



MOVIMENTO PER LA VITA

Carlo Casini

**VI RAPPORTO
SULL'ATTUAZIONE
DELLA LEGGE 40** (anno 2012)

settembre 2014

INTRODUZIONE

L'art. 15 della L. 40/04 prevede che il Ministro della salute ogni anno – entro il mese di giugno – presenti al Parlamento una Relazione sulla attuazione della legge stessa che disciplina la procreazione medicalmente assistita.

Di regola i dati presentati non sono quelli dell'anno precedente, ma quelli di due anni prima. Così l'ultima relazione – quella che reca la data del 30 giugno 2014 – si riferisce al 2012.

A partire dal 2008 il Movimento per la vita italiano ha pubblicato cinque Rapporti contenenti una valutazione critica di quanto esposto nella annuale relazione ministeriale allo scopo di evidenziare se e in che misura oltre “favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana” nella sua applicazione concreta la legge abbia anche assicurato i diritti del soggetto concepito.

L'art. 1 della legge 40 infatti, indica le finalità della norma e testualmente recita: “Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione

medicalmente assistita, alle condizioni previste dalla seguente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito.

Nei cinque Rapporti precedenti ci siamo occupati pressoché esclusivamente del diritto alla vita del concepito, ma questo 6° rapporto deve proporre una attenta riflessione anche sul tema della fecondazione artificiale eterologa, perché la sentenza pronunciata dalla Corte Costituzionale il 9 giugno 2014 ha annullato l'ultimo comma dell'art. 4, che la vietava.

Sugli effetti pratici di tale decisione è in corso una vivace discussione a livello regionale e statale.

Alcune Regioni hanno preteso di consentirne immediatamente l'attuazione, mentre il Ministro ha annunciato una iniziativa legislativa.

Vogliamo perciò offrire un contributo di riflessione nel dibattito pubblico in corso. Perciò in questo Rapporto ci occuperemo in particolare della PMA eterologa, senza peraltro dimenticare il diritto alla vita del concepito, tanto più che – come vedremo – vi è un collegamento tra i due temi.



1

QUANTI SONO I SOGGETTI COINVOLTI NELLA PMA?

Nella Pma è evidentemente coinvolto il desiderio di genitorialità degli adulti, ma è implicato anche il bene del figlio generato artificialmente. Anzi: nel caso di un possibile contrasto tra i diritti e gli interessi del figlio e i desideri e diritti degli adulti ogni scelta deve dare maggior peso ai primi e non ai secondi.

Questa preferenza è chiaramente presente nell'art. 3 della Convenzione ONU sui diritti del bambino, adottata il 20/11/1989 e resa esecutiva in Italia con la legge 27 maggio 1991 n. 176. Tale articolo, ripetuto anche dall'art. 24 della "Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione europea". Stabilisce che "in tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche o private, dei Tribunali o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve avere una considerazione preminente". Nel nono punto del preambolo di tale convenzione si ricorda, citando la precedente Dichiarazione sui diritti del fanciullo del 1959, che deve considerarsi "fanciullo" meritevole di particolare protezione, anche il non ancora nato.

La Corte Costituzionale Italiana, nella sentenza n. 35 del 10/2/1997, ha fatto riferimento proprio al combinato disposto dell'art. 3 e del 9° punto del preambolo della Convenzione sui diritti del fanciullo per affermare il diritto alla vita del concepito fin dalla fecondazione e per proclamare che tale diritto "ha conseguito nel corso degli anni sempre maggiore riconoscimento anche sul piano internazionale e mondiale".

E' opportuno ricordare anche le ripetute prese di posizione del Comitato nazionale di bioetica a cominciare dal parere del 22 giugno 1996 su "Identità e statuto dell'embrione



umano" in cui si leggono le seguenti parole conclusive: "Il Comitato è pervenuto unanimemente a riconoscere il dovere morale di trattare l'embrione umano, fin dalla fecondazione, secondo i criteri di rispetto e di tutela che si debbono adottare nei confronti degli individui umani a cui si attribuisce comunemente la caratteristica di persone".

Tale conclusione è stata confermata dal Cnb nel parere dell'11 aprile 2003 relativo alle "ricerche su embrioni umani e cellule staminali, dove si scrive che "gli embrioni umani sono vite umane a pieno titolo ed esiste quindi il dovere morale di sempre rispettarli e sempre proteggerli nel loro diritto alla vita, indipendentemente dalle modalità con cui sono stati procreati e indipendentemente dal fatto che alcuni di essi possano essere qualificati - con una espressione discutibile, perché priva di valenza ontologica - soprannumerari". Questi pareri sono stati confermati nel 2005 in quelli

sul cosiddetto *ootide* e sull'*adozione per la nascita*.

Perciò è doveroso esaminare e valutare i dati della Pma non solo riguardo alla efficacia delle nuove tecniche, ma dare soddisfazione al desiderio di genitorialità. Sotto questo profilo la relazione ministeriale è ricchissima di dati: numero dei cicli iniziati, sospesi, interrotti; numero delle gravidanze ottenute e dei bambini partoriti; eventuali complicanze per le madri e per i figli nelle gravidanze e dopo la nascita.

Ma la lente d'ingrandimento si sofferma assai meno sulla sorte del soggetto-concepito la cui tutela è ricordata dall'art. 1 come uno dei fini di tutta la legge. Tuttavia dagli elementi statistici forniti dal Ministero è possibile ricavarne altri che riguardano specificamente i concepiti. Ci occupiamo soltanto delle tecniche di II e III livello e non di quella di I livello perché quest'ultima, consistente nell'introduzione artificiale del seme maschile nel corpo della donna, di per sé non consente interventi

direttamente soppressivi di embrioni, salva l'ipotesi di Ivg a gravidanza avanzata. Invece nelle tecniche di II e III livello vi è sempre una fecondazione in vitro, sia che si proceda "a fresco" (modalità Fivet e ICSI) sia che l'embrione venga congelato una volta formato, e quindi scongelato (modalità FER) sia che la fecondazione avvenga su un ovocita precedentemente congelato e quindi scongelato (modalità FO). Un embrione in provetta può sempre essere manipolato o scartato. Perciò la tutela del suo diritto alla vita richiede una particolare sorveglianza.

Pertanto non bisogna mai dimenticare che il destino della grande maggioranza degli embrioni generati in provetta è un destino di morte. La morte è inevitabilmente collegata con le nuove tecniche.

Possiamo partire dal rapporto tra gli embrioni generati e i bambini nati.

