

Piccolo viaggio italiano ed europeo, numeri alla mano, nella grande fabbrica del bambino in provetta

TUTTO RIMANE PIUTTOSTO ALEATORIO NELL'UNIVERSO IN CONTINUA ESPANSIONE DELLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA, SU CUI CIRCOLANO PARECCHIE LEGGENDE INDIMOSTRATE

di Roberto Volpi

Tutto è piuttosto aleatorio nell'universo in continua espansione della procreazione medicalmente assistita, il settore medico-scientifico più "in" del momento, quello ch'è stato capace di assurgere a fama e gratitudini universali - non c'è ormai chi non ne enumeri i meriti, sui mass media di tutti i tipi, di tutte le tendenze, di tutte le geografie - indipendentemente dai risultati, dalla loro qualità e dai mezzi coi quali li raggiunge. A cominciare dalle nascite, stimate assai all'ingrosso in almeno 250-300mila l'anno. Per proseguire coi costi. Una ricerca dal titolo "Starting Families", realizzata dall'azienda MerkSerono e presentata al Congresso annuale della European Society of Human Reproduction and Embryology (Eshre) nel 2010, concludeva - altro elemento di sicura approssimazione - che un bambino in provetta costa tra i 24 mila e i 41 mila dollari. Si tratta di costi che prendono in considerazione sia la ripetizione dei cicli di trattamento di Pma da parte di donne che non si fermano al primo tentativo, sia il fallimento assai frequente di questi cicli, sia tutto ciò che li precede e li segue: visite, esami, accertamenti, controlli.

In Italia una indagine del 2012 svolta da una commissione parlamentare dava risultati medi di meno della metà: da un minimo di neppure 7 mila euro in Emilia a un massimo di oltre 15 mila euro in Lombardia. Cifre ballerine, oltretutto non così attendibili, perché tutto è ballerino e poco attendibile, in materia. Il volume globale di affari proveniente dalla Pma? Non meno di cinque miliardi di euro l'anno, si afferma, più probabilmente sette, forse anche di più. Vallo a sapere. La sola cosa certa è che non si può più parlare di marginalità economica di quella che viene chiamata, da qualche raro scettico, l'industria della fecondazione assistita o della fertilità. Perché, ecco il punto, gli affari lievitano. In modi sempre più spregiudicati, ma pazienza. Come

quando, per dire, un ovulo viene venduto/donato da una donna (la prima della catena, la venditrice/donatrice anonima) a una coppia eterosessuale, e dunque alla donna di questa coppia (la seconda della catena) che a sua volta, dopo la fecondazione in vitro con il seme del marito o compagno, cede l'ovulo fecondato/embrione per l'impianto in utero a un'altra donna ancora (la terza e ultima della catena), quella dell'utero in affitto. Le donne interessate sono tre: la prima mette l'ovulo, l'ultima l'utero e dunque la gravidanza e il parto, la seconda il seme del marito o compagno. Il figlio è della seconda, che non mette niente di sé, a meno che non intenda considerare "suo" il seme del marito/compagno. La procedura funziona altrettanto egregiamente, se non addirittura meglio, nella eventualità che la coppia interessata al figlio sia omosessuale. Ma evidentemente in queste peraltro non più rare eventualità qualche perplessità deve generarsi, nell'animo di chi vi ricorre, su "di chi sia veramente il figlio", una volta venuto al mondo. "Geneticamente il nascituro - se viene usato il programma di donazione di gamete - è legalmente della coppia che predispone il programma, quindi i genitori siete voi. Qui non si applica nessuna procedura di adozione", si premura non a caso di dare rassicurazioni il Centro studi ucraino italiano (un Centro studi per modo di dire, va da sé), in un italiano assai sportivo ma nondimeno efficace, presentando i suoi programmi "all inclusive" sulla "madre surrogata" e altre procedure di Pma. L'Ucraina - come altri paesi dell'Europa dell'est che si vanno via via attrezzando - fa di tutto per inserirsi nella competizione internazionale per far fronte alla domanda di figli. Da segnalare, della rassicurazione ucraina, l'espressione quanto mai rivelatrice che il figlio è di chi "predispone il programma". In effetti, e senza che si debba ricorrere alla madre surrogata, i "programmi" per cercare di avere un figlio con la Pma stanno diventando assortiti come le diete personalizzate. Non c'è che l'imbarazzo della scelta. L'utero in affitto è infatti

