



# in provetta

— Sembrava uno dei miracoli della medicina. In realtà, a quasi 20 anni di distanza dal primo esperimento riuscito (la nascita di Louise Brown, la bambina più famosa del mondo) la fecondazione artificiale mostra tutte le sue pecche. Le cifre, in termini di percentuali di successo, non sono infatti per nulla entusiasmanti: si è calcolato che per ogni otto coppie che si rivolgono agli specialisti per essere aiutate a concepire, solo una riesce ad avere il tanto agognato figlio al primo tentativo. Quello che accade molto più spesso è che una coppia si sottoponga a ripetuti tentativi di fecondazione artificiale, spesso corredate da preventive iniezioni di ormoni per preparare al meglio l'apparato riproduttivo a svolgere il suo compito. Il tutto per un giro d'affari di circa 200 miliardi all'anno. Queste sì, sono cifre da capogiro, che giustificano il proliferare di un mercato in continuo aumento. Si calcola infatti che più di centomila coppie all'anno denuncino difficoltà a concepire; di queste, 20.000 ogni anno ricorrono agli specialisti della riproduzione assistita, disseminati negli oltre 200 centri, tra pubblici e privati, che operano in questo settore nel nostro Paese. Un'enormità, se si pensa che

## La Scheda

### Fecondazione in cifre Il bilancio di vent'anni

negli Stati Uniti ce ne sono 267, a fronte di una popolazione quattro volte più numerosa. Ecco le tecniche di fecondazione artificiale oggi disponibili (da sottolineare che le percentuali di successo si riferiscono alle gravidanze ottenute, non ai bimbi effettivamente nati).

1) Inseminazione artificiale. È il metodo più semplice e comune. Lo sperma congelato viene iniettato con un catetere direttamente nella cervice uterina (Ici), sul fondo dell'utero (Iui) o nel peritoneo (Ipi). Va detto però che la procedura ha successo solo se l'apparato riproduttivo della donna è funzionante. Le percentuali di successo vanno dall'8 al 19 per cento. Dal punto di vista economico è la tecnica

più a buon mercato: da 600 mila lire a un milione e mezzo.

2) Fecondazione in vitro (Fivet). È la tecnica più classica e diffusa. L'ovulo della donna viene messo in contatto con lo sperma maschile in una provetta. Se uno spermatozoo riesce a penetrare nell'ovulo, fertilizzandolo, l'embrione risultante viene trasferito nell'utero della madre per completare lo sviluppo. La percentuale di successo con questo metodo è di circa il 18 per cento. Il costo va da 4 a 8 milioni di lire.

3) Trasferimento di gameti in tuba (Gift). Si tratta di un vero e proprio intervento chirurgico che richiede l'anestesia generale. Il medico infatti deve inserire gli ovuli e lo sperma nelle tube di Falloppio della donna. L'embrione che eventualmente si forma dal loro incontro è in grado di ridiscendere nell'utero e di installarvi. I successi ammontano al 28 per cento. Data la complessità, questa tecnica è costosa: per ogni tentativo occorrono tra 8 e 10 milioni di lire.

4) Trasferimento di zigote in tuba (Zift). Anche questa procedura richiede l'anestesia generale. Ma invece di inserire nelle tube ovuli e sperma vi si inietta diretta-

mente il prodotto della loro unione, lo zigote, ovvero il primo abbozzo dell'embrione. La tecnica quindi si suddivide in due fasi. Dapprima gli ovuli vengono fecondati in laboratorio, come si fa per una normale fecondazione in vitro; dopodiché, invece di essere trasferito nell'utero, l'embrione viene inserito nelle tube. La percentuale di successo è del 24 per cento, i costi sono comparabili a quelli della Gift.

5) Iniezione intracitoplasmatica di sperma (Icsi). È il metodo più nuovo. A differenza delle tecniche precedenti, in cui uova e spermatozoi vengono lasciati interagire senza interventi umani, che non siano quello di metterli a contatto gli uni con gli altri, qui uno spermatozoo, o anche uno spermatoide (la forma immatura dello spermatozoo) viene forzato a entrare nella cellula uovo. L'embrione che ne risulta viene quindi trasferito nell'utero della donna.

Questa procedura viene utilizzata quando si ha una grave forma di sterilità maschile, nel caso in cui gli spermatozoi sono prodotti in scarsissime quantità e lasciati a se stessi avrebbero una probabilità molto ridotta di riuscire a fecondare l'uovo. La percentuale di successo è del 24 per cento. Costa più o meno come una Fivet.

Cinzia Tromba



sione, si crea lo scalpore. Peggio, l'impressione, l'impatto emotivo. E siccome l'informazione è sempre approssimativa ecco che si finisce per fare di tutta un'erba un fascio. E scattano i divieti. Sono invidiosi, e portano un esempio «lampante»: l'enfasi con cui stato riferito della donna che starebbe portando avanti la gravidanza con di due feti provenienti da coppie di genitori differenti. Una cosa impossibile, sostengono, e il dottor Bilotta che va sostenendo di averla fatta, racconta balle. «Che gliene viene, dice lei?», si risente la dottoressa Elisabetta Chelo, ginecologa, specialista in patologia umana della riproduzione e responsabile del centro milanese e di un altro analogo a Firenze. Senta qua: io adesso le dico che ho fatto partorire un gatto da una signora: lei ci crede, fa finta di crederci, lo scrive io il giorno dopo ho lo studio pieno di gente....»

