

Curare la sterilità

Etica, deontologia e psicologia
nella relazione medico-paziente

Carlo Flamigni
Paola Mutinelli

Prefazione di
Ettore Cittadini

Edizione riservata ai Sigg. Medici da Takeda Italia Farmaceutici S.p.A.

1ª edizione settembre 2001 © Copyright 2001
by Percorsi Editoriali di Carocci editore, Roma

Finito di stampare nel settembre 2001
dalle Arti Grafiche Editoriali srl, Urbino

Grafica: Studiotto, Roma

RIPRODUZIONE VIETATA AI SENSI DI LEGGE (art. 171 della legge 22 aprile 1941, n. 633)
Senza regolare autorizzazione, è vietato riprodurre questo volume, anche parzialmente
e con qualsiasi mezzo, compresa la fotocopia, neppure per uso interno o didattico.

Indice

PREFAZIONE , di Ettore Cittadini	7
L'ETICA DELLA MEDICINA	13
■ La bioetica	17
■ Storia dell'etica medica	20
■ I modelli di medicina	24
■ L'etica medica e il sistema sanitario	34
■ Il consenso informato	39
I VISSUTI PSICOLOGICI DEL MEDICO E DELLA COPPIA	43
■ Una società senza eredi	44
■ "Avere un figlio": indifferenza o desiderio?	46
■ L'imperativo di "fare un figlio"	47
■ Non è donna chi non ha "fatto" un bambino	49
■ Il bambino: gli ambigui messaggi dal mondo esterno	52

■ Diventare consapevoli della propria sterilità	54
■ Malattia e cura	58
■ Un'indagine epidemiologica	60
■ Al di là delle parole	68
■ La comunicazione medico-coppia	70
■ Una delega in bianco	75
■ Il corpo e la mente	78
■ Saper ascoltare, saper capire	80
■ Medicina e informazione	83
■ La scienza, le aspettative	84
■ Rapporto sessuale e fecondazione assistita: la dissacrazione del rito	84
■ Sterilità: chi è il responsabile?	87
■ La donazione di gameti	88
■ Il genitore "estraneo"	90
■ L'adozione come scelta alternativa	99
■ L'intervento dello psicologo	102
■ Dal bambino immaginario al bambino reale	104
■ Il bambino sognato	106
■ Un bambino bene accolto	108
■ Tentare ancora?	110
■ Accanimento e sconfitta	110
■ Un'esperienza da dimenticare?	114

LA RELAZIONE FRA IL MEDICO E LA COPPIA STERILE¹¹⁷

■ Lo statuto della sterilità	118
■ Come non perdere tempo	120
■ La scelta del medico	121
■ I risultati	127
■ Le complicazioni possibili	134
■ Spiegare e capire	138
■ Competenze specifiche	143
■ Donazione di gameti	144
■ Il congelamento dei gameti e degli embrioni	148
■ Le indagini genetiche	150
■ L'esito delle gravidanze	151
■ Le sperimentazioni	153
■ Saper dire di no	155

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA	157
-------------------------	-----

P r e f a z i o n e

Assegnare a questo pregevole volume il titolo Curare la sterilità – con adeguato sottotitolo – vuol dire anzitutto conferire ad essa uno “statuto di malattia” od almeno ammettere che anche la sofferenza psicologica che, nella maggior parte dei casi, la accompagna, sia meritevole di considerazione e di trattamento.

Ci piace ricordare che la cura della sterilità implica il farsi carico delle problematiche di due partner e di un’unità funzionale, “la coppia”, il che spesso richiede un approccio interdisciplinare che rende ancora più evidente quella condizione di “asimmetria” nel rapporto-confronto medico-paziente, da alcuni già intravisto come fattore di difficoltà psicologica della coppia.

D’altra parte se si riflette un istante sull’estrema complessità dei fenomeni che si succedono dopo la maturazione e la liberazione dei gameti fino allo sviluppo dell’embrione ed alla sua nidazione si comprende quanti aspetti della fisiopatologia vadano esaminati e quante competenze ciò richieda. Una fertilità normale esige in effetti l’integrità di tutta una serie di meccanismi fisiologici: spermatogenesi, emissione di sperma, ascensione degli spermatozoi nei genitali della donna, oogenesi, ovulazione, cattura dell’oocita da parte del padiglione tubarico, fecondazione e impianto e sviluppo dell’embrione.

È facile comprendere quante turbe funzionali, quanti disordini anatomici, ostacoli meccanici siano capaci di impedire lo svolgimento regolare di questi fenomeni così complessi e come solo l’accertamento esatto delle cause di sterilità possa consentirne un corretto trattamento. Una conferma drammatica ci viene dal rapido superamento di opere prestigiose sotto una montagna di acquisizioni sempre nuove e da dati continuamente sottoposti dalla ricerca nel settore divenuti pesantissimi in ragione della miriade di informazioni derivanti dall’incessante evoluzione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

L’approccio multidisciplinare rigorosamente richiesto da questa problematica amplifica notevolmente tutti i problemi che riguardano il segreto professionale, la formazione dei medici, il consenso informato e così via.

Chiaro dunque che il rispetto sia di norme deontologiche che di regole etiche sia divenuto essenziale nella gestione delle problematiche connesse alla sterilità.

Bisogna dire che il dibattito sullo statuto della sterilità e di quel che ne consegue si è fatto particolarmente aspro dopo l'introduzione delle fecondazioni extracorporee in tutte le loro tipologie. Di per sé la questione della liceità morale di un'esperienza di questo tipo in una società libera da ideologie costrittive non avrebbe ragione di porsi. Basta pensare che si tratta di una pratica per la vita e non per la morte. Di fatto nel nostro paese, in particolare, una questione morale è esplosa fin dai primi tentativi coinvolgendo anche gli stessi ricercatori. Nel momento in cui le loro ricerche sono diventate sospettabili di sfiorare le tecniche di produzione della vita, immediatamente esse hanno posto problemi morali, ed il dibattito è divenuto sempre più aspro nel tempo.

È dunque comprensibile la lunga premessa sulle possibili opzioni di un'etica medica che sia adeguata a questo tumultuoso divenire della scienza contenuta nello scritto di Carlo Flamigni, *un mostro sacro* di queste problematiche, da anni sostenitore dell'impossibilità di creare norme etiche condivise da tutte le correnti di pensiero, dell'opportunità di applicare il modello dell'etica "delle piccole virtù", elaborazione di ciò che anni addietro Scarpelli aveva definito "etica della simpatia" intesa come immaginazione partecipante capace di farci sentire e vivere come nostra l'esperienza di un altro.

Flamigni esplora ed espone tutte le possibili opzioni etiche, gli obblighi deontologici, per entrare quindi, con concetti ed affermazioni maturati in 20 anni di militanza nel campo, nell'esame delle maggiori problematiche quali la donazione dei gameti, l'assistenza alla fecondazione in donne sole, la diagnosi genetica pre-impianto e così via. Si sofferma sul problema delle competenze: «[...] non possiamo liquidare i problemi andrologici affidandoci solo ad uno spermogramma [...]» e richiama l'attenzione sulla figura dell'andrologo. Crea quindi un ponte al discorso della Mutinelli, psicologa di chiara fama, da antica data collaboratrice del Centro di Fisiopatologia della Riproduzione dell'Università di Bologna, proponendo, nell'esame del profilo psicologico della coppia sterile, una "scheda di comportamento" sia per le coppie che stanno eseguendo indagini e/o terapie per la sterilità, sia su «cosa dovrebbe ricordare il medico che si occupa di sterilità».

Bello, esauriente, e, ciò che non guasta, comprensibile il capitolo elaborato dalla Mutinelli che inizia ricordando che se da un lato il crollo

della natalità non sembra avere alcun impatto sulla coscienza collettiva, il valore sociale del figlio conserva la primordiale rilevanza biologica e psicologica.

Viene evidenziato fino a che punto il vissuto della sterilità possa comportare un'autentica caduta psicologica e sociale, specie di fronte al ricorso alle PMA, che comportano un iter spesso lungo e doloroso, percorrendo il quale il sofferto psicologico da un lato e la comunicazione tra medico e paziente dall'altro rivestono un ingente peso sui risultati clinici. Dopo avere citato le problematiche che possono derivare da questa relazione asimmetrica medico-paziente ed aver analizzato le varianti tecniche di maggior impatto sulla coppia, viene opportunamente ricordato che in questo, più che in altri campi, il medico non deve porsi né come giudice né come moralista ed ancor meno come psicoanalista, ma deve solo assumere il ruolo consapevole e professionalmente corretto di «regista del rapporto di comunicazione».

La lettura di questi due interventi così precisi, così umani e così profondamente permeati dalla consapevolezza della necessità di rimandare ogni impresa scientifica all'esame dei valori etici in essa insiti, risulta agevole e piacevole. Bello il richiamo alla necessità di far riferimento alla figura di medici capaci di interpretare e condividere le angosce e le speranze dei pazienti e capaci di riflettere sul senso umano del loro lavoro.

Tra questi svetta la figura di Carlo Flamigni che, in armonia con la consulente psicologa, ci ha fornito un ulteriore saggio di grande professionalità; entrambi hanno ispirato la loro vita professionale al rispetto ed alla tolleranza per i pazienti, liberandosi in ogni momento da impacci burocratici e da dogmi solo apparentemente insuperabili.

Un ringraziamento ai responsabili di "Percorsi Editoriali", che continuano a proporci opere agili ed essenziali di grande interesse informativo e formativo. ————

ETTORE CITTADINI

L'etica della medicina

Esercitare la professione medica, occuparsi della salute degli altri, ha certamente bisogno di regole. Su cosa fondare queste regole non è però facile da dirsi, poiché si tratta di dettare norme e suggerire comportamenti che hanno a che fare con problemi e situazioni molto diversi. Tutte le discipline mediche hanno caratteri e presentano esigenze particolari e diverse. Sono differenti i bisogni dei malati, così come le concezioni etiche che malati, medici, società possono presentare, influenzati come sono dalla cultura e dai rapporti politici e sociali.

Eppure, il problema della scelta di un modello di medicina ideale è così importante e così sentito che molte e molte volte, nella storia ancor breve dell'uomo, qualcuno ha cercato di proporre norme universali e stabilire regole sovratemporali, tutti tentativi destinati al fallimento perché nessuno ha saputo finora prevedere le complesse dinamiche, i tortuosi sentieri che società, medico e malato avrebbero percorso, sollecitati dal progresso delle conoscenze, dai mutamenti dei rapporti sociali, dall'evoluzione delle analisi critiche, dai cambiamenti delle strutture assistenziali e dello stesso concetto di salute e di malattia. Ma nessuno di questi tentativi è risultato, in effetti, inutile: ognuno di essi non si è limitato ad illuminare il suo particolare presente, ma ha lanciato bagliori di luce sul futuro, che sono stati utili per capire e proporre. È dunque necessario, per comprendere i principi dell'etica medica moderna, cercare di interpretarne l'evoluzione studiandone la storia. Ed è altresì importante definire le discipline che si occupano di descrivere, valutare e suggerire i modelli di medicina, per capirne significato, estensione e limiti.

Se l'etica è, in generale, la scienza della condotta, l'etica della medicina è connessa all'etica filosofica nel senso di rappresentare una fondazione filosofica del comportamento etico della medicina. Ne deriva che l'etica medica non è un'etica particolare, ma piuttosto un'etica di situazioni particolari.

L'etica medica non sfugge al problema delle diverse interpretazioni che la filosofia dà dell'etica: quella che la considera come scienza del fine verso il quale deve essere indirizzata la condotta degli uomini nonché dei mezzi necessari perché questo fine venga raggiunto; quella che la considera, invece, come la scienza delle motivazioni che ispirano la condotta umana e che cerca di determinare questo movente per dirigere e per disciplinare tale condotta. Si tratta di due concezioni profondamente diverse: la prima, che deduce sia il fine che i mezzi dalla natura dell'uomo, parla il linguaggio dell'ideale cui l'uomo è indirizzato dalla sua natura; la seconda parla dei motivi e delle cause della condotta umana e delle forze che la determinano e pretende di attenersi al riconoscimento dei fatti. È propria della prima interpretazione una nozione del bene che lo riconosce come realtà perfetta e della seconda il concetto di bene come oggetto di affezione e di desiderio. La distinzione tra etiche del fine ed etiche del movente deve essere tenuta presente continuamente anche quando si discute di etica medica.

La responsabilità etica del medico è del tutto particolare per due motivi: anzitutto per il fatto che è affidato quasi esclusivamente a lui un bene sommo, quello della salute dell'uomo; in secondo luogo perché nel rapporto tra medico e paziente non è mai possibile trovare una perfetta simmetria: anzi, l'asimmetria è proprio una delle caratteristiche fondamentali della medicina.

L'etica medica - meglio sarebbe dire l'etica della medicina - interessa nello stesso modo medico, paziente e società, in una struttura relazionale molto elaborata nella quale il rapporto tra medico e paziente detiene il significato di maggior rilievo. Si tratta comunque di relazioni complesse: collegano il medico agli altri medici, ai pazienti e alla società; il paziente agli altri pazienti e alla malattia; la società ad altre società. Su tutto, interferiscono valori ideali e fattori materiali che determinano profonde modificazioni della medicina, sia nella teoria che nella pratica.

