



MaCSIS

Università degli Studi di Milano-Bicocca

Centro Interuniversitario MaCSIS

MaCSIS Working Paper Series

LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

**UN FIGLIO A OGNI COSTO: UNA RIVOLUZIONE
ANTROPOLOGICA IN ATTO**

Elena Carla Mattioli

Working Paper n.1/2018

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale

*Master in Comunicazione della Scienza
e dell'Innovazione Sostenibile*



LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

*Un figlio a ogni costo
Una rivoluzione antropologica in atto*

Elena Carla Mattioli

**Relatore:
Prof. Simone Ghezzi**

**Tesi di Master di:
Elena Carla Mattioli
Matricola 885543**

A.A. 2017-2018

Al papà,
che mi ha trasmesso la passione per la scienza e per la natura
e incoraggiata con entusiasmo a iscrivermi a questo Master.
Vorrei che fosse ancora qui con me per festeggiarne la conclusione.

Indice

1. Il figlio programmato	pag. 5
2. Marketing ottimistico	pag. 6
3. Il nuovo fronte pionieristico	pag. 6
4. Fertilità e infertilità	pag. 7
5. Le tecniche di fecondazione medicalmente assistita (PMA)	pag. 8
5.1 Inseminazione intra-uterina (IUI)	pag. 8
5.2 Fivet	pag. 9
5.3 ICSI	pag. 10
5.4 Tecniche di prelievo di spermatozoi	pag. 10
5.5 Una considerazione sui farmaci	pag. 11
6. La situazione legislativa in Italia	pag. 11
7. Un progresso inarrestabile	pag. 12
8. Gli embrioni italiani nel limbo	pag. 13
9. In Italia centri all'avanguardia	pag. 14
10. I centri di onco-fertilità	pag. 15
11. I dati del Registro italiano della PMA	pag. 15
11.1 Totale tecniche applicate inclusa la donazione di gameti 2015 (I e II-III livello)	pag. 16
11.2 Tecniche solo di I livello inclusa la donazione di gameti	pag. 16
11.3 Tecniche solo di II e III livello inclusa la donazione di gameti	pag. 17
11.4 Tecniche solo di II e III livello inclusa la donazione di gameti	pag. 18
11.5 Tecniche di I livello con donazione di gameti	pag. 18
11.6 Tecniche di II e III livello con donazione di gameti	pag. 19

12. Un percorso obbligato	pag. 19
13. Eccesiva fiducia nella scienza medica. Le percentuali di successo	pag. 19
14. La responsabilità dei Mass Media	pag. 20
15. È colpa tua	pag. 22
16. Pressione sociale e desiderio primordiale	pag. 22
17. La metafora dell'orologio biologico	pag. 23
18. Una campagna stampa a regola d'arte	pag. 24
19. Il benefit del congelamento degli ovuli	pag. 25
20. Il rimpianto di una scelta	pag. 27
21. L'incapacità di rinunciare e riconoscere la sconfitta	pag. 28
22. Un percorso totalizzante	pag. 29
23. Una rivoluzione antropologica	pag. 30
24. Ringraziamenti	pag. 31
25. Rassegna di articoli di quotidiani e pubblicità inerenti a fertilità, infertilità, tecniche di procreazione medicalmente assistita, frontiere della ricerca, aspetti politici e legali correlati	pag. 32
26. Tabelle statistiche che illustrano i numeri reali di alcuni aspetti delle tecniche di PMA eseguite in Italia nel 2015	pag. 46
27. Bibliografia	pag. 50

1. Il figlio programmato

Da ormai trent'anni le condizioni della procreazione umana hanno subito una trasformazione rivoluzionaria che ha generato un forte impatto sulla società in cui viviamo. La dinamica dei fatti che ha portato a questi cambiamenti è perfettamente nota: il *primum movens* è stata la messa a punto e la diffusione della pillola anticoncezionale e di tutti gli altri metodi di controllo delle nascite che hanno permesso di scegliere in quale momento preciso della propria vita avere un figlio. La sessualità oggettiva o naturale si è quindi dissociata dalla procreazione ed è diventata soggettiva-umana individuale. [Scarraffia in Gauchet 2009, pag. IX] Il figlio viene concepito quasi sempre per sé e non per la società. È un figlio privato. Le coppie compiono un investimento enorme su questo progetto, quando decidono di affrontarlo. Quindi, nel caso in cui una coppia scopra di avere problemi di fertilità, non si arrende al destino e cerca soluzioni al proprio problema. Questa possibilità è sorta e si è gradualmente evoluta con la nascita e lo sviluppo delle tecniche di riproduzione medicalmente assistita, che sono divenute via via sempre più sofisticate. Di fatto, dopo che il sesso è stato dissociato dalla procreazione ora è divenuto vero anche il contrario: la procreazione può avvenire in modo svincolato dall'atto sessuale. In questo contesto si è andata diffondendo una smisurata fiducia nella scienza e nella tecnologia medica. La sconfitta non è più messa in conto. Le nostre mamme e le nostre nonne si sposavano sapendo che un figlio sarebbe potuto *arrivare*, oppure no. Le generazioni più giovani, a partire dai nati negli anni settanta, sono cresciute con la falsa illusione che se problemi di fertilità si fossero affacciati alla propria esistenza sarebbero certamente stati superati facilmente grazie ai farmaci, a una tecnica medica, o a entrambi. Questo non è vero. Non vi è nulla di facile nell'affrontare il percorso della fecondazione assistita e le percentuali di successo sono assai inferiori di quanto la popolazione generale e le stesse coppie interessate si rendano conto e siano consapevoli. Chi affronta un percorso di fecondazione assistita, che può durare anni prima di riuscire, se riuscirà, può trovarsi di fronte a operatori del settore che non sempre informano in modo completo e tempestivo dei molteplici risvolti connessi, sia medici sia psicologici, e che presentano le procedure come semplici. Alcuni centri probabilmente non vogliono perdere potenziali pazienti entrando troppo nel dettaglio. Oppure, anche se lo fanno, la coppia, che è emotivamente molto coinvolta, non è in grado di captare tutti i particolari che vengono descritti. In altri casi è possibile che l'equipe abbia un approccio ottimistico per non spaventare troppo gli interessati e per incoraggiare a provare ciò che la scienza può offrire per risolvere un problema medico.

La strada più corretta potrebbe essere quella del realismo. In ogni caso il business che circonda la procreazione medicalmente assistita (PMA) nel mondo è ormai enorme. Le coppie scopriranno strada facendo poco per volta come si svolgono le procedure ma, una volta entrate nell'ingranaggio, e con il miraggio di riuscire ad avere un figlio, ne rimarranno invischiare trovando grande difficoltà a uscirne prima che l'obiettivo sia stato raggiunto. I problemi insorgono quando non si ottiene mai il risultato desiderato.

2. Marketing ottimistico

Da una ricerca in internet sul sito di un importante centro convenzionato universitario di Milano [www.humanitas.it, visitato 17.7.2018] si legge a proposito della ICSI, iniezione intra-citoplasmatica dei gameti, una delle più sofisticate tecniche di procreazione medicalmente assistita oggi disponibili: “La ICSI è uno strumento di straordinaria efficacia, che ha consentito a molte coppie, in cui il numero degli spermatozoi era estremamente ridotto o in cui gli spermatozoi dovevano essere prelevati dal testicolo o dall'epididimo, di poter accedere con successo ai programmi di riproduzione assistita. La tecnica è inoltre indispensabile per la fecondazione degli ovociti crioconservati.” Si noti come viene posto l'accento sulla “straordinaria efficacia” e sul “successo” della tecnica, senza fare alcun accenno alle percentuali complessive di bimbi nati in relazione al numero di cicli di trattamento intrapresi. Tutto appare facile e meraviglioso.

3. Il nuovo fronte pionieristico

Nel 1898 Freud scriveva: «In teoria si raggiungerebbe uno dei maggiori trionfi dell'umanità e si libererebbe la nostra specie da una delle coercizioni di natura più fortemente avvertite, se si riuscisse a elevare l'atto della riproduzione, cui sono connesse tante responsabilità, al rango di azione volontaria e intenzionale, svincolandolo dal suo legame col necessario soddisfacimento di un bisogno naturale» [Freud in Gauchet 2010, pag. 49]. Gauchet sottolinea come questo immenso passo avanti, che per Freud rappresentava una possibilità puramente teorica, sia ormai stato compiuto. La procreazione oggi in molte parti del mondo, soprattutto nei paesi con stile di vita occidentale, è il frutto di un'azione deliberata e controllata. O comunque lo può essere. Questo cambiamento è immenso e comporta una rivoluzione degli elementi di base della condizione umana, a partire dalla fonte stessa della vita. Ciò nonostante si stenta a soffermarsi sull'argomento, pur chiaramente sotto gli occhi di tutti, e a trarre le conseguenze.

Come prima cosa, occorre tenere conto che la mortalità infantile nei Paesi occidentali è stata enormemente ridotta e quasi completamente scacciata dalla prima età della vita, nella quale era assai frequente ancora a metà del secolo scorso. Basta far visita a un qualsiasi cimitero e leggere le lapidi per rendersene conto. Quindi la percezione generale è che il figlio che si decide di mettere al mondo vivrà a lungo, di sicuro. E nella maggior parte dei casi sarà proprio così. I genitori potranno contare sulla sua presenza e fare progetti per un futuro che “certamente” arriverà. In secondo luogo, la procreazione consapevole è ormai pratica quotidiana consolidata e non più un ideale o un sogno lontano. Oggi il nuovo fronte pionieristico è la lotta contro l’infertilità (Gauchet 2009, pag. 55). Le tecniche a disposizione, tutte sviluppate per risolvere problemi medici, oggi consentono di diventare genitori non solo a coppie eterosessuali stabili ma anche a coppie omosessuali composte sia da due donne sia da due uomini, a genitori single che ricorrono a seme di donatore o a ovodonazione e utero in affitto, a donne che hanno perso il marito per guerra (es. Israele) o malattia ma del quale è stato preventivamente congelato il seme in tempo utile, a nonni di embrioni congelati i cui genitori biologici sono morti prima di portare a termine la procedura di inserimento in utero e di poter avviare la gravidanza (Cina). Tutti questi esempi non sono fittizi o frutto di fervida fantasia ma tratti dalle cronache di giornali italiani ad ampia diffusione dei primi mesi del 2018 (vedi capitolo 25). Da qui si aprono nuovi scenari familiari. Di fatto non è più la famiglia o la coppia a generare il bambino, ma è il bambino stesso che nascendo crea la famiglia, uno dei vari tipi di famiglia che oggi sono già diventate realtà prima che la legislazione sia riuscita a regolamentare la materia. Accade quindi che vi siano difficoltà a registrare neonati all’anagrafe perché la legge non ha ancora stabilito se si può fare, in quali casi e come. Anche questi episodi di cronaca sono stati sulle pagine di tutti i giornali nei mesi di redazione di questa tesi.

4. Fertilità e infertilità

La fertilità, e la sua mancanza, sono state oggetto di massima attenzione fino dagli esordi della specie umana. Non è molto noto, ma è dimostrato, che le donne infertili provano grande dolore e arrivano ad avere condizioni di disagio psicologico sovrapponibili alle pazienti affette da patologie come il cancro. Anche gli uomini presentano quadri a volte gravi di ansia e depressione. L’infertilità, infatti, ha un impatto enorme sulla qualità della vita di chi ne soffre. Il 50% delle donne e il 15% degli uomini la considerano “l’evento più grave della loro vita”. Dal 1978, anno di nascita della prima bimba concepita in vitro, le tecniche di

procreazione medicalmente assistita hanno aiutato milioni di coppie ad avere un figlio. Si stima che siano ormai oltre 5 milioni i bimbi nati a seguito di PMA nell'arco di 35 anni (dato 2013 ASRM, *American Society of Reproductive Medicine*). Robert Edwards, che ha messo a punto la prima tecnica di fecondazione in vitro (Fivet) nel 1978, ha ottenuto il Premio Nobel per la Medicina nel 2010, con enorme ritardo rispetto al momento del successo ottenuto a seguito dei suoi studi, come spesso accade. Questo fatto sarebbe testimone di una resistenza socio-culturale verso le tecniche di procreazione medicalmente assistita [Levi-Setti, 2016, pag. 10]. Prima dell'avvento della PMA la scienza medica aveva un impatto molto piccolo in questo ambito. Per esempio la donazione di sperma, che spesso avveniva in segreto, è stata per secoli l'unica opzione possibile per condizioni maschili anche non molto gravi.

5. Le tecniche di fecondazione medicalmente assistita (PMA)

La tecnica più semplice, definita per questo di I livello, è l'Inseminazione Semplice, IUI (*Intra Uterine Insemination*). Le tecniche di II e III livello sono più complesse. L'utilizzo della GIFT (*Gamete IntraFallopian Transfer*), trasferimento intratubarico dei gameti, è caduto in disuso. Sono molto impiegate invece la tecnica della fecondazione in vitro con trasferimento dell'embrione o FIVET (*Fertilization In Vitro Embryo Transfer*) e la tecnica di fecondazione che prevede l'iniezione nel citoplasma dell'ovocita di un singolo spermatozoo o ICSI (*Intra Cytoplasmic Sperm Injection*). Vi sono poi le tecniche che fanno ricorso a gameti maschili o femminili raccolti preventivamente, anche anni prima, e poi congelati a bassissima temperatura (crioconservazione), le tecniche di trasferimento di embrioni crioconservati, FER (*Frozen Embryo Replacement*), e di trasferimento di embrioni ottenuti da ovociti crioconservati, FO (*Frozen Oocyte*). Fanno parte del mondo della PMA anche le tecniche di crioconservazione degli embrioni e degli ovociti e tutte le tecniche chirurgiche di prelievo di spermatozoi e ovociti.

5.1 Inseminazione intra-uterina (IUI)

Tutte le tecniche di PMA hanno come obiettivo quello di aumentare le possibilità di concepimento in coppie che hanno problemi di fertilità, ma possono essere utilizzate anche in soggetti sani. L'inseminazione intrauterina è la più semplice e la meno invasiva. Con la IUI si favorisce l'incontro tra i gameti femminili e maschili, ovociti e spermatozoi, all'interno del corpo della donna, nelle tube di Falloppio, dove di norma avviene la fecondazione naturale. Si tratta quindi di una tecnica di fecondazione in vivo. Come per Fivet e ICSI, che verranno

descritte di seguito, la donna è sottoposta a terapie farmacologiche per stimolare la crescita di più follicoli contemporaneamente. La risposta a queste iniezioni sottocutanee a base di gonadotropine (ormoni follicolo-stimolanti) è molto personale. Per la IUI si cerca di ottenere un massimo di 3-4 follicoli. Se la risposta è eccessiva occorre abbandonare il tentativo e riprovare in un ciclo successivo, riducendo le dosi di farmaco. Questo per evitare l'istaurarsi di gravidanze plurigemellari, sempre rischiose per mamma e nascituri. La donna viene seguita a scadenze regolari con un monitoraggio ecografico tramite sonda endovaginale per valutare il numero dei follicoli che hanno risposto alla stimolazione e la loro progressiva maturazione. Durante il percorso vengono eseguiti anche dosaggi ormonali tramite prelievi di sangue. Al momento opportuno viene indotta per via farmacologica l'ovulazione (gonadotropina corionica umana, HCG, iniettata per via parenterale, sottocutanea o intramuscolare). Circa 36 ore dopo in ambiente ambulatoriale o ospedaliero la donna verrà inseminata con un campione del seme del compagno, o del donatore, preventivamente raccolto e trattato in laboratorio per aumentarne la capacità fecondante. L'inseminazione avviene attraverso l'utilizzo di un catetere morbido introdotto attraverso la vagina e il collo dell'utero della potenziale futura mamma. Nelle due settimane successive è previsto un supporto farmacologico, questa volta a base di progesterone, per aumentare le probabilità di fecondazione e di impianto dell'embrione. Un prelievo di sangue al 14° giorno dall'inseminazione rivelerà se si è instaurata una gravidanza.

5.2 Fivet

La Fivet o fecondazione in vitro con trasferimento di embrione in utero (in inglese IVF - *In Vitro Fertilization*) è una metodica di PMA in cui ovociti e spermatozoi vengono posti insieme in una piastra con un terreno di coltura adatto all'interno di un laboratorio specializzato. I gameti messi a contatto potranno dare origine a un embrione. Per eseguirla la donna dovrà essere sottoposta a una stimolazione ovarica più intensa rispetto alla IUI e gli ovociti dovranno essere prelevati per via chirurgica e portati all'esterno del corpo. Gli ovociti vengono analizzati al microscopio subito dopo il prelievo. I migliori secondo precisi parametri, quindi quelli che avranno maggiore probabilità di successo, vengono posti in contatto con gli spermatozoi 2-6 ore dopo il prelievo. Si lascia quindi trascorrere il tempo necessario e sufficiente affinché gli spermatozoi abbiano la possibilità di penetrare l'ovocita, fecondandolo in modo naturale, seppure al di fuori del grembo materno (16-18 ore). A questo punto gli ovociti che risultano fecondati, visibili dalla presenza di due pronuclei, vengono trasferiti in un nuovo mezzo di coltura, più adatto. Nei giorni successivi gli embrioni che hanno raggiunto un adeguato grado di maturazione vengono trasferiti nell'utero della donna.

Se tutto va per il verso giusto uno o più embrioni si impianteranno nella parete uterina e avrà inizio la gravidanza. Come per il concepimento naturale, anche in questo caso non tutte le gravidanze iniziate porteranno al parto. Esiste una percentuale di abortività, soprattutto nelle prime 8 settimane di gestazione.

5.3 ICSI

I tecnici che operano in laboratori specializzati dei centri sterilità, sia pubblici sia privati, iniettano un singolo spermatozoo all'interno dell'ovocita preventivamente prelevato per via chirurgica dalla futura mamma o da una donatrice. Per questo trattamento vengono scelti esclusivamente gli ovociti che hanno raggiunto un completo stadio maturativo, detto di metafase II. Una percentuale di ovociti potrà essere danneggiata dalla procedura e risulterà inutilizzabile. Nel migliore dei casi l'ovulo così fertilizzato incomincerà a dividersi e a dare origine a un embrione. In un momento preciso l'embrione o gli embrioni così realizzati verranno inseriti nell'utero materno, con la speranza che si impiantino nella parete uterina e che la gravidanza possa giungere a termine. Questa tecnica è indicata in modo particolare per le coppie il cui partner maschile abbia un numero di spermatozoi estremamente basso, in genere meno di 500.000 spermatozoi con buona motilità, o in cui gli spermatozoi debbano essere prelevati direttamente dall'epididimo (per esempio a causa di ostruzione dei dotti seminiferi). Si ricorre alla ICSI anche quando precedenti cicli di Fivet non abbiano portato a fecondazione dell'ovocita, messo a contatto in vitro con il liquido seminale maschile. La ICSI, inoltre, è la tecnica da utilizzare necessariamente per fertilizzare gli ovociti crioconservati.

5.4 Tecniche di prelievo di spermatozoi

A volte il liquido seminale maschile non contiene spermatozoi. Tuttavia in alcuni pazienti è possibile reperirli in altre sedi anatomiche, come il testicolo o l'epididimo, anche se in numero esiguo. In questi casi è possibile impostare la ICSI prelevando anche solo pochi spermatozoi con tecniche di micro-chirurgia. Le metodiche in uso si chiamano TESE (*Testicular Sperm Extraction*), microTESE (*Microsurgical Testicular Sperm Extraction*), MESA (*Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration*) e PESA (*Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration*). Eventuali gameti in eccesso possono essere crioconservati e utilizzati dalla coppia durante tentativi successivi, in modo da non dover sottoporre l'uomo a un nuovo intervento di estrazione.

5.5 Una considerazione sui farmaci

I farmaci utilizzati dalla donna nelle varie fasi di tutte le tecniche di PMA sono simili, anche se possono variare molto i dosaggi, e danno luogo a delle variazioni percepibili nel fisico femminile, come per esempio gonfiore generale, turgore al seno e dolori pelvici. I sintomi indotti dalla stimolazione ormonale possono essere fuorvianti in diversi modi. Possono dare la sensazione alla donna che tutto stia andando per il meglio e che la gravidanza si stia instaurando anche quando ciò non sta accadendo e, al contrario, possono far pensare al ciclo mestruale in arrivo anche quando invece si è di fronte alle fasi iniziali dell'impianto dell'embrione in utero. Il primo caso è più spiacevole e può diventare fonte di forte delusione qualora il test precoce di gravidanza risulti essere negativo.