Riportiamo la seguente tabella pubblicata con il n. 3.77 nella relazione ministeriale:

Tab. 3.77: Numero di cicli iniziati, di prelievi effettuati, di trasferimenti eseguiti, di gravidanze ottenute, di gravidanze perse al follow-up, di esiti negativi di gravidanze, di parti e di nati vivi nell'anno 2012, secondo le tecniche utilizzate

	FIVET	ICSI	FER	FO	Totale
Cicli Iniziati	8.431	47.064	6.513	2.189	64.197
Prelievi	7.397	42.690	-	-	50.087
Trasferimenti	6.241	35.581	5.496	1.736	49.054
<i>con 1 Embrione</i>	<i>1.137</i>	<i>7.520</i>	<i>2.043</i>	<i>414</i>	<i>11.114</i>
<i>con 2 Embrioni</i>	<i>3.052</i>	<i>15.176</i>	<i>2.430</i>	<i>821</i>	<i>21.479</i>
<i>con 3 Embrioni</i>	<i>1.872</i>	<i>11.562</i>	<i>947</i>	<i>465</i>	<i>14.846</i>
<i>con 4 Embrioni</i>	<i>136</i>	<i>1.127</i>	<i>66</i>	<i>32</i>	<i>1.361</i>
<i>con 5 o + Embrioni</i>	<i>44</i>	<i>196</i>	<i>10</i>	<i>4</i>	<i>254</i>
Gravidanze	1.770	9.300	1.231	338	12.639
Percentuale di gravidanze su cicli iniziati/scongelamenti	21,0	19,8	18,9	15,4	19,7
Percentuale di gravidanze su trasferimenti	28,4	26,1	22,4	19,5	25,8
Gravidanze perse al follow-up	261	1.280	103	23	1.667
Percentuale di gravidanze perse al follow-up sul totale gravidanze	14,7	13,8	8,4	6,8	13,2
Esiti negativi di gravidanze	380	2.037	338	94	2.849
Percentuale esiti negativi su gravidanze monitorate	25,2	25,4	30,0	29,8	26,0
Parti	1.129	5.983	790	221	8.123
Nati vivi	1.374	7.302	888	250	9.814

Da essa risulta che i bambini nati vivi nel 2012 sono stati 9.814. Probabilmente questa cifra è di poco inferiore alla realtà perché dalla medesima tabella risulta che per il 13,3% (1667 gravidanze) non è stato possibile effettuare controlli.

Si può immaginare che gli esiti non sono stati comunicati perché negativi, ma si può anche pensare che la percentuale di nati sia simile a quelle di tutte le altre gravidanze monitorate. In tal caso

il numero complessivo dei bambini nati si approssimerebbe a 11.000. Ma vediamo quale è stato il percorso per giungere a questo risultato procedendo a ritroso. Gli embrioni generati in provetta devono essere trasferiti in utero.

La Tabella 3.57 della relazione ministeriale, qui riprodotta, ci dice che nel 2012 sono stati formati 114.276 embrioni di cui 95.319 (91.720 + 3.599) trasferiti e 18.957 congelati. Se questo dato è esatto si può stabilire che, ritenendo i nati circa

Tab. 3.57: Distribuzione regionale del numero totale di embrioni formati, del numero di embrioni formati e trasferiti nei cicli a fresco (FIVET – ICSI), del numero di embrioni formati e trasferiti da cicli di scongelamento ovocitario e del numero di embrioni formati e crioconservati nell'anno 2012.

Regioni ed aree geografiche	N° Totale Embrioni Format	N° Embrioni Format e Trasferiti da cicli a fresco (FIVET-ICSI)	N° Embrioni Format e Trasferiti da cicli di scongelamento ovocitario	N° Embrioni Format e Crioconservati	
				N°	% sul totale embrioni formati
Piemonte	6.098	4.726	292	1.080	17,7
Valle d'Aosta	403	281	1	121	30,0
Lombardia	25.404	20.954	1.048	3.402	13,4
Liguria	1.015	723	101	191	18,8
Nord ovest	32.920	26.684	1.442	4.794	14,6
P.A. Bolzano	2.233	1.594	78	561	25,1
P.A. Trento	1.121	1.110	6	5	0,4
Veneto	6.145	4.647	281	1.217	19,8
Friuli Venezia Giulia	5.821	4.030	235	1.556	26,7
Emilia Romagna	10.150	7.245	469	2.436	24,0
Nord est	25.470	18.626	1.069	5.775	22,7
Toscana	13.209	11.462	96	1.651	12,5
Umbria	787	602	11	174	22,1
Marche	346	310	9	27	7,8
Lazio	13.559	9.298	592	3.669	27,1
Centro	27.901	21.672	708	5.521	19,8
Abruzzi	2.166	2.070	35	61	2,8
Molise	0	-	-	-	-
Campania	11.170	9.446	142	1.582	14,2
Puglia	4.663	4.272	61	330	7,1
Basilicata	389	383	0	6	1,5
Calabria	549	376	0	173	31,5
Sicilia	7.027	6.255	94	678	9,6
Sardegna	2.021	1.936	48	37	1,8
Sud e isole	27.985	24.738	380	2.867	10,2
Italia	114.276	91.720	3.599	18.957	16,6

In realtà, se vogliamo sapere il numero esatto degli embrioni trasferiti dobbiamo integrare i dati della tabella 3.57, perché in essa non sono indicati i casi di FER, cioè di scongelamento di embrioni. Vi si indicano i numero dello scongelamento ovocitario (l'ovocita prima congelato viene scongelato e quindi messo in contatto con lo sperma), e i dati relativi alla crioconservazione di embrioni, ma non vi si dice quanti embrioni sono stati scongelati e quanti trasferiti.

In effetti dalla tabella 3.77 moltiplicando il numero dei trasferimenti per il numero di embrioni trasferiti per ciclo si ottiene la cifra totale degli embrioni trasferiti. Il calcolo è facile ed è mostrato dalla tabella pubblicata qui a fianco.

Trasferimenti	Numero Embrioni	Totale embrioni trasferiti
11.114	1	11.114
22.479	2	44.958
14.846	3	44.538
1.361	4	5.444
254	5	1.270
Totale embrioni trasferiti		107.324

11.000, gli embrioni morti dopo il trasferimento sono stati circa 96.324. Questo getta un'ombra oscura sulle nuove tecniche che, per soddisfare il lodevole desiderio di genitorialità, accetta la

morte di 9 esseri umani per ogni figlio giunto alla nascita. Ma proseguiamo ulteriormente il cammino a ritroso. Leggiamo la tabella 3.44 della relazione ministeriale

Tab. 3.44: Numero di ovociti inseminati, fecondati e tasso di fecondazione per tecniche a fresco nell'anno 2012 secondo la tipologia del servizio

Tipologia del servizio	Ovociti Inseminati			Ovociti Fecondati			Tasso di Fecondazione		
	Totale	FIVET	ICSI	Totale	FIVET	ICSI	% Totale	% FIVET	% ICSI
Pubblico	76.352	17.370	58.982	53.125	11.845	41.280	69,6	68,2	70,0
Privato convenzionato	63.220	10.658	52.562	44.029	7.391	36.638	69,6	69,3	69,7
Privato	79.791	8.189	71.602	57.748	5.773	51.975	72,4	70,5	72,6
Totale	219.363	36.217	183.146	154.902	25.009	129.893	70,6	69,1	70,9

Questa tabella è inquietante. Per generare un embrione occorre la fecondazione dell'ovocita. Un ovocita fecondato è un embrione. La Tabella dice che da 219.363 ovociti sottoposti a fecondazione sono derivate 154.902 fecondazioni, cioè i concepiti sono stati 154.902. Da questa cifra mancano gli embrioni congelati e scongelati. Infatti la Tabella riguarda soltanto le tecniche a fresco.

