



## CONFERENZA STAMPA

### “UNA SETTIMANA CONTRO LA STERILITA’ ”

**31 GENNAIO 2003, ORE 12.00**  
**FONDAZIONE PRIMOLI**  
**VIA ZANARDELLI 1**  
**ROMA**

#### **RELATORI:**

---

**Andrea Borini**  
Ginecologo  
Presidente Cecos Italia

**Elisabetta Chelo**  
Ginecologa  
Past – President Cecos Italia

**Roberta Giommi**  
Psicologa e psicoterapeuta

**Raffaella Piccari**  
Mamma di Sofia

Modera: **Valeria Covini**, Direttrice di **Insieme**



## COMUNICATO STAMPA

**Roma, 31 gennaio 2003 “Una settimana contro la sterilità”**

---

**U**n problema che fa soffrire, ogni anno, 60 mila coppie. Una legge controversa, ancora in discussione, ma che scontenta tutti.

Infertilità e fecondazione assistita sono al centro dell'attenzione da qualche mese. Le coppie vogliono sapere cosa offre la medicina e cosa prospetterà il Parlamento. Disticarsi tra le false promesse, informarsi sulle possibilità, sui risultati effettivi. Ma soprattutto scoprire se davvero, dopo mesi o anni di tentativi, potranno avere un figlio loro e in che modo.

Ecco perché il **Cecos Italia**, prima rete di centri privati di procreazione medicalmente assistita, ha progettato un'iniziativa per ogni coppia che voglia approfondire questa problematica: **un numero verde per informarsi ed una settimana di consulenza gratuita presso un centro Cecos (ve ne sono 24 in tutt'Italia).**

La settimana contro la sterilità, annunciata oggi dal Presidente del Cecos Italia, dottor Andrea Borini, prenderà il via il prossimo 24 febbraio. Fino al 1° marzo i ginecologi dei centri saranno a disposizione di chi prenoterà un colloquio preliminare volto a raccogliere la storia della coppia e ad indirizzarla verso il percorso diagnostico e terapeutico più adeguato.

Chiamando il **numero verde 800-010-451**, operativo fin d'ora dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 17, la segretaria della sede sociale del Cecos fornirà indicazioni e riferimenti sulle modalità di prenotazione e sui riferimenti dei centri. Tra gli obiettivi del Cecos, del resto, è prioritaria l'opera di comunicazione e sensibilizzazione: obiettivo di cui parla in conferenza stampa la ginecologa Elisabetta Chelo, past president Cecos Italia.

Il numero verde resterà poi a disposizione di chi volesse informazioni sul Cecos ed i suoi centri, ma anche sul panorama legislativo italiano. Un esempio: già oggi le associazioni che si interessano di fecondazione assistita rivelano una forte preoccupazione da parte delle coppie riguardo la proibizione di sottoporsi a fecondazioni eterologhe (con seme o ovocita da donatore). L'attuale disegno di legge in discussione al Senato, infatti, bandisce questa tipologia di intervento e le coppie si dicono già pronte a rivolgersi all'estero.

Per sensibilizzare l'opinione pubblica su questa delicata e attualissima tematica, la conferenza stampa di presentazione dell'iniziativa "**Una settimana contro la sterilità**" ospita la testimonianza di una giovane donna, Raffaella Piccari, che dopo un percorso di fecondazione assistita, da cui è nata Sofia, ha deciso di donare i propri ovociti. L'esperienza di Raffaella è preceduta da un intervento introduttivo della psicoterapeuta Roberta Giommi, Direttore dell'Istituto Internazionale di Sessuologia di Firenze, sulle problematiche psicologiche che si celano dietro la procreazione medicalmente assistita. Dal sospetto di infertilità al percorso presso un centro di fecondazione, infatti, la coppia sperimenta sofferenze psichiche non indifferenti che non possono essere trascurate.

Ma non è solo l'aspetto psicologico a costituire un tema "caldo" di discussione: la legge prevede la possibilità di inseminare solo tre ovociti dopo aver stimolato la produzione ovarica della donna infertile. "I nostri dati evidenziano come, in questo modo, si riducano drasticamente le possibilità di concepimento della coppia che si sottopone a un ciclo di fecondazione assistita", spiega Andrea Borini presentando uno studio da lui condotto su oltre mille coppie.

Infine, un aggiornamento sui dati dei Cecos commentato dal dottor Borini, mostra una fotografia attuale del panorama italiano sulla fecondazione assistita.

**Ufficio Stampa Cecos Italia**

**Daniela Zucca**

**338.8906266**

**danielazucca@tin.it**

# Una settimana contro l'infertilità

Andrea Borini, Presidente Cecos Italia

Prima finalità dei centri Cecos è contribuire alla lotta contro la sterilità umana. Ed è proprio con questo spirito che il Cecos Italia ha deciso di dare alle coppie che devono confrontarsi con questo problema l'opportunità di avere a propria disposizione per una settimana esperti che, con la serietà garantita dal codice di autoregolamentazione Cecos, potranno sciogliere i loro dubbi sull'infertilità e indirizzarle sul percorso da seguire.

Oggi più che mai la fecondazione assistita è sotto i riflettori, per il continuo aumento del problema che investe la coppia e per la discussione in corso sulla regolamentazione di questo delicato settore. E' quindi il momento più opportuno per aprire un dibattito concreto sull'argomento, per dissipare la confusione che vige in materia e per sensibilizzare l'opinione pubblica su una problematica che, lungi dall'essere marginale, coinvolge ogni anno 60 mila nuove coppie in età fertile.

E' a loro che si rivolge l'iniziativa Cecos: il primo approccio è un numero verde da chiamare per avere informazioni sulla settimana contro la sterilità e sui centri più vicini alla propria residenza che aderiscono al progetto. Ogni centro, poi, sarà a disposizione per un colloquio preliminare che prevederà, in linea di massima, la consulenza di un ginecologo per inquadrare la situazione o approfondirla. A seconda, infatti, che la coppia approdi al centro Cecos dopo precedenti esperienze di procreazione medicalmente assistita oppure che sia il suo primo incontro con la medicina della riproduzione, le verrà offerta la consulenza di un ginecologo per un inquadramento diagnostico e terapeutico. In seguito la coppia potrà, in tutta libertà, scegliere se continuare il percorso.

**In pratica:**

**Come:** Chiamando il numero verde **800-010-451**

**Dove:** Presso i centri Cecos che aderiscono all'iniziativa (vedi elenco allegato)

**Quando:** Dal 24 febbraio al 1° marzo

## **Dilemma ovociti: il futuro è nelle mani di una legge che guarda al passato**

Andrea Borini, Ginecologo  
Presidente Cecos Italia

Lo scorso giugno, la Camera dei Deputati ha approvato un disegno di legge per regolamentare la medicina riproduttiva, ora in discussione in Senato. Molti aspetti di questo disegno di legge sono aspramente criticati sia da chi lavora nel settore che dalle associazioni di pazienti (sul sito del Cecos, all'indirizzo [www.cecos.it](http://www.cecos.it) si trova, tra l'altro, l'appello dell'Associazione Madre Provetta contro la legge). Tra i punti cardine di questa legge (vedi allegato 1) vi è il divieto di inseminare più di tre ovociti per ciclo di trattamento.

Ecco perché, per capire quali potranno essere i risultati ottenibili con la fecondazione assistita se questa legge dovesse essere approvata così com'è, abbiamo messo a punto uno studio che si avvale del modello dell'ovodonazione (un modello riconosciuto in letteratura come affidabile per confronti in tema di biologia della riproduzione).

Ci sono donne che si sottopongono a Fecondazione assistita e che, dopo stimolazione ovarica producono un numero di ovociti superiore a quello necessario per le proprie esigenze. Alcune di queste donne (vedi testimonianza) decidono di donare gli ovociti in sovrannumero.

Il modello della ovodonazione consente quindi di confrontare i risultati ottenuti dalle donatrici con quelli delle riceventi.

Le prime utilizzano un alto numero di embrioni, due da trasferire immediatamente e altri da congelare ed utilizzare in caso di non impianto dei primi oppure per la ricerca di una seconda gravidanza. Le seconde hanno a disposizione, normalmente, un basso numero di ovociti (3 o 4): da questi si ottengono quindi i soli embrioni da trasferire su quel ciclo.

Possiamo così, nel nostro esempio, rapportare i risultati delle donatrici a quelli che oggi tutte le donne possono ottenere se sviluppano un buon numero di ovociti; i risultati delle riceventi invece, li possiamo paragonare a quelli che tutte le donne otterranno dopo l'entrata in vigore della legge sulla fecondazione assistita.

Si parla in questo caso di donne giovani ( $\leq 35$ aa) e quindi dei risultati migliori; nelle donne di età superiore ai 36aa questi risultati sono e saranno inferiori.

Se si osserva la tabella 1 che si riferisce a 133 donne che sono state sottoposte ad un trattamento Fivet ed hanno donato ovociti, si vede che, in totale, 71 donne hanno ottenuto la gravidanza (53%).

Questo considerando i risultati cumulativi (trasferendo gli embrioni nel 1° ciclo e, se non gravida, trasferendo successivamente quelli congelati). Se lo si paragona ai risultati ottenuti dalle riceventi sia con Fivet (220 pazienti) che con Icsi (114 pazienti), si evidenzia come la percentuale di gravidanze si aggiri intorno al 23% circa. Si comprende così immediatamente quale sia la perdita.

Per la donatrice, la percentuale di gravidanza su fresco (cioè ottenuta trasferendo subito gli embrioni ottenuti dopo il ciclo di ovulazione, senza congelarli) è del 32% e anche

questa è maggiore del 23% delle riceventi. Questo è dovuto alla possibilità di scegliere fra più embrioni, quello da trasferire; nelle riceventi, infatti, questa possibilità viene meno e si trasferisce un numero medio di embrioni più basso: tutto quello che si ottiene avendo a disposizione 3 o 4 ovociti (così come dovrà accadere per tutte, secondo la nuova legge).

Lo stesso risultato (tabella 2) si ottiene con le donatrici che sono state sottoposte ad Icsi. In questo caso la percentuale di gravidanze su fresco è del 32% e di gravidanze totali sfiora il 63%. Ben diversi i dati delle riceventi, sia con Fivet che con Icsi: su 292 pazienti sottoposte a Fivet con ovociti donati, infatti, è stata ottenuta una percentuale di gravidanze pari al 23,8%, che raggiunge il 24% nel caso delle 194 pazienti sottoposte ad Icsi.

In conclusione, è possibile affermare con certezza che, se la legge sulla procreazione assistita dovesse essere approvata così com'è oggi, la diminuzione delle gravidanze ottenute da ogni ciclo di stimolazione ormonale sarà circa della metà.

