

Le nuove maternità: PMA e sue implicazioni

Dr.ssa Elisa Pari

7 giugno 2022

C.P.S. Cassina Nuova di Bollate – DSMD

ASST Rhodense



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Rhodense

Procreazione medicalmente assistita

- ▶ Interesse nato dall'esperienza **clinica**
- ▶ Aumento progressivo di pazienti che accedono al **servizio di II livello** – ambulatorio Disturbi Perinatali – prevalentemente nel post parto e con gravidanze originate da **fecondazioni omologhe ed eterologhe**
- ▶ Crescente **domanda** seguita all'aumento dei casi di infertilità e rispettivo perfezionarsi di **tecnologie** ed efficacia dei trattamenti
- ▶ Desiderio di **fare chiarezza** per potersi orientare in un tema tanto complesso quanto delicato dal punto di vista medico, psicologico, affettivo ma soprattutto etico, dai risvolti legislativi al momento per certi versi ancora vaghi e non esaurienti

Sterilità e Infertilità (OMS)

- ▶ **Sterilità:** impossibilità di concepire per condizione fisica permanente che non rende realizzabile la procreazione (primaria vs. secondaria)
- ▶ **Infertilità:** concepimento che si interrompe (gravidanza non portata a termine)
- ▶ **Ipfertilità:** riduzione statistica di potenzialità (ma non nulla)

CRITERIO TEMPORALE: 12/24 mesi di rapporti non protetti in soggetti in età fertile

DIFFICOLTA' A CONCEPIRE CHE SI POTRAE NEL TEMPO

PMA: di cosa parliamo

- ▶ Tutti quei PROCEDIMENTI che comportano il trattamento di ovociti, spermatozoi o embrioni nell'ambito di un progetto finalizzato a realizzare una **gravidanza**
- ▶ In passato Fecondazione Artificiale 📌 **Assistita**
- ▶ **Chi può accedere in Italia:** coppie maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi
- ▶ **Età :** VENETO (f:50 - m:65) VS. LOMBARDIA (f:43) VS. CAMPANIA (f:46) 📌 NO indicazione specifica nella legislatura (*età naturale di procreazione*)
- ▶ **Requisiti specifici:** certa impossibilità di rimuovere cause impeditive alla procreazione naturale (sterilità o infertilità inspiegata documentata o accertata e certificata/n.b. problematiche sessuali) + idoneità (centro autorizzato)
- ▶ **Principio della gradualità** (opzioni più semplici, meno invasive e meno onerose)
- ▶ **Consenso informato** (revocabilità sino alla fecondazione, non prima di 7 gg. Alternativa adozione/affidamento)

PMA: in & out

- ▶ **DIVIETO:** coppie OMOSESSUALI, madri SINGLE, Fecondazione POST Mortem (con sperma crioconservato del marito/compagno deceduto)
- ▶ **DIVIETO:** MATERNITA' SURROGATA (GPA, MATERNITA' ALTRUISTICA, UTERO IN AFFITTO). Madre è chi partorisce (art. 269 comma 3 C.C.)
- ▶ **FECONDAZIONE OMOLOGA** (gameti della coppia) ed **ETEROLOGA** (donazione di gamete oppure doppia donazione (*adozione prenatale*): donatore sconosciuto in Italia-età e gruppo sanguigno)
- ▶ **CRIOCONSERVAZIONE GAMETI/EMBRIONI** (i.e. tp oncologiche che possono causare sterilità transitoria o permanente – anche tessuto ovarico; unica stimolazione ovarica; ridurre gravidanze multiple)
- ▶ **DONAZIONE di gameti** (volontaria, anonima, gratuita, idoneità, fertilità, f:20-35; m: 18-40)

Normative e riferimenti

- ▶ **Legge 19 febbraio 2004 n. 40: NORME IN MATERIA DI PMA**
- ▶ **Decreto 4 agosto 2004** (embrioni abbandonati → Biobanca Nazionale)
- ▶ **Sentenza 162/2014 C.C.** (cade divieto fecondazione eterologa)
- ▶ **Determina 4 agosto 2016** (specifiche sulle terapie farmacologiche: i.e. preservazione fertilità in pz oncologiche, indicazioni su criteri di accesso nelle strutture pubbliche)
- ▶ **Linee Guida – multidisciplinari, 1° luglio 2015** (vincolanti per i Centri italiani Autorizzati)
- ▶ **Registro Nazionale Italiano PMA** -<http://www.iss.it/rpma>- presso Istituto Superiore Sanità (obiettivo di censire le strutture autorizzate sul territorio Nazionale e consentire la trasparenza e la pubblicità delle tecniche di PMA adottate e dei risultati conseguiti; collegato con altri Registri europei e internazionali). Presente elenco Centri che svolgono Analisi Genetiche Preimpianto (PGT) per evitare ricorso aborto terapeutico, aborti spontanei, anamnesi positiva per malattia genetica, età avanzata)

Tecniche PMA I livello

INSEMINAZIONE INTRAUTERINA O SEMPLICE (IUI) = fecondazione in vivo

OMOLOGA (seme del partner)

ETEROLOGA (seme del donatore)

Un ciclo di IUI con seme del partner ha inizio quando la donna assume farmaci per indurre le ovaie a produrre più ovociti (**stimolazione ovarica**), oppure in assenza di stimolazione farmacologica, quando le ovaie della donna vengono tenute sotto controllo attraverso ecografie e/o prelievo del sangue per i dosaggi ormonali, in attesa dell'**ovulazione naturale**.

Una volta ottenuta l'ovulazione, si procede con l'**inseminazione intrauterina**, che prevede l'introduzione del liquido seminale all'interno della cavità uterina.

In questo tipo di inseminazione è necessaria una idonea preparazione del liquido seminale.

Scongelamento del liquido seminale se ottenuto dal donatore.

