



Argomentario

1. Punto di partenza

Nella diagnostica preimpianto (DPI) sono compresi esami genetici e analisi nell'ambito della biologia cellulare per il riconoscimento di malattie ereditarie e di malformazioni dei cromosomi. Questi esami si effettuano sugli embrioni concepiti tramite la fecondazione artificiale e, in base ai risultati ottenuti dai test in merito a malattie genetiche, si decide quali singoli embrioni vanno impiantati nell'utero e quali scartati.

Il Consiglio federale e il Parlamento vogliono permettere l'introduzione della DPI in Svizzera. Mentre il Consiglio federale voleva permettere unicamente la DPI alle coppie con predisposizione a malattie genetiche (50-100 casi all'anno)^[1], il Parlamento ha esteso questa possibilità a tutte le coppie che utilizzano la fecondazione assistita (circa 6'000 casi all'anno)^[2]. In questo modo tutti gli embrioni extrauterini potrebbero essere esaminati in provetta con tutti i test genetici a disposizione e selezionati a priori. Di conseguenza avremmo embrioni con un patrimonio genetico "desiderato", i quali sarebbero impiantati nell'utero della madre o congelati, e embrioni con patrimonio genetico "indesiderato", che verrebbero scartati e distrutti.

L'autorizzazione della DPI implica una modifica della Costituzione federale sulla quale Popolo e Stati voteranno il 14 giugno 2015. Nel caso in cui il cambiamento fosse accettato, il Consiglio federale metterà in atto la versione revisionata della legge sulla medicina della procreazione (LPAM) a meno che in seguito non venga applicato un Referendum. Con questa revisione della LPAM, già accettata dal Parlamento, verranno aboliti i divieti legislativi della diagnosi preimpianto e della procedura di congelamento di embrioni (la cosiddetta crioconservazione) e la DPI sarà regolamentata in dettaglio.

2 Modifica della Costituzione federale (Art. 119)

L'attuale decreto federale sta alla base della LPAM, che vieta la DPI e permette al massimo lo sviluppo di tre embrioni per la fecondazione artificiale. La rimozione del divieto della diagnosi preimpianto presuppone una modifica della Costituzione federale, dato che, per svolgere il procedimento tecnico della DPI, si necessitano più embrioni di quelli che possono poi essere impiantati. Attualmente la Costituzione federale infatti vieta la possibilità di creare i cosiddetti embrioni soprannumerari come segue:

L'ultima parte dell'articolo 119, capoverso 2, lettera c afferma oggi:

„fuori del corpo della donna possono essere sviluppati solo tanti oociti umani quanti se ne possono trapiantare immediatamente“ (Cost. art. 119 cpv. 2 lett. c).

La modifica costituzionale prevista (rev. Cost.) permetterebbe invece:

„fuori del corpo della donna può essere sviluppato in embrioni soltanto il numero di oociti umani necessario ai fini della procreazione assistita.“ (rev. Cost. art. 119 cpv. 2 lett. c).

Con la modifica della Costituzione si oltrepassa lo scopo originale dell'immediato trapianto nell'utero dell'embrione e non sono previsti chiari limiti né condizioni quadro per la DPI, ma si permette "solo" la produzione di embrioni cosiddetti soprannumerari. Ma cosa avverrà con gli embrioni non trapiantati? Ciò è definito unicamente nella legge sulla medicina della procreazione e tutt'al più nella legge sulle cellule staminali (LCel).

Queste leggi regolano se e quali esami possono essere svolti, quanti embrioni possono essere prodotti e per cosa possono essere utilizzati. Viene inoltre definito cosa succede con gli embrioni soprannumerari, ad esempio se possono essere congelati e, se sì, per quanto tempo.

3. Argomenti contrari alla modifica della Costituzione

3.1 La prevista modifica costituzionale mina la protezione degli embrioni ed è una contraddizione in se stessa.

Il nuovo articolo 119, paragrafo 2, lettera c, è formulato in maniera talmente aperta e va oltre l'immediato impianto degli embrioni nell'utero, che in futuro, di fatto, non vi sarebbe più una protezione degli embrioni. Con questa modifica, il cpv. 1 art. 119 Cost. attualmente in vigore "L'essere umano va protetto dagli abusi della medicina riproduttiva e dall'ingegneria genetica" perde completamente di significato. Inoltre, le indiscusse prescrizioni sull'impiego del patrimonio germinale e genetico umano, contenute nella prima parte dell' art. 119 cpv. 2 lett. c della Cost. ⁽³⁾ verrebbero radicalmente minate.

3.2 Senza modifica della Costituzione federale nessun adeguamento della legge sulla medicina della procreazione

La legge sulla medicina della procreazione (LPAM) revisionata si basa sull'art. 119 cpv. 2 lettera c della Costituzione federale. Se il Popolo e gli Stati non approveranno questa modifica costituzionale, la revisione della LPAM già decisa dal Parlamento non entrerà in vigore. Per questo motivo chi è contrario alla revisione decisa dal Parlamento, deve, per forza di cose votare contro una modifica della Costituzione.

