un dolore coniugale, di entrambi. Alcune donne si incolpano di non poter dare un figlio al partner. Questo sentimento sembra riflettere non solo che la mancanza di figli causa molta sofferenza alla coppia che ne desidera ma anche che la gravidanza è pensata come un atto generativo che assicura e garantisce la discendenza. Altre donne riferiscono che, a differenza della gestazione per altri, un trapianto d'utero permetterebbe loro di avere un maggior controllo sulle varie fasi della gestazione (ad esempio, sullo stile di vita che la donna gravida dovrebbe tenere durante i nove mesi – come non fumare e non fare uso di bevande alcoliche, seguire una dieta equilibrata, non praticare sport pericoloso) e in generale sulle decisioni mediche che eventualmente si devono dover prendere sul proprio corpo durante la gestazione.

Nella valutazione delle motivazioni che spingono una donna a sottoporsi a un trapianto d'utero, occorre

tenere presente che l'utero è un organo fortemente investito da un importante significato simbolico nell'immaginario collettivo (Kristeva, 1980).

L'utero è culturalmente un distintivo di femminilità, espressione della sostanziale differenza biologica tra uomo e donna. È l'organo pensato in molte culture come che "luogo" di amore, espressione di maternità, progettualità, del potere generativo femminile, di una vita che nasce, dell'unione di una coppia e anche della seduzione femminile. Nell'immaginario collettivo, l'utero ha un significato che va ben oltre quello strettamente legato al processo riproduttivo. Secondo alcuni dati, è molto comune per donne che si sottopongono alla rimozione dell'utero per ragioni mediche di "vivere" e "sentire" l'esperienza dell'isterectomia come una perdita o un danno delle loro identità di genere, come un intervento mutilante e castrante (Elson, 2004; Pfeffer and Woollett, 1983). Molte di queste donne esprimono rammarico per non essere più in grado di portare in grembo un(a) bambino(a).

Occorre sottolineare che la gravidanza vissuta da una ricevente di un trapianto d'utero sarà molto diversa da quella di una donna che ha una gestazione nel proprio utero senza dover ricorrere a un trapianto (Catsanos, Rogers and Lotz, 2013, pp. 68-69). Per prima cosa, tra i due tipi di gravidanza, ci potrebbero essere le differenze fisiche (Altchek, 2003, p. 159). L'esperienza della gravidanza in un utero trapiantato può essere compromessa dalla mancanza di sensazioni, dalla medicalizzazione della gestazione e dalla potenziale alienazione emotiva derivante dall'aver ricevuto un organo da un'altra persona. Poiché l'obiettivo medico di un trapianto d'utero è quello di garantire un innesto uterino sufficientemente robusto per garantire una gravidanza, la procedura di trapianto non prevede la connessione dei nervi all'utero trapiantato. Non è attualmente possibile farlo e l'innervazione non è essenziale perché l'utero svolga la sua funzione gestionale. L'assenza di innervazione nell'utero trapiantato altera in modo sostanziale l'esperienza della gravidanza. Chi riceve l'utero non sarà in grado di sentire i movimenti del feto o avere altre sensazioni normalmente provate in gravidanza e le contrazioni. Dal punto di vista emotivo, dunque, l'esperienza della gravidanza in una donna trapiantata può essere significativamente differente da gravidanza una naturale.

Un'altra preoccupazione nel caso del trapianto d'utero è costituita dal possibile insorgere del fenomeno dell'alienazione, fenomeno non così raro nel caso di altre tipologie di trapianti (Fox and Swazey, 1992). Diversi studi sono oggi disponibili sulle implicazioni psicologiche dei trapianti d'organo che la persona trapiantata deve fronteggiare, un cambiamento della propria rappresentazione del sé che può avere profonde ricadute sul successivo percorso del post-trapianto. Pazienti che hanno ricevuto un organo (come, ad esempio, il cuore) talvolta manifestano un certo grado di alienazione verso l'organo ricevuto (Kaba *et al*., 2005). Per esempio, alcuni studi sulle reazioni post-operatorie da parte di persone trapiantate di cuore suggeriscono che il significato simbolico del cuore (inteso come sede delle nostre emozioni) complica l'accettazione di un suo rimpiazzamento. Per lo più, non consideriamo il cuore come una semplice pompa, ovvero solo come un organo indispensabile per la circolazione sanguigna che serve a portare il sangue ricco di ossigeno al resto del corpo e convogliare l'ossigeno prelevato dai polmoni verso cellule dove avviene lo scambio con l'ossigeno. Piuttosto, pensiamo che le emozioni nascono nel cuore. Pertanto, avere il cuore di un altro può provocare in chi lo riceve profonde alterazioni del modo di rappresentarsi del sé. Analogamente, l'utero non è pensato semplicemente come un'incubatrice, come l'organo genitale femminile che accoglie la cellula uovo fecondata e ne garantisce lo sviluppo per il tempo necessario della gravidanza.