CRIOCONSERVAZIONE GAMETI M

Tecniche PMA II e III livello

- ▶ **1. GIFT: Gamete Intra-Fallopian Transfer** = trasferimento intratubarico dei gameti
- ▶ **2. FIVET: Fertilization In Vitro Embryo Transfer** = fertilizzazione in vitro con trasferimento dell'embrione (1978)
- ▶ **3. ICSI: Intra Cytoplasmatic Sperm Injection** = iniezione del singolo spermatozoo nel citoplasma dell'ovocita
- ▶ **4. FER: Frozen Embryo Replacement** = trasferimento di embrioni crioconservati
- ▶ **5. FO: Frozen Oocyte** = trasferimento di embrioni ottenuti da ovociti crioconservati

**GAMETI PROPRI o DONATI – CICLI A FRESCO (FIVET/ICSI) -
CRIOCONSERVAZIONE GAMETI M/F ed EMBRIONI**

Centri I, II e III livello (328 AL 31.01.2021)

I livello (132)

L'inseminazione avviene in ambulatorio, attraverso l'utilizzo di un **catetere** morbido introdotto attraverso la vagina e il collo dell'utero.

terapia di supporto: assunzione di **progesterone**

II e III livello (196)

GIFT FIVET ICSI

PICK UP (prelievo ovocitario dopo stimolazione ormonale)

n.b. **SINDROME OHSS**

TRANSFER (embrioni migliori nella cavità uterina/2 o 3)

n.b. parti **GEMELLARI/TRIGEMINI**

II e III livello

(tecniche prelievo chirurgico spermatozoi assenti eiaculato)

MESE

(microrchirurgia/epididimo)

TESA (aghi sottili)

TESE (prelievo bioptico testicolare)

PESA (aspirazione transcutanea)

Anestesia locale e/o sedazione profonda (**II livello**)

Anestesia generale con intubazione

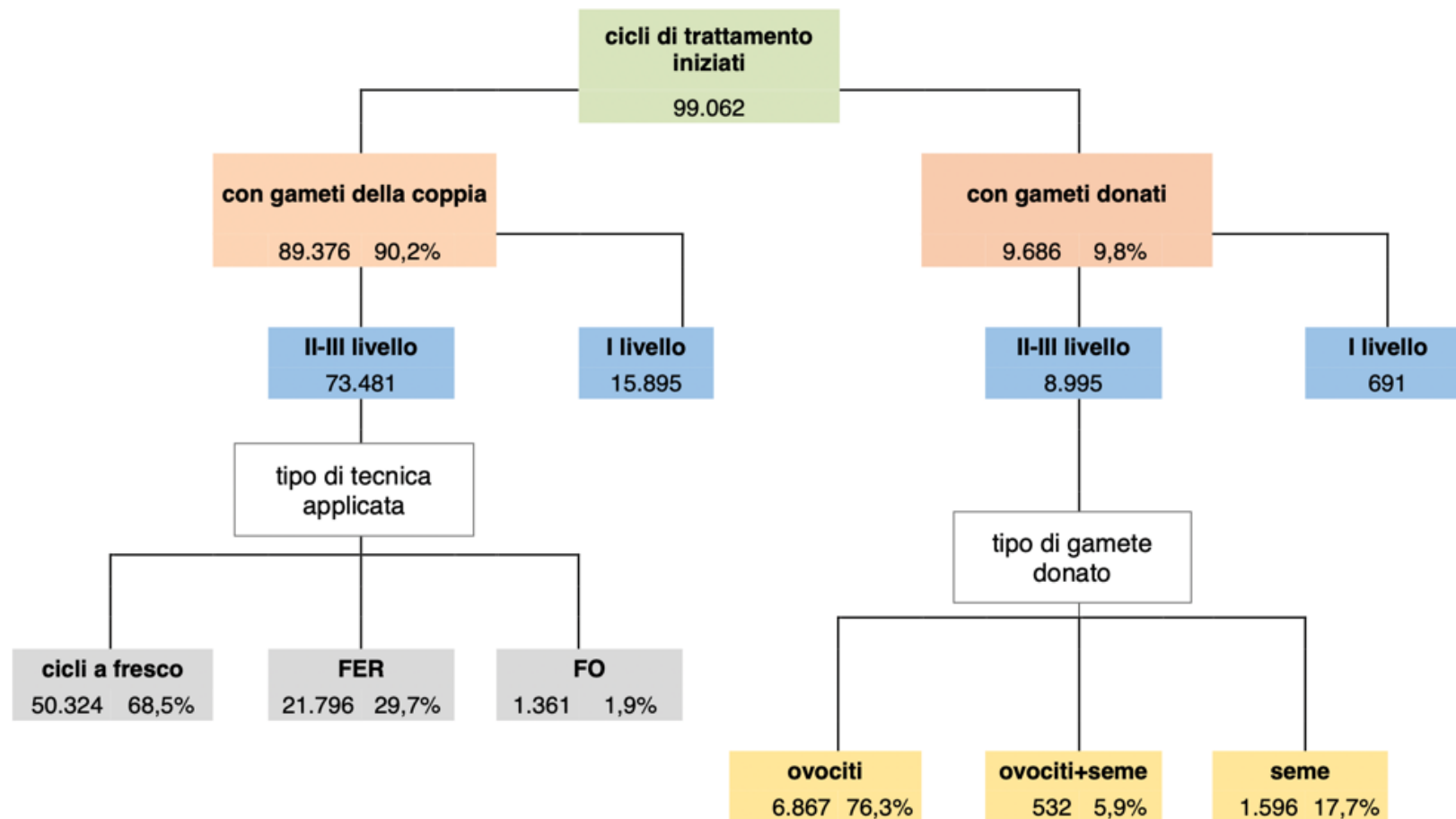
(**III livello**)

Dati Report RPMA ISS (2019)

TOTALE TECNICHE APPLICATE INCLUSA LA DONAZIONE DI GAMETI (I, II e III LIVELLO)

