

Figli in «provetta»

Se le cicogne non arrivano

Avere un figlio, per molti, è un desiderio difficile da realizzare. Tanti ricorrono ormai alla fecondazione assistita, presso centri ospedalieri o strutture private. Diversi i metodi e i costi, assente una regolamentazione della materia. La mappa dei maggiori centri romani. Ma nella capitale gli studi privati sono almeno una trentina, dove concepire un bimbo può costare anche 5 milioni.

DELIA VACCARELLO

«Sulle fecondazioni assistite a Roma c'è un gran disordine». Emanuele Lauricella, padre del Cecos italiano, il centro per lo studio e la conservazione degli ovuli e del seme va dritto al problema. «Ci sono grandi centri pubblici e privati e una trentina di piccoli studi non collegati tra loro. È impossibile avere dati complessivi e la sicurezza che ovunque si effettuino i controlli per evitare malattie sia alla madre che al nascituro. Spesso i risultati vengono gonfiati, con un danno psicologico per quanti credono che la fecondazione assistita sia una strada sicura al cento per cento per avere un bambino».

Tra i centri pubblici ci sono il Policlinico Umberto I, il Gemelli e il servizio di fisiopatologia della riproduzione dell'ospedale S. Anna. I grandi centri privati sono, invece, il Cecos e l'Aied. Ma la differenza non sta solo nel prezzo. Nei centri privati è possibile fare l'inseminazione eterologa, cioè con il seme di un donatore. Nelle strutture pubbliche no, come stabilisce «per motivi etici» la circolare Degan del 1° marzo 1985. Il vuoto legislativo, in pratica, fa sì che nelle strutture private sia permesso ciò che nelle pubbliche è vietato. Così, in mancanza di leggi che regolino la materia, viene proibito quanto dovrebbe riguardare solo una scelta personale, mentre nasce un mercato selvaggio, non controllato da nessuno, che diventa in molti casi terreno di speculazioni.

Un'altra differenza tra i diversi centri riguarda, invece, le metodiche usate: ognuno ha le sue particolarità. All'Istituto di fisiopatologia della riproduzione del S. Anna, diretto da Vincenzo Catania, si fanno soltanto l'inseminazione omologa (con il seme del partner) e la Gift (l'unione dello spermatozoo e dell'ovulo nella tuba uterina, che viene praticata in genere dopo quattro-cinque tentativi falliti di inseminazione omologa).

L'assessorato ci vieta la fecondazione in vitro - dice il dott. Catania -. I macchinari ci sarebbero: li abbiamo acquistati con un finanziamento di 100 milioni della Bnl. Il reparto ha iniziato ad operare nel 1988. Solo nell'89 ha fatto 200 interventi. I tempi di attesa non sono lunghi: circa dieci giorni per il primo appuntamento. Dopo il primo contatto, l'intervento viene effettuato entro due mesi.

Al Policlinico Umberto I, invece, nel reparto del prof. Aragona, si fanno anche le fecondazioni in vitro (Fivet), a cui si ricorre quando la donna ha le tube chiuse. In 5 anni di attività 800 pazienti sono state sottoposte a trattamento di Fivet, con una percentuale di successo del 15 per cento: in pratica 120 bambini portati a casa. La Gift, che al Policlinico si fa da tre anni, ha una percentuale di riuscita del 25 per cento, maggiore della Fivet perché viene eseguita su pazienti con le tube aperte ed in migliori condizioni. In tutto, finora, sono nati 150 bambini.

«Il nostro è un Istituto di ricerca - dice Aragona - dove saggiamo dei nuovi protocolli per ottenere percentuali di successo più alte. Il fine della ricerca, però, non è un esasperato tecnicismo, ma la scoperta di fattori utili anche per la medicina preventiva». I tempi di attesa al Policlinico si fanno leggermente più lunghi: il 90 per cento delle pazienti viene sottoposto al trattamento entro tre mesi dalla richiesta.