ammesso in Belgio, Gran Bretagna, con qualche limitazione in Grecia e Spagna, e pienamente in paesi dell'Est come la Repubblica Ceca, la Russia e appunto l'Ucraina. L'accesso ai trattamenti di Pma è consentito alle coppie omosessuali e alle donne single in molti più paesi europei. Perfino la fecondazione "post mortem" ha dei sostenitori, essendo ammessa in Belgio, Gran Bretagna e Spagna. E siccome chi ha soldi può scegliere di andarsene in Svizzera o in Spagna - i due paesi verso i quali si rivolge ben il 75 per cento delle coppie italiane che prendono la via dell'estero - e fin negli States, mentre chi non ne ha deve gio-coforza rimanere entro i confini nazionali o al più concedersi, appunto, l'Ucraina o la Repubblica Ceca, dove il listino prezzi dei "programmi" è più abbordabile, ecco che la Corte costituzionale ha deciso per l'eterologa anche in Italia per motivi, si dice, di eguaglianza dei cittadini. E sia. Però si riconosca almeno che: a) anche senza l'eterologa occorrono soldi, e parecchi, per accedere a un qualche centro di Pma per la fecondazione in vitro; b) c'è centro e centro e costo e costo, anche in Italia - anzi, massimamente in Italia; c) di eterologhe, in giro per il mondo, ce ne sono di tutti i prezzi: in Ucraina costano un tot, di più in Svizzera, non si dica negli Stati Uniti. Cossicché non c'è eguaglianza di nulla, nella e di fronte alla Pma. Al contrario, se c'è una pratica risolutamente discriminatrice secondo il censo e la classe sociale, questa è proprio la Pma.

In teoria si potrebbe obiettare che quasi non c'è pratica più diffusa, in Italia - nonostante la legge 40 sia stata accusata di frapportare ostacolo a ostacolo - dove le coppie trattate sono passate in sei anni tra il 2005 e il 2011 da 46 a più di 73 mila, con un aumento del 60 per cento, grazie a un sub-siso di centri di Pma che dalle altre parti se lo sognano - addirittura 354, contro i neppure 100 della Francia, i poco meno di 120 e di 130 rispettivamente della Gran Bretagna della Germania, i 200 o giù di lì della Spagna, forse il paese che più spregiudicatamente s'è buttato sul business turistico-riproduttivo della Pma. (segue nell'inserto II)

Si è molto gridato allo scandalo per gli "esodi" (quattromila, non diecimila) delle coppie italiane all'estero. Mediocri risultati, anche dove è ammessa da tempo l'eterologa

IN CERTI REGIONI LA POLITICA DEL TICKET NON SI FERMA DI RICORRERE A TECNICHE DI MARKETING DA IMBONTITORI DI PIAZZA, PROPONENDO PREZZI STRACCIATI PER I CICLI DA BEVERE A 121. I BAMBINI CHE ARRIVANO SONO DAVVERO POCCHISSIMI, RISPETTO ALLE DONNE CHE RICORRONO ALLA PROVETTA. EPIURE SI FA DI TUTTO PER ALIMENTARE CONFUSIONE E LUCROSE SPERANZE

(Volpi segue dall'inserto I)

Ma dov'è che porta quest'abbondanza tutta italiana? A migliori risultati? All'abbassamento dei prezzi? "La cosa grave è che in Italia sono nate negli ultimi dieci anni più di duecento strutture pubbliche solo per dare un contentino ai medici, soprattutto ai ginecologi, ma senza nessuna verifica di qualità e di competenze. Nel 1982 c'erano tre centri, oggi sono invece quattrocento, dei quali 390 dovrebbero essere chiusi". Parole del professor Severino Antinori, scandite in un'intervista al Corriere della Sera del 23/12/2011.