Ma se gli embrioni trasferiti provenienti da tecniche a fresco sono stati 95.319, che ne è stato

dei concepiti non trasferiti, che dal confronto fra le tabelle dovrebbero essere nel numero di 59.383 (154.902 - 95.319)?

Quale è stata la loro sorte? Quanto meno avrebbero dovuto essere congelati, ma la tabella 3.57 attesta che solo 18.958 sono stati congelati. D'altronde dalla tabella da ultimo riportata non risultano gli embrioni scongelati.

Osserviamo, allora, la tabella 3.50 alla pag. 78 della relazione ministeriale.

Tab. 3.50: Numero di cicli iniziati con scongelamento di embrioni, percentuale rispetto al totale dei cicli iniziati totali con scongelamento sia di embrioni (FER) che da ovociti (FO), numero di embrioni scongelati. Anni 2005-2012.

Anni di rilevazione	Cicli iniziati con scongelamento totali (FER e FO)	Cicli iniziati con scongelamento embrioni (FER)		Numero di embrioni scongelati
		N	%	
2005	4.049	1.338	33,0	3.384
2006	3.882	905	23,3	2.378
2007	3.703	709	19,1	1.825
2008	3.792	508	13,4	1.255
2009	4.121	1.019	24,7	2.417
2010	6.199	3.758	60,6	8.779
2011	7.691	5.184	67,4	11.482
2012	8.702	6.513	74,8	12.611

Risulta che nel 2012 soltanto 12.611 embrioni sono stati scongelati. Non si dice quanti sono stati trasferiti, ma, in effetti, la differenza tra il numero totale degli embrioni trasferiti risultanti dal calcolo da noi proposto a commento della tabella 3.77 e il numero dei trasferiti a seguito di tecniche da scongelamento embrionale (12.005) è di poco inferiore al numero dei concepiti scongelati. Di 606 non

sappiamo niente. In conclusione resta l'interrogativo: quale è stata la sorte di circa 40.000 embrioni (59.583 formati e non trasferiti – 18.957 congelati = 40.626)? sono stati gettati via, selezionati? Perché? In ogni caso il cammino a ritroso pe corso dimostra che se il rapporto tra embrioni trasferiti e bambini nati è di 1 a 10, il rapporto tra embrioni formati e bambini nati è di 1 a 15.

2 L'ACCUMULO DI EMBRIONI ULTIMA OFFESA ALLA DIGNITA' UMANA

Considerando le cose dal punto di vista del diritto alla vita o – se si vuole – della dignità dell'essere umano, l'aspetto più drammatico collegato con la Pma è l'accumulo egli embrioni crioconservati.

La legge 40 aveva tentato di ridurre al massimo questo problema stabilendo, all'art. 14, che tutti gli embrioni formati fossero trasferiti immediatamente in utero, cioè che – in linea di massima, salvo casi eccezionali – le sole tecniche utilizzabili fossero "a fresco".

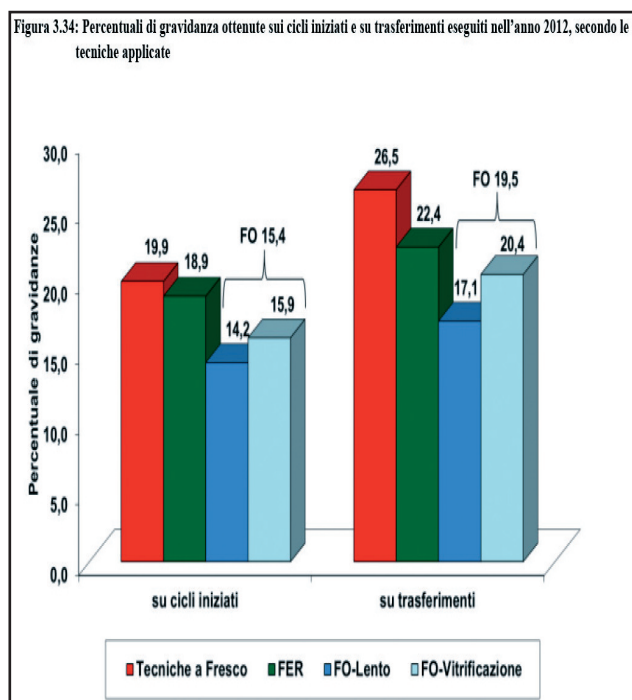
Poiché, d'altro canto, le gravidanze plurime sono più rischiose per le gestanti e per gli stessi feti, la norma aveva fissato il limite massimo di tre embrioni generabili nell'ambito di un ciclo.

La relazione ministeriale spiega bene cosa si debba intendere per "ciclo".

Esso inizia con la presa in carico da parte dei medici della donna che chiede la Pma, prosegue con la eventuale somministrazione di sostanze che provocano la iperovulazione, continua con il prelievo degli ovociti giunti a maturazione.

Successivamente avviene la fase della fecondazione e, infine, quella del trasferimento nella speranza di una gravidanza che continui e del parto.

La probabilità di successo "bambino in braccio" sono basse come risulta dalla sotto riportata tabella ministeriale



Questa tabella riguarda le gravidanze, ma come risulta dalle due seguenti ulteriori tabelle, non tutte le gravidanze giungono al parto.

Tab. 3.75: Numero di esiti negativi nell'anno 2012, secondo la tipologia dell'esito negativo in rapporto al totale delle gravidanze monitorate

Totale gravidanze monitorate	Aborti Spontanei		Aborti Terapeutici		Gravidanze ectopiche		Morti intrauterine	
	N°	% su gravidanze monitorate	N°	% su gravidanze monitorate	N°	% su gravidanze monitorate	N°	% su gravidanze monitorate
10.735	2.556	23,3	99	0,9	178	1,6	16	0,1

Tab. 3.76: Percentuale degli esiti negativi delle gravidanze monitorate secondo le classi di età delle pazienti, nell'anno 2012

Classi di età	Gravidanze Monitorate	Esiti Negativi *	
		N	%
≤ 34 anni	4.493	883	19,7
35-39 anni	4.782	1.249	26,1
40-42 anni	1.510	602	39,9
≥ 43 anni	187	115	61,5
Totale	10.972	2.849	26,0