Anche il Policlinico Gemelli ha il suo centro Gift, presso la clinica Columbus, gestito dal prof. Nicola Garcea. In un anno e mezzo di attività 110 donne sono state sottoposte a Gift, con una percentuale di 13 nascite, una percentuale di successo che arriva al 17 per cento per le donne affette da sterilità senza cause accertate. Per aderire ai dettami della Chiesa e venire incontro ai problemi di infertilità dei credenti, in questo centro viene

Tre strutture pubbliche, due grandi centri privati e una trentina di piccoli studi con tariffe di «fantasia» La fecondazione «assistita» nella capitale: anche tre mesi di attesa, con possibilità di successo fino al 25%

effettuata la Gift con una particolare tecnica di raccolta del seme. «Lo raccogliamo tramite un profilattico detto "semen collector device", il cui lattice non uccide gli spermatozoi - dice Garcea -. Facciamo avere un rapporto con questo raccogliatore e chiediamo agli utenti di fare un piccolo foro nella parte terminale in modo che ci sia una deposizione di parte del seme in vagina. Riusciamo così ad armonizzare la raccolta del seme per mezzo del profilattico e la deposizione del seme in vagina, senza

contravvenire ai principi etici cristiani. Questo mezzo tecnico ci consente di servire un servizio gratuito agli utenti che ne hanno bisogno».

Aied e Cecos, dove si fanno anche inseminazioni eterologhe, sono dotate di banche del seme, associate alle società internazionali del settore. Fanno uso di seme surgelato, che permette di mantenere l'anonimato tra donatore e ricevente e dà la possibilità di fare tutte le analisi necessarie, comprese quelle per l'Aids. Per questo motivo il ministero

della Sanità ha proibito l'uso di seme fresco. Ma in una situazione di mercato selvaggio è impossibile controllare tutti i centri.

Il Cecos, con due sedi romane e un grosso laboratorio di analisi, effettua la fecondazione assistita con varie metodiche, incluse Gift e fecondazione in vitro, dandosi norme e tariffe internazionali. Prima tra le regole: uso di seme surgelato, analizzato scrupolosamente e periodicamente. E i prezzi? 200.000 lire per l'inseminazione che si fa ambulatorialmente, 2.500.000 per Gift e Fivet, con un giorno di ricovero. I risultati sono soddisfacenti: 50 fecondazioni nell'89 e un migliaio in 15 anni di attività.

L'Aied, invece, fa soltanto le inseminazioni perché si effettua in strutture ambulatoriali. «L'intervento medico è molto semplice - dice Luigi Bonito, ginecologo presso l'Aied -. È molto più complesso mettere una spirale. Il fattore più importante è il controllo dell'ovulazione e la valutazione sull'opportunità del trattamento».

Dall'83 all'86 l'Aied ha trattato 210 pazienti, ottenendo 60 nascite, con una percentuale di successo pari al 37 per cento dei casi. I prezzi: 400.000 lire per un ciclo di inseminazioni, un'inseminazione al giorno per un massimo di tre giorni. Nelle altre strutture private, con la Gift o con la Fivet, un bambino «costa» in media 5 milioni. «I prezzi delle fecondazioni assistite spesso non sono giustificati - afferma il dott. Bonito -. Si può guadagnare molto facendo queste cose».



Intervista a Stefano Rodotà

«Serve una legge per il settore»

Una legge che regoli le fecondazioni assistite. Una disciplina agile, che affronti questioni pratiche e salvaguardi i diritti dei cittadini, lasciando aperto il confronto su valori diversi. È questo il senso della proposta di legge di Stefano Rodotà, deputato della sinistra indipendente, tesa a garantire i diritti del nascituro, il libero accesso della donna alle tecnologie riproduttive e la salute di entrambi.

