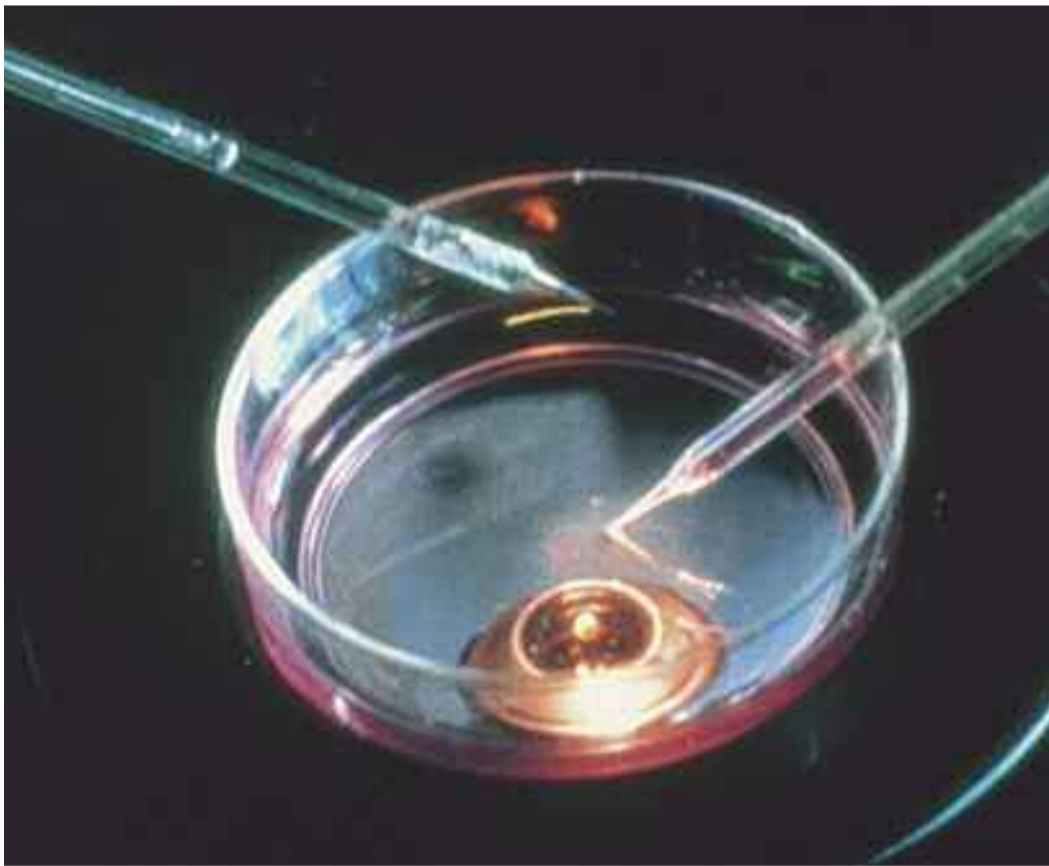


## Relazione Pma

# Aumentano del 10% le gravidanze assistite: 2 italiani su 100 nascono così

La Relazione annuale al Parlamento mostra indiscutibilmente una crescita del ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita. Nel 2009 vi hanno fatto ricorso 63.840 coppie (+ 7,8%) e sono state ottenute 14.033 gravidanze (+ 9,9%). Monitorati 10.819 nati vivi (+ 5,9% rispetto al 2008, corrispondente all'1,9% delle nascite in Italia). Cresce anche l'età media della donna che supera ormai i 36 anni, mentre diminuiscono i parti trigemellari e i quadrupli. E infine si registra un boom degli embrioni congelati (+ 861%)