L'etica del medico, dunque, ha a che fare non solo con il malato (cioè con la sua condizione, la sua sofferenza, la sua vita e la sua morte), ma anche con gli amici e i parenti del paziente, con gli altri medici, con la medicina/scienza, con lo Stato. Ne derivano obblighi complessi, diversamente normati (il codice deontologico, le leggi) che riguardano il segreto professionale, la pubblicità, la formazione e l'aggiornamento, il rapporto con la categoria, la sperimentazione, il consenso informato, l'obbligo di prestare assistenza e di proteggere l'integrità corporea e spirituale dei pazienti. È evidente che concezioni etiche e prassi morale di ogni medico non possono mai essere influenzate dai suoi concetti relativi ai limiti della medicina e al modello di medicina che dovrebbe essere scelto in una determinata epoca storica e in una specifica società. Da ultimo, grande rilievo deve essere inevitabilmente assegnato alla responsabilità nelle decisioni e al rischio di commettere errori, con le possibili conseguenze giuridiche che ne derivano.

Nel passato, l'etica medica era molto attenta a sottolineare e pesare i doveri e le virtù del malato, al quale venivano riconosciute tutte le riserve etiche della natura umana e le attenuanti da ascrivere alla fragilità di questa natura. Si chiedeva comunque al malato di "professare" ubbidienza, di essere aperto nei confronti del medico, di osservare le prescrizioni terapeutiche, di essere insieme rispettoso e fiducioso, accettando in ogni caso la fondamentale limitatezza della vita umana. Oggi - ma lo vedremo in seguito - dei doveri del malato non si parla quasi più, mentre si tende a parlare molto dei suoi diritti, che sembrano destinati a trovare una sorta di aprioristica protezione nei tribunali.

Un certo tipo di tutela nei confronti del malato è certamente svolto anche dallo Stato, al quale è affidato il controllo della preparazione e dell'aggiornamento dei medici nonché l'approntamento (e la verifica del rispetto) delle norme che riguardano la prassi medica. La funzione dello Stato non può però limitarsi a garantire i cittadini che la preparazione del personale sanitario è adeguata, ma deve estendere la protezione al medico, che deve essere tutelato nei confronti di richieste non legittime e la cui autonomia deve - almeno in linea di principio - essere salvaguardata.

Inoltre, l'accesso alle cure che lo Stato riesce a mettere a disposizione dei cittadini è notevolmente influenzato dalla quantità di informazioni che ogni singolo cittadino riesce a recepire. Ne consegue che la stessa conoscenza deve essere considerata una risorsa che è compito dello Stato riuscire a far condividere dal maggior numero possibile di cittadini. Non si tratta solo di un'opera di informazione, ma soprattutto di formazione, che deve avvenire ad opera di mediatori culturali che è compito dello Stato istruire e preparare. Solo così è possibile immaginare una società che possa essere coinvolta in un campo importante e delicato come quello dell'allocazione delle risorse sanitarie e delle priorità. Solo così è possibile impedire che i cittadini finiscano con l'evitare cure certamente utili essendo stati attratti da proposte prive di qualsiasi validazione scientifica, ma capaci di prospettare speranze altrettanto illusorie quanto attraenti.

I doveri di equità dello Stato nei confronti dei problemi della salute sono ancora più complessi, perché complesse sono le fonti di iniquità. Ad esempio, ed è solo uno dei molti, possibili esempi, persino la scelta di imporre a tutti i cittadini le scelte terapeutiche che si sono dimostrate utili al di là di ogni ragionevole dubbio potrebbe dimostrarsi non equa nei confronti dei nuovi cittadini, molti dei quali possono trovare queste proposte inaccettabili in quanto incompatibili con la propria cultura o con la propria religione. E, per fare un esempio ancor più concreto, l'impatto antropologico dei tanto decantati sistemi prospettici di pagamento (come i ben noti DRG) è risultato assai discutibile per il gran numero di conseguenze negative che ne derivano (contrazione del tempo disponibile per comunicare con il malato, deriva economicistica della decisione delle scelte terapeutiche, dei protocolli e delle casistiche più remunerativi).

Uno Stato equo deve dunque seguire una serie di orientamenti fondamentali per la lotta alle disuguaglianze nel campo della salute. Valgono ad esempio i principi espressi nel 1990 dall'OMS:

- ◆ accrescere le politiche di equità attraverso le iniziative tendenti a migliorare le condizioni di vita e di lavoro;
- ◆ realizzare interventi finalizzati a diffondere nelle popolazioni l'abitudine a stili di vita più salubri;
- ◆ decentrare progressivamente il potere decisionale in tema di salute attraverso il coinvolgimento della popolazione in tutte le fasi dei processi decisionali;
- ◆ coniugare politiche di health impact assessment con azioni intersettoriali;
- ◆ realizzare livelli di reciproco coinvolgimento e controllo a livello internazionale;
- ◆ fondare il concetto stesso di equità in sanità sul principio dell'accessibilità a tutti di un'assistenza sanitaria di livello elevato;
- ◆ basare le politiche per l'equità su ricerche, monitoraggi e valutazioni appropriati.

A ciò è necessario aggiungere l'esigenza di accrescere le conoscenze sulle forme di iniquità, il che vuol dire non solo conoscere le ineguaglianze, ma soprattutto avere misure precise sulle differenze sociali nella distribuzione delle malattie e nella mortalità. Un secondo punto di grande rilievo riguarda la necessità di non collegare le cure con le possibili responsabilità morali personali, per evitare di penalizzare coloro che possono essere considerati responsabili delle malattie da cui sono affetti come gli alcolisti e i drogati.

■ La bioetica

È pressoché impossibile citare tutto ciò che ha influenza sull'etica medica: lo sviluppo della medicina, il progresso delle conoscenze, il miglioramento delle possibilità tecniche sono altrettanto importanti, a questo proposito, quanto lo sono i mutamenti socio-culturali, economici e politici. La conseguenza di tutto ciò è che la medicina presenta continuamente nuovi problemi etici che non sono stati previsti, o sono stati analizzati in modo inadeguato, superficiale e insufficiente dalla teologia, dalla filosofia o dalla giurisprudenza. La recente nascita e il grande sviluppo della bioetica rappresentano un tentativo di risposta a questi imbarazzi.

La bioetica è una riflessione multidisciplinare che riguarda i problemi posti dal progresso tecnico-scientifico quando questi hanno a che fare con la salute dell'uomo, intesa nel suo senso più lato. Esiste una bioetica descrittiva, che analizza i problemi, li discute e li rende comprensibili, ed esiste una bioetica normativa, che cerca di aiutare il legislatore a preparare leggi utili per regolare i nuovi problemi proposti dalla ricerca medico-scientifica.

È opinione di molti che la bioetica serva per ricondurre (o tentare di ricondurre) la medicina sotto il controllo della morale. In effetti si ritiene comunemente sia che la morale abbia il posto più alto nella gerarchia delle forme di sapere e delle regole che disciplinano i comportamenti sia che la medicina – collocata da tutti in posizione nettamente inferiore – sia sfuggita al controllo della morale. Questa scala di valori ha origini antiche. Platone affermava che le arti debbono sottostare a un sapere che deve indirizzare l'uso dei loro prodotti e Aristotele attribuiva alla morale una funzione "architettonica". Era però anche opinione diffusa tra i filosofi antichi l'esistenza di un valore positivo nell'esercizio della medicina, purché questo fosse in grado di guidare al sapere.

Con il trascorrere delle epoche storiche si arrivò a pensare che la medicina potesse essere utile alla società e che lo Stato dovesse garantire il raggiungimento di questo scopo. La nascita della bioetica è connessa con la rottura di questa interpretazione idilliaca del ruolo della medicina: essa si colloca nel momento in cui l'aumento del sapere e della capacità operativa del medico sembrano rompere il rapporto – fino a quel momento positivo – tra le conoscenze del medico e le sue regole di comportamento. Se è vero che con l'aumento delle conoscenze aumentano le possibilità di intervento, è altresì vero che le finalità di questo intervento non sono più chiare, non possono più essere accettate a scatola chiusa e vengono messe in discussione.

Si usa dire che esiste, nella bioetica, un certo "politeismo", determinato dalla confluenza di linee e correnti etiche diverse. Alcune di queste correnti derivano dal pensiero soggettivista. Ne è esempio il "non cognitivismo" che riconosce nel fatto etico il risultato dell'evoluzione dei costumi di una determinata civilizzazione, per cui il giudizio morale deriva da giudizi empirici, basati sul costume. Più frastagliato e composito è il cognitivismo, nel quale si possono riconoscere correnti di soggettivismo in senso stretto, di decisionismo, di utilitarismo e di neoutilitarismo. In contrapposizione a queste posizioni – per le quali è comunque possibile la coesistenza di molte comunità morali autonome – si propone il personalismo, per il quale è la persona che diviene fondante per il comportamento morale.

È possibile raggruppare queste differenti linee filosofiche in due aree maggiori. La prima è quella che viene definita laica e che si segnala soprattutto per la fermezza con la quale si rifiutano le posizioni dogmatiche e i legami di qualsiasi divieto etico all'idea di natura. È un'etica "senza verità" per la quale ogni dibattito etico rappresenta una ricerca senza limitazioni di soluzioni e di risposte che debbono trovare giustificazione esclusivamente dalle analisi razionali sviluppate. L'etica laica afferma il principio della tolleranza giuridica, ma non esclude la protezione attiva della libertà dai danni che altri potrebbero arrecare. Si tratta di un'etica che può essere definita utilitarista, che cerca la massimizzazione delle preferenze e la minimizzazione delle sofferenze degli esseri coinvolti (gli esseri umani capaci di dolore e gli animali senzienti).

L'altra area è quella personalistica (particolarmente influenzata dal pensiero cattolico) che concepisce la bioetica come una riflessione sui problemi posti dal progresso biomedico, nella misura in cui questo interferisce con i sistemi dei valori e con la società, aggiungendo la necessità di considerare una dimensione metaetica, vuoi nell'affermazione diretta dell'esistenza di Dio, vuoi in forza di un'etica fondata su valori naturali e in particolare sul valore persona. Il personalismo che maggiormente si avvicina alle esigenze della teologia morale è quello fondato ontologicamente, da cui discendono i principi del valore fondamentale della vita umana (tradotto nella norma della sacralità della vita), la validità oggettiva della norma morale, il principio di responsabilità (cioè la libertà dell'individuo nel contesto dei doveri), la gerarchia dei valori all'interno della realtà corporea e personale dell'individuo, il primato della persona rispetto alla società.

Vale la pena ricordare almeno i più importanti dei temi che hanno rappresentato oggetto di discussione per la bioetica in questi ultimi dieci anni: la genetica; l'eutanasia; la donazione di organi; la terapia della sterilità; l'inizio della vita personale; la sperimentazione dei farmaci; la brevettabilità degli organismi viventi; l'ambiente; le vaccinazioni; le terapie elettroconvulsivanti; la nascita; il dolore; la clonazione; i differenti modelli di medicina; la distribuzione delle risorse; le medicine non tradizionali; l'anticoncezione; la sterilizzazione; il consenso informato; l'aborto. I temi, come si vede, sono tutti di straordinaria importanza sia etica che sociale e nella maggior parte di essi è difficile giungere a consensi – talora neppur parziali – e a mediazioni utili. Anche se molti di questi argomenti riguardano la "bioetica di frontiera", non vi è dubbio che la riflessione bioetica si estende anche all'etica medica tradizionale, investe la politica sanitaria e interessa persino l'etica del mercato, arrivando a valutare i principi del rapporto pubblico/privato nell'iniziativa sanitaria, le questioni relative alla brevettabilità degli organismi viventi e l'utilizzazione commerciale di tessuti e di organi umani.

■ Storia dell'etica medica

Nei tempi antichi, l'etica medica, la filosofia e la teologia erano indissolubilmente legate tra loro, anche se alla prima si riconosceva una certa tradizione specifica, quella di una filosofia esercitata su un terreno determinato.

All'inizio della storia e nelle società arcaiche si trovano soprattutto le interpretazioni morali degli elementi più semplici del rapporto tra medico e paziente. Bisogna arrivare al V-IV secolo avanti Cristo per trovare un primo grande intervento della morale nel campo della medicina, il giuramento formulato nello spirito ippocratico con i suoi divieti (l'interruzione della gravidanza, l'eutanasia attiva) e i suoi comandamenti (la discrezione, il rifiuto di recare danno e ingiustizia, il rispetto morale nei confronti del paziente). C'è, in questo giuramento, un sentimento di altissima considerazione della vita che ha fatto pensare ad un impegno volontario di un gruppo di medici di indirizzo pitagorico: un impegno, dunque, molto particolare, assai poco vincolante per molti medici dell'antichità e probabilmente in contrasto con altre norme etiche nate più o meno contemporaneamente. Del resto, gli stoici consentivano al medico di aiutare gli altri a morire e ammettevano il suicidio, nei casi particolari in cui la coscienza razionale e l'agire morale dell'uomo erano compromessi da gravi sofferenze, fisiche o spirituali poco importa.

Nel giuramento ippocratico, i riferimenti all'etica medica sono numerosi. Vengono descritte e raccomandate norme di comportamento che riguardano persino l'abbigliamento e il linguaggio. Si autorizza il medico a tenere per sé le prognosi sfavorevoli e si chiede al paziente di rinunciare in modo esplicito alle cure quando queste non hanno più effetto. Si chiede a entrambi di collaborare (il malato deve difendersi assieme al medico dalla malattia), ma la pressione maggiore è sul malato e sui suoi doveri.