3.3 La modifica della Costituzione porta ad una distorsione

Malgrado di primo acchito la modifica della Costituzione federale sembri innocua, essa rappresenta un cambiamento paradigmatico. In effetti la possibilità di poter sviluppare tanti embrioni quanti sono necessari per lo svolgimento della fecondazione assistita cambia alla base l'inizio della vita umana. Si potrebbero creare embrioni in soprannumero! E una volta permesso questo si aprono le porte ad ulteriori procedure nell'ambito della fecondazione artificiale (regolata nella LPAM). I primi passi in questa direzione sono già stati discussi e in parte anche già decisi in Parlamento, il quale vuole permettere a tutte le coppie che utilizzano la fecondazione assistita le analisi genetiche di gameti e degli embrioni in provetta. Al contrario, il Consiglio federale voleva limitare l'esame solo alle coppie con malattie genetiche gravi. Ciò significa che tutti gli embrioni concepiti al di fuori dell'utero potrebbero subire una selezione del tipo "merita di vivere" e "non merita di vivere", per poi più tardi essere impiantati, scartati o congelati. In Parlamento è stata pure proposta la possibilità di creare il cosiddetto "bambino salvatore" per il prelievo del midollo (DPI finalizzata alla selezione di embrioni immunocompatibili), la quale però non ha ancora riscontrato una maggioranza di sostenitori. Potrebbe però essere solo una questione di tempo, e anche questa ulteriore possibilità rischierebbe di venir introdotta in seguito alla liberalizzazione della legge in ambito di DPI.

Ulteriori tentativi di liberalizzazione legislativa sono già di pubblica discussione. Ne è prova la Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana (CNE), la quale argomenta già oggi in maggioranza a favore della donazione di ovociti e embrioni, della questione di maternità di sostituzione e dell'abolizione del tetto massimo del numero di embrioni prodotti. ^[4]

La gamma di tutte le possibili costellazioni cromosomiche che potrebbero giustificare il fatto di scartare un embrione rischierebbe di crescere di continuo. Lo mostra ad esempio il caso della Gran Bretagna, come si può leggere dal sito della Human Fertilisation and Embryology Authority^[5], dove sono elencate le condizioni per svolgere una DPI.

Bisogna in più considerare il fatto che anche i test genetici si sviluppano di continuo. Di conseguenza diventa sempre più difficile definire quali sono adatti per giustificare l'eventuale scarto di un embrione.

L'apertura dell'art. 119 Cost. è un ulteriore passo verso una medicina di riproduzione senza limiti: per questo motivo la modifica della Costituzione federale va fermata.

3.4 La modifica della Costituzione federale porta ad una selezione eugenetica

Al centro della modifica della Costituzione federale troviamo la DPI e, con essa, i fantasmi dell'eugenetica (un'ideologia che promuove il miglioramento genetico del genere umano tramite la selezione). L'eugenetica nasce dall'ideologia errata di poter creare una società priva di disabilità e

malattie, creando una falsa sensazione di onnipotenza. Si dimentica che, malgrado tutte le possibilità tecniche, le conoscenze e le capacità dell'essere umano sono limitate: l'uomo può ridurre la sofferenza, ma non è in grado di eliminarla.

Gli scopi della legge e della medicina dovrebbero essere la guarigione e la cura delle persone e non la selezione di embrioni ritenuti „malati“. Sarebbe invece auspicabile un sistema legislativo che aiuti l'essere umano ad utilizzare al meglio le sue conoscenze e ad avere una vita realizzata.

4. I cambiamenti della legge sulla medicina della procreazione (LPAM)

Una panoramica dei cambiamenti più importanti della legge sulla medicina della procreazione (LPAM):

Campo d'applicazione della DPI: gravi malattie ereditarie e anomalie dei cromosomi

Il cambiamento principale è la regolamentazione della DPI con l'introduzione dell'articolo 5 a cpv. 1 – 3 LPAM intitolato “Esame del patrimonio genetico di gameti o di embrioni *in vitro* e loro selezione”.

Il Consiglio federale voleva unicamente permettere l'esame e la selezione del patrimonio genetico di gameti ed embrioni nel caso in cui non fosse possibile limitare altrimenti il pericolo della trasmissione di una grave malattia ereditaria. Il Parlamento ha però deciso di permettere anche l'esame di anomalie di cromosomi (la DPI è permessa “per individuare caratteristiche cromosomiche suscettibili di influenzare la capacità di sviluppo del futuro embrione“ articolo 5 a, cpv. 1 e cpv. 3, LPAM). Con un esame genetico dei cromosomi si possono ad esempio eliminare embrioni risultati positivi al test sulla trisomia 21.

Dalla regola dei tre alla regola dei dodici embrioni

All'interno di un ciclo di trattamento della procreazione assistita oggi è permesso di sviluppare al massimo tre embrioni (regola dei tre embrioni art. 17 cpv. 1, LPAM). Il Consiglio federale voleva aumentare il numero a un massimo di otto embrioni, nel caso in cui si effettuasse anche una DPI. Il Consiglio nazionale, invece, inizialmente non voleva nessuna limitazione numerica degli embrioni prodotti, poi però ha accettato il compromesso proposto dal Consiglio degli Stati, per il quale erano sufficienti al massimo 12 embrioni per ciclo di trattamento (art. 17 cpv. 1, LPAM).