**N**el corso del 2009 nei 350 centri italiani autorizzati, sono state trattate con tecniche di procreazione medicalmente assistita 63.840 coppie e sono stati iniziati 85.385 cicli. Le gravidanze ottenute sono state 14.033, facendo registrare un aumento del 10% rispetto al 2008. Dalle 11.691 gravidanze monitorate sono nati vivi 10.819 bambini, con un aumento del 5,9% rispetto all'incremento di gravidanze ottenute. Tra tutti i bimbi venuti al mondo nel 2009, l'1,9% è nato grazie a tecniche di Pma. Sono questi i principali dati contenuti nella relazione del Ministero della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (vedi il testo integrale sul sito [ww.aogoi.it](http://ww.aogoi.it)), presentati il 28 giugno scorso presso il dicastero di Lungotevere Ripa dal sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella. Proprio il sottosegretario, commentando con soddisfazione i

“dati positivi” di una legge che “si è dimostrata efficace e lungimirante”, ha fatto anche notare l'innalzamento dell'età media delle donne che accedono alle tecniche di Pma che è passata dai 35,9 del 2008 ai 36,2 del 2009. Un dato al di sopra della media europea di 34,3 anni. “Considerando proprio che l'aumento dell'età media delle donne incide negativamente sui risultati delle tecniche di Pma – ha spiegato Roccella – possiamo dire che il tendenziale incremento della percentuale di gravidanze e dei nati vivi può considerarsi un risultato più che soddisfacente per l'applicazione delle tecniche di Pma nel nostro Paese”.

Anche la percentuale dei parti gemellari è risultata costante, mentre si è registrata una diminuzione dei parti trigemini che, dal 2,7% del 2008, è passata al 2,4% del 2009. Il valore europeo di riferimento è pari all'1,5%, ma c'è da dire che il risultato italiano risulta una media di valo-

## Legge 40

## Soddisfazione della Lega fibrosi cistica su ricorso Corte Europea

L'unica strada oggi possibile in Italia per le giovani coppie portatrici sane di fibrosi cistica è quella di “alimentare, loro malgrado, il turismo riproduttivo recandosi all'estero, dove, a proprie spese, possono ricorrere al Pma. A denunciarlo è Silvana Mattia Colombi, responsabile qualità della vita

per la Lega Italiana Fibrosi Cistica, che ha appoggiato e incoraggiato la causa contro la legge 40 presentata alla Corte Europea di Strasburgo da due coniugi, entrambi portatori sani di fibrosi cistica. E “con entusiasmo” il mondo della fibrosi cistica italiano ha accolto la decisione di ammissibilità della Corte di Europa di

Strasburgo sul ricorso.

“In Italia – ricorda Colombi – la legge 40 del 19 febbraio 2004 non consente ai portatori sani di fibrosi cistica e di tutte le altre malattie genetiche di poter accedere alle tecniche di Pma, e quindi poter avere un figlio non malato di fi-

broso cistica ricorrendo alla diagnosi pre-impianto. Di contro, la legge 194 del maggio 1978 sull'aborto, consente ad una coppia di portatori sani di fibrosi cistica, che ha concepito un figlio per vie naturali, di ricorrere all'esame dei villi coriali (esame da effettuare intorno alla 10ª settimana gestazionale) e decidere di abortire se il feto risulta affetto dalla malattia genetica”.

La Corte sottolinea anche come coppie nella stessa situazione possono già ricorrere alla fecondazio-

ne in vitro, ossia allo screening embrionale, in 15 Paesi europei: Belgio, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Francia, Grecia, Paesi Bassi, Norvegia, Portogallo, Russia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia e Regno Unito. “Questo percorso lungo e doloroso – conclude Colombi – è l'unica strada oggi possibile in Italia per le giovani coppie affette da fibrosi cistica: alimentare, loro malgrado, il turismo riproduttivo recandosi all'estero, dove, a proprie spese, possono ricorrere al Pma”.

I risultati dello studio multicentrico Aogoi

# Quanto è efficiente il percorso diagnostico delle coppie infertili in Italia?

■ **“La razionalizzazione delle risorse utilizzate nella fase diagnostica può portare ad un notevole risparmio, che consentirebbe di impiegare le stesse risorse in terapie efficaci basate sull'evidenza scientifica”.** È questa una delle principali conclusioni dello studio multicentrico Aogoi, presentato nel corso del Primo Congresso Nazionale della Federazione italiana delle società scientifiche della riproduzione (Fissr) che si è svolto a Riccione a fine maggio

ri che oscillano da 0 a 18,8%, che confermano una enorme variabilità dovuta alle forti differenze nei criteri seguiti e nelle procedure adottate dagli operatori del settore. A tale proposito, si è auspicato un aumento dei centri che effettuano la crioconservazione dei gameti.

