



«LEGGE 40: che cosa cambia?»

«Ho letto del pronunciamento della Corte costituzionale riguardo alla legge 40 sulla fecondazione assistita, ma non ho capito che cosa comporterà...»

Cristina - Milano

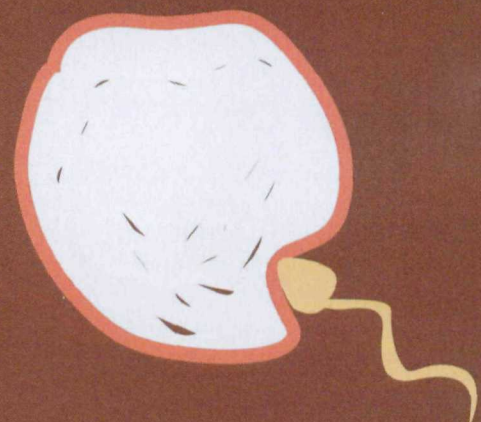
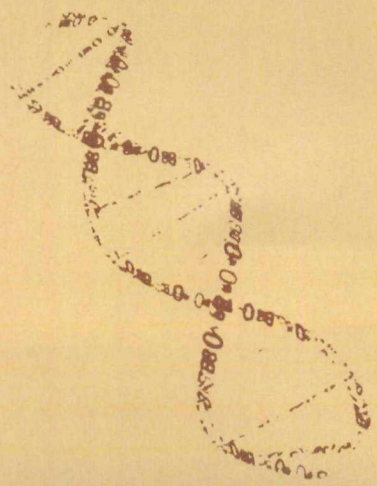
RISPONDE IL GINECOLOGO

La professoressa **Annamaria Mattei**, specialista in ostetricia e ginecologia e in endocrinologia generale, è responsabile del Centro di endocrinologia, sterilità e procreazione medicalmente assistita del presidio ospedaliero Macedonio Melloni, Azienda ospedaliera Fatebenefratelli di Milano. Inoltre è ricercatore alla facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Milano e si occupa da più di

un ventennio di disturbi endocrini (irregolarità e assenza del ciclo mestruale) e di procreazione assistita.



La legge 40 regola la procreazione medicalmente assistita (Pma) in Italia. Tale legge è stata promulgata nel 2004, ma recentemente la Corte costituzionale, chiamata a intervenire in materia a seguito di alcuni ricorsi presentati al Tar da coppie portatrici di difetti genetici trasmissibili alla prole, ha fra l'altro dichiarato la **illegittimità costitu-**



zionale di alcuni articoli. In particolare, **dell'art. 14, comma 2**, limitatamente alle parole «ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre» e **del comma 3** nella parte in cui non prevede che il trasferimento degli embrioni, da realizzare non appena possibile, come stabilisce tale norma, debba essere effettuato senza pregiudizio della salute della donna. Questo pronunciamento modifica di fatto la gestione delle tecniche di procreazione assistita e apre uno scenario nuovo che **dà spazio a una maggiore responsabilità medica** nel trattamento della coppia sterile e a una **maggiore tutela della condizione di salute della donna.**

I DUE COMMA ILLEGITTIMI

La legge 40 limitava a un massimo di tre il numero delle cellule uovo che potevano essere inseminate in un ciclo di Pma e tutti gli embrioni ottenuti dovevano contestualmente essere trasferiti in utero. Ne conseguiva quindi un aumento del rischio di gravidanze trigemine. Questo poteva essere rischioso sia per i concepiti, perché l'utero femminile non è fatto per portare a termine senza danni una gravidanza con tre feti, sia per

la madre. Adesso invece il medico ha la possibilità di inseminare un numero di cellule uovo che consenta la produzione del **numero "necessario" di embrioni** atti a garantire il maggior successo riproduttivo possibile del ciclo di procreazione assistita a cui la coppia si è sottoposta. Pertanto, il medico, che con la legge 40 aveva un ruolo limitato nelle scelte possibili rispetto all'applicazione della tecnica, oggi ritorna ad avere un ruolo di maggiore responsabilità.

È IL MEDICO CHE VALUTA IL CASO

Saranno quindi gli specialisti dei Centri di sterilità e di procreazione assistita, sulla base della loro competenza ed esperienza, a valutare, assieme alle singole coppie, il numero più idoneo di ovociti da trattare. Tutto dipenderà da alcuni **parametri** particolari quali **l'età e le condizioni di salute della donna, le caratteristiche del liquido seminale**, i risultati di precedenti cicli. Gli eventuali embrioni in esubero che presenteranno caratteristiche di vitalità

MAGGIORE SICUREZZA PER LA DONNA

Le nuove linee guida della legge 40 salvaguarderanno in modo più preciso la salute delle donne che si sottoporranno alle terapie di induzione farmacologica della superovulazione. Infatti, ogni ciclo di stimolazione ormonale necessario per poter produrre un buon numero di cellule uovo idonee alla fecondazione non è esente da rischi per la donna così come il prelievo stesso degli ovociti dalle ovaie (che è pur sempre una procedura di tipo chirurgico) è comunque gravato da potenziali rischi per la salute femminile. Con la possibilità di conservare un numero di embrioni "strettamente necessario" ma anche "ragionevolmente idoneo" a garantire il successo della procedura di fecondazione in vitro, si eviterà di dover ripetere più volte il ciclo di stimolazione ormonale e l'agoaspirazione delle ovaie.

potranno essere crioconservati e utilizzati per un secondo o terzo tentativo di reimpianto, in caso di insuccesso o per ottenere un'ulteriore

a punto dei protocolli a livello regionale e si auspicano nuove Linee guida nazionali.

SÌ ALLE INDAGINI PRE-IMPIANTO

Un altro cambiamento che deriva dalla sentenza della Corte costituzionale è legato alla possibilità di effettuare indagini genetiche pre-impianto sugli embrioni, **qualora una coppia infertile sia anche gravata da un difetto genetico trasmissibile alla prole** quale, per esempio, l'essere portatore sano del gene per la talassemia (l'anemia mediterranea). Un'ulteriore modifica già introdotta dalle nuove Linee guida della legge 40, sempre a tutela della salute della donna, aveva già esteso la possibilità di ricorrere alla fecondazione medicalmente assistita, anche alle coppie nelle quali il **partner maschile fosse portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili**, ovvero infezioni da Hiv, epatite C e B, dato l'elevato rischio di infezione per la madre e conseguentemente per il feto. ■

■ In Italia rimane invariata la legge che vieta la fecondazione eterologa, cioè con gameti, ovuli o spermatozoi di individui esterni ■

gravidanza. Per poter uniformare l'applicazione di tale legge e per allineare le procedure dei diversi Centri per la fecondazione assistita si stanno mettendo

C'È ANCORA CHI NON PUÒ RICORRERVI

La legge rimane invariata per quanto riguarda l'accesso alla fecondazione medicalmente assistita: possono ricorrere a tale tecnica solo le coppie che hanno problemi di fertilità, documentati dal medico che le ha in cura. Sono escluse, a oggi, le coppie portatrici

solo di malattie genetiche senza problemi di fertilità, quelle coppie cioè che prima del 2004, anno di entrata in vigore della legge 40, facevano ricorso alle tecniche di fecondazione in vitro per poter fruire della diagnosi genetica pre-impianto.