Tabella 1

**DONATRICE FIVET embrioni fresch i+ scongelati**

|                          |              |
|--------------------------|--------------|
| <b>pazienti</b>          | <b>133</b>   |
| ovociti insem.           | 1765         |
| embrioni totali          | 1170         |
| embrioni trasferiti      | 600          |
| media+ emb.totali pe+ps  | 8,04+2,2     |
| media+ emb.trasf         | 2,1+0,3      |
| Gravidanze su fresco     | 42 (32%)     |
| <b>Gravidanze totali</b> | <b>71</b>    |
| transfers                | 204          |
| <b>%gravid/paziente</b>  | <b>53,04</b> |
| sacchi gestaz.           | 85           |
| % impianto               | 14,1         |
| aborti                   | 7            |

## RICEVENTI

| <b>FIVET</b>        |          |
|---------------------|----------|
| pazienti            | 220      |
| ovociti insem.      | 716      |
| embrioni totali     | 388      |
| embrioni trasferiti | 337      |
| media+ emb.totali   | 1,6+ 0,9 |
| media+ emb.trasf    | 1,5+ 0,8 |
| gravidanze          | 44       |
| transfers           | 188      |
| %gravid/transfers   | 23,4     |
| sacchi gestaz.      | 55       |
| % impianto          | 16,3     |
| aborti              | 10       |

| <b>ICSI</b>         |          |
|---------------------|----------|
| Pazienti            | 114      |
| ovociti insem.      | 347      |
| embrioni totali     | 198      |
| embrioni trasferiti | 181      |
| media+ emb.totali   | 1,8+ 0,8 |
| media+ emb.trasf    | 1,6+ 0,7 |
| Gravidanze          | 24       |
| Transfers           | 106      |
| %gravid/transfers   | 22,6     |
| sacchi gestaz.      | 28       |
| % impianto          | 15,4     |
| Aborti              | 5        |

Tabella 2

**DONATRICE ICSI embrioni freschi+ scongelati**

|                            |           |                 |
|----------------------------|-----------|-----------------|
| <b>pazienti</b>            |           | <b>186</b>      |
| ovociti insem.             |           | 2360            |
| embrioni totali            |           | 1617            |
| embrioni trasferiti        |           | 822             |
| media+ embrioni ottenuti   |           | 7,8+2,7         |
| media+ embrioni trasferiti |           | 2,0+0,3         |
| <b>Gravidanze fresco</b>   | <b>su</b> | <b>59 (32%)</b> |
| <b>Gravidanze totali</b>   |           | <b>117</b>      |
| transfers                  |           | 395             |
| <b>%gravid/paziente</b>    |           | <b>62,9</b>     |
| sacchi gestaz.             |           | 126             |
| % impianto                 |           | 15,3            |
| aborti                     |           | 23              |



## RICEVENTI

| <b>FIVET</b>             |             |
|--------------------------|-------------|
| Pazienti                 | 292         |
| ovociti insem.           | 964         |
| embrioni totali          | 565         |
| embrioni trasferiti      | 493         |
| media+ emb.totali        | 2,0+        |
| media+ emb.trasf         | 0,9         |
| media+ gravid            | 1,7+        |
| transfers                | 0,7         |
| <b>%gravid/transfers</b> | <b>23,8</b> |
| sacchi gestaz.           | 71          |
| % impianto               | 14,4        |
| aborti                   | 11          |

| <b>ICSI</b>              |            |
|--------------------------|------------|
| <b>Pazienti</b>          | <b>194</b> |
| ovociti insem.           | 580        |
| embrioni totali          | 344        |
| embrioni trasferiti      | 267        |
| media+ emb.totali        | 1,8+       |
| media+ emb.trasf         | 0,8        |
| <b>gravidanze</b>        | <b>40</b>  |
| transfers                | 166        |
| <b>%gravid/transfers</b> | <b>24</b>  |
| sacchi gestaz.           | 45         |
| % impianto               | 16,8       |
| Aborti                   | 8          |

## **Cecos: storia di un impegno**

Elisabetta Chelo, Ginecologa  
Past-President Cecos Italia

L'Associazione "CECOS ITALIA" (Centri studio conservazione ovociti e spermatozoi umani), associazione di centri privati che si interessano di medicina della riproduzione, viene costituita mutuando l'esperienza dei CECOS francesi, il 27 Aprile 1984 dal Professor Emanuele Lauricella e da un gruppo di medici pionieri nell'assistenza alle coppie con problemi di infertilità.

Inizialmente gli scopi che l'associazione si era data erano rappresentati dai seguenti punti:

- a) contribuire alla lotta contro la sterilità umana attraverso lo studio e la conservazione dei gameti con le tecniche di procreazione medicalmente assistita applicate secondo rigidi criteri scientifici;
- b) sviluppare gli studi sui gameti, la loro conservazione e la loro utilizzazione, in collaborazione con Istituti Scientifici Universitari e di Ricerca;
- c) promuovere e sviluppare ogni studio che riguardi la fecondazione assistita umana, anche nei suoi aspetti etici, legislativi e medico-legali;
- d) sviluppare l'aiuto e la collaborazione scientifica tra associati allo scopo di adottare criteri e tecniche comuni;
- d) garantire che i Centri aderenti agiscano, oltre che secondo deontologia medica, anche seguendo le regole del CECOS ITALIA;
- e) combattere ogni aspetto meramente commerciale o speculativo delle tecniche di fecondazione assistita collaborando con le Autorità Sanitarie Superiori e aderendo ad ogni loro indagine conoscitiva.

Il primo nucleo dell'Associazione, costituito da pochi Centri, aveva come interesse principale la prevenzione, la diagnosi e la terapia della sterilità. La banca del seme e ciò che ruotava intorno ad essa ne costituiva il cuore sia per quanto concerne il trattamento di coppie con sterilità maschile non trattabile, sia sviluppando le procedure per l'autoconservazione del liquido seminale di pazienti affetti da patologie le cui cure potevano indurre sterilità.

E' importante sottolineare che, avendo come iniziale nucleo di interesse le banche del seme, l'associazione ha compiuto sin dall'inizio una scelta di segno laico e di spinta alla ricerca delle nuove frontiere della riproduzione. Questa scelta non è mai stata scissa dal senso di responsabilità e dalla coscienza di questa responsabilità anche nei confronti delle generazioni future.

Per la donazione del liquido seminale il CECOS aveva già adottato uno screening che ha anticipato di parecchi anni quello poi diffuso dal Ministero della Sanità con le circolari del 1987 e del 1992.

La diffusione delle tecniche di procreazione assistita ed in particolare della FIVET ha visto il CECOS protagonista dello sviluppo delle nuove procedure; giova ricordare, a questo proposito, che la prima nascita da FIVET in Italia viene attribuita al prof. Vincenzo Abate, uno dei soci fondatori dell'Associazione.

Agli inizi degli anni '90, la mutata natura delle opportunità tecnologiche in ambito riproduttivo e la coscienza della necessità di muoversi in una nuova e più ampia dimensione di responsabilità, promuovevano la collaborazione con il **CECOS FRANCE** e la costituzione di un **CECOS INTERNAZIONALE**, che vedeva al suo interno, oltre all'Italia ed alla Francia, Paesi quali il Belgio, la Spagna e il Canada.

In assenza di una definizione normativa della medicina riproduttiva, il CECOS ITALIA, da sempre sostenitore della necessità della promulgazione di una legge, si è dotato fin dal 1992 di un Codice di Autoregolamentazione che fissa un insieme di regole a garanzia di comportamenti deontologicamente corretti. Il Codice (vedi allegato 2) individua come criterio di riferimento fondamentale per la valutazione di liceità delle metodiche di Procreazione Medicalmente Assistita, il diritto inalienabile degli individui di tentare di avere un figlio proprio, conciliandolo con il bene del nascituro e la tutela dei suoi diritti.

Le regole adottate con il Codice di Autoregolamentazione rappresentano una continuità degli obiettivi e dei principi che hanno portato alla fondazione dell'Associazione stessa. Tra i punti cardine vi è il rapporto con i pazienti, che deve essere improntato alla massima onestà professionale ed alla massima correttezza garantendo la tutela dal più rigoroso segreto professionale. L'Associazione si è dotata da tempo di consensi informati, consapevole che il consenso informato scritto è un atto preliminare e fondamentale. Fin dall'inizio il Codice ha previsto un limite sul numero di embrioni da trasferire (massimo 3), anticipando di anni un dibattito scientifico che ha portato agli attuali atteggiamenti seguiti oggi dalla maggioranza dei Centri che si occupano di riproduzione assistita.

Importante è stato l'impegno dell'associazione nei confronti dell'autoconservazione di liquido seminale, testimoniato tra l'altro dal gran numero di campioni conservati nelle nostre banche, ma anche da una norma del Codice di Autoregolamentazione che prevede che questa tecnica venga effettuata a costi sociali, rappresentati praticamente da un rimborso spese. Anche recentemente è merito dell'Associazione aver riproposto con forza il problema dell'autoconservazione dei gameti, settore in cui il pubblico ha gravi lacune.

I Centri aderenti al CECOS sono al momento 24 in tutt'Italia e rappresentano una parte importante della realtà italiana che opera nel campo della medicina della riproduzione.

Il CECOS ITALIA è una società scientifica, ma anche un'associazione di centri che si tutelano, si danno delle norme, scambiano esperienze e si sostengono reciprocamente.

L'Associazione ha sempre giocato un ruolo di primo piano nel sollecitare una normativa equa che ponesse fine alle molte incertezze e incongruenze legate all'assenza di regole nel campo della procreazione assistita. Ma si è sempre battuta contro proposte normative ideologiche che ledessero i diritti dei cittadini.

In questo momento è molto alto il pericolo dell'approvazione di una legge che non riconosce il pluralismo etico come valore morale e ricchezza sociale ed è molto lontana dal difendere quella libertà di scelta in ambito riproduttivo che è parte costitutiva della qualità della vita degli uomini e delle donne.

La nostra associazione si è sempre mossa in una dimensione di responsabilità, responsabilità di ciò che facciamo, ma anche di ciò che non sappiamo e cioè delle conseguenze delle nostre azioni. E siamo convinti che in una società democratica le azioni che investono importanti valori comuni debbano essere discusse pubblicamente e che

solo una soggettività condivisa e rispettosa della libertà di scelta e di coscienza può superare le contraddizioni.

## **Cecos: i dati più recenti**

Andrea Borini, Presidente Cecos Italia

I più recenti dati disponibili sull'attività dei centri che aderiscono al Cecos Italia si riferiscono al periodo 1999-2000. Questi dati ci parlano di 8.400 coppie viste dai centri Cecos in questo biennio. L'età media per le donne varia a seconda delle tecniche utilizzate: si va da 34,5 nel caso di donne che si sono sottoposte a Fivet a quasi 39 per coloro che hanno praticato un programma Gift, fino a oltre 40 nei casi di ovodonazione. In questo programma, così come per la Gift, aumenta anche l'età media maschile (43 per l'ovodonazione, contro i 36 dell'inseminazione artificiale o della Icsi). Numerose coppie (2.316) si sono avvalse della tecnica Icsi, con 655 gravidanze, ma è il programma Fivet ad aver interessato un maggior numero di coppie (2.899), con 742 gravidanze ottenute (circa il 25%). Una percentuale del tutto paragonabile a quella di recente rilevata da un monitoraggio sui dati ed i risultati di 22 Paesi europei (538 cliniche) effettuato dalla European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) e pubblicato lo scorso dicembre su Human Reproduction (vedi allegato 3).

