

Allegato alla dgr

n. del

ALLEGATO D)

Allegato alla dgr
126 25 GEN. 2001

n. del

COMITATO CONSULTIVO PER LA BIOETICA

Parere circa l'ammissibilità ai trattamenti di Procreazione Medico Assistita

La richiesta di parere al Comitato Consultivo di Bioetica riguardo le indicazioni cliniche per l'accesso alle prestazioni di Procreazione Medico Assistita apre la discussione ad una problematica complessa, riccamente articolata nei suoi dettagli tecnici, ma soprattutto densa di contenuti etico-sociali. La vicenda del nascere coinvolge questioni di grande spessore antropologico e di alto profilo morale sulle quali il dibattito è tutt'oggi inevitabilmente segnato dalla tensione di una ricerca che non ha ancora trovato conclusioni convergenti. Vi è tuttavia diffusa consapevolezza della gravità delle questioni dibattute, del grave peso che esse possono avere per il destino dell'umanità e della necessità di operare quanto prima scelte legislative a tutela del valore della maternità e paternità e della vita dei figli.

La serietà dei valori in discussione costringe ad una riflessione non circoscritta allo stretto ambito clinico, ma necessariamente aperta agli aspetti culturali e sociali che si pongono alla radice del problema. Da una parte la società non può non dare attenzione alla sofferenza di quelle coppie che desiderano realizzare la legittima aspirazione a diventare padri e madri lì dove la natura glielo impedisce, dall'altra vi è il dovere di tutelare la realtà del bambino che in questa vicenda appare come l'anello più debole ed indifeso. Una riflessione sulle implicanze etiche della Procreazione Medico Assistita non può non collocare al primo posto l'esigenza di tutelare il bene del nascituro. Nel perseguire una positiva convergenza fra tale forte tensione etica e la legittima aspirazione alla paternità e maternità, si pongono pertanto molteplici problematiche morali che richiedono atteggiamenti di comprensione, di discernimento e di coinvolgimento umano che le istituzioni sociali e sanitarie non possono ignorare. L'accoglienza della vita nascente è un valore prioritario che trova nel contesto sociale attuale una non adeguata promozione sia nella cultura giovanile che nella famiglia già formata.

Le proposte di soluzione dei singoli problemi richiedono una vera e propria strategia dell'accoglienza che ha bisogno di essere identificata e pianificata dentro strutture competenti dove le soluzioni tecniche siano adeguatamente sostenute da quell'approccio globale che consenta di

Direzione Regionale Programmazione Socio-Sanitaria



Allegato alla dgr
n. del

Allegato alla dgr
126 del 26/04/2001
n. del

rispettare la complessità e la pluralità dei valori in gioco. In questo senso una risposta strettamente o rigidamente sanitaria ha in sé il rischio di essere insufficiente e spesso capace di generare insoddisfazione o disagio. Sembra pertanto al Comitato che il termine (pur diffusamente impiegato) di "Procreazione Medico Assistita" sia alquanto riduttivo ed esposto al rischio di un messaggio inadeguato (o addirittura distorto) sia per le coppie che per gli operatori. Le coppie, in primo luogo, possono essere indotte a ritenere che tutto si possa risolvere in una procedura tecnica di natura meramente sanitaria. Gli operatori sanitari, dal canto loro, possono trarne il convincimento di essere gli unici competenti ad intervenire. Il Comitato propone, pertanto, che venga impiegato il termine di "Procreazione Assistita", senza alcuna ulteriore (e quindi riduttiva) specificazione.

In sede di più generali considerazioni, il Comitato esprime la preoccupazione che siano proposte iniziative volte a conservare i valori della paternità/maternità che anche nella nostra regione soffrono di una più generale crisi di identità e di promuovere, più ampiamente, una cultura della vita. In questa direzione si ritiene necessario l'impegno di risorse e strategie educative che coinvolgano il mondo giovanile, di percorsi formativi per coloro che si impegnano ad una vita di coppia e di un sostegno più efficace alle famiglie nell'accogliere e nell'educare i figli. Non possiamo non ignorare che la sempre più diffusa difficoltà per la coppia ad avere figli richiede adeguate strategie di prevenzione che si aprono anche alla dimensione culturale.