Non sono duecento le strutture pubbli-

che, ma "solo" 121 a cui se ne possono aggiungere altre 27 private convenzionate. Ma tant'è, il ragionamento del professore è difficilmente contestabile. A che ci servono tutti questi centri? Ad approfondire disparità e disegualganze, sembrerebbe. Nel mezzogiorno ci sono centri di Pma in proporzione alla popolazione - anche se assai più del settore privato che di quello pubblico, che non arriva al 30 per cento dei centri. Si tratta di uno dei pochi fenomeni/servizi per i quali vale una tale affermazione di proporzionalità. Che però si ferma qui, e non smorza in niente tutte le disparità successive. E infatti nel mez-

zogiorno i cicli di trattamento di Pma per milione di donne in età 15-45 anni sono assai meno della metà di quelli del centro-nord, in Calabria un decimo di quelli della provincia di Bolzano. La migrazione interregionale delle coppie è del 25 per cento - una coppia su quattro, una mobilità formidabile, ben più alta, tanto per intenderci, di quella ospedaliera o universitaria - ed è alimentata soprattutto dalle coppie del sud.

E' degna di sottolineatura una tale realtà, anche perché in questi anni non si è fatto che gridare allo scandalo per gli "esodi" delle coppie italiane all'estero, in

cerca spasmodica dell'eterologa. Diecimila l'anno, si è sempre detto. Ma quali esodi, ma quali diecimila. Si recano all'estero meno di quattromila coppie italiane l'anno e di queste solo la metà - duemila scarse - per ricorrere all'eterologa, l'altra metà perché vuole provare la carta dell'estero dopo tentativi andati a vuoto in Italia. Delle 73 mila coppie trattate nei centri italiani nel 2011, oltre 18 mila hanno varcato i confini non dell'Italia ma della propria regione, quasi dieci volte quelle che si sono recate all'estero. Di queste, non una parola.

E poche parole sono state spese pure sulla vera e propria pleora di spese cui si deve far fronte anche soltanto per arrivare in fondo a un ciclo di trattamenti - altra posta aleatoria, altri dati ballerini, altre disparità da casinò. Ciclo che costa, facendo una media ovviamente grossolana dei centri privati, tra i tre e i quattromila euro nella fecondazione in vitro con tecniche a fresco (ovociti e/o embrioni non scongelati), che però non rappresentano che una parte del tutto. Colloqui ed esami preliminari, visite in corso d'opera, follow up e controlli successivi all'eventuale fecondazione: tutto è variabile, a fisarmonica, e tutto ha un costo. Anche in ambito pubblico i ticket per un ciclo di trattamenti e quelli relativi alla processione di visite/esami/analisi che lo fallona sono diversissimi da regione a regione.

Un rompicapo, una ragnatela. Come per le liste di attesa, del resto, per le quali si oscilla da poche settimane a un anno e passa - la migliore pubblicità per il privato. In certe regioni la politica dei ticket non si perita di ricorrere a tecniche di marketing da imbonitori di piazza proponendo prezzi stracciati per più cicli da ripetere a piacimento, senza alcuna considerazione per quanto e come i ripetuti trattamenti di Pma possano ripercuotersi sulla salute della donna. E se l'ambito pubblico fa così, il privato si può immaginare. Del resto, nelle Relazioni al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 40 non si accenna neppure ai possibili riflessi negativi sulla salute della donna di pratiche che si fondano pur sempre su bombardamenti ormonali e su evidenti forzature dei cicli biologici del corpo delle donne. Naturalmente si obietta a una sola voce, da parte dell'establishment medico-sanitario e scientifico in senso lato, che il tutto è senza controindicazioni.