6. La situazione legislativa in Italia

Dopo un periodo di grandi restrizioni legato alla famosa Legge 40, durato dal 2004 al 2009, oggi l'Italia ha una delle legislazioni più liberali d'Europa nel campo della PMA. La legge 40 è stata smantellata a tappe. L'ultima tecnica approvata in ordine cronologico è stata l'ovodonazione. Per giungere gradualmente a questi risultati si sono dovute muovere tutte le parti in campo, dalle associazioni di pazienti, alle società scientifiche ufficiali, ai media internazionali, alle grandi riviste mediche di risonanza globale, fino ad alcuni singoli avvocati e giudici che hanno inoltrato interrogazioni alla Corte Costituzionale. Il principio di fondo stabilito nel 2009 dalla Corte è che, dato che le terapie sono in continuo cambiamento, la coppia ha il diritto ad avere quanto di meglio la scienza possa offrire in quel momento per avere maggiori possibilità di successo con i minori rischi possibili. Un principio generale della medicina in ogni settore. [Levi-Setti, 2016] I danni avviati dalla legge 40 però non sono del tutto superati. Nonostante oggi in Italia si possa ricorrere a tutte le tecniche di PMA esistenti al mondo, con l'unica eccezione dell'illegalità del ricorso all'utero in affitto, a molte coppie è rimasto in mente che all'estero si può fare di più. Permane quindi una migrazione riproduttiva verso altri paesi, immotivata da un punto di vista tecnico-legislativo. Talvolta le cause possono essere di natura economica – costi minori di un ciclo o apparentemente tali – o di natura pratica. Può capitare che le coppie non tengano in conto che il costo complessivo di un ciclo all'estero non è solo quello della struttura e dei farmaci, ma anche di viaggio, albergo, assenze dal lavoro... Parte delle coppie che tuttora si rivolgono a centri esteri potrebbe essere stata indirizzata fuori patria dalla nostra nazione per motivi di lucro personale.

Molte strutture straniere considerano infatti etica e perfettamente legale la pratica del *referral fee*, ossia di corrispondere una parcella al medico che invia pazienti al centro. In Italia, poi, c'è una carenza di donatrici di ovuli legata forse a motivi culturali e certamente in parte collegata al divieto di legge di ottenere qualsiasi tipo di rimborso a fronte delle procedure impegnative e non scevre da rischi a cui la donatrice necessariamente deve sottoporsi. In alcuni Paesi come gli USA gli ovuli, come gli spermatozoi, possono essere ceduti dietro compenso, quindi esiste un vero e proprio mercato dei gameti ed esistono donatori che li cedono per necessità economiche. Per ovviare alla mancanza di spermatozoi, ma soprattutto di ovociti, alcune strutture si stanno attrezzando per importarli dall'estero e offrirli ai cittadini italiani senza la necessità di esilio per tutto il periodo delle procedure. Siamo di fronte a una evidente incongruenza. Per evitarne il commercio non è possibile sul suolo italiano pagare un compenso o un semplice rimborso spese a chi è disposto a cedere i propri gameti, ma è possibile acquistarli all'estero e utilizzarli nei centri locali.

7. Un progresso inarrestabile

Partendo dalla inseminazione semplice, arrivando al forte balzo in avanti della Fivet, gli studi sulla PMA hanno registrato negli anni enormi progressi. Il più significativo riguarda la messa a punto della tecnica ICSI per aiutare la coppia a ottenere una gravidanza anche in casi di patologia maschile grave. A volte è necessario prelevare chirurgicamente gli spermatozoi tramite apposite tecniche da testicoli o epididimi. Inoltre, sono state create banche di gameti sia maschili sia femminili prelevati da donatori, che possono venire crioconservati e utilizzati successivamente da chi ne fa richiesta per le tecniche di PMA. È interessante osservare come la messa a punto della congelazione degli ovociti sia una realizzazione tutta italiana che risale ai primi anni del nuovo millennio, ossia al periodo di massima restrizione legislativa. La tecnica di vitrificazione degli ovociti è riuscita in quegli anni a by-passare il problema temporaneo di divieto di congelamento degli embrioni, oggi per fortuna superato. In Italia è anche possibile eseguire la diagnosi pre-impianto di anomalie cromosomiche e genetiche dell'embrione prima del suo trasferimento in utero, mentre in molti paesi esteri questo è vietato. In realtà qui è sempre stato consentito per legge ma, nei momenti bui della storia della PMA italiana, il centro era obbligato a utilizzare l'embrione anche in presenza di diagnosi che indicasse problemi genetici. Il paradosso stava nel fatto che a gravidanza avviata era poi possibile far ricorso all'aborto terapeutico. Un controsenso totale. Inoltre sono stati messi a punto sistemi di coltura e incubatori che realizzano condizioni più simili a quelle di sviluppo

in vivo e che offrono minore invasività e maggiore sicurezza per l'embrione in vitro. Le tecniche Fivet e ICSI sono oggi realizzabili anche con coltura prolungata dell'embrione (100-150 cellule). La crioconservazione di ovociti ed embrioni offre inoltre la possibilità di differire l'utilizzo dei gameti o il trasferimento degli embrioni nel tempo, aumentando le probabilità di successo della coppia e riducendo i rischi collegati al prelievo degli ovociti, che viene quindi eseguito il minor numero di volte possibile. [Levi-Setti, 2016]

8. Gli embrioni italiani nel limbo

La legge italiana che riguarda la PMA mantiene ancora però un grosso limite: quello legato agli embrioni sovranumerari rispetto alle necessità procreative di una coppia. In Italia, infatti, gli embrioni non possono essere distrutti né usati per la ricerca né donati. Quindi per legge devono essere conservati a tempo indeterminato nella banca criobiologica dove inizialmente sono stati posti a seguito della loro creazione in laboratorio per procedure di fecondazione in vitro. Si trovano in un assurdo limbo, in attesa che un giorno, forse, cambi qualcosa dal punto di vista legislativo. La coppia ha la facoltà di dichiarare che rinuncia al futuro impianto dei propri embrioni, per esempio nel caso sia già riuscita ad avere il figlio o i figli che desiderava, o per qualsiasi altro motivo. Il costo della crioconservazione rimane a carico del centro e non viene quindi fatto pagare alla coppia. La crioconservazione in eterno rappresenta un problema che è stato denunciato, tra gli altri, dall'Associazione Luca Coscioni, ma che è troppo delicato perché la politica se ne voglia prendere carico. Ne parla, per esempio l'Espresso in un'inchiesta dedicata. "...le cellule fecondate dovranno restare in azoto liquido per i secoli dei secoli, così sia. È un ante-limbo difficile anche solo da immaginare: un futuro all'infinito di una vita non ancora tale. Ma è un limbo che esiste. Che ha dei luoghi, un peso, delle ricevute, e che solleva d'obbligo molte domande. Nei centri pubblici e privati dove le coppie tentano la strada del concepimento in vitro, infatti, comparti allarmati e monitorati 24 ore su 24 conservano decine di migliaia di quelle asticelle imponderabili destinate all'eternità. Ma sui numeri, gli esiti e le promesse di questa conservazione, mancano ancora molte risposte. Fra silenzi, dubbi e ipocrisie su un tema scomodo". (Sironi, 2017) Ciò accade a prescindere dalla volontà della coppia o della madre, a prescindere dalle eventuali diagnosi che possano rendere parte di quegli embrioni non idonei al trapianto e a prescindere dal tempo trascorso dalla donazione. La criobanca più grande d'Italia si trova al Policlinico di Milano ed è presidiata da sei biologhe che la proteggono e ne sono responsabili. Nella zona dove vengono conservati gameti ed embrioni non può entrare neanche il primario. Tutto deve

essere controllato e posto in assoluta sicurezza. Ogni singola cellula deve essere tracciabile in modo perfetto in ogni momento. Nell'ultimo rapporto sulla PMA dell'Istituto superiore della Sanità (Iss) in Italia il 2,6 per cento di bambini sono stati concepiti con tecniche di PMA. Nel 2015, in Italia, sono stati formati in vitro 111mila embrioni di cui 74mila sono stati trasferiti in utero. I rimanenti, che rappresentano circa il 30%, sono stati congelati in azoto liquido in attesa di un successivo tentativo. Può trattarsi di congelamenti a prospettiva indefinita, per esempio nel caso che i genitori riescano a portare a termine la gravidanza al primo tentativo e rinuncino all'utilizzo degli altri embrioni. Oppure può trattarsi anche di un congelamento di brevissima durata. Contrariamente a una ventina di anni fa, oggi la prassi di molti centri prevede un passaggio "in freezer" prima del trasferimento in utero, in modo da farlo in un momento leggermente successivo, non nello stesso ciclo in cui la donna è stata sottoposta allo stress fisico, farmacologico ed emotivo della sovra-stimolazione ovarica e del prelievo (tecnicamente *pick-up*) degli ovociti. Questa metodica più recente sembra dare risultati migliori in termini di percentuali di successo, perché appunto permette al corpo della donna di riposarsi e di normalizzarsi per l'impianto in un ciclo successivo, sempre strettamente monitorato. "In molti paesi esteri come Francia e Regno Unito non ci sono leggi che tutelino di principio gli embrioni crioconservati. Esistono diverse opzioni tra le quali può scegliere la coppia", spiega Giulia Scaravelli, responsabile per l'Istituto superiore della sanità del registro sulla procreazione assistita. La coppia può scegliere: se aspettare e conservare quegli embrioni per farli diventare, se si riesce, un prossimo bambino, se donarli alla ricerca, se destinarli all'adozione, permettendo che vengano trasferiti ad altre donne, oppure se lasciare che vengano smaltiti. Tutte prospettive oggi vietate in Italia. (Sironi, 2017)

9. In Italia centri all'avanguardia

"Molte strutture italiane offrono accesso a terapie sempre più complesse e tecnologicamente avanzate, che nulla hanno da invidiare ai nostri vicini. Il livello di sicurezza e la garanzia di risultati sono almeno pari alle più grandi strutture del mondo e superiori a quelli di molte nazioni a cui si rivolgono alcune nostre coppie. Al contrario di quanto possa pensare parte della popolazione, non correttamente informata, limiti legislativi e di avanzamento tecnologico pongono vari paesi esteri decisamente dietro all'Italia. I poli italiani dove si eseguono tecniche di PMA sono dal punto di vista legale, strutturale, di capacità e tecnologia molto più avanti rispetto a numerose realtà estere." [Levi-Setti, 2016] Le coppie italiane, quindi, dovrebbero essere informate e rese consapevoli di tutto ciò. Potranno così affidarsi

con fiducia ai centri nazionali, specialmente oggi che i problemi legislativi del passato sono stati superati. Le strutture accreditate presso L'Istituto Superiore di Sanità dovrebbero senz'altro fornire maggiori garanzie di serietà e sono individuabili tramite il sito <http://www.iss.it/rpma/>. Forse in questo modo si possono ridurre i rischi di non trovare più un limite al percorso di ricerca di un figlio e di finire in mano a speculatori senza scrupoli che lucrano sui desideri più intimi e vitali delle persone continuando a dare speranze anche quando sono irrealistiche ed esaurite.

10. I centri di onco-fertilità

Nell'ambito dell'applicazione delle tecniche di PMA è doveroso parlare di uno dei casi più emblematici del motivo del loro sviluppo: risolvere un serio problema medico. Il 4 agosto 2016 è stata approvata per legge in Italia la possibilità di crioconservare gratuitamente i gameti delle donne affette da patologie neoplastiche che devono sottoporsi a terapie oncologiche. L'obiettivo è preservare la fertilità delle pazienti ove non sarebbe possibile in nessun altro modo. I progressi delle cure contro il cancro hanno aumentato molto i casi di guarigione completa. È opportuno quindi prevedere in tempo di mantenere tutte le funzioni vitali, inclusa la fertilità. Sono a carico del SSN le gonadotropine necessarie all'induzione della multi ovulazione, i costi del prelievo e la crioconservazione degli ovociti. I centri di onco-fertilità si occupano di offrire la consulenza necessaria per fare le proprie scelte su questo delicatissimo argomento prima di sottoporsi al già difficile percorso delle terapie antitumorali. Diversa è la situazione di chi decide di sottoporsi a un prelievo di ovuli e di crioconservarli in assenza di patologia tumorale, solo con l'obiettivo di preservare la propria fertilità negli anni a venire. (vedi capitolo 19)

11. I dati del Registro italiano della PMA

Di seguito sono riportati alcuni dati di sintesi per l'anno 2015 così come pubblicati nell'11° Report dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) derivato dalle attività del registro nazionale italiano della procreazione medicalmente assistita. [www.iss.it/rpma] Si tratta del documento disponibile più recente. Si noti come il dato più facilmente comprensibile, la percentuale di bimbi nati o di parti gemellari ottenuti rispetto al numero di cicli iniziati, venga omessa quasi ovunque anche nelle tabelle di questo documento ufficiale. Occorre prendere una calcolatrice e fare due conti per estrapolarla. Eppure sembra un dato molto significativo.

11.1 Totale tecniche applicate inclusa la donazione di gameti - 2015 (I e II-III livello)

- 366 centri di PMA attivi nel 2015
- 74.292 coppie trattate con tecniche di procreazione medicalmente assistita di primo, secondo e terzo livello
- 95.110 cicli di trattamento iniziati
- 16.857 gravidanze ottenute
- 11.161 parti ottenuti
- 12.836 bambini nati vivi che rappresentano il 2,6% del totale dei nati in Italia nel 2015 (485.780 nati vivi, Fonte: ISTAT)

Commento dei dati

Da questi dati si evince che il 15% delle coppie che ha intrapreso uno o più trattamenti di PMA di I, II o III livello è riuscita ad arrivare al parto e a far nascere un figlio, ma solo 11,7% dei cicli iniziati si sono conclusi con un nato vivo. Il numero di cicli di trattamento, infatti, è superiore al numero di coppie. Ciò significa che una coppia può aver dovuto interrompere il trattamento a metà percorso (per esempio per la comparsa di una complicanza medica o per mancata risposta alla stimolazione ovarica), o abbia dovuto ripetere più volte il trattamento perché i precedenti erano stati vani. I bambini nati vivi sono più dei parti ottenuti. Questo è dovuto alle nascite gemellari, due o più neonati dalla stessa mamma, a seguito dell'utilizzo delle tecniche di PMA che portano alla produzione di più di un ovocita contemporaneamente. Per aumentare le probabilità di successo della procedura, infatti, vengono trasferiti in utero, quando disponibili, più di un embrione (due o tre). Si noti anche come il numero di gravidanze ottenute sia sensibilmente superiore al numero di parti ottenuti. Questo dato è testimonianza delle percentuali di gravidanze che non vanno a buon fine (aborto spontaneo, aborto terapeutico).

11.2 Tecniche solo di I livello inclusa la donazione di gameti

- 366 centri di PMA attivi nel 2015
- 14.545 coppie trattate con la tecnica di inseminazione semplice
- 23.062 cicli di trattamento iniziati

- 2.466 gravidanze ottenute
- 10,7 percentuale di gravidanze ottenute per ciclo iniziato (*)
- 1.649 parti ottenuti
- 1.807 bambini nati vivi che rappresentano lo 0,4% del totale dei nati in Italia nel 2015

Commento dei dati

Si noti come la percentuale di 10,7% di gravidanze ottenute rispetto al numero di cicli iniziati non corrisponda alla percentuale finale di successo data dal numero di parti ottenuti (gravidanza portata a termine), che scende al 7,15%. Anche in questo caso i bambini nati vivi sono più dei parti, a causa delle gravidanze gemellari. L'11,34% di coppie giunge a un risultato positivo, ma non tutte al primo tentativo (numero di trattamenti iniziati maggiore del numero di coppie). (*) Questa è l'unica tabella in cui viene citato questo dato in modo percentuale.

11.3 Tecniche solo di II e III livello inclusa la donazione di gameti

- 202 centri di PMA attivi nel 2015
- 59.747 coppie trattate con tecniche di II e III livello
- 72.048 cicli di trattamento iniziati
- 14.391 gravidanze ottenute
- 9.512 parti ottenuti
- 11.029 bambini nati vivi , ossia il 2,3% del totale dei nati in Italia nel 2015

Commento dei dati

Anche in questo caso si osservi come il numero di gravidanze ottenute (14.391) sia molto superiore al numero dei parti (9512). Molte donne e molte coppie avranno la delusione di perdere il frutto del concepimento dopo aver vissuto la gioia e l'euforia derivata dalla notizia che la gravidanza era iniziata. Ciò può risultare ancora più devastante da un punto di vista emotivo di un fallimento sin dall'inizio, con test del sangue delle gonadotropine corioniche beta-HCG negativo. In questa sezione il dato dei parti ottenuti rispetto al numero di cicli di trattamento iniziati è del 13,2%, non evidenziato in tabella.

11.4 Tutte le tecniche applicate con donazione di gameti - 2015

- 2.462 coppie trattate con la donazione di gameti
- 2.800 cicli di trattamento iniziati
- 780 gravidanze ottenute
- 502 parti ottenuti
- 601 bambini nati vivi

Commento dei dati

Quando il problema è legato ai gameti, la donazione da parte di un soggetto sano risolve nel 17,9% dei casi. Il figlio nato non sarà biologicamente legato al genitore che ha dovuto far ricorso alla donazione (di sperma o ovuli). Questo aspetto non è da sottovalutare perché potrebbe portare nel corso della vita all'insorgenza di aspetti critici che la coppia non aveva preventivato o aveva sottovalutato. Il genitore non biologico potrebbe sentirsi meno tale e andare incontro a difficoltà nel proprio ruolo genitoriale. È un aspetto in parte comune a ciò che affrontano le coppie che decidono di adottare. Queste ultime, però, forse arrivano al termine del lungo iter che precede l'adozione con maggiore preparazione e più consapevoli della scelta di crescere un figlio non biologicamente proprio. In ogni caso chi si occupa di PMA segnala che questo problema insorge soprattutto nel caso di donazioni di sperma. La mamma che riceve un ovulo donato instaura comunque un forte legame con il bambino che porta in grembo. Diverso è per il padre che assiste ma non partecipa in modo così diretto alla gravidanza del figlio non biologicamente proprio. I seguenti gruppi di dati sono relativi solo alla PMA avvenuta con donazione di gameti.

11.5 Tecniche di I livello con donazione di gameti

- 379 coppie trattate con cicli di Inseminazione Semplice con donazione di gameti
- 513 cicli di trattamento iniziati
- 103 gravidanze ottenute
- 61 parti ottenuti
- 69 bambini nati vivi

Commento dei dati

Percentuale di successo, gravidanza portata a termine, singola o gemellare, rispetto ai cicli iniziati: 11,9%

11.6 Tecniche di II e III livello con donazione di gameti

- 2.083 coppie trattate con cicli con donazione di gameti
- 2.287 cicli di trattamento iniziati
- 677 gravidanze ottenute
- 441 parti ottenuti
- 532 bambini nati vivi

Commento dei dati

Percentuale di successo, gravidanza portata a termine, singola o gemellare, rispetto ai cicli iniziati: 19,3%

12. Un percorso obbligato

Il solo fatto che le tecniche di fecondazione assistita esistano pone la coppia che ha difficoltà a concepire di fronte a una scelta che in realtà, pur non essendolo veramente, si trasforma nella massima parte dei casi in una decisione obbligata. Sia in presenza di una diagnosi precisa della causa di infertilità, come per esempio l'endometriosi nella donna, le tube di Falloppio ostruite o malfunzionanti, o una oligospermia nell'uomo, sia quando non è stato individuato un problema definito e non vi siano cause mediche apparenti in nessuno dei due partner (infertilità sine causa o idiopatica), la persona con la patologia accertata o la coppia si sentono immediatamente sotto pressione e, per vari motivi, spinti o obbligati a "provare" una forma di terapia o una procedura di procreazione medicalmente assistita. Una donna racconta: "Mio marito mi dice, beh, la scelta è tua. Ebbene, non c'era una scelta da fare. Lo dovevo fare. Dovevo provare. Almeno una volta. Per la mia pace di spirito. Per non avere rimpianti in seguito. Perché altrimenti non avrei mai saputo se con un tentativo sarei riuscita" (Franklin 1997, pag. 171). Il partner affetto da una patologia che riduce o compromette la fertilità per via naturale può agire per amore del compagno/a, e arriva a ritenere che non sarebbe giusto privare di un figlio l'altro partner, presumibilmente sano/a. Sente la responsabilità su di sé pur

non avendo alcuna reale “colpa”. Può capitare di andare oltre sé stessi per amore, di avventurarsi su una strada impervia e in salita che in realtà non ci si sentirebbe di percorrere e della quale magari non si è del tutto convinti. Si può affrontare la procreazione medicalmente assistita pur pensando che si tratti di una forma di accanimento terapeutico che salta in un colpo la selezione naturale descritta da Darwin nel suo capolavoro “L’origine delle specie”. Di fatto si portano alla luce bambini che non sarebbero mai nati in modo naturale. Questo amore che porta ad andare oltre a sé stessi può essere rivolto non solo al compagno di vita e di progetti ma anche ai propri genitori che, se non si interviene per via medica, saranno privati degli adorati nipotini. Si teme inoltre il giudizio dei suoceri, della parentela allargata e di tutta la società: amici, colleghi di lavoro, conoscenti. La pressione è fortissima, specialmente sulla donna. Sarebbe utile ricordare che mettere al mondo figli non è un obbligo sociale, almeno oggi, né come tale dovrebbe essere percepito sia da chi, per motivi personali, non desidera averne, sia da chi non riesce a concepire.