Vediamo, nelle tabelle seguenti, tutti i dati più in dettaglio, a seconda della tecnica a cui si sono sottoposte le coppie:

## Dati Statistici 1999/2000

### PROGRAMMA I.A.D

#### **1999**

(Su 19 centri che hanno presentato i dati statistici al Cecos Italia, 16 praticano la I.A.D)

#### **2000**

(Su 19 centri che hanno presentato i dati statistici al Cecos Italia, 13 praticano la I.A.D)

|                            | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>Totale</b> |
|----------------------------|-------------|-------------|---------------|
| Numero Coppie              | 520         | 530         | 1.050         |
| Età media donna            | 33          | 33          | 33            |
| Età media uomo             | 36.5        | 36.2        | 36.35         |
| Numero cicli               | 1.393       | 1.236       | 2.629         |
| Numero gravidanze cliniche | 212         | 197         | 409           |
| Singole                    | 176         | 172         | 348           |
| Gemellari                  | 14          | 12          | 26            |
| Trigemine                  | 4           | 2           | 6             |
| Quadrigemine               | 0           | 0           | 0             |
| Aborti                     | 25          | 17          | 42            |

## Dati Statistici 1999/2000

### PROGRAMMA FIVET

#### 1999

(Su 19 centri che hanno presentato i dati statistici al Cecos Italia, 16 praticano la FIVET)

#### 2000

(Su 19 centri che hanno presentato i dati statistici al Cecos Italia, 13 praticano la FIVET)

|                                      | 1999   | 2000   | Totale |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|
| Numero Coppie                        | 1.499  | 1.400  | 2.899  |
| Età media donna                      | 34.5   | 34.3   | 34.4   |
| Età media uomo                       | 35.5   | 37.3   | 36.4   |
| Numero cicli                         | 1.958  | 1.790  | 3.748  |
| Cicli sospesi                        | 217    | 211    | 428    |
| Numero Pick up                       | 1.768  | 1.593  | 3.361  |
| Numero ovociti recuperati            | 12.093 | 11.891 | 23.984 |
| Numero ovociti fertilizzati          | 7.410  | 9.286  | 16.696 |
| Numero embrioni totali               | 6.864  | 7.175  | 14.039 |
| Numero transfer                      | 1.205  | 1.218  | 2.423  |
| Numero embrioni trasferiti           | 2.950  | 3.371  | 6.321  |
| Numero embrioni trasferiti per ciclo | 2.8    | 2.7    | 2.75   |
| Numero gravidanze                    | 407    | 335    | 742    |
| Singole                              | 298    | 242    | 540    |
| Gemellari                            | 69     | 58     | 127    |
| Trigemine                            | 9      | 9      | 18     |
| Quadrigemine                         | 0      | 0      | 0      |
| Numero aborti                        | 54     | 57     | 111    |
| Numero gravidanze extra              | 7      | 10     | 17     |
| Numero malformazioni                 | 0      | 0      | 0      |

## Dati Statistici 1999/2000

### PROGRAMMA G.I.F.T.

**1999** (Su 19 soltanto 2 centri riportano i dati della G.I.F.T.)

**2000** (Su 19 soltanto 1 centro riporta i dati della G.I.F.T.)

|                           | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>Totale</b> |
|---------------------------|-------------|-------------|---------------|
| Numero Coppie             | 11          | 13          | 24            |
| Età media donna           | 38.7        | 38.8        | 38.75         |
| Età media uomo            | 40.6        | 43.6        | 42.1          |
| Numero cicli              | 11          | 13          | 24            |
| Cicli sospesi             | 2           | 2           | 4             |
| Numero Pick up            | 8           | 11          | 19            |
| Numero ovociti recuperati | 71          | 124         | 195           |
| Numero gravidanze         | 4           | 2           | 6             |
| Singole                   | 4           | 0           | 4             |
| Gemellari                 | 0           | 2           | 2             |
| Trigemine                 | 0           | 0           | 0             |
| Numero aborti             | 1           | 1           | 2             |
| Numero gravidanze extra   | 1           | 0           | 1             |
| Numero malformazioni      | 0           | 0           | 0             |



## Dati Statistici 1999/2000

### PROGRAMMA A.I.H.

#### 1999

(Su 19 centri che hanno presentato i dati statistici al Cecos Italia, 18 praticano la A.I.H.)

#### 2000

(Su 19 centri che hanno presentato i dati statistici al Cecos Italia, 15 praticano la A.I.H.)

|                   | 1999  | 2000  | Totale |
|-------------------|-------|-------|--------|
| Numero Coppie     | 753   | 622   | 1.375  |
| Età media donna   | 33.5  | 33.5  | 33.5   |
| Età media uomo    | 35.5  | 36.5  | 36     |
| Numero cicli      | 1.801 | 1.224 | 3.025  |
| Numero gravidanze | 208   | 172   | 380    |
| Singole           | 162   | 151   | 313    |
| Gemellari         | 35    | 11    | 46     |
| Trigemine         | 3     | 3     | 6      |
| Quadrigemine      | 2     | 1     | 3      |
| Numero aborti     | 34    | 20    | 54     |

## Dati Statistici 1999/2000

### PROGRAMMA ICSI

#### **1999**

(Su 19 centri che hanno presentato i dati statistici al Cecos Italia, 16 praticano la ICSI)

#### **2000**

(Su 19 centri che hanno presentato i dati statistici al Cecos Italia, 12 praticano la ICSI)

|                                    | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>Totale</b> |
|------------------------------------|-------------|-------------|---------------|
| Numero Coppie                      | 1.163       | 1.153       | 2.316         |
| Età media donna                    | 33.5        | 33.5        | 33.5          |
| Età media uomo                     | 36.5        | 36.5        | 36.5          |
| Numero cicli                       | 1.519       | 1.540       | 3.059         |
| Cicli sospesi                      | 209         | 125         | 334           |
| Numero Pick up                     | 1.403       | 1.403       | 2.806         |
| Numero ovociti recuperati          | 14.680      | 14.311      | 28.991        |
| Numero cicli prelievo nemaspermico | 152         | 160         | 312           |

### Con tecnica:

**MESA** (aspirazione microchirurgica epididimale)

#### **1999**

(Su 16 centri 03 praticano la MESA) **2000** (Su 12 centri 02 praticano la MESA)

**TESE** (recupero degli spermatozoi testicolari mediante biopsia)

#### **1999**

(Su 16 centri 04 praticano la TESE) **2000** (Su 12 centri 06 praticano la TESE)

**TESA** (recupero degli spermatozoi testicolari mediante aspirazione)

**1999**

(Su 16 centri 07 praticano la TESA) **2000** (Su 12 centri 02 praticano la TESA)

**PESA** (aspirazione per cutanea dell'epididimo)

**1999**

(Su 16 centri 02 praticano la PESA) **2000** (Su 12 centri 03 praticano la PESA)

|                                      |            |              |              |
|--------------------------------------|------------|--------------|--------------|
| Numero ovociti iniettati             | 11.046     | 11.294       | 22.340       |
| Numero ovociti fertilizzati          | 7.479      | 8.307        | 15.786       |
| Numero embrioni totali               | 7.002      | 7.765        | 14.767       |
| Numero transfer                      | 1.260      | 1.332        | 2.592        |
| Numero embrioni trasferiti           | 3.178      | 3.737        | 6.915        |
| Numero embrioni trasferiti per ciclo | Media di 3 | Media di 2.8 | Media di 2.9 |
| Numero gravidanze                    | 340        | 315          | 655          |
| Singole                              | 259        | 248          | 507          |
| Gemellari                            | 49         | 56           | 105          |
| Trigemine                            | 13         | 1            | 14           |
| Quadrigemine                         | 0          | 1            | 1            |
| Numero aborti                        | 66         | 35           | 101          |
| Numero gravidanze extra              | 6          | 3            | 9            |
| Numero malformazioni                 | 2          | 0            | 2            |

## Dati Statistici 1999/2000

### PROGRAMMA OVODONAZIONE

#### 1999

(Su 19 centri 07 praticano l'ovodonazione)

#### 2000

(Su 19 centri 07 praticano l'ovodonazione)

|                        | 1999  | 2000  | Totale |
|------------------------|-------|-------|--------|
| Numero Coppie          | 282   | 261   | 543    |
| Età media donna        | 40.8  | 40.7  | 40.75  |
| Età media uomo         | 43.5  | 43    | 43.25  |
| Numero cicli           | 355   | 339   | 694    |
| Numero ovociti donati  | 1.200 | 1.127 | 1.327  |
| Numero embrioni totali | 784   | 780   | 1.564  |
| Numero transfers       | 290   | 359   | 649    |
| Numero gravidanze      | 89    | 71    | 160    |
| Singole                | 74    | 61    | 135    |
| Gemellari              | 10    | 10    | 20     |
| Trigemine              | 1     | 0     | 1      |
| Quadrigemine           | 0     | 0     | 0      |
| Numero aborti          | 17    | 6     | 23     |

## Dati Statistici 1999/2000

### PROGRAMMA CONGELAMENTO EMBRIONARIO

#### **1999**

(Su 19 centri 09 eseguono il congelamento embrionario)

#### **2000**

(Su 19 centri 08 eseguono il congelamento embrionario)

#### **Con tecnica:**

##### **Manuale:**

**1999** 01 centro su 09 - **2000** 01 centro su 08

##### **Automatica:**

**1999** 08 centri su 09 - **2000** 06 centri su 08 (1 centro non riporta tecnica)

|                                      | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>Totale</b> |
|--------------------------------------|-------------|-------------|---------------|
| Numero Coppie                        | 512         | 731         | 1.243         |
| Numero congelamenti                  | 541         | 753         | 1.294         |
| Da FIVET                             | 322         | 363         | 685           |
| Da ICSI                              | 419         | 393         | 812           |
| Numero Transfers embrioni congelati  | 848         | 867         | 1.715         |
| Numero totale embrioni trasferiti    | 1.839       | 1.939       | 3778          |
| Numero embrioni trasferiti per ciclo | 2.5         | 2.5         | 2.5           |
| Numero aborti                        | 35          | 30          | 65            |
| Numero gravidanze                    | 132         | 189         | 321           |
| Singole                              | 118         | 174         | 292           |
| Gemellari                            | 13          | 12          | 25            |
| Trigemine                            | 0           | 0           | 0             |

## **Una malattia come un'altra**

Roberta Giommi, Psicologa e Psicoterapeuta,  
Direttore Istituto Internazionale di sessuologia di Firenze

### ***L'utilità dell'informazione***

Creare un momento di informazione sui temi della procreazione assistita permette non solo di dare strumenti per la soluzione del problema e di saper intraprendere i comportamenti utili per ottenere il risultato di avere un figlio, ma ha anche lo scopo di sensibilizzare ad un atteggiamento culturale ed etico di ***riconoscimento del diritto*** alla ricerca di ***una maternità e paternità biologica*** e di costruire un atteggiamento di appoggio alle persone che vogliono un progetto di famiglia anche se hanno incontrato il problema della sterilità, della difficoltà procreativa e vogliono misurarsi invece con la possibilità di risolvere il problema. La maternità rappresenta in senso simbolico, intrapsichico, ma anche culturale e relazionale, un valore di riconoscimento dell'identità femminile, di sottolineatura del ruolo femminile, ma rappresenta anche la possibilità di una coppia di crescere, di superare le tappe del ciclo vitale. Alle coppie viene spesso chiesto, dopo l'inizio di una convivenza importante e nella dimensione del matrimonio, se stanno pensando o perché non pensano ad avere figli: ed è questo che le coppie cercano, fare famiglia.

### ***La minaccia psicologica della sterilità***

La sterilità, nel momento in cui è diagnosticata, sia al maschile che al femminile, determina una dimensione di perdita e di minaccia rispetto al progetto evolutivo della singola persona e della coppia. La possibilità che la scienza e la tecnica siano in grado di dare una risposta rappresenta una importante competenza umana. La facile opposizione che viene fatta contro il desiderio di una maternità biologica è rappresentata dalla proposta di ricorrere ad un'adozione e questa risposta diventa spesso occasione di una sottolineatura moralistica ed oppositiva al fatto che si possa desiderare e cercare una maternità biologica e indica solo l'adozione come facile e giusta. Nella dimensione di realtà adottare è oggi un'impresa psicologicamente ed economicamente molto difficile, ma il dato rilevante che dovremmo assumere per svolgere un ruolo corretto è che adozione e procreazione assistita sono due possibili strategie che si pongono come soluzione all'impossibilità o alla difficoltà di avere figli, che non devono essere contrapposte, ed è sicuramente sbagliato penalizzare persone che sono già provate psicologicamente dalla diagnosi di impossibilità biologica dell'uno e/o dell'altro partner. Psicologicamente è importante riconoscere ad una donna e ad un uomo la possibilità di vivere una paternità e maternità che sia anche biologica e che permetta di passare attraverso alla dimensione della gravidanza e della nascita.

