

BATTERE L'INFERTILITÀ, una corsa a ostacoli

Come sono cambiate le norme che regolano la procreazione medicalmente assistita in Italia

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'infertilità in una coppia quando questa, dopo due anni di rapporti non protetti, non arriva ad una gravidanza. Molte coppie per battere l'infertilità e coronare il sogno di un figlio ricorrono alla fecondazione assistita, strada non priva di ostacoli. Soprattutto in Italia, dove l'ostacolo legislativo non è trascurabile.

Vediamo dunque come è cambiata e com'è oggi la normativa che regola questo delicato tema.

La legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita, entrata in vigore nel febbraio di dodici anni fa, è finita in tribunale 33 volte e oggi è molto diversa dalla versione originaria.

Nonostante le sostanziali modifiche alla legge sono ancora in vigore quattro divieti fondamentali, che hanno l'effetto di separare l'Italia dai Paesi più avanzati in materia:

- Divieto di accesso alla procreazione medicalmente assistita per single e coppie dello stesso sesso prevista dall'art. 5;
- Divieto di surrogazione di maternità previsto dall'art. 12 comma 6 ;
- Divieto di accesso alla fecondazione in vitro nel caso uno dei componenti della coppia sia deceduto, previsto dall'art. 5;
- Divieto di soppressione degli embrioni previsto dall'art. 14 comma 1.

	ARTICOLO 1	ARTICOLO 4	ARTICOLO 6	
2004	Era consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita soltanto alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, escludendo così le coppie con malattie genetiche.	Era permessa soltanto in presenza di uno stato di infertilità accertato e certificato dal medico	Era vietata la fecondazione eterologa, cioè con ovuli o spermatozoi provenienti da persone esterne alla coppia.	La coppia poteva recedere dall'intenzione di ricorrere alla fecondazione assistita solo finché l'ovulo non era stato fecondato.
OGGI	Il Tribunale di Roma nel gennaio 2014 con due ordinanze di rimessione solleva questione di legittimità costituzionale della norma che vieta l'accesso alle tecniche di PMA (procreazione medicalmente assistita) alle coppie portatrici di malattie genetiche per contrasto con la costituzione.	Il Tribunale di Salerno nel gennaio 2010 consente per la prima volta, a una coppia non sterili in senso tecnico, di sottoporsi alla PMA	Articolo dichiarato incostituzionale, dalla stessa Corte costituzionale nell'Aprile 2014.	Nel dicembre 2012 il ritiene costituzionalmente illegittimo il divieto assoluto di revoca del consenso alla PMA dopo l'avvenuta fecondazione dell'ovulo.

La storia della legge 40, con una moralità definita da molti troppo ferrea, è stata spesso la storia di una legge che ha tutelato singoli interessi, dimenticandosi a volte di tutelare dei diritti fondamentali, quali uguaglianza e la salute.

È stata anche una storia di giudici che sono intervenuti in difesa dei diritti e dei principi della Costituzione, così che anche in Italia la fecondazione assistita potesse far parte delle prestazioni garantite nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Dove vanno gli italiani? (titoletto)

L'Italia oggi ha raggiunto un'offerta medica paragonabile ad altri Paesi, ma l'eccellenza dei centri esteri e l'influenza del fattore fisiologico e del passaparola, fanno sì che molti pazienti decidono di rivolgersi a centri esteri per essere assistiti.

Il passaparola è un fattore molto importante in medicina, ma assume una rilevanza particolare nel delicato campo della procreazione assistita.

Un altro motivo che spinge gli italiani a recarsi all'estero è il fatto che dopo la legalizzazione della fecondazione eterologa anche in Italia, il boom di richieste ha reso insuffi-

ciente il numero degli ovociti disponibili per la fecondazione, che oggi non sono sufficienti a soddisfare la domanda.

Belgio, Spagna, Danimarca, Finlandia, Regno Unito e Grecia sono i Paesi con la legislazione più favorevole, soprattutto per single o per coppie omosessuali.

Non vanno dimenticati gli Stati Uniti, che anche in questa materia sono considerati il Paese più evoluto.

Tra i Paesi citati la Spagna è la meta più ambita, anche perché i trattamenti eseguiti nelle cliniche spagnole hanno registrato percentuali di successo molto alte, superiori anche al 65%.