Una sensazione di alienazione nei confronti dell'utero si potrebbe presentare, si ritiene, anche nel caso del trapianto d'utero e ciò potrebbe compromettere il rapporto della gestante non solo con l'organo trapiantato ma, soprattutto, con il feto in crescita. Un altro fattore che può complicare la risposta emotiva all'esperienza di un trapianto d'utero è legato al fatto che l'utero donato è non solo appartenuto a un'altra donna ma è anche l'organo che ha permesso a questa la gestazione dei figli che ha avuto in precedenza (ricordiamo che, per esempio, in Italia la donatrice deceduta deve aver avuto almeno una gravidanza portata a termine con successo). In questo senso, l'organo trapiantato può essere considerato parte della identità riproduttiva della donatrice (Brännström *et al*., 2010). Possiamo apprendere dai casi di trapianto di mano o di faccia che qualità personali di chi li dona talvolta possono essere attribuite all'organo trapiantato. Senza dubbio, essendo parti del corpo sono visibili ed espressive del corpo, mani e faccia sono più associati al senso d'identità di una persona rispetto a un organo interno come l'utero. Tuttavia, che l'utero trapiantato abbia portato avanti una o più gravidanze della donna donatrice può interferire con la capacità della ricevente di accettare l'organo come proprio. Il percepire la presenza di un organo come estraneo al proprio corpo potrebbe implicare un'alterazione del senso di identità per chi lo riceve. Quando una parte di un altro diviene parte del sé ci possono presentare delle implicazioni psicologiche (Fox and Swazey, 1992; Kaba *et al*., 2005), come ad esempio una modificazione della propria rappresentazione di sé che ha profonde ricadute sul successivo iter del post-

trapianto e con conseguenti effetti di carattere psicopatologico (che possono andare da ansia, incertezza, depressione fino a gravi alterazioni psichiche, quale la depersonalizzazione o psicosi).

Inoltre, nel caso di un trapianto di un organo vitale, il o la ricevente (se non vuole morire) non ha scelta se non quella di vivere con l'organo trapiantato; nel caso di un organo non vitale c'è la possibilità d'una rimozione. È noto in letteratura il caso del neozelandese Clint Hallam, il primo al mondo ad aver ricevuto una mano trapiantata nel settembre 1998. Dopo tre anni dall'intervento, chiede di farsi amputare l'arto. Hallam ha motivato la sua richiesta affermando di non essersi mai potuto abituare alla nuova mano che continuava a sentire come "estranea" – perché troppo grande e di colore diverso – di sentirsi "mentalmente distaccato" dall'arto trapianto.

Descritte quelle che possono essere le motivazioni che possono spingere una donna a scegliere il trapianto d'utero e di alcune preoccupazioni al riguardo, nel paragrafo che segue l'attenzione sarà rivolta a chiarire alcune questioni inerenti questo tipo di trapianto e la questione della libertà riproduttiva.

4. Trapianto d'utero e libertà riproduttiva

Prima di entrare nel merito delle questioni inerenti alla libertà riproduttiva e trapianto d'utero, apriamo una breve parentesi sul diritto a riprodursi. Nello specifico, che diritto è e in cosa consiste una sua violazione? Il diritto a riprodursi è in primo luogo un diritto negativo, ovvero è un diritto a non subire interferenze rispetto alle decisioni che una persona può prendere in materia di riproduzione. Il diritto a riprodursi è anche un diritto positivo, ovvero è un diritto a ricevere un aiuto e un'attiva partecipazione di qualcun altro (per esempio, lo Stato) nella ricerca di aver un(a) figlio(a). Il diritto a riprodursi non è tuttavia un diritto ad avere un(a) bambino(a) vero(a) e proprio(a) o a sfruttare il lavoro riproduttivo o i gameti di altre persone. In questo, non è un diritto assoluto: occorre subordinare ad esso il benessere dei bambini e delle bambine. Inoltre, il diritto a riprodursi è un diritto che non consente di generare o partorire senza assumersi alcuna responsabilità nei confronti della persona che viene messa al mondo (i donatori di gameti e le gestanti surrogate non esercitano infatti alcun diritto alla riproduzione). Come si è accennato nelle pagine precedenti, la riproduzione può essere una parte centrale di un progetto di vita e per alcune persone costituisce l'esperienza più soddisfacente e significativa della loro vita. Dunque, essere privati della capacità di riprodursi impedisce di avere un'esperienza che è centrale per l'identità individuale e conferisce significato alla vita. Secondo alcune femministe (Scully, 2021), tuttavia, questo modo di intendere l'esperienza della riproduzione rischia di rafforzare alcune norme oppressive per le donne e alimentare inoltre la convinzione che la vita della donna manchi di significato e la sua identità di genere si sminuisce se non si riproduce. Si è affermato in precedenza che l'infertilità interferisce con la salute perché l'infertilità è una malattia o una forma di disabilità. Anche contro questa posizione sono state sollevate delle obiezioni da parte femminista (Scully, 2021): l'infertilità non è una malattia e l'idea che sia una malattia promuove una cultura pronatalista, in cui molte donne infertili fanno di tutto per cercare di riprodursi, ed esclude molte persone (es.: quelle che hanno una relazione omosessuale e la cui infertilità è sociale e non medica).