Permessa la conservazione degli embrioni

Oggi è vietata la conservazione degli embrioni (art. 17 cpv. 3, LPAM). Con l'abolizione prevista di questo divieto sarà possibile la cosiddetta crioconservazione, ovvero la possibilità di congelare e conservare gli embrioni.

5. Argomenti contrari alla Legge sulla medicina della procreazione (LPAM)

5.1 La DPI come strumento per la selezione tra chi merita e chi non merita di vivere

La DPI è uno strumento di selezione che vuole definire quale vita sia vivibile e quale no. Essa crea i presupposti per definire quali esseri umani abbiano il diritto di esistere; vogliamo che questa sia la base della nostra società futura?

Non si possono dare basi giuridiche alle discriminazioni, dato che il principio del diritto è: i diritti di base fondamentali (come il diritto alla vita) sono da definire in base all'appartenenza all'umanità (ovvero, tramite il semplice fatto di essere umani) e non attraverso l'appartenenza ad un certo tipo o gruppo di persone. Per questo la selezione eugenetica dell'uomo (a livello di embrioni), anche se all'insegna dell'autonomia decisionale dei genitori nella procreazione, vuol dire infrangere le basi di questo diritto. Con l'applicazione della DPI il diritto fondamentale verrebbe sostituito a piacimento: i "nati" decidono sulla sorte dei "non ancora nati", sottoponendoli ad un "controllo di qualità".

5.2 La DPI porta alla discriminazione di persone portatrici di handicap e gravemente malate

La DPI discrimina le persone portatrici di handicap in quanto le considera "rischi indesiderati". La decisione di selezionare in base al criterio "merita" o "non merita" di vivere mette in questione l'esistenza stessa della persona con disabilità o gravemente malata, portandola ad avere dubbi sul valore della propria esistenza e sul proprio ruolo sociale

Se le persone portatrici di handicap sono viste e classificate come "un peso evitabile", le conseguenze logiche di questo pensiero potrebbero in seguito essere il rifiuto delle prestazioni a livello di assicurazioni sociali e delle casse malati, dato che si riterrebbe che con una DPI si sarebbe potuta evitare l'esistenza della malattia. L'integrazione sociale ed economica di persone portatrici di handicap è ugualmente compito della politica, della società e del legislatore, ma lo scopo non deve essere quello di impedire una vita con disabilità.

Non vogliamo creare una società disumana tramite una DPI che definisce il diritto alla vita in base alla salute, all'efficienza o alla produttività di un essere umano. Una società umana ha il compito di garantire a tutti il diritto alla vita, alla dignità e al rispetto. Tutte le persone sono dipendenti dalla solidarietà della società, dato che tutte potrebbero improvvisamente perdere l'autonomia, ammalarsi gravemente o diventare disabili; e questo con o senza una predisposizione genetica.

5.3 La DPI discrimina i genitori pronti ad accettare un bambino con handicap o gravemente malato

La DPI pone anche il problema della limitazione della libertà di scelta dei genitori che si oppongono alla possibilità di ricorrere a questo esame. Essi saranno sottoposti alla forte pressione sociale creata dall'esistenza della DPI, che si ritiene la soluzione migliore per evitare disagi, costi sociali e sanitari.

Già oggi infatti molti genitori devono giustificarsi se decidono di non svolgere una diagnosi prenatale o se decidono di non interrompere la gravidanza malgrado un embrione non coincida alla norma. Se già adesso il diritto alla vita e l'essere degno di vivere sono messi in discussione, con l'introduzione della DPI la pressione sociale aumenterebbe ancor più, poiché essa spingerebbe i futuri genitori ad utilizzarla.

5.4 La DPI non porta a un progresso medico

Anziché favorire la ricerca di nuove terapie, la DPI promuove l'eliminazione di chi potrebbe essere malato o portatore di handicap.

La scoperta delle cellule iPS (cellule staminali pluripotenti indotte), premiata con un Nobel, dimostra che è proprio la rinuncia all'eliminazione degli embrioni a favorire la creatività degli scienziati nella ricerca di terapie.

Nel 2004, durante un dibattito nella trasmissione televisiva ARENA, trasmessa in occasione dell'imminente votazione sulla ricerca delle cellule staminali, i fautori della DPI elencavano i vantaggi dell'utilizzo di embrioni scartati allo scopo di produrre cellule staminali embrionali, mentre già allora chi era contrario alla DPI si ingaggiava per l'utilizzo di cellule staminali di persone adulte (senza l'utilizzo di embrioni). Da anni esistono numerose terapie cliniche con cellule staminali provenienti da adulti, mentre i test preclinici con cellule staminali embrionali sono falliti e sono comunque eticamente ingiustificabili.