Gli aspetti operativi, strettamente clinico-sanitari, soffrono oggi della più generale necessità del confronto con le risorse economiche che la struttura sanitaria della Regione può mettere a disposizione; non può essere estranea quindi alla riflessione anche la necessità di una attenta valutazione del rapporto costo/beneficio nell'utilizzo e nelle indicazioni delle singole tecniche secondo i principi della giustizia e dell'equità distributiva.

La complessità delle questioni cui si è accennato non consente al Comitato di esprimere una valutazione definitiva che, del resto, probabilmente esula dall'ambito del parere che gli è stato richiesto. Non si può nemmeno ignorare la permanente assenza di un quadro legislativo in materia che, pur non rappresentando un ostacolo alla considerazione degli aspetti etici del problema, costituirebbe pur sempre un preciso riferimento di carattere normativo con il quale confrontarsi. Con tali indispensabili precisazioni, il Comitato intende possibile iniziare a tracciare le coordinate di quelle che potrebbero essere le soluzioni da iniziare a sperimentare. Tutto ciò nello spirito di accogliere e di risolvere la sofferenza per un desiderio di

Direzione Regionale Programmazione Socio-Sanitaria



Allegato alla dgr

n. del

Allegato alla dgr

126
n.

del 26 GEN. 2001

maternità/paternità non realizzato nel rispetto dell'esigenza di dare ad un figlio veri genitori.

In riferimento specifico ai singoli quesiti posti a questo Comitato per l'ammissibilità ai trattamenti di P.M.A. per le coppie ritenute infertili secondo le indicazioni cliniche definite dal gruppo tecnico si ritengono opportune le seguenti riflessioni:

1. Ammissibilità ai trattamenti delle coppie il cui partner femminile ha un'età superiore ai 40 anni.

Il Comitato prende atto che, in base a rilevazioni eminentemente cliniche e sulle quali vi è il diffuso consenso degli ostetrici, (*Dati forniti al Comitato dal gruppo tecnico costituito dalla Direzione Regionale dei Servizi Ospedalieri ed Ambulatoriali*):

- le percentuali di successo della fecondazione sono molto basse (10%);
- le probabilità di nascita sono ancora più sfavorevoli (3-4% vs. 10-15% delle età inferiori);
- vi è un alto tasso di abortività;
- vi è un consistente aumentato alto rischio di malformazione (che non raramente induce all'interruzione volontaria della gravidanza).

Il Comitato ritiene che tali riscontri giustificano la predisposizione, allo stato attuale, di una lista prioritaria nella quale siano costantemente favorite le coppie il cui partner femminile abbia un'età inferiore ai 40 anni.

Si osserva, inoltre, che fino a quando la richiesta di prestazioni sarà maggiore della possibilità di soddisfarle, l'immissione in una lista in cui altre abbiano la priorità potrebbe comportare per le donne di età superiore ai 40 anni un notevole stress psichico causato dalla dicotomia tra la speranza soggettiva e l'impossibilità oggettiva di accedere alla pratica di fecondazione.

Un membro esprime l'avviso che proprio la bassa probabilità di successo, l'alto tasso di abortività e il consistente aumento del rischio di malformazioni impongono un giudizio etico di non opportunità, nella considerazione che non vi è il "significativo beneficio" previsto dalla legge "a fronte delle risorse impiegate", in questo caso molto rilevanti (cicli di trattamento farmacologico; degenza ospedaliera con anestesia generale; impiego di tecnologie clinico-strumentali e di équipe cliniche e laboratoristiche).