La questione dei diritti riproduttivi delle donne è centrale nel dibattito bioetico e femminista. Questo dibattito si è concentrato prevalentemente sul diritto delle donne di non riprodursi e quindi di non essere soggette a pressioni sociali pronataliste che rendono, come abbiamo detto, la maternità una scelta obbligata. Tuttavia, il diritto alla riproduzione per le donne è altrettanto importante del loro diritto a non riprodursi. Molte donne sperimentano oggi una forma di antinatalismo, ovvero la pressione sociale a evitare di riprodursi. La riproduzione è scoraggiata per esempio per alcuni gruppi oppressi in certi contesti politico-sociali; allo stesso tempo, è invece incoraggiata per i gruppi più privilegiati. Il rispetto del diritto alla riproduzione è dunque nei fatti diseguale e le disuguaglianze rilevanti in ambito riproduttivo rispecchiano quelle esistenti nella società in generale (ad esempio le disuguaglianze razziali o di classe). In alcuni contesti, si denuncia (Scully, 2021), emergono disparità di accesso ai trattamenti per la fertilità (ad esempio, per coloro che hanno disabilità o persone LGBTQ+) o si adottano misure sanitarie che scoraggiano le persone povere o con disabilità a riprodursi e che fanno emergere disparità di sostegno per queste persone che scelgono di riprodursi. Come dunque intendere il diritto a riprodursi da una prospettiva femminista? In contesti sociali ideali, in cui non esistono sistemi di oppressione, fondare il diritto alla riproduzione sul desiderio e l'interesse profondo che le persone manifestano per la riproduzione non è in sé controverso. Tuttavia, nei contesti sociali attuali, si potrebbe ritiene, dovremmo adottare un approccio non idealizzante per comprendere il diritto alla riproduzione. Il diritto alla riproduzione di norma può essere fondato sull'autonomia riproduttiva e il desiderio di genitorialità, per esempio. Il diritto alla riproduzione proteggerebbe, si può affermare, la scelta autonoma di una persona di riprodursi e la libertà di riprodursi è così importante che dovrebbe esistere un diritto speciale per salvaguardare questa autonomia. Tuttavia, alcune femministe obiettano (Scully, 2021), attribuire grande

valore alla riproduzione è discutibile perché – come si accennava sopra – rischia di rafforzare norme oppressive contro le donne come pronatalismo (che rende la maternità una scelta obbligata) ed eteronormatività (la convinzione che l'eterosessualità sia l'unico orientamento sessuale o norma unica per la sessualità). Rispetto invece all'idea di fondare il diritto a riprodursi sul desiderio di genitorialità, alcune femministe ribattono, occorre riflettere anche sul fatto che la genitorialità possa realizzarsi anche senza riproduzione. La riproduzione non è l'unico percorso, o l'unico percorso ragionevole, verso la genitorialità. Inoltre, la pratica della genitorialità non è abbastanza equa per le donne a cui è affidato di fatto tutto il lavoro di cura dei figli e delle figlie. Si potrebbe controbattere a questa obiezione che il desiderio di avere un(a) figlio(a) proprio(a) non è il desiderio di adottare o avere un(a) figlio(a) non geneticamente correlato(a). Si tratta di due desideri profondamente diversi.