Oltretutto diversi studi dimostrano che le prospettive di successo, ovvero il tasso di natalità con fecondazioni artificiali senza l'uso della DPI, sono significativamente maggiori.^[6]

5.5 L'attuale revisione della legge sulla medicina della procreazione viola i principi della Costituzione federale

La Costituzione federale definisce in modo chiaro che tutte le procedure della procreazione assistita possono essere applicate solo:

„quando non vi sono altri modi per curare l'infertilità o per ovviare al pericolo di trasmissione di malattie gravi, non però per preformare determinati caratteri nel nascituro o ai fini di ricerca“. (Cost. art. 119 cpv. 2 lett. c).

Nella modifica della LPAM convalidata dal Parlamento, la DPI verrebbe permessa senza limitazioni:

"(...) per individuare caratteristiche cromosomiche suscettibili di influenzare la capacità di sviluppo dell'embrione" (art. 5a cpv. 1 e analogo cpv. 3).

Questo ampliamento delle possibilità della DPI si pone in contraddizione con la Costituzione federale. Essa è in contrasto con le indicazioni e le applicazioni pratiche. In effetti, scovare anomalie cromosomiche, come ad esempio una trisomia 21, non porta all'obiettivo di evitare "la trasmissione di una malattia grave". Ma scartare un embrione con trisomia 21 ha lo scopo di "preformare determinati caratteri" nel bambino. Di conseguenza la nuova LPAM contiene modifiche di per sé proibite dalla Costituzione federale.

5.6 Con l'abolizione del divieto di conservazione cresce in modo considerevole il numero di embrioni in soprannumero

La pianificata abolizione del divieto di congelamento di embrioni non è accettabile per il fatto che innumerevoli embrioni sono lasciati ad un destino incerto. Oltretutto, i rischi insiti nella crioconservazione, del successivo scongelamento e dell'impianto dell'embrione non sono ancora stati chiariti, e questo potrebbe arrecare danni al bambino e al suo sano sviluppo.

Prima che venisse introdotta la LPAM tutti centri di fecondazione *in vitro* della Svizzera congelavano annualmente da 800 a 1'113 embrioni circa. Con l'entrata in vigore della LPAM (2001) e il divieto connesso della crioconservazione la cifra annuale degli embrioni congelati è scesa da 91 nel 2001 a 57 nel 2003. [7] Sono state solamente le sanzioni introdotte dalla legge LPAM ad indurre gli specialisti della medicina di riproduzione a limitare la crioconservazione solo alle emergenze.

Qualora queste modifiche della Costituzione e della legge LPAM fossero accettate, per ogni ciclo di trattamento si potrebbero produrre 12 embrioni invece di 3. Prendendo poi in considerazione il fatto che in futuro la DPI sarà utilizzata da un numero sempre maggiore di coppie, bisognerà calcolare un aumento significativo degli embrioni crioconservati.

Se, ad esempio, la metà delle coppie che decidono di effettuare una fecondazione assistita (attualmente più di 6'000 all'anno) svolgessero una DPI con la produzione di 12 embrioni per ciclo, potrebbero essere prodotti un totale di 36'000 embrioni all'anno. Così, di fatto, dopo aver scartato un certo numero di embrioni, perché non idonei e dopo averne trapiantati tre nell'utero della donna, ne rimangono ancora a migliaia in soprannumero, che verrebbero poi crioconservati. Questo numero varrebbe solo nel caso in cui fosse necessario un unico ciclo di trattamento. Di regola, però, prima che una donna riesca davvero a portare a termine una gravidanza, sono necessari più cicli di trattamento.

Così, in definitiva, si arriva a produrre in media 39 embrioni per poter arrivare al parto di un bimbi; questo secondo le cifre dell'attuale statistica della European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). [8] Ma in queste cifre non è ancora calcolato l'aumento degli embrioni in soprannumero prodotti per l'abolizione della legge sulla crioconservazione e l'abrogazione della regola dei tre embrioni per tutti i casi di fecondazione assistita senza la pratica della DPI.

In ogni caso, al più tardi dopo 10 anni gli embrioni crioconservati devono essere scongelati, poi distrutti, oppure "consumati" dalla ricerca. Si può quindi presumere che la ricerca sulle cellule staminali e l'industria farmaceutica si aspettino di poter utilizzare questi embrioni. Ma qui non si tratta solo di ricerca scientifica; ci sono di mezzo anche interessi finanziari.

5.7 La legalità della DPI all'estero non è motivo per introdurla anche in Svizzera

Dai fautori della nuova legge si sente spesso l'argomentazione che, comunque, le coppie al giorno d'oggi si recano già all'estero per poter effettuare una DPI. Ma attenzione: così si potrebbe giustificare anche il fatto di poter scegliere il sesso del nascituro, pratica che in alcuni paesi è legale. Non dimentichiamoci che per la nostra legislazione e per una sua adeguata valutazione nel nostro Paese siamo noi cittadini ad essere responsabili.