Direzione Regionale Programmazione Socio-Sanitaria



Allegato alla del
126
n. del
26 GEN. 2007

Il Comitato esprime, infine, un parere concorde sulla necessità che anche per le donne di età inferiore a 40 anni sia comunque necessario predisporre un protocollo chiaro per il consenso informato prima dell'ammissione alla P.A.

2. Ammissibilità ai trattamenti delle coppie di fatto.

Il Comitato ritiene opportuno evidenziare che il contesto etico-culturale attuale riconosce alle coppie di fatto una identità familiare per cui, in accordo a quanto già proposto in sede legislativa nazionale, non si ritiene opportuno escludere le coppie di fatto dalla Procreazione Assistita. Si ritiene tuttavia necessario sottolineare che l'accoglienza della vita nascente richiede un clima familiare di maturità affettiva ed emotiva che si esprima anche in un progetto di stabile e duratura continuità relazionale.

Non può dunque essere ignorato il riferimento ai principi che hanno ispirato la normativa sulla adozione (legge n.184/83 e successive modificazioni), dei quali il Comitato riconosce l'elevato valore etico.

3. Ammissibilità di coppie che hanno già uno o più figli naturali o adottivi o in cui uno dei partner ha già uno o più figli viventi naturali o adottivi viventi (compresi in entrambi i casi i figli avuti con la P.A.).

Il Comitato esprime l'avviso che l'aver di fatto già realizzato il desiderio di essere genitori costringe queste coppie a "lasciare necessariamente il posto" a chi ancora non ha risolto il problema anche in relazione ai già richiamati aspetti che contraddistinguono la situazione attuale :

- lunghe liste di attesa che attualmente caratterizzano l'accesso alla P.A.;
- limitatezza delle risorse disponibili.

Il Comitato segnala comunque la particolare condizione in cui si può trovare un soggetto che non ha potuto avere figli con il precedente partner e che desidera avere un figlio con l'attuale convivente che però ha già avuto figli : in questo caso si ritiene necessario non negare questa possibilità a tale soggetto non avendo egli mai potuto generare.

Per quanto riguarda i quesiti posti su alcuni aspetti operativi esprime il seguente parere.

Direzione Regionale Programmazione Socio-Sanitaria



Allegato alla dgr
n. del

Allegato alla dgr
126
n. del 26 GEN. 2001

Il numero di embrioni da impiantare per ciascun ciclo individuato nel numero di 3 nelle proposte a livello parlamentare appare ispirato dalla esigenza di evitare la conservazione di embrioni, atteggiamento che appare eticamente condivisibile. Si osserva che il basso numero di embrioni prodotto costringerà probabilmente ad aumentare il numero di cicli con un aumento dei costi e delle liste di attesa ma le conseguenze di tale modalità operativa sono ben giustificate dal valore etico del principio ispiratore.

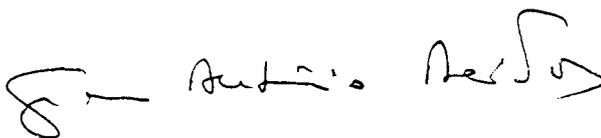
Per quanto riguarda la destinazione degli embrioni, ribadita la validità etica della scelta di utilizzare tutti gli embrioni prodotti per il contemporaneo trasferimento nell'utero della donna, qualora si dovesse comunque rendere impossibile l'immediato impiego, vanno assicurate le più accurate procedure di trattamento conservativo.

Infine, in merito alla possibilità di ricorso alla inseminazione eterologa, il Comitato ritiene opportuno attendere la definizione normativa del problema a livello nazionale, riservandosi di esprimere il proprio parere sugli aspetti etici della legge e sulle sue implicanze etiche nella conseguente traduzione operativa a livello regionale.

L'estensore
Prof. Paolo Benciolini
Presidente del Comitato



L'estensore
Dott. Gian Antonio Dei Tos
Vicepresidente del Comitato



Direzione Regionale Programmazione Socio-Sanitaria

