

# La procreazione medicalmente assistita Il difficile volo della cicogna PMA, genitori per merito della scienza

Lucilla Vazza

Giornalista professionista e addetta stampa ACP

*Dopo la presentazione dei dati del Registro nazionale sulla procreazione medicalmente assistita e delle tecniche utilizzate, non poteva mancare una visione della PMA in Italia dalla parte di chi fa informazione scientifica e sanitaria sui grandi mezzi di comunicazione di massa, riflettendo sul sentimento comune della gente circa i grandi temi della nostra società. Il contributo presente in questo numero è di Lucilla Vazza, giornalista professionista, che da dieci anni si occupa di tematiche sociali e sanitarie. L'Autrice è, dal 2002, redattrice presso varie riviste de Il Sole 24 ORE; dello stesso gruppo, dal 2005 al 2010, ha coordinato il mensile Terzo Settore – le regole per il non profit; dal 2008 è autrice di numerosi articoli e inchieste sul mondo della Sanità italiana ed europea; da due anni è addetta stampa dell'ACP. Segue il mondo dell'associazionismo e del no-profit per il quotidiano Il Sole 24 ORE e collabora a diversi progetti di comunicazione nel settore socio-sanitario. Come al solito i commenti dei lettori sono i benvenuti e possono essere inviati collegandosi al sito di Quaderni ([www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)) e accedendo al link "forum", sezione "procreazione medicalmente assistita", oppure direttamente al mio indirizzo di posta elettronica ([corchiacarlo@virgilio.it](mailto:corchiacarlo@virgilio.it)).*

Carlo Corchia

**Parole chiave** Procreazione medicalmente assistita. Fecondazione eterologa. Migrazione sanitaria. Diseguaglianze

## Introduzione

Essere genitori. Un desiderio normalmente realizzabile per la maggior parte delle persone, destinato tuttavia a rimanere un sogno per alcune. O per lo meno un miraggio.

Quando la cicogna non arriva per vie "naturali", si è costretti a rivolgersi alla medicina, alle tecniche più avanzate di procreazione assistita. Della procreazione medicalmente assistita si è scritto molto, spiegando che le possibilità di successo dipendono da molti fattori e che molto spesso si tratta di un cammino arduo; un cammino che solo dopo molti tentativi (e non sempre!) dà i suoi frutti. Sono sempre di più le coppie che si rivolgono alla medicina per riuscire ad avere un figlio. E ciò avviene per molteplici fattori: età avanzata, problemi di salute, obesità, stress psicologico, forse anche inquinamento, e altro.

La medicalizzazione di un atto naturale, quale la riproduzione, è ormai una prassi consolidata e in crescita. I dati dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ci raccontano di un incremento in tutto il Paese delle coppie che accedono alle tecniche di PMA, così come aumenta il numero di cicli iniziati e delle gravidanze ottenute.

I nati da fecondazione in vitro rappresentano il 2,2% dei nuovi nati.

## La spinosa questione della fecondazione eterologa

La procreazione assistita è la frontiera su cui si misurano i desideri di diventare madre e padre, le cui conseguenze a distanza, sanitarie, psicologiche e sociali, sono ancora poco misurabili. Con uno scoglio, tutto italiano. Nel nostro Paese, infatti, per alcune coppie con problemi particolari diventare genitori è estremamente complicato. Perché in Italia non si può ricorrere alla fecondazione eterologa, secondo il dettato della controversa legge n. 40/2004, che resta tra le più restrittive d'Europa. Donare un gamete a una coppia sterile, perché di questo molto spesso si tratta, non è possibile; impedendo a chi ha difficoltà a procreare con la fecondazione assistita omologa di ricorrere a tecniche alternative.