La medicina ippocratica disegnava un modello di medico che, facendosi forte dell'esperienza e delle conoscenze acquisite in una lunga preparazione professionale, dichiarava la propria disponibilità a dedicarsi alla cura dei malati: il fine del suo operare era dunque la salute, non la felicità del paziente o il suo benessere morale, e la salute veniva chiaramente intesa come la condizione naturale dell'organismo umano teologicamente ordinato. Questa etica non sarebbe certamente proponibile oggi, in un'epoca in cui il medico ha il potere di prolungare la vita del paziente senza che ciò implichi necessariamente un apprezzabile beneficio. In ogni caso, va detto che il modello di medicina di stampo ippocratico è sopravvissuto a lungo malgrado le sue contraddizioni, soprattutto sotto le spoglie di modello paternalistico, che attribuiva al solo medico la capacità di prendere decisioni pienamente razionali nell'interesse del paziente, al quale veniva sottratta in pratica ogni autonomia e al quale non si riconosceva alcuna soggettività personale.

Se consideriamo la professione medica come un atto che vincola a una prassi specifica e che tende a promuovere valori condivisibili, dobbiamo cercare di spiegare quali siano stati i mutamenti fondamentali ai quali questa prassi è andata incontro, tenendo soprattutto conto del fatto che sono i progressi della ricerca scientifica a far cambiare la medicina. E se ciò da un lato può contribuire a dare autorità al medico e alla sua opera, dall'altro non può non modificare il contesto in cui la prassi terapeutica viene iscritta: è, in chiare lettere, quella che viene definita la trasformazione sistemica della medicina.

Una delle ragioni fondamentali di questa trasformazione può essere riconosciuta in alcuni mutamenti relazionali, concreti e progressivi: aumentano i costi delle cure, diventano sempre più complesse le interrelazioni tra differenti ruoli professionali, diviene fondamentale riuscire a regolarizzare l'accesso dei cittadini alle cure. Si stabilisce dunque un sistema organizzativo dentro al quale la professione del medico diviene un ruolo che ha rapporti con altri ruoli e interagisce con altre funzioni. La relazione che il medico intratteneva con il malato tende a perdere significato e valore morale, sostituita da una nuova relazione, più generica e impersonale, ma meno asimmetrica, che è quella tra sistema e ambiente.

Tra i molti, importanti mutamenti ai quali è andata incontro la medicina, alcuni sono più evidenti e significativi.

Anzitutto, si sono modificati i rapporti psicologici tra medico e paziente. Abbandonato il modello tradizionale della medicina paternalistica, la relazione terapeutica ha cercato di adattarsi alle modificazioni del tessuto sociale della medicina, senza peraltro riuscire a stabilire rapporti corretti e capaci di soddisfare entrambe le parti. Uno dei risultati più negativi di questi mutamenti può essere identificato nella nascita della “medicina difensiva” che riflette i timori del medico di essere chiamato a rispondere continuamente di errori professionali, veri o presunti. E a creare difficoltà psicologiche al medico – fino a turbarne l’equilibrio nella vita professionale e nei rapporti interpersonali – c’è anche la moltiplicazione di pratiche estranee alla medicina scientifica e di figure ambigue di terapeuti alternativi, che in parte si sovrappongono all’immagine tradizionale del medico, in parte le gettano addosso un certo discredito. Ma è particolarmente importante, per spiegare la sconfitta della cosiddetta “neutralità affettiva” del medico paternalista, considerare la trasformazione del medico unico e onnisciente (quello che sapeva molte cose, anche se le sapeva tutte male) in uno specialista, che conosce vagamente la medicina, ma è preparatissimo su una piccola parte di essa. La specializzazione esasperata – divenuta pressoché indispensabile, per il troppo rapido progresso delle conoscenze scientifiche – ha aperto la strada a comportamenti che si riconoscono per la loro freddezza affettiva. Il medico specialista tende a vedere nel malato un supporto occasionale di organi affetti da specifiche patologie e diviene sempre più raro incontrare medici che si occupino delle persone e non si limitino a considerarle dal parziale e limitato osservatorio della loro competenza specifica. Con ciò, tra l’altro, il medico ha perso o sta perdendo uno strumento terapeutico di grande importanza, quello legato al suo effetto placebo, alla sua funzione di “medico come medicina”, con il risultato di non riuscire più ad instaurare una relazione empatica con il paziente.

È forse ancora più facile capire le ragioni del cambiamento (e del malessere) se si considerano i problemi dal punto di vista del malato. Ai suoi occhi, anzitutto, il ruolo del medico si è particolarmente degradato per la perdita di quello che può essere genericamente definito un “atteggiamento altruista”. Anche quando non è del tutto vero, il cittadino vede il professionista più attento al proprio guadagno che alla ricerca del bene del paziente, e ciò è certamente dovuto ad una progressiva commercializzazione di gran parte della medicina.

La complessità progressiva della scienza medica e la sua parcellizzazione hanno poi reso assai difficile la comunicazione, frammentando diagnosi e prognosi in una serie di referti specialistici che non solo il paziente, ma talora neanche il medico di base, riescono a decifrare. L’atto medico può così diventare vittima di una degenerazione burocratica che lo rende impersonale, ripetitivo e oscuro e non giova, a facilitare i rapporti, la tendenza dei medici a lavorare in équipe, un fenomeno che sottolinea la tendenza all’anonimato e al disimpegno personale e pone l’enfasi sull’aspetto tecnico-scientifico, che il malato non capisce o disdegna.

Deriva, da tutto ciò, un comprensibile timore per una possibile degenerazione della medicina, che potrebbe trasformarsi in una disciplina tecnica completamente disumanizzata e comunque indifferente al bene e all'interesse dell'uomo. Tutto ciò proprio mentre i progressi della ricerca scientifica, spesso annunciati in modo assurdamente trionfale, aumentano le attese del cittadino che, in assenza di una corretta promozione culturale sulle reali capacità della scienza, finisce con l'immaginare vantaggi irrazionali e impossibili. Cresce dunque la richiesta di salute, una domanda che acquista tra l'altro caratteri incerti perché si viene a confondere spesso con la nozione di benessere o addirittura con quella di felicità.

È certamente in contrasto con questo aumento delle attese e delle speranze una generale disposizione della coscienza collettiva (quella che viene generalmente definita "la morale di senso comune") che guarda con timore e sospetto alle scelte della scienza e cerca di condizionarle.

In ultima analisi, quello che maggiormente caratterizza la nostra società è il tentativo di rivendicare lo spazio per una maggiore autonomia di scelta nei confronti della medicina. Questa presa di coscienza nei confronti dei diritti dell'uomo, per molti versi tipica dell'età moderna, si unisce a una forte richiesta di una maggiore qualità umana nell'incontro con il medico, al quale si chiede un atteggiamento più sensibile e più attento alle componenti psicologiche e al vissuto soggettivo del malato e del suo percorso di uomo sofferente.

■ I modelli di medicina

Tutto il dibattito sull'etica delle professioni si basa sull'analisi di alcuni modelli possibili, che sono delineati proprio a partire dalla medicina.

Il modello che sembra guadagnare più rapidamente consenso è quello definito contrattualistico, che si fonda sull'esistenza di un contratto – talora esplicito, talora sottinteso – tra soggetti che trovano un accordo in merito all'erogazione di un certo tipo di prestazione. Secondo questo modello il professionista mette sul mercato le proprie competenze, considerandole uno strumento di cui altri possano avvalersi per i propri fini specifici, con l'unica premessa che tutto ciò avvenga secondo il rispetto delle regole della convivenza civile in una società pluralistica. A questo modello si riconosce una certa omogeneità con il rispetto dei diritti: la prassi medica si identifica con l'esecuzione competente delle richieste del malato, sempre che queste non siano in contrasto con i principi morali del medico o con i diritti di altri cittadini. Questa soddisfazione diretta dei desideri del malato viene considerata da molti in aperto contrasto con il significato morale della medicina.

Le critiche rivolte al modello contrattuale sono numerose. Si sottolinea il differente livello di conoscenze dei contraenti, da cui risulta una notevole disparità del potere contrattuale. Il malato ha in genere scarse conoscenze di medicina e comunque ne sa sempre meno del medico. Se poi ha la sfortuna di essere ricoverato in ospedale il suo potere contrattuale si riduce ulteriormente, costretto com'è a difendersi da un ambiente estraneo e vagamente ostile, che lo costringe a pratiche inusuali e ne viola continuamente privacy e pudore, in assenza – almeno in linea generale – di un vero responsabile al quale addebitare il malessere.

Il rapporto terapeutico – la cosiddetta relazione di cura – si presta poi assai male ad un modello contrattuale, che riguarda un accordo tra pari per acquistare o cedere beni negoziabili. È evidente che la salute non è un bene negoziabile e non può essere oggetto di mercificazione, a meno che non si voglia considerare ugualmente mercificabile l'umanità di chi soffre. Ne consegue che il rapporto tra chi cura e chi è curato non può essere considerato come una relazione tra entità indifferenti e autonome, impegnate solo nella ricerca del proficuo interesse personale. La persona che soffre è costretta a rivolgersi alle cure di un medico e ha diritto che costui professi il proprio impegno a curarlo in modo adeguato, assumendosi una responsabilità che non riguarda solo la capacità tecnica, ma chiede fiducia in quanto promette dedizione e coinvolgimento, tutte cose che hanno ben poco a che fare con un contratto. In fondo, quello che non può essere contrattabile è l'idea di medico, i valori che essa implica, i suoi diritti e i suoi doveri nei confronti degli altri. La struttura minimalistica della relazione contrattuale tra medico e paziente, del resto, risulta evidente dalla frequenza con la quale i possibili insuccessi terapeutici hanno conseguenze legali, segno di gravi difficoltà di comunicazione e di forti motivi di sospetto esistenti fin dall'inizio della relazione.

In effetti, quello che la società sembra chiedere con sempre maggior forza alla medicina è di lasciarsi giudicare anzitutto secondo un codice morale, quello stesso con il quale si analizzano i problemi della vita quotidiana e solo secondariamente secondo il codice dei diritti, quello che è caratteristico del sistema politico. E il codice morale chiede (sarebbe molto bello poter dire: impone) che il sistema delle cure sia finalizzato ai valori che sono coinvolti nella relazione terapeutica, e che riguardano la tutela della vita, il sollievo della sofferenza e la salvaguardia della salute. Ed è lo stesso codice morale che chiede che la cura si arricchisca di qualità etiche (il senso di responsabilità, il rispetto per il paziente, la capacità di comprensione umana) aprendosi così alle richieste che provengono dall'ambiente dei mondi vitali.

Medicina intesa, dunque, come impegno di cura o come alleanza terapeutica, che si propone di proteggere la salute ignorando qualsiasi tipo di pressione esterna, coinvolgendo il malato nelle decisioni e appellandosi a quelle virtù umane che rendono possibile una comunicazione vera perché basata sulla fiducia e sulla compassione: radici tutte di quei fondamentali sentimenti di simpatia e di solidarietà in forza dei quali il medico è coinvolto dalla richiesta di aiuto di una persona che soffre. Ci sembra a questo punto ben chiaro che, al di là di posizioni divergenti o intermedie, i paradigmi dominanti della relazione medico-paziente sono rappresentati da un modello che si può definire contrattualistico-libertario e da un secondo approccio, molto più accettabile sul piano umano e morale che, come vedremo, si basa sull'esperienza e sul concetto della "cura".

Warren Thomas Reich, il curatore della Enciclopedia di Bioetica, afferma che tutti i principali approcci all'etica sono radicati, generalmente in modo implicito, in una narrazione fondamentale, che può essere chiamata "storia originaria", che fornisce le origini della teoria etica.

Così, i due principali modelli della relazione tra medico e paziente si ritrovano in una storia fondamentale che riguarda la condizione dell'uomo e perviene a una descrizione delle nostre origini. La storia (che Reich chiama mito) del rapporto contrattuale narra della condizione originaria degli esseri umani; il mito dell'etica della cura è una descrizione della creazione dell'uomo.

Come mito delle origini dell'approccio contrattuale-libertario Reich riporta quello della "guerra di tutti contro tutti" così come è stato immaginato e descritto da Thomas Hobbes nel 1651.

Afferma Hobbes che gli uomini sono stati creati tutti uguali, dalla natura, e che non esistono benefici che possano essere considerati esclusivi: se due uomini ambiscono ad ottenere lo stesso beneficio, nascono tra loro la competizione e l'inimicizia che li inducono a cercare di distruggersi o di sottomettersi, il che oltretutto consente di perseguire i fini fondamentali dell'autoconservazione e del piacere. Questa tendenza ad aggredirsi reciprocamente carica i rapporti umani di sfiducia e rende impossibile trovare sicurezza nella forza o nell'intelligenza. Per sopravvivere diviene necessario, non essendo sufficiente la sola autodifesa, aumentare il proprio dominio sugli altri.

Così strutturata, la vita sociale non concede alcun piacere ma è solo causa di dolore per gli uomini. A meno che non esista un potere sociale che li sottometta, un potere comune che li tenga in soggezione, gli uomini vivono in una condizione di guerra di tutti contro tutti, poiché la natura della guerra non consiste nel concreto guerreggiare, ma nella disposizione a muover guerra.

Dunque, la vita dell'uomo è breve, solitaria, brutale, povera e sgradevole. E poiché nella condizione di guerra di tutti contro tutti non esistono giustizia e ingiustizia, correttezza e scorrettezza, ogni uomo prende ciò che può e lo tiene finché può.

Solo un potere comune del quale gli uomini abbiano paura può garantire la pace. Ma gli uomini possono essere indotti a trovare accordi su norme di pace attraverso l'uso della ragione, che può anche persuaderli a seguire le leggi della natura e a partecipare a patti sociali che uniscano le persone nella pace e nell'autodifesa.