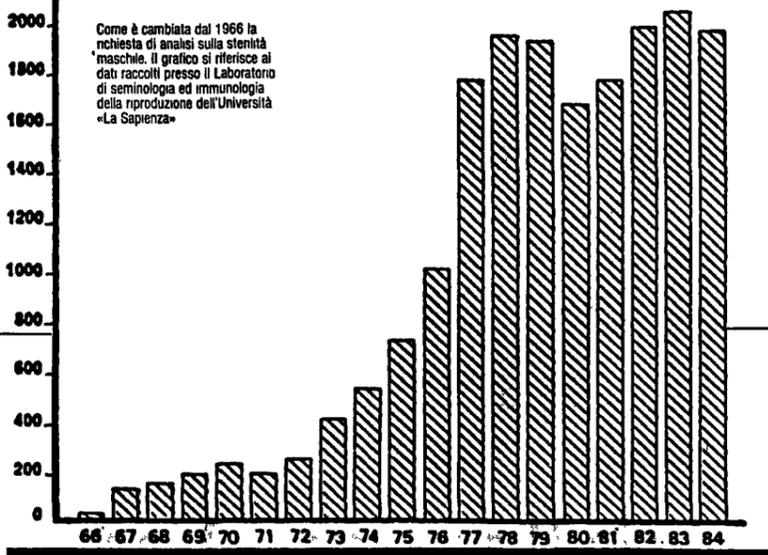
«La proposta che abbiamo avanzato - afferma Rodotà - prevede che le fecondazioni assistite vengano effettuate solo presso centri autorizzati dal ministero della Sanità e da operatori specializzati, con l'obbligo di svolgere tutti gli esami clinici e di laboratorio stabiliti dal ministero. Impone anche di riconoscere il figlio al partner che abbia consentito, nelle forme previste dalla legge, di ricorrere al seme di un donatore al fine del concepimento. E garantisce la libera scelta della donna di sottoporsi a tecnologie di riproduzione».

Il vuoto legislativo ha creato un doppio regime, che vieta nelle strutture pubbliche quanto si fa liberamente nelle private. A che prezzo? Il doppio mercato ha lasciato scoperta la parte più delicata, cioè il settore delle fecondazioni assistite con seme di donatore. Con un intervento

ideologico, che ha vietato l'inseminazione eterologa nelle strutture pubbliche, si è creato un mercato florido, selvaggio, speculativo. Allora, nella difficoltà di legiferare, bisognerebbe almeno stralciare dalle varie proposte, la mia compresa, la parte relativa ai centri autorizzati, in modo da garantire agli utenti il diritto alla salute. In Francia è già in vigore una disciplina di questo genere.

Quali sono gli ostacoli più grossi che incontra l'approvazione di una legge che regoli in modo chiaro questa materia?

Si avverte da parte di molti il rischio che riconoscendo anche la semplice esistenza delle fecondazioni eterologhe venga legittimata questa forma di intervento. In questa situazione, assume un peso enorme l'ideologia, dovuto alla presenza della Chiesa e di un forte partito cattolico in Parlamento. C'è da questa parte una posizione di rifiuto netto delle tecniche di riproduzione. Intanto, però, con una proposta concreta bisogna garantire il diritto del singolo alla riproduzione, all'informazione e al rispetto della salute. Oggi, in un mercato selvaggio, la donna viene messa nelle mani non si sa di chi, il figlio può subire il rifiuto del partner che prima aveva acconsentito all'inseminazione. Bisognerebbe quindi meno mettere dei punti fermi su questi passaggi così delicati. □D.V.



L'abc dell'inseminazione artificiale

Banca del seme
È il luogo dove si conserva il liquido seminale umano, fornito da donatori anonimi, opportunamente analizzato, trattato, catalogato e mantenuto alla temperatura di -196 gradi centigradi in azoto liquido. Gift, o fecondazione in vitro

Fecondazione dell'ovocita umano con spermatozoi, attuata fuori dell'organismo materno in apposito contenitore e tramite un liquido biologico. L'embrione viene poi trasferito nella cavità uterina. Gift, o fecondazione artificiale intratubarica. È un metodo per far unire il gamete maschile, cioè lo spermatozoo, con quello femminile, l'ovocita, nella tuba uterina. Si attua attraverso una laparoscopia.

Inseminazione artificiale eterologa o Aied. Inseminazione artificiale della donna con liquido seminale di un donatore, estraneo alla coppia, che rimane sconosciuta. Inseminazione artificiale omologa. Inseminazione artificiale della donna con liquido seminale fornito dallo stesso partner. Laparoscopia. Introduzione nella cavità addominale di un piccolo tubo

munito di attrezzatura ottica per l'osservazione dell'apparato riproduttore femminile (utero, tube, ovaie). Tube di Falloppio. Condotto anatomico che collega le ovaie all'utero. L'ostruzione delle tube può essere all'origine della sterilità femminile.