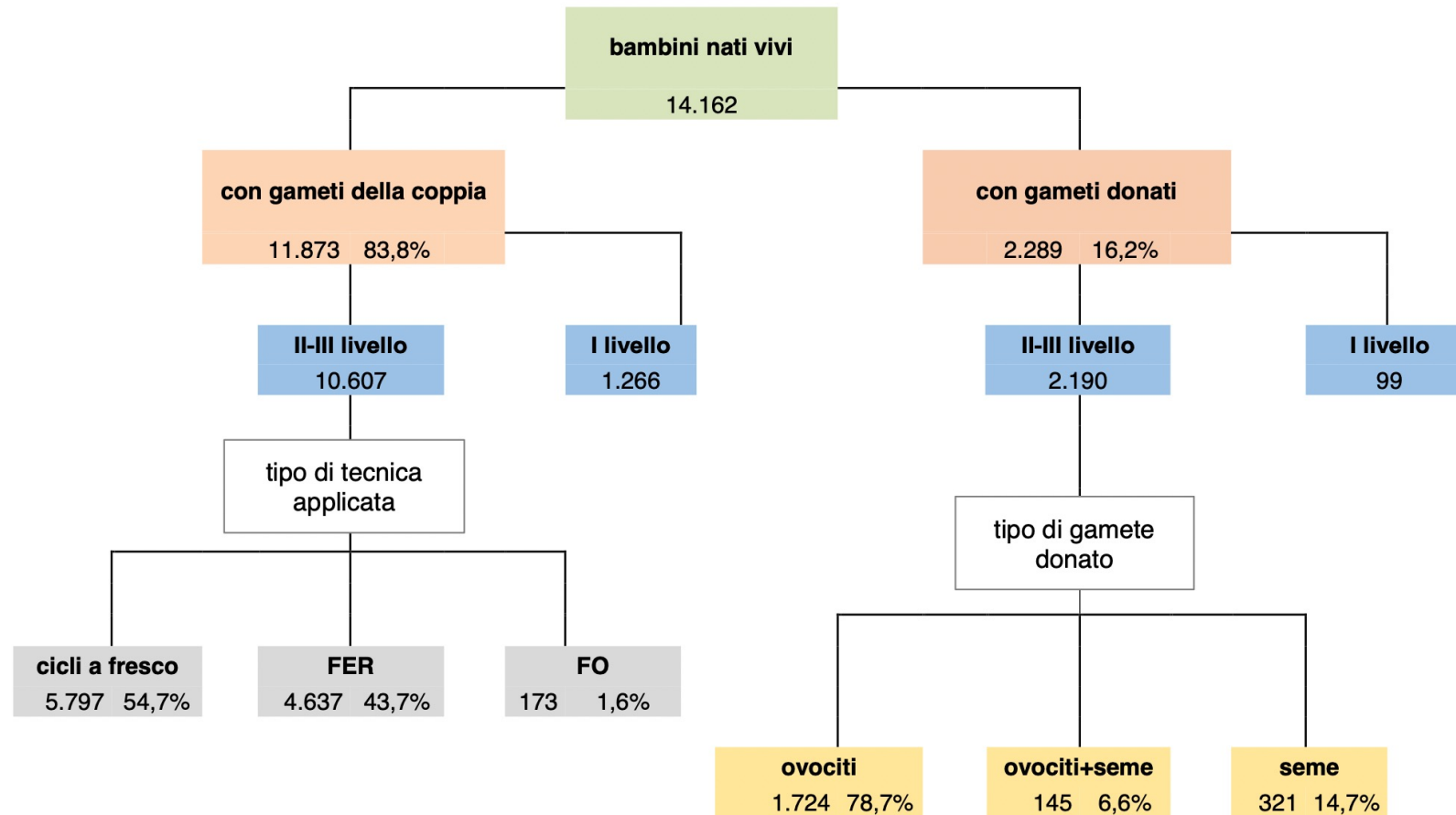
- ▶ **346 centri di PMA** attivi nel 2019, di cui **143 di I livello** e **203 di II e III livello** (riduzione attività 2021 dovuta al virus Sars-Cov-2; dati ISS 11.11.2020)
- ▶ **78.618 coppie** trattate con tecniche di procreazione medicalmente assistita di primo, secondo e terzo livello
- ▶ **99.062 cicli di trattamento iniziati**
- ▶ **19.554 gravidanze ottenute**
- ▶ **13.003 parti documentati**
- ▶ **14.162 bambini nati vivi** che rappresentano il 3,4% del totale dei nati in Italia nel 2019 (420.084 nati vivi, Fonte: ISTAT)

CICLI TOTALI DI PMA INIZIATI NEL 2019



BAMBINI NATI VIVI DALL'APPLICAZIONE DI TUTTE LE TECNICHE DI PMA NEL 2019

Report Registro Nazionale PMA (dati 2019)