13. Eccessiva fiducia nella scienza medica.

Le percentuali di successo.

Già nell’ormai lontano 1997 Sarah Franklin nel suo libro “*Embodied progress – A cultural account of assisted conception*” indaga alcuni aspetti legati alla fecondazione in vitro. Nello studio che prende in esame segnala che il 95% delle donne intervistate era ben consapevole delle basse percentuali di successo della metodica, in questo caso Fivet, prima di decidere di sottoporsi. Tuttavia molte poche erano a conoscenza degli eventuali effetti indesiderati legati ai farmaci necessari per eseguire la procedura, o li consideravano minimi, o comunque trascurabili, rispetto al beneficio di avere un figlio. La stessa percezione è stata registrata riguardo al rischio di nascite gemellari o multiple. Quasi tutte le donne avevano preso in considerazione la possibilità di adottare ma l’avevano scartata preferendo partorire un figlio dal proprio grembo. Oggi le percentuali complessive di successo della PMA non superano il 20% circa. Anche chi non ha grandi conoscenze di matematica è indotto a fare un semplice ragionamento: $20\% \times 5 \text{ volte} = 100\%$. Basta sottoporsi a una metodica per cinque volte per far nascere un bambino. Purtroppo le cose non sono affatto così semplici. Il dato va letto in questo modo: su 100 cicli iniziati, 20 daranno inizio a una gravidanza. Non tutte andranno a buon fine. Le normali percentuali di abortività spontanea, risultano incrementate nelle gravidanze ottenute con PMA. Questo dato può essere falsato dal fatto che per ogni tentativo intrapreso di PMA viene eseguito un test precoce di gravidanza 14 giorni dopo il

trasferimento in utero dell'embrione. L'analisi rileva il livello dell'ormone beta-HCG (gonadotropina corionica umana) circolante nel sangue, destinato a salire con il procedere della gestazione. In questo modo si individua molto presto qualsiasi gravidanza iniziata, anche quelle nelle quali l'embrione non arriverà a impiantarsi bene in utero e a proseguire il suo sviluppo trasformandosi in un feto e poi in un bambino nato. Queste gravidanze iniziali si definiscono "gravidanze biochimiche" e non vengono normalmente rilevate in chi cerca il concepimento in modo naturale. Possono dare luogo a un leggero ritardo del flusso mestruale oppure passare completamente inosservate. La differenza tra percentuali di abortività spontanea a seguito di PMA e gravidanze naturali potrebbe risultare quindi maggiore di quanto non sia nella realtà, perché manca il dato delle gravidanze biochimiche nelle coppie che si uniscono per via naturale. La percentuale di probabilità di successo di ogni coppia scende progressivamente man mano che i tentativi successivi falliscono. Quindi una coppia che parte con un'ipotetica probabilità del 20% al primo tentativo, la avrà ridotta al secondo, ulteriormente ridotta al terzo e così via. Per questo motivo anche i paesi dove il sistema sanitario consente alle coppie con problemi di fertilità alcuni cicli di fecondazione assistita, quelli a carico della spesa pubblica sono in numero limitato e vanno eseguiti entro una certa età. Quando l'età è troppo avanzata e i fallimenti numerosi, la probabilità di successo si avvicina allo zero. Un dato interessante proviene dall'ultimo rapporto pubblicato dall'*American Society of Reproductive Medicine* nel 2012: per le donne che hanno superato i 42 anni la probabilità che un singolo ciclo di Fivet abbia successo e consenta di portare a termine una gravidanza è del 3,9%. Una percentuale bassissima. Gran parte delle donne che hanno contato sul fatto di poter mettere su famiglia facilmente dopo questa età facendo ricorso alla PMA sono destinate ad andare incontro a una doccia fredda. Scoprire che in realtà non sarà possibile, che si sono fidate di opinioni illusorie che circolano tra la popolazione, propagate dalla superficialità dell'informazione diffusa dalla stampa, e sostenute a volte dagli stessi addetti ai lavori, può essere davvero devastante. Va detto per completezza di ragionamento che non esistono ancora le statistiche sulla PMA eseguita su donne senza problemi di fertilità che decidono di congelare i propri ovociti per utilizzarli in seguito, quando troveranno un compagno o quando raggiungeranno il momento che ritengono più adatto a portare avanti una gravidanza (vedi capitolo 19).

14. La responsabilità dei Mass Media

Fin dalla nascita di Louise Brown nel 1978, la prima bimba figlia di fecondazione in vitro, la stampa ha presentato i metodi di fecondazione medicalmente assistita come la salvezza per le coppie infertili, descritte fin dall'inizio come "disperate", e ha dato grande enfasi ai successi del progresso medico-scientifico in questo ambito, trascurando di specificare che il successo non è garantito a tutti. (Franklin 1997, pag. 89) In un articolo del *Sunday Times* di quegli anni (1986) si fa riferimento ai poster con le foto dei neonati del miracolo appese con una puntina nei reparti dove si eseguono fecondazioni in vitro. Questi pannelli sono presenti molto spesso negli ospedali e nelle cliniche del mondo che si occupano di PMA. Provare per credere. Ogni foto è la storia di un successo contro l'infertilità, ma non descrive nulla del travaglio enorme che vi sta dietro e che lo ha preceduto. E nulla dice degli insuccessi, molto superiori ai successi. L'articolo spiega che "l'uso di farmaci avanzati, le tecniche chirurgiche e la fecondazione in vitro consentono a coppie fino a poco tempo prima ritenute senza speranza di dar luce a un bambino". (Franklin, 1997 pag. 90) Articolo dopo articolo, servizio TV dopo servizio TV, si è fatta strada nell'opinione pubblica la percezione che nessuno rimanga più senza un bambino se solo lo vuole con sufficiente determinazione e si fa assistere da un'equipe medica. Ciò accade perché vengono sempre pubblicati i casi dei successi più incredibili e meno probabili. Aneddoti che rappresentano delle eccezioni, che non riflettono le statistiche complessive, che spesso non descrivono e omettono alcuni dettagli importanti, ma che, nonostante tutto, formano il pensiero dell'opinione pubblica, il famoso "immaginario collettivo". Per esempio non si dice che l'attrice di grido o la cantante che hanno avuto un figlio dopo i 50 anni, con ogni probabilità sono dovute ricorrere a ovodonazione e quindi il bambino del miracolo non è geneticamente loro. Dettagli intimi che appartengono alla privacy di ognuno, ma che non sfuggono a chi conosce a fondo le problematiche relative alla fertilità e i limiti della biologia e della scienza medica su questo fronte.

15. È colpa tua

È diffusa, per non dire radicata, l'opinione che chiunque non sia riuscito ad avere un figlio ne sia certamente responsabile. È colpa sua: non ha utilizzato le possibilità che la scienza medica moderna offre, o non lo ha fatto in modo abbastanza convinto, o abbastanza a lungo, o non è andato all'estero dove nel centro tale sono così bravi. E quindi non ha certamente diritto di lamentarsi o di soffrirne. Insomma, non è stato abbastanza determinato. Non ci ha pensato in

tempo, e così via. Queste convinzioni errate, producono due effetti. Il primo è che chiunque desideri un bambino pensi con assoluta certezza di poterlo avere e si avventuri nel mondo della fecondazione medicalmente assistita con grande fiducia e talvolta impreparato. Il secondo è che qualora non avesse successo, magari dopo anni di tentativi, oltre a superare la delusione del fallimento, deve anche sopportare di vivere sentendosi ripetere da più soggetti, come minimo insensibili e ignoranti, che non ha avuto un figlio perché non ha fatto quanto necessario per averlo. “Bastava fare questo... Bastava fare quello... Perché non provi la tale procedura...?” Questi discorsi sono molto pesanti da sopportare specialmente se avvengono dopo aver provato tutte le tecniche suggerite dai “sapientoni”, dopo ripetuti tentativi andati a vuoto e dopo aver rinunciato al progetto figlio, fatto che è equiparabile a tutti gli effetti a un lutto. In genere, praticamente sempre, questi discorsi vengono fatti solo alla donna, ritenuta atavicamente responsabile di tutte le sterilità anche quando oggi si sa che nella metà dei casi il problema riguarda l’uomo (vedi capitolo 24). Nessuno si permette di affrontare questi argomenti “da donna” con un uomo. Per smontarli la malcapitata dovrebbe rivelare particolari intimi di una storia molto probabilmente lunga, penosa e dolorosa. Farlo potrebbe essere assai peggio che lasciar credere a chiunque ciò che vuole, pur subendo il grosso torto di veder travisati gli eventi della propria vita personale.

16. Pressione sociale e desiderio primordiale

Oltre alla pressione sociale di dover avere figli, più o meno intensa a seconda delle società e del ceto sociale in cui ci si trova a vivere la propria esistenza, molte persone percepiscono un potente desiderio di perpetuare i propri geni tramite la generazione di un figlio biologicamente proprio. Si tratta di un desiderio primordiale, insito nel genere umano. Questo desiderio non può essere mitigato dall’adozione (Warnock 1985 in Franklin 1997, pag. 91). Avere un figlio risponde anche a una necessità di approvazione sociale. L’adulto ha ancora oggi il ruolo convenzionale e socialmente accettato di fondare una famiglia con dei figli. Il fallimento nell’adempiere a questo dovere è doppiamente pesante. Sia per la disapprovazione sociale e il disappunto dei parenti, soprattutto i nonni, che si vedono privati di un nipotino che sognavano e che in alcuni casi ritenevano, impropriamente, un diritto, sia per il continuo confronto teorico che la coppia sterile tende a mettere in atto tra la vita che si trova costretta a vivere, quella senza figli, e la vita che si era immaginata, con dei figli da crescere.

17. La metafora dell'orologio biologico

Tutti abbiamo sentito parlare dell'orologio biologico, ma non sappiamo che questa metafora è stata inventata molto di recente, negli anni settanta, da un giornalista del Washington Post, Richard Cohen, non a caso nel periodo storico in cui le donne cominciavano a dedicarsi alla carriera allontanandosi gradualmente e sempre di più dal modello tradizionale che le voleva a casa. Moira Weigel, giornalista inglese, ha pubblicato su The Guardian nel 2016 un'analisi storica interessante, molto dettagliata e completa sull'argomento. L'autrice prende in considerazione molti aspetti sia biologici sia sociali, non tralasciando di analizzare a fondo la trappola della fecondazione in vitro, che forse a volte crea più problemi di quanti ne risolva e, in ogni caso, rischia di generare enormi illusioni e aspettative superiori a quanto lo stato della scienza medica oggi possa realmente offrire, con le conseguenti disillusioni in caso di fallimento. L'intero articolo è stato ripreso e pubblicato in italiano dal settimanale *Internazionale* nel 2016 [n.1170 – anno 23, pag.42-49]. Weigel sottolinea come “di fronte a metafore come quella dell'orologio biologico siamo abituati a pensare che non siano affatto metafore, ma descrizioni oggettive di eventi che riguardano il corpo umano”. Se è vero che esistono serie prove scientifiche del fatto che la quantità e la qualità degli ovuli di una donna diminuisce con il tempo, altrettanto vero è che anche la fertilità maschile diminuisce con l'età. La quantità e qualità degli spermatozoi si riduce con il passare degli anni, e i figli di padri anziani sono più a rischio di complicazioni di quelli dei padri giovani. Inoltre, spesso i “vecchi spermatozoi” non riescono a fecondare l'ovulo. Esiste anche un orologio biologico maschile, dunque, ma non se ne parla quasi. I pochi aneddoti noti su figli avuti da personaggi famosi in età molto avanzata, come Charlie Chaplin o Pablo Picasso, orientano il pensiero collettivo più dei dati scientifici, peraltro poco diffusi. Weigel cita i dati dell'*American Society of Reproductive Medicine*, dai quali emerge che nelle coppie che si rivolgono a un medico per problemi di fertilità le cause sono attribuibili a pari merito al partner maschile o femminile (40 e 40%), mentre nel rimanente 20% di coppie non si riesce a individuare un motivo (sterilità idiopatica o sine causa). Si tenga conto che qualsiasi sia la causa, accertata o ignota, le tecniche di PMA disponibili sono sempre le medesime descritte all'inizio di questa tesi e gravano necessariamente soprattutto sul corpo della donna. “La nostra cultura dà talmente per scontato che le donne siano disposte a soffrire pur di avere un figlio, e queste procedure sono così redditizie, che si investe ben poco in alternative”. [Weigel 2016, *Internazionale*, pag. 47]

18. Una campagna stampa a regola d'arte

Non fu forse un caso che i medici avessero messo a punto la prima tecnica di fecondazione in vitro (Fivet) pochi mesi prima che i giornalisti si scatenassero a parlare dell'orologio biologico (femminile!). Louise Brown fu la prima bimba nata da Fivet il 25 luglio del 1978. Voluto o meno, gli articoli sull'orologio biologico funzionarono come una campagna stampa creata *ad hoc* da un'agenzia pubblicitaria per promuovere la fecondazione in vitro e propagandarla al più ampio numero di donne possibile. La tecnica, che era nata per risolvere un problema medico specifico, l'ostruzione delle tube di Falloppio, stava diventando un mezzo disponibile per tutte le donne, da proporre anche a persone sane o che comunque non avevano problemi alle tube, come vedremo in seguito (capitolo 19). Accanto alla denatalità legata alla disponibilità di metodi contraccettivi efficaci, a una procreazione più consapevole e all'emancipazione della donna nel mondo del lavoro, stava prendendo piede l'industria della fertilità. Nel 1983 due medici del centro per la prevenzione e il controllo delle malattie di Washington – Sevgi Okten Aral e Willard Cates – annunciarono l'inizio di una “epidemia di infertilità” in un articolo che ebbe un forte impatto nell'opinione pubblica e tra gli addetti ai lavori. La preoccupazione circa il diffondersi di questa “epidemia” diede forte impulso alla ricerca nel settore, per andare incontro a una richiesta sempre crescente. In tutti gli Stati Uniti a metà degli anni ottanta venivano aperte cliniche che offrivano la Fivet, e nel decennio successivo nacquero agenzie che offrivano la vendita di ovuli, di spermatozoi, la gestazione surrogata e l'ICSI. A metà degli anni ottanta in USA c'erano già casi di madri single che avevano fatto ricorso a spermatozoi scelti dal catalogo della criobanca di un centro di PMA e un decennio dopo donne che offrivano l'utero in affitto per motivi economici, anche se appartenevano a un ceto sociale medio, non estremamente disagiato. Stava nascendo un vero e proprio mercato di gameti e un business procreativo. La donazione di ovuli e spermatozoi dietro compenso monetario non può che definirsi vendita. Consentire a coppie sterili di avere un figlio cedendo il proprio DNA o mettere al mondo un neonato per conto terzi tramite gravidanza surrogata, offrendo il proprio corpo per nove mesi, erano diventate reali possibilità a disposizione di chiunque per recuperare del denaro, magari anche sentendosi utili.

19. Il benefit del congelamento degli ovuli

Il ticchettio incessante dell'orologio biologico, che ogni donna in carriera cominciava a sentire, portò alla messa a punto di tecniche farmacologiche di stimolazione ormonale con

molecole sempre più potenti e sofisticate per indurre le ovaie a produrre più ovuli contemporaneamente. In questo modo diventava possibile estrarre dalle pazienti materiale genetico in quantità per poi congelarlo, vendendo una futura fecondazione in vitro anche a donne perfettamente sane. Il tutto senza considerare che le tecniche di PMA non sono procedimenti facili bensì procedure intensive, invasive, che comportano rischi fisici ed emotivi e che hanno limitata probabilità di successo, decrescente con l'avanzare dell'età. Esistono innumerevoli studi che descrivono nei minimi particolari gli effetti debilitanti su molte donne [Weigel, Internazionale pag. 47]. In Italia non è molto noto che il congelamento degli ovociti in alcune realtà estere già oggi viene proposto alle donne in carriera come benefit dall'azienda stessa per cui lavorano, come un modo per essere previdenti e preservare la fertilità negli anni a venire. Ciò accade principalmente negli Stati Uniti, dove il costo della procedura si aggira intorno ai quindicimila dollari più una quota annuale per la conservazione fino al momento dell'utilizzo. Questa possibilità inizia a farsi strada anche in Italia non come benefit, ma dietro suggerimento dei medici dei centri sterilità, come scelta personale una volta raggiunta una certa età senza figli e magari senza un compagno stabile. L'atteggiamento superficiale della stampa rivolta al pubblico generale, che non si sofferma sui problemi ma mette a fuoco solo il successo delle tecniche, talvolta è lo stesso che si può osservare ascoltando alcuni medici specializzati in PMA, che hanno fatto del proprio lavoro un business e sembrano non capire che cosa comporti per qualsiasi donna sottoporsi a una procedura di PMA. Il congelamento dei propri ovociti viene a volte presentato come una soluzione utile, semplice, logica, efficace, incontestabile e priva di rischi. Eppure il congelamento degli ovuli era nato con ben altri obiettivi, ossia con il nobile intento di preservare la fertilità nelle donne affette da tumore che avrebbero dovuto sottoporsi a chemioterapia. Oggi, invece, aziende americane di grande successo la propongono alle proprie dipendenti sane. Quando Google, Facebook e Citibank hanno annunciato la possibilità di stanziare ventimila dollari di spesa come benefit per il congelamento degli ovuli delle proprie dipendenti, in molti, invece di scandalizzarsi e insorgere, hanno trovato l'idea un buon modo per compensare la disuguaglianza salariale che ancora persiste in molti posti di lavoro. Time pubblicò un articolo in merito, lanciando dalla copertina il titolo: "Il congelamento degli ovuli sarà il grande riequilibratore"! [Weigel, Internazionale pag. 48]. Ancora una volta quella che può sembrare un'opzione nuova e interessante nasconde forti insidie. Il rifiuto di una donna al congelamento dei propri ovociti potrebbe venire interpretato come un segnale di minore determinazione a fare carriera e, di conseguenza, penalizzarla. Questi ovuli, per diventare

utili, avranno bisogno di un padre, o almeno del seme di un donatore per fecondarli e trasformarli in embrioni. E qui siamo ancora appena all'inizio del percorso del concepimento. Come già accennato, le percentuali di successo con impianto in utero e nascita di un bambino in una popolazione di donne senza problemi medici documentati, e quindi presumibilmente fertili, non sono per ora note. Però si sa che il passare degli anni non gioca a favore della fertilità in entrambi i sessi. Quindi, più che risolvere il problema, si rischia semplicemente di prolungarlo, amplificarlo e renderlo definitivo. Inoltre l'eventuale partner futuro si troverà coinvolto in un processo di procreazione tramite PMA impostato a priori e alla cui scelta non ha partecipato. Uno scenario davvero un po' inquietante sotto numerosi punti di vista. Sempre di più il peso della riproduzione ricade sulle donne. "È un peso che può diventare insopportabile e che non può che influire negativamente sullo stesso rapporto con gli uomini". Intorno ai 40 anni, se non prima, devono preoccuparsi di congelare i propri ovuli, e sostenerne le spese se altri non lo fanno per loro. La donna "se non programma bene la sua vita, merita di finire sola e disperata". [Weigel, Internazionale pag. 49].