Torniamo al caso del trapianto d'utero e alla questione dell'autonomia riproduttiva. In generale, non è impedito a una donna di portare avanti una gravidanza che comporta dei rischi per la sua salute purché la decisione di farlo sia presa autonomamente e consapevolmente. Nel contesto di un trapianto di utero, almeno a prima vista, la presenza di rischi non dovrebbe essere un impedimento maggiore – nei termini del diritto di esercitare la propria autonomia riproduttiva – rispetto al caso di una donna che con il proprio utero sceglie di intraprendere una gravidanza rischiosa. Una donna che si sottopone a un trapianto di utero esercita il suo diritto ad accedere a una tecnica di riproduzione assistita che non è diversa, in linea di principio, dalle altre procedure mediche in ambito riproduttivo attualmente utilizzate e accettate. Tuttavia, alcuni precisano, trattandosi di una pratica medica in fase sperimentale, vi sono rischi ancora sconosciuti che potrebbero indebolire la legittimità di una pratica medica di questo genere. In ambito morale, una delle questioni più dibattute circa l'autonomia riproduttiva è "se" e "quando" la riproduzione sia da considerarsi legittima. Le nuove tecniche di riproduzione medicalmente assistita aprono nuovi scenari rispetto ai modi in cui ci si può riprodurre oggi e sollevano nuovi quesiti etico-filosofici (Singer and Wells, 1984). Di recente (aprile 2024), il Parlamento europeo ha adottato una Risoluzione che invita il Consiglio europeo a inserire nella Carta dei diritti fondamentali dell'UE l'assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva e il diritto a un aborto sicuro e legale. In questa risoluzione, si è riaffermato l'impegno a riconoscere e a promuovere la capacità di esercitare la propria autonomia riproduttiva (intesa anche come la capacità di controllare la propria vita riproduttiva e di decidere se, quando e come avere figli) come essenziale per la piena realizzazione dei diritti umani delle donne, delle ragazze e di tutte le persone che possono avere una gravidanza. Il Parlamento europeo ha dunque ribadito che debba essere riconosciuta e garantita la piena autonomia di scelta sul proprio corpo in ambito riproduttivo.

È stato tuttavia osservato che una pratica medica innovativa come quella del trapianto d'utero possa in parte compromettere la validità del consenso informato (Catsanos, Rogers and Lotz, 2013), requisito etico-giuridico fondamentale quando si presta e ci si sottopone a un trattamento sanitario. Secondo la procedura del consenso informato, prima di sottoporsi a un esame o trattamento medico e di dare il proprio consenso o meno a eseguire tale procedura, ogni persona ha il diritto di ricevere informazioni sufficienti per prendere una decisione volontaria e deliberata a riguardo. Per lo più, i e le pazienti che scelgono di sottoporsi a un intervento chirurgico innovativo si concentrano in genere sui benefici percepiti e sperati piuttosto che sulla possibilità di insuccesso o le eventuali complicanze, soprattutto quando le aspettative sono alte. Vi è la tendenza a esseri ottimisti nei confronti di pratiche mediche innovative. Nel caso del trapianto d'utero, questa tendenza può essere alimentata, alcuni ritengono, soprattutto dai vari aspetti emotivi che circondano questa pratica medica. Le aspettative delle donne con infertilità uterina confermano questa preoccupazione. Dato il forte significato simbolico e l'impatto emotivo del trapianto d'utero, si ritiene sia importante ottenere un consenso pienamente informato e volontario per un intervento chirurgico di questo tipo. A differenza di altre tecniche di riproduzione assistita, l'obiettivo del trapianto di utero è – si è detto più volte – non solo quello di permettere a una donna di avere una prole geneticamente correlata ma soprattutto quello di consentirle di avere una gravidanza. Per questo motivo, è fondamentale che le potenziali riceventi siano pienamente informate rispetto a ciò che possono ragionevolmente aspettarsi da una gravidanza e da un parto dopo un trapianto d'utero, in modo da prendere una decisione pienamente informata senza alcuna pressione o costrizione. Come affermato in precedenza, l'esperienza della gravidanza per una donna che ha subito un trapianto d'utero potrebbe non soddisfare o disattendere le aspettative delle riceventi. Occorre pertanto ben informare una donna che decide di procedere con il trapianto d'utero non solo dei rischi per la sua salute ma anche del fatto che ci sarà la necessità di ricorrere alla fecondazione in vitro per rimanere incinta, che non sentirà i movimenti del feto durante la gravidanza e tutte le altre sensazioni normalmente provate durante questa fase, che non ci sarà un travaglio e che partorirà con un taglio cesareo. Chiarire questi fattori è dovuto specie quando una donna è già impegnata emotivamente a ricevere un trapianto d'utero. Il consenso informato in questi casi sembra essere più vicino a quello del consenso che si dà quando si partecipa a una ricerca sperimentale da parte di volontari sani che a

quello dei pazienti che acconsentono a un trattamento medico (rischioso). Le riceventi si assumono i rischi significativi del trapianto (nonostante non ci sia necessità di sottoporsi a questo intervento per una qualche urgenza medica) con grande incertezza riguardo all'ottenimento dei benefici personali sperati.