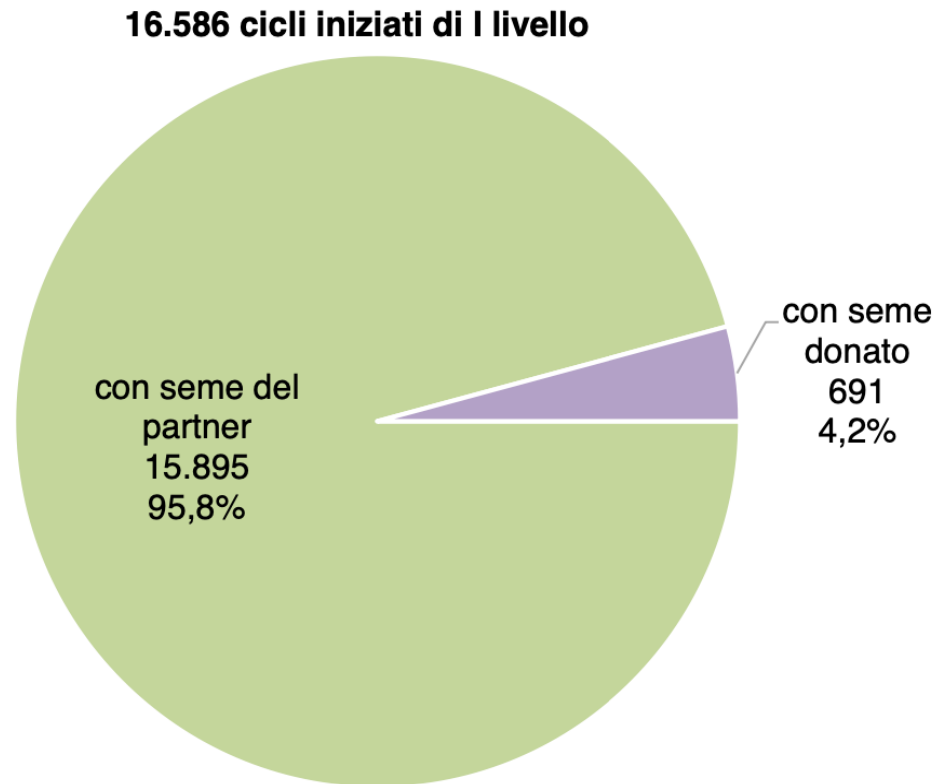


Figura 23. Distribuzione del numero di cicli di I livello nel 2019 con seme del partner e con seme donato.

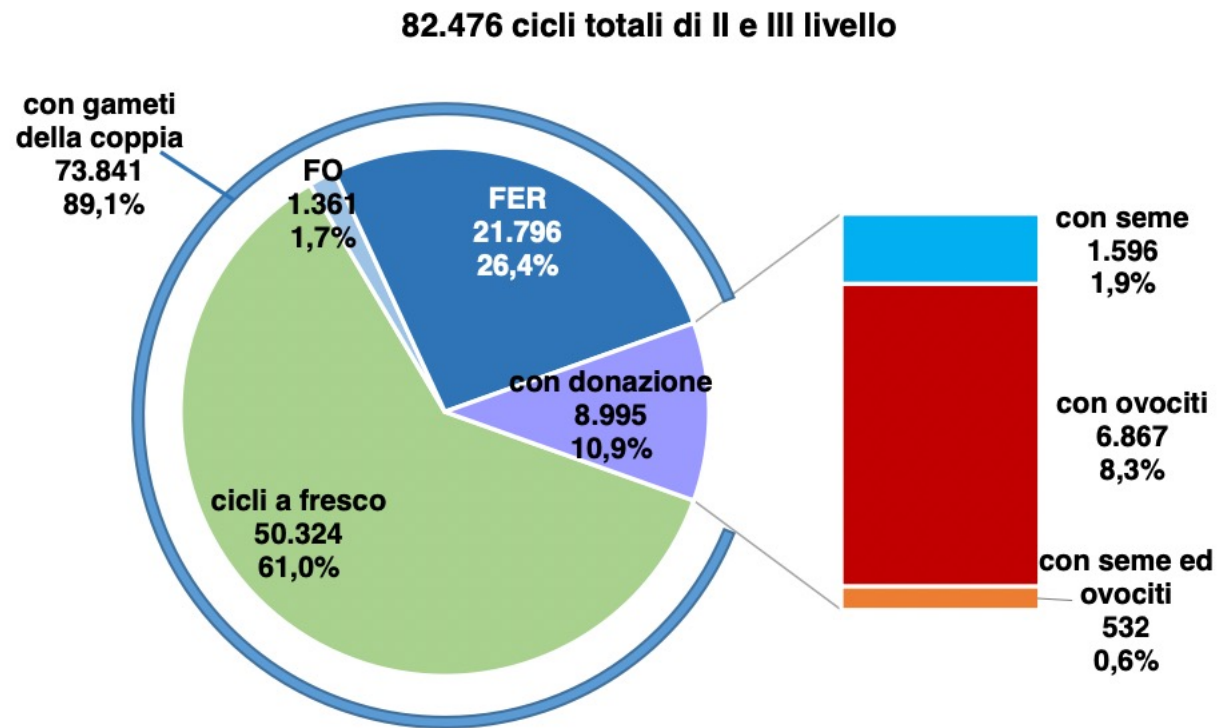


Figura 6. Distribuzione di tutti i cicli di II e III livello applicati nel 2019 secondo la tecnica utilizzata