20. Il rimpianto di una scelta

In uno studio del 2018 pubblicato su *Fertility Sterility* [Greenwood, 2018], Eleni Greenwood e i suoi colleghi hanno voluto scoprire se le donne che hanno deciso di crioconservare i propri ovociti per usarli in una PMA futura si sono ritrovate a rimpiangere la scelta fatta e se ne sono pentite, e in quale percentuale. (vedi capitolo 24) Il campione dello studio includeva 201 donne tra i 27 e i 44 anni che si erano sottoposte alla EOC (*Elective Oocyte Cryopreservation*) tra il 2012 e il 2016 non a seguito di infertilità, sterilità, o per una indicazione medica, come potrebbe essere la necessità di chemioterapia antitumorale, bensì esclusivamente a seguito di un'indicazione sociale (*social indications*). È emerso che il rischio di pentirsi non è trascurabile e aumenta con il diminuire del numero di ovociti maturi che si è riusciti a ottenere e a prelevare a seguito di un ciclo di stimolazione ovarica. Il 16% di donne ha dichiarato di provare rimpianto moderato o intenso per la decisione presa. L'88% ha dichiarato di aver aumentato il proprio grado di controllo riguardo alla pianificazione di una gravidanza futura. L'89% ha dichiarato di essere contento di aver usato la EOC anche se in un futuro non dovesse mai avere la possibilità di utilizzare gli ovociti crioconservati. I principali fattori che determinano l'insorgere del rimpianto di essersi sottoposte a questa procedura medica sono l'aver o meno ricevuto informazioni adeguate in merito prima di farla, l'aver o meno ricevuto sostegno psicologico ed emotivo durante il percorso, e un'aumentata fiducia

(*increased patient estimates*) di poter dare la vita a un bambino grazie agli ovociti conservati nella banca del freddo. Altri dati interessanti sul campione dello studio sono che la maggior parte di donne (78%) era di etnia bianca, il 78% aveva una laurea o una cultura medio-alta, il 68% guadagnava più di 100.000 dollari all'anno e in un quarto del campione l'azienda datrice di lavoro aveva pagato almeno una parte della procedura. Secondo la società di consulenza Mercer, oggi il 6% delle aziende americane con oltre 500 dipendenti propone questo benefit. I costi negli Stati Uniti si attestano tra i 10.000 e i 20.000 dollari più circa 1.000 dollari all'anno per il deposito nella banca dei gameti. Nel resto del mondo questi numeri possono essere del tutto differenti o il fenomeno può non essere presente. Un altro dato sorprendente emerso dai colloqui con le donne è che ben dieci di loro, di età compresa tra i 34 e i 40 anni, stimassero pari al 100% la possibilità di far nascere un bambino il giorno che avessero deciso di utilizzare gli ovociti. Si tratta di un non trascurabile 5% del campione. Questo dato testimonia l'incredibile carenza, o omissione (volontaria?), di informazioni che circonda il mondo della PMA e soprattutto le probabilità di successo delle procedure. Alcuni addetti ai lavori si stanno giustamente interrogando su questi numeri, e ritengono che sia necessario fornire preventivamente alle donne un panorama completo e chiaro non solo sulle probabilità di successo, ma anche sulla sicurezza delle terapie ormonali necessarie per portare a termine l'intero processo, sulla sua complessità pratica, sull'impatto emotivo che scatena e sulla enorme delusione che può generare in caso di fallimento se le aspettative iniziali non erano realistiche. È necessario, a fronte della estrema diffusione di questi approcci medicalizzati della procreazione umana, prevedere anche un supporto psicologico per le donne e le coppie che sono andate incontro a insuccesso. A questa popolazione che non aveva presumibilmente problemi di fertilità, può pesare in modo acuto aver deciso di posticipare la scelta di una gravidanza per adeguarsi, più o meno consapevolmente, più o meno volontariamente, alle richieste della società e del mondo del lavoro. Francoise Baylis, bioeticista canadese, in un'intervista all'*Inquirer* ha spiegato che le grandi aziende vogliono "una forza lavoro produttiva, non riproduttiva".

21. L'incapacità di rinunciare e riconoscere la sconfitta

Le tecnologie riproduttive sono spesso definite un mezzo per aggirare i limiti della biologia, ma c'è il grosso rischio che dopo aver investito tanto, in denaro, tempo ed emozioni, la PMA non funzioni. Spesso le coppie che decidono di affrontare il percorso della PMA si trovano nell'incapacità di fermarsi. Non riescono a rinunciare e ad accettare il fallimento. Perdonano il

senso del limite. Uno dei fattori è il pensiero di aver compiuto tanti sforzi senza ricavarne in cambio nulla. Può scattare un meccanismo mentale che porta a dire “siamo arrivati fin qui per niente, andiamo avanti per avere un risultato e non vanificare tutti gli enormi sforzi fatti finora”. Accanto a queste ben comprensibili debolezze umane ruota un enorme mercato. È quindi praticamente certo che girando da un centro a un altro, da un Paese a un altro, si troverà sempre un medico disposto a dare un’ulteriore filo di speranza a cui aggrapparsi, magari non per motivi filantropici ma per ragioni economiche. Non sapersi fermare può distruggere coppie e vite intere. L’esistenza rimane congelata su questo progetto a volte per dieci o quindici anni. Si rinuncia a tutto il resto. Il pensiero è fisso, soprattutto per la donna. Si esclude dalla mente la verità che il successo in nessun caso potrà essere garantito. Un centro serio e una brava equipe medica sconsiglierebbe di proseguire oltre un certo numero di tentativi, piuttosto limitato. Per esempio a una coppia che abbia inserito in utero uno o più embrioni ottenuti tramite Fivet o ICSI per tre volte, durante tre diversi tentativi, che non ne abbia visto impiantarsi neanche uno, un medico coscienzioso e responsabile potrebbe, forse dovrebbe, consigliare di rinunciare, per quanto tremendamente doloroso questo possa risultare per la coppia. A volte il suggerimento di fermarsi viene ascoltato e può essere perfino liberatorio. Molti medici lavorano con etica e con coscienza, sia nel mondo della sanità pubblica sia in quella privata. Altre volte chi è coinvolto non riesce a capire la serietà del consiglio medico e può comunque decidere di proseguire a oltranza, altrove. Purtroppo esistono centri in giro per il mondo dove la PMA viene gestita come un business anziché come una opportunità terapeutica da offrire alle coppie per superare un problema legato a una patologia: avranno sempre la tendenza a enfatizzare i successi e a omettere gli insuccessi tramite abili operazioni di marketing.

22. Un percorso totalizzante

Meg Flowers intervistata da Sarah Franklin descrive quanto sia difficile prevedere fin dall’inizio quante volte un ciclo di Fivet può fallire. “Non ci sono tante persone quante immaginavo che riescono ad arrivare alla nascita di un figlio anche se le prime fasi della procedura vanno a buon fine. C’è un incredibile numero di passaggi e di ragioni per cui il percorso può essere interrotto o fallire. Penso che dipenda da come i mass media parlano dell’argomento: basta ripetere il percorso due o tre volte e si otterrà il successo desiderato. Ma non è così. È incredibilmente più difficile di così. I media propongono solo le storie di successo e gli aspetti positivi. Non si sente quasi nulla sulle donne che iniziano il percorso

della PMA e non vengono accettate, oppure che vengono incluse in un programma e non riusciranno mai a portarlo a termine. La prima volta che ci si sottopone a un ciclo non si sa esattamente come funziona e come si svolgono le varie fasi. Poi, con il susseguirsi dei tentativi, si acquisisce maggiore familiarità con le procedure. Per la donna l'insieme di visite di monitoraggio, prelievi di sangue, assunzione di farmaci spesso per via parenterale (iniezione) risulta in un coinvolgimento completo. È molto difficile conciliare il lavoro con gli appuntamenti, che risultano necessariamente fissati dai medici in date e orari precisi, a seconda di come procede la maturazione dei follicoli". La donna che decide di comunicare in ambiente lavorativo che cosa sta facendo, avrà poi il peso di dover dare spiegazioni in caso di fallimento e potrebbe facilmente pentirsi di averne parlato. Infatti di solito questo non avviene. Più spesso si inventano improbabili altri problemi di salute per giustificare le assenze. Capita anche che la donna decida di abbandonare del tutto il lavoro per sottoporsi alle procedure in totale privacy e risolvere i problemi di carattere logistico alla fonte. Questo però fa diventare il processo ancora più totalizzante perché la donna, non avendo più i propri contatti sociali e gli impegni di lavoro, non penserà ad altro. Il compagno che assiste a questa turbolenza emotiva sembra riuscire a rimanerne molto più indenne. Il proprio fisico non è coinvolto e le attività lavorative possono continuare senza subire disagi particolari.

23. Una rivoluzione antropologica

Come abbiamo cercato di descrivere in questa tesi, si è verificata una "privatizzazione del processo di perpetuazione della specie, sostituito da una appropriazione soggettiva del processo vitale". (Scarraffia in Gauchet 2009, pag. X). Non si può pensare che un cambiamento antropologico di una simile portata non abbia conseguenze sulla costituzione psichica dei bambini così generati. Venire al mondo in seguito all'irriducibile azzardo del caso rendeva più facile durante la crescita sviluppare una sana indipendenza dai genitori, indispensabile per raggiungere la pienezza dell'età adulta. Nascere in seguito a una scelta e a un desiderio preciso e consapevole, mai frutto del caso, provoca un disorientamento profondo nelle nuove generazioni. I giovani si pongono continuamente la domanda se siano veramente la persona che i genitori desideravano. Questo crea un'insicurezza strisciante. Il bambino del desiderio, diventato più raro ma più certo (si fanno meno figli, la denatalità è in continua crescita, la mortalità infantile quasi azzerata), subisce un interesse senza paragoni rispetto alle generazioni passate. I genitori, pur senza volerlo, lo caricano di aspettative sproporzionate per la sua età e compromettono la sua esperienza strutturale e personale dell'infanzia, creando

danni. Il figlio voluto a tutti i costi, magari cercato per anni con sacrifici fisici, psicologici, economici, di tempo e di rinuncia al lavoro e ad altre attività, viene cresciuto come un piccolo re o, peggio ancora, un piccolo Dio. (Gauchet 2009, pag. 37) Solo negli anni futuri si potrà veramente toccare con mano che uomini saranno diventati i bambini di queste nuove generazioni una volta cresciuti.

24. Ringraziamenti

Ringrazio il Prof. Simone Ghezzi e la Prof.ssa Claudia Mattalucci dell'Università di Milano Bicocca, per le indicazioni bibliografiche e gli utili consigli che mi hanno fornito fin dall'inizio per impostare questa tesi.

Ringrazio la Prof.ssa Giovanna Testa di Milano, specialista in ostetricia e ginecologia, per l'aiuto nella stesura e la revisione attenta del testo.

Ringrazio la Prof.ssa Laura Trespidi di Milano, specialista in ostetricia e ginecologia, per la rilettura, ma soprattutto per l'amicizia e il sostegno nei momenti più difficili della mia vita.

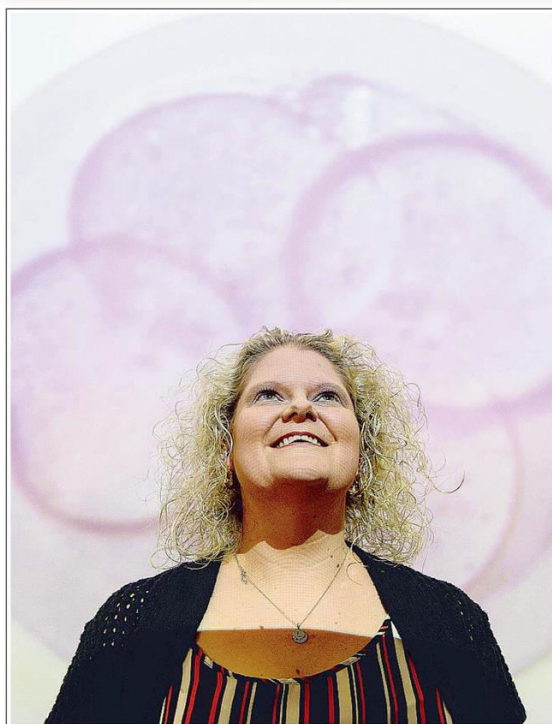
25. Rassegna di articoli di quotidiani e pubblicità inerenti a fertilità, infertilità, tecniche di procreazione medicalmente assistita, frontiere della ricerca, aspetti politici e legali correlati

ATTUALITÀ **Libero**

Libero 26.7.18

LOUISE BROWN COMPIE 40 ANNI

La prima donna figlia della provetta



Louise Brown compie 40 ed è la prima persona nata in provetta: dal 25 luglio 1978 ad oggi come lei sono venuti al mondo altri 8 milioni di bambini, 100mila in Italia. Da allora molti sono stati i progressi riguardanti questa tecnologia che ancora adesso permette di avere figli alle coppie che incontrano difficoltà. Louise è nata all'Oldham General Hospital. I suoi genitori, Lesley e John, non riuscivano ad avere figli e si sono affidati ai ricercatori Patrick Steptoe e Jean Purdy che hanno utilizzato la loro tecnica per permettere alla coppia di avere la loro bambina e poi, ancora, una seconda figlia. Da allora Louise è diventata il simbolo non solo della "lotta" all'infertilità, ma anche dei progressi scientifici del settore.

Tiantian, il bimbo cinese nato orfano Embrione dei genitori scomparsi 4 anni fa

La scelta dei nonni, in Laos dove l'utero in affitto è legale, rilancia il dibattito tra gli esperti di bioetica

7

Milioni
I neonati, in tutto il mondo, concepiti grazie alla tecnica della fecondazione assistita in vitro dal 25 luglio 1978 a oggi

700

Mila
I cicli di fecondazione assistita in Europa nel 2014 (ultimi dati disponibili): nel 1995 se ne contavano circa 100 mila

10

Mila
La gravidanza in Italia nel 2015 (ultimi dati disponibili) grazie alla fecondazione assistita: quell'anno sono nati 7.700 bambini

95%

La quota
delle donne con un'età di 43 anni che non riescono ad avere figli neppure con la fecondazione assistita se usano i loro ovuli

200

Le coppie
italiane che, secondo le stime, ogni anno vanno all'estero nelle cliniche private per la maternità surrogata (illegale nel nostro Paese)

ROMA Tiantian faticherà a raccontare la sua avventura, quando sarà grande. La storia incredibile di un bambino cinese nato quattro anni dopo la morte dei genitori, sbocciato da un embrione congelato, cresciuto nel grembo di una mamma surrogata.

Un intreccio deciso dai suoi quattro nonni che hanno combattuto per farsi riconoscere dal tribunale il diritto a riavere gli embrioni tenuti in banca e poi ricorrere a una donatrice del Laos dove la pratica dell'utero in affitto è ammessa a differenza che in Cina. Nel dare la notizia il *Beijing News* la arricchisce di dettagli avventurosi. Nessuna compagnia aerea ha accettato di trasportare il cofanetto di materiale biologico per non trasgredire la legge nazionale. I nonni non si sono fermati, hanno affrontato un lungo viaggio via terra fino al Laos e lo hanno consegnato di persona al centro dove sarebbe avvenuto il trasferimento.

Dopo la nascita, c'è stato il problema del riconoscimento del piccolo, non appartenente alla partorientente, come loro nipote: lo hanno dimostrato grazie all'esame del dna.

Da tutte queste situazioni ingarbugliate emerge la realtà di un neonato orfano da sempre, tranne il giorno in cui è stato concepito dai genitori con pratiche di fecondazione artificiale. Poco dopo la mamma e il papà hanno perso la vita in un incidente stradale e il frutto dell'unione in provetta è rimasto per quattro anni inutilizzato nel congelatore dell'ospedale di Nanjing.

In Italia la legge 40 vieta le pratiche post mortem. Eppure la sorte degli embrioni crioconservati, di proprietà delle coppie o abbandonati (nel senso che la famiglia o non si

trova più o ha dichiarato di non interessarsene) è peridico argomento di dibattito. «Possiamo arrogarci il diritto di decidere che un embrione nasca a tutti i costi?», è la domanda che divide anche il mondo cattolico.

Antonio Spagnolo, direttore

re dell'Istituto di bioetica del policlinico Gemelli-Università del Sacro Cuore propende per il no: «È accanimento terapeutico. Sappiamo che la metà degli embrioni non sopravvivono allo scongelamento, dunque già in partenza farli sviluppare non è un bene».

E ricorda un precedente avvenuto non molti anni fa negli Stati Uniti.

Poi c'è il problema della maternità surrogata, illegale in Italia dove però dopo la sentenza della Corte costituzionale viene consentito il congelamento. «È legittimo

moralmente delegare ad altri una relazione complessa come quella tra il generato e la gestante? Qui si delega la formazione fisica e psichica di un essere umano a qualcuno cui verrà sottratto in modo definitivo», sottolinea Adriano Pessina in un editoriale su *Medicina e morale*.

Cinzia Caporale, componente dell'appena rinominato Comitato nazionale di bioetica, sulle prime è perplessa. «Il diritto a nascere esiste, come Comitato ci siamo espressi più volte a favore della donazione degli embrioni da parte delle coppie. Meglio nascere orfani che restare in freezer o

In Italia

La legge 40 vieta le pratiche post mortem, ma resta il tema della crioconservazione

essere buttati nel lavandino. Sono già esistenti, non gameti che ancora devono unirsi».

Del futuro degli embrioni congelati si discute al congresso europeo dell'Associazione Coscioni in corso a Bruxelles. La via indicata è donarli alla ricerca sulle cellule staminali quando non vengono più reclamati dalle coppie.

«Una soluzione va trovata, io ne ho migliaia conservati e non ci dormo la notte — racconta Ermanno Greco, del centro di medicina della riproduzione con sede all'European Hospital di Roma —. Ho ricevuto alcune richieste di riaverli dopo la morte di uno dei due genitori e ovviamente non li ho ceduti, secondo quanto è scritto sulla legge».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il dossier

di Elena Tebano

Quei sette milioni di figli venuti al mondo con la fecondazione assistita

Corriere della Sera 13.4.18

Sono trascorsi 40 anni da quando è nata la prima bambina concepita con la fecondazione assistita in vitro, Louise Brown, all'ospedale di Oldham, nel Regno Unito. Da quel 25 luglio 1978 si calcola siano 7 milioni i neonati venuti al mondo grazie a queste tecniche, diventate via via più complesse. E saranno sempre di più: secondo i dati presentati la settimana scorsa all'Ebart di Barcellona (uno dei principali congressi internazionali di medicina della riproduzione), continuano ad aumentare al ritmo di mezzo milione all'anno. In particolare in Europa, il continente dove più si ricorre alla fecondazione assistita: si è passati dai 100 mila cicli del 1995 ai 700 mila del 2014. L'Italia è l'ottavo Paese al mondo per numero di trattamenti (l'Istituto superiore di sanità registra 55 mila cicli di fecondazione in vitro iniziati

nel 2015, l'ultimo per cui sono disponibili i dati, 10 mila gravidanze e 7.700 bambini nati nello stesso anno).

Una rivoluzione silenziosa che tocca uno degli aspetti più intimi e fondamentali della vita umana: come la diffusione della pillola ha separato la sessualità dalla riproduzione, le nuove tecniche di fecondazione assistita hanno separato la riproduzione dalla sessualità, ponendo interrogativi etici e morali senza precedenti, soprattutto quando si parla di fecondazione eterologa e maternità surrogata. Se da sempre infatti gli esseri umani sono disposti a fare di

tutto pur di avere i figli che vogliono, oggi — come dimostra il caso del bimbo cinese nato da «genitori» morti 4 anni prima — è possibile realizzare l'impensabile. Basta entrare nei laboratori della clinica Eugén (uno dei maggiori gruppi privati che si occupano di fecondazione assistita in Europa) a Barcellona per rendersene conto: medici e tecnici in camice si aggirano sotto le luci soffuse per non correre rischi di danneggiare i gameti, tenendo in mano i vetrini che contengono i futuri figli di qualcun altro: embrioni fecondati in vitro, grazie agli spermatozoi o — più spesso — gli ovuli provenienti da donatori o donatrici.