Certo è che insospettisce parecchio - nel senso della preoccupazione - che più di dieci cicli di trattamenti su cento vengano sospesi prima del prelievo ovocitario e sedici su cento vengano interrotti dopo lo stesso prelievo. Sono dati che non depongono per l'assoluta innocuità di un processo che dimostra sin dalle prime battute di incontrare non poche difficoltà. Come non depone per l'innocuità che nella fecondazione in vitro si superi il 20 per cento di parti plurimi, un valore ch'è una dozzina di volte superiore alla proporzione che si osserva nei parti ordinari. E me-

no ancora che si arrivi al 25 per cento di esiti negativi della gravidanza, costituiti da aborti spontanei e/o terapeutici - una proporzione che tra le donne in gravidanza oscilla tra l'11 e il 12 per cento.

Non sono propriamente dati da pubblicità della procreazione medicalmente assistita. E infatti su di essi i mezzi di comunicazione hanno steso un velo di silenzio. Quando il velo si alza, ecco subito scattare le contestazioni. Riguardo al più rappresentativo di tutti, perché più degli altri testimone della forzatura fisiologica operata dai trattamenti di Pma, vale a dire l'abnorme proporzione di aborti spontanei e/o terapeutici, il professor Flamigni argomentava in uno scritto del 2012 che "questi dati sono spesso influenzati dall'età delle donne, che come è noto ha grande peso sul rischio di aborto".

Ora, è vero che le donne con quaranta e più anni rappresentano oltre il 30 per cento di quante si rivolgono alla Pma, ma quelle stesse donne non forniscono che il 14 per cento delle gravidanze. Insomma, le donne in età avanzata, per quanto assai numerose nella Pma, pesano piuttosto poco nelle gravidanze che si ottengono grazie ad essa, la stragrande maggioranza delle quali (l'86 per cento) è dovuta a donne di 30-39 anni. Si può così dimostrare facilmente che almeno i due terzi dell'aumento del rischio di aborto nelle gravidanze ottenute con la Pma non sono giustificati dal fattore età di quante restano incinte grazie a trattamenti di Pma ma sono precisamente dovuti proprio a quei trattamenti. Non si scappa.

Come non si scappa di fronte ai mediocri risultati. E qui, a proposito di risultati, si tocca il top della "furbizia" statistica dei tanti incensatori a prescindere della Pma. Detto che il successo della Pma non può che essere misurato da un indicatore come la probabilità che ha una donna che entra nella Pma di uscirne con un figlio, si deve prendere atto che si fa di tutto - dappertutto - per non far capire come stanno davvero le cose. Migliaia di dati, poca o punta chiarezza. C'è chi si ferma, e lo fanno soprattutto i centri privati che vantano i propri risultati, ai dati sulle gravidanze. Ma se una gravidanza su quattro o cinque in tutti i paesi europei sfocia in un evento sfavorevole, le gravidanze non ci dicono poi molto. Perfino il numero di bambini nati con la Pma non ci dà la misura di quante speranze/probabilità ha una donna di avere un figlio con questi trattamenti, perché i parti plurimi fanno lievitare il numero dei nati ma non quello delle donne che diventano madri. Per intenderci, a tot bambini nati con la Pma non corrisponde un uguale numero di donne con un figlio, dal momento che, essendoci nella Pma il 20 per cento di parti plurimi, a 1.000 bambini nati corrispondono soltanto 800 madri. Così, a consuntivo del 2011 - e pur tenendo conto anche di una stima dei nati da gravidanze delle quali si sono perse le tracce - si può calcolare che in Italia la probabilità per una donna di ottenere un figlio con la

Pma si è attestata in Italia al 15 per cento. Probabilità che scende a meno del 13 per cento nelle tecniche di primo livello (inseminazione semplice) e sale oltre il 16 per cento in quelle di secondo e terzo livello (fecondazione in vitro). In altre parole, una donna che si rivolge alla Pma ha in Italia una probabilità di ottenere il figlio al quale anela ch'è pari a una su otto se si avvale dell'inseminazione semplice e a una su sei se si avvale della fecondazione in vitro. Un po' poco. A maggior ragione se si considera che queste probabilità, queste speranze di avere un figlio, sono inferiori a quelle dell'anno prima e, più in generale, sostanzialmente immobili nel tempo. Ma allora dov'è che vanno a finire i tanto sbandierati miglioramenti delle tecniche?