Le teorie di Hobbes hanno influenzato a lungo i presupposti filosofici dell'etica anglosassone. I presupposti del mito della guerra di tutti contro tutti sono gli stessi che si ritrovano nell'interpretazione del rapporto tra medico e paziente del modello contrattualistico-libertario, così come risultano dalle acute argomentazioni di H. Tristram Engelhardt.

Secondo Engelhardt né la religione, né la filosofia, né la forza possono dare autorità ad un'etica particolare in una società pluralistica, nella quale i convincimenti morali sono differenti, spesso inconciliabili, ma tutti ugualmente difendibili e non esiste alcuna possibilità di trovare un accordo sociale sul significato oggettivo di bene o di male. Ne consegue che il compito della bioetica è quello di cercare un fondamento neutrale per la soluzione dei disaccordi, con lo scopo di poter costruire una società pacifica.

Engelhardt identifica questo fondamento nel concetto di libertà. Non ha senso, egli dice, ordinare gerarchicamente i valori morali: possiamo solo rendere la libertà un elemento necessario per determinare le norme morali. L'etica, dunque, è una questione di procedure, non di sostanza.

Tra tutti i principi etici che la bioetica può utilizzare, Engelhardt privilegia l'autonomia: nessun uomo può essere trattato, manipolato o fatto oggetto di sperimentazioni se non ha dato un esplicito consenso. Poiché non è possibile determinare in modo convincente cosa sia il bene, il principio di beneficienza da parte del medico è assai limitato e l'obbligo a perseguire il bene può derivare solo da un patto sociale nel quale l'accordo tra tutti gli uomini risulti in modo esplicito da particolari procedure contrattuali. Esiste poi un principio di proprietà secondo il quale la società non può costringere un individuo a distribuire ciò che è suo: le capacità tecniche di un medico sono di sua proprietà e il medico può metterle sul mercato nel modo che deciderà, purché tutto ciò sia fatto liberamente.

In questo mondo, dunque, così come non esiste alcuna realtà morale, non c'è alcuna realtà medica significativa. La medicina è carica di valori, ma si tratta di valori aperti alla negoziazione, come tutta la moralità. Le persone hanno una dignità morale, ma non tutti gli esseri umani sono persone. Essere una persona richiede che un individuo sia autocosciente, razionale, libero di scegliere ed in possesso di un senso morale: ciò non riguarda né i feti, né i neonati, né i ritardati mentali, né i pazienti in stato vegetativo persistente.

Dunque, il punto di partenza di Engelhardt per interpretare la relazione medico-paziente è il conflitto che egli vede nella società pluralistica. Come per Hobbes, nella relazione terapeutica medico e paziente sono estraniati e in guerra l'uno contro l'altro e il fine dell'etica è semplicemente quello di trovare le mediazioni utili per consentire una pacificazione sociale.

La storia originaria, il mito che secondo Reich dovrebbe fornire le origini della teoria etica del "paradigma della cura" potrebbe identificarsi nel Mito di Cura, un mito greco riportato in un libro latino di fiabe (*Liber fabularum*) raccolte da Igino, un mitografo romano che visse probabilmente nel II secolo dopo Cristo. Ne riportiamo il testo.

Cura

Cura cum quendam fluuium transiret, uidit cretosum lutum, sustulit cogitabunda et coepit fingere hominem. Dum deliberat secum quidnam fecisset interuenit Iouis; rogat eum Cura ut ei daret spiritum, quod facile ab Ioue impetrauit. Cui cum uellet Cura nomen suum imponere, Iouis prohibuit suumque nomen ei dandum esse dixit. Dum de nomine Cura et Iouis disceptarent, surrexit et Tellus suumque nomen ei imponi debere dicebat, quandoquidem corpus suum praebuisset. Sumpserunt Saturnum iudicem; quibus Saturnus aequus uidetur iudicasse: «Tu Iouis quoniam spiritum dedisti [...] corpus recipito. Cura quoniam prima eum finxit, quamdiu uixerit Cura eum possideat; sed quoniam de nomine eius controuersia est, homo uocetur quoniam ex humo uidetur esse factus».

E questa è la nostra traduzione, che integra anche il testo di una breve parte che la logica fa ritenere mancante.

Attraversando un fiume e avendo trovato della buona argilla, Cura si arrestò pensosa e iniziò, con quella creta, a modellare le sembianze di un uomo. Mentre si stava arrovellando su cosa fosse il risultato del suo lavoro, vide avvicinarsi Giove: Cura gli chiese di insufflare, in quella statuetta, un'anima, cosa che Giove fece volentieri. Nacque tra loro una disputa per stabilire chi avesse il diritto di dare un nome alla loro opera e alla discussione si aggiunse presto Terra che vantava i propri diritti, perché era dal suo corpo che era stata presa l'argilla. Decisero di ricorrere a Saturno per un giudizio e lui così decise: «Tu, Giove, poiché sei tu che gli hai insufflato lo spirito, [questo spirito vedrai tornare da te dopo la morte; e a te, Terra, allora tornerà il suo corpo]; ma poiché è Cura che, per prima, ne ha forgiato le sembianze, egli apparterrà a lei per tutto il tempo in cui vivrà. E il suo nome, sul quale non trovate un accordo, sarà uomo, perché è di humus che egli è fatto».

I poeti e i filosofi romani assegnavano alla parola “cura” una serie di significati molto forti: nella fattispecie è molto probabile che il riferimento sia alla coscienza e alla sollecitudine. È importante ricordare che i miti fanno continuo riferimento a personaggi straordinari – molto spesso divini – portatori di qualità che esistono anche negli uomini e nelle donne comuni, nel senso che essi rappresentano archetipi di alcune caratteristiche umane: in questo modo i miti offrono una struttura narrativa che ci consente di dare un senso più profondo a quelli che riteniamo essere i caratteri fondamentali della nostra vita. Così il Mito di Cura ci invia un’immagine della natura umana e ci comunica un archetipo di cura che dà un significato profondo alle nostre percezioni morali e ci induce a identificarci tutti nei figli della Cura. Noi tutti, dice il mito, apparteniamo alla Cura finché viviamo e Cura è la chiave che ci consente di capire, dal punto di vista esistenziale, cosa significa essere nel mondo.

Il primo significato che viene alla mente pensando alla parola “cura” è quello di un interessamento preoccupato, pieno di ansia e persino timoroso, nei confronti di qualcuno o di qualcosa. Nel suo Faust, Goethe rappresenta Cura come la donna dalla quale lo stesso Faust viene accecato. Prima di farlo, Cura gli dice:

«Se neanche un orecchio mi udisse pure sarebbe nel cuore il mio rombo. Sotto parvenza mutevole la mia potenza è feroce. Sui sentieri, sulle onde eterna compagna angosciosa, mai la cerchi, sempre la trovi, e lusingata e maledetta... La Cura, l’hai conosciuta?» e più avanti: «Tutta la vita sono ciechi gli uomini: e tu diventalo, Faust, alla fine!».

Dunque Faust non vuole accettare il peso della cura intesa come responsabilità, ansiosa sollecitudine. Solo durante la cecità Faust comprenderà l’importanza e il significato della cura quando questa viene intesa come coscienza e devozione. Ebbene, questa capacità di provare interesse può essere considerata uno dei primi passi di qualsiasi etica, poiché ogni etica si pone anzitutto il quesito: «Mi importa di qualcuno? E se non è così, posso trovare qualcuno che non è importante?».

Provare interesse per gli altri, prendersi cura degli altri, significa essere attenti ai possibili bisogni degli altri: e l’attenzione può essere considerato il canale di comunicazione tra noi e il mondo, quello che ci consente di scoprirne le realtà morali. In campo medico, l’attenzione è stata rivolta a lungo e prevalentemente alla malattia, un’entità oggettiva ben diversa dall’esperienza soggettiva della malattia vissuta dal paziente. L’etica della cura richiama l’attenzione sulla persona e riporta la sofferenza al centro dell’interesse morale, attribuendo alla compassione uno dei valori più importanti tra quelli riconoscibili nella relazione tra medico e paziente.

Secondo Reich, questa idea di cura (la sollecitudine amorosa, l'interesse preoccupato) assume, nella pratica, due diversi significati. Esiste l'aver cura di (dei pazienti, della conduzione della clinica) ed esiste il prendersi cura di (cioè mostrare interesse personale, persino affettivo, per il benessere di un altro). Corrispondono, a queste due definizioni di cura, due tipi di etica medica: aver cura di qualcuno richiama l'etica di cura competente; prendersi cura di corrisponde all'etica dell'empatia e della compassione.

Si è molto discusso sulla possibilità che l'etica della cura sia vissuta in modo diverso da uomini e donne, anche perché queste ultime avrebbero una nozione della moralità diversa da quella della maggior parte degli uomini. Secondo un'ipotesi che trova molti consensi, infatti, il centro dell'attenzione della percezione morale e del processo decisionale femminile sarebbe nella responsabilità agli altri, un'attitudine che impone la promozione dei rapporti interpersonali e l'offerta delle cure, mentre la visione morale degli uomini sarebbe centrata sulla capacità di affrontare e risolvere i dilemmi etici solo attribuendo i diritti e i doveri degli individui secondo sistemi normativi che riflettono equità e giustizia. Queste idee hanno suggerito l'esistenza di una prospettiva della cura nella moralità, diversa dalla prospettiva della giustizia. Non è necessario pensare ad una dicotomia tra le modalità di ragionamento morale negli uomini e nelle donne: è invece possibile che la nostra capacità di riconoscere la ricchezza della razionalità basata sulla cura tipica delle donne abbia consentito di liberare il punto di vista che si basa sull'etica della cura anche tra gli uomini. Si può dunque sostenere che la cura è un tipo di prospettiva "femminile" indipendentemente dal fatto che caratterizzi il comportamento di un uomo o di una donna.

Anche nei confronti dell'etica della cura esistono critiche ed obiezioni. La critica più frequente è rivolta al suo esagerato radicamento nelle emozioni e nei sentimenti, obiezione valida se la cura si basasse su un mero sentimentalismo, laddove è più corretto collegarla a un sentimento umano fondamentale.

In effetti l'etica della virtù, almeno per quanto riguarda la sua applicazione alla medicina, sembra nascere come reazione ai possibili eccessi dell'etica dei principi, un approccio molto favorevolmente valutato dai bioeticisti nel rapporto tra medico e paziente, ma che si apre a interpretazioni molto diverse e a rischi rilevanti. Tutto nasce dal fatto che i principi in questione (il rispetto dell'autonomia; il principio della beneficiabilità; il principio della non maleficenza; il principio della giustizia) possono essere interpretati secondo due teorie etiche molto diverse tra loro: la teoria deontologica e la teoria utilitaristica.

La deontologia fonda l'obbligo morale sul valore intrinseco dell'azione, indipendentemente dal concetto di bene e dalla valutazione delle conseguenze possibili. La teoria utilitaristica identifica invece la ragione e l'obiettivo della vita morale nella promozione del benessere, valutato sulla base delle conseguenze dell'azione, tenendo conto della massimizzazione del bene e della minimizzazione del male (in senso collettivo), ove il bene e il male si definiscono con un'ottica antropologica sensista (ciò che va preferito/ciò che va evitato; il piacevole/lo spiacevole). Il rischio è quello di cadere nell'etica della situazione (che può tradursi nell'esasperato interesse personale). Diventa dunque importante che il giudizio sia stabilito valutando le conseguenze dell'azione in rapporto a un codice generale o a un sistema di regole che debbono tener conto dell'interesse prevalente dell'utilità sociale senza cadere nella trappola del relativismo etico.

È chiaro, a questo punto, come l'etica della virtù si contrapponga ai possibili eccessi dell'utilitarismo, centrando l'attenzione sull'esperienza dell'uomo come soggetto morale, sulle motivazioni e sulla disposizione che agisce e che nell'atto manifesta e potenzia le proprie qualità morali. Virtù intesa, dunque, come qualità morale, in analogia a quella "disposizione del proponimento" della quale parla Aristotele, una qualità stabile dell'anima razionale che la spinge ad agire secondo il bene per raggiungere la felicità e l'esperienza.

Si tratta dunque di agire per il bene, sollecitati da motivi virtuosi che non possono essere pragmaticamente considerati alla portata di tutti gli uomini, poiché tra la disposizione del proponimento e la sua attuazione si frappongono ostacoli di ogni genere, quasi tutti collegati con i valori negativi che inevitabilmente penetrano nella vita dell'uomo. È forse quindi più opportuno ricorrere alle piccole virtù dell'uomo, virtù minori, ma fondamentali e solide, disposizioni abituali quali la benevolenza, la fedeltà alla fiducia, l'onestà intellettuale, la competenza, la prudenza. Concretamente, un medico che ispira la propria vita professionale al modello delle piccole virtù deve saper ascoltare con pazienza, spiegare con intelligenza, deve essere sempre all'altezza degli impegni che assume, il che significa studio e aggiornamento continuo; deve capire che la responsabilità è un dono che il medico riceve e del quale deve sapersi mostrare degno; deve considerare tutti i pazienti nello stesso modo e deve mantenere il rapporto con ciascuno di essi libero da qualsivoglia influenza esterna. Un'etica che privilegia il bene del paziente, non la sua autonomia né l'utilità sociale.