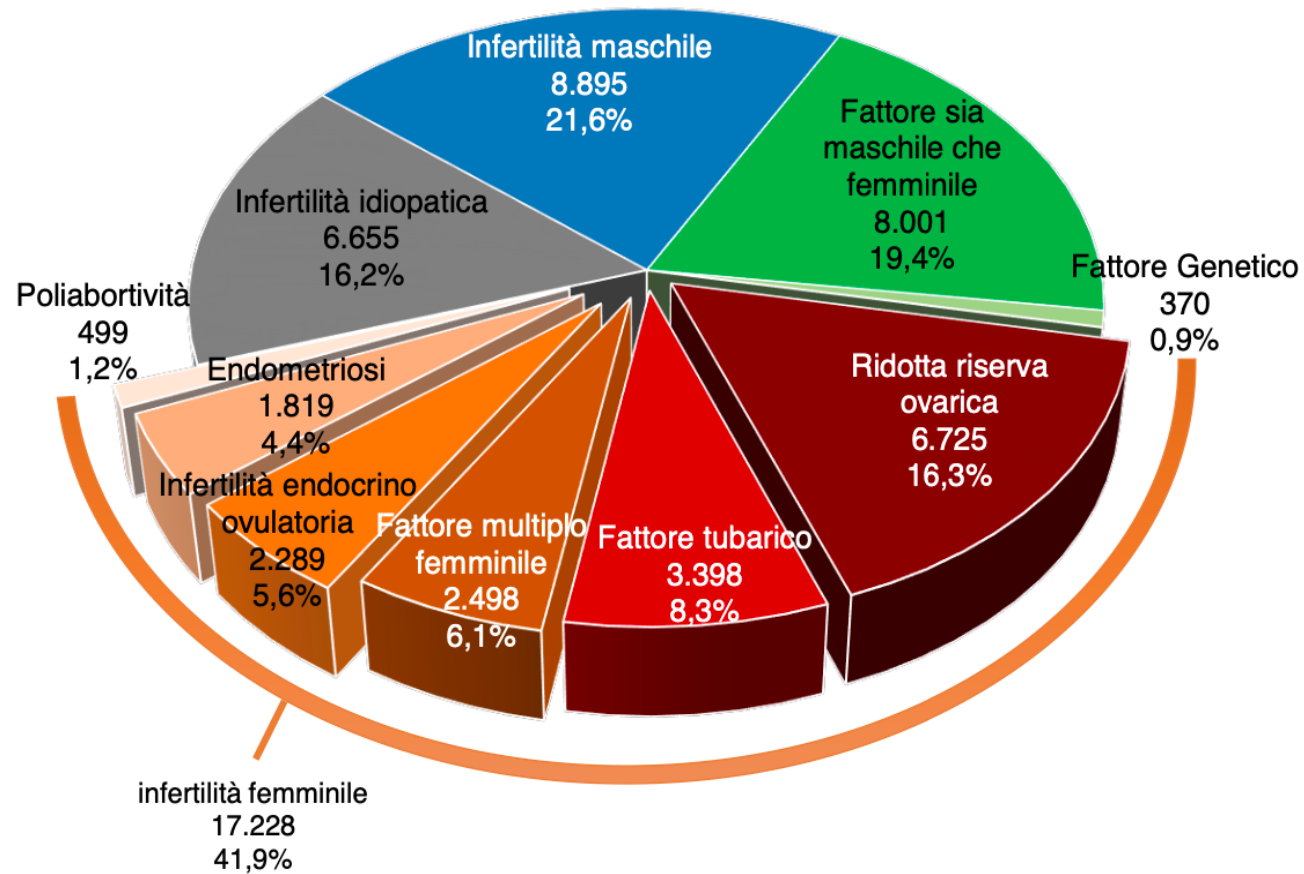


Figura 8. Indicazioni di infertilità per le 41.149 coppie trattate con tecniche di PMA di II e III livello con trasferimento di embrioni a fresco (FIVET/ICSI) nel 2019.

Infertilità femminile

- ❖ **Fattore tubarico** quando le tube di Falloppio sono bloccate o danneggiate, rendendo difficile sia la fertilizzazione dell'ovocita che/o l'arrivo dell'ovocita fertilizzato nell'utero.
- ❖ **Infertilità endocrina ovulatoria** quando le ovaie non producono ovociti in modo regolare. In questa categoria sono incluse la sindrome dell'ovaio policistico e le cisti multiple ovariche.
- ❖ **Endometriosi** quando si ha la presenza di tessuto simile al rivestimento interno dell'utero in posizione anomala. Questo può inficiare sia la qualità ovocitaria, che la capacità dello spermatozoo di fertilizzare l'ovocita per una interazione con il liquido follicolare ovocitario alterato. Può ridurre anche la possibilità di impianto dell'embrione.
- ❖ **Ridotta riserva ovarica (e scarsa qualità)** quando la capacità delle ovaie di produrre ovociti è ridotta. Questo può avvenire per cause congenite, mediche, chirurgiche o per età avanzata. Atresia ovarica progressiva (espulsione mediante mestruazione)
- ❖ **Poliabortività** quando si sono verificati due o più aborti spontanei senza alcuna gravidanza a termine.
- ❖ **Fattore multiplo femminile** quando più cause di infertilità femminile vengono diagnosticate contemporaneamente.
- ❖ **Infertilità idiopatica** (disturbi sessuali)