5.8 La DPI non garantisce un bambino sano

Nell'ambito della diagnosi genetica non possono essere esaminate contemporaneamente tutte le malattie genetiche finora conosciute. Molte di queste non rientrano nel filtro o si scoprono ad uno stadio di sviluppo più avanzato. Per questo motivo in molti casi, oltre alla DPI, viene anche svolta una diagnosi prenatale (che comprende controlli mediante i quali è possibile monitorare e identificare malattie genetiche del feto) . Questa può portare a complicazioni e all'aumento del rischio di un aborto spontaneo, già insito in una normale fecondazione assistita nella misura 21,7 %.[9] Secondo l'attuale statistica della ESHRE, su 7'529 gravidanze ottenute con un trattamento DPI sono stati registrati 51 aborti e 101 uccisioni selettive in caso di gravidanze multiple.[10] La maggioranza degli aborti e delle eliminazioni di gemelli è avvenuta dopo i controlli tramite ultrasuono e/o una diagnosi prenatale invasiva. Purtroppo la mentalità eugenetica della DPI ha la sua continuazione nella pratica della diagnosi prenatale. Inoltre non bisogna dimenticare che ognuno di questi casi rappresenta un enorme peso fisico e psichico per la donna che subisce il trattamento.

5.9 Il campo di applicazione pratica della DPI si amplierà

Diventerà molto difficile delineare un chiaro confine tra le malattie diagnosticabili e quelle che non lo sono. Quali saranno incluse nella DPI e quali no? Malattie mortali, o quelle che si manifestano successivamente, o ancora incurabili? Chi potrà decidere cosa è grave? Il dolore e la sofferenza sono

soggettivi; una diagnosi di una malattia potrebbe giustificare un procedimento con DPI, se i genitori la reputassero troppo grave, con conseguenze troppo dolorose? Una rara variante genetica che presenta un'alta probabilità di cancro al seno per una donna tra i 40 e i 50 anni è un motivo grave per giustificare una DPI? Quando nel nuovo art. 5 della LPAM si utilizza il termine "malattia grave", secondo il messaggio del Consiglio federale si intende "limitazioni delle capacità cognitive, come una riduzione dell'intelligenza (QI inferiore a 60)" sia "gravi limitazioni di processi emozionali o della regolazione affettiva." [11]

Ma dove si traccia il confine per una DPI? Il Consiglio federale ha fissato il limite includendo solo le coppie con malattie genetiche. Il Parlamento invece ha permesso questi test genetici a tutte le coppie che svolgono la procreazione assistita.

5.10 La DPI provoca più dolore di quello che riesce a limitare

Molte malattie (gravi), che non sono per forza genetiche, non sono ancora diagnosticabili ad uno stadio così precoce. Molte possono essere individuate in modo attendibile solo durante la diagnosi prenatale.

Molte disabilità (97%) non sono genetiche, ma si formano durante la gravidanza, durante o dopo il parto. I motivi che portano a handicap durante la gravidanza sono ad esempio virus, radiazioni, medicinali, veleni ambientali, nicotina, ecc. Nella maggior parte dei casi si arriva a gravi disabilità fisiche e mentali solo al momento del parto o di incidenti che avvengono dopo. L'introduzione della DPI porta all'illusione che disabilità o malattie possano essere evitate.

L'introduzione della DPI viene motivata come segue: "i genitori possono realizzare il loro desiderio di avere un figlio naturale senza il timore che una malattia genetica del figlio comporti un disagio a cui non riuscirebbero a far fronte." [12] Secondo questa logica, la possibilità di poter ricorrere alla DPI può far sì che i bambini nati con gravi disabilità saranno considerati come un "problema insostenibile" da genitori e/o dal personale di cura. Questa stigmatizzazione creerebbe a sua volta più sofferenza.

5.11 La DPI non riesce ad impedire un'interruzione di gravidanza

I fautori della DPI partono dall'idea che la diagnosi prenatale porti spesso a aborti spontanei e ne deducono che gli "embrioni malati" debbano essere scartati già prima di essere impiantati nell'utero materno per evitare gli aborti post-diagnosi prenatale e i conseguenti traumi per la madre.

D'abitudine, i risultati della DPI dopo l'impianto degli embrioni nell'utero della donna sono rivalutati durante i primi tre mesi di gravidanza tramite una procedura di diagnosi prenatale, portando di nuovo con sé i rischi di un aborto o di una malformazione embrionale.

Pur ricorrendo alla DPI, la donna deve comunque aspettare la diagnosi prenatale, che la informerà su di un'eventuale malattia grave. Perciò anche dopo una DPI potrebbe essere necessaria un'interruzione di gravidanza, con tutte le sue potenziali conseguenze negative[13].

E comunque scartare un embrione già impiantato dopo una procedura DPI è di per sé un'uccisione di una vita umana ai suoi inizi.