*Negli esiti negativi sono state incluse le 16 morti intrauterine

Poiché nel 2012 i cicli iniziati sono stati 64.197, come riferisce il Ministro alla pag. 65 della sua relazione, si può stabilire che soltanto una coppia su 6 riesce ad avere un figlio in braccio al termine del suo ciclo. Ma una parte delle donne vuole riprovare. Inizia così un secondo e poi un terzo e quarto ciclo. Questo spiega così perché il numero dei "pazienti" (intendendosi per tali le coppie che chiedono la P.M.A.) è risultato nel 2012 superiore al numero dei cicli. Per evitare di procedere a nuovi prelievi – ognuno dei quali indubbiamente comporta disagio per la donna – è invalso l'uso di prelevare un rilevante numero di ovociti in un solo ciclo, di fecondarne il maggior numero possibile e di conservarne alcuni "come scorta" per uno e più ulteriori trasferimenti nel caso che il primo non abbia raggiunto l'esito sperato. Ma cosa avviene se il primo tentativo ha successo e la coppia non vuole altri figli, ovvero se la donna cambia idea o se, comunque,

sopraggiunti eventi immaginabili di vario tipo (malattia, separazioni, etc) impediscono o scoraggiano l'avventura di provare ad avere una gravidanza? Gli embrioni congelati – esseri umani a pieno titolo – privi di un qualsiasi progetto parentale, restano in una specie di "limbo" i cui abitanti vanno progressivamente aumentando. Che farne? Sottoporli a sperimentazione scientifica ovviamente distruttiva (a parte la sua discutibile utilità), è cosa contraria alla dignità umana e al loro diritto alla vita; disporne la loro distruzione in massa per risparmiare le spese di custodia nei congelatori è disumano.

Per risolvere il problema, la L. 40/04 aveva previsto – come già ricordato – che tutti gli embrioni artificialmente generati fossero trasferiti, per dare a ciascuno di loro una qualche speranza di vita restituendoli e affidandoli alla sede e ai ritmi predisposti dalla natura. Ma la sentenza Costituzionale 151 del 2009 ha an-

nullato questa norma sia pur confermando che alla “generazione soprannumeraria” è lecito ricorrere solo quando ciò appaia ai medici strettamente necessario. Sta di fatto che dal 2009 i congelamenti embrionali si sono moltiplicati e conseguentemente sono di nuovo in aumento gli “abitanti del limbo”.

Si osservi, infatti, la tabella ministeriale a lato.

Come si vede il numero degli embrioni congelati si è mantenuto basso fino alla metà del 2009, quando la sentenza costituzionale del 151/09 ha rimosso la rigidità del limite fissato dalla L. 40/04.

Dal 2010 al 2012 la situazione si è stabilizzata. Nei tre anni sono stati congelati 54.515 concepiti.

Dalla medesima relazione ministeriale, più precisamente dalla tabella 3.50 già riportata, sappiamo che nello stesso triennio gli embrioni scongelati sono stati 32.872. Quindi la differenza tra i congelamenti e gli scongelamenti è di 21.643.

E’ giusto prendere in considerazione un periodo superiore all’anno, perché un ciclo può svolgersi con embrioni congelati negli anni precedenti. Perciò abbiamo misurato i dati di più anni insieme. Ciò rende la cifra di 21.643 assai prossima alla realtà.

Si può dunque ritenere che dal 2010 al 2012, 21.643 esseri umani hanno incrementato lo stock degli ibernati senza speranza di sviluppo vitale.

A questi bisogna aggiungere gli embrioni che già si trovano prima del 2010 in quel “limbo”.

Prima della Legge 40 non esisteva alcun limite né alcun registro che consentisse di avere dati certi. Peraltro la L. 40/04 ha istituito un registro da cui dovrebbe più esattamente risultare il dato. Il sottosegretario Francesca Martini rispondendo nel 2011 ad una interrogazione dell’on. Antonio Palagiano dichiarò che in 55 centri si trovavano 3.862 embrioni crioconservati in stato di abbandono appartenenti a 939 coppie, che avevano depositato una rinuncia al loro trasferimento mentre per altri 6.279 embrioni congelati provenienti da 544 coppie non rintracciate esisteva soltanto una situazione di abbandono di fatto.

Indipendentemente dall’esattezza dei numeri è certo che un rilevante numero di embrioni già formati è conservato “in frigorifero” ed è un numero destinato ad aumentare nel corso degli anni.

Tab. 3.47: Numero di cicli con congelamento di embrioni e numero di embrioni congelati. Anni 2005-2012.

Anni di rilevazione	* Cicli con congelamento di embrioni	Numero di embrioni congelati
2005	-	659
2006	-	819
2007	-	768
2008	-	763
2009	2.622	7.337
2010	5.878	16.280
2011	6.865	18.978
2012	7.339	18.957

* il dato sul numero di cicli di congelamento di embrioni viene raccolto solamente dal 2009.

Della loro sorte si è occupato il Comitato nazionale di bioetica, che, nel parere adottato il 18 novembre 2005 dichiarò “eticamente accettabile proporre l’adozione per la nascita (APN) per risolvere, almeno in parte, il problema bioetico degli embrioni residuali, cioè definitivamente privati di un progetto parentale” e in conclusione raccomandò “la introduzione di norme che prevedono la liceità e le modalità di ricorso alla APN a favore degli embrioni crioconservati in stato di oggettivo abbandono”.

In precedenza, nel corso della discussione parlamentare sulla legge 40, il Movimento per la vita aveva proposto la APN, ma il relativo emendamento fu bocciato sia da quanti si opponevano alla L. 40/04 perché contestavano l’assimilazione del concepito ad un minore abbandonato, sia da alcuni dei sostenitori della legge, che, al contrario temevano che l’APN fosse una forma di PMA eterologa.

Sull’argomento è intervenuta anche la Chiesa Cattolica, la cui Congregazione per la Dottrina della Fede con il documento “dignitas personae” dell’8 settembre 2008, ha espresso un giudizio negativo sulla “proposta di procedere ad una sorte di adozione pre-natale” perché “tale proposta, lodevole nelle intenzioni di rispetto e di difesa della vita umana, presenta tuttavia vari problemi non dissimili” da quelli relativi alla procreazione artificiale eterologa.

Ma quando la Pma eterologa è stata introdotta nell’ordinamento, la APN sembra l’unico modo per bilanciare – nei limiti giuridici non rimovibili – gli interessi degli adulti con quelli dei figli a rischio di morte facendo prevalere il diritto di questi ultimi.

A questo punto è doveroso affrontare le problematiche derivanti dalla sentenza costituzionale 162/2014 che ha legittimato la Pmaeterologa.