Le donne che si sottopongono a un trapianto d'utero condividono in effetti una condizione simile a quella dei volontari sani, in quanto si sottopongono ai rischi di una ricerca senza necessità di un trattamento medico immediato perché la loro salute non è in pericolo. Come è stato detto, l'infertilità non è una condizione rischiosa. A differenza di un o una paziente in fase terminale che partecipa a una ricerca o trattamento medico sperimentale nella speranza di prolungare la propria vita, le donne infertili che si sottopongono al trapianto rischiano la propria salute con prospettive molto incerte di benefici che potranno ottenere.

Per queste ragioni, si afferma, è opportuno dunque riflettere più attentamene sulla nozione di autonomia riproduttiva in un contesto come quello del trapianto d'utero. Come si è affermato nelle pagine precedenti, uno dei fattori motivanti per una donna per sottoporsi a trapianto d'utero è il suo forte desiderio di vivere l'esperienza di una gravidanza propria. La pressione sociale a riprodursi e soprattutto diventare madre può essere, secondo alcuni, molto pesante. Si può ritenere che il desiderio di diventare genitori sia anche un desiderio acquisito socialmente condizionato dalla convinzione che sembra essere quasi scontato che una donna debba avere dei figli e vivere la maternità; le donne non madri sono infatti spesso dipinte come "non realizzate" o "incomplete". Dunque, meccanismi sociali contribuiscono ad alimentare questo profondo desiderio. Altresì, alcune insistono, oggi che la maternità (e in generale la genitorialità) è una pratica sociale che non richiede necessariamente un rapporto genetico tra genitore e prole. Tantomeno la nascita di un figlio proprio è un prerequisito essenziale per la genitorialità.

Secondo alcune femministe, la tecnologia riproduttiva promuove in generale l'aspettativa che la maternità sia una parte essenziale del ruolo sociale di una donna che, a sua volta, porta le donne a intraprendere procedure rischiose per rimediare alle loro difficoltà riproduttiva. Questa critica si solleva anche rispetto al trapianto di utero, se questa sia una pratica medica che debba o meno essere promossa. Il diritto delle persone di compiere scelte riproduttive senza interferenze è, come si detto, spesso riconosciuto come un diritto umano. Tuttavia, l'autonomia riproduttiva va oltre il diritto negativo di non interferenza in relazione alle scelte riproduttive. Come diritto positivo, prevede l'assistenza a coloro che desiderano ma non sono in grado di riprodursi. Tecniche come la fecondazione in vitro, la stimolazione ovarica, il congelamento dell'embrione, la donazione di ovuli, il congelamento di ovociti sono ormai parte della medicina riproduttiva da decenni. Si potrebbe quindi sostenere che le donne che desiderano un trapianto di utero stiano semplicemente esercitando il loro presunto diritto alla libertà riproduttiva o autonomia riproduttiva. Come detto in precedenza, chi ha un atteggiamento critico in generale verso le tecniche di riproduzione assistita ritiene che il desiderio di aver un figlio sia socialmente costruito (Corea, 1985; Rowland, 1987); pertanto, le aspettative della società riguardo la maternità come parte fondamentale dei piani di vita delle donne possono potenzialmente compromettere alcuni aspetti della libertà riproduttiva delle donne. Da questa prospettiva, una donna potrebbe sentirsi costretta a ricorrere alla tecnica a causa delle pressioni sociali e familiari per avere un(a) figlio(a) proprio(a). Di fronte a tecnologie sempre più invasive e controverse, i presupposti che stanno alla base di questa preferenza possono dunque essere messi in discussione. È vero che, in genere, si ritiene che il desiderio di una figliolanza geneticamente affine si giustifichi moralmente sul fatto che la genetica crea un legame o un vincolo tra genitore e figlio che migliora la loro relazione. È vero altresì che, per lo più, le persone preferiscono un legame genetico con la propria prole. Tuttavia, alcune femministe sottolineano, non solo la genitorialità non richiede necessariamente una relazione genetica tra genitore e figlio(a), ma aspetti o tratti non biologici (quali il contesto, la socializzazione e l'apprendimento) contribuiscono alla somiglianza psicologica (non biologica) tra genitore e figlio(a).