Un manifesto affisso in Gran Bretagna per il reclutamento di «mamme in affitto». In alto la nursery di una clinica

È grande il Cecos milanese. Oltre alla sede di via Berengario ha anche un'«appendice» nella casa di cura San Giovanni dove si effettuano gli interventi più delicati. Ci lavorano tre biologi, cinque ginecologi un andrologo e uno psicologo. In assenza di una legge, il guida un codice di autoregolamentazione che la stessa associazione ha provveduto a darsi fin dal '92: proibita l'ovodonazione alle signore al di sopra di 51 anni, massima onestà professionale nel rapporto con i pazienti che debbono essere informati dei pericoli ma anche delle percentuali sulla possibilità di riuscita dei singoli trattamenti, «accettazione» solo di coppie e non di single, recita nei suoi punti essenziali il regolamento. Dunque niente uteri in affitto, niente mamme nonne o diavolerie peggiori. «Qui - tengono a dire - non nesentirà parlare». L'identikit del donatore è quello di

un giovane tra i ventidue e ventotto anni. A parte i responsabili del centro, gli unici conoscerne l'identità, il suo nome resterà per sempre celato. Nella gran parte dei casi è uno studente universitario, di Medicina. Sono gli stessi medici del Cecos ad avvicinarlo nelle aule e a proporgli la donazione, con riservatezza, durante le esercitazioni in piccoli gruppi. Perché proprio lui e non un coetaneo qualsiasi? Perché, rispondono al centro, è un giovane che si sta avviando a questa stessa professione, è già in possesso di alcune nozioni fondamentali e dunque in grado di comprendere la procedura meglio di chiunque altro. «Noi lo sottoponiamo ad accertamenti molto approfonditi: tra questi l'esame del Dna e il test per l'Aids che gli facciamo ripetere ogni sei mesi. Non deve sborsare una lira, pensiamo a tutto noi. Al donatore va solo un rimborso: appena settantamila lire, a titolo di rim-

borso della giornata persa e del costo dei trasporti considerando che spesso si tratta di fuori sede». È proprio l'incerto economico, ribadiscono al Cecos, lo strumento che garantisce la tranquillità dell'operazione: il giovane si sente in dovere di non lasciare a metà il suo impegno, che non è eccessivamente gravoso ma neppure da prendere alla leggera.

«La frequentazione - spiega la dottoressa Chelo - deve andare avanti per un anno e mezzo, il tempo necessario per accertarsi degli esiti negativi degli esami: per il liquido seminale usiamo un congelamento protettivo: questo significa che il prelievo fatto oggi, potrà essere usato solo tra otto, dodici mesi. Capisce ora quante difficoltà ci pone il divieto ministeriale?»

Secondo i calcoli, il centro in un anno viene frequentato da circa mille persone. Questo non significa che tutti si sottopongano ad insemina-

zioni o fecondazioni, precisa la dottoressa Chelo. Però una maggior parte si: diciamo tra il settanta e l'ottanta per cento. Tanti. E chi sono? Gente normale, dalla vita normale, impegnata in un universo variegato di mestieri e professioni: ci sono casalinghe, colf, impiegate, ma anche donne avvocate, o dirigenti d'azienda; i mariti o compagni fanno gli operai, pasticceri, gli artigiani ma anche i manager, i bancari, gli impresari. Un esercito di senza prole che chiede, si informa, se ne va. E poi ritorna. «Quando li vediamo di nuovo qui, sappiamo che per loro è arrivato il momento più delicato - spiega la dottoressa Marina Corso, anche lei ginecologa - sono ad un passo dalla scelta e a noi spetta una grande responsabilità. Dobbiamo essere capaci di dar loro gli strumenti necessari per farlo. Spesso non hanno neppure la più pallida idea di cosa stanno per affrontare. Ne ho visti parecchi presentarsi con lo stesso atteggiamento con cui si va da un salumiere e dire: "vorrei fare la fecondazione in vitro", come se si trattasse di comprare due etti di prosciutto. E, se è per questo, c'è anche chi ci vorrebbe per il futuro nascituro qualche caratteristica somatica che lo avvicini di più ai genitori... Ma non sono casi ricorrenti... Tutti gli altri sono pieni di angosce. Per questo il nostro compito è difficile: dobbiamo metterli al corrente di tutto, dei pericoli soprattutto in cui possono incorrere. Bisogna spiegare quanto dovremmo fare per realizzare il loro desiderio. Niente deve essere taciuto. D'altra parte noi non siamo santi, ma solo medici. E miracoli non possiamo farli. Va chiarito immediatamente. C'è una certa percentuale di riuscita? Bene. È possibile che invece non funzionino? Allora va detto, per non provocare penose delusioni. E c'è da prendere in considerazione il nodo più grosso, visto che il bambino che nascerà sarà loro, ma solo per metà. Anche qui l'informazione gioca un ruolo importante nell'accettazione del piccolo».

Ed è tanta la consapevolezza che si matura che, dicono al centro, è capitato che i neo mamma e papà si siano rifiutati vivi per regalare un fratellino al primogenito. Già. Ma c'è anche un rovescio della medaglia. Che succede se un genitore col passare del tempo, si trova davanti un ragazzo che non risponde alle sue aspettative? Non maledirà quella famosa provetta, non comincerà a chiedersi: «Ah, se fosse stato "tutto" figliol mio?».

È accaduto un paio di volte, in Italia: il disconoscimento. Che invece non è previsto in caso di adozioni. «È un problema enorme, senza dubbio. Ma anche su questo deve intervenire la legge. E guardi che i primi a volere una normativa che stabilisca ordine e regole, siamo noi - dice la dottoressa Chelo - ma che sia fatta bene, che delinei i confini, che tenga conto del cambiamento e dell'evoluzione della famiglia. E che soprattutto salvaguardi il diritto all'autodeterminazione».