Digitando "fecondazione eterologa" su qualsiasi motore di ricerca appare un elenco numeroso di siti stranieri che promettono pacchetti convenienti. Viaggio, visita, hotel. A cose fatte, poi, il bambino nasce in Italia. I Paesi più gettonati sono Spagna e Svizzera. Ma avanzano Grecia, Ucraina, e Romania. In questi Paesi negli ultimi anni sono nate cliniche "all inclusive" pensate proprio per le coppie italiane, con personale che viene dichiarato qualificato e correttamente "Italian speaking". All'aeroporto di Barcellona, cartelli scritti in italiano indicano alle coppie i più importanti centri ove effettuare la fecondazione eterologa. Ovociti e spermatozoi al banco del mercato. La

spesa per una inseminazione intrauterina in vivo con seme di donatore si aggira tra gli 800 e i 1200 euro circa. Più cara la fecondazione in vitro: con seme di donatore intorno ai 4000 euro, con ovodonazione dai 5000 ai 7000 euro. I nostri paletti legislativi, che in larga parte riflettono particolari visioni bioetiche e credenze religiose, valgono un business di milioni di euro. La discriminazione tra coppie che possono e quelle che non possono permettersi la fecondazione eterologa è pertanto evidente.

La questione è così controversa che la società italiana e la politica periodicamente tornano a spaccarsi sull'opportunità di ampliare la normativa e aprire a metodiche, ma soprattutto a idee di famiglia largamente accettate nei Paesi del cosiddetto Occidente avanzato di cui l'Italia fa parte. Senza mettere mano a un cambiamento normativo più adeguato alla situazione reale del Paese. Una delle possibilità è che i gameti vengano trattati alla stregua di tessuti e organi che possono essere donati. Ma il dibattito in questo senso è fermo.

Ricordiamo, per completezza, che i medici che dovessero praticare la fecondazione eterologa rischiano una multa che va dai 300.000 ai 600.000 euro, con l'aggravante della sospensione da uno a tre anni dall'esercizio della professione se la coppia è omosessuale o la donna è single.

Già nel 2009 la legge 40 ha subito correzioni da parte della Corte Costituzionale.

Per corrispondenza:  
Lucilla Vazza  
e-mail: [lucilla.vazza@gmail.com](mailto:lucilla.vazza@gmail.com)

**forum**

La Consulta con la sentenza numero 151 ripristinò il principio costituzionale dell'equità e della ragionevolezza: nessuna norma può obbligare il medico a curare allo stesso modo donne diverse. Fu cancellato così l'obbligo di trasferire tutti gli embrioni in un unico impianto e il divieto di congelarli per ripetere a distanza di tempo e al momento opportuno i transfer, magari per avere anche più di un figlio senza dover ricominciare da zero.

### Rischi reali e rischi potenziali per la salute

Il desiderio di genitorialità e il dibattito etico si fanno largo in un panorama economico sociale fortemente in crisi, dove anche la famiglia diventa terreno di scontro. Senza riflettere fino in fondo sui problemi di salute per mamma e bambino legati alla fecondazione artificiale, di cui la pubblicistica ciclicamente si occupa. Dal 1978, anno di nascita della prima bambina concepita "in provetta", a oggi i genitori non sanno esattamente quanto si rischia a mettere al mondo un figlio con le tecniche di PMA, e tanto meno conoscono con esattezza i rischi della fecondazione eterologa, soprattutto quando effettuata in Paesi con standard di sicurezza e di accesso alle informazioni più basso del nostro. Come possono orientarsi consapevolmente i genitori italiani?

Negli ultimi anni si sovrappongono, di volta in volta, studi internazionali che asseriscono che vi sarebbe una maggiore incidenza di difetti congeniti tra i nati grazie alle tecniche di PMA ad altri che minimizzano questa possibilità, spiegando che la prevalenza sarebbe legata alle condizioni di per sé problematiche delle coppie sterili. È indicativo in questo senso uno studio australiano apparso sul *New England Journal of Medicine*. Secondo Michael Davies del Robinson Institute e della School of Paediatrics and Reproductive Health presso l'Università di Adelaide (Australia), primo Autore della ricerca, dopo aver passato al setaccio 6100 gravidanze assistite, l'incidenza di difetti congeniti è pari all'8,3% contro il 5,8% di quella riscontrabile nei bimbi nati senza aiuto alcuno [1]. Ma gli Autori australiani hanno anche sottolineato, correggendo in un certo senso il tiro, che «una storia di infertilità, con o senza riproduzione assistita, è comunque associata a un rischio maggiore di difetti con-