L'ansia delle donne di sottoporsi a procedure sempre più dolorose, debilitanti, rischiose e incerte – nella cui categoria rientra sicuramente il trapianto d'utero – è sicuramente a mio avviso motivo per interrogarsi sul fondamento di questa particolare aspirazione riproduttiva. Il trapianto d'utero estende notevolmente il campo di applicazione delle attuali pratiche mediche in campo riproduttivo. Tuttavia, ritengo che l'argomento secondo cui il desiderio di genitorialità sia socialmente costruito non sia di per sé un argomento contro l'autonomia riproduttiva. Anche le donne fertili che decidono di avere una prole a loro affine subiscono delle pressioni sociali. Inoltre, non mi sembra un argomento per negare a una donna che non ha un utero l'opportunità di ricorrere a una tecnica chirurgica (in linea di principio) consolidata, ossia il trapianto di organi, per consentirle di ottenere una gravidanza propria. Inoltre, non sembra vi siano motivi evidenti per non estendere i diritti riproduttivi (già riconosciuti nel caso delle altre tecniche di fecondazione assistita) al caso del trapianto di utero.

La scelta di una donna di sottoporsi a un trapianto d'utero rientra, a mio avviso, nella sua capacità di autodeterminarsi. Nel momento in cui viene presa questa decisione non possiamo avere alcuna garanzia che la gravidanza avrà un esito positivo, che il futuro bambino si svilupperà normalmente o che non sarà permanentemente svantaggiato (fisicamente o mentalmente). Tuttavia, non esiste attualmente alcuna prova scientifica che il trapianto d'utero comporti danni gravi (come malformazioni) per il nascituro. Non esistano studi che offrano buone ragioni per sostenere che i nati da una donna che ha subito un trapianto d'utero rischiano di sviluppare anomalie e patologie fisiche. Né nella letteratura scientifica vi è alcuna evidenza che porti a ritenere che i nati attraverso questa pratica siano destinati a una vita peggiore o indegna rispetto a quelli nati attraverso pratiche riproduttive più comuni e convenzionali. Se così, potremmo dire che – in assenza di provata evidenza che un atto o una pratica medica comporti la violazione di diritti o libertà altrui, cioè in assenza di prove di danni a terzi – la pratica del trapianto d'utero possa considerarsi moralmente ammissibile.

Il trapianto d'utero può essere inscritto, a mio avviso, nel riconoscimento della maternità come uno dei desideri umani più profondi e una delle aspirazioni più intime di una persona. Sono d'accordo con chi sostiene che non conta come si diventa mamma per essere una buona madre, vale a dire essere premurosa e responsabile nei confronti dei propri figli o tenere nella massima considerazione il proprio dovere morale per garantire loro la migliore crescita e realizzazione. Nondimeno, se esiste il dovere morale di rendere il mondo un posto migliore e rendere felici le persone, allora consentire a coloro che non possono avere figli con i propri mezzi di ricorrere al trapianto d'utero significa aiutare queste persone e contribuire alla loro felicità.

Pertanto, si potrebbe sostenere che sia moralmente ammissibile per una donna che desidera avere una linea genetica e allo stesso tempo avere una gravidanza, utilizzare questa tecnologia. Non c'è dubbio che essere un buon genitore (in questo caso una madre) non dipende tanto dalla partecipazione fisica all'evento biologico del concepimento o dalla gestazione bensì dall'assumersi la responsabilità di mettere al mondo un individuo. Inoltre, va sottolineato che il desiderio di genitorialità – anche quello che si realizza attraverso un trapianto d'utero – non è un desiderio frivolo o capriccioso. È un desiderio profondo che non va né sottovalutato né banalizzato. Certamente la soddisfazione di questo desiderio non può prevalere su tutto. Ci sono dei limiti alla realizzazione di questo desiderio che vanno rispettati, come ad esempio la tutela di chi decidiamo intenzionalmente di mettere al mondo. Va però evidenziato che la genitorialità consapevole è un progetto di vita importante, anche quando realizzato con l'ausilio della tecnologia in ambito medico. Il trapianto d'utero e la gravidanza che ne può seguire vengono letti per lo più come un pericolo per i bambini. Si potrebbe dire che chi viene concepito attraverso questa pratica medica non può essere protetto da sua madre che è stata così egoista da essere disposta a tutto pur di soddisfare il desiderio di avere un figlio tutto suo. Si potrebbe pensare che le donne che ricorrono al trapianto d'utero siano mosse da un forte desiderio egoistico, quello di avere un figlio proprio. Il desiderio di avere un figlio, che si esprime attraverso il ricorso al trapianto d'utero, non è in verità più egoistico di quanto lo sia quello di avere un figlio attraverso metodi più convenzionali.

In sintesi, il trapianto d'utero potrebbe rappresentare un'alternativa eticamente non problematica per le donne che non sono in grado di avere una gravidanza per assenza di utero. Questo tipo di intervento chirurgico potrebbe essere una scelta libera per le donne perché anche ragioni non cliniche dovrebbero essere considerate buone ragioni per scegliere questa pratica.