ARTICOLO 13

Era vietata la sperimentazione sugli embrioni, il congelamento a scopo di ricerca o di procreazione, la manipolazione e la selezione degli embrioni; gli embrioni, nel numero massimo di tre, devono essere tutti impiantati in utero ed è vietato l'aborto selettivo di gravidanze plurigemellari

Erano proibite le indagini pre-impianto: se una donna portatrice di anomalie genetiche avrà un bambino sano oppure malato potrà saperlo soltanto dopo il trasferimento in utero. L'unica opzione consentita era il ricorso all'aborto terapeutico

ARTICOLO 14

Le tecniche di produzione degli embrioni, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre

Il Tribunale di Firenze nel dicembre 2012 solleva la questione di legittimità costituzionale del divieto assoluto di qualsiasi ricerca clinica o sperimentale sull'embrione che non risulti finalizzata alla tutela e articolo illogici e irragionevoli.

La Corte Europea dei Diritti dell'Uomo nel Corte ha condannato l'Italia poiché il divieto di accedere alla diagnosi pre-impianto imposto alle coppie portatrici di malattie geneticamente trasmissibili contrasta con l'articolo 8 della CEDU.

Dopo l'intervento della Corte costituzionale che ha chiarito esplicitamente che «il trasferimento degli embrioni, da realizzare non appena possibile, deve essere effettuato senza pregiudizio della salute della donna».

In Italia il mancato decollo della fecondazione eterologa dopo la modifica della legge si deve non solo a lacune legislative, ma anche a carenze organizzative e problematiche socio culturali. È necessario che cresca una coscienza della donazione come nei Paesi esteri e vengano colmate delle falle legislative, per evitare che le donne desiderose di ricorrere a questa tecnica siano costrette a varcare i confini nazionali.

TRE PASSI DELLA TERAPIA STANDARD EUROPEA

Per quanto riguarda le procedure mediche, sia in Italia che all'Estero esistono cliniche che prevedono protocolli standard e ce ne sono altre che propongono terapie personalizzate, utilizzando sempre gli stessi principi attivi, ma con dosi differenti.

Sia in Italia, in Europa e in Extra UE i piani terapeutici delle cliniche sono molto simili come tipologie di farmaci, le differenze sono nella quantità e nella durata. Le cliniche Extra UE adottano procedure a volte più scrupolose di quelle europee sia nell'assunzione dei

farmaci sia nei controlli ecografici. La terapia deve essere assunta fino al controllo delle beta HCG tramite un esame del sangue.

NATALITA' E FECONDITA' IN ITALIA

Nel 2014 sono stati iscritti in anagrafe per nascita 502.596 bambini, quasi 12mila in meno rispetto al 2013, 74mila in meno sul 2008. La diminuzione delle nascite è dovuta soprattutto alle coppie di genitori entrambi italiani: 398.540, quasi 82mila in meno negli ultimi sei anni.

Questo perché le donne italiane in età riproduttiva sono sempre meno e hanno una propensione ad avere figli sempre più bassa.

I nati all'interno del matrimonio continuano a diminuire: nel 2014 sono appena 363.916, ben 100mila in meno rispetto al 2008. Al contrario, aumentano i nati da genitori non coniugati: oltre 138mila nel 2014, quasi 26mila in più sul 2008, con un peso relativo rispetto ai nati da coppie coniugate pari al 27,6% del totale delle nascite.

Quasi l'8% dei nati nel 2014 ha una madre di almeno 40 anni mentre in un caso su dieci (10,7%) la madre è sotto i 25 anni.

Il numero medio di figli per donna scende a 1,37 (rispetto a 1,46 del 2010). Le donne italiane hanno in media 1,29 figli, le cittadine straniere residenti 1,97; in quest'ultimo caso il calo è rilevante rispetto al 2008, quando avevano in media 2,65 figli.



ECCO I TRE STEP DI UNA TERAPIA STANDARD UTILIZZATA A LIVELLO EUROPEO

Primo step: Si inizia a sincronizzare la ricevente con la donatrice (devono trovarsi nello stesso periodo nelle condizioni in cui gli ovociti della donatrice possano essere prelevati e la ricevente sia idonea ad accoglierli); per questo si ricorre all'assunzione di una pillola anticoncezionale. La clinica fornisce un piano terapeutico in cui vengono indicate sia le date di assunzione dei vari farmaci sia le date del pick up e del relativo transfer.

Secondo step: Dopo aver mandato in stand-by le ovaie con una puntura intramuscolo vengono somministrati estrogeni in pillole o in cerotti che hanno lo scopo di preparare l'endometrio per il trattamento. Attraverso controlli ecografici si monitora l'endometrio, in quanto il transfer di embrioni è possibile con uno spessore endometriale di 8/12 mm.

Terzo step: Dal giorno del pick up la terapia cambia perché nel processo dell'impianto e dello sviluppo iniziale dell'embrione, viene integrata, tramite ovuli vaginali, con progesterone, l'ormone centrale nel