Infertilità maschile

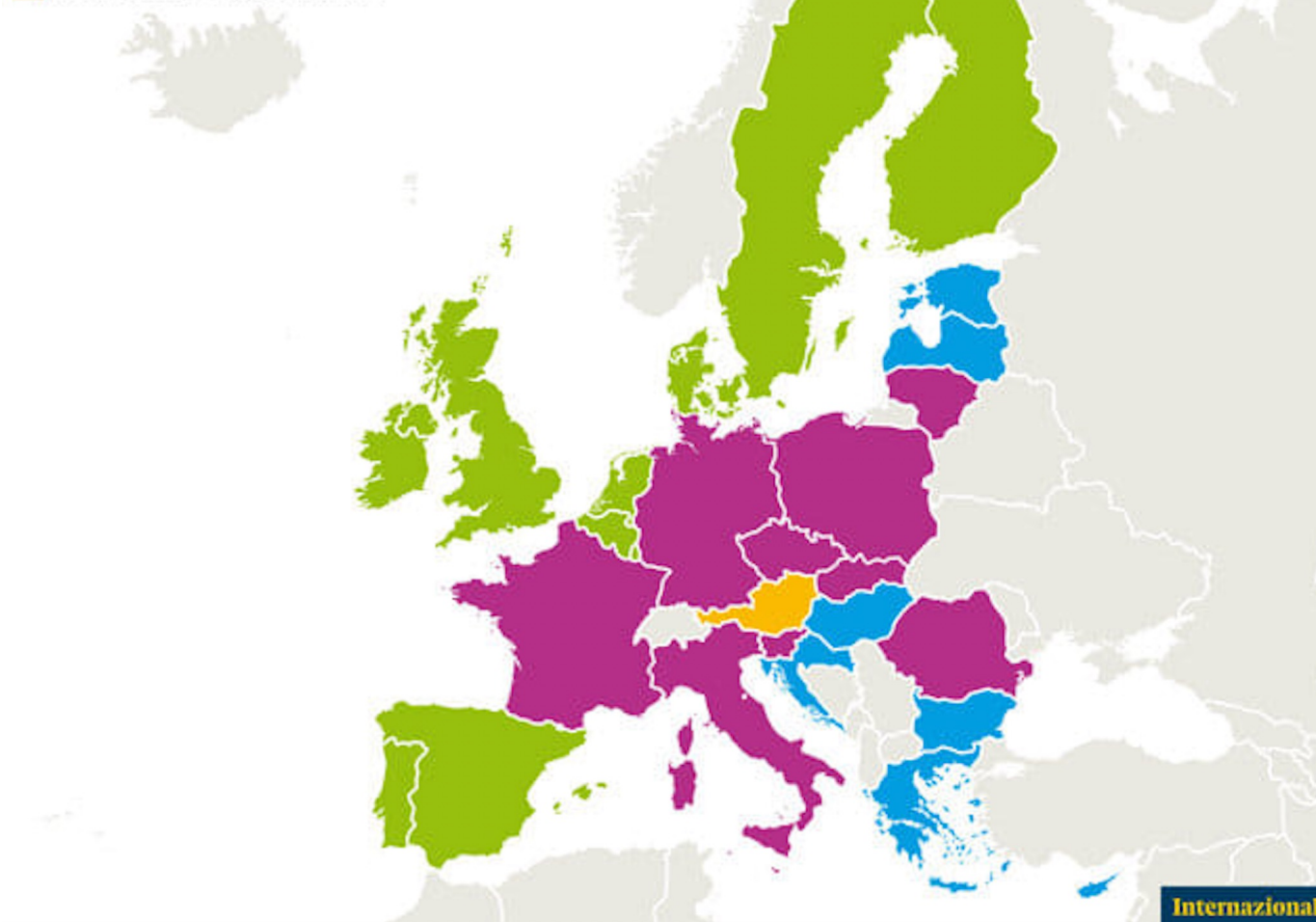
- ❖ Cause **genetiche**: alterazioni cromosomiche
- ❖ **Azoospermia** (assenza spermatozoi), **aspermia** (assenza eiaculato)
- ❖ **Spermiogramma alterato**: volume, ph, numero, motilità, morfologia
- ❖ **Criptorchidismo**: mancata discesa testicoli
- ❖ **Infezioni** uro-seminali
- ❖ **Epididimite** (infiammazione epididimo, organo posto dietro al testicolo)
- ❖ **Varicocele** (dilatazione vene testicolari – sx)
- ❖ Anticorpi antispermatozoi
- ❖ Disfunzione erettile
- ❖ **MST** (Papilloma Virus, Clamydia)
- ❖ **Farmaci** (chemioterapici)
- ❖ **Interventi chirurgici**
- ❖ Traumi
- ❖ **Infertilità idiopatica** (disturbi sessuali)

Perché all'ESTERO

- ▶ **Pratica sdoganata:** no stigma, immediatezza e protocolli più snelli ma più rischiosi
- ▶ **Maggiore disponibilità di gameti** (rimborso tra i 600,00 euro e 900,00 euro per gamete femminile, somma inferiore per gamete maschile)
- ▶ Possibilità di conoscere **identità del donatore** da parte del nascituro tendenzialmente al compimento del 18* anno di età (Australia, Nuova Zelanda, Svezia, Norvegia, Olanda, Svizzera e Regno Unito)
- ▶ **Assenza di limite di età** (*età naturale di procreazione:* Regno Unito; Ucraina)
- ▶ Possibilità di fecondazione in **madri single** (Canada, Belgio, Bulgaria, Finlandia, Grecia, Ungheria, Lettonia, Russia, Spagna e Regno Unito) con riconoscimento giuridico in Italia
- ▶ Possibilità di **maternità surrogata** (India, Ucraina, Russia, Regno Unito, Stati Uniti, Canada, Sud Africa, Kenya, Armenia, Georgia, Cipro, Grecia, Messico) con restrizioni (spesso per coppie etero sposate). Riconoscimento giuridico in Italia controverso (Adozione in casi particolari L.184/1983)

La procreazione medicalmente assistita nei paesi dell'Unione europea

- Consentita a donne single
- Vietata a donne single e coppie lesbiche
- Consentita a donne single e coppie lesbiche
- Consentita a coppie lesbiche



Il punto sulla procreazione medicalmente assistita in Europa (Internazionale, novembre 2019)

Approccio multidisciplinare integrato

- ▶ **Linee Guida del 2015:** idoneità comprovata + consulenza e/o sostegno nel percorso (prima, durante e dopo)
- ▶ **Accettazione consapevole** (infertilità/sterilità + tecnica + rischi + effetti collaterali + eventuali fallimenti) ➡ CONSENSO INFORMATO
- ▶ **Centri Autorizzati PMA** (pubblici, privati e privati convenzionati)

Righetti (Righetti e Luisi, 2007) parla di

PROTOCOLLO DI PROCREAZIONE PSICO – MEDICALMENTE ASSISTITA e di Intervento Multifocale Integrato (presa in carico totale)

« Siamo convinti che il **sostegno psicologico** sia parte integrante di tutto il percorso, dalla diagnosi, alla scelta dell'intervento, dalla firma al consenso informato e dall'acquisizione della consapevolezza verso il protocollo ai momenti di trasferimento embrionale, di pick up e così via»

«...è indispensabile che l'**intervento medico** sia affiancato in ogni fase del programma da un **supporto psicologico di pari importanza**»

Infertilità: aspetti psicologici

Il desiderio di procreare nasce da un processo maturativo ed evolutivo della coppia: si origina dal **vuoto fertile** di una relazione con intento generativo e progettuale

- ▶ **«Esperienza peggiore della propria vita»**
- ▶ **TRAUMA POTENZIALE: INTERRUZIONE IMPREVISTA DI UNO STEP/PROCESSO FISIOLÓGICO ED EVOLUTIVO** (Potenzialità materna, Vegetti Finzi 1997; Fantasia generativa, Soulé 1982)
- ▶ **CRISI** come riorganizzazione e crescita

La vita fantasmatica e le rappresentazioni mentali, sono **«alterate»** ma non distrutte. La scoperta dell'infertilità paralizza il mondo rappresentazionale. E' necessario rielaborare il lutto per poter **recuperare lo spazio psichico genitoriale.**