Riconoscimenti: Studio condotto nell'ambito del progetto "Understanding Natural History: Nature, Evolution and Human Beings. A New Philosophical Framework" – finanziato dall'Unione Europea – Next Generation EU nell'ambito del Bando PRIN 2022 (D.D. 104 del 02/02/2022, Ministero dell'Università e della Ricerca). I punti di vista e le opinioni espresse sono tuttavia solo quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli del Ministero, che non può essere ritenuto responsabile per essi.

Riferimenti bibliografici

Akouri R. *et al*. (2020). First Live Birth after Uterus Transplantation in the Middle East. *Middle East Fertility Society Journal*, 25, 30, doi: 10.1186/s43043-020-00041-4.

Altchek A. (2003). Uterus Transplantation. *The Mount Sinai Journal of Medicine,* 70: 154-203.

Bozzaro C. *et al.* (2023). Is Suffering a Sufficient Legitimation for UTx? *Bioethics*, 37: 350-358, doi:10.1111/bioe.13135.

Brännström M. *et al*. (2020). Outcome of Recipient Surgery and 6-Month Follow-Up of the Swedish Live Donor Robotic Uterus Transplantation Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 9, 8: 2338, doi: 10.3390/jcm9082338.

Brännström M., Wranning C. and Altchek A. (2010). Experimental Uterus Transplantation. *Human Reproduction Update*, 16: 329-345, doi: 10.1093/humupd/dmp049.

Catsanos R., Rogers W. and Lotz M. (2013). The Ethics of Uterus Transplantation. *Bioethics*, 27, 2: 65-73, doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01897.x.
Cavaliere G. (2022). Persons and Women, not Womb-Givers: Reflections on Gestational Surrogacy and Uterus Transplantation. *Bioethics*, 36, 9: 989-996, doi: 10.1111/bioe.13078.
Cavarero A. (2000). *Relating Narratives: Storytelling and Selfhood*. London: Routledge.
Centro Nazionale Trapianti (2018). L'editoriale del CNT. Approvato in Italia il Protocollo sperimentale per il trapianto di utero. *Trapianti*, 22, 3: 72-74, doi: 10.1709/3015.30134.
Consiglio Superiore di Sanità (2018). Parere su "Protocollo sperimentale per il trapianto di utero". seduta 13 febbraio.
Corea G. (1985). How the New Reproductive Technologies Could Be Used to Apply the Brothel Model of Social Control Over Women. *Women's Studies International Forum*, 8, 4: 299-305, doi: 10.1016/0277-5395(85)90011-1.
De Beauvoir S. (2008). *Il secondo sesso*, trad. it. di M. Adreose e R. Cantini. Milano: il Saggiatore.
Elson J. (2004). *Am I Still a Woman*? *Hysterectomy and Gender Identity*. Philadelphia, PA:, Temple Univeristy Press.
Fageeh W. *et al*. (2002). Transplantation of the Human Uterus. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 76 (3): 245-251.
Fox R.C. and Swazey J.P. (1992). *Spare Parts*: *Organ Replacement in American Society*. London: Oxford University Press.
Fronek J. *et al*. (2021). Human Uterus Transplantation from Living and Deceased Donors: The Interim Results of the First 10 Cases of the Czech Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 586, doi: 10.3390/jcm10040586.
Fu B. *et al*. (2015). Development and Validation of an Infertility Stigma Scale for Chinese Women. *The Journal of Psychosomatic Research*, 79, 1: 69-75, doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.014.
Johannesson L. *et al*. (2020). DUETS (Dallas UtErus Transplant Study): Early Outcomes and Complications of Robot-Assisted Hysterectomy for Living Uterus Donors. *Transplantation*, 105, 1: 225-230, doi: 10.1097/TP.0000000000003211.
Johannesson L. *et. al.* (2023). How Surgical Research Gave Birth to a New Clinical Surgical Field: A Viewpoint from the Dallas Uterus Transplant Study. *European Surgical Research*, 64, 2: 158-168, doi:10.1159/000528989.
Jones B., Vali S. and Saso S. (2024). Living Donor Uterus Transplant in the UK: a Case Report. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 131, 3: 372-377, doi: 10.1111/1471-0528.17639.
Kaba E. *et. al.* (2005). Somebody Else's Heart inside Me: a Descriptive Study of Psychological Problems after a Heart Transplantation. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 6: 611-625, doi: 10.1080/01612840590959452.
Karaca A. and Unsal G. (2015). Psychosocial Problems and Coping Strategies Among Turkish Women with Infertility. *Asian Nursing Research*, 9, 3: 243-250, doi: 10.1016/j.anr.2015.04.007.
Kristeva J. (1980). *Desire in Language. A Semantic Approach to Literature and Art*. New York: Columbia University Press.
Landau R. (2007). Artificial Womb Versus Natural Birth: An Exploratory Study of Women's Views. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 25, 1: 4-17, doi:10.1080/02646830601117118.
Lavoué V., Vigneau C. and Duros S. (2017). Which Donor for Uterus Transplants: Brain-Dead Donor or Living Donor? *A Systematic Review Transplantation*, 101, 2: 267-273, doi: 10.1097/TP.0000000000001481.
Lotz M. (2008). Uterus Transplantation as Radical Reproduction: Taking the Adoption Alternative More Seriously. *Bioethics*, 32, 8: 499-508, doi: 10.1111/bioe.12490.
Mullock A., Romanis E.C. and Begović D. (2021). Surrogacy and Uterus Transplantation Using Live Donors: Examining the Options from the Perspective of 'Womb-Givers'. *Bioethics*, 35, 8: 820-828, doi: 10.1111/bioe.12921.
Nair A. *et al.* (2008). Uterus Transplant: Evidence and Ethics. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1127: 83-91, doi: 10.1196/annals.1434.003
Nordqvist C. (2007). Uterus Transplant Planned, Visitor Opinions. ***Medical News Today***, 16 Jan. URL = http://www.medicalnewstoday.com/articles/60904.php
Ozkan Om. *et al*. (2013). Preliminary Results of the First Human Uterus Transplantation from a Multiorgan Donor. *Fertility and Sterility*, 99, 2: 470-476, doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.09.035.
Ozkan Om. *et al.* (2022). Birth of a Healthy Baby 9 Years after a Surgically Successful Deceased Donor Uterus Transplant. *Annals of Surgery*, 275, 5: 825-832, doi: 10.1097/SLA.0000000000005346.
Pfeffer N. and Woollett A. (1983). *The Experience of Infertility*. London: Virago.
Puntambekar S. *et al*. (2018). Laparoscopic-Assisted Uterus Retrieval from Live Organ Donors for Uterine Transplant: Our Experience of Two Patients. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology,* 25, 4: 622-631, doi: 10.1016/j.jmig.2018.01.009.
Rich A. (1977). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. London: Virago.
Rowland R. (1987). Technology and Motherhood: Reproductive Choice Reconsidered. *Signs*, 12, 3: 512-528, doi: 10.1086/494342.
Scollo P. *et. al*. (2023). Live Birth from Cryopreserved Oocyte after Uterus Transplantation: a Case Report. *American Journal of report case*. 24: e940960, doi: 10.12659/AJCR.940960.
Scully J.L. (2021). Feminist Bioethics. In: Hall K.Q. and Ásta, eds. *The Oxford Handbook of Feminist Philosophy*. New York: Oxford University Press: 272-286.