La sterilità ha un impatto psicologico rilevante, determina spesso crisi dell'autostima, difficoltà ad essere sereni nel contesto della famiglia allargata e del sociale, inibisce la possibilità di un vissuto positivo del corpo, crea ansia verso il futuro.

### ***Perché proteggere il desiderio di maternità biologica***

La consapevolezza scientifica dell'esistenza della psiche e della complessità della psiche stessa, ci permette di riflettere su due elementi forti per indurre ad un comportamento di protezione della procreazione assistita: da un lato la conoscenza esatta del valore che la simbologia della madre riveste nella struttura psicologica femminile sia a livello dell'autostima sia nel riconoscimento della dimensione sociale; la conoscenza della

simbologia positiva del bambino all'interno della storia di una coppia; il diritto psicologico a potersi misurare con l'accadere fisico della procreazione e della nascita. Il desiderio, l'esigenza di poter passare dalla dimensione di individuo/coppia alla dimensione di famiglia (essere padre, essere madre), devono trovare una società attenta e solidale, sia che la risposta si traduca nell'ipotesi culturale dell'adozione, sia che possa essere espressa nella ricerca di una procreazione assistita. La sterilità nella sua reale dimensione di malattia deve innescare quei naturali processi di cura garantita, di uso delle risorse disponibili, per trovare una soluzione. La pesantezza psicologica di non essere sostenuti nella cura fisica di questo problema, che si esprime a livello biologico e deve trovare una risposta nella medicina e nella psicologia, è un dato provato.

### ***Un difficile percorso che non ha bisogno di ulteriori danni***

Il lavoro svolto nella mia esperienza professionale sia a livello di psicoterapia individuale e di coppia, sia nella conduzione di gruppi di coppie che stanno affrontando il percorso di procreazione assistita, mi porta a testimoniare che queste persone devono essere circondate da una forte e affettuosa solidarietà perché l'esperienza che devono affrontare è pesante. La storia parte dalla diagnosi che può riguardare uno solo dei due e che richiede la costruzione di una solidarietà di coppia e che attraverso questa solidarietà permette di iniziare il cammino e di affrontarlo con impegno. La donna si carica di un percorso difficile per il ruolo attivo che deve svolgere rispetto alla cura. Il maschio entra a sua volta in una situazione psicologica di difficoltà a fare: anche se è il portatore del problema, è comunque la donna che assume il carico dell'azione e questo può indurre la crescita della coppia, ma nello stesso tempo dare al maschio una sensazione di esclusione, di marginalità, di dolore per il carico che la donna porta. Il corpo e la sessualità sono spesso disturbati dal percorso e come ogni "cura" le ricerche, i tentativi, le delusioni, il superamento di paure, la necessità di un rinforzo della pazienza, richiedono determinazione, la capacità di difendere la relazione di coppia, di reggere il dolore e la delusione per la mancanza di risultati.

### ***Il lavoro con le coppie e con la donna, la conduzione di gruppi***

Il lavoro psicologico riveste una fondamentale importanza sia nelle forme semplici della consulenza, sia nella psicoterapia individuale, sia nella terapia della coppia a livello relazionale e sessuale. A volte è necessario sciogliere i segreti di una difficoltà a misurarsi con la maternità, altre volte va sostenuta e resa meno cruenta la diagnosi di infertilità, altre volte deve essere attuato un sostegno al maschio per guidarlo fuori da un'associazione inesatta tra difficoltà riproduttive e sessuali. La coppia può aver bisogno di riflettere sul desiderio di figlio oppure di costruire un rinforzo psicologico per sostenere il processo e le sue delusioni. Una parte essenziale è rappresentata dalla condivisione guidata delle esperienze: la conduzione di gruppi di coppie che sono a livelli diversi di esperienza e che possono raccontarsi e confrontare le tappe e le difficoltà risulta molto utile. Gli incontri non possono essere meno di due perché è importante che nasca un confronto, che si possano applicare delle regole di conduzione psicologica per innescare delle dinamiche di appoggio ed identificazione, per guidare al superamento della frequente passività o eccessiva intraprendenza del partner, per permettere alle coppie di crescere in una dimensione di forza e di consapevolezza del diritto di essere aiutati e nel sapersi rappresentare come portatori di un problema che deve vedere gli sforzi della società scientifica e sociale verso le soluzioni possibili.

### ***La testimonianza di un'esperienza e di una donazione***

Si sta cercando ormai da molti anni di far crescere una competenza alla donazione degli organi e di costruire nella testa e nel cuore delle persone che pur nel dolore soggettivo

della perdita sempre traumatica determinata dalla morte, è importante donare gli organi per salvare la vita o la qualità della vita di altre persone. Sul percorso di permettere la vita, di donare il seme o gli ovuli e, elemento ancora più complesso, gli embrioni, esiste invece un silenzio/ dissenso che dev'essere rimosso da una forte campagna culturale. Non si tratta di sottovalutare la difficoltà psicologica in crescendo della donazione nei suoi tre diversi livelli: semplice lo sperma per l'atto tecnico, difficile rispetto alla finalizzazione perché il maschio dev'essere consapevole che il suo seme sarà alla base di un figlio sconosciuto e possibile, nel corpo di una donna a sua volta sconosciuta. Più complessa la donazione dell'ovulo a livello tecnico, ma ugualmente difficile nella dimensione psicologica di dare inizio ad un'ipotesi di figlio che si attua altrove. Molto più complessa la donazione dell'embrione, somma di un'ipotesi di nascita legata ad un uomo e una donna che stanno effettuando il percorso e che si dispongono a separarsi da un'ipotesi personale per aprirla ad altre coppie che sono in difficoltà.

Si fa più concreta l'identificazione con un figlio, si fa simbolicamente più complessa la donazione e si dimostra una generosità vitale. L'atto che si compie è però nello stesso tempo più semplice di quello che si chiede nella donazione degli organi: nel primo evento si chiede di privare un corpo della sua unità, nel secondo caso si tratta di allargare la vita e di saper dare movimento anche nel corpo di un'altra ad un'ipotesi della vita ed alla soluzione di un problema. Quest'esperienza ha un forte valore, racconta una capacità di conoscere il desiderio e la fatica, ma anche la gioia di avere superato un danno e la capacità di aprire anche ad altre donne, ad altre coppie la possibilità di avere il progetto e di provare a realizzarlo.



## Dalla voce di una donna

L'esperienza di Raffaella Piccari

Raffaella ha 36 anni ed una splendida bimba di tre mesi: Sofia. La sua è la storia di una donna che desiderava un figlio, con tenacia, con passione. Una storia uguale a quella di migliaia di altre donne italiane, che scoprono, per i motivi più svariati, di non riuscire a concepire un bimbo. Forse solo una storia più fortunata, perché oggi Raffaella stringe tra le braccia la sua piccola. Sarà per questo privilegio di essere diventata finalmente mamma che Raffaella, dopo un felice, anche se arduo, percorso di fecondazione assistita, ha preso una decisione importante: donare i suoi ovociti ad altre donne che, come lei, desiderano un figlio, ma non riescono ad averlo con le proprie risorse.

L'incontro di Raffaella con la procreazione medicalmente assistita è avvenuto due anni fa: dopo un paio d'anni di matrimonio e tre mesi alla ricerca di un bimbo la decisione di sottoporsi ad alcune analisi per controllare "che tutto fosse a posto". "So che consigliano di aspettare: tre mesi non sono nulla, soprattutto dopo i trent'anni, quando prima di avere un sospetto di infertilità devono passarne anche 18, ma non volevo perdere tempo. Se non ci fossero stati problemi io e Gianluca avremmo continuato a cercare, ma se invece avessimo scoperto qualcosa, perché attendere più di un anno?". Così è Gianluca il primo a intraprendere la strada della medicina della riproduzione, sottoponendosi ad uno spermogramma che evidenzia subito un'ipofertilità e malformazioni degli spermatozoi. "Abbiamo deciso insieme di fare questo test come primo passo perché era relativamente semplice e poco invasivo", racconta Raffaella, "mentre le indagini a cui deve sottoporsi la donna sono più complesse e fastidiose".

Raffaella e Gianluca hanno avuto la fortuna di approdare subito in un centro Cecos dove hanno incontrato comprensione e professionalità. Il primo tentativo di ICSI, nel febbraio 2001, è tuttavia fallito: "devo ammettere che non ero particolarmente motivata: forse per non affrontare una delusione ancora maggiore, mi ero convinta che questo tentativo non sarebbe andato a buon fine". Dopo un ciclo di stimolazione ormonale a Raffaella sono stati aspirati gli ovociti: erano molti, 26 (e 27 frutto della seconda stimolazione) contro una media di 10-12 per ciclo. Con la fecondazione manuale, dopo aver selezionato e centrifugato gli spermatozoi di Gianluca, sono stati ottenuti otto embrioni, due impiantati e gli altri congelati. Poi il secondo tentativo, avvenuto nel febbraio 2002: "dovevo ricominciare tutto da capo, ma ero più fiduciosa, sentivo che questa volta sarebbe stata quella giusta". E infatti nove mesi dopo è nata la piccola Sofia.

Il percorso non è dei più semplici: nonostante Raffaella fosse a casa di un'amica e la seconda volta conoscesse già l'ambiente, gli operatori e le procedure, la stimolazione ormonale, che consiste in iniezioni e monitoraggi ecografici quotidiani, può essere psicologicamente pesante. Perché, allora, ricominciare da capo? Perché non scegliere un'altra strada? "Non mi rassegnavo all'idea di non avere un figlio mio", confida Raffaella, "volevo provare almeno un'altra volta e mio marito l'ha compreso e mi ha assecondata, nonostante l'impegno fisico, economico e psicologico. Solo se anche il secondo tentativo fosse fallito avrei preso in considerazione una strada, quella dell'adozione, che fino ad allora mi era sembrata solo un ripiego, l'ultima spiaggia e quindi, in quel momento, una scelta ingiusta sia per me che per il bambino. La tenacia mi ha premiata".

Gli ovociti di Raffaella, l'abbiamo detto, erano in sovrannumero: solitamente ne vengono fecondati 15 per paziente, scegliendo i migliori. Si poneva allora il dilemma del destino di queste uova. "Potevo donarle ad un'altra coppia in difficoltà oppure distruggerli", spiega Raffaella. "Ho scelto la prima strada. E' stata una scelta spontanea: mi sono messa nei panni di una donna che non può ovulare, ma desidera un figlio suo così come lo desideravo io. E' una situazione che, seppure per poco, avevo vissuto anch'io. Dal primo spermioγραμμα, infatti, Gianluca era risultato del tutto sterile (una diagnosi che si è poi fortunatamente rivelata sbagliata ad un secondo esame): in quel caso anche noi avremmo avuto bisogno di ricorrere alla fecondazione eterologa. Se fossi 'dall'altra parte', se avessi quest'unica possibilità, anch'io vorrei trovare qualcuno disposto a donare. Ecco perché l'ho fatto". E continua: "naturalmente non conosco la coppia ricevente, né so se dai miei ovociti è scaturita una gravidanza, ma so di aver fatto la cosa più giusta. Del resto, ho sempre pensato che un figlio è tuo quando lo porti in grembo per nove mesi. E' stato così per me, quando non mi sono sentita di scegliere l'adozione, e sono convinta sia così per la coppia che ha avuto i miei ovociti. La stessa scelta, probabilmente, la ripeteremo quando ci sarà da decidere il destino degli embrioni congelati".