Per quanto invece riguarda le conseguenze dell'applicazione della sentenza della Corte Costituzionale 151/2009 sulla possibilità di utilizzo di 4 embrioni, si è registrata una riduzione del congelamento degli ovociti (dal 12% del 2008 al 9,9% del 2009), insieme a un aumento di dieci volte del numero di embrioni crioconservati, passati dai 763 del 2009 ai 7337 del 2009. Proprio su questo Roccella è intervenuta per auspicare che “dopo un assestamento dell'applicazione di questa sentenza della Corte Costituzionale da parte degli operatori del settore, si possa nei prossimi mesi registrare un'inversione di tendenza per questi parametri”. “Bisogna infatti ricordare – ha proseguito Roccella – che il nostro Paese è da sempre stato all'avanguardia sulle tecniche che riguardavano gli ovociti crioconservati, che proprio tali tecniche hanno visto un maggiore aumento del successo delle gravidanze, e che, a differenza del congelamento di embrioni, questa tecnica ha minori complicazioni dal punto di vista etico”.

Infine, il sottosegretario ha annunciato che le nuove linee guida sulla legge 40, in gestazione da tempo, “saranno pronte in autunno”. “Il nuovo documento – ha concluso – implicherà un assestamento in relazione a quanto stabilito dalla sentenza della Corte Costituzionale e anche in merito all'applicazione del decreto sulla tracciabilità di tessuti e cellule crioconservati, dunque anche dei gameti”.

**L**o studio multicentrico Aogoi, coordinato da Mauro Costa, responsabile del Dipartimento di fisiopatologia preconcezionale e prenatale dell'ospedale Galliera di Genova, Cristofaro De Stefano, della U.O. Fisiopatologia della Riproduzione A.O. San Giuseppe Moscati di Avellino, e Fabio Parazzini, del Dipartimento di Epidemiologia dell'Istituto Mario Negri di Milano, è stato rivolto a valutare i criteri di gradualità, efficacia e costi nella cura dell'infertilità.

L'indagine, condotta in 12 centri per la cura dell'infertilità, uniformemente distribuiti su tutto il territorio, è stata suddivisa in due parti: la prima, retrospettiva, ha valutato il percorso delle coppie dal momento della presa di coscienza della infertilità fino alla presa in carico presso i grandi centri specializzati; la seconda parte, prospettica, attualmente ancora in corso, riguarderà l'iter diagnostico/terapeutico condotto presso i centri stessi nell'anno successivo alla presa in carico delle coppie.

I risultati della fase retrospettiva dello studio, di seguito sinteticamente riassunti, sono estremamente interessanti e, per i non addetti ai lavori, potrebbero essere anche sorprendenti.

**1.** Le coppie studiate hanno una età media femminile di 34,5 an-

ni; un quarto delle donne e metà degli uomini hanno già superato i 38 anni; nel 10% dei casi hanno già almeno un figlio; la causa dell'infertilità al momento della presa in carico risulta così distribuita tra i casi: femminile 21.3%, maschile 34.3%, mista 20.5%, inspiegata 23.9%

**2.** Le coppie hanno chiesto in media il primo aiuto ad un medico dopo una ricerca di gravidanza infruttuosa di 18 mesi; ma questo tempo necessario a prendere coscienza del problema e affrontarlo risulta più lungo per le coppie con basso livello di scolarità, sia maschile che femminile, e con lavori a basso reddito. Non risulta nel nostro campione una influenza significativa dei precedenti ostetrici della donna, quale si è rilevata in ricerche analoghe in altri paesi. Purtroppo risulta chiaro dai dati che l'età avanzata della donna non stimola una accelerazione della richiesta di aiuto.

**3.** Il medico più consultato in prima battuta è un ginecologo privato, seguito dal medico di medicina generale o da un ginecologo con note competenze nel campo dell'infertilità, ma la maggior parte degli esami vengono prescritti poi dallo specialista ginecologo di una struttura specialistica pubblica.