Singer P. and Wells D. (1984). *The Reproduction Revolution: New Ways of Making Babies*. London: Oxford University Press.
Stone A. (2011). *Feminism Psychoanalysis and Maternal Subjectivity*. London: Routledge.
Taebi M. *et al.* (2021). Infertility Stigma: A Qualitative Study on Fedelings and Experiences of Infertile Women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 15, 3: 189-196, doi: 10.22074/IJFS.2021.139093.1039.
Taherkhani S. (2023). Differences between Living and Deceased Donation in Human Uterus Transplantation: a Narrative Review. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 21, 3: 193-204, doi: 10.18502/ijrm.v21i3.13195.
Tanini M. *et. al*. (2018). Trapianto di utero: riflessioni su una nuova opzione terapeutica. *Trapianti,* 22, 3: 75-79, doi: 10.1709/3015.30135.
Testa G. *et al*. (2020). The Evolution of Transplantation from Saving Lives to Fertility Treatment: DUETS (Dallas UtErus Transplant Study). *Annals of Surgery*, 272, 3: 411-417, doi: 10.1097/SLA.0000000000004199.
Veroux M. *et. al*. (2024). A New Frontier in Living Donor Transplantation: Uterus Transplantation. *European Journal of Transplantation* 2, 1: 57-65, doi: 10.57603/EJT-424.
Vieira M., Souza C. and Nobrega L. (2021). Uterine Transplantation with Robot-Assisted Uterus Retrieval from Living Donor: First Case in Brazil. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 28, 11: 1817, doi: 10.1016/j.jmig.2021.08.028.
Wolfe R.A. *et. al.* (1999). Comparison of Mortality in all Patients on Dialysis, Patients on Dialysis Awaiting Transplantation, and Recipients of a First Cadaveric Transplant. *The New England Journal of Medicine*, 341, 23: 1725-1730, doi: 10.1056/NEJM199912023412303.