Raffaella Piccari ha deciso di portare alla ribalta la sua testimonianza per un motivo ben preciso: spezzare una lancia a favore della donazione di gameti in un momento in cui, in Parlamento, una legge sta per proibire la fecondazione eterologa, colpevolizzando le coppie che l'hanno scelta e costringendo quelle che vorrebbero farlo ad uscire dai confini del loro Paese.

# Insieme

## INSIEME CONTRO LA STERILITA' Valeria Covini

"Ho 32 anni, e da circa un anno sto provando ad avere un bambino senza successo. Devo preoccuparmi? Mia madre ha avuto problemi di infertilità: succederà anche a me? Quante probabilità ho, a 40 anni, di rimanere incinta? Ho già un figlio ma il secondo non arriva: come mai?"

Queste sono alcune delle tante domande che in questi anni sono arrivate ad Insieme. Interrogativi che riflettono l'ansia delle donne e delle coppie quando scoprono che desiderare un figlio non basta per realizzarlo davvero. In tutte emerge, ripetitivo quanto ossessivo, il fattore-tempo che, in una società come l'attuale, ha un peso determinante sulla vita, anche procreativa, delle coppie.

Non si ha tempo per l'attesa, in tutti i sensi: sia quando si rincorre il concepimento a tutti i costi, sia dopo, quando anche la maternità diventa flessibile e costringe a ritagliarsi pause sempre più brevi di congedo. Oggi, che l'età media delle neo-mamme sta toccando i 30 anni, le donne devono perciò fare in fretta a "preparare il nido", sia prima che durante la gravidanza. Proprio perchè sempre più spesso arrivano in ritardo all'appuntamento con la maternità. L'orologio biologico - lo ribadiscono tutti gli esperti - scandisce inequivocabilmente il tempo della fertilità che si accorcia man mano una volta superati i 25 anni. I cali più netti si hanno dopo i 35 e verso i 40 anni. Eppure, paradossalmente le donne decidono di fare dei figli sempre più in là con gli anni, pensando poi di poter recuperare facilmente quel tempo perduto. Ma non sempre è così. Anzi, guardando le più recenti proiezioni formulate incrociando dati Istat e stime epidemiologiche, ciò accade sempre meno. Considerando un tasso di matrimoni pari allo 0,5% della popolazione, ci si aspetta da 50 a 70 mila coppie con problemi d'infertilità, di cui meno della metà (21-29 mila) richiederà una consulenza specialistica e al 30 per cento di esse (15-21 mila) verrà diagnosticata una causa di sterilità.

Insieme, come mensile che si rivolge alle future mamme e ai futuri papà, non può non tener conto di questa realtà. Perchè se è vero che la richiesta di informazione e rassicurazione è fortissima durante la gravidanza e i primi anni di vita del bambino, è altrettanto vero che diventa un bisogno primario per quelle coppie che ancora il desiderio di un figlio non l'hanno realizzato. E' importante allora poter offrire a questi futuri genitori dati aggiornati, notizie pratiche, contatti diretti con gli esperti. Un "servizio" che, come femminile specializzato, crediamo sia un "valore aggiunto" che dobbiamo ai nostri lettori. Per questo motivo abbiamo voluto condividere l'iniziativa dei centri Cecos, non solo promuovendo la "settimana contro la sterilità" ma anche estendendola.

**Dal 27 febbraio e per tutti i giovedì di marzo, infatti, chiamando il numero verde di Insieme 800354725 dalle 17 alle 18, le coppie potranno ricevere una consulenza telefonica di uno specialista dei centri Cecos. Il calendario dettagliato degli esperti sarà pubblicato sul numero di Insieme di marzo, in edicola dal 21 febbraio.**

## **Sterilità: il problema e le soluzioni**

Lamberto Coppola,  
Socio fondatore del Cecos Italia

Oggi si calcola che oltre il 20% delle coppie ha problemi riproduttivi. Con una nuzialità annua nel nostro Paese di circa 300.000 matrimoni, si può stimare che ogni anno in Italia 60.000 nuove coppie abbiano difficoltà nel concepire. A queste si aggiungono quelle degli anni precedenti non trattate o con terapie in corso.

Nonostante un così grande numero di coppie interessate, la sterilità resta un problema vissuto in solitudine, spesso senza parlarne neanche con parenti o amici più stretti. La sterilità viene vissuta come "*punizione*" o come una sorta di "*diversità*" che isola dagli altri. La sofferenza e la disperazione che la mancanza di un figlio può arrecare sono notevoli. Non sono pochi, infatti, i casi di depressione legati al mancato concepimento spontaneo.

---

### **Dimensione del problema**

Una coppia fertile con un'età media di 20 anni, che abbia una regolare attività sessuale, ha ogni mese una possibilità su quattro di concepire. Ciò significa che circa nove coppie su dieci che tentano una gravidanza riusciranno a concepire nell'arco di un anno. Una su dieci, invece, non riuscirà nell'intento; a questo gruppo appartengono sia coppie subfertili che coppie sterili.

La sterilità è generalmente definita dai medici come incapacità a concepire dopo due anni di rapporti sessuali non controllati da metodi contraccettivi.

## COS'E' LA STERILITA' ? \*

---

**\*Tratto da *Il libro della creazione* di Carlo Flamigni (Oscar Saggi Mondadori)**

“La massima fertilità le ragazze la possiedono tra i 20 ed i 24 anni, con un primo brusco declino dopo i 30 ed un calo veramente importante dopo i 40. Per gli uomini, l'età migliore è intorno ai 25 anni, con una prima significativa riduzione della fertilità (dovuta ad una minor mobilità degli spermatozoi), intorno ai 40 anni.

Ciò significa stabilire tempi diversi per ogni classe d'età.

Se la percentuale di gravidanze per ciclo mestruale delle ragazze di vent'anni che hanno rapporti sessuali mirati è compresa tra il 28 ed il 30%, a 30 anni questa percentuale è ancora elevata (intorno al 25%, ma è scesa al 20% a 35 e addirittura al 10% a 40 anni.

Esiste uno studio eseguito su donne che ricevevano seme di donatore che dimostra come le ragazze di età inferiore ai 25 anni rimaste gravide dopo un anno di tentativi fossero 75 su cento e come la stessa percentuale scendesse al 55 per cento se l'età era compresa tra 36 e 40 anni. Se si tiene conto del fatto che le inseminazioni da donatore vengono eseguite usando seme congelato, discretamente meno fertile di quello fresco, si può cominciare a stabilire qualche cifra: per esempio si può suggerire di considerare sterili le coppie che hanno cercato infruttuosamente un figlio per un anno se la donna ha meno di 30 anni e di considerare come limite i 18 mesi se l'età è più elevata...

...Alla definizione di sterilità bisogna poi aggiungere il numero dei rapporti sessuali. Dati della letteratura indicano come "ideali" tre rapporti alla settimana e riferiscono come un solo rapporto settimanale riduca del 50% le probabilità di gravidanza per ciclo mestruale...

...Quasi tutti i ginecologi sono concordi nell'affermare che le coppie sterili in Italia sono il 15% di quelle che cercano figli. Ogni anno dovremmo quindi aspettarci tra le 50 mila e le 70 mila “nuove” coppie sterili, il 40% delle quali richiede una consulenza specialistica...

### **Valutazione delle cause**

Gli accertamenti richiesti dal medico specialista possono in molti casi individuare la probabile causa della sterilità. In circa il 10-15% delle coppie però non si riconoscono cause evidenti che possano spiegare la patologia riproduttiva.

Le statistiche dimostrano una "par condicio" di responsabilità maschile e femminile, vale a dire del 40% per l'uomo e 40% per la donna, mentre nel 20% si riconoscono patologie di entrambi i partners oppure di incompatibilità tra gli stessi.

I test proposti per individuare la causa specifica dell'infertilità dovranno accertare nella donna la qualità dell'utero e delle tube di Falloppio nonché i livelli ormonali e la capacità di ovulare; nell'uomo, invece, verrà valutata la produzione di spermatozoi dotati di una buona capacità fecondante.

### **Sterilità maschile: le cause**

- Ridotta conta di spermatozoi (*Oligospermia*): normalmente gli uomini producono almeno 20 milioni di spermatozoi per millilitro di liquido seminale (che è circa un sesto dell'eiaculato totale), una quantità minore potrebbe causare sterilità;
- La completa assenza di spermatozoi nell'eiaculato (*Azoospermia*) può essere causata da un difetto di produzione degli stessi da parte dei testicoli oppure da un'ostruzione o assenza congenite delle vie deflusso (epididimi, deferenti ecc.);
- Ridotta motilità degli spermatozoi (*Astenospermia*): in tal caso gli spermatozoi sono incapaci di progredire nel muco cervicale ovulatorio per incontrare l'ovocita nella tuba di Falloppio;
- Difetti nella forma (*Teratospermia*) per cui gli spermatozoi risultano incapaci di penetrare la superficie esterna dell'ovocita.
- Problemi coitali per incapacità di eiaculare o per impotenza (assenza di erezione).

### **Sterilità femminile: le cause**

- Cause Ormonali: i follicoli possono non svilupparsi o può non verificarsi la liberazione dell'ovocita (ovulazione);
- Cause Tubariche: le trombe uterine possono essere danneggiate od ostruite, il che impedisce l'incontro tra ovocita e spermatozoo;
- Endometriosi, in cui la mucosa uterina (*Endometrio*) invade e danneggia i tessuti vicini coinvolti nella riproduzione;
- Eccessiva densità del muco cervicale, che impedisce il passaggio dello spermatozoo;
- Presenza di anticorpi antispermatozoi nelle secrezioni genitali femminili;
- Mancato impianto dell'embrione nell'utero.

## ***La Procreazione Medicalmente assistita (PMA)***

La fecondazione assistita non è il primo passo nel trattamento della sterilità. Ci sono altre possibilità come, per esempio, i rapporti sessuali programmati sotto terapia con stimolatori dell'ovulazione e monitoraggio ecografico del follicolo.

In verità, però, la scelta del medico dipende principalmente dai risultati degli accertamenti specialistici effettuati. Per esempio, i farmaci per la fertilità associati a rapporti programmati non saranno d'aiuto ad una coppia in cui la sterilità è dovuta ad un'ostruzione delle tube di Falloppio; solo un intervento microchirurgico, infatti, o la fecondazione assistita potranno essere risolutivi in questo caso.

La gamma di scelte è ampia e dipende molto dalla diagnosi. In ogni caso, se si ritiene appropriata la fecondazione assistita, le metodiche disponibili vanno dall'**induzione dell'ovulazione** (con farmaci per la fertilità), alla fecondazione in vitro (**FIVET**), al trasferimento intratubarico dei gameti (**GIFT**), al trasferimento intratubarico dello zigote (**ZIFT**) o dell'embrione (**TET**), all'inseminazione artificiale con seme di donatore (**AID**), all'inseminazione intrauterina con o senza superovulazione (**IUI**), alla donazione di ovocita (**OVD**), alla fecondazione microassistita (**ICSI**).