5.12 La DPI può essere pericolosa per l'embrione

Per lo svolgimento di una DPI vengono di solito estratte da una a due cellule il terzo giorno dopo l'avvenuta fecondazione (ovvero lo stadio dalle 4 alle 10 cellule). Queste cellule sono poi controllate per verificare l'esistenza di eventuali malattie o malformazioni. Qui si afferma che il prelievo da una a due cellule non abbia alcun influsso sulla possibilità di sopravvivenza dell'embrione. Ma le attuali esperienze mostrano che il 40% degli embrioni valutati come adatti all'impianto non riescono ad annidarsi, perché sono stati feriti durante la DPI. [14] Pure la ESHRE (European Society for Human Reproduction and Embryology) spiega nelle più attuali direttive sulla DPI del 2011: "secondo lo stato attuale della conoscenza lo screening DPI di embrioni pluricellulari è inefficiente. Al momento è ancora incerto se la DPI svolta nella fase embrionale della blastocisti o se l'analisi dei corpi polari porterebbero ad aumentare il tasso di natalità."[15]

5.13 La DPI non è compito medico

Tra i compiti di un medico troviamo la cura e la prevenzione di malattie così come la riduzione della sofferenza, risparmiando danni alla salute alla futura madre e al nascituro. Il dovere di un medico non è quello di evitare o addirittura provvedere alla soppressione di una vita malata o disabile. In questa visione tradizionale, in base al giuramento di Ippocrate, la DPI non spetta medico.

5.14 La DPI rappresenta un forte peso sia per la madre sia per la coppia

Per le donne che affrontano una fecondazione assistita con la DPI, la procedura rappresenta un forte stress fisico e psichico. Per lo sviluppo di 12 embrioni bisogna estrarre circa 20 ovuli e per ottenerli le donne devono essere artificialmente "bombardate" di ormoni. Questo può portare a complicazioni o addirittura a danni conseguenti.

Dal momento in cui le cellule sono state analizzate e gli embrioni sani sono stati impiantati, restano l'incertezza e la paura che questi non si possano annidare. Se poi la gravidanza si protrasse oltre i primi tre mesi, sarebbe svolta una diagnosi prenatale per confermare la salute del bambino. A questo punto della procreazione assistita, per la coppia potrebbe ancora porsi la domanda a favore o contro un'interruzione della gravidanza. Una coppia o una famiglia con malattie genetiche gravi che decidono

per una fecondazione artificiale con DPI si trovano confrontate con tutta una serie di ostacoli e situazioni di stress prima di arrivare a partorire un bambino "sano" (ovvero senza le malattie o le disabilità escluse dal trattamento).

5.15 La DPI delega al laboratorio quale vita merita di essere vissuta e quale no

Al giorno d'oggi la diagnosi prenatale mira essenzialmente all'identificazione della sindrome di Down (Trisomia 21). Tramite questo esame vengono alla luce dal 50% al 85% di queste anomalie dei cromosomi. Come conseguenza, nel 96% dei casi i genitori decidono di interrompere la gravidanza [16]. La possibilità di poter svolgere una diagnosi prenatale implica un enorme peso e porta i futuri genitori ad un dilemma in cui le conseguenze di un aborto sono fortemente sentite.

Con una DPI questo dilemma viene aggirato tramite specialisti in medicina di procreazione che svolgono le loro analisi in laboratorio decidendo sulla vita o "non vita" in maniera autonoma senza interagire con i genitori. Per questo motivo il Consiglio federale, già nel suo messaggio del 1996, aveva rifiutato la DPI con l'argomentazione seguente: "La diagnosi nella fase di pre-impianto provoca un automatismo tra il danno, presumibilmente d'origine genetica, e il rigetto della vita non ancora nata; conseguenza, questa, che non trova parallelo nella diagnosi prenatale." [17]

Indipendentemente dal fatto che siamo i genitori o il personale del laboratorio a decidere quale vita merita di essere vissuta e quale no, è comunque superato un limite etico.

5.16 La LPAM crea nuove disuguaglianze e implica l'apertura della DPI a tutte le coppie

Secondo l'art. 5 LPAM la procreazione assistita può essere unicamente svolta nel caso in cui si tratti di una coppia sterile o per la quale non esiste un'alternativa per evitare la trasmissione ai figli di una malattia genetica grave. Ciò significa che le coppie che possono avere figli in modo naturale non possono svolgere una DPI malgrado la predisposizione a malattie genetiche, lo stesso vale per le donne in età avanzata, dove esiste una probabilità di avere un bambino con la trisomia 21. In contrapposizione con le coppie infertili, queste non hanno la possibilità di scartare le anomalie cromosomiche. La legge creerebbe così una disuguaglianza, alla quale presto o tardi conseguirà il fatto che tutte le coppie vorranno avere questa la possibilità: questo aumenterà il diffondersi della fecondazione *in vitro*, anche al di fuori della necessità di superare l'infertilità.

5.17 La DPI è un ulteriore passo verso una medicina di procreazione e una genetica senza limiti

Anche in Svizzera vi sono esponenti che vorrebbero introdurre una medicina riproduttiva senza limiti, infatti si può vedere come passo per passo si cerca di deregolamentare questo processo. Le leggi in

merito alle interruzioni di gravidanza, alla fecondazione artificiale, così come all'introduzione di test prenatali ora sono già diventate la base per permettere la DPI. A livello emozionale i sostenitori della DPI argomentano come segue: per una coppia che ha già dovuto superare mille difficoltà per avere una gravidanza con assistenza medica si ritiene che la decisione di abortire sia insostenibile. Con una DPI si porrebbe rimedio a questo problema selezionando già a priori.