3

ETEROLOGA? ALMENO NEL RISPETTO DELLA LEGGE 40

La legge 40 tenendo conto delle diverse forze politiche in campo e quindi delle possibilità concrete di porre termine a quello che era stato chiamato Far West procreatico, aveva realizzato un bilanciamento tra interessi, visioni e diritti opposti la cui sintesi è riassunta nella prima parte dell'art. 1. Il punto di equilibrio consiste da un lato nel consentire la Pma nonostante le note pubbliche dichiarate e solenni, le ripetute riserve della antropologia cristiana e i gravi rischi per la stessa vita de ll'embrione che le nuove tecniche comportano, dall'altro nel vietare ogni lesione del diritto alla vita programmaticamente premeditata come accade con la distruzione, la selezione, la sperimentazione embrionale.

Il divieto di generazione soprannumeraria era la logica difesa anticipata del diritto alla vita del concepito. La concezione delle nuove tecniche come strumenti per dare la vita non permette che esse si trasformino in occasioni di morte, al di là dei casi in cui - affidati gli embrioni alla custodia materna mediante il loro trasferimento in utero - la precedente artificiale procedura non determini una maggiore fragilità del processo di impianto e di ulteriore gestazione.

L'originario divieto di Pma eterologa contenuta nel 3° comma dell'art. 4, a sua volta, trovava motivazioni nell'attuale interesse del figlio ad avere un padre ed una madre certo sotto ogni aspetto: genetico, emotivo, legale; nel suo diritto alla identità di cui la conoscenza delle proprie origini è un aspetto; nella doverosa attribuzione del primato degli interessi e diritti del figlio, proclamato nel diritto positivo, come già ricordato nell'introduzione;

nella considerazione che la Pma, proprio per l'intervento razionale della società nella generazione, è in grado, più della procreazione naturale, di stabilire e applicare regole ispirate al "meglio" per i figli.

Nella discussione era emersa con chiarezza l'impossibilità di fare appello all'istituto dell'adozione dei minori per giustificare la Pma eterologa. La moderna adozione di minori ("legittimante") non è lo strumento predisposto per dare figli a chi non ne ha, ma, al contrario, per dare una famiglia al bambino che non ce l'ha o l'ha persa. È cioè un modo per rimediare ad un male: l'abbandono materiale o morale da parte dei genitori.

Non è giusto creare artificialmente uno stato di abbandono per potervi porre rimedio come avviene quando ad uno o entrambi i genitori genetici è richiesto di generare un figlio e di disinteressarsi totalmente di lui. Il minore ha diritto alla sua famiglia. Essa è in primo luogo costituita da coloro che l'hanno generato. Qualora colpevolmente o incolpevolmente, materialmente o moralmente, questa famiglia non ci sia o non ci sia più, l'adozione provvede a che il minore abbia un'altra famiglia, anch'essa vera perché fondata sull'amore, ma che non cancella l'originario diritto del figlio all'amore, custodia, cura, di coloro che l'hanno generato. In ogni caso la responsabilità della generazione, la trasmissione dei caratteri e dello stesso aspetto fisico dei genitori biologici è di per sé un sostegno molto forte per il mantenimento di costruttivi rapporti di affetto, custodia e sostegno anche di fronte alle inevitabili traversie della vita che possono deteriorarli.



La sentenza 162/14 della Corte Costituzionale non può essere messa in discussione. Essa opera nell'ordinamento giuridico con una forza alla quale non può sottrarsi neppure il legislatore ordinario, che non può né disapplicare, né modificare quanto stabilito dalla Corte. Discussioni accademiche possono essere fatte, ma non è questa la sede opportuna. Il tema è come attuare la decisione della Consulta. Il rispetto per essa non toglie al legislatore la competenza per fissare le condizioni e i limiti sostanziali e procedurali della Pma eterologa. Né la Corte ha contestato il principio di bilanciamento che costituisce l'architrave della legge 40/04 e neppure il primato degli interessi e diritti del figlio. Sembra, dunque, che il Parlamento abbia ampio spazio per legiferare ispirandosi a quel bilanciamento tra interessi e diritti degli adulti e diritti del figlio che costituisce l'anima della legge.

Il dibattito pubblico si è concentrato sul diritto del figlio a conoscere le proprie origini. È una questione seria, ma, prima ancora, bisogna riflettere sul diritto alla vita, che precede e condiziona ogni altro diritto e che la fecondazione in vitro, come tale, mette in vario modo a rischio. L'aspetto più inquietante – lo abbiamo visto – è l'accumulo di embrioni nei congelatori, sotto azoto liquido, che – generati in soprannumero in vista di una Pma omologa – sono poi rimasti privi per qualsiasi ragione dell'iniziale progetto parentale. Essi si trovano in uno stato di abbandono che prelude alla loro morte. Il numero complessivo di questi esseri umani ibernati privi di speranza di un futuro trasferimento in utero non è stato mai indicato nelle relazioni ministeriali che si

sono succedute negli anni, ma si tratta certamente di una quantità significativa ed in aumento dopo la sentenza 161/09 della Corte Costituzionale che ha rimosso l'obbligo di procedere all'immediato trasferimento in utero di tutti gli embrioni generati nell'unità di un ciclo da contenere nel massimo di tre.

È assurdo creare nuovi embrioni – con tutti i nuovi aggiuntivi rischi di morte – per soddisfare i pur legittimi desideri di genitorialità, quando già esistono embrioni formati dei quali è giusto tentare di evitare la morte.

Sembra, dunque, che il giusto punto di equilibrio ("bilanciamento") tra il diritto alla vita del figlio e gli interessi dei potenziali genitori, nella logica della legge 40/04, sia quello di ammettere e regolare la Pma eterologa solo nella forma che il CNB aveva chiamato "Adozione per la nascita" degli embrioni già formati e rimasti privi di un progetto parentale omologo. La validità di questa soluzione deve essere vagliata esaminando le possibili obiezioni, sia delineando i vantaggi ulteriori che ne possono derivare.

Alla obiezione di chi osserva che la Corte Costituzionale non ha previsto limiti alla Pma eterologa è facile replicare che la discussione di questi giorni non mette in dubbio che dei limiti possano (e debbano) essere previsti senza che questi implichi una violazione della decisione costituzionale.

Ad esempio, è unanimemente accettato che i potenziali genitori non possano scegliere la razza o le caratteristiche somatiche del figlio e che possano essere posti limiti all'età dei donatori e della coppia richiedente, escludendo non pochi cittadini dall'utilizzazione della

nuova tecnica e dalla partecipazione alle sue procedure come "donanti". In nessuna parte della sentenza 162/2014 si afferma l'obbligo di ammettere qualsiasi forma di Pma eterologa. Naturalmente la soluzione qui proposta suppone che si prenda sul serio la norma dell'art. 1 della legge 40 laddove si riconosce il concepito come soggetto di rango paragonabile a quello dei suoi potenziali genitori e si promette garanzia per i suoi diritti, il primo dei quali è quello alla vita.