**4.** Dal primo contatto con un medico all'arrivo al centro spe-

cialistico passano poi in media altri 14 mesi, con oscillazioni a seconda del tipo di medico che conduce il caso (lo specialista pubblico risulta il più rapido nel riferire i pazienti ad un centro specializzato). Purtroppo anche in questo caso l'età avanzata della paziente non stimola un più rapido invio ai centri di II livello, sembra anzi paradossalmente che le pazienti di età maggiore siano il gruppo che attende più a lungo questo passaggio finale.

**5.** Quanto agli esami con cui i pazienti arrivano ai centri, essi coprono in modo soddisfacente le possibili diagnosi: vi è ancora una eccessiva enfasi sui dosaggi ormo-

**Le coppie hanno chiesto il primo aiuto ad un medico dopo una ricerca di gravidanza infruttuosa di 18 mesi. Dal primo contatto con un medico all'arrivo al centro specialistico passano poi in media altri 14 mesi**

nali femminili, pur con il rilievo positivo che esami molto moderni di recente introduzione, come il dosaggio dell'ormone Antimulleriano, stanno entrando rapidamente nel repertorio dei medici. Purtroppo, invece, ancora più del 50% dei mariti arriva ai centri specialistici senza aver eseguito uno spermogramma.

**6.** In ultimo, verificando quali provvedimenti terapeutici sono stati applicati prima dell'arrivo ai centri, si evidenzia la persistenza di una focalizzazione sulle pratiche di monitoraggio ovulatorio con rapporti programmati, che, pur avendo una utilità iniziale, spesso vengono reiterate troppo a lungo, rappresentando una inutile e frustrante perdita di tempo per le coppie.

Quali indicazioni utili emergono dallo studio

Per le coppie la prima indicazione è che dovrebbero essere informate sul fatto che un mancato concepimento dopo un anno di tentativi richiede di iniziare un percorso diagnostico, pur in presenza di possibilità realistiche residue di un concepimento spontaneo. Deve essere chiaro che la infertilità è un sintomo, quindi può sottendere una malattia, spesso curabile: questo può far uscire le persone, soprattutto di minor livello culturale, da un atteggiamento fatalistico controproducente. Deve essere chiaro che l'iter diagnostico e terapeutico deve avere tempi ragionevoli e che l'età avanzata e la lunga durata dell'infertilità richiedono un più rapido impegno. Deve poi esistere una chiara informazione sull'offerta di assistenza specialistica nel proprio territorio.

Per i medici coinvolti è necessario riconoscere che il problema riguarda la coppia (troppi maschi ancora non effettuano spermogramma), differenziare l'iter diagnostico in base all'età della donna, completarlo in un tempo ragionevole (oggi un iter diagnostico di primo livello si può completare in due mesi), abbandonare pratiche time consuming, focalizzate sulla sola individuazione reiterata della ovulazione, abbandonare le pratiche terapeutiche empiriche di non dimostrata efficacia, evitare la ripetizione di esami, facendo in modo di eseguirli sempre nella sede più affidabile. Ogni ritardo nella fase diagnostica aumenta i costi e diminuisce i risultati delle terapie successive.

In conclusione, hanno affermato i coordinatori dello studio, “la razionalizzazione delle risorse utilizzate nella fase diagnostica può portare ad un notevole risparmio, che consentirebbe di impiegare le stesse risorse in terapie efficaci basate sull'evidenza scientifica”.

■ I dati si riferiscono in parte ad un periodo antecedente ed in parte al periodo successivo la modifica della legge 40/2004 attuata dalla Corte Costituzionale con la sentenza n.151 del 15 maggio 2009. Essi risentono solo in parte dell'applicazione della sentenza 151/2009, efficace nella seconda metà dell'anno, a partire dal 15 maggio. Una migliore e più esaustiva valutazione degli esiti della sentenza 151/2009 sarà possibile quindi solo a partire dalla prossima raccolta dati, riferita al 2010, il primo anno di applicazione piena della legge 40, così come modificata dalla 151/2009.