Entra di nuovo nel campo della discussione l'etica personalista, quella che pone al centro della riflessione morale la persona e il rispetto per la persona. Nella sua variante ontologista – che si conforma alla natura della persona umana, intesa razionalmente, ma senza preclusioni per il versante metafisico – l'etica personalista si può conciliare sia con l'etica dei principi che con l'etica delle virtù. Essa si propone di giustificare il valore centrale della persona come criterio di discernimento tra ciò che è tecnicamente possibile e ciò che è eticamente lecito sulla base di una antropologia fondata ontologicamente. Secondo la bioetica personalista è possibile conciliare l'etica dei principi con quella delle virtù: i principi forniscono le indicazioni generali del comportamento; le virtù consentono il riconoscimento del comportamento buono, la motivazione del perché si deve ubbidire ai principi, l'interiorizzazione delle norme e l'attuazione del dovere. Tra principi e virtù si può dunque instaurare un rapporto di reciprocità: l'attuazione del dovere è possibile se si è virtuosi; si è virtuosi se si rispettano gli obblighi morali.

■ L'etica medica e il sistema sanitario

Abbiamo già cercato di spiegare come il medico, nella complessa società moderna, abbia perso gran parte della sua autonomia e rivesta un ruolo destinato ad interagire con molti altri ruoli: così l'atto medico si iscrive nel sistema delle cure sanitarie controllato politicamente. La relazione tra medico e paziente si pone quindi nei termini della relazione tra sistema e ambiente e non si può ragionare di etica medica senza tenerne conto.

Da qualche decennio, soprattutto nei paesi più evoluti, si verificano importanti mutamenti dei sistemi sanitari. Le cause più evidenti di questi mutamenti possono essere riconosciute:

- ◆ nello sviluppo della tecnologia, che ha messo a disposizione strumenti diagnostici e terapeutici straordinari, la cui introduzione nella pratica medica non ha avuto sempre conseguenze positive;
- ◆ nella diffusione di un'idea molto ampia di salute, che include il concetto di benessere psico-fisico: in effetti la radice della parola "salute" ha a che fare con termini come "interezza" e "integrità" e si riferisce al concetto di personalità, nel senso che diritto alla salute significa diritto a tutto ciò che consente la massima espressione della personalità.

La richiesta di salute da parte dei cittadini si è allargata dunque in modo incontrollabile, spesso facendo riferimento – più o meno debitamente – proprio alla possibilità di ottenere indagini particolarmente sofisticate e costose. Tutto ciò ha finito con l'entrare in conflitto con le risorse disponibili e con le concrete capacità e possibilità organizzative dei vari paesi. La medicina del bisogno (che il medico interpretava con una domanda fondamentale: cosa ti fa male?) si è trasformata in una medicina del desiderio. È divenuta fondamentale, dal punto di vista politico e sociale, la capacità di stabilire le priorità (ci occupiamo prima della salute dei bambini o della salute degli anziani?) e di valutare l'estensione delle possibilità di intervento (possiamo provvedere alle prime trecento voci dell'elenco delle priorità: dalla trecentunesima in poi i cittadini si debbono arrangiare). Tutto ciò, inevitabilmente, ha generato un conflitto.

Gli amministratori della Sanità pubblica hanno anzitutto cercato e proposto modalità di contenimento della spesa.

La prima proposta è stata quella di aumentare l'efficienza della gestione, con un sistema di pagamenti prospettici, basati soprattutto sull'introduzione dei DRG. Purtroppo, la maggior parte delle Aziende ospedaliere, cercando a tutti i costi l'efficienza, tende a selezionare le prestazioni più remunerative, introducendo disuguaglianze nell'accesso a prestazioni efficaci da parte della popolazione.

Si è poi cercato di razionalizzare le prestazioni sanitarie sviluppando linee guida semplici che possano rappresentare un supporto per le decisioni dei medici. Anche qui la distinzione tra linee guida semplici e protocolli rigidi non è risultata sempre possibile e anche l'enfasi sulla necessità di organizzare, su questi temi, un'articolata struttura utilizzabile per la formazione permanente dei medici non è risultata scevra di sospetti.

Nello stesso modo si è compreso solo in parte il grande impegno sull'osservazione epidemiologica (sulle linee guida, sui DRG, sui bisogni reali, sui flussi di ospedalizzazione) che a molti è sembrato soprattutto un corollario a una ormai inevitabile tendenza alla burocratizzazione.

In effetti, le critiche rivolte da più parti alle nuove Aziende sanitarie e ospedaliere italiane avrebbero bisogno di risposte ben diverse da quelle sinora ricevute.

Esiste anzitutto un problema di natura politica che riguarda la struttura e l'organizzazione di queste aziende che, uniche nel genere, sono dirette da persone che, in pratica, debbono rispondere del proprio operato solo agli assessori regionali. Considerati i grandi interessi economici che sono impliciti nella gestione della sanità, non può dunque stupire come si siano create, anche in Regioni con solide tradizioni democratiche, cupole impenetrabili, costituite prevalentemente da amministratori e da burocrati, che hanno stilato patti di non aggressione con i vari "poteri forti" che hanno sempre trovato modo di speculare in questo settore, influenzando quasi tutto, dalla scelta dei primari all'acquisto delle strumentazioni più costose. In questa situazione, a tutti nota e da tutti tollerata, la credibilità degli amministratori è scesa a livelli sinora sconosciuti.

Il secondo elemento di critica che viene rivolto alla Sanità pubblica riguarda la sua fondamentale contrarietà a esplicitare modelli etici di riferimento, momento fondamentale se si vuol giungere alla formulazione di mediazioni accettabili. Non vi è dubbio infatti che, in questo campo, si confrontano l'etica "al letto del paziente" e quella "nell'ufficio dell'assessore", la prima basata sul classico modello della deontologia medica, la seconda - che deve tener conto soprattutto dell'allocazione delle risorse - su un modello teleologico. Per la prima, esistono obblighi imprescindibili verso le persone e generalizzazioni etiche universali (che riguardano il diritto di tutti alla salute) il cui rispetto è indipendente dalle conseguenze delle loro applicazioni. Il modello teleologico, finalisticamente, considera la possibilità che il fine sociale giustifichi una deroga al principio del diritto individuale. E se è vero che le decisioni al letto del paziente finiscono col diventare troppo dispendiose, è altresì vero che il modello teleologico è inaccettabile per la scarsissima attenzione che rivolge alle persone.

Un'ulteriore - e certo non ultima - critica alla gestione della sanità riguarda la sua responsabilità per quanto concerne la mancanza di equità e razionalità.

Circa l'equità, basta un esempio. È certamente vero che la possibilità di aver accesso alle cure che lo Stato considera disponibili per i cittadini non è uguale per tutti, ma è particolarmente più bassa per le persone più povere e sfortunate. Inoltre l'assenza di un'attività di promozione culturale sui problemi della salute – che dovrebbe far parte del grande tema della prevenzione – ha fatto sì che molte persone, oggi, rifiutino questo accesso perché non lo ritengono utile o perché lo ritengono meno utile di altri. Ciò giustifica, ad esempio, la sempre crescente scelta di cure alternative (la cura Di Bella, per fare un nome) e di medicine alternative (che in questo momento fioriscono in gran numero nel paese). Circa la carenza di razionalità, va imputata all'organizzazione sanitaria e allo Stato – che è responsabile della preparazione dei medici – la mancanza di controllo sulla spesa farmaceutica e sull'efficacia dei farmaci somministrati. Non può essere casuale, infatti, che solo il 15% dei pazienti riceva terapie capaci di modificare in modo significativo lo stato di salute. E non può essere considerato casuale il fatto che nella lista dei farmaci maggiormente venduti ci siano stati e ci siano preparati placebo, privi di qualsiasi effetto terapeutico.

Del resto, i tentativi di mediare tra le due posizioni contrapposte che abbiamo illustrato sono molti. Un tentativo di trovare un equilibrio tra diritti individuali e finalità collettive ci giunge dall'Olanda e si basa sui seguenti principi: ogni persona deve avere accesso alla libertà e ai diritti fondamentali compatibilmente con una simile libertà agli altri; la finalità delle politiche sociali deve essere tale da massimizzare i benefici di coloro che sono maggiormente svantaggiati. Per realizzare questi principi è necessario erogare solo prestazioni di efficacia dimostrata, controllare che l'accesso ai servizi sia garantito in modo equo e privilegiare le esigenze dei segmenti più svantaggiati della popolazione. Questi principi portano a considerare la salute come un bene collettivo, piuttosto che come un bene individuale e a privilegiare i bisogni secondo una prospettiva di promozione sociale.

D'altra parte, non si può pensare di impostare completamente il problema delle politiche sanitarie sul presupposto deontologico, quello che vorrebbe garantire tutto a tutti. Questa scelta è certamente incompatibile con l'economia, per molte e differenti ragioni. Viene così introdotto l'argomento dei limiti dell'assistenza sanitaria, già attualmente un grave problema sociale, destinato a peggiorare continuamente, soprattutto a causa del progresso tecnologico. È un tema che ha a che fare con la finitezza dell'uomo, argomento ormai radicalmente bandito dalla mentalità moderna, sostituito com'è da un'illimitata fiducia nella tecnologia, che porta a ritenere che ai problemi che la tecnologia crea, essa stessa riuscirà a dare risposta. Se questo punto di vista risultasse vincente si potrebbe finire col garantire cure estremamente avanzate a una piccola minoranza di persone.

A questo punto le richieste dei medici agli amministratori della sanità sono divenute numerose e pressanti. Esse riguardano, anzitutto e soprattutto, la necessità di trovare un compromesso tra principi evidentemente conflittuali come il rispetto dell'autonomia decisionale (che implica informazione e capacità di giudizio) da un lato e il principio della beneficalità del trattamento medico dall'altro. Ma gli altri problemi in discussione non sono meno importanti: riguardano la moralizzazione della sanità, l'esclusione dei gruppi di potere dal suo controllo, la ridiscussione del ruolo degli amministratori e dei politici, la ridefinizione delle attività ospedaliere, la distribuzione delle risorse. Non sono cose di poco conto.

■ Il consenso informato

La ricerca di quella alleanza terapeutica alla quale abbiamo fatto più volte riferimento e di quella piena umanizzazione dei rapporti tra medico e paziente che la società attuale auspica trova adeguato strumento di realizzazione – che è anche legittimazione e fondamento dell'atto medico – nel consenso informato. Riportiamo, a proposito di questo fondamentale atto deontologico, le conclusioni e le proposte cui è giunto nel 1992 il Comitato nazionale per la Bioetica. Si può affermare che con queste note è possibile considerare completata la falsariga sulla quale ogni medico dovrebbe scrivere il proprio comportamento per quanto riguarda i rapporti con i malati. Naturalmente il condizionale è d'obbligo: perché non esistono norme che impongano a un medico di scegliere il proprio modello di medicina basandosi su criteri etici (una volta assolti, naturalmente, i suoi doveri nei confronti della legge e della deontologia); perché in ogni caso esiste un'ulteriore e fondamentale guida dei comportamenti professionali che è quella della coscienza individuale.

Informazione e consenso all'atto medico

Comitato nazionale per la Bioetica, 20 giugno 1992

Conclusioni

Il CNB ritiene che il consenso informato costituisca legittimazione e fondamento dell'atto medico, e allo stesso tempo strumento per realizzare quella ricerca di "alleanza terapeutica" – nell'ambito delle leggi e dei codici deontologici – e di piena umanizzazione dei rapporti fra medico e paziente, cui aspira la società attuale.

Pertanto, sotto il profilo etico:

1. in caso di malattie importanti e di procedimenti diagnostici e terapeutici prolungati il rapporto curante-paziente non può essere limitato ad un unico, fugace incontro.
2. Il curante deve possedere sufficienti doti di psicologia tali dal consentirgli di comprendere la personalità del paziente e la sua situazione ambientale, per regolare su tali basi il proprio comportamento nel fornire le informazioni.

3. Le informazioni, se rivestono carattere tale da poter procurare preoccupazioni e sofferenze particolari al paziente, dovranno essere fornite con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti e sempre corredate da elementi atti a lasciare allo stesso la speranza di una, anche se difficile, possibilità di successo.

4. Le informazioni relative al programma diagnostico e terapeutico dovranno essere veritiere e complete, ma limitate a quegli elementi che cultura e condizione psicologica del paziente sono in grado di recepire ed accettare, evitando esasperate precisazioni di dati (percentuali esatte - oltretutto difficilmente definibili - di complicità, di mortalità, insuccessi funzionali) che interessano gli aspetti scientifici del trattamento.

In ogni caso, il paziente dovrà essere messo in grado di esercitare correttamente i suoi diritti, e quindi formarsi una volontà che sia effettivamente tale, rispetto alle svolte ed alle alternative che gli vengono proposte.

5. La responsabilità di informare il paziente grava sul primario, nella struttura pubblica, ed in ogni caso su chi ha il compito di eseguire o di coordinare procedimenti diagnostici e terapeutici.

6. La richiesta dei familiari di fornire al paziente informazioni non veritiere non è vincolante. Il medico ha il dovere di dare al malato le informazioni necessarie per affrontare responsabilmente la realtà, ma attenendosi ai criteri di prudenza, soprattutto nella terminologia, già enunciati.

7. Il consenso informato in forma scritta è dovere morale in tutti i casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche si rende opportuna una manifestazione inequivoca e documentata della volontà del paziente.

8. La richiesta di consenso informato in forma scritta è altresì un dovere morale del medico, nel caso di paziente incapace legalmente o di fatto, nelle ipotesi di cui al punto 7, nei confronti di chi eserciti la tutela o abbia con il paziente vincoli familiari (o di comunanza di vita) che giustificano la responsabilità e il potere di conoscere e decidere, fermo restando che tali interventi hanno un significato relativo e il medico posto di fronte a scelte fondamentali per la salute e la vita del paziente non è liberato dalle responsabilità connesse con i poteri che gli spettano.