### ***Induzione dell'ovulazione***

L'intento della induzione dell'ovulazione è quello di stimolare le ovaie a produrre uno o più ovociti e permettere che si abbia la fecondazione con rapporto naturale.

Le donne più adatte a questo trattamento sono affette da alterazioni ormonali e/o da una condizione nota come sindrome dell'ovaio policistico (**PCOS**).

Determinante per la riuscita del trattamento è che i rapporti siano programmati, in modo da coincidere con l'ovulazione ottenuta con i farmaci. Il controllo della risposta alla terapia mediante il monitoraggio ecografico ed endocrino è una parte vitale del programma per ottenere il massimo delle possibilità di successo con il minimo rischio.

La possibilità media di riuscita dopo un ciclo di trattamento varia dal 15 al 25%, in relazione soprattutto all'esperienza del Centro e degli operatori, alla capacità fecondante del partner maschile ed, infine, al tipo di farmaco utilizzato.

### **La Fecondazione in Vitro**

La fecondazione in vitro è probabilmente la procedura di fecondazione assistita più largamente utilizzata nel mondo.

In parole semplici, la Fivet consiste nella raccolta per aspirazione ecoguidata (cioè con l'aiuto di un ecografo) di più ovociti dall'ovaio che poi vengono fecondati in laboratorio con spermatozoi del partner. Gli embrioni così ottenuti vengono quindi trasferiti nell'utero sperando nel loro attecchimento che in genere avviene nel 30% dei casi.

Anche se la Fivet è stata sviluppata per trattare coppie la cui sterilità è conseguente a danno tubarico, la tecnica è risultata molto utile in pazienti affette da endometriosi, ipofertilità maschile di lieve entità e perfino nei casi di sterilità idiopatica. Le statistiche indicano che le aspettative di gravidanza con un ciclo di trattamento sono intorno al 30% e la possibilità di parto leggermente inferiore.

Questi tassi, in realtà, non sono molto lontani da quelli relativi a normali coppie fertili, anche se la maggior parte degli studi ha dimostrato una riduzione nelle donne di età superiore a 35 anni.

### **Vediamo ora le varie fasi della FIV-ET:**

1. Somministrazione di analoghi dell'ormone rilasciante le gonadotropine endogene (GnRHa) per sopprimere l'attività di tutti gli altri ormoni (iniezioni o spray nasale), generalmente per due settimane prima della somministrazione di gonadotropine esogene e successivamente per ulteriori 10-14 giorni a seconda della risposta;

- Somministrazione di gonadotropine (FSH e/o HMG) per stimolare la crescita dei follicoli ed indurre l'ovulazione.

2. Monitoraggio del trattamento, per misurare la crescita dei follicoli, individuare la dose terapeutica e prevenire gli eventuali effetti collaterali dell'iperstimolazione ovarica:

- Attraverso l'ecografia ovarica transvaginale (eseguita più volte durante un ciclo di trattamento);

- Attraverso il dosaggio del 17 beta Estradiolo su campione di sangue.

3. Prelievo ecoguidato transvaginale e raccolta degli ovuli (*PICK UP*), in anestesia generale o locale, dopo circa 36 ore dalla somministrazione di 5000-10.000 unità di HCG per indurre la maturazione ovocitaria stessa.

Tale intervento dura dai 10 ai 30 minuti a seconda della difficoltà.

4. Il campione di sperma, ottenuto lo stesso giorno del prelievo ovocitario o precedentemente criopreservato nella banca del seme, viene opportunamente preparato nel laboratorio andrologico

5. Fecondazione: ovociti e spermatozoi vengono preparati e tenuti assieme per circa 16-18 ore e quindi esaminati al microscopio invertito per valutare l'avvenuta fecondazione.

Gli zigoti sono quindi mantenuti in cultura per altre 12-24 ore.

6. Trasferimento transvaginale di non più di tre embrioni a seconda dell'età della ricevente (in genere due o tre giorni dopo la fecondazione).

Gli embrioni, nel caso della FIV-ET, vengono trasferiti nell'utero. Quelli restanti vengono in genere congelati per un successivo riutilizzo.

7. Test di gravidanza dopo 13 giorni dal Pick-Up e, comunque, dopo 10 giorni dal loro trasferimento.

### ***Trasferimento intratubarico dei gameti***

Il Gift differisce dalla Fivet per il fatto che gli ovociti prelevati dall'ovaio vengono trasferiti nella tuba quasi immediatamente dopo il prelievo insieme ad un piccolo campione di spermatozoi opportunamente preparati e capacitati.

Gli operatori hanno appena il tempo di esaminare gli ovociti, sceglierne non più di tre o quattro, a seconda dell'età, e aggiungervi gli spermatozoi prima di riporli, separati da solo una bolla d'aria, nella tuba di Falloppio.



Così, a differenza della Fivet, la fecondazione non avviene in vitro (cioè in laboratorio), ma nel suo ambiente naturale, vale a dire nella tromba uterina, di conseguenza non può essere studiata ed esaminata dagli operatori.

Per poter effettuare la GIFT è necessario effettuare, in anestesia generale, una laparoscopia (o celioscopia) allo scopo di visualizzare le ovaie e l'apparato tubarico per poter prelevare gli ovociti e trasferire i gameti.

In alternativa si può effettuare, in modo più semplice ed ambulatoriale, la GIFT RETROGRADA (GIFT r) in cui gli ovociti vengono prelevati come per la FIV-ET per via ecografica transvaginale ed i gameti trasferiti per via ascendente utilizzando particolari cateteri che permettono l'incannulamento delle trombe uterine per via transcervicale (senza quindi ricorrere alla laparoscopia).

La GIFT, come del resto anche la Fivet, ha dimostrato di essere una tecnica di fecondazione assistita abbastanza efficace e, poiché essa non richiede fecondazione extracorporea in laboratorio e manipolazione degli embrioni, accettabile dalla "*bioetica cattolica*".

In ogni caso, poiché nel caso della GIFT la fecondazione ha luogo nelle tube di Falloppio, è essenziale che ci sia una regolare e perfetta pervietà di almeno una di esse. Tale metodica ha dimostrato la sua utilità in coppie con sterilità idiopatica e in casi di endometriosi lieve, sempre ammesso che la funzionalità tubarica sia normale.

### ***Trasferimento intratubarico dello zigote***

La ZIFT è una tecnica molto simile alla GIFT; differisce per il fatto che vengono trasferiti in tuba gli zigoti e non i gameti (cioè gli ovociti e gli spermatozoi). Il trasferimento degli zigoti richiede la fecondazione extracorporea come per la Fivet; solo le fasi successive sono simili alla GIFT, per cui è necessario che le pazienti che si sottopongono a tale procedura debbano avere le tube pervie.

Alcuni specialisti hanno ottenuto buoni risultati con la ZIFT in donne di età superiore ai 35 anni. I vantaggi della ZIFT sono gli stessi della Fivet per la possibilità di verificare il processo di fecondazione, mentre la presenza dello zigote nella tuba, suo ambiente naturale, secondo alcuni permetterebbe una migliore possibilità di attecchimento.

Come nella GIFT, si ha però lo svantaggio di dover praticare una laparoscopia (quindi con una degenza ospedaliera un po' più lunga), a meno che non venga scelto da parte dell'operatore il trasferimento per via retrograda (ZIFT r).

Quando invece degli Zigoti si preferisce trasferire in tuba con le medesime modalità embrioni a 4 - 8 cellule si parla di TET (*Embryo Tubal Transfer*).

La terapia medica e la fase di monitoraggio nel caso della ZIFT e della Tet sono quelle già descritte per la Fivet (fasi 1 e 2). Lo stesso dicasi per la procedura di fecondazione extracorporea in laboratorio.

## ***Inseminazione artificiale***

L'inseminazione artificiale, vale a dire la deposizione del liquido seminale opportunamente preparato in utero, può essere praticata utilizzando i gameti del marito (AIH) oppure con seme di donatore anonimo (AID).

Secondo alcuni studi, circa una coppia sterile su otto ricorre a questo metodo, anche se l'avvento delle nuove tecniche di microiniezione per il trattamento dei casi di sterilità maschile diminuirà nel tempo il ricorso all'inseminazione eterologa.

Studi recenti sull'inseminazione artificiale dimostrano che i risultati migliori si ottengono quando essa coincide con l'ovulazione indotta con terapia ormonale. Tuttavia è importante che il medico che pratica l'induzione dell'ovulazione controlli la terapia medica e la risposta della stessa con un accurato monitoraggio, in modo da assicurarsi che non maturino troppi follicoli nell'ovaio, diminuendo così il rischio di gravidanza multipla.

A tal proposito è utile rammentare che anche per questi casi oggi abbiamo a disposizione nuovi farmaci per l'induzione dell'ovulazione che ci permettono di ottenere migliori risultati con il minimo rischio.

Quando si è prossimi alla ovulazione, un campione di seme fresco o preventivamente crioconservato viene opportunamente lavato e capacitato con particolari metodologie (*Swim-up, Swim-up da pellet, Percoll o Minipercoll, centrifugazione e lavaggio ecc.*) e quindi posto sul fondo dell'utero della partner con un sottile, non traumatico e comodo catere.

La tecnica è nota come inseminazione intrauterina (o **IUI**) e poiché la fecondazione ha luogo nel suo ambiente naturale almeno una delle trombe dev'essere pervia e sana.

E' importante, inoltre, che la conta degli spermatozoi nel partner risulti nei limiti accettabili per tale procedura e che i gameti maschili siano dotati di una capacità fecondante e fertilizzante normale.

Nel caso in cui venga eseguita l'inseminazione artificiale eterologa tutti i donatori di sperma devono essere sottoposti a controllo per malattie genetiche e virali, nonché ad un severo controllo dettato dal codice di autoregolamentazione del CECOS INTERNAZIONALE.

### **Fasi dell'inseminazione intrauterina (IUI):**

1. Terapia medica per indurre la maturazione follicolare
2. Monitoraggio ecografico transvaginale e, se necessario, endocrino del trattamento per controllare la crescita dei follicoli, personalizzarne la dose dei farmaci e prevenire gli eventuali effetti collaterali;
3. Il campione di sperma, ottenuto il giorno dell'ovulazione, viene preparato nel laboratorio di andrologia con particolari procedure che ne migliorano la qualità e la capacità di fecondazione prima di essere iniettato nella cavità uterina;
4. Monitoraggio e sostegno della fase luteinica ed, infine, test di gravidanza mediante determinazione plasmatica della Beta HCG.

### ***Donazione di ovociti***

La donazione di ovociti è stata introdotta per le donne assolutamente incapaci di ovulare oppure affette da malattie genetiche e che potrebbero trasmettere l'alterazione ai propri figli. Oggi è al centro delle polemiche perché il disegno di legge in discussione in parlamento la vieterebbe.

La donazione di ovociti non è procedura semplice e richiede trattamento farmacologico e lo stesso accurato monitoraggio previsti nella Fivet e nella Gift.

Mentre la donatrice di ovociti viene sottoposta a terapia medica e al monitoraggio follicolare per il prelievo degli ovociti, la ricevente dev'essere preparata con una particolare terapia sostitutiva con l'ausilio di particolari ormoni. I due principali ormoni femminili, estrogeno e progesterone, vengono somministrati in modo sequenziale per mimare un normale ciclo, in cui la superficie interna dell'utero (endometrio) si ispessisce per permettere l'impianto dell'ovocita della donante fecondato con il liquido seminale partner della ricevente. La donazione di ovociti si è dimostrata una tecnica di fecondazione assistita molto valida ed unica da proporre in quelle donne assolutamente incapaci di ovulare. Nonostante questo successo, il ricorso alla donazione di ovociti rimane limitato per lo più per carenza di donne disposte a donare le proprie uova.