I sostenitori della DPI affermano che in Svizzera si possono già compiere analisi genetiche ed eliminare un feto ad uno stadio avanzato del suo sviluppo. Per questo motivo non si può vietare di fare la stessa cosa su un embrione meno sviluppato. Essi dichiarano che si tratta di un'incoerenza proteggere meglio un embrione *in vitro* rispetto ad un feto durante una gravidanza. Questa argomentazione è fatale: non perché il feto è poco protetto, non bisogna più proteggere l'embrione. L'essere umano va protetto in tutte le sue fasi dello sviluppo: embrione, feto, bambino o adulto che sia.

Non bisogna giustificare la DPI con il fatto che esiste già la diagnosi prenatale, dato che se la DPI venisse ammessa tra gli esami genetici per il controllo di malattie ereditarie o anomalie dei cromosomi, il prossimo passo potrebbe essere quello di permettere i "bambini à la carte", di cui si possono selezionare il sesso, il colore degli occhi, dei capelli o altre specificità fisiche o intellettuali. Al momento questa tendenza non è prevista in Svizzera, ma sappiamo che negli Stati Uniti e in Gran Bretagna la selezione avviene anche secondo questi criteri. Bisogna mettere dunque fine a questa strategia di deregolamentazione a tappe.

D'altronde anche da noi troviamo i primi forti segni di questa liberalizzazione: si tratta della creazione di "bambini salvatori", creati allo scopo di donare cellule staminali, midollo osseo, ecc. a una sorella o a un fratello malato. Essi sono utilizzati come donatori involontari, dato che sono selezionati apposta tramite la DPI per essere il più compatibile possibile con sorella o il fratello malato. Da un lato vi è l'aiuto a un bambino malato; dall'altro si è confrontati con il fatto che un essere umano non è solo stato creato per la sua esistenza, ma anche per uno scopo secondario. Questo implica una strumentalizzazione ingiustificabile di una persona, la quale non deve essere solo mezzo per raggiungere un fine.

Anche se nell'attuale discussione parlamentare la legalizzazione del "bambino salvatore" non ha ancora raggiunto la maggioranza, sarà molto probabile che dopo un'eventuale introduzione della revisione della LPAM presto o tardi questo tema si infilerà di nuovo nell'agenda politica.

Già ora esiste un'iniziativa parlamentare che vuole autorizzare la donazione di oociti[18]. Questa si basa sull'argomento che non esiste una differenza tra i due tipi di cellule gametiche (spermatozoi e oociti), la quale possa giustificare un trattamento diverso. Tale argomentazione, però, trascura un fatto importantissimo: al contrario della donazione dello sperma, quella degli oociti è un trattamento invasivo correlato a diversi rischi.

E non è ancora tutto: attualmente sono pubblicamente discussi ulteriori tentativi di liberalizzazione. È infatti preoccupante osservare che la Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana (CNE) oggi sia già a favore della donazione di oociti e embrioni, di madri in affitto e dell'abrogazione del tetto massimo di embrioni producibili.

In conclusione, ecco un esempio preoccupante di come la strumentalizzazione della DPI funziona anche al contrario: negli Stati Uniti una coppia ha fatto svolgere una DPI per essere sicuri che anche il figlio avesse lo stesso loro difetto genetico, per così potersi "garantire" un bambino sordo. Questo inquietante sviluppo va fermato ...

6. Per tutti questi motivi: NO al cambiamento della Costituzione federale art. 119

Con un NO alla modifica dell'art. 119 della Costituzione federale dite:

- **NO ad una fecondazione assistita sperimentale e test genetici senza limiti**
- **NO alla creazione di una base per una legge per una procreazione assistita disumana**
- **NO alla produzione e alla conservazione di cosiddetti embrioni *soprannumerari***
- **NO all'introduzione a piccole tappe di una procreazione assistita senza limiti legali**

E con il NO alla modifica della Costituzione federale di conseguenza dite anche:

- **NO ai controlli genetici di embrioni *in vitro***
- **NO alla selezione eugenetica e alla distruzione di embrioni indesiderati**
- **NO alla discriminazione di persone disabili e di genitori di bambini disabili**
- **NO all'illusione di una vita priva di malattie e dolore**
- **NO ad una medicina che combatte i malati al posto delle malattie**
- **NO allo sfruttamento finanziario di coppie infertili**

NO alla commercializzazione di vite umane

[1] Messaggio del Consiglio federale del 7.6.2013 concernente la modifica dell'articolo costituzionale relativo alla medicina riproduttiva e all'ingegneria genetica in ambito umano (art. 119 Cost.) e della legge sulla medicina di procreazione (p. 5043)

[2] Questo numero è stato nominato durante il dibattito in Parlamento. Si veda la statistica (in francese) sulla medicina della procreazione assistita dell'UST 2013: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/02.html

[3] Parte 1 dell'art. 119 2c Cost. "Le tecniche di procreazione assistita possono essere applicate solo quando non vi sono altri modi per curare l'infertilità o per ovviare al pericolo di trasmissione di malattie gravi, non però per preformare determinati caratteri nel nascituro o a fini di ricerca."