Proposte

Il CNB ritiene infine che debba essere con impegno perseguito il riavvicinamento (che è già in uno stadio avanzato) delle disposizioni riguardanti informazione e consenso contenute nei Codici deontologici dei vari paesi ed auspica una migliore regolamentazione della cartella clinica.

Ci limitiamo a un commento. Si consideri quale differenza esista tra il consenso informato inserito in una medicina ispirata a un modello contrattuale e quello stesso consenso applicato in una condizione assai più virtuosa qual è quella che si avvale dei principi dell'etica della cura. Nel primo caso il consenso informato si trasforma in un tentativo - generalmente sterile - di non assumere responsabilità professionali pericolose; nel secondo, diviene un momento di riflessione e di crescita - umana, psicologica, professionale - che noi consideriamo irrinunciabile. -----

I vissuti psicologici del medico e della coppia

Affrontare l'esame delle attese, delle emozioni, delle contraddizioni e degli orientamenti di valori che conducono una coppia a richiedere l'intervento della scienza nella sfera più intima della propria relazione, quella della procreazione, impone il confronto con un paradosso che in termini razionali sembra impossibile da spiegare.

La società in cui viviamo, la società postindustriale delle nazioni occidentali, la società dei consumi, dell'informazione e dell'esaltazione della realizzazione individuale attribuisce alla riproduzione il valore più basso tra tutte quelle che l'hanno preceduta nel lungo corso della vicenda umana.

Alle differenti tappe di quella vicenda, in corrispondenza all'imporsi di valori personali, sociali e religiosi radicalmente diversi, l'uomo ha generalmente obbedito all'imperativo di unirsi ad una donna per averne dei figli. Ha obbedito a quell'imperativo il monarca obbligato a lasciare lo scettro ad un successore legittimo, il mercante che, sfidati mille rischi, desiderava cedere la propria fortuna ad un erede, il mezzadro per il quale una prole numerosa era condizione per ottenere la concessione di un podere di dimensioni maggiori, il manovale per il quale avere figli significava la speranza di non cadere, perduta la capacità al lavoro, nella povertà.

La continuità della relazione tra l'uomo, gli antenati ed i successori ha costituito il fondamento di molte religioni antiche. L'essenza del culto degli avi consisteva nel convincimento di poter fare degli antenati gli intercessori, a beneficio dei discendenti, delle forze soprannaturali: interrompere la successione generazionale avrebbe significato infrangere la continuità tra il passato ed il presente, tra le forze del visibile e quelle dell'invisibile e avrebbe compromesso la persistenza della vita in quanto correlato della memoria.

■ Una società senza eredi

La società moderna ha dimenticato gli imperativi ad allevare successori a tutti i gradini della gerarchia sociale. Nella più dinamica delle nazioni dell'Occidente, gli Stati Uniti, i paladini del rigoroso spirito calvinista, ritengono che cedere l'attività economica più fruttuosa ad un erede costituirebbe un attentato all'affermazione del figlio. L'etica del riformatore ginevrino insegna a considerare con rispetto solo chi abbia costruito la sua fortuna con le proprie mani: assicurare ai figli un avvenire precostruito equivarrebbe a destinarli alla disistima. Ma neppure nella società italiana, affollata dai "figli d'arte" di chirurghi, giornalisti e politici, i genitori allevano e lanciano i figli per le proprie necessità economiche: le istituzioni della previdenza sociale ne hanno eliminato, nel welfare state di stampo europeo, il valore previdenziale: nella percezione comune è forse maggiore il dovere dei genitori di sostenere i figli che quello dei figli di assistere i genitori. E ai gradini inferiori della scala economica convincimenti radicati giudicano i giovani generalmente disinteressati ai bisogni dei genitori anziani.

Nella coscienza collettiva pare non avere alcuna risonanza il crollo della natalità, peculiarità emblematica delle società industriali avanzate, correlato di una forte caduta di fecondità, un fenomeno che le società più ricche condividono, paradossalmente, con quelle più povere. Mentre, però, nelle società del Terzo Mondo esso è conseguenza delle turbe fisiche legate alla malnutrizione, alla diffusione di malattie infettive e veneree, ai traumi di guerre e scontri etnici, in quelle dell'Occidente è correlato agli abusi dell'interruzione volontaria di gravidanza e della contraccezione, agli eccessi del fumo, dell'alcool, di farmaci, all'inquinamento, forse anche alla ricerca dei figli in età più avanzata. Sono peculiarità delle società occidentali anche le conseguenze sulla fertilità di una vita collettiva e individuale non priva di aspetti alienanti, che bilanciano l'effetto positivo dell'igiene e della sicurezza alimentare, fattori capaci di favorire l'anticipazione e il prolungamento dell'età feconda.

In quanto fenomeno sociale, la caduta della fertilità non induce, però, allarmi collettivi: come l'individuo non dimostra con l'intensità di un tempo il desiderio dell'erede cui rimettere, in vecchiaia, l'attività economica, il sentire comune pare non avvertire il bisogno di tramandare a generazioni future i propri valori linguistici e culturali, il patrimonio di arte e costume ereditato da cento generazioni.

Marchio peculiare delle società postindustriali, la caduta della natalità pare destinata a segnare il fato, nel confronto tra le società opulente che non si riproducono e quelle emergenti che si moltiplicano a ritmo inarrestabile e paiono prepararsi a sommergerle. In effetti, anche se i tassi di incremento demografico delle società del Terzo Mondo hanno segnato, nei decenni recenti, una progressiva flessione, la loro forza di espansione è destinata, negli anni venturi, ad aumentare. Sospingerà il fenomeno il “momento” demografico, la pressione di generazioni giovanili prive, in patria, di opportunità di lavoro, verso paesi dalla popolazione prevalentemente anziana, dove i pochi giovani rifiutano una serie di mansioni al cui espletamento la vita civile non può rinunciare. Il differenziale di natalità destina le società occidentali a trasformarsi in società multirazziali: vi sono futurologi che immaginano la Germania a metà del Duemila come una società turco-tedesca, la Francia come una società franco-maghrebina, la California statunitense come una società ispano-asiatica. E l'Italia, cinquant'anni fa terra di emigrazione, approdo di lavoratori slavi, africani ed asiatici, pare destinata, per la diminuzione dei tassi di riproduzione, a diventare una società multi-etnica in tempi che la porranno in competizione con quelle la cui conversione è iniziata più precocemente.

Ma le previsioni dei futurologi non preoccupano le giovani coppie tedesche, francesi e italiane in età riproduttiva, insensibili ad ogni allarme politico e religioso, un atteggiamento che conosce, tra le società occidentali, l'unica eccezione di Israele, dove il confronto con la nazione araba, caratterizzata da una prolificità incontenibile, diffonde la percezione di una sfida demografica che alimenta ancora, tra i giovani appena sposati, il convincimento di dovere assicurare figli “alla patria”.

■ “Avere un figlio”: indifferenza o desiderio?

In un contesto in cui popoli interi stanno perdendo la capacità di riprodursi (un obiettivo il cui assolvimento non richiederebbe, aritmeticamente, che la procreazione di due figli per coppia coniugale), in cui la coscienza collettiva reagisce con indifferenza ad ogni allarme, la ragione induce a postulare che al disinteresse collettivo debba corrispondere quello individuale. Non è così: a prove di sicura indifferenza per la procreazione si contrappone, infatti, negli atteggiamenti individuali, un'ansiosa ricerca di un figlio, che, seppure conviva con l'assenza di ogni preoccupazione per la natalità sul terreno sociale, non è per questo istanza meno prepotente.

Le prove dell'indifferenza individuale nei confronti della riproduzione sono numerose e palesi: dalle opzioni delle coppie che ricorrono, anche per periodi prolungati, a pratiche contraccettive, al ricorso all'aborto come strumento per evitare maternità non desiderate, dalla preferenza dei giovani per le condizioni di celibato alla scelta maschile della vasectomia, un intervento radicale e difficilmente reversibile. Un atteggiamento opposto emerge da un crescente numero di coppie che non sono riuscite a procreare come conseguenza naturale della vita sessuale e che reagiscono ricercando ostinatamente la fertilità con metodi artificiali. È molto alto, infatti, il numero delle coppie che reagiscono alla sterilità con il lungo travaglio che precede il ricorso alle strutture sanitarie ed agli specialisti della generazione.

Di fronte all'affievolirsi dei valori della procreazione nella percezione sociale, ci si meraviglia, al contrario, della persistenza di quegli stessi valori nella coscienza individuale, o perlomeno nella coscienza di molti uomini e di molte donne che dimostrano di percepire ancora la procreazione come bisogno primordiale, prepotente e irrinunciabile. La profondità di quel bisogno è provata dall'intensità delle reazioni alla mancata procreazione e della determinazione nella ricerca dei mezzi che possano riparare all'insuccesso.

Abbiamo rilevato che la sterilità costituisce un fenomeno in espansione: è certamente crescente il numero delle coppie costrette a verificarne le conseguenze, ed in quel numero è oltremodo rilevante quello dei casi di cui l'analisi clinica non è in grado di individuare cause certe ed univoche. In Italia si stima che ogni anno si rivolgano ad un medico per superare le proprie difficoltà ad ottenere una gravidanza 20-30.000 coppie. Soltanto nella metà dei casi è possibile diagnosticare una causa certa di sterilità, mentre l'altra metà è divisa tra diagnosi di ipofertilità e diagnosi di sterilità idiopatica (10-20%). In alcuni di questi casi la sterilità può essere anche interpretata come un fenomeno psicosomatico di coppia, più che una malattia da curare.

Solo in casi singolarmente fortunati il ricorso alla medicina conduce all'immediata identificazione di fattori ostativi che, rimossi al primo intervento, aprono la strada al verificarsi dell'evento desiderato. Per la generalità delle coppie che fanno ricorso alla procreazione assistita, ciò non costituisce che l'inizio di un iter spesso lungo e doloroso, percorrendo il quale, e sopportandone gli oneri, la costanza non è sempre ricompensata da un risultato felice. È possibile che questo risultato manchi, deve essere ribadito all'inizio del nostro esame, perché i fattori psicologici sono stati trascurati, ma, anche ove il risultato medico in senso stretto sia conseguito, realizzarlo ignorando i fattori emozionali può portare a conseguenze negative nei rapporti tra i coniugi e in quelli dei genitori con il bambino. Gli obiettivi della procreazione assistita non possono considerarsi esauriti infatti, con il concepimento, ma si realizzano con la nascita del bambino e la predisposizione di condizioni che favoriscano l'instaurarsi di un positivo rapporto parentale.

■ L'imperativo di "fare un figlio"

Se "avere figli" può avere perduto l'antica valenza sociale, "fare un figlio" pare conservare, nella società di cui siamo parte, la primordiale rilevanza biologica e psicologica che ha rivestito in quelle che l'hanno preceduta. E se la sterilità della società è fenomeno che non inquieta la coscienza comune, la sterilità individuale è vissuta come menomazione non meno dolorosa di quanto lo fosse nelle società più antiche, quella menomazione che costituiva per la donna ebrea la più cruda punizione divina, per l'uomo di tante società antiche la condanna ad una morte senza speranza, siccome non muore chi lascia, spegnendosi, i figli ed i figli dei figli a godere il dono della luce.

Se appare difficilmente sanabile la contraddizione tra la coscienza individuale e quella collettiva, il conflitto all'interno della coscienza individuale può reputarsi tale solo apparentemente: tanto la rinuncia temporanea alla procreazione, attraverso l'interruzione volontaria della gravidanza e la contraccezione, quanto quella definitiva, attraverso la sterilizzazione maschile e femminile, possono ricondursi, infatti, alla volontà di sottoporre il fenomeno biologico al controllo individuale. Può ricondursi a un denominatore comune la ricerca della procreazione tardiva, con l'impiego di ogni mezzo capace di assicurare un figlio. Procreare costituisce, cioè, nella percezione della società contemporanea, un bisogno che sarebbe diritto dell'individuo appagare come, se e quando voglia.

L'istanza è intrinsecamente connessa a quella libertà sessuale che si traduce anche in libertà del sesso dalle conseguenze procreative: ma "liberare" il sesso dalla procreazione significa altresì separare la procreazione dal sesso, con la possibile conseguenza della costrizione a ricorrere alla medicina per ottenere la procreazione senza sesso, per ottenere un figlio che, se non possa essere "vero" sia, almeno, "il più vero possibile".

La pretesa di sottoporre il fenomeno biologico al controllo della volontà può condurre al conflitto tra lo stesso bisogno e la sfera fisiologica, come appare nella molteplicità dei casi in cui alla rinuncia alla procreazione negli anni di fecondità più vigorosa subentra la sua ricerca spasmodica quando le facoltà naturali risultano attenuate. Un'espressione palese di conflitto si trova nella pluralità delle coppie che, avendo convissuto per anni evitando, con gli strumenti comuni, la procreazione, giungono alla decisione tardiva di avere un figlio, e lo pretendono ad ogni costo. Decidono ritenendo mutate le proprie condizioni professionali ed economiche, ignorando che possono essere cambiate, contemporaneamente, quelle biologiche e quando capiscono che l'evento atteso non si verifica cadono in disillusioni, tensioni, non di rado in conflitti, che il tenore delle relazioni consolidate non avrebbe indotto a prevedere.

Tale situazione contraddittoria è caratteristica di una società che esalta come supremi ed esaspera i valori della libertà individuale e dell'autodeterminazione, con la pretesa di sottomettere a quella libertà ogni sfera della vita. Quali ne siano le spiegazioni, comunque, viene a verificarsi un turbamento profondo: la scelta volontaria di non procreare non comprometteva l'identità personale, maschile e femminile, che viene drammaticamente investita dalla prova negativa della capacità di generare.