Ma il punto di equilibrio viene individuato anche con riferimento ai diritti dei figli già nati. La Pmaeterologa può essere effettuata o mediante utilizzazione dei gameti di una sola persona estranea alla coppia richiedente oppure con la formazione dell'embrione mediante spermatozoo e ovocita entrambi provenienti da persone estranee alla coppia. La seconda ipotesi è più vantaggiosa per il figlio e per la stessa coppia nell'esercizio della maternità e della paternità. Nel primo caso, infatti, vi è uno squilibrio nel rapporto triangolare che lega i genitori al figlio, perché uno dei due membri della coppia è genitore pieno e vero, mentre l'altro no.

Non è difficile immaginare la possibilità di rivendicazioni o ripulse nei momenti di stress familiare con ripercussioni negative sulla psicologia del figlio.

Viceversa, se la Pma è "bilaterale", la posizione di ciascuno dei due membri della coppia genitoriale è identica, né si introduce nella famiglia l'ombra di un terzo che potrebbe turbare l'armonia. Inoltre, l'intrecciarsi del desiderio di genitorialità con la consapevolezza di aver salvato un figlio dalla morte, libera da ogni venatura egoistica l'aspirazione ad avere un figlio e purifica i sentimenti con una connotazione di generosità che mantiene più facilmente l'armonia familiare.

Per la donna l'aspetto più penoso della Pma è il prelievo di ovociti, per lo più preceduti da una iperovulazione indotta da farmaci, che può talora determinare una vera patologia qual è la "sindrome da iperovulazione". Questi problemi e questi rischi sono totalmente evitabili nella ipotesi qui caldeggiata di Pma eterologa che potrebbe davvero essere chiamata "adozione per la nascita" (APN) come suggerisce il Comitato nazionale di bioetica.

Invero, nel bilanciamento dei vari diritti e interessi che la legge 40/2004 ha delineato, il ricorso alla Pma a causa delle valenze negative che vi son connesse è pensato come rimedio ultimo quando non è possibile favorire in altro modo la soluzione dei problemi riproduttivi

derivanti dalla infertilità o dalla sterilità umana. Lo si ricava dal secondo comma dell'art. 1, dal 1° comma dell'art. 4 e dal 1° comma dell'art. 6.

Quest'ultima norma esige che alla coppia che chiede la Pma "deve essere prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983 n. 184 e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita". È evidente la cauta preferenza dell'ordinamento per l'adozione, sia pure indicata semplicemente alla libera consapevolezza della coppia.

Ma nel momento in cui l'ordinamento stesso si apre alla Pma eterologa, in presenza di un considerevole numero di embrioni già esistenti e privi di un progetto parentale, sembra logico attuare il desiderio genitoriale mediante quella Pma eterologa che può contemporaneamente dare una possibilità di nascita ai già concepiti.

Questa soluzione supera automaticamente anche altri problemi connessi con la Pma eterologa: quello dell'anonimato, i rischi di selezione del figlio e di commercializzazione dei gameti. Quanto ai due ultimi aspetti i problemi sono semplificati dall'esistenza del registro previsto dall'art. 11 della L. 40/04 che deve contenere anche tutte le indicazioni degli embrioni formati. Quelli congelati e rimasti "orfani" dovrebbero avere una catalogazione particolare.

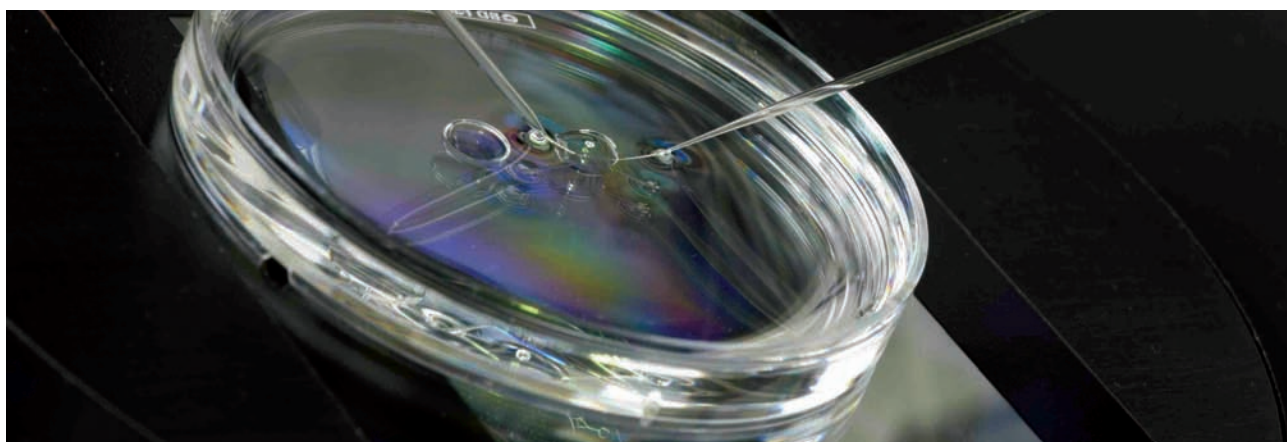
È ovvio che per evitare inaccettabili firme di commercializzazione già esistenti all'estero la Pma eterologa dovrebbe essere limitata agli embrioni già esistenti in Italia ed iscritti nell'apposito registro.

Naturalmente bisogna evitare che al fine di procedere alla Pma eterologa, si realizzi una generazione soprannumeraria di embrioni oltre i limiti di legge. La sentenza costituzionale 159/09 ha rimosso il limite dei tre embrioni generabili nella unità di un ciclo, ma ha confermato che l'autonomia di giudizio dei medici deve rispettare il limite di ciò che è "strettamente necessario".

Resta il divieto generale di congelamento di cui all'art. 14 perché la formazione di embrioni "di scorta" deve essere considerata una eccezione. Di conseguenza le prossime linee guida del ministro dovrebbero indicare meglio i parametri della valutazione medica, per evitare ogni ipotizzabile abuso.

Quanto all'anonimato vogliamo dedicargli una riflessione approfondita nel paragrafo che segue.

4 QUESTIONE ANONIMATO E PMA ETEROLOGA, MISCELA ESPLOSIVA



A seguito della sentenza 162/14 della Corte Costituzionale si è riaperto un dibattito serrato su di un preteso diritto dell'anonimato dei c.d. "donatori" di gameti nella Pma eterologa e sul contrapposto diritto dei figli di conoscere le proprie origini. In realtà la funzione dei due "diritti" è diversa. Occorre valutare se esiste davvero un diritto dell'anonimato ed eventualmente da quale parte debba pendere la bilancia.

È indiscutibile lo scopo per cui si pretende l'anonimato: esso facilita il reperimento dei gameti di persone estranee alla coppia che ricorre alla Pma. I "donatori" di regola non vogliono essere mai riconosciuti come padri e madri genetici da parte del nuovo nato. L'anonimato è, dunque, uno strumento a favore delle persone che chiedono la Pma eterologa e degli operatori del settore, non un diritto del terzo estraneo, che ha a disposizione un mezzo molto semplice per evitare eventuali temuti inconvenienti di qualsiasi tipo: non offrire sperma o ovocita.