[4] Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana: la procreazione con assistenza medica. Considerazioni etiche e proposte per il futuro. Parere Nr. 22/2013.

http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/NEK_Fortpflanzungsmedizin_De.pdf

[5] <http://guide.hfea.gov.uk/pgd/> (stato: 14.1.2014)

[6] Ginsburg E.D., Baker V.L., Racowsky C., Wantman E., Goldfarb J., Stern J.E., Use of preimplantation genetic diagnosis and preimplantation genetic screening in the United States: a Society for Assisted Reproductive Technology Writing Group paper. *Fertil Steril* 96 (2011) 865-868.

Mastenbroek S, Twisk M, van der Veen F, Repping S., Preimplantation genetic screening: a systematic review and meta-analysis of RCTs. *Human Reprod Update* 17 (2011) 454-466; *Fertil Steril* 99 (2013) 1205-1206.

Sebastiaan Mastenbroek, M.Sc., Moniek Twisk, M.D., Jannie van Echten-Arends, Ph.D., Birgit Sikkema-Raddatz, Ph.D., Johanna C. Korevaar, Ph.D., Harold R. Verhoeve, M.D., Niels E.A. Vogel, M.D., Eus G.J.M. Arts, Ph.D., Jan W.A. de Vries, Ph.D., Patrick M. Bossuyt, Ph.D., Charles H.C.M. Buys, Ph.D., Maas Jan Heineman, M.D., Ph.D., Sjoerd Repping, Ph.D. and Fulco van der Veen, M.D., Ph.D. In Vitro Fertilization with Preimplantation Genetic Screening, *Engl J Med* 2007; 357:9-17 July 5, 2007 DOI: 10.1056/NEJMoa067744

[7] www.sgrm.org/wb/media/FIVNAT/FIVNAT_Statistik_2003.pdf

[8] Moutou C., Goossens V., Coonen E., De Rycke M., Kokkali G., Renwick P., Sengupta S.B., Vesela K., Traeger-Synodinos J., ESHRE PGD Consortium data collection XII: cycles from January to December 2009 with pregnancy follow-up to October 2010. *Hum Reprod* 29 (2014) 880-903.

[9] Statistica sulla procreazione medicalmente assistita UST 2013 (in francese):

www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/02.html

[10] Moutou C., Goossens V., Coonen E., De Rycke M., Kokkali G., Renwick P., Sengupta S.B., Vesela K., Traeger-Synodinos J., ESHRE PGD Consortium data collection XII: cycles from January to December 2009 with pregnancy follow-up to October 2010. *Hum Reprod* 29 (2014) 880-903.

[11] Messaggio del Consiglio federale del 7 giugno 2013 concernente la modifica dell'articolo costituzionale relativo alla medicina riproduttiva e all'ingegneria genetica in ambito umano (art. 119 Cost.) e della legge sulla medicina della procreazione, p. 5110

[12] Messaggio del Consiglio federale del 7 giugno 2013 concernente la modifica dell'articolo costituzionale relativo alla medicina riproduttiva e all'ingegneria genetica in ambito umano (art. 119 Cost.) e della legge sulla medicina della procreazione, p. 5072

[13] Moutou C., Goossens V., Coonen E., De Rycke M., Kokkali G., Renwick P., Sengupta S.B., Vesela K., Traeger-Synodinos J., ESHRE PGD Consortium data collection XII: cycles from January to December 2009 with pregnancy follow-up to October 2010. *Hum Reprod* 29 (2014) 880-903. Auf 7529 klinische Schwangerschaften (1997-2010) gab es 51 Abtreibungen und 101 Schwangerschaftsreduktionen (Tabelle VIIa, S. 895). Die Abortrate betrug mindestens 10,7%.

[14] Scott KL, Hong KH, Scott RT Jr., Selecting the optimal time to perform biopsy for preimplantation genetic testing. *Fertil Steril* 100 (2013) 608-614, hier S. 613. „two of every five that have day-3 blastomere biopsy will be harmed to a sufficient extent to yield them incapable of implanting and progressing to term.“

[15] Harton G., Braude P., Lashwood A., Schmutzler A., Traeger-Synodinos J., Wilton L., Harper J.C.; ESHRE PGD consortium best practice guidelines for organization of a PGD centre for PGD/preimplantation genetic screening†. *Hum Reprod* 26 (2011) 14-24. „*Current evidence suggests that PGS at cleavage stages is ineffective, but whether PGS at the blastocyst stage or on polar bodies might show improved delivery rates is still unclear.*“

[16] Brambati B., Tului L., Cislighi C., Alberti E., First 10 000 Chorionic Villus Samplings Performed on Singleton Pregnancies by a Single Operator. *Prenatal Diagn* 18 (1998) 255-266.

[17] Messaggio LMP. FF 1996 III 205, cfr. 322.135.

[18] Iniziativa parlamentare 12.487 von Nationalrat Jacques Neyrinck: Autorizzare la donazione di oociti