Stress e inquinamento le nuove cause di sterilità

Stress, inquinamento atmosferico, fumo e alcool. Queste le cause dell'aumento dell'infertilità maschile. Ma dall'andrologo i romani non ci vanno. E se decidono di presentarsi a un controllo lo fanno soltanto dopo il matrimonio e solo quando si presenta qualche difficoltà nel concepire un figlio. La paura di non essere virili: un individuo su cinque confonde la sterilità con il «non essere uomo».

L'infertilità maschile è in aumento. L'inquinamento e la totale assenza di prevenzioni rendono obbligato in molti casi il ricorso alle fecondazioni assistite. «Nel 1966 facevamo soltanto cinque analisi del liquido seminale, oggi ne facciamo 2000 all'anno, perché di più non possiamo fare», afferma Franco Dondero, professore associato di andrologia a «La Sapienza», che opera presso l'Istituto della quinta clinica medica al Policlinico Umberto I. «Spesso però arrivano qui quando non c'è più niente da fare - aggiunge - intervenendo dieci anni prima avremmo risolto molti casi di infertilità». Purtroppo, sono ancora molto forti le resistenze degli uomini a sottoporsi ad uno «screening» andrologico. Nei casi di infertilità di coppia, che andrebbero affrontati con uno studio parallelo su entrambi i partner, è la donna a fare per prima gli accertamenti.

A confermare la gravità della situazione sono i risultati di una indagine condotta presso il laboratorio di Immunologia e Seminiologia della V clinica medica su un gruppo di soggetti presentatisi per la prima volta al controllo andrologico. Quasi tutti affrontano il problema soltanto dopo il matrimonio (75,7%), tra i 26 e i 34 anni. Fanno l'analisi del liquido seminale per problemi di sterilità (70,9%), ma quasi nessuno di loro ha pensato ad un controllo prematrimoniale. Nel 74,8% dei casi è stata la partner a controllarsi per prima, ed infatti il controllo andrologico viene prescritto soprattutto dal ginecologo (38,2%), dall'endocrinologo (28,8%), e raramente dall'urologo (14,6%). Dal medico di famiglia in casi del tutto eccezionali (11%). Ma ciò che dà la dimensione reale del problema è che il 22,3% degli intervistati alla domanda provocatoria sull'identità fra i termini «fertilità» e «potenza sessuale», risponde «sì» o «non so». «Un individuo su cinque a Roma, avendo difficoltà ad avere figli crede di non poter fare l'amore, cioè di «non essere uomo», visto che la virilità e la potenza si misurano ancora sull'erezione. La situazione è tragica - afferma il professor Dondero - oggi esistono fattori che aumentano la sterilità maschile, ma è anche vero che noi possiamo controllare soltanto chi viene a fare l'analisi».

Ma quali sono le cause della sterilità e dell'infertilità maschile? Principalmente le infezioni del tratto genitale, spesso asintomatiche, che possono dare nel tempo delle lesioni anatomiche e rendere il liquido seminale meno fertile. L'altro problema è il varicocele, una vena dilatata del testicolo, che in certi soggetti determina con il passare degli anni una alterazione del liquido seminale. In genere il varicocele viene scoperto alla visita di leva. Altro fattore, l'inqui-

namento della vita sociale. Il microstress, lo stitico che può inibire o ridurre nel maschio la produzione di centinaia di milioni di spermatozoi al giorno. L'intossicazione atmosferica, l'uso incongruo di antibiotici, conservanti e ormoni presenti nei cibi, l'eccesso di esami radiografici, e poi fumo e alcool. Un consumo giornaliero superiore alle cinque sigarette procura una lesione degli spermatozoi e può causare nel tempo problemi sessuali. Nelle campagne assume importanza l'uso non controllato degli anticongestivi che vanno usati con grosse precauzioni.

Per fortuna a Roma sono più frequenti i casi di infertilità, cioè di difficoltà a fecondare, che non di completa sterilità. Come non la situazione è allarmante. Sia per la mancanza totale di un'educazione alla prevenzione, che per il progressivo deteriorarsi del liquido seminale. Nella banca del seme dell'Aied, di cui è responsabile scientifico il professor Dondero, vengono scartati quattro donatori su dieci, apparentemente sanissimi, per cause che solo in una bassissima percentuale risultano congenite. Scoprono l'infertilità fra i 20 e i 27 anni, soltanto al momento della donazione. □D.V.