geniti nel bambino». Ciò significa che una percentuale dell'aumento del rischio è legato agli stessi fattori che sono alla base della condizione di infertilità e, quindi, è associato alle caratteristiche della coppia di futuri genitori. È vero, però, che questo non spiega le differenze nell'aumento del rischio per alcuni specifici trattamenti, come la ICSI, rispetto ad altri, come la FIVET. Dallo studio è emerso un altro dato importante da sottolineare: qualora si ricorra a embrioni crioconservati, il rischio si abbassa (anche per la ICSI), probabilmente perché gli embrioni danneggiati non sopravvivono al processo di congelamento.

Dunque, come possono orientarsi i potenziali genitori che cercano una cicina medica? Dal 1978 a oggi sono oltre 5 milioni i bimbi nati con le tecniche di procreazione assistita e da allora viene detto che le procedure sono sostanzialmente sicure per i futuri nascituri [2]. Però è sufficiente eseguire poche ricerche in Internet per scoprire che c'è un ampio dibattito sulle conseguenze in termini di salute sui bambini.

Le conclusioni degli studi in materia sono spesso contraddittorie e probabilmente contengono, ciascuna, un pezzo di verità. Sarà vero, come afferma uno studio svedese del 2010 apparso sulla rivista americana *Pediatrics*, che i nati con PMA hanno un rischio più elevato (+ 42%) di sviluppare un cancro di tipo ematologico [3]? Un articolo del ginecologo Carlo Flamigni, tra i primi in Italia ad affrontare queste tematiche, ([http://www.carloflamigni.it/scripta/bambini\\_nati\\_dalle\\_tecniche\\_di\\_procreazione\\_e\\_assistita.html](http://www.carloflamigni.it/scripta/bambini_nati_dalle_tecniche_di_procreazione_e_assistita.html)) passa in rassegna la letteratura esistente in merito alle possibili correlazioni tra le tecniche di PMA e le anomalie genetiche a danno dei bimbi concepiti in vitro, oltre che riguardo agli esiti avversi in gravidanza. L'articolo, pubblicato solo sul sito dell'Autore, è un'esauriente lista di articoli provenienti dai Paesi dove queste pratiche sono a livello più avanzato, che porta però il prof. Flamigni a concludere che «l'argomento è di straordinaria importanza», ma anche che «non può essere affrontato senza una premessa: le nostre capacità di produrre analisi accettabili su questi temi è ancora molto imperfetta».

La complessità della materia, la necessità di osservare per tempi lunghi i fenomeni

indagati e l'eterogeneità della storia clinica dei potenziali genitori offrono, oggi, ancora una visuale parziale dei rischi reali per chi nasce con la PMA e per le madri che si sottopongono a queste procedure.

### La situazione regionale

In Italia, il cammino per le coppie che decidono di intraprendere la via della procreazione assistita è piuttosto tortuoso, e costoso, soprattutto se vivono nelle Regioni del Sud. Occorre ricordare infatti che la PMA non è presente nei Livelli essenziali di Assistenza e, dunque, ogni Regione si regola come crede.

Nel nostro Paese esistono attualmente 357 Centri di fecondazione medicalmente assistita attivi. Di questi, quelli che applicano tecniche in vitro di secondo e terzo livello sono 202: 76 svolgono servizio pubblico e 22 servizio privato convenzionato; i rimanenti 104 offrono servizio privato [4].

La relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, pubblicata nel gennaio scorso, ha evidenziato che questo diritto all'uguale accesso alle cure nel caso della legge 40 non è minimamente rispettato [5]. La mobilità passiva verso le Regioni che offrono più servizi è l'ennesima beffa ai danni delle coppie che cercano un figlio.