Il diffondersi della riproduzione assistita dipende soprattutto dalla scelta (o dalla necessità) sempre più frequente di rimandare il momento in cui diventare genitori. Magari senza avere la

consapevolezza di quali sono i limiti per la vita riproduttiva delle donne: «Dai 33-34 anni la quantità e la qualità degli ovociti peggiora molto — spiega Mario Mignini Renzini, responsabile dell'unità Ginecologia degli Istituti clinici Zucchi di Monza —. A 43 anni 95 donne su 100 non riescono ad avere figli neppure con la fecondazione assistita se usa-



Corriere.it
Leggi tutte le notizie, guarda le foto e i filmati dall'Italia e dal mondo sul nostro sito www.corriere.it

La parola

ETEROLOGA

La fecondazione eterologa è una forma di procreazione medicalmente assistita che consiste in un programma di fecondazione in vitro utilizzando spermatozoi od ovociti donati, attraverso banche del seme, alla coppia interessata alla nascita. Si ricorre all'eterologa quando uno dei partner ha problemi di sterilità

no i loro ovuli». Spesso gli aspiranti genitori lo scoprono solo quando tentano invano di avere un bambino. Persino i medici sono poco informati: secondo uno studio dell'Università di Torino la metà dei ginecologi italiani ritiene che il limite della fertilità per le donne sia tra i 44 e i 50 anni.

«Sempre più spesso, dopo aver tentato inutilmente la fecondazione assistita — spiega Antonio La Marca, Coordinatore clinico Eugén a Modena — gli aspiranti genitori scelgono la strada dell'eterologa, la fecondazione in vitro in cui l'ovulo o lo spermatozoo è donato da una terza persona». In Italia è legale dal 2014 per le coppie eterosessuali (tra le condizioni c'è che sia il futuro padre che la futura madre siano ancora in vita). Nel 2015 ne sono stati fatti 2.800 cicli, e sono nati così 604 bambini, mentre sono stati comprati all'estero — una pratica denunciata dalla Chiesa cattolica e da una parte del movimento femminista come sfruttamento commerciale — oltre tremila contenitori di ovociti e duemila di spermatozoi, soprattutto da Repubblica Ceca, Scandinavia, Grecia, Spagna e Svizzera. Rimane illegale la maternità surrogata, anche se si stima che circa 200 coppie italiane all'anno la facciano all'estero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Estremi della fecondazione artificiale Che aberrazione il bimbo nato anni dopo la morte dei genitori

di GIORDANO TEDOLDI

■ ■ ■ In Cina è nato un bambino i cui genitori sono morti in un incidente stradale cinque anni fa, nella provincia costiera del Jiangsu. Solo cinque giorni dopo la sciagura alla madre sarebbe stato impiantato l'embrione da cui è poi nato Tiantian (questo il nome del piccolo). Per tre anni i nonni di Tiantian, cioè i genitori di Shen Jie e di Liu Xi, padre e madre del bimbo, morti nell'incidente stradale, hanno avviato una battaglia legale senza precedenti. Lo scopo? Acquisire i diritti sui quattro embrioni congelati lasciati dai loro figli, uno dei quali embrioni, come abbiamo detto, solo pochi giorni dopo la sua morte avrebbe dovuto essere impiantato nell'utero della madre naturale di Tiantian.

BUGIE PROVVISORIE

Dopo varie vicissitudini giuridiche, i genitori, tanto quelli del padre che quelli della madre di Tiantian, hanno vinto la causa, hanno potuto disporre degli embrioni lasciati dai figli. E hanno scelto di realizzare il sogno di quella nascita che l'incidente aveva infranto. Un sogno che in altri tempi sarebbe rimasto tale, ma oggi, grazie alla tecnica della maternità surrogata, è possibile. Ma non in Cina, dove è illegale. Così i nonni di Tiantian si sono rivolti a un'agenzia di maternità surrogata clandestina, nel Laos. Qui hanno trovato la madre surrogata, cui è stato impiantato uno dei quattro embrioni, e a dicembre la donna ha dato alla luce un bimbo, cui la madre di Liu Xi ha dato il nome di Tiantian, che significa "dolce". Lo scorso mese, la famiglia ha dato una festa per i primi cento giorni di Tiantian - la famiglia che resta dopo la perdita di padre e madre. La madre di Liu, e nonna di Tiantian, ha dichiarato al quotidiano *Beijing News*: «Gli occhi di Tiantian ricordano quelli di mia figlia ma, nel complesso, somiglia di più al padre».

Con la nascita di Tiantian,

per i suoi nonni, non sono finiti i problemi: si sono dovuti sottoporre all'analisi del Dna per dimostrare che fossero effettivamente i nonni, e averne la custodia. Anche il futuro di Tiantian è predisposto: il nonno paterno, Shen Xinan, ha dichiarato che «quando Tiantian sarà più grande gli diremo che i genitori sono via, oltreoceano». Ma sarà una menzogna provvisoria, perché, aggiunge con saggezza Shen, «questo ragazzo viene al mondo con un triste destino. Altri bambini hanno una madre e un padre, lui no. In futuro gli diremo senz'altro la verità. Come potremmo non farlo?».

Ci permettiamo di far notare alcune contraddizioni. Una, generale, che riguarda la strana dissociazione della nostra civilizzazione, da un lato ossessionata dal ritorno al naturale (si pensi al cibo) e dall'altro capace, anzi, smaniosa al punto di intraprendere costose e lunghe battaglie legali, di mettere al mondo bambini vari anni dopo la morte di entrambi i genitori.

IL PARADOSSO

Più in particolare, non possiamo non notare che è lo stesso nonno paterno di Tiantian a parlare di «triste destino» per il piccolo. Ma quale triste destino? Alla morte dei genitori, quella sì una sventurata fatalità, Tiantian non c'era. C'erano quattro embrioni congelati in una qualche banca degli embrioni. Ora che Tiantian è venuto al mondo grazie a una madre surrogata, la quale per questo ha ricevuto un compenso, non si può più parlare di «triste destino», ma di deliberato, cosciente (o incosciente) intervento umano, cioè quello dei nonni, che hanno voluto a tutti i costi che da quegli embrioni nascesse un bimbo orfano. Dopodiché capiamo benissimo il perché di questo lapsus, che attribuisce al destino, cioè al caso, la tristezza di Tiantian, che invece è frutto dell'agire umano.

Perché questa è la contraddizione maggiore: oggi l'uomo può fare tantissime cose grazie alle tecnologie, ma poi di questa sua forza non vuole assumersi le responsabilità. Continua a parlare di «destino» come i selvaggi parlano di influssi incontrollabili, di potenze oscure. Nel campo della fecondazione assistita questo paradosso è lampante. Si fanno cose sommamente innaturali, ma le si vuole accanitamente vedere come perfettamente naturali, venute da sé, spontanee. Si paga una donna perché porti avanti una gravidanza e la si chiama «madre» sia pure surrogata. Si fa nascere un orfano e si dice che è stato il destino. Si fa una festa per il compleanno di un bimbo con «la famiglia» e da questa famiglia manca il padre e la madre. La tecnologia andrà avanti ciecamente, ma gli uomini devono decidersi a spalancare gli occhi.

Giuliano Testa

Il chirurgo e la donna che ha partorito con l'utero trapiantato

Giuliano Testa è stato intercettato dai radar della rivista americana *Time* che l'ha inserito nella lista delle cento persone più influenti al mondo per il 2018. Il motivo? È stato a capo del team che ha realizzato il primo trapianto di utero negli Stati Uniti riuscendo a offrire alla donna trapiantata la possibilità di dare alla luce un figlio.

Testa lavora attualmente al Baylor University Medical Center di Dallas, ma si è laureato all'ateneo di Padova. Poi ha deciso di emigrare negli Stati Uniti, prima a Chicago, poi in Texas. Lo conosce Giovanni Battista Nardelli, attualmente direttore della Clinica ostetrico-ginecologica dell'Università di Padova: «Entrambi, dopo la laurea, siamo andati negli Stati Uniti, io a San Antonio, lui a Chicago, poi a Dallas. Io sono rientrato. Lui è rimasto». Ed è lì che Testa ha ottenuto il suo grande successo, testimoniato da una delle sue pazienti su *Time*, che ha voluto rimanere anonima.

Testa, 55 anni, si è laureato a Padova nel 1988. Ha lavorato all'Università di Padova e ha realizzato il primo trapianto di utero in una paziente che ricevente ha dato alla luce un bambino.

Ecco le parole della donna: «Da teenager ho saputo che non potevo avere figli perché affetta dalla sindrome di Mayer-Rokitnasky-Kuster-Hauser: un nome complicato che sta a indicare il fatto che sono nata senza utero». La paziente, nel 2016, ha incontrato Giuliano Testa, esperto di trapianti di rene e fegato che a Dallas stava mettendo a punto

uno studio per verificare la possibilità di trapiantare l'utero. La ricerca prevedeva il coinvolgimento di dieci pazienti: la testimone anonima di *Time* era una di queste.

Dice ancora la donna: «Sono stata trapiantata nel 2016 e nel novembre 2017 ho dato alla luce un bel bambino. Il dottor Testa mi ha dato forza e rassicurazioni. È stato un punto di riferimento per me».

Il trapianto americano di utero non è stato il primo: gli svedesi dell'Università di Göteborg avevano già percorso questa strada, con alcuni risultati positivi.

Il riconoscimento arrivato a Giuliano Testa rappresenta un orgoglio per l'Italia, ma anche un rammarico: Testa fa parte della ormai lunghissima schiera di persone che lasciano il nostro Paese per trovare all'estero spazi per lavorare. Ma, in un'ottica globale, testimonia che la possibilità di sostituire organi, non solo quelli più classici come il rene o il fegato o il cuore, può davvero offrire nuove opportunità di cura per i pazienti.

Adriana Bazzi
© RIPRODUZIONE RISERVATA

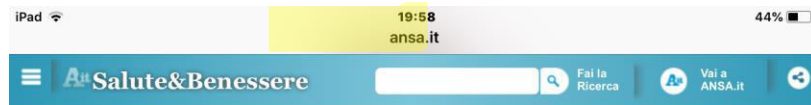
Scheda/2

● Giuliano Testa era a capo della squadra che ha eseguito un trapianto di utero al quale è seguito il primo parto da ricevente mai avvenuto negli Stati Uniti

● Il primo bambino nato da una donna che aveva ricevuto un trapianto di utero venne alla luce in Svezia nel 2014 grazie all'équipe di Mats Brännström dell'Università di Göteborg

20.4.18
Corriere
della
Sera

ANSA 19.4.18



Chirurgo italiano in top 100 Time per trapianto utero © ANSA

CLICCA PER INGRANDIRE +

C'è anche un chirurgo italiano, Giuliano Testa del Baylor University Medical Center di Dallas, fra le 100 persone più influenti del 2018 segnalate dalla rivista Times. Testa, che originario di Padova, è a capo del team che ha realizzato il primo trapianto di utero negli Usa la cui ricevente ha dato alla luce un bambino. L'articolo che spiega l'importanza del medico è stato scritto dalla protagonista dell'intervento che è rimasta anonima. Il bimbo dato alla luce nel 2017 è il secondo dopo quello nato in Svezia nel 2014 da una donna a cui era stato trapiantato l'utero. "L'esperienza - racconta la donna, che ha partorito nel novembre 2017 - non è stata priva di delusioni. Ma nonostante le avversità il dottor Testa è stato un pilastro di forza e affidabilità, e la sua sicurezza è stata contagiosa". Il medico padovano è a capo del team che ha messo in piedi negli Usa il primo test clinico sul trapianto, che può avvenire da donatore vivente o da cadavere, su dieci donne affette dalla sindrome di Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, o MRKH, una rara malattia genetica per cui si nasce senza utero. Il bimbo dato alla luce nel 2017 è il secondo di cui si ha notizia, dopo il parto avvenuto in Svezia nel 2014 descritto su Lancet, sempre da una donna con la stessa sindrome. "Facciamo trapianti tutti i giorni - aveva affermato Testa dopo la nascita del 'suo' bimbo - ma questo è diverso. Non posso descrivere cosa ci ha insegnato dal punto di vista emozionale".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

di **MADDALENA GUIOTTO**

Hanno congelato gli ovuli, ora se ne pentono

Molte aziende offrono il servizio come benefit alle dipendenti per farle restare al lavoro

■ Ritardare la gravidanza è una procedura incentivata da molte aziende americane, Facebook e Apple in testa. Da almeno quattro anni i colossi del Web, ma non solo loro, spacciano come benefit aziendale la possibilità di pagare la procedura per congelare gli ovociti come assicurazione contro la sterilità. Si chiama *social freezing* (congelamento sociale) ed è l'ultima strategia per bloccare in ufficio le giovani donne di talento illudendole che, per avere un figlio, basta un ovulo congelato. Metà di quelle che acconsentono alla procedura, però, si pentono amaramente. Lo rivela uno studio pubblicato, in questi giorni, sulla rivista *Fertility and Sterility*. I risultati hanno colto incredibilmente di sorpresa i ricercatori perché, inizialmente, la maggior parte delle donne «aveva visto favorevolmente la possibilità di aumentare le opzioni riproduttive con il congelamento degli ovociti», ha detto alla Reuters il primo autore dello studio **Eleni Greenwood**, endocrinologa riproduttiva dell'Università della California, San Francisco. A distanza di pochi anni, il 49% delle intervistate si sono pentite, e alcune (16%) hanno «provato rimorso per la loro scelta».

Greenwood e colleghi hanno analizzato le risposte arrivate da 201 donne tra i 27 e i 44 anni che dal 2012 al 2016 si sono sottoposte alle procedure per prelevare chirurgicamente i loro ovociti e congelarli per ritardare la maternità. La maggior parte di loro era di etnia bianca, il 78% aveva una laurea o una cultura medio alta e il 68% guadagnava più di 100.000 dollari all'anno. Le aziende hanno pagato, almeno una parte della procedura, a un quarto del campione. Attualmente i costi variano da 10.000 a 20.000 dollari per cure e prelievo a cui si aggiungono 1.000 dollari l'anno per il deposito nella banca delle cellule germinali. Sorprende che una decina di donne, di età compresa tra i 34 e i 40 anni, stimasse pari al 100% la possibilità di avere un bambino, grazie a questo metodo. In base agli studi più recenti, invece, con 2-6 ovociti, la probabilità che la fecondazione in vitro funzioni nelle over 30 è tra il 9 e il 24% circa. Non a caso alcuni esperti ritengono che, alla luce di questi risultati, sia necessario dare maggiori informazioni alle donne sulla sicurezza delle cure ormonali e delle procedure, ma soprattutto assisterle anche emotivamente, dato il grande rammarico che provano la metà di loro. Il 6% delle aziende americane con più di 500 dipendenti offre alle donne, come benefit, il congelamento degli ovociti, secondo la società di consulenza Mercer.

«Queste aziende high-tech mirano a mantenere le loro giovani dipendenti di talento in ufficio a lavorare, non a casa a prendersi cura dei bambini», ha dichiarato all'*Inquirer* la bioeticista canadese **Françoise Baylis**. «Facebook e Apple vogliono una forza lavoro produttiva, non riproduttiva».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Verità 29.5.18

Pubblicate recentemente sul New England Journal of Medicine

E. Greco: «Novità importanti nella fecondazione assistita»

■ ■ ■ PIERLUIGI MONTEBELLI

■ ■ ■ Una ricerca iniziata solo pochi anni fa è diventata un punto di riferimento mondiale per i centri di fecondazione. La scoperta, tutta italiana, che le cellule malate degli embrioni sanno correggere da soli i propri errori e dar vita a bambini sani, a patto però che siano geneticamente sani ha avuto grande eco sul New England Journal of Medicine, soprattutto perché ha portato alla nascita di otto bambini sani su venti trasferimenti. «Non sono gli embrioni morfologicamente normali che s'impiantano nell'utero materno, come una volta si riteneva, ma quelli geneticamente sani. Significa che tramite la diagnosi genetica preimpianto è possibile capire quali siano gli embrioni con un corredo cromosomico corretto e, se anche ci sono alterazioni morfologiche, sanno comunque risolverli da soli», afferma il prof. Ermanno Greco Direttore scientifico del Centro di Medicina della Riproduzione dell'European Hospital di Roma che, in collaborazione con il GENOMA Group Molecular Genetics Laboratories, ha pubblicato lo studio sul New England Journal of Medi-

cine e ora su Fertility and Sterility. «Abbiamo concentrato le nostre ricerche sui cosiddetti embrioni 'a mosaico', cioè composti da cellule sane e cellule malate, che però possono dar vita a bambini perfettamente sani – prosegue Greco – Si raggiunge, infatti, il 60/70% di successo con la fecondazione in vitro rispetto al 25/30% di un tempo e soprattutto di proteggere la donna sia da feti anomali sia dalle gravidanze multiple. Quindi gli embrioni con mosaicismo ma pochi problemi genetici riescono a dare più del doppio di gravidanze normali e quasi il triplo di tassi di natalità rispetto a quelli con alterazioni cromosomiche più gravi». La diagnosi genetica preimpianto è una vera e propria analisi cromosomica dell'embrione, che si rende necessaria soprattutto quando aumentano i rischi come nel caso di età materna avanzata, un fenomeno ora molto frequente, ripetuti fallimenti della fecondazione in vitro, abortività. Ma ormai tutti centri più prestigiosi al mondo stanno seguendo le indicazioni di questa ricerca italiana e così sono centinaia i bambini nati dopo il trasferimento di embrioni a mosaico.

Libero 22.4.18

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una donna di Teramo

Libero 28.4.18

Diventa mamma a 54 anni Ma con la fecondazione assistita

■ ■ ■ Ha tanto sognato e voluto diventare mamma che, a 54 anni, grazie ai progressi della scienza, c'è riuscita. Una donna originaria di Silvi, in provincia di Teramo, ha dato alla luce una bambina all'ospedale Mazzini della cittadina abruzzese. La donna, I.D.B., si era sottoposta alla fecondazione assistita. La piccola è nata con parto cesareo e pesa circa tre chili. Entrambe stanno bene e sono già state dimesse. A guidare la signora nel percorso per diventare madre è stato il suo ginecologo, Francesco Ciarrocchi, ma visto che nella sua regione, l'Abruzzo, la fecondazione assistita non è stata ancora autorizzata, le cure sono avvenute altrove. Lo stesso Ciarrocchi, uno dei maggiori esperti in procreazione assistita, anni fa fu al centro di una vicenda giudiziaria, proprio per via di questa pratica, ma venne assolto. Dopo anni di tentativi a vuoto, ora la 54enne e il marito sono contenti.

IL TUO SOGNO DI DIVENTARE MAMMA È ANCHE IL NOSTRO OBIETTIVO

Se da qualche tempo cerchi una gravidanza senza successo, puoi rivolgerti a professionisti esperti in medicina della riproduzione per comprendere meglio la tua situazione.

Dal 1 al 30 giugno 2018* potrai aderire al mese della prevenzione Eugin ed accedere ad un check up gratuito presso la nostra clinica Eugin di Modena.

La pubblicità di un gruppo internazionale di PMA

Grazie a uno staff di 600 professionisti, il Gruppo internazionale Eugin realizza oltre 24.000 trattamenti di fecondazione assistita ogni anno, da più di 20 anni, applicando procedure certificate e garantendo i massimi standard di qualità e sicurezza.

Presso la Clinica Eugin di Modena, potrai accedere a tutti i trattamenti di fecondazione assistita consentiti dalla legge italiana, senza il bisogno di recarti all'estero e avvalendoti dell'esperienza e della qualità del Gruppo Eugin.