Viceversa l'interesse a conoscere le proprie origini è parte costitutiva di un vero e proprio diritto, quello alla propria identità, che è di tale forte consistenza da essere incluso nel novero dei

diritti umani fondamentali, proclamati e garantiti da Trattati internazionali. Così l'art. 7 della Convenzione Onu sui diritti dei fanciulli stabilisce che il "bambino fin dalla nascita, nella misura del possibile, ha diritto di conoscere i suoi genitori".

Eguale la Convenzione dell'Aia del 29 maggio 1993 in materia di adozione obbliga gli Stati a conservare le informazioni sulla identità del padre e della madre del bambino adottato e a metterle a sua disposizione nei limiti fissati dalle leggi statali. Così, l'assemblea parlamentare del Consiglio di Europa (n. 1443/2000, il 25/1/2000), ha invitato gli Stati ad assicurare il diritto del fanciullo adottato a conoscere le proprie origini al più tardi dopo il raggiungimento dell'età adulta. La Corte europea dei diritti dell'uomo, il 25 settembre 2012, nel caso Godelli contro Italia, ha considerato così importante il diritto a conoscere le proprie origini da farle prevalere persino sul diritto alla vita che fonda l'anonimato stabilito nel caso di parto di donna che non vuole essere nominata. Tale regola intende prevenire aborti ed infanticidi, eppure la Corte ha condannato l'Italia per il rigore – giudicato eccessivo – con cui la legge tutela l'anonimato.



Di seguito la stessa Corte Costituzionale, con la sentenza 278 del 2013, ha annullato parte dell'art. 28 della Legge 183/1984 nella parte in cui non prevedeva la possibilità del figlio adottato di conoscere la madre biologica che aveva dichiarato al momento del parto di non voler essere nominata, sia pure con la cautela dell'interpello di lei ai fini di ottenere il suo consenso.

Nella motivazione si afferma che "il diritto del figlio a conoscere le proprie origini e ad accedere alla propria storia parentale – costituisce un elemento significativo del sistema costituzionale di tutela della persona" e che "il relativo bisogno di conoscenza rappresenta uno di quegli aspetti della personalità che possono condizionare l'intimo atteggiamento e la stessa vita di relazione di una persona in quanto tale".

Va anche ricordato che in molti Paesi l'anonimato nella Pma eterologa è stato eliminato o ha subito restrizioni. Il CNB ha esaminato la questione nel suo parere del 25 novembre 2011 ("Conoscere le proprie origini biologiche nella procreazione medicalmente assistita") ed ha elencato le nazioni europee contrarie all'anonimato: Austria, Germania, Svizzera, Olanda, Norvegia, Gran Bretagna, Svezia, Finlandia.

Ma non basta imitare nella Pma quanto avviene per l'adozione. Le situazioni sono, infatti, diversissime, per certi versi opposte. L'adozione suppone un abbandono materiale o morale del figlio, che peraltro è stato partorito dalla madre genetica e che – a parte l'ipotesi minoritaria della donna che al momento del parto dichiara di non voler essere nominata – per lo più ha vissuto qualche tempo con i suoi genitori.

Se essi si sono dimostrati irrecuperabilmente incapaci di allevare il figlio, questo può essere loro tolto con un procedimento giudiziario che può essere anche, doloroso e lungo. Vi è dunque

il pericolo di strascichi di memorie, di affetti che, se non dimenticati, possono generare turbamenti nella crescita del minore divenuto adottivo, tanto più incisivi se avvengono incontri personali. Nella Pma non si può verificare niente di tutto questo. In definitiva l'anonimato nell'adozione è un mezzo di tutela del figlio, non un mezzo per proteggere gli adulti. Ne deriva che il diritto di conoscere le proprie origini nella Pma eterologa non deve trovare limiti. Non può riguardare soltanto dati di rilevanza sanitaria conservati in un registro. Il figlio ha diritto di conoscere tutti i dati anagrafici dei suoi genitori genetici, né c'è bisogno di attendere i 25 anni per rendere operativo questo suo diritto. Si è parlato di un diritto alla identità personale, che è data anche dalla conoscenza del proprio albero genealogico.

Può darsi che l'esclusione o la forte limitazione dell'anonimato renda meno diffusa la Pma eterologa. Ma non è una ragione sufficiente per sacrificare un diritto umano fondamentale. Lo hanno ben capito molti ordinamenti stranieri che aiutano o limitano l'anonimato. Di certo in chi non ha paura di essere conosciuto è più facilmente immaginabile un atteggiamento di "dono" e meno possibile un sistema di commercializzazione o di selezione di stampo razzista che facilmente si nasconde sotto l'anonimato.

Abbiamo voluto esaminare la questione con riferimento a qualsiasi forma di Pma eterologa. Tuttavia è evidente che se la proposta caldeggiata in questo rapporto venisse accolta, gran parte dei problemi verrebbero automaticamente superati. I nomi e l'anamnesi sanitari dei "donatori" che hanno "dato" i gameti con cui sono stati formati gli embrioni poi rimasti senza progetto parentale sono già registrati in documenti certi, pubblici e comunque controllabili.

5

LE ALTERNATIVE POSSIBILI. L'ESPERIENZA DELL'ISI DI ROMA

di Giuseppe Grande

Ancora una volta dai dati ufficiali del ministero si ricava che il successo delle tecniche in questione è alquanto basso; che, dunque, altissima è la morte di embrioni. Si rifletta anche che i trattamenti comportano rischi apprezzabili per il figlio e per le madri, le quali devono affrontare anche qualche sofferenza fisica.

È perciò saggio quanto prescrive la legge 40, cioè che "il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici per rimuovere le cause di sterilità o infertilità". Un'attenta vigilanza su questo punto è assai opportuna per evitare troppo facili accessi alla Pma quando sarebbe possibile soddisfare il desiderio delle coppie in altro modo.

Ci piace, perciò, ancora una volta, riferire l'esperienza dell'Istituto Scientifico Internazionale Paolo VI (ISI) che opera presso il Policlinico Gemelli di Roma. Esso svolge attività di ricerca per individuare soluzioni terapeutiche della sterilità di coppia in alternativa alle tecnologie manipolative della riproduzione umana.

Obiettivo primario dell'ISI è individuare soluzioni terapeutiche della sterilità di coppia alternative al ricorso a tecnologie manipolative della riproduzione umana. Questo approccio garantisce attraverso la ricerca, sia clinica che di base, puntuali risposte ai problemi di infertilità, in un'ottica incentrata sulla dignità della persona e sull'indisponibilità del valore fondamentale della vita umana.