I dati parlano infatti di una situazione a macchia di leopardo. I viaggi della speranza per chi vive nel Sud comprendono sempre di più i trattamenti per la PMA. Nel 2011, la mobilità passiva della Sicilia e della Campania ha comportato un esborso complessivo per le due Regioni pari a 520 milioni di euro: 285 milioni a carico del Servizio Sanitario campano e 235 sulle spalle di quello siciliano. Tra le tipologie di assistenza che maggiormente incidono sulla migrazione sanitaria, sono appunto in crescita quelle relative alle tecniche di fecondazione medicalmente assistita.

Nella relazione si legge che, dal 1° gennaio 2011 al 30 giugno 2012, le donne che si sono sottoposte al trattamento nei Centri che hanno risposto al questionario inviato dalla Commissione (il 27% del totale) sono state 50.900; di queste, 37.322 erano residenti nella stessa Regione del Centro di PMA, mentre

13.578 hanno dovuto migrare verso altre Regioni, con conseguenti costi e disagi. Toscana, Lombardia ed Emilia-Romagna sono, nell'ordine, le Regioni in cui si è concentrata la maggior parte del flusso migratorio.

La media nazionale di donne trattate per ogni centro è di 444 donne residenti e di 168 donne non residenti. Più di un quarto delle donne, quindi, esegue trattamenti in Regioni diverse da quelle di residenza con una migrazione che va, tipicamente, da Sud verso Nord. Il 39% dei cicli riproduttivi fatti sui siciliani (5130 nel 2010, dato estrapolato dal piano sanitario regionale siciliano) è effettuato al Nord. Il motivo è dovuto al fatto che nella maggior parte delle Regioni del Nord tali trattamenti sono previsti all'interno del Sistema Sanitario Regionale, mentre in altre Regioni sono effettuati in Centri privati e, dunque, a carico del paziente. In Sicilia, su 36 Centri, 7 sono pubblici o privati convenzionati e fanno in media 445 cicli all'anno (14%) e 29 sono privati ed effettuano l'86% dei trattamenti. Quindi a pagare è la famiglia se il trattamento viene fatto nella propria Regione d'origine, mentre paga quest'ultima se viene effettuato in regime di convenzione ma in Regioni diverse dalla propria.

Nel Mezzogiorno e nelle Regioni centrali la percentuale di Centri privati non convenzionati sul totale di quelli presenti è del 67-69%; nel Nord la stessa percentuale è intorno al 43% [4]. Ne consegue che spesso al Sud le coppie pagano di tasca loro oppure sono costrette a fare lunghi viaggi della speranza verso i Centri settentrionali, con conseguente esborso economico da parte di Regioni a scarsa dotazione (Sicilia, Calabria) nei confronti di Regioni ad alta dotazione.

Complessivamente, avere un figlio con la PMA costa in media 12.300 euro [5]. Si va da un minimo di 6900 in Emilia-Romagna al record della Lombardia di 15.600 euro (anche se si tratta di un dato parziale, visto che all'indagine hanno risposto solo 18 Centri di 5 Regioni). In questa cifra rientrano tutti i costi della terapia riproduttiva, le spese per la gravidanza, visite, ecografie, esami, eventuali ricoveri, più i costi dovuti alle complicanze delle gravidanze plurime e iper-stimolazioni, al parto vero e proprio, generalmente cesareo in questi casi, e quelli

inerenti alle complicanze sui nascituri, frequenti soprattutto nei parti plurimi (25% circa). Sottraendo i costi di gravidanza, parto ed eventuali complicanze nel neonato, si ottiene la somma che pagano le famiglie che fanno ricorso al privato (in particolare nel Sud e nelle Isole, dove mancano i centri pubblici), che oscilla dai 3000 ai 4000 euro, o a un Centro pubblico o convenzionato, che è di 213 euro.

Pertanto, nonostante il limite rappresentato dalla ridotta percentuale di adesione all'indagine della Commissione parlamentare d'inchiesta (27%), la disparità fra l'offerta regionale è evidente, tanto da potersi configurare come una vera e propria disuguaglianza nella sfera dei diritti, oltre a comportare un movimento unidirezionale Sud-Nord di risorse economiche pubbliche e private.