Rinunciare volontariamente alla procreazione suppone, infatti, quale precedente logico, la presunzione della capacità di farlo. Ogni presunzione è valida, insegna la logica, fino alla prova contraria: assunta la scelta di procreare, il mancato avverarsi di una gravidanza obbliga a confrontarsi con la prova dell'incapacità che si traduce nel sospetto di un'impotenza il cui dubbio costituisce, nella psicologia dell'uomo e della donna di oggi come in quella delle società del passato, un'alterazione dell'integrità personale e della vitalità della coppia.

■ Non è donna chi non ha “fatto” un bambino

Oggi come ieri l'uomo si sente tale – si considera, cioè, in possesso della pienezza della virilità – se sa di essere in grado di attivare, nel corpo della donna cui si unisce, i meccanismi che ne fanno la sede della formazione di un nuovo essere umano; la donna a sua volta si sente pienamente tale quando è in grado, in conseguenza del contatto impregnante con l'altro sesso, di plasmare dentro di sé una creatura che sia manifestazione e prova della propria capacità di riprodurre la vita. Nonostante gli stereotipi della società moderna e la risonanza, nella coscienza femminile, dei messaggi che hanno proposto la funzione materna come scelta libera, priva di cogenza biologica e morale, è ancora profondamente radicata nella psiche femminile la convinzione che la femminilità si realizza pienamente solo con la procreazione e che la donna si dimostra tale solo quando è divenuta madre. Oggi, dunque, come allora.

Si può ricordare che in alcune società primitive la donna che non aveva avuto figli perdeva l'identità femminile acquisendo alcuni dei segni distintivi del ruolo maschile, dalle vesti alle funzioni familiari, economiche e cerimoniali dell'uomo.

Se la capacità di generare è elemento essenziale dell'individuo, maschio e femmina, e se la consapevolezza di quella capacità è necessità intrinseca dell'identità dell'uomo e della donna, essa non è, meno oggi che nel passato, fattore rilevante delle relazioni interpersonali, dei legami familiari e delle convenzioni sociali. Anche in una società che rischia l'estinzione, o la "sommersione" etnica, per avere rigettato gli imperativi primordiali alla riproduzione, l'incapacità di procreare è percepita dalla coscienza comune come menomazione. Studi molteplici hanno dimostrato la profondità delle radici del postulato per cui un matrimonio è tale se coronato da un figlio.

Parenti e amici della coppia sterile considerano un'anomalia la mancata nascita di un figlio.

L'intensità dell'intrusione e la pesantezza della sentenza varcano, non di rado, i limiti della discrezione, manifestandosi con l'allusione, l'invito ironico, la domanda insistente: la coppia priva di figli avverte come lesiva della propria considerazione, cioè come fonte di discredito, l'immagine che l'incapacità di fare un figlio diffonde nella cerchia di parenti e amici. I coniugi incapaci di procreare giungono a sentirsi oggetto di compatimento e ciò soprattutto da parte di chi è più vicino nella vita quotidiana, produce il disagio più grave, un senso irreparabile di frustrazione.

Tra i "terzi" il cui giudizio investe la coppia infertile suscitandone l'umiliazione, un ruolo precipuo rivestono i genitori, che manifestano il disappunto per la violazione del proprio diritto a divenire nonni; una posizione specialissima occupa poi la madre della donna, alleata ed avversaria, nel reale e nel simbolico, nel rinvio e nell'assunzione della scelta procreativa, nel disorientamento per la mancanza del suo compimento, nella decisione di "fare qualcosa".

Dovremo ritornare sul ruolo chiave, tra le relazioni della donna sterile, della madre. Quale premessa di tutti i rilievi futuri è utile ricordare l'asserzione di Yung per cui «c'è in ogni donna la propria madre e la propria figlia».

Sono, in fondo, le medesime reazioni familiari di sempre, anche se i loro meccanismi scattano in tempi diversi. Corrisponde, oggi, alle regole sociali rinviare la procreazione dopo il conseguimento degli obiettivi che si reputano prioritari: una posizione economica sicura, una casa accogliente, l'ottemperanza al convincimento che "i giovani debbono divertirsi", quindi l'appagamento di quei desideri di viaggio, di relazioni, di svago dei quali è dato fruire solo come conseguenza della maggiore libertà.

Ma se i convincimenti collettivi permettono il più lungo rinvio della procreazione, raggiunti gli obiettivi considerati preliminari la nascita del figlio non appare meno obbligatoria ai coniugi che ai familiari e agli amici.

Contare sulla propria capacità di procreazione, ma rinunciare a manifestarla negli anni in cui essa si esprime più facilmente, pretendere di esercitarla quando essa ha iniziato il proprio declino ed essere assaliti da umiliazioni e frustrazioni alla constatazione che quel declino rende l'evento improbabile, tradisce, abbiamo rilevato, un'incongruenza. Essa è insita nel convincimento diffuso che sia possibile gestire la procreazione come fenomeno meccanico, escludendone ogni carattere imprevedibile, prerogativa di una natura incontrollabile. La contraddizione è peculiare della società del Terzo Millennio, quella società in cui la coscienza collettiva è indifferente, come abbiamo sottolineato, alla procreazione, ma i fenomeni della propagazione della vita fanno vibrare nella coscienza individuale imperativi e bisogni che sono gli stessi che vibrarono nel cuore dei nostri antenati.

■ Il bambino: gli ambigui messaggi dal mondo esterno

Alle ragioni di contraddizione intrinseche alle attese procreative nella sfera personale e in quella della coppia si aggiungono e si sommano anche quelle estrinseche: i futuri genitori sono bersagliati da messaggi disorientanti da parte dei mezzi di comunicazione, che propongono alternativamente il bambino come supremo traguardo, individuale e di coppia, e come ostacolo ad ogni realizzazione.

I messaggi che plasmano l'immaginario collettivo, telenovelas e spots pubblicitari, propongono immagini del bambino opposte e inconciliabili. Da un lato esaltano, infatti, la gioia che procura la creatura sorridente, che è gradevole avvolgere in morbidi pannolini, nutrire con gli omogeneizzati ottenuti dai frutti più genuini, portare a passeggio in carrozzine dal design aggraziato, o in zainetti che favoriscono l'interazione del piccolo con i genitori; dall'altro additano nel bambino il nemico della libertà della coppia, della realizzazione professionale della madre, dell'intimità dei genitori.

La carica di pulsioni emotive connessa alla scelta della procreazione costituisce manifestazione del carattere del matrimonio nella percezione collettiva moderna, che dall'unione dell'uomo e della donna ha eliminato i fattori di interesse, di convenienza, di scambio economico, e che di quell'unione ha esaltato i significati emozionali. Un uomo e una donna non si uniscono più per affrontare insieme una società ostile, che impone la famiglia come unità di difesa e strumento di affermazione, si uniscono per condividere le emozioni della vita affettiva e sessuale, per realizzare, insieme, una più ricca gamma di relazioni con altre persone, coppie e gruppi sociali.

All'interno del matrimonio "emozionale" procreare un bambino è fonte di percezioni gratificanti, ma è altresì possibile ragione di esclusione di gratificazioni di segno contrario.

E se la scelta tardiva è conseguenza della difficoltà di risolvere il conflitto tra i volti opposti della creatura sperata e temuta, questa stessa scelta, proprio perché rinviata, può essere più difficile da realizzare e costringere la coppia a scontrarsi con l'incoerenza che è alla sua radice. «Una specie di unno che butta in aria tutto – traduce per lo psicologo la propria immagine del bambino dopo una lunga attesa una donna – ... È tutto suo, gli spazi, le cose, la nostra vita. A me sembra più un conquistatore... che un frugoletto».

Ma il bambino desiderato tardivamente può essere fortemente voluto, e il groviglio delle incongruenze si aggrava, per sopperire al venir meno di quei valori che parevano minacciati proprio dal verificarsi dell'evento. Nella casistica delle coppie che, presa la decisione di avere un figlio, la perseguono con l'ostinazione della sfida per la sopravvivenza, non mancano le scelte che seguono delusioni della vita professionale e delle relazioni coniugali, o, più spesso, esprimono lo squilibrio tra il successo professionale e una vita di coppia inaridita dall'impegno sociale ed economico.

Si tratta di una procreazione "riparatrice" del fallimento incontrato perseguendo quel difficile equilibrio tra integrazione e autonomia di due personalità in cui si realizza una relazione proficua, alla quale entrambi i coniugi apportano elementi positivi e dalla quale ciascuno trae stimoli vitali per la propria realizzazione.

Uno dei conflitti più palesi e non risolti che una coppia dagli equilibri incerti può pretendere di risolvere con la procreazione è evidenziato dai casi, non infrequenti, di profonde, seppure sotterranee, reazioni di rifiuto di uno dei coniugi al progetto di fertilità. Il bambino è voluto ma è, insieme, rifiutato, e il rifiuto può giungere ad esprimersi con manifestazioni psicosomatiche e disagi sessuali che frappongono ostacoli obiettivi al concepimento.

Sono reazioni che aggiungono a conflitti antichi, quelli che si desiderava sanare con la nascita del bambino, nuove ragioni di contrapposizione, più evidenti e più gravemente ostative nella donna, che al rifiuto profondo può reagire con sensi di colpa che pongono il suo essere psichico in contrapposizione all'essere fisiologico, in una guerra crudele con cui l'organismo rifiuta di esprimere le facoltà procreatrici che la ragione vorrebbe imporgli.

Dalla decisione di procreare alla verifica dell'insuccesso trascorre solitamente un certo tempo, durante il quale si scontrano e si sommano diverse sensazioni, emozioni e reazioni: la consapevolezza della propria sterilità non è percezione che si imponga repentinamente. Fa parte delle cognizioni comuni la possibilità che una gravidanza intervenga in un intervallo più o meno ampio di vita sessuale, ma al protrarsi dei tempi in cui l'eventualità non si realizza il dubbio si insinua, si radica e si converte in assillo, fino a quando, col protrarsi dei tentativi, al dubbio si sostituisce la certezza. È all'insorgere della certezza che la coppia manifesta, prima nei rapporti tra i partner, poi, lentamente, in quelli verso il gruppo familiare e sociale, le prime reazioni, condizionate dall'educazione, dai valori morali e sociali in cui i partner si identificano, dall'importanza che l'attesa del figlio riveste per ciascuno dei due, dalla solidità e dalla struttura della personalità di entrambi: è da questo complesso di fattori che si determinerà la risposta della coppia alla prova della sterilità.

■ Diventare consapevoli della propria sterilità

Quando giunge ad imporsi, la consapevolezza della sterilità diviene causa di alterazione della vita della coppia, motivo di sofferenza e di angoscia. Essa rappresenta una frattura nella continuità dei processi di evoluzione della personalità, può alterare la percezione di sé e del proprio corpo, l'insieme delle immagini e sensazioni in cui si concretizza la consapevolezza di essere uomo e di essere donna, cioè i meccanismi profondi dell'identificazione.

In ogni progetto di procreazione è insita una dimensione conflittuale, che comporta la coesistenza di accettazione e rifiuto, di piacere e dolore, di istinto e ragione, di vita e di morte. Nella sterilità il conflitto si esaspera, l'identità si incrina nell'alterazione delle coordinate spazio-temporali, quella del Sé nel tempo e quella del Sé nello spazio, profondamente coinvolte nella procreazione. Nella donna, durante la gravidanza, il Sé nello spazio si esprime in uno speciale senso di completezza che la fa sentire piena, sintonica con il mandato materno. Nell'uomo fare un figlio realizza la continuità del Sé nel tempo: il bambino è la riedizione di sé, prova del permanere della famiglia nelle generazioni. La sterilità impedisce questa realizzazione fondamentale: la donna sente di perdere un'esperienza irripetibile, dalla gravidanza al parto all'allattamento, ed entrambi i coniugi sentono che è loro preclusa la possibilità di entrare nel ruolo di genitori, di esercitare le relazioni che tale status porta con sé e in particolare quelle con gli altri genitori, con gli insegnanti e con i parenti.

L'identità, centro di gravità attorno al quale si intrecciano le esperienze, è stabile nel tempo, ma presuppone la capacità di evolversi. Essa è costantemente influenzata dagli scambi con le persone interne ed esterne al gruppo, e la genitorialità è una delle attese più significative nei confronti di una coppia.

La discrepanza tra ciò che siamo e ciò che ci viene richiesto è ragione di sofferenza: la sterilità apre una frattura insanabile tra l'essere ed il dover essere, ed è causa di profondo dolore.

Anche chi, nel corso della vita sessuale, non abbia attribuito alcuna importanza alla generazione, giunto al momento in cui imperativi individuali o valori sociali impongono di avere un figlio, nel caso di fallimento può vedere vacillare l'intera costruzione della propria esistenza. Vergogna, senso di inadeguatezza, stress, la sensazione che la vita si sia risolta in un "imbroglio" sono alcune delle percezioni che assalgono i partner costretti a riconoscere la propria sterilità.

La coppia sterile può essere travolta da un'autentica caduta psicologica e sociale: dalla sfera sessuale l'insuccesso investe altri ambiti, dal piano dei rapporti interni alla coppia a quello dei rapporti con la famiglia, con il gruppo degli amici, con la società.

L'orizzonte della vita si oscura, i successi conseguiti nella professione e nella vita di relazione, fonte per anni di appagante gratificazione, trascolorano a realizzazioni prive di valore. La coppia sterile si scopre incapace di progetti, immersa in un gelo che ne paralizza ogni espressione negli ambiti diversi della vita. Il risultato non può che essere una ristrutturazione complessiva delle due personalità, che non risulta, generalmente, ristrutturazione di carattere "progressivo", ma, più di frequente, di carattere "regressivo".