### **Fasi della donazione di ovociti**

#### **Donatrice**

1. Terapia medica per stimolare la maturazione di alcuni ovociti
2. Monitoraggio ecografico transvaginale ed endocrino del trattamento per valutare la crescita dei follicoli, mentre nella ricevente si esegue la terapia estrogenica sostitutiva personalizzata e sincronizzata con il ciclo indotto nella donatrice.
3. Raccolta ecoguidata degli ovociti in analgesia e successiva fecondazione in vitro con gli spermatozoi del partner della ricevente.

## **Ricevente**

1. Accertamenti per valutare, oltre all'irreversibile assenza di ovulazione, anche l'idoneità fisica a ricevere la donazione e a condurre un'eventuale gravidanza in modo fisiologico.
2. Terapia ormonale sostitutiva estrogenica e sincronizzata alcuni giorni prima del trasferimento.
3. Trasferimento embrionario (di solito due giorni dopo la fecondazione) e sostegno con progesterone sino alla determinazione della Beta-HCG per valutare l'eventuale attecchimento.

## ***Fecondazione microassistita***

Negli ultimi anni, le tecniche di fecondazione microassistita (o micromanipolazione) sono state accolte come una rivoluzione ed hanno offerto una soluzione valida perfino nei casi più complessi di sterilità maschile. Laddove in passato gli andrologi non avevano altro da offrire se non l'adozione o l'inseminazione eterologa a quelle coppie in cui la sterilità risultava essere determinata da alterazioni gravi dello sperma, ora la presenza di nuove tecniche di microscopia offre una reale soluzione terapeutica.

Le differenti tecniche si basano tutte sull'uso di potenti microscopi e di sofisticati micromanipolatori, mediante i quali è possibile, tenendo un singolo ovocita umano all'estremità di una sottile pipetta aspirante, penetrarlo con un microago circa sette volte più sottile di un capello.

Nella fecondazione normale, un singolo eiaculato di liquido seminale può contenere più di 200 milioni di spermatozoi vitali, ma solo pochi centinaia di essi raggiungeranno l'ovocita rilasciato nelle tube di Falloppio e saranno in grado di fecondarlo. Gli uomini con conta di spermatozoi inferiore a 5 milioni possono essere a rischio per una soddisfacente riuscita della terapia andrologica, per cui in tali circostanze e sempre quando è impossibile ottenere un risultato spontaneo, oggi con questi nuovi metodi di micromanipolazione è possibile ottenere fecondazioni con pochissime cellule spermatiche portate a contatto di un ovocita.

Oggi quando si parla di fecondazione microassistita si parla di ICSI, una tecnica di micromanipolazione introdotta da Giampiero Palermo nel 1992. Questo ricercatore, mentre eseguiva un'altra tecnica allora diffusa, affondò accidentalmente il microago nell'ovocita ottenendo così la fertilizzazione, il successivo embrione e la conseguente gravidanza.....nacque così, quasi per caso, "l'era ICSI".

Questa tecnica ha permesso di ottenere buoni risultati in uomini con bassissima conta e/o alterazioni degli spermatozoi. Nella ICSI un singolo spermatozoo, anche se estratto direttamente dal testicolo o addirittura uno spermatide, viene iniettato con un microago, attraverso la zona pellucida, direttamente nel citoplasma dell'ovocita. Una volta ottenuta la fertilizzazione e trasferiti gli embrioni ottenuti nell'utero i tassi di gravidanza e di bambini nati sono pari a quelli della Fivet (in alcuni casi anche più alti).

Queste tecniche di micromanipolazione sono ora applicate per trattare la sterilità, non solo in uomini che producono spermatozoi alterati, ma anche in quelli che non ne producono affatto, a causa di un'ostruzione o di altre patologie del testicolo non trattabili con la terapia medica o chirurgica andrologica. Attualmente, con una tecnica sviluppata in USA e nota

come aspirazione microepididimale di spermatozoi (**MESA**) è possibile rimuovere un piccolo campione di seme dall'epididimo ed utilizzare le cellule così ottenute per la fecondazione microassistita. In altri casi gli spermatozoi possono essere estratti direttamente dal testicolo per via chirurgica (**TESE**) o per agoaspirazione (**TESA**). I risultati ottenuti sono stati sicuramente incoraggianti, anche se tali tecniche non sono ancora largamente impiegate, in quanto praticate solo in Centri di alto livello tecnologico.

Le coppie sterili per cui sono indicati i risultati di micromanipolazione devono essere attentamente selezionate (pazienti con gravi patologie dello sperma, per esempio), in quanto spesso riferiscono numerosi fallimenti con la Fivet. Il partner femminile naturalmente si deve sottoporre, come di routine, alla procedura della superovulazione e alla raccolta degli ovociti, come del resto il partner maschile deve fornire un campione di sperma (a meno che non sia indicata l'aspirazione dall'epididimo o dal testicolo). Determinanti per il successo delle diverse metodiche sono la preparazione e la selezione degli spermatozoi, che vengono effettuate con un processo di lavaggio e creando un gradiente di concentrazione. Questi metodi di preparazione del seme consentono di adoperare campioni altrimenti inutilizzabili.

### ***Rischi della fecondazione assistita***

Poiché tutti questi metodi di fecondazione assistita offrono complessivamente una possibilità di avere un bambino che varia dal 25% al 35% per ogni ciclo di trattamento, il rischio maggiore per chi si sottopone al trattamento è certamente la delusione. Alcuni studi dimostrano tuttavia come le possibilità di gravidanza aumentino con cicli ripetuti e possano avvicinarsi a quelle di una gravidanza spontanea.

I rischi associati ai trattamenti attualmente disponibili sono pochi. Sia Gift che Zift necessitano di un'anestesia generale con intubazione, se si effettuano in laparoscopia, ma le altre metodiche possono avvalersi di una blanda analgesia o, addirittura, dell'anestesia locale.

Il rischio più comune, se non si osservano le norme dettate dalla bioetica per la tutela dell'embrione, norme peraltro rigorosamente prescritte dal codice di autoregolamentazione del Cecos Italia, è rappresentato dalla gravidanza multipla per l'alta incidenza di abortività associata ed il basso peso alla nascita.

L'effetto indesiderato più conosciuto della fecondazione assistita è dato dalla sindrome da iperstimolazione ovarica (OHSS) che può insorgere come effetto della terapia medica somministrata nelle fasi che precedono il prelievo degli ovociti. Dosi elevate di gonadotropine possono indurre una stimolazione eccessiva delle ovaie, che si ingrandiscono in modo smisurato, producendo liquido che si accumula in addome e talora nel torace.

Per evitare questo rischio, così come quello della gravidanza multipla, la terapia medica ed i suoi effetti sull'ovaio devono essere continuamente controllati e monitorizzati.

### **Le possibilità di successo**

Poiché circa un terzo delle coppie su quelle che si sottopongono ad un singolo ciclo di fecondazione assistita non riescono ad ottenere una gravidanza, è facile parlare di fallimento.

Ma la verità è che, complessivamente, i tassi di successo della fecondazione assistita sono buoni come quelli della fecondazione naturale e a volte addirittura superiori. Poiché le possibilità di successo sono, secondo le statistiche, le stesse per ogni ciclo effettuato, il numero di coppie che si sottopongono a un trattamento di fecondazione assistita diminuisce notevolmente dopo diversi tentativi. Un importante studio ha evidenziato che, dopo 4 cicli di terapia, il tasso cumulativo di gravidanza è stato, nelle coppie trattate con Gift o Fivet, del 78%.

Resta comunque il rischio che queste tecniche vengano utilizzate in modo improprio ed esagerato da chi ha voluto creare una vera e propria industrializzazione nel settore, sfruttando la debolezza psicologica di chi, privato della naturale capacità di concepire, è in preda a continue frustrazioni.

## **Allegato 1**

La nuova legge sulla fecondazione artificiale.

Punto per punto tutto ciò che si dovrà discutere in Senato.

ROMA - La prima legge in Italia che disciplina la procreazione medicalmente assistita è racchiusa in 16 articoli. Ecco punto per punto le disposizioni messe a punto dai deputati a Montecitorio.

**DIRITTI DEL CONCEPITO** - E' consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita alle condizioni e secondo le modalità previste dalla legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito.

**NO ALLA FECONDAZIONE ETEROLOGA** - Possibile soltanto la fecondazione omologa, quella cioè in cui vengono utilizzati seme ed ovulo della stessa coppia. Divieto invece per la eterologa, che richiede il ricorso ad un donatore esterno alla coppia.

**SI' ALLE COPPIE DI FATTO, NO A SINGLE E OMOSESSUALI** - Possono accedere alla procreazione medicalmente assistita le coppie di adulti maggiorenni, di sesso diverso, in età potenzialmente fertile, coniugate o conviventi. Via libera quindi alle coppie di fatto, disco rosso invece per quelle di omosessuali e per i single.

**NO A SPERIMENTAZIONE SUGLI EMBRIONI** - Vietata la sperimentazione sugli embrioni, possibile la ricerca clinica e sperimentale solo a fini terapeutici e diagnostici collegati alla tutela della salute dell'embrione stesso e quando non siano disponibili metodi alternativi.

**LIMITI A PRODUZIONE EMBRIONI** - Non potrà essere prodotto un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico impianto e comunque non superiore a tre. Vietata la riduzione embrionaria nelle gravidanze plurime, fatti salvi i casi previsti dalla legge sull'aborto.

**NO A CLONAZIONE** - Vietata la clonazione e tutti gli interventi diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete.

**NO A CONGELAMENTO E SOPPRESSIONE EMBRIONI** - Vietato congelare e sopprimere embrioni, fermo restando quanto stabilito dalla legge sull'aborto. Per quelli congelati prima dell'entrata in vigore della legge, il ministero della Salute dovrà fissare modalità e termini di conservazione.

**RICONOSCIMENTO DEI NATI** - I nati dopo la fecondazione artificiale assumono lo status di figli legittimi o riconosciuti. Non è possibile il disconoscimento per i nati dopo il procedimento eterologo quando la coppia abbia manifestato il suo consenso al ricorso alla procreazione medicalmente assistita. Nessuna possibilità invece per il donatore di rivendicare legami con il nato.

**STRUTTURE AUTORIZZATE** - Gli interventi di procreazione medicalmente assistita possono essere realizzati nelle strutture pubbliche e private autorizzate iscritte in un apposito registro.

**OBIEZIONE DI COSCIENZA** - Medici e personale ausiliario potranno astenersi dal praticare la fecondazione artificiale quando sollevino obiezione di coscienza, da comunicare entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge.

**SANZIONI** - Solo sanzioni amministrative per i medici che applicano la fecondazione eterologa o ai soggetti non ammessi dalla legge (minorenni, single, omosessuali), con la possibilità di sospensione dall'esercizio della professione variabile da un minimo di un anno ad un massimo di tre. Nessuna punibilità invece per coppie o singoli. Carcere da dieci a venti anni ed interdizione perpetua dalla professione per i medici che attuano la clonazione; reclusione da un anno a tre per chi realizza, organizza e pubblicizza la commercializzazione di gameti ed embrioni o la surrogazione di maternità. Carcere anche per chi applica la sperimentazione sugli embrioni e ricorre al congelamento e alla soppressione.