### Considerazioni conclusive

Sono passati quindici anni da quando nella Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati fu approvato l'emendamento contro la fecondazione eterologa voluto dalla Lega Nord e firmato dall'allora deputato Alessandro Cè.

Da allora si è avviato un cammino a corrente alternata che a tratti ha illuminato le zone d'ombra della normativa in materia di tecniche di procreazione assistita e a tratti ha tolto la luce, provocando un calo di attenzione verso i diritti dei cittadini, permettendo, di fatto, una disparità di situazione tra chi può sognare di diventare mamma e papà a dispetto della natura, e tra chi deve rassegnarsi all'evidenza che non tutti possono procreare. Non dimenticando che il tema è rimasto avvolto da una cappa di indifferenza e di velata, neppure tanto, avversione, visto che il referendum che chiese l'abrogazione della normativa nel 2005 fu invalidato perché non raggiunse il quorum.

Il dibattito sulla genitorialità più o meno naturale dovrebbe includere anche il tema delle adozioni, percorso quanto mai accidentato nel nostro Paese, dove per un figlio adottato all'estero si aspettano almeno tre anni e si spendono non meno di 7-8000 euro (dati Cergas Bocconi) a cui vanno sommate le spese di soggiorno nel Paese di origine del bambino (permanenza che può durare mesi). Ma questa è un'altra faccenda che va trattata in un diverso spazio di approfondimento.

La materia sociale di cui parliamo è fatta di donne e uomini che in numero crescente inseguono il sogno di una ciccogna. Anche in vitro. Le opzioni terapeutiche estreme fanno paura e giustamente aprono fronti di polemica. Ma la normativa italiana sulle tecniche di PMA andrebbe rivista per ribadire il principio di uguaglianza. Oggi la legge discrimina in base ai motivi della sterilità e alla Regione di residenza, ed espone le donne a problemi di salute estremamente complessi. Non si può impedire il desiderio di un figlio e non si può far finta di non vedere che migliaia di italiane cercano di diventare mamme attraverso la fecondazione eterologa. Recandosi all'estero, inoltre, si rischia qualcosa di più; in alcuni Paesi, infatti, i donatori non sono adeguatamente controllati, con conseguenze sanitarie sulla donna e il nascituro a volte imprevedibili.

Un Paese civile dovrebbe legiferare senza operare una discriminazione nei confronti di gruppi di popolazione, anche se minoritari. L'assenza di una regolamentazione organizzativa nazionale in materia di PMA ha generato, inoltre, una giungla di tariffe e gravi deficit gestionali, strutturali e tecnologici. A questo caos occorre mettere mano. È una questione di civiltà e di attenzione verso cittadini che vivono una fase della propria vita molto complicata e spesso dolorosa. ♦

### Bibliografia

- [1] Davies MJ, Moore VM, Willson KJ, et al. Reproductive Technologies and the Risk of Birth Defects. *N Engl J Med* 2012;366:1803-13. doi: 10.1056/NEJMoa1008095.
- [2] European Society of Human Reproduction and Embryology. Focus on Reproduction, September 2012. <http://www.eshre.eu/Publications/Focus-on-Reproduction/Archive/September-2012.aspx>.
- [3] Källén B, Finnström O, Lindam A, et al. Cancer risk in children and young adults conceived by in vitro fertilization. *Pediatrics* 2010;126:270-6. doi: 10.1542/peds.2009-3225.
- [4] Ministero della Salute. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19, Febbraio 2004, n. 40, articolo 15). Attività dei Centri di PMA, anno 2010. Roma, 28 giugno 2012. [http://www.iss.it/binary/rpma/cont/relazione\\_12luglio2012.pdf](http://www.iss.it/binary/rpma/cont/relazione_12luglio2012.pdf).
- [5] Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali. Relazione conclusiva. Roma, 2013. [http://www.camera.it/\\_bicamerale/leg16/sanita/home.htm](http://www.camera.it/_bicamerale/nochiosco.asp?pagina=_bicamerale/leg16/sanita/home.htm).