Numero verde 800 875 916

www.eugin.it

*** Contatta il numero verde Eugin e comunica all'operatrice il codice "Eugin2018" per prenotare un primo consulto specialistico a titolo gratuito, in clinica a Modena o a distanza.**

clínica
eugin



Scontro a Bologna fra le due organizzazioni entrambi aderenti all'Arci

Libero 16.5.18

Gay e lesbiche litigano: questione di utero

Gli omosex maschi cacciano dal circolo le femmine. Che denunciano: è perché siamo contro le gravidanze surrogate

segue dalla prima
FILIPPO FACCI

(...) giocoforza un altro, o cento altri, e così accade con ogni fanatismo, pronto a sua volta a essere condiviso e strumentalizzato da altri fanatici che magari sono di tutt'altra estrazione.

Dicevamo: il "Cassero LGBT center" è appunto il comitato provinciale Arcigay di Bologna, noto per essere stato tra i precursori dell'unione tra politica e ideologia gay (il Comune di Bologna già nel 1982 riconosceva «l'importanza e la progettualità di una realtà associativa gay e lesbica») e concesse l'uso di una sede che fece da propulsore e creò altri circoli Arcigay in tutto il Paese, e, dal punto di vista di destrorsi o cattolici integralisti, cominciò a diffondere il male.

BOTTA E RISPOSTA

Ora il direttivo del circolo Arcigay ha chiesto ufficialmente all'associazione Arcilesbica di lasciare i locali, ed ecco le accuse incrociate. I cacciati, anzi le cacciate, dicono: «Ci sfrattano perché non ci siamo allineati al gotha arcobaleno, siamo colpevoli di avere posizioni autonome». Su che? «Noi di Arcilesbica non ci siamo allineati alla richiesta di legalizzare l'utero in affitto, promuovendo invece l'accesso alle adozioni». Parole di Cristina Gramolini, presidente di Arcilesbica, che continua: «Abbiamo denunciato l'assurdità di rivendicare farmaci bloccanti della pubertà per i bambini e le bambine con comportamenti non conformi alle aspettative di genere, chiedendo invece di lasciare libera l'infanzia di esprimersi al di là degli stereotipi di

genere». Comincia a girare la testa, ma facciamola finire: «Abbiamo criticato l'assistenza sessuale alle persone con disabilità, chiedendo per loro il pieno inserimento sociale e la non mercificazione dell'affettività. Abbiamo respinto lo slogan "Sex work is work", perché non normalizziamo l'uso sessuale delle donne». E gli altri, l'Arcigay quella cattiva, che dice? Nella lettera si limita a comunicare che «ogni accesso agli spazi, se non concordato, sarà considerato da noi e dal Comune, proprietario dello stabile e informato della vicenda, come illegittimo». Vincenzo Branà, presidente del circolo, difende la scelta: «Non è uno sfratto: Lesbiche Bologna è uscito dalla rete nazionale, è venuto meno il legame che rendeva possibile la permanenza della sede legale di Arcilesbica».

Chiaro? No, ma in mezzo a tutto questo riescono a

LA SCHEDA

GRUPPI DISTINTI
Arcigay è un'associazione che si è costituita a Palermo il 9 dicembre 1980, e si prefigge come scopo quello di tutelare i diritti LGBT in Italia: dichiara circa 220mila associati. Arcilesbica nasce invece ufficialmente nel dicembre 1996 dalla suddivisione di Arcigay e Arcilesbica in due distinti soggetti federati tra loro. Ad Arcilesbica possono aderire sia singole individue che gruppi organizzati, purché composti e diretti da sole donne: nel 2014, ultimo dato disponibile, contava poco più di mille associate.

LE SIGLE
LGBT è una sigla utilizzata come termine collettivo per riferirsi a persone Lesbiche, Gay, Bisessuali e Transgender. In realtà a questa sigla è stata aggiunta la lettera "Q" che sta per "queer", vale a dire coloro che ancora si stanno interrogando sulla propria sessualità, e "I" che sta per "intersessuali", che cioè, al di là delle preferenze sessuali, non si definiscono né uomo né donna.

schierarsi anche associazioni che hanno in uggia i gay in toto, di qualsiasi estrazione, come le varie associazioni "pro vita" che denunciano il monopolio della famosa "lobby gay" contro chi abbia il coraggio di denunciare l'utero in affitto, fossero pure altre associazioni gay.

IDENTITÀ DI GENERE

La verità ovviamente è molto più banale e laterale, e si fa paradosso - e farina del diavolo - nel momento in cui una legittima battaglia di minoranza ha smesso di essere solo "civile" e si è fatta ideologica: perché le ideologie si moltiplicano fisiologicamente come pure accadrebbe in un'associazione che volesse occuparsi, chissà, in generale di "politica". Ma per capirlo però dovete avere la forza di giungere in fondo all'articolo. Sì, perché vedete, la sigla utilizzata per l'associazione (infe-

lice e pochissimo musicale) è LGBT, adattamento di Lgb che sostituisce "gay" che secondo alcuni non rappresentava per bene tutti i gay. L'acronimo Lgbt doveva enfatizzare la diversità delle culture basate su sessualità e identità di genere, o essere usato per distinguere chi fosse non-eterosessuale e non-cisgender (cominciano i casini) rispetto a chi fosse solo lesbica, gay, bisessuale o transgender. Infatti molti gay (li chiamiamo tutti gay, scusate) rifiutano Lgbt e aggiungono una Q per identificarsi anche nei "queer" o in coloro che stanno ancora "interrogando" la propria identità: da qui la sigla Lgbtq, che esiste da 12 anni anche se altre persone denominate "intersessuali" suggeriscono di estendere l'acronimo a Lgbtqi o di combinare i due acronimi in Lgbtqi.

Capito niente? Siete normali. Anche perché le va-

rianti esistono e lottano tra loro. Lgbt e Gltb sono i termini più comuni (Lgbt è più femminista, perché la L sta per lesbica) ma tutto si riduce a Lgb quando non include i transessuali; l'aggiunta della Q può stare per "queer" o per "questioning", cioè in dubbio (a volte si usa un punto interrogativo) o comunque non facilmente identificabile con L, G, B o T. Ecco perché ci sono anche le varianti Lgbt o Lgbtq. Ma se esci dalla provinciale italiana e vai nel Regno Unito, per esempio, trovi lo stilizzato Lgb&t, anche se il partito dei Verdi d'Inghilterra e Gales usa il termine LGBTIQ. Insomma fanno casino, e lo fanno apposta, la chiamano "alphabet soup", zuppa alfabetica.

ATTRIBUTI BIOLOGICI

Momento, e i bisessuali? In genere includono gli omnisessuali, i fluidi e i queer (mancano solo gli "uomini sessuali" di Checco Zalone) da non confondere col generico mondo transgender: ma molti transessuali e intersessuali non sono d'accordo su questo punto. Per spiegarci meglio, però, dovremmo approfondire l'influente legislazione australiana contro le discriminazioni, secondo la quale l'intersessualità è un attributo biologico distinto sia dall'identità di genere che dall'orientamento sessuale. In altro momento, per non favorire il suicidio, andrebbe poi approfondito come la sigla Slg ("same gender loving", amore per lo stesso sesso) sia preferito dai neri (o negri) per distinguersi dalle comunità dominate dai bianchi (o bianchi). Insomma, tutto chiaro. Si può dire chiaro?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FONTE: Elaborazione del Corriere della Sera su dati di PlosOne; Boattini et al. 2013

Cor

Il test con i topi su «Nature»

Il primo embrione tutto artificiale

Corriere della sera
3.5.18

Generare embrioni senza ovuli e spermatozoi? Si può. Affascinante, per la ricerca scientifica, ma, al momento, nessuno può pensare di poter avere figli in questo modo. Ne parliamo perché la rivista *Nature* ha appena pubblicato uno studio, a firma di ricercatori olandesi di varie istituzioni, compresa l'Università di Maastricht, che hanno dimostrato di avere ottenuto un «embrione artificiale», partendo appunto da cellule staminali embrionali. Ecco che cosa hanno fatto (al momento su topi): hanno utilizzato cellule staminali embrionali (che possono dare origine a tutti gli organi e tessuti di un organismo) e le hanno fatte sviluppare in laboratorio per ottenere uno «pseudo-embrione» e studiare, in particolare, la placenta

(l'organo che rappresenta il «confine» fra il feto e la madre). «Come dalle cellule staminali totipotenti si possono ottenere vari organi, compreso il cuore o il fegato (tutto in fase di sperimentazione, ndr.) — commenta Giuseppe Novelli, genetista dell'Università Tor Vergata di Roma — così si può creare anche uno pseudo-embrione». Tralasciamo ipotesi fantascientifiche sulla possibilità di generare bambini senza la classica fecondazione. Più nel concreto: «Queste ricerche — conclude Novelli — possono aiutare a capire certe patologie della gravidanza, come la placenta previa, i parti pretermine, e anche certe cause di infertilità».

Adriana Bazzi
© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'iniziativa

di Elena Tebano

Sala registra nove bambini delle mamme arcobaleno

Il sindaco sfida il governo: Milano città aperta, riconosce i diritti

MILANO Ci sono Valentina e Fedya, neomamme di Teresa che ha solo tre giorni e dorme beata nella carrozzina. E ci sono le antesignane Maria Silvia e Francesca, che di figli ne hanno quattro — tutti festosamente al seguito — con una primogenita ormai sedicenne. Il sindaco di Milano Giuseppe Sala segue l'esempio di Torino e riconosce la seconda mamma per i bambini nati dal «progetto genitoriale» di quattro coppie lesbiche. Con un passo in più: registra la doppia maternità anche per i bambini nati da tempo, che finora ufficialmente avevano un solo genitore. E infatti oltre a quelle presenti alla cerimonia c'è un'altra trentina di coppie che ieri ha ricevuto la mail con l'appuntamento per modificare gli atti di nascita.

«Siamo felici che nella nostra città siamo tutti uguali. Oggi non è giorno di polemiche, ma di gioia» dice il primo cittadino, ed è chiaro il riferimento al ministro della Famiglia Lorenzo Fontana che al Corriere della Sera aveva detto «le famiglie gay non esistono». «Ho sentito il presidente del Consiglio Conte dire che è fiero di essere populista — prosegue infatti Sala —, io sono fiero di rappresentare Milano che vuole essere una città contemporanea, che riconosce i diritti di tutti».



Insieme

Da sinistra, Maria Silvia Fiengo, 51 anni, Giorgio Fiengo Pardi, 11, il sindaco Giuseppe Sala, 60, Raffaele Fiengo Pardi, 11, Margherita Fiengo Pardi, 16, Francesca Pardi, 52 e (in primo piano) Antonio Fiengo Pardi, 9. Le due donne e i bimbi sono stati riconosciuti come un'unica famiglia (L'Espresso)

Quando Sala legge la formula prevista per il riconoscimento dei bambini nati fuori dal matrimonio e pronuncia il suo nome, Fedya Crespolini, 40 anni, si apre in un grande sorriso, poi cerca con lo sguardo Valentina Pozzi, 39, che è ancora stanca per il parto di Teresa. «Nostra figlia potrà crescere avendo la tutela di due genitori». Dopo tocca a Corinna Marrone Lisignoli, 35 anni, riconosciuta mamma di

Eric Manfredi nato da Francesca Ranieri il 2 giugno (sono state loro a lanciare il primo appello pubblico a Sala per la registrazione) e ancora a Chiara Orlandini, 40 anni, e Giovanna Greco, 37, diventate madri di tre gemellini a febbraio scorso.

«Ora ci sono quattro bellissimi figli» dice Sala prima di accogliere Maria Silvia Fiengo, 51 anni, e Francesca Pardi, 52, tra le fondatrici dell'asso-

Furto in casa del primo cittadino

Rilasciate due ragazze della banda

Scarcerate due delle tre ragazze della banda, una delle quali minorenni, fermate dalla polizia con l'accusa di aver rubato nell'appartamento del sindaco di Milano,

Giuseppe Sala, nel fine settimana del 26-27 maggio scorso. Per una, Gina B., 19 anni, madre di una bimba di 7 mesi, il giudice ha disposto l'obbligo di dimora e di firma.

ciazione Famiglie Arcobaleno che ha collaborato con il Comune per il riconoscimento di ieri. «Attendevamo da anni questo momento: finalmente i nostri figli sono fratelli tra loro e la legge prende atto di una realtà che è sempre stata così» dice Maria Silvia.

«Con queste registrazioni viene data la piena responsabilità genitoriale anche alla seconda madre — aggiungono le avvocate di Rete Lenford Valentina Pontillo e Marina Barbera che hanno seguito le

La replica di Salvini

«Massimo rispetto, ma farò di tutto perché ogni bimbo abbia una mamma e un papà»

madri di Teresa —. Più di quanto prevedesse l'adozione in casi specifici (la stepchild adoption ndr) stralciata dalla legge sulle unioni civili». Le coppie di donne diventano genitori a tutti gli effetti, come quelli eterosessuali, mentre Sala si è riservato di decidere se fare lo stesso quando ci sono due papà.

Hanno annunciato la registrazione delle due madri anche Padova, Bologna e Firenze. In serata la replica del ministro Matteo Salvini: «Massimo rispetto, ma farò tutto quello che è legalmente, umanamente e civilmente possibile — ha detto — perché la mamma continui a chiamarsi mamma e il papà continui a chiamarsi papà, perché un bambino viene al mondo se ci sono una mamma e un papà».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Corriere della Sera 7.6.18

La conferma scientifica che l'inquinamento danneggia la fertilità

Gli spermatozoi dicono se lo smog ti fa male

Uno studio italiano su 222 maschi ha rivelato che il seme di chi vive in zone come la Terra dei fuochi è ridotto per numero e mobilità

di MELANIA RIZZOLI

Lo spermatozoo si è rivelato il biomarcatore migliore rispetto a qualunque analisi chimica ambientale o di laboratorio ed ha dimostrato che il suo esame funziona meglio di un sofisticato test del sangue per misurare l'esatto livello di inquinamento sulla salute dell'uomo, consentendo una diagnosi predittiva, veloce e accurata del danno pregresso, presente e futuro di eventuali e varie patologie maschili, che nello sperma trovano la chiave di lettura più esatta e senza possibilità di errore.

Al congresso europeo di Eshre, la società europea di riproduzione umana e di embriologia, è stato presentato un importante studio italiano che ha utilizzato solo ed esclusivamente il liquido spermatico per misurare l'impatto dell'inquinamento sulla salute maschile, e tale studio, pubblicato sulla rivista Environmental Toxicology and Pharmacology, rivela dati allarmanti ed inequivocabili sulla vitalità e fertilità del seme maschile di chi vive in aree gravemente inquinate come Taranto o la Terra

dei Fuochi, a cavallo tra le province di Napoli e Caserta, comparato con quello chi abita in zone della stessa regione non considerate a rischio, dimostrando con dati di laboratorio l'abisso evidente tra i due campioni di soggetti esaminati.

IL CONFRONTO

In questo lavoro infatti sono stati studiati 222 maschi, omogenei per età, indice di massa corporea e stile di vita, scelti tra non bevitori e non fumatori, e provenienti dalle due zone della Campania classificate appunto come «Terra dei Fuochi», confrontate con quelle provenienti dalla zona del Sele, nel Salernitano, giudicata poco o nulla inquinata. Ebbene, mentre nel sangue di tutti i soggetti non è stato possibile dosare la presenza minima od evidente di metalli pesanti, in particolare di cromo, con riduzione o scomparsa degli enzimi antiossidanti, e con la maggioranza degli spermatozoi dimezzati per numero, mobilità e vita-

lità, danneggiati da stress ossidativi, con conseguente allungamento dei telomeri spermatociti e lesioni accertate del loro Dna. L'allarme inquinamento quindi questa volta arriva dagli andrologi e la ricerca in pratica ha svelato che nel seme maschile si può avere la misura esatta di quanto esso pesi sulla salute umana molto prima che i suoi effetti si manifestino nel sangue, incoronando quindi lo spermatozoo come il biomarcatore ideale per il monitoraggio ambientale e la vigilanza sanitaria delle aree considerate a rischio. Gli spermatozoi dei soggetti, che si sono sottoposti volontariamente al test e che abitano in tali zone, si sono rivelati con un indice di bassa fertilità e di conseguenza di bassa riproduttività rispetto al campione regionale, con un rischio calcolato di vulnerabilità parallela sulle nuove generazioni. Che l'inquinamento possa danneggiare la fertilità maschile era già noto, ma la novità è che oggi gli studi lo confermano in modo inequivocabile, e gli spermatozoi sono stati riconosciuti scientificamente come i migliori markers di esposizione am-

Libero 9.7.18

bientale, trasformando gli studi sullo sperma in un efficace strumento di monitoraggio, sorveglianza e prevenzione in aree a rischio.

IL PROGETTO

È nato così il progetto Ecofoodfertility che coinvolge diverse istituzioni ed università italiane ed europee, che lavora per indagare e misurare altri impatti ambientali sulla salute degli spermatozoi, un primo passo per individuare le zone ad alto rischio sanitario e soprattutto quanto l'inquinamento impatti sulla salute di chi vi abita, inclusa quella riproduttiva. L'obiettivo è quello di proteggere queste popolazioni con i farmaci antiossidanti per la salvaguardia della qualità del seme negli adolescenti, tra i quali è stato segnalato un vertiginoso aumento di infertilità.

Sono più di 50 milioni le coppie dichiarate infertili nel mondo, e in Italia si fa ancora troppo poco per tutelare la fertilità sin da giovani, minata già da comportamenti che la danneggiano, come fumo, droghe ed eccesso di alcool, e gli scienziati lanciano l'allarme sui mutamenti morfologici del contenuto del liquido seminale, il cui declino non si è mai arrestato, ricordando che gli spermatozoi, la cui fertilità si è ridotta del 60% negli ultimi 40 anni, sono e restano comunque gli unici strumenti e protagonisti indispensabili della riproduzione, e quindi dell'origine della vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Figli in provetta, le nuove frontiere

Libero 11.7.18

Eugenetica nella fecondazione: donatrici simili alle mamme

*Sempre più cliniche utilizzano applicazioni per fare nascere "bambini selfie"
In 48 ore rintracciano ovulatrici con naso, occhi, ovale uguali alla futura madre*

COSTANZA CAVALLI

ot
oni ■■■ Il sogno di ogni genitore che spinge un passeggino è sentirsi dire: «Suo figlio ha proprio i suoi occhi». Lo sanno bene le cliniche per la Fecondazione in vitro, che hanno trovato il modo per esaudire i desideri dei futuri mamma e papà: abbinare, per somiglianza somatica, le aspiranti madri, non fertili, con le donatrici di ovuli. Ed è pure self-service. Basta rispondere ad alcune domande sull'app della clinica, inserire l'etnia e il gruppo sanguigno, scattarsi un selfie,

shakerare il tutto e un algoritmo, nel giro di 48 ore, misurerà 100 caratteristiche somatiche del viso della donna (come la lunghezza del naso, la dimensione delle labbra, la distanza tra gli occhi) e le svelerà quali tra le donatrici della clinica di ovodonazione le assomigliano. Poi, la indirizzerà alla struttura più vicina. L'accuratezza, dicono, supera il 90 per cento. Il servizio è offerto, già da anni, dalla Fairfax Cryobank, banca del seme americana, anche per la controparte maschile.

Il principio è "la donna che mi ha donato l'ovulo mi somiglia, quindi mi somiglierà anche mio figlio" ed è praticamente un assioma, tanto che la prole così generata, i figli nati grazie a "corrispondenze somatiche", vengono chiamati "selfie babies", ovvero, i bambini selfie.

LA SPAGNA PIONIERA

Le nuove tecnologie che hanno permesso alle cliniche di offrire un'app di riconoscimento facciale sono molto simili ai software usati dalle forze dell'ordine e dalle agenzie di controllo delle frontiere. La prima società a farne uso è la spagnola Ovobank, con cliniche a Marbella e a Malaga ma che può spedire ovuli nel giro di 24 ore ad altre cliniche "gemellate"; e che conta oltre 4mila donatrici. La Spagna è destinazione d'elezione per gli inglesi che vogliono un trat-

tamento FIV (Fecondazione in vitro). Nel 2016 erano 3.924 le donne che, nel Regno Unito, hanno scelto la fecondazione in vitro utilizzando l'ovulo di una donatrice; dieci anni prima, nel 2006, erano solo 1.912. L'aumento è stato attribuito ad una maggiore consapevolezza, più donatori e più coppie omosessuali.