Ultima annotazione: in ambito pubblico le cose vanno come in quello privato, se non perfino un poco peggio. La ministra Beatrice Lorenzin ha assicurato - e ha fatto bene - che si lavorerà per introdurre nel migliore dei modi anche in Italia l'eterologa. Vista la parata, non sarà facile. Come che sia, non sono pochi quelli che contano di trovare nell'eterologa, vista la perdurante mediocrità dei risultati fin qui raggiunti con la Pma, una sorta di rivincita, di riscatto. Ma non è per niente detto che andrà così. Bisogna intanto precisare che non sono poi così esaltanti i risultati neppure là dove l'eterologa ha un ruolo decisivo. Per il 2011, anno a cui si riferiscono i dati italiani, si può con buona attendibilità delimitare il campo tra i risultati migliori raggiunti da paesi come la Finlandia e la Svizzera, con tassi di successo relativi alla fecondazione in vitro attorno al 25 per cento, e dunque pari a (almeno) un figlio ogni quattro donne, passando per quelli più incerti della Spagna, pari a un figlio ogni quattro-cinque donne, per finire con quelli della Germania, una delle nazioni meno permissive in materia, che si fermano a un figlio ogni cinque donne che si rivolgono alla Pma. Certo, siamo comunque alla retroguardia, con il nostro valore di una donna su sei che riesce nell'intento di arrivare al figlio con la fecondazione in vitro. Ma nel 2010 quel valore era di una donna ogni cinque-sei, non così distante da quello tedesco. Né si può dimenticare che per molti paesi i dati sono del tutto insoddisfacenti, e non è affatto da escludere che siano proprio quelli coi risultati peggiori. Ma bisogna anche chiedersi quanta parte di queste differenze è realisticamente imputabile all'eterologa. Non è infatti così scontata una netta superiorità dell'efficacia dell'eterologa. E ciò per due ragioni. La prima consiste nelle mediamente più gravi cause di sterilità/infertilità delle coppie che ricorrono all'eterologa. E' pacifico infatti che in assenza di questa superiore gravità delle cause di sterilità/infertilità i tentativi si fermerebbero quasi del tutto al ricorso all'omologa. La sostituzione di un proprio gamete con quello di un donatore esterno, potrebbe non rappresentare che una parte del pro-

blema più complessivo.

Ma c'è anche – seconda ragione – che di tentativo in tentativo il tempo passa, cosicché l'età media delle donne è più alta nella fecondazione eterologa che in quella omologa. Ricorrono all'eterologa, infatti, molte coppie che hanno già esperito almeno un tentativo con trattamenti ordinari di fecondazione in vitro. Ma il tempo che passa è decisivo se si pensa che già a 42-43 anni di età le speranze di successo della donna con la Pma si riducono letteralmente al lumicino – con non più di una donna su venti che riesce ad arrivare al figlio. Credere dunque che il ricorso all'eterologa porti con sé probabilità di successo notevolmente superiori a quelle fin qui osservate in Italia è senz'altro legittimo, ma non così sicuro. Meno ancora se si pensa che l'Italia non ha applicato come si conveniva, a cominciare dal settore pubblico, la legge 40: bombardata senza misericordia da sentenze, tribunali e corti e, non ultima, dalla solita approssimazione di tanta parte delle regioni italiane nel far funzionare decentemente le cose in materia sanitaria. Un esempio per tutte: il Lazio, che non per niente di frequente balza, com'è successo in questi giorni con il caso dello scambio di embrioni, agli onori della cronaca. La bellezza di cinquantatré centri, più della metà di quelli francesi e quasi la metà di quelli inglesi e tedeschi, in affannosa via di accreditamento solo dal giugno scorso, quando fu emanato l'apposito decreto regionale che aspettava dal 2004. Ora arriva l'eterologa. Andatevi un po' a fidare.