Vissuti emotivi

- ▶ CORPO E IDENTITA' DIFETTOSE, MANCANZA, INCOMPLETEZZA, ANGOSCIA DI ABBANDONO, RABBIA, INFERIORITA', DEPRESSIONE
- ▶ INVIDIA, RUMINAZIONI E PENSIERO PERVASIVO
- ▶ STRESS, FRUSTRAZIONE, IMPOTENZA
- ▶ STIGMATIZZATI PERCHE' EMASCULATI
- ▶ PERDITA POTENZA FISICA
- ▶ RABBIA, DEPRESSIONE, IMPOTENZA, INCREDULITA'
- ▶ CALO AUTOSTIMA

INFERTILITA' IDIOPATICA = INSPIEGATA

Riattivazione di nuclei profondi intrapsichici e transgenerazionali

PMA come scelta adattiva e di sollievo

- ▶ Elaborazione del **lutto** del **concepimento naturale**:

«comprendere e gestire la delusione si rivela come la sfida decisiva di ogni legame affettivo» (Salonia, 1998 cit. in P.L. Righetti e S. Luisi, 2007)

- ▶ **Opportunità** di realizzare un **desiderio**

- ▶ Vivere la **gravidanza** e la **nascita**

La gestazione permette di riattivare il grembo psichico fantasmatico, necessario per accogliere una nuova vita

«...la nascita è il luogo di incontro tra il bambino che la madre ora tiene tra le braccia e quello che è nella sua mente» (D. Stern, 1995)

- ▶ **Darsi il diritto** di essere genitori

«itinerario che risulta essere obiettivamente diverso ma che non è da patologizzare»
(D. Casadei e T. Maggino cit. in P.L. Righetti e S. Luisi, 2007)

PMA: evidenze

(rassegna di studi in S.Golombok, 2015 tr.it. 2016)

► Fecondazione omologa:

- 1) Bambini con sviluppo cognitivo, sensomotorio, emotivo e psicologico nella norma (tappe dello sviluppo)
- 2) Qualità delle relazioni genitori-figli adeguate (calore, intimità, affetto)
- 3) Genitori presentano elevato coinvolgimento emotivo: madri più ansiose e apprensive

► Fecondazione eterologa:

- 1) Bambini con sviluppo cognitivo, sensomotorio, emotivo e psicologico nella norma (tappe dello sviluppo)
- 2) Maggiore tendenza a interagire con i figli ➡ figli maggiormente stimolati
- 3) Impegno del/i genitore/i non legati geneticamente a voler «recuperare» per rendere «proprio» il figlio

INASPETTATO ANTICIPO Bimbi nati con PMA sui concepimenti naturali:

Alimentazione autonoma, cammino, prime parole

- 1) **Desiderio di sottolineare la normalità dei figli**
- 2) **Maggiore attenzione ➡ Maggiore stimolazione**

PMA come scelta adattiva e di sollievo

- Passaggi verso la donazione di gameti -

- ▶ FASE 1: La speranza di successo nella gravidanza con PMA omologa comincia a svanire
- ▶ FASE 2: Rabbia e frustrazione – intensificazione dei cicli omologhi (attenzione accanimento quando non vi è un limite di cicli possibili)
- ▶ FASE 3: Prime riflessioni rispetto alla donazione di ovociti
- ▶ FASE 4: Visualizzazione di ovodonazione come opzione di seconda scelta
- ▶ FASE 5: La resa (momento più faticoso: disperazione e fallimento)
- ▶ FASE 6: Lasciarsi andare (accettazione)
- ▶ FASE 7: Accogliere la donatrice (dono)
- ▶ FASE 8: Abbracciare il bambino come proprio, essere la sua mamma

CRITICITA' da affrontare

- Pma eterologa -

- 1) DISCONNESSIONE GENETICA
- 2) PROBLEMA DELLA MANCATA SOMIGLIANZA FISICA
- 3) FIGLI DEL DESIDERIO E DEL SEGRETO
- 4) FUTURO DI BAMBINI NATI CON PMA eterologa

1) DISCONNESSIONE GENETICA

Legame biologico/genetico è irrilevante ➡ **Qualità della genitorialità** e dei processi familiari (V. Lingiardi in, a cura di N. Carone 2021)

La genitorialità non coincide con il legame genetico ma con la **creazione di una relazione continua e co-costruita** sulla sintonizzazione, sulla comprensione reciproca e sullo scambio quotidiano, inclusa la presenza

La qualità dell'affetto e dell'intimità, il grembo psichico genitoriale pronto ad accogliere e a modellarsi con la crescita creano l'unico **substrato necessario** affinché la relazione genitore - figlio possa crearsi in modo funzionale, amorevole e di significato

Studi sull'**adozione**: circostanze sfavorevoli nella primissima infanzia incidono sulla problematicità degli individui

2) PROBLEMA DELLA MANCATA SOMIGLIANZA FISICA

Somiglianza assente anche in famiglie geneticamente correlate (bisogno di continuità, di **assunzione automatica di appartenenza**); promemoria di infertilità vs. pura casualità

Ruolo dell'**epigenetica**: branca della genetica che si occupa dei cambiamenti fenotipici in cui non si osserva variazione genotipica
(corredo genetico che si manifesta con variabilità soggettiva)

Dalla fecondazione in poi il **corredo genetico può rivelarsi in modo inaspettato, integrandosi in modo complementare all'interiorizzazione** di modelli educativi, stili relazionali, vissuti della quotidianità (ecc.) esperiti nella famiglia che ha accolto la donazione

3a) FIGLI DEL DESIDERIO E DEL SEGRETO

Grande motivazione ➡ **scelta intenzionale** e connessa a profondo investimento

Ostacoli di varia natura (i.e. crisi di coppia e dell'intimità sessuale, messa in discussione della propria identità, fallimenti e ripetizione di cicli, passaggio all'eterologa)