Per la legge spagnola, la donazione di ovociti rimane anonima, proteggendo i donatori dal doversi assumere responsabilità parentali in età avanzata (per esempio, qualcuno che si presenta alla porta del potenziale genitore sostenendo di essere suo figlio e, quindi, gli spetta l'eredità). E le cliniche spagnole sostengono che per le donne inglesi sia un incentivo: il loro bambino non sarà in grado di cercare la madre biologica durante l'adolescenza, come invece può accadere nel Regno Unito.

Il lato negativo dell'anonimato, però, è che le donne devono fidarsi del personale delle banche di ovuli per decidere quale donatrice sembri la sua sosia. E il nuovo algoritmo, presentato la settimana scorsa in occasione della riunione annuale della Società europea di riproduzione umana ed embriologia a Barcellona, mira a sgravare da questa preoccupazione.

Il direttore della clinica Ovobank, Alberto Lale, ha già deviato il problema etico ed è approdato alla correttezza del processo: «È meglio farlo attra-

verso un processo oggettivo, un algoritmo matematico, piuttosto che farlo fare a un essere umano: potrebbero esserci pareri diversi sulle somiglianze».

L'app è ancora nella fase pilota, ma, dopo le sperimentazioni, avrà un costo di circa 100 euro, da aggiungere al costo dell'operazione, che va dalle 4mila sterline, in Spagna, ma raggiunge le 10mila nel Regno Unito.

MOLTI CONTRARI

Le critiche sono già molte: Gillian Lockwood, direttrice del Midland Fertility Service, clinica inglese per la Fiv, sostiene che, per quanto si possa comprendere il desiderio dei genitori di avere un figlio che gli somigli, nel Regno Unito i bambini hanno il diritto di conoscere le circostanze del loro concepimento, e già oggi spesso non accade. Se la tecnologia diventasse così avanzata da non destare sospetti nel figlio, quindi, potrebbe indurre i genitori a non informarli sulla loro nascita: «Se il bambino sarà esattamente come desiderato, si potrebbe rafforzare la reticenza dei genitori», ha dichiarato Lockwood. Inoltre, avere un bambino che somigli alla madre pare che non sia sempre la priorità: un sondaggio australiano ha rivelato che l'intelligenza viene valutata più importante della "corrispondenza fisica".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CENTRALE UNICA DI
COMMITTENZA TRA I COMUNI DI
BITONTO - CORATO - GIOVINAZZO
- RUVO DI PUGLIA - MOLFETTA
BANDO DI GARA - CIG 75411978AO**
È indetta procedura per l'affidamento della Riqualificazione biblioteca comunale, interventi per la valorizzazione e fruizione del patrimonio culturale e adeguamento della struttura alla normativa antincendio. Importo € 1.422.915,55 oltre IVA. Termine ricezione offerte: 10/09/2018 ore 12.00.
**IL RESPONSABILE DELL'UFF. COMUNE
DOTT.SSA R. SANSPERSICO**

**C.U.C. COMUNE DI PESCIA
(CAPOFILA) E COMUNE DI UZZANO
PIAZZA MAZZINI 1, 51017 PESCIA (PT)**
**BANDO DI GARA
CUP B34E16001280002 CIG 75214912BA**
E' indetta la procedura di gara per l'affidamento dell'intervento di adeguamento alla prevenzione incendi e manutenzione straordinaria immobile ex Comici - comune di Pescia - Opere di immediato avvio inerenti il restauro e il risanamento conservativo delle pareti vetrate importo a base di gara importo a base di gara € 583.291,98 oltre costi della sicurezza per € 32.501,21 per un importo complessivo di € 615.793,19 oltre IVA (10%). Trattasi di procedura negoziata ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera c) del D. Lgs 50/2016, da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell'art. 95 comma 2 del D.lgs 50/2016, secondo i parametri di valutazione specificati nel Disciplinare di gara, previa indagine di mercato, eseguita attraverso l'espletamento di avviso pubblico per la ricezione delle manifestazioni di interesse. Termine ricezione delle offerte il 24.08.2018. Svolgimento Gara prima seduta pubblica il 28.08.2018. Documentazione disponibile sul sito: <http://www.comune.pescia.pt.it>
**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
D.SSA GALLIGANI ALESSANDRA**

Fontana: «No ai riconoscimenti» Figli di coppie gay, governo diviso

Salvini rincara, Spadafora: basta propaganda. E Di Maio: sul tema non faremo leggi
Corriere della Sera 27.7.18

ROMA Il ministro Lorenzo Fontana ha parlato ieri alla Camera e ha detto: stop al riconoscimento dei figli di coppie gay. Il vice premier Matteo Salvini ha parlato quasi in contemporanea al Senato ed è stato anche più perentorio: «Fino a quando io sarò ministro, gameti in vendita e utero in affitto non esisteranno come pratica, sono reati. Difenderemo in ogni sede immaginabile il diritto del bambino di avere una mamma e un papà». Ma in serata lo stop arriva da Vincenzo Spadafora, sottosegretario con delega alle Pari opportunità: «Invito il ministro Fontana a fermare la propaganda ed aprire un dialogo culturalmente serio, per evitare che il nostro Paese torni 10 anni indietro, contravvenendo anche alle indicazioni della Corte Costituzionale». Più netto Luigi Di Maio: «Non ci occuperemo di queste materie in questa legislatura perché siamo in disaccordo».

La polemica interna al governo tra Lega e 5 Stelle è dunque scoppiata. «Non esistono bambini di serie A o B — sottolinea Spadafora —. Per questo la Consulta ha superato il principio per il quale vi doveva essere coincidenza fra genitorialità biologica e genitorialità sociale. Il preminente interesse del minore è l'unico principio che deve guidare

tutte le scelte e quindi è illegittimo il rifiuto dell'Ufficio di stato civile di iscrivere nei registri i bimbi».

Il primo a contrastare le dichiarazioni dei ministri della Lega era stato Antonio Decaro che come presidente dell'Ani ha parlato a nome di tutti i

sindaci d'Italia: «Noi continueremo a tutelare i bambini nati da genitori dello stesso sesso: da tempo denunciavamo la situazione di vuoto normativo che rischia di danneggiare i cittadini». Il ministro Fontana attacca solo i figli di coppie omosessuali ma a pratica-

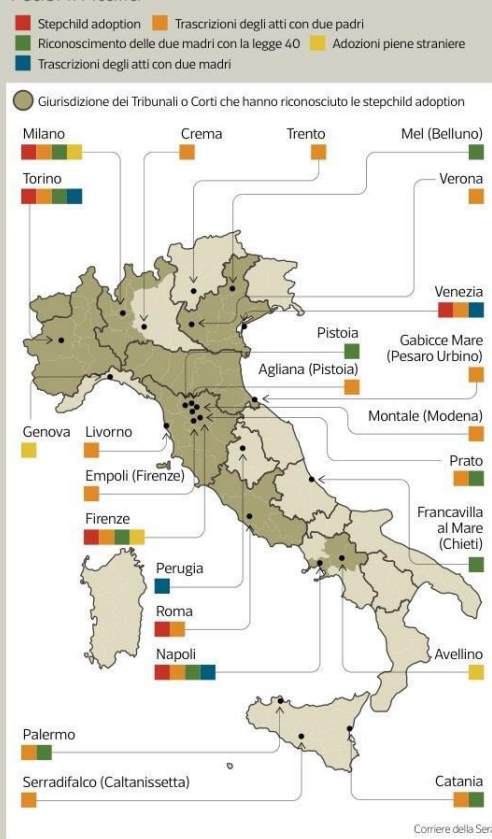
re la gravidanza per altri sono per lo più le coppie eterosessuali, circa due terzi contro un terzo la stima fatta dalla precedente ministra della Salute Beatrice Lorenzin.

Tra le reazioni, quella di Nichi Vendola, papà di un bambino nato da una maternità surrogata in Canada: «Nessuno potrà cancellare le nostre famiglie e i nostri figli». «Possiamo stimare che oggi i bambini con due padri e, soprattutto, con due madri pienamente riconosciuti sono fra i 250 e i 300», è il calcolo fatto da Alexander Schuster, l'avvocato che in Italia ha più seguito le pratiche delle coppie omosessuali per il riconoscimento dei bambini. «Quando i cittadini ti chiedono il riconoscimento di un diritto non puoi girarti dall'altra parte — ha detto il sindaco di Milano Beppe Sala — Allora caro ministro muoviamoci per regolamentare queste situazioni».

«Torino è stata la prima città in Italia a riconoscere i figli di coppie dello stesso sesso. Continueremo su questa strada, per garantire alle bambine e ai bambini il diritto di avere una famiglia in cui l'amore sia l'unica condizione necessaria» ha scritto su twitter la sindaca 5 Stelle di Torino Chiara Appendino.

Alessandra Arachi
© RIPRODUZIONE RISERVATA

I casi in Italia



I casi

di **Elena Tebano**

Quello che «sta accadendo in questi ultimi mesi in materia di riconoscimento della genitorialità» delle coppie gay e lesbiche, come lo ha definito il ministro della Famiglia Lorenzo Fontana, è in realtà un processo iniziato più di quattro anni fa, quando le famiglie arcobaleno hanno cominciato a rivolgersi ai giudici per tutelare i loro figli.

La prima ad essere riconosciuta è stata una coppia di madri lesbiche a Roma: il Tribunale dei minori presieduto dalla giudice Melita Cavallo, nel 2014, ha concesso alla madre non biologica l'adozione in casi speciali (poi ribattezzata stepchild adoption). Una forma di genitorialità limitata — subordinata all'esame di un giudice e non piena — ma più dell'assenza di garanzie che c'era prima.

Sull'esempio di Roma i genitori gay e lesbiche assistiti da un manipolo di avvocati impegnati sul fronte dei diritti civili (Rete Lenford, lo studio Schuster di Trento, il gruppo legale di Famiglie Arcobaleno) iniziano a rivolgersi ai magistrati in molte città italiane, con esiti diversi. Fino a quando la Cassazione nel 2016 conferma la linea del riconoscimento con la stepchild adoption. Intanto sempre nel 2016 l'allora maggioranza di governo (Pd e Nuovo centrodestra) decide di togliere il riconoscimento dei figli delle coppie dello stesso sesso, in qualsiasi forma, dal-

Da Appendino a Sala Il fronte dei sindaci (e il ruolo dei giudici) nella sfida sui diritti

la legge sulle unioni civili. E la via legislativa si blocca.

Rimane la giurisprudenza. Nel 2015 a Torino una donna italiana sposata con una spagnola aveva ottenuto un'altra sentenza fondamentale: la Corte di appello sancisce che se un bimbo nato all'estero ha due madri sul certificato di nascita, devono essere trascritte (cioè riconosciute) entrambe anche in Italia. Nel 2017 la Corte di appello di Trento applica lo stesso principio ai bimbi nati all'estero da due padri con la maternità surrogata e ordina al sindaco

La parità

Alcuni primi cittadini registrano come genitori padri gay e madri lesbiche, al pari delle coppie etero

La Corte d'appello

Se un bimbo nasce all'estero da genitori dello stesso sesso, il documento va trascritto anche in Italia

di registrarli (della vicenda si occuperà la Cassazione a novembre). In tutti e due i casi le coppie dello stesso sesso sono genitori a pieno titolo.

Quest'anno si è mosso il fronte della politica più vicino ai cittadini, i sindaci, che fanno leva sui loro poteri di «ufficiali dello stato civile», cioè di responsabili dell'anagrafe. La prima è Chiara Appendino a Torino, che con un'interpretazione innovativa della legge 40 sulla fecondazione assistita riconosce come genitori (uguali agli etero) padri gay e madri lesbiche. La seguono Beppe Sala a Milano, Virginio Merola a Bologna, Dario Nardella a Firenze, Luigi de Magistris a Napoli e molti altri.

Tre recenti sentenze (a Pistoia, Bologna e Napoli) hanno confermato la legittimità del riconoscimento fatto dai sindaci, mentre alcune Procure l'hanno messa in dubbio. È successo per esempio per i padri a Roma, a Pesaro (per la trascrizione fatta dal sindaco a Gabicce Mare) e a La Spezia (competente su Sarzana), per le madri a Belluno (su un caso di Mel). I procedimenti sono aperti. Nuove trascrizioni — e probabilmente ricorsi — sono attese nei prossimi mesi.

Ma è una battaglia tutta legale, su cui la politica non può intervenire, come ha riconosciuto ieri lo stesso ministro dell'Interno Matteo Salvini dicendo che nelle sue scelte terrà conto «dell'orientamento del Consiglio di Stato, volto ad escludere che il prefetto (dipendente dal suo ministero, ndr) possa annullare l'atto del ufficiale dello stato civile in assenza di un'espressa previsione di legge».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Utero in affitto, le risposte non date

di Antonella Mariani

Una mezza dozzina di culle vuote. Appeso a ognuna il cartello «Affittasi»: scenografia essenziale per la puntata di Matrix (Canale 5) del 12 ottobre scorso. Dedicata all'utero in affitto, anche se non a tutti gli ospiti piace che si chiami così. Non a Nichi Vendola (che, per inciso, nei giorni scorsi è stato sottoposto a un intervento chirurgico a seguito di un grave infarto), che ha descritto la vicenda sua, del compagno e del figlio generato in Canada come «un incontro» con una donna che gli ha chiesto: «Vorresti entrare nel mio universo affettivo?» e poi gli ha «donato nove mesi del suo tempo». Sentimentale, non c'è che dire, ma perlomeno fuorviante. Perché dietro la Gravidanza per altri, come è stato documentato in un servizio nel corso del programma, non c'è beneficenza ma un business enorme. L'agenzia Extraordinary Conception, arrivata nei giorni scorsi a Milano dalla California e «intercettata» dalla polizia che ha fatto desistere i suoi rappresentanti, ai potenziali clienti italiani ha proposto un preventivo di 130/150 mila euro. Pagando i quali però si ha il vantaggio di scegliere la razza, l'aspetto fisico e anche il quoziente intellettivo del-

la donatrice di ovuli. Alla faccia del «dono». Alla trasmissione condotta da Nicola Porro va dato il merito di aver presentato le diverse posizioni in maniera perlomeno civile. C'era la giornalista Annalisa Chirico, pasdaran dell'utero in affit-

to, chiamata a difendere la (pseudo) libertà della donna di affittare il proprio utero, magari anche per lavoro, un'opportunità per chi nei Paesi poveri altrimenti morirebbe di fame (sic). Vittorio Sgarbi e Alessandro Cecchi Paone fermi invece sul «no», con qualche distinguo. Il primo ha sottolineato la scelta etica dell'adozione, e poi con forza si è chiesto «Di chi è quel figlio? Si è prodotto un figlio a cui si è tolto la madre e una madre a cui è stato tolto un figlio». Il secondo ha ricordato le più recenti scoperte dell'epigenetica, secondo la quale anche se l'embrione è totalmente estraneo alla donna «portatrice», il Dna del bambino ne recepisce molti elementi e ne è condizionato. Dunque quello imposto da un contratto di maternità surrogata è un vero e proprio strappo, ed è orribile usare una donna come una incubatrice, «un elettrodomestico». Il confronto in studio, come detto, è stato pacato. Ma non tutte le domande sono state poste, né tutte le risposte sono ri-

suonate. Non è stato detto che l'utero in affitto è vietato in tutto il mondo tranne che in 18 Paesi. Salvo un accenno da parte di una 33enne afroamericana che ha raccontato le sue tre gravidanze surrogate, nessuno ha ricordato come ci sia un problema di salute, visto che le «portatrici» vengono bombardate di ormoni. Né è stato detto alcunché sui contratti vessatori, che impediscono persino che la «portatrice» possa sottrarsi a un aborto se la coppia committente lo ordina. E, infine, non è stato detto che è in corso una campagna per l'abolizione dell'utero in affitto, portata avanti da 89 associazioni in 17 Paesi del mondo (Italia compresa), arrivata lo scorso settembre fino all'Onu. Sarà per la prossima puntata.

A Matrix confronto (pacato) tra pro e contro, con Sgarbi, Cecchi Paone, Vendola e Annalisa Chirico. Ma troppe domande non sono state sollevate

Avvenire 18.10.18

Il numero del giorno

15%

Le coppie con il problema dell'infertilità

Il 15% delle coppie ha difficoltà ad avere un figlio, con una sostanziale equa ripartizione fra fattori maschili, femminili e di coppia. Sotto accusa tra i fattori di rischio che ostacolano il concepimento ci sono le malattie endocrinologiche e in particolare il diabete, le disfunzioni tiroidee e ipofisarie. Sono alcuni dei temi al centro del 17° Congresso nazionale dell'Associazione medici endocrinologi (Ame), in programma dall'8 all'11 novembre a Roma. Fra gli altri temi affrontati anche: obesità, test genetici, discussione di nuove linee guida e casi clinici, trasformazione digitale della sani-

tà, oltre al passaggio di testimone al nuovo presidente dell'associazione. «La fertilità negli uomini con diabete mellito è generalmente ridotta rispetto alla popolazione generale - spiega Olga Disoteo del Niguarda di Milano - infatti, la motilità spermatica è significativamente più bassa e sono più frequenti difetti e immaturità rispetto allo sperma degli uomini senza diabete. Nelle donne con diabete, a meno di altri disturbi come l'ovaio policistico, non vi è evidenza di fertilità ridotta».

La stampa 18.10.18

In aumento le coppie che ricorrono alla eterologa: nel 2016 un più 121% nella donazione di gameti

MONZA (ldd) In Italia il numero delle coppie che ricorrono alla procreazione assistita omologa (ovvero attraverso gli spermatozoi del partner) è piuttosto nutrito. Del resto sono molteplici i casi cosiddetti «a difficile gestione o scarsa prognosi» come, ad esempio, le pazienti affette da endometriosi che hanno difficoltà ad ottenere una gravidanza naturale, quelle a rischio di sindrome da iperstimolazione ovarica in quanto portatrici di sindrome dell'ovaio policistico o a scarsa risposta ovarica, così come pazienti uomini affetti di infertilità, legati a problematiche quali la qualità e quantità di spermatozoi nel liquido spermatico.

Quello che colpisce, semmai, è il numero delle coppie che per avere un figlio ricorrono alla fecondazione eterologa (ovvero quella nella quale si usano spermatozoi non appartenenti al partner, provenienti dalle banche del seme): secondo gli ultimi dati disponibili, nel 2016 c'è stato un aumento del 121% della donazione di gameti, un numero di famiglie raddoppiato rispetto all'anno precedente.

te.

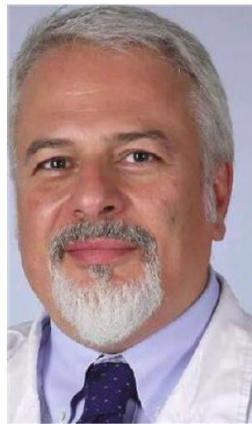
I nuovi nati sono più che raddoppiati, passando dai 601 del 2015 ai 1.457 del 2016, dati che fanno segnare un +142%. A renderlo noto la relazione al Parlamento del **ministro della Salute** sull'applicazione della legge 40, quella che regola la procreazione medicalmente assistita.

E proprio la legge 40 è stata da sempre al centro di articolati dibattiti perché tacciata di porre limiti alla procreazione assistita ("tagliata su misura del Vaticano" per gli oppositori) che hanno poi dato luogo a diverse sentenze di incostituzionalità da parte della Corte costituzionale. **Una legge smontata per ben 33 volte dai giudici**, l'ultima delle quali nel 2014, quando l'eterologa è appunto divenuta legale, tranne che per i single e le coppie omosessuali.

In Italia, però, pur essendo legale

l'eterologa resta un paradosso. Accedervi infatti è ancora piuttosto complicato l'applicazione di questa tecnica negli ospedali pubblici è pressoché nulla.

Emilia Romagna, Toscana e Friuli Venezia Giulia le uniche regioni finora attrezzatesi a proposito, lasciando campo libero alle cliniche private, dove però i costi possono arrivare fino a 10mila euro per trattamento, e a quelle estere. In ascesa anche il numero di coloro che ricorrono a Internet, dove spopolano banche del seme on - line, forum e social network per gli scambi in provetta, e pure il cosiddetto «metodo naturale», nel quale frotte di maschi si offrono per fare sesso e donare il seme.