La scelta silenziosa di chi spera d'avere un bimbo

Qual è l'identikit delle coppie che ricorrono all'inseminazione artificiale? Nei dati contenuti in uno studio dell'Aied, condotto su 487 coppie, sono esaminati i motivi che spingono a ricorrere a questa soluzione. Ed emerge un'atmosfera di grande segretezza che inizia molti mesi prima della decisione e prosegue anche dopo la nascita del figlio: nel 92% dei casi non saprà mai come è stato concepito.

Segreti e silenzi. È questa l'atmosfera che circonda l'inseminazione artificiale. Secondo uno studio dell'Aied su 487 coppie (474 sposate - 13 conviventi), seguite dal gennaio 1985 al giugno 1987, la stragrande maggioranza (87%) ha tenuto segreto il ricorso all'inseminazione eterologa (inseminazione con seme di donatore). Perché? Per difendere l'intimità della coppia (56%), per timore del giudizio altrui (27%), per paura di apparire diversi (19%).

Ancora: è il «segreto» a spingere il 51% delle coppie, provenienti dal Sud e dalle Isole, nei centri romani, pur potendo far ricorso ai centri che operano nel Meridione. A fecondazione avvenuta il silenzio continua. Il 92% delle coppie non dirà mai al figlio come è stato concepito perché teme le sue reazioni (57%) e quelle del contesto sociale (21%). Ma c'è anche un altro si-

lenzio, profondo, che dura anni, e precede l'inseminazione. Il silenzio sulla sterilità maschile. Nel 65% dei casi la colpa della sterilità è data alla donna, che per prima inizia gli accertamenti medici. Alla domanda: «Sospettiva lei che la sterilità fosse del partner?», il 79% delle donne risponde no. Perché? «La sterilità è più frequente nelle donne», risponde il 44% delle intervistate.

Peccato che al partner maschile non è stato chiesto se ipotizzava di essere sterile. Soltanto il 20% descrivendo le proprie reazioni alla notizia, dice di averlo ipotizzato per precedenti malattie. Gli altri, anche a causa della rimozione del problema, reagiscono con depressione (39%), frustrazione (26%), tristezza (19%), rassegnazione (16%), senso di diversità (14%), incredulità (11%), rabbia (10%), trauma (9%), senso di menomazione (7%); la somma delle percentuali è

maggiore di 100 perché le risposte sono date a più di una voce.

Le donne reagiscono alla notizia della sterilità del partner con minore depressione (28%), ma più tristezza (26%), più frustrazione (27%). Avvertono di meno un senso di menomazione (5%) e di incredulità (4%), e alcune di loro, iniziano a far progetti sull'inseminazione (3%).

Sono infatti le donne a proporre per prime l'inseminazione nel 27% dei casi, mentre nel 18% dei casi lo fanno gli uomini. Con più frequenza ci pensano insieme (35%), per il resto vengono consigliati dal medico.

Prima di ricorrere hanno aspettato tanto. In media 5 o 6 anni dall'insorgenza del problema, rivolgendosi a medici specialisti privati oppure a centri di cura per la sterilità spendendo 6/7 milioni. Eppure non hanno pensato all'adozione o all'affidamento. Quasi nessuno di loro si è informato delle norme che li regolano. Il 49% spaventato dalle difficoltà burocratiche, il 21% per mantenere segreta la sterilità, il 16% per il desiderio di vivere la gravidanza, il 9% perché ritiene l'inseminazione artificiale più naturale.

Sono tanti i motivi che spingono queste coppie di

trentenni, con livello di istruzione medio, in prevalenza di religione cattolica non praticante e benestanti, a volere un figlio «proprio». Primo fra tutti: un desiderio profondo di maternità (52%) e di paternità (48%), seguito dall'idea che un figlio sia il naturale completamento del rapporto di coppia (35% lei, 29% lui).

Non è leggero il peso delle pressioni socio-culturali (17% lei, 18% lui) e della condizione che un figlio possa aiutare a vincere un periodo di vuoto (10% lei, 11% lui). Non trascurabili le motivazioni del partner che prima aveva accettato il rifiuto del partner che prima aveva acconsentito all'inseminazione. Bisognerebbe quindi meno mettere dei punti fermi su questi passaggi così delicati. □D.V.