Nell'attuazione di tali scopi, l'ISI si prefigge di:

- sviluppare la ricerca scientifica clinica e di base, nei propri ambulatori e nel laboratorio de-

dicato, sui vari aspetti sia dell'infertilità che della regolazione naturale della fertilità

- perfezionare l'accuratezza diagnostica nel campo dell'infertilità umana e nell'individuare le fasi di maggiore fertilità della coppia

- intervenire per rimuovere gli ostacoli che si oppongono alla fertilità naturale mediante terapia medica della sterilità e terapia chirurgica nei casi di sterilità da patologia tubo-peritoneale o endometriosi.

- coordinare l'attività clinica necessaria al percorso diagnostico e terapeutico in collaborazione con altre Unità di diagnosi e cura del Policlinico Gemelli.

L'attività clinica, avviata nel 2003, si svolge all'interno del Gemelli e si avvale di una équipe medica multispecialistica composta da ginecologi, andrologi, endocrinologi, per una gestione coordinata della coppia sterile. A questi specialisti si affiancano altre figure professionali del Policlinico, quali l'urologo o lo psicologo, nei casi in cui si rendano necessarie tali consulenze.

L'ambulatorio permette di effettuare in loco e contestualmente diverse prestazioni diagnostiche: dosaggi ormonali ed esami emato-chimici, Pap-test, colposcopia, isteroscopia, esami microbiologici su secreto cervico-vaginale e su liquido seminale, ecografia pelvica, tiroidea e testicolare, consulenza andrologica ed endocrinologica. Sono inoltre attivi percorsi preferenziali per l'esecuzione di alcuni esami diagnostici e consulenze specialistiche come l'isterosalpingografia, la risonanza magnetica nucleare della pelvi e la consulenza immuno-ematologica.

Presso l'ambulatorio ISI, sino al 31 dicembre 2013, sono state valutate circa 6800 cop-

pie, di cui 5426 per sterilità primaria e secondaria (escludendo cioè le situazioni di abortività ricorrente) ed ogni anno afferiscono all'ambulatorio in media circa 500 nuove coppie con problemi di sterilità (443 nel 2012, stesso anno di riferimento della relazione ministeriale), di cui il 25% circa provenienti da fuori regione. L'età media all'interno delle coppie infertili è di 36 anni per gli uomini e 35 anni per le donne.

Nell'ambulatorio ISI si eseguono ogni anno circa 6.200 prestazioni ambulatoriali annue, tra cui circa 1.300 visite ginecologiche, 1.400 ecografie ginecologiche, 600 visite andrologiche, 300 visite endocrinologiche, 200 colposcopie, 250 ecografie testicolari e 200 ecografie tiroidee.

Nel periodo aprile 2003 – dicembre 2012 sono state valutate per sterilità 4980 coppie e sono state ottenute 727 gravidanze (15% del totale delle coppie afferite).

Tale dato risulta degno di particolare attenzione se letto alla luce degli studi pubblicati sui concepimenti ottenuti dopo chirurgia tubarica (Marana R. et al. Role of a mini-invasive approach in the diagnosis and treatment of tubo-peritoneal infertility as an alternative to IVF. *Minerva Ginecol.* 2011 63 (1):1-10.) o con parametri seminali alterati (Milardi D et al. Male fertility and reduction in semen parameters: a single tertiary-care center experience. *Int J Endocrinol* 2012:649149).

Le pazienti con sospetta od accertata sterilità da patologia tubo-peritoneale o endometriosi, sono state infatti valutate da una équipe multidisciplinare e successivamente inviate alla Unità operativa di chirurgia endoscopica e mininvasiva per il trattamento della sterilità femminile di origine organica.

Dal novembre 2002 al dicembre 2009 il 40% delle pazienti sottoposte ad intervento chirurgico ha ottenuto almeno una gravidanza; di queste il 56% ha ottenuto una sola gravidanza e il 44% ha ottenuto due o tre gravidanze.

Dividendo in base ai gruppi di età inferiore a 40 anni o uguale/superiore a 40 anni, le percentuali di gravidanza sono le seguenti: nel primo gruppo il 42% ha ottenuto la gravidanza, nel secondo gruppo il 27%. Il tempo medio di attesa per il concepimento è stato di 14 mesi.

Nel corso del follow up il 32% delle pazienti ha ottenuto un bambino in braccio. Occorre inoltre evidenziare che tale approccio rappresenta un'autentica terapia, capace di ripristinare la fertilità ed ottenere gravidanze

successive senza il ricorso ad ulteriori interventi medico-chirurgici. L'analisi eseguita da Milardi e altri ha dimostrato che solo il 35% dei concepimenti ottenuti dal 2003 al 2011 è avvenuto in presenza di normali parametri seminali, mentre nella maggior parte delle gravidanze (65%) il coniuge presentava alterazioni in almeno un parametro seminale; di questi il 9% mostrava una riduzione in combinazione da moderata a severa dei tre principali parametri seminali (oligoastenoteratospermia). Tale dato ha evidenziato che la riduzione dei parametri seminali non esclude la possibilità di un concepimento spontaneo. Ogni paziente dovrebbe pertanto poter avere accesso ad un'approfondita valutazione diagnostica e terapeutica, anche quando le prospettive di ottenere parametri seminali di "normalità" appaiano ridotte.

Nel complesso la percentuale di gravidanze nei pazienti che hanno seguito il protocollo in vigore presso l'ambulatorio ISI è del 15%.

Se poi prendiamo in considerazione quale criterio-guida nell'analisi dei dati la difesa della vita del concepito, un rapido calcolo, effettuato utilizzando i dati della relazione ministeriale (numero di cicli/coppia, numero di embrioni prodotti/ciclo, numero di bambini nati/embrioni prodotti) permette di affermare che se le stesse 426 coppie afferite nel 2011 presso l'ambulatorio ISI "Paolo VI" avessero fatto ricorso a tecniche di Pma, sarebbero stati prodotti 1073 embrioni, con nascita di solo 64 "bambini in braccio" e "perdita" di oltre 1000 embrioni.

Anche in considerazione di tali dati forniti dal centro ISI il cui percorso diagnostico-terapeutico per l'infertilità non prevede il ricorso a tecniche di Pma, e dunque formulabile l'auspicio che il ministro indichi nella Relazione la percentuale di coppie infertili che ha concepito grazie al trattamento eziologico dell'infertilità, senza il ricorso a tecniche di Pma.

Sarebbe inoltre opportuno indicare quanto tempo la coppia abbia atteso prima di essere indirizzata a tecniche di Pma ed il percorso diagnostico terapeutico che dovrebbe essere stato necessariamente seguito prima dell'accesso alla Pma, ai sensi dell'articolo 4 della L. 40/04.

I dati illustrati supportano e confermano la logica e la necessità di una gradualità nell'accesso alle tecniche di fecondazione assistita, già previsto legislativamente dall'art. 4 della L. 40/04, che si dovrebbe concretizzare in percorsi diagnostico-terapeutici per quanto possibile standardizzati.