**COSTI** - Le tecniche di fecondazione assistita non rientrano tra i livelli essenziali di assistenza e quindi non sono rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale. Previsto comunque dal governo un fondo speciale che per il 2003 prevede uno stanziamento di 6 milioni e 800 mila euro.

**NOTIZIA TRATTA DA:**

[http://www.qdmland.it/qdmonline/canale\\_notizia.asp?ID\\_NOTIZIA=76300](http://www.qdmland.it/qdmonline/canale_notizia.asp?ID_NOTIZIA=76300)





## CODICE DI AUTOREGOLAMENTAZIONE

---

### PREMESSA

La grande incidenza della condizione di infertilità - attualmente coinvolgente un ampio settore di popolazione che deve poter ricevere diagnosi, trattamenti ed assistenza secondo criteri ben definiti, rende ragione della rilevanza medico-sociale e di politica sanitaria che investe tale problema.

Le rivoluzionarie possibilità offerte oggi dalle metodiche di medicina della riproduzione, pongono gli operatori del settore, medici e biologi, in una posizione straordinariamente delicata e richiedono un'indispensabile "coscienza del limite": non sempre tutto ciò che la scienza rende tecnicamente possibile è infatti accettabile da un punto di vista deontologico e morale. L'etica della responsabilità cui ci si vuole riferire, prevede che la scienza vada considerata come al servizio della dignità della persona e non quest'ultima come piegata agli imperativi della tecnologia.

In questo senso, il Codice di Autoregolamentazione fissa un insieme di regole a garanzia di comportamenti deontologicamente corretti, e individua come criteri di riferimento fondamentali per la valutazione di liceità delle metodiche di Procreazione Medicalmente Assistita (P.M.A), il diritto sancito ed inalienabile degli individui di tentare di avere un figlio proprio, conciliandolo con il bene del nascituro e la tutela dei suoi diritti.

Le Associazioni e le Società scientifiche che sottoscrivono il presente Codice di Autoregolamentazione, si pongono l'obiettivo prioritario della qualificazione professionale del personale operante nei centri sia pubblici che privati. A tale scopo demandano ai Ministri competenti l'istituzione di specifiche scuole di formazione che prevedano opportuni percorsi di addestramento da effettuarsi in collaborazione con le società scientifiche, nonché l'individuazione delle esperienze minime necessarie per l'attivazione di un centro.

Le P.M.A rappresentano una terapia della infertilità: infatti, pur non ripristinando una funzione, favoriscono la soluzione di una condizione patologica. L'auspicio resta che la ricerca medica possa giungere rapidamente alla prevenzione delle cause di infertilità, e comunque all'identificazione di terapie in grado di ripristinare la funzione lesa.

Qualsiasi intervento biologico e medico è lecito soltanto se il suo scopo è quello di proteggere, migliorare e/o ristabilire la salute psicofisica della persona, che non può mai essere oggetto di strumentalizzazione e neppure, senza il suo consenso o quello di chi ne ha la rappresentanza legale, di sperimentazione.

Le P.M.A, inoltre, permetteranno presto, anche nella routine clinica, di effettuare la diagnosi di pre-impianto di malattie cromosomiche o geniche, e sono consentite soltanto qualora risulti preventivamente diagnosticata e documentata l'improbabilità di superare in altro modo la condizione di infertilità, oppure per permettere la diagnosi pre-impianto, tenendo conto del residuo potenziale dei pazienti (età, cicli di terapia già eseguiti).

#### **ART. 1**

Gli interventi di P.M.A possono essere eseguiti soltanto da operatori di comprovata formazione ed esperienza nel campo della Medicina della Riproduzione, secondo parametri stabiliti dal Ministro della Sanità, di concerto con le Società e le Associazioni scientifiche ed ancora con gli Enti e le Istituzioni competenti.

#### **ART. 2**

Gli interventi di P.M.A sono preferibilmente diretti a pazienti in età fertile, di sesso diverso, coniugati o stabilmente conviventi. Sono preferibilmente ammesse a ricevere un'ovodonazione, le donne fino al compimento del 52° anno di età.

#### **ART. 3**

Il rapporto con i pazienti deve essere improntato alla massima onestà professionale ed alla massima correttezza. Coloro che accedono alle tecniche di P.M.A. devono essere tutelati dal più rigoroso segreto professionale anche in quanto portatori di dati sensibili tutelati dalla normativa sulla privacy.

#### **ART. 4**

Per permettere ai richiedenti di fare delle scelte informate e responsabili, prima di iniziare un ciclo di concepimento assistito, i medesimi devono ricevere informazioni adeguate, in un vero e proprio processo di counseling, in cui si esaminano, tra l'altro, la metodica cui dovranno sottoporsi, i rischi ad essa connessi, le probabilità di successo, i costi, nonché il livello tecnico di appartenenza del centro con riferimento ai livelli individuati nel documento allegato relativo ai requisiti minimi. Al termine del counseling, i richiedenti devono firmare un consenso informato ed il medico che ha condotto il colloquio deve sincerarsi dell'identità dei sottoscrittori.

#### **ART. 5**

Prima che la coppia acceda alle metodiche di P.M.A, il Centro deve verificare che siano soddisfatti i requisiti clinici, andrologici e ginecologici che orientano nel verso di un ricorso alla metodica, disponendo eventualmente l'esecuzione diretta di quelle procedure non eseguite presso altri servizi.

Il centro deve inoltre evidenziare in un apposito documento i responsabili delle branche biologiche e mediche del centro medesimo. Coloro che accedono a programmi di P.M.A, prima e comunque entro un periodo non superiore a sei mesi dall'esecuzione della metodica, devono essere sottoposti, oltre che agli esami richiesti dalle singole metodiche, anche agli accertamenti clinici e di laboratorio previsti dal Ministero della Sanità.

I risultati degli accertamenti praticati devono essere trascritti in cartella, insieme a copie del consenso informato ed alla scheda identificativa dei responsabili clinici.

## **ART. 6**

Di ogni donatore/donatrice deve risultare disponibile un'idonea cartella clinica che contenga le indicazioni anamnestiche, cliniche e di laboratorio atte a documentare l'assenza di rischio nell'utilizzo dei suoi gameti, nonché un consenso circostanziato riguardo all'utilizzo dei gameti donati e l'impegno al rispetto dell'anonimato dei pazienti coinvolti.

La donna che acconsente all'ovodonazione deve essere informata sul numero di ovociti prelevati, sul numero di ovociti che il Centro consiglia di donare e che vengono poi effettivamente donati.

Sul donatore devono essere eseguiti tutti gli accertamenti e le misure profilattiche previsti dal Ministero della Sanità. Tali accertamenti, con l'eccezione al momento della contumacia di 6 mesi e della ripetizione dei test previsti dopo tale periodo, vanno previsti anche per la donatrice di gameti femminili.

Per il donatore di gameti maschili è ammesso un rimborso spese di minima entità, nel rispetto della normativa vigente e nei limiti prescritti dall'art.11, lett. C) del presente Codice.

## **ART. 7**

All'atto della firma del consenso informato il medico deve sincerarsi dell'identità delle persone che sottoscrivono il consenso.

## **ART. 8**

L'anonimato per il donatore o per la donatrice deve essere assolutamente rispettato, anche in accordo con la vigente normativa sulla privacy.

## **ART. 9**

Il liquido seminale di uno stesso donatore non può essere, di norma, utilizzato dopo aver ottenuto gravidanze a termine in 10 donne. Tale limite può essere superato se una delle 10 donne che ha partorito, richiede una seconda gravidanza con gameti dello stesso donatore. Nel caso in cui si richieda al Centro una seconda gravidanza ed il Centro non disponga del seme del donatore con il quale si era ottenuta la prima, può essere utilizzato il seme di un altro donatore, informando preventivamente di ciò i richiedenti.

E' vietato miscelare il liquido seminale del donatore con quello del partner della coppia ricevente.

## **ART. 10**

Il liquido seminale congelato per utilizzo personale futuro (autoconservazione) appartiene esclusivamente a colui che lo produce. In caso di decesso di colui che lo ha prodotto, il liquido seminale deve essere eliminato e non può in nessun caso essere ceduto ad alcuno. Il contenitore criogenico destinato ad autoconservazione deve essere diverso da quello adibito a conservazione del liquido seminale di donatore. La prestazione relativa all'autoconservazione (congelamento e conservazione) deve essere effettuata a "costi sociali", prevedendo un rimborso spese.

## **ART. 11**

I Centri associati dovranno tassativamente:

- a) proscrivere ogni pregiudizio razziale nell'esecuzione di PMA;
- b) non eseguire prelievi di gameti o embrioni per destinarli a procreazione assistita senza il consenso esplicito degli interessati;
- c) bandire lo sfruttamento commerciale di gameti o embrioni;
- d) non attuare la produzione di embrioni per la sperimentazione o la ricerca senza il fine di una gravidanza;
- e) non eseguire PMA dopo la morte di un partner;
- f) non eseguire pratiche di maternità surrogata.

#### **ART. 12**

E' ammesso il congelamento degli eventuali ovociti fecondati risultanti sovrannumerari. Questi rimangono comunque patrimonio esclusivo dei richiedenti che, nel consenso informato, devono essere sensibilizzati nel senso di un'utilizzazione dei suddetti embrioni per un nuovo transfer in un arco di tempo ragionevole, e comunque non finalizzata alla esecuzione di tecniche con trasferimento in quel ciclo.

#### **ART. 13**

Il trasferimento di embrioni in utero deve essere limitato ad un numero compatibile con quello che la donna può portare a termine con sufficienti probabilità di successo e con il minor rischio di gravidanze plurime.

#### **ART. 14**

Ogni metodica di PMA che richieda un tempo chirurgico deve venire eseguita in un ambiente idoneo in modo tale da offrire le maggiori garanzie per la salute della donna in accordo con i livelli ed i requisiti minimi approvati ed allegati al presente codice.

#### **ART. 15**

Ogni trattamento su ovociti fecondati è possibile solo per fini diagnostici o terapeutici. E' ammessa la predeterminazione del sesso solo in presenza di malattie ereditarie legate al sesso. Non sono ammessi: scissione embrionaria, clonazione, ectogenesi, produzione di ibridi o chimere, impianti interspecifici, produzione di embrioni ad esclusivi fini di sperimentazione o di ricerca.

#### **ART. 16**

Ogni azione inerente le metodiche di PMA meramente pubblicitaria o avente scopi commerciali è tassativamente proibita.

#### **ART. 17**

I centri aderenti alle associazioni firmatarie sono tenuti a trasmettere annualmente all'Istituto Superiore di Sanità, i dati inerenti la loro attività, cumulativamente elaborati, nel rispetto comunque della privacy dei donatori e dei pazienti coinvolti.

## **ART. 18**

La diffusione dell'attività e dei risultati dei centri deve avvenire di norma attraverso pubblicazioni scientifiche e nelle sedi opportune (convegni, corsi di aggiornamento ecc.)

## **ART. 19**

I Centri di Medicina della Riproduzione, nel portare a conoscenza della pubblica opinione gravidanze tecnicamente realizzabili ma poco probabili, si impegnano ad esporre sempre le reali possibilità di successo di queste pratiche, per evitare ogni possibile speculazione commerciale e per non ingenerare aspettative eccessive nei pazienti desiderosi di un figlio.

Il presente Codice Nazionale di Autoregolamentazione viene anche sottoscritto ed approvato dalle Associazioni che tutelano i pazienti. Le suddette, dopo aver analizzato il Codice, ne condividono lo spirito, i principi ed i limiti, ritenendolo garante dei diritti dei pazienti e del nascituro.



---