1/8 novembre 2018

Ogni settimana
il meglio dei giornali
di tutto il mondo

n. 1280 • anno 26

Slavoj Žižek
Uscire dalla bolla
del capitalismo

internazionale.it

Visti dagli altri
La Lega si prepara
a conquistare Roma

4,00 €

Brasile
Un presidente
di estrema destra

Internazionale



L'ultimo spermatozoo

Da anni gli spermatozoi sono in calo,
con gravi effetti sulla fertilità
degli uomini. Ma il problema è poco
studiato, perché per
secoli l'infertilità è stata attribuita
(a torto) solo alle donne

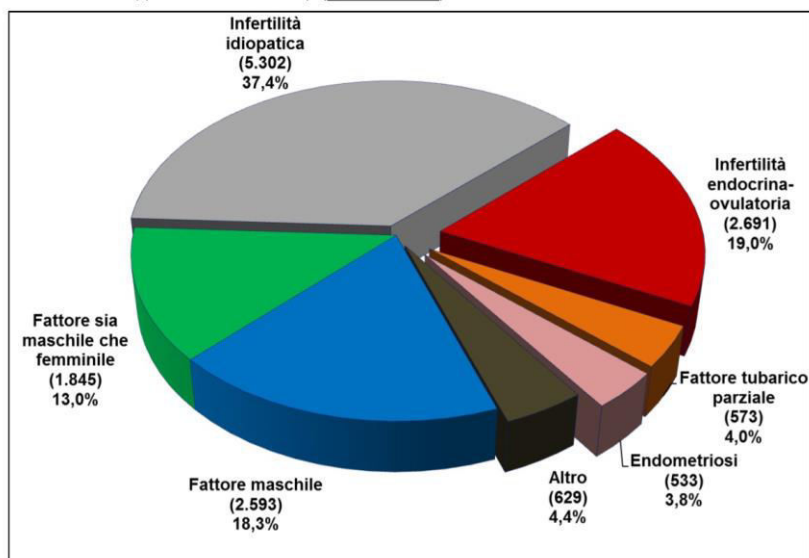


26. Tabelle statistiche che illustrano i numeri reali di alcuni aspetti delle tecniche di PMA eseguite in Italia nel 2015

Fonte Iss – 11° Report

Attività del registro italiano della Procreazione Medicalmente Assistita.

Distribuzione delle coppie trattate con Inseminazione Semplice senza donazione di gameti, secondo le cause di infertilità. Anno 2015. (in parentesi è espresso il numero di coppie in valore assoluto). **(14.166 coppie)**



Cicli iniziati, inseminazioni effettuate, gravidanze ottenute e parti con almeno un bambino nato vivo, per i cicli di Inseminazione Semplice (IUI) senza donazione di gameti nel 2015.

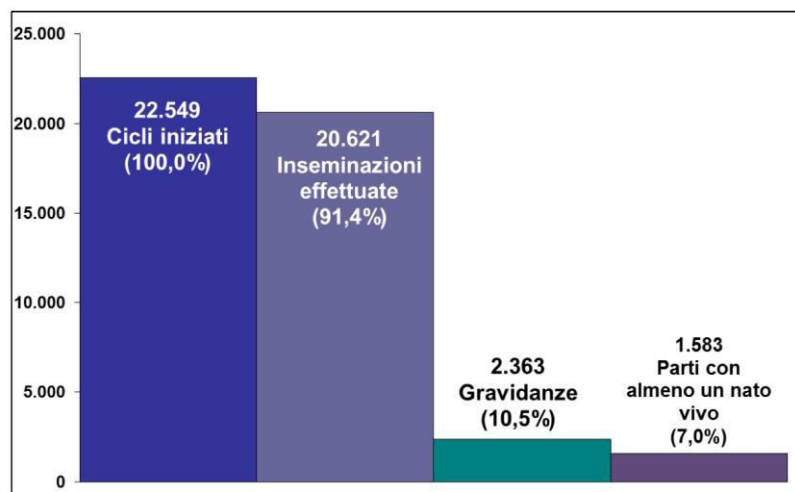


Fig. 16.1. Percentuali di gravidanza da Inseminazione Semplice senza donazione di gameti nell'anno 2015, rispetto ai cicli iniziati ed alle inseminazioni effettuate secondo le classi di età della paziente.

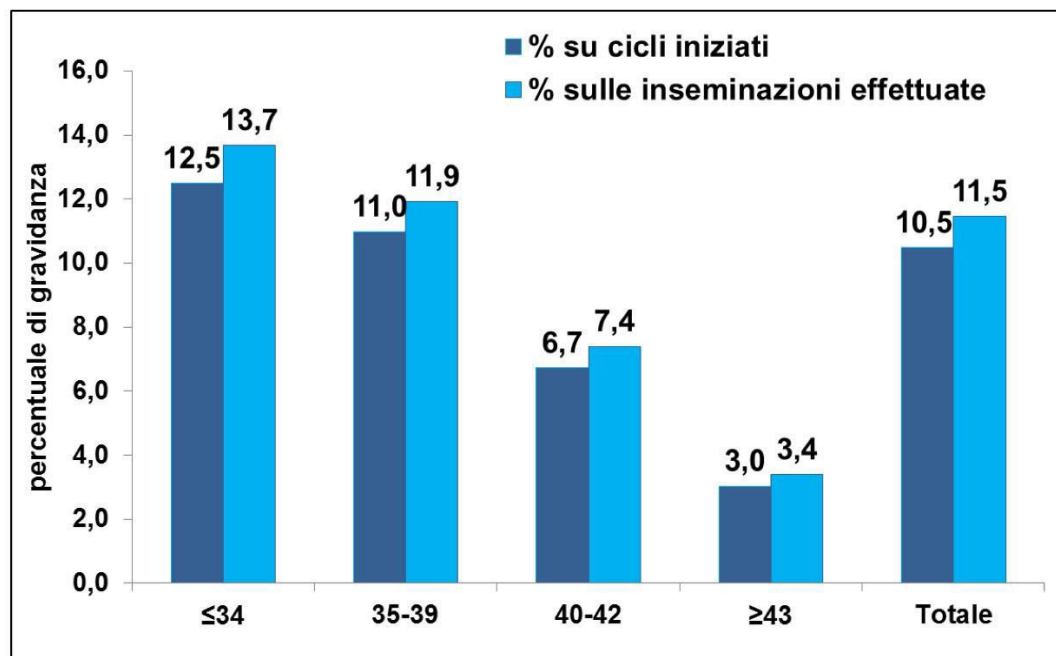
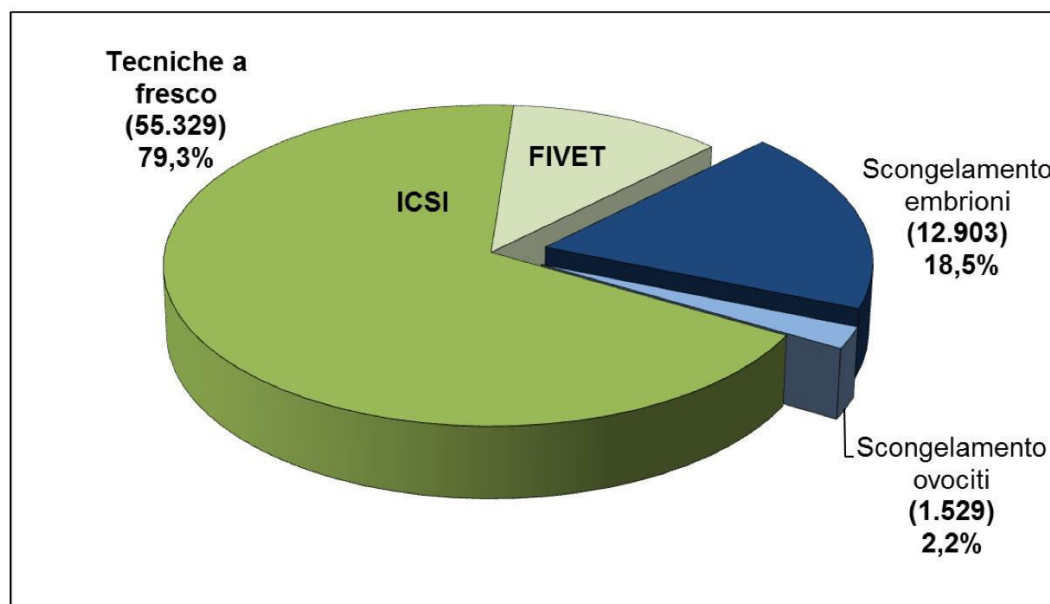
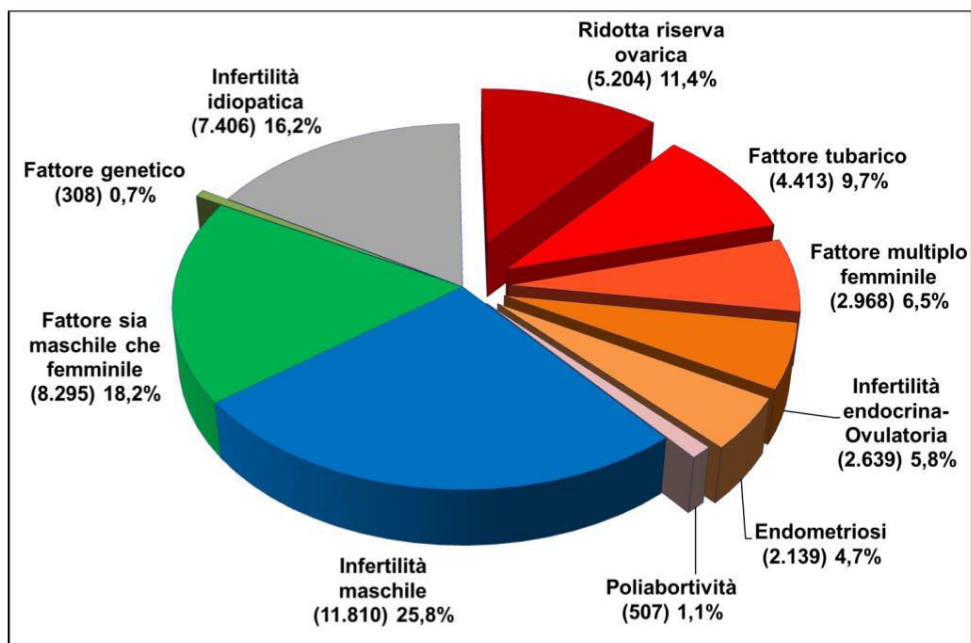


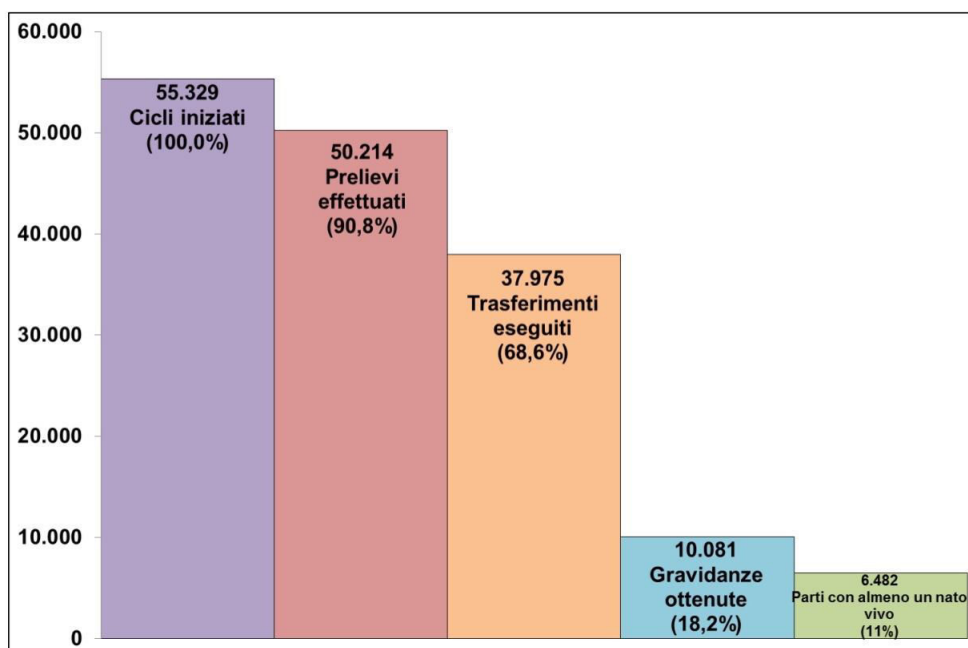
Fig. 16.2. Tipologia delle tecniche di PMA senza donazione di gameti utilizzate dai centri italiani – cicli iniziati nell'anno 2015 (69.761 cicli). (in parentesi è indicato, il numero di cicli iniziati)



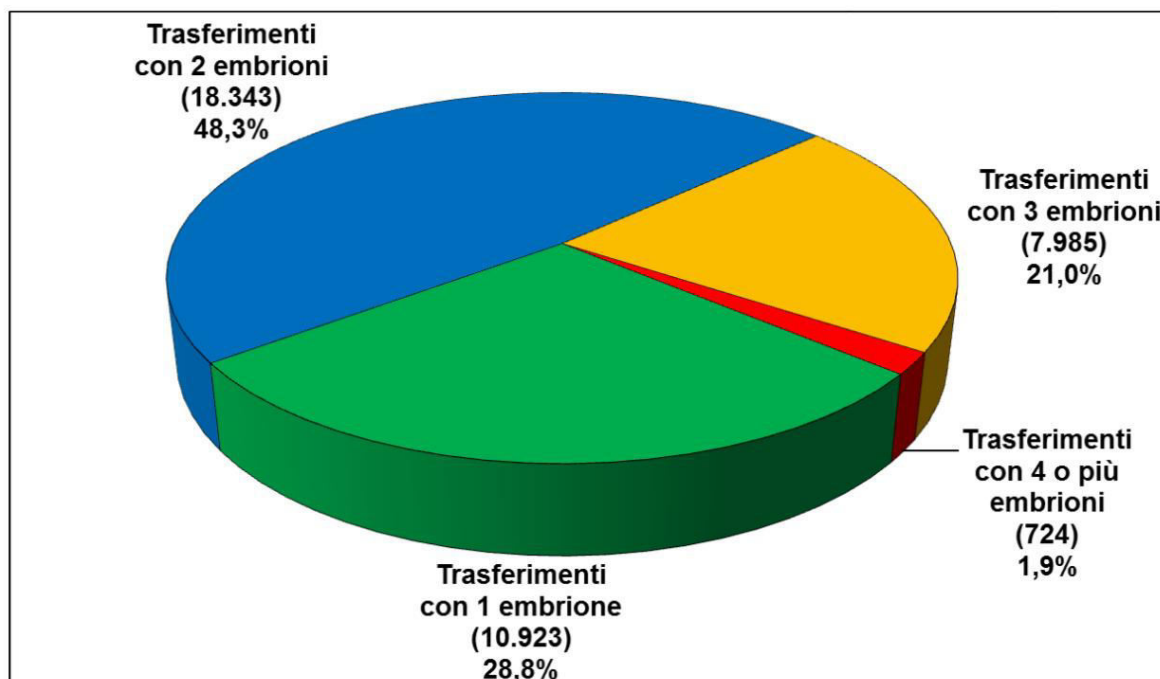
Distribuzione delle coppie trattate con cicli a fresco senza donazione di gameti, secondo le cause di Infertilità - anno 2015. (In parentesi è espresso il numero di coppie in valore assoluto). **(45.689 coppie)**



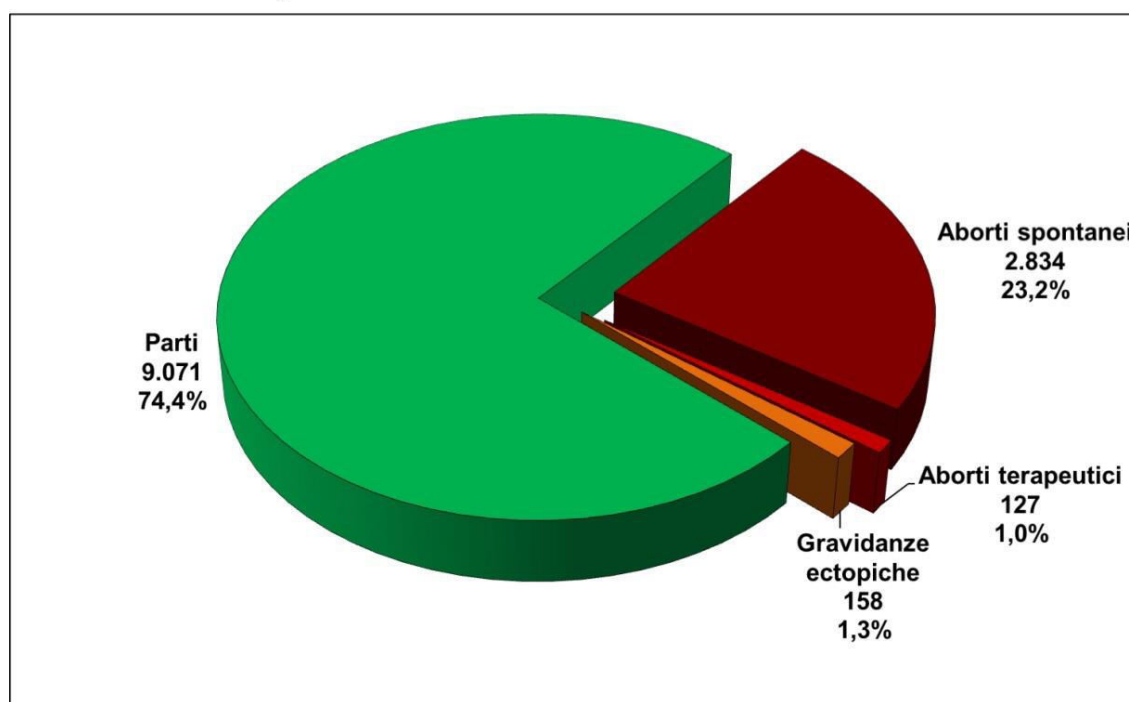
Cicli iniziati, prelievi effettuati, trasferimenti eseguiti e gravidanze ottenute, su tecniche a fresco di II e III livello (FIVET e ICSI) senza donazione di gameti nel 2015.



Distribuzione percentuale dei trasferimenti in cicli a fresco (FIVET e ICSI) senza donazione di gameti secondo il numero di embrioni trasferiti nel 2015 (37.975 trasferimenti).



Esiti delle gravidanze monitorate ottenute da tecniche a fresco e da tecniche di scongelamento senza donazione di gameti, nell'anno 2015 (12.190 gravidanze monitorate).



27. Bibliografia

- Franklin S. (1997) *“Embodied progress: a cultural account of assisted conception”*, Taylor & Francis
- Freud S. “La sessualità nell’etiologia delle nevrosi”, in “Opere”, II (1892-1898), Bollati Boringhieri, Torino (1968)
- Gauchet M. (2010) *“Il figlio del desiderio. Una rivoluzione antropologica”*, Vita e Pensiero, Milano
- Greenwood E. A. (2018) *“To freeze or not to freeze: decision regret and satisfaction following elective oocyte cryopreservation”*, *Fertil Steril*
- ISS (2015) “Attività del registro nazionale italiano della procreazione medicalmente assistita”, 11° Report (www.iss.it/rpma)
- Mattalucci C. (2017) *“Antropologia e riproduzione”*, Edizioni Libreria Cortina, Milano
- Mattioli E. (2016) *“Infertilità e procreazione medicalmente”*, Tema farmacia di novembre, Tecniche Nuove, Milano
- Lombardi L. (2009) *“La medicalizzazione della riproduzione umana: il corpo e il genere”*, Salute e Società, Franco Angeli, Milano
- Lombardi L., De Zordo S. (2013) *“La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze”*, Franco Angeli, Milano
- Prampolini V. (2007) *“Canto XXXV – Inferno”*, Casa Editrice Mammeonline, Foggia
- Prampolini V. (2009) *“Condividendo”*, Casa Editrice Mammeonline, Foggia
- Sironi F. (2017) *“L'assurda legge italiana: così gli embrioni conservati restano nel limbo per sempre”* L'espresso, Inchieste, 18 agosto
- Weigel M. (2016) *“La trappola dell’orologio”*, Internazionale, n.1170, anno 23, pag. 42-49