Di particolare gravità appare, in questo quadro, l'imporsi di sensazioni di "perdita di controllo". Sul piano organico le coppie realizzano di avere perduto il controllo sulla capacità riproduttiva, su quello psicologico ed esistenziale sentono di avere smarrito ciò che avevano progettato e sognato se fossero riuscite ad avere un figlio e a costituire una famiglia, sentono di non saper controllare emozioni che le travolgono - la rabbia, il dolore, l'angoscia -, di non poter gestire una situazione gravida di minacce.

La sofferenza è tanto più prepotente quanto più ansia e determinazione di programmare hanno caratterizzato la vita passata: «Mi sono laureato, e sono andato a... a fare le guardie mediche - riferisce il partner di una coppia sterile rivelando l'antica preoccupazione per il futuro -... erano già diversi anni che eravamo sposati..., ma diciamo più che altro la sicurezza economica... che mi potesse permettere di mantenere una famiglia, insomma di poter permettere a lei e a me stesso un certo tenore di vita... volevo aspettare ancora un po'».

L'uomo e la donna si sentono diversi da ciò che sono stati fino a quel momento, l'angoscia diventa lancinante in occasione di battesimi o di compleanni di nipotini o di figli di amici. La donna è investita dalla disperazione quando la sorella, la cognata o una vicina di casa ottengono il loro bambino. La coppia si isola, sente di non poter controllare nemmeno il rapporto con la famiglia e la rete degli amici.

Chi abbia maturato un'esperienza clinica sufficientemente ampia sulle reazioni della coppia alla scoperta della sterilità conosce la frequenza dei casi di donne che di fronte a quell'evidenza si chiudono nel proprio dolore, in un circolo vizioso di speranza non priva delle connotazioni della morbosità e di cupa rassegnazione, donne che, soprattutto al ripetersi degli insuccessi terapeutici, si rannicchiano in sé medesime circondandosi di una muraglia che si interpone alle relazioni antiche con i conoscenti, spesso rivelando un disinteresse nuovo verso le prospettive di realizzazione professionale perseguite in passato con il più intenso impegno psicologico e il più ampio coinvolgimento vitale.

Il dolore raggiunge il proprio acme, ogni mese, quando la mestruazione riconferma l'assenza dell'evento, quando cioè la combinazione di due corpi e l'amore di due persone rivelano l'incapacità di crearne una terza. La donna può percepire il proprio corpo, in particolare il ventre e l'utero, come un "ordigno a tempo", un insieme di elementi e potenzialità che possono dare felicità o sofferenza secondo i tempi e le combinazioni in cui agiscono, secondo leggi inafferrabili che possono essere controllate solo dalle misteriose conoscenze della medicina, che nella fantasia della coppia sterile acquista i connotati di scienza del mistero naturale, di autentica alchimia.

Lo stato di sofferenza psicologica, l'alterazione dell'ordito delle relazioni interpersonali può condurre ad autentiche situazioni patologiche: nelle coppie sterili non è infrequente l'insorgere di depressioni di gravità diversa, quando non di sintomatologie psicosomatiche, di attacchi di panico o di disfunzioni sessuali, tra le quali il vaginismo, l'anorgasmia, l'impotenza maschile, la difficoltà a controllare l'eiaculazione. Sul piano, invece, delle relazioni psicologiche risulta frequente l'insorgere di conflitti e di ostilità tra i coniugi, tanto più pericolosi in quanto nascosti, in quanto entrambi operano per occultarli agli estranei e per dissimularne l'esistenza a se stessi.

L'esperienza clinica registra casi in cui la sofferenza psicologica diventa vero disagio psichico, con la caduta dei coniugi sterili in rituali ossessivi, in forme di dipendenza dal cibo, dagli alcolici, da farmaci, nella frequenza di relazioni extraconiugali. Sono stati registrati anche casi di suicidio. Anche quando non cada in manifestazioni patologiche la coppia sterile si sente ammalata, ma nella sfera psicologica sentirsi ammalati significa essere ammalati, poiché corpo e psiche interagiscono e la sofferenza psichica si traduce nel disturbo corporeo e nel sintomo psicosomatico.

Ma se la sofferenza psicologica accompagna, inevitabilmente, la condizione di sterilità, può essa costituirne la causa? Esistono, cioè, forme di sterilità a base esclusivamente psicogena?

Una risposta inequivocabile è senza dubbio ardua. Che questo tipo di sterilità possa esistere sembra comunque dimostrato da studi ispirati ad assunti psicoanalitici: avremo occasione di verificarne alcune conseguenze sul terreno terapeutico.

■ Malattia e cura

Poiché l'evento procreativo è caratteristico della sfera biologica, è spontaneo che alla sua assenza si pensi di riparare con l'intervento terapeutico. Il fondatore della biologia moderna, Louis Pasteur, scriveva che, nella coscienza umana, alla percezione della malattia è intrinsecamente legata l'idea della cura. Se l'asserzione era valida nelle società del passato, essa lo è tanto più in quella presente, nella quale la medicina ha immensamente potenziato le proprie capacità e nella coscienza collettiva si è dilatato, in proporzione ancora maggiore, il riconoscimento dei suoi poteri che sono giunti a coinvolgere l'intera sfera della vita. Salvo i casi, peraltro oltremodo rari, di autentica indifferenza, la coppia giunta a riconoscere l'esistenza di una condizione di sterilità muove il primo passo verso la cura della malattia di cui è sofferente. Sarà la gravità che attribuisce alla menomazione a determinare quanto avanti essa si spingerà, in caso di inefficacia delle prime cure, sulla strada che ha intrapreso.

Anche le società del passato avevano predisposto strumenti efficaci per riparare alle anomalie della riproduzione. A differenza della società moderna quegli strumenti non erano, tuttavia, di natura unicamente medica. Seppure fosse comune, infatti, il ricorso a strumenti "medici", specialmente alle acque cui si attribuivano speciali poteri sulla fecondità femminile, o alle pozioni preparate dallo stregone, più che ai mezzi della medicina le società antiche ricorrevano a strumenti di peculiare natura sociale.

Primo tra tutti può considerarsi la poligamia, col singolare correlato dell'evirazione degli addetti alle mogli dei grandi signori affidate alle cure di eunuchi, fin dai tempi dell'antico Egitto. Si può ancora ricordare la facoltà di ripudiare la moglie sterile e l'obbligo dei fratelli di fecondare le spose dei fratelli morti. Il dovere incombeva, in alcune società, anche sugli zii e sui cugini, poiché si riteneva che la procreazione da parte di un consanguineo assolvesse agli imperativi religiosi che tutelavano la continuità della famiglia e l'immortalità dei suoi membri.

Se nelle società antiche ci si rivolgeva allo stregone, in quelle moderne ci si rivolge al medico. Anche se, in teoria, le due opzioni sembrano separate dallo stesso abisso che esiste tra la superstizione e la scienza, eppure, nella sfera peculiare della procreazione, la differenza tra l'atteggiamento della coppia dei nostri giorni è assai più vicina a quella dei nostri avi di quanto appaia ad un esame superficiale. Abbiamo notato quale commistione di turbamenti e contraddizioni conduca un uomo ed una donna a richiedere l'intervento dello specialista nella sfera più segreta della vita intima; il ricorso al medico perché sopperisca alla mancanza della facoltà generativa è una scelta carica di pulsioni e di rinunce e si avvicina all'antico affidarsi all'essere dotato di poteri sovrumani, a chi governa energie superiori e a chi controlla le forze segrete della natura: un ricorso all'alchimia.

Affidarsi al medico come a chi sa controllare tutti i meccanismi della vita convive, e una nuova contraddizione si aggiunge a quelle già citate, con le aspettative tipiche della coscienza sanitaria moderna, quelle per cui la società deve garantire a tutti i cittadini i mezzi necessari alla tutela della salute e alla cura di qualunque malattia. Se la condizione di sterilità costituisce una malattia, e non un semplice disagio sociale, chi ne soffre ha diritto alle cure e i coniugi sterili possono pretendere che le strutture sanitarie pubbliche assicurino loro la terapia necessaria per procreare. Si pretende dunque l'intervento dell'alchimia, ma al contempo si chiede che la possibilità di fruirne possa rientrare tra i diritti che lo Stato sociale deve tutelare.

Se il medico e la sua scienza sono gli interlocutori prioritari della coppia sterile, un secondo ordine di interlocutori è costituito dalle istituzioni della società, sanitarie e assistenziali: la combinazione tra le due sfere propone alla coppia sterile una molteplicità di opzioni, che possono ordinarsi in una progressione in cui il figlio è sempre meno frutto delle capacità generative dei coniugi e sempre più prodotto della tecnica medica, od oggetto di una scelta morale e giuridica. La coppia che non può avere il bambino dall'unione naturale dei propri gameti può ricorrere alla loro fecondazione "in vitro", quella cui è preclusa anche quella strada può rifugiarsi nell'impiego di gameti estranei, o richiedere l'impianto di un embrione: una serie di scelte cui è aperta l'alternativa dell'adozione, un'istituzione sociale e giuridica di rilievo sempre più ampio nella società moderna.

■ Un'indagine epidemiologica

L'analisi che abbiamo tentato sinora trova un avallo eloquente nel confronto con i risultati di un'indagine svolta dal Centro di Sessuologia Clinica dell'Azienda USL di Bologna tra il 1992 e il 1994. Oggetto dello studio era La sterilità come esito di sofferenze sul piano delle relazioni sessuali, che affrontava i disagi emotivi e relazionali, con particolare attenzione all'area della sessualità, causati o riattivati dagli interventi di diagnosi e terapia della sterilità.

Come strumenti della ricerca sono state utilizzate interviste “semistrutturate”, condotte, cioè, lasciando agli intervistati la più ampia libertà di espressione, effettuate con 32 coppie sterili consenzienti all’elaborazione degli elementi che sarebbero emersi dai colloqui. Definito il quadro familiare, valutata l’anamnesi e ricostruita la successione degli interventi clinici di ciascun caso, sono state valutate le alterazioni prodotte dalla sterilità sulle relazioni di coppia (in modo particolare su quelle sessuali) e sui rapporti tra la coppia e l’ambiente familiare e sociale. A questo scopo i dati raccolti sono stati ordinati secondo due assi di riferimento, il primo costituito da un gradiente «dall’intimità affettiva alla distanza emotiva», il secondo da un gradiente «dall’autonomia alla dominanza-direttività». La loro combinazione consente infatti di misurare l’intensità della dipendenza di ciascuno dei partner dall’altro, dalle famiglie d’origine e dalla figura del medico.

Il campione rappresenta una realtà urbana, professionale e impiegatizia di cultura e condizioni economiche medio-elevate, essendo la realtà operaia scarsamente rappresentata: il 37% degli uomini ed il 31% delle donne erano in possesso di un titolo di istruzione universitaria, il 44% e, rispettivamente, il 25% ricoprivano una posizione di professionista, mentre nel 31% e, rispettivamente, nel 47%, si trattava di impiegati. Anche i convincimenti religiosi attribuiscono al campione titoli di rappresentatività di una parte della realtà piuttosto che della sua interezza, risultando il 95% delle coppie sposate con rito religioso e solo il 5% con rito civile. Sul piano diagnostico solo 5 casi sui 32 del campione avevano messo in evidenza, come causa di sterilità, fenomeni organici di identificazione inequivocabile, mentre per gli altri la conclusione diagnostica era stata incerta.

Enucleando, dagli elementi dell’iter clinico, gli atteggiamenti più ampiamente diffusi nel campione, emerge, innanzitutto, che l’esperienza della maggioranza delle coppie corrisponde alla successione di ricorsi a specialisti diversi, con l’accentuarsi di un senso di frustrazione sempre più grave al moltiplicarsi di visite ed esami. Quella frustrazione pare essersi impossessata dell’intera vita dei coniugi, inducendo atteggiamenti diversi negli uomini e nelle donne: la ricerca, da parte dei primi, del maggiore impegno possibile sul lavoro, quale fonte di rivalutazione personale, l’abbandono, da parte delle seconde, degli interessi estranei alla famiglia, per incapacità di sostituire l’appagamento mancato del desiderio di maternità.

In termini generali l’indagine rileva la sussistenza di un conflitto «tra due bisogni primari: il bisogno di affetto, intimità e protezione da un lato e il bisogno di autonomia e potere dall’altro». In ogni coppia stabile si verifica una rinuncia dei coniugi all’autonomia di cui godevano in precedenza, in cambio di affetto e di premure da parte dell’altro. La presenza di un figlio determina un’ulteriore limitazione della sfera dell’autonomia, sempre in cambio dell’affetto offerto dal bambino: la donna pare più disposta a sostenere questo tipo di scambio che la cultura maschile accetta con maggiore difficoltà.

Il problema dell'autonomia e del potere riflette una dinamica significativa, all'interno delle coppie intervistate, anche in conseguenza dell'impegno professionale femminile, che complica i rapporti determinati dalla divisione dei ruoli. Il conflitto tra i due bisogni primari spiega l'ambivalenza verso il bambino, appassionatamente desiderato e inconsciamente temuto, e le tensioni all'interno della coppia. In numerosi casi quel conflitto sembra sfociare in difficoltà delle relazioni sessuali che aggravano, a loro volta, le difficoltà di concepimento.

Il ricorso agli strumenti della fecondazione assistita, nella generalità dei casi voluta