Scelta di rivelare le origini non regolamentata e controversa

In Italia i **donatori sono anonimi**

Desiderio di protezione e Paura di perdere il legame d'amore tra il figlio e il/i genitori non geneticamente legati

Stigma sociale

Atto egoistico (vs. adozione: bambini da «salvare»)

3b) FIGLI DEL DESIDERIO E DEL SEGRETO

Effetti potenzialmente **NEGATIVI** del segreto

Si ritiene che possano comunque «cogliere» (interferenza nella comunicazione tra chi conosce il segreto e chi ne è escluso)

Allineare maggiormente le norme sul concepimento per donazione a quelle sull'adozione (non in Italia)

Le ricerche (cfr. S. Golombok, 2015 tr.it. 2016) evidenziano come i bambini che sin dall'**età prescolare** vengono informati con una narrazione adeguata sulle loro origini sembrano integrare senza compromissioni negative psicologiche e affettive la loro storia

Diversamente se scoperto da adolescenti/adulti: **RABBIA, INGANNO, TRADIMENTO**

La conoscenza delle proprie origini permette la narrazione di sé con un significato e la costruzione progressiva della propria Identità consapevole

FUTURO DI BAMBINI NATI CON PMA (eterologa)

Al momento non si dispone di dati di follow up a lungo termine sulla salute dei bambini nati con PMA eterologa

Le ricerche al momento attuale ci dicono che:

- ❖ **Figli molto desiderati e i genitori sono altrettanto motivati:** anche se le madri risultano moderatamente più ansiose, sembra essere un'ansia funzionale e stimolante
- ❖ Il legame genetico non risulta necessario per il benessere psicologico dei figli MA è la **QUALITA' della VITA FAMILIARE**
- ❖ L'idea che i **figli** siano «**propri**» fa la differenza e **non dipende dal legame genetico**

LO SPAZIO PSICOLOGICO

- ❖ Frenesia del fare per ottenere: recuperare quello **spazio di contatto («gestazione mentale»)** con il proprio mondo interno, per dare **valore e significato consapevole all'esperienza** che si vive e intrapresa
- ❖ Rendere consapevole la coppia di **vissuti ambivalenti** di desiderio e di distacco difensivo: preparazione prenatale ma anche trauma cumulativo da ripetuti fallimenti
- ❖ Desiderio di un figlio come **responsabile presa di coscienza** all'interno di un percorso molto faticoso
 - ❖ Passare **dalla fecondazione alla procreazione** (Righetti e Luisi, 2007)
- ❖ Nel post parto, **accompagnare la genitorialità** nei vari passaggi (famigliari e sociali)
- ❖ Ascoltare e sviscerare i **timori, le insicurezze e le paure di un segreto** che ricade in modo pervasivo nella quotidianità (sintomatologia)

FAMIGLIE MODERNE (a)

- ❖ LA **FAMIGLIA NUCLEARE TRADIZIONALE** COMPOSTA DA UNA COPPIA ETEROSESSUALE SPOSATA E CON FIGLI BIOLOGICI STA DIVENENDO SEMPRE PIU' UNA REALTA' NUMERICAMENTE MINORITARIA
- ❖ NEL MONDO UN FIGLIO PUO'ARRIVARE AD AVERE **CINQUE GENITORI** (DONATORE DI OVULO, DONATORE DI SPERMA, MADRE CHE PORTA AVANTI LA GRAVIDANZA E I DUE GENITORI SOCIALI)
 - ❖ RECENTE FENOMENO DI BAMBINI CONCEPITI DA EMBRIONI FECONDATI UTILIZZANDO SEME E OVULO DI INDIVIDUI CHE **NON SI CONOSCONO**
- ❖ INCONTRI VIA INTERNET PER AVERE UN FIGLIO DA CRESCERE CONGIUNTAMENTE MA SEPARATAMENTE (www.prideangel.com)
 - ❖ **PROGRESSI SCIENTIFICI E TECNOLOGICI** (i.e. uteri artificiali)

FAMIGLIE MODERNE (b)

in conclusione...

IL FATTO CHE I FIGLI ABBIANO UN GENITORE OPPURE DUE, CHE I GENITORI SIANO MASCHI O FEMMINE, CHE SIANO DELLO STESSO SESSO O DEL SESSO OPPOSTO, CHE ABBIANO CON LORO UN LEGAME GENETICO OPPURE GESTAZIONALE E CHE SIANO STATI CONCEPITI NATURALMENTE O RICORRENDO ALLA PROCREAZIONE ASSISTITA, SEMBRA CONTARE MENO PER LORO DI QUANTO NON CONTINO LA **QUALITA' DELLE RELAZIONI FAMILIARI, IL SOSTEGNO DELLA COMUNITA' DI APPARTENENZA E GLI ATTEGGIAMENTI DELLA SOCIETA' IN CUI VIVONO** (S. GOLOMBOK, 2015, tr.it. 2016)

Riferimenti bibliografici

- e grazie per l'attenzione -

- ❖ Normative (cfr. slide n. 6)
- ❖ <https://www.iss.it/rpma>
- ❖ <https://www.salute.gov.it/portale/fertility>
- ❖ Corso di formazione *Infertilità e sterilità, procreazione medicalmente assistita e interventi psicologici con le pazienti e con le coppie CPTF*, Centro Padovano di Terapia della Famiglia (2021)
- ❖ Golombok S. (a cura di Barone L., Lingiardi V.) *Famiglie Moderne. Genitori e figli nelle nuove forme di famiglia*, Edizioni Edra (2015 tr.it. 2016)
- ❖ Righetti P.L. e Luisi S. *La procreazione assistita. Aspetti psicologici e medici*, Bollati Boringhieri (2007)
- ❖ Rotolo M.L., *Il lutto della mancata genitorialità biologica nella PMA eterologa* (2021)
 - ❖ Rotolo M.L. *L'iter emozionale nella PMA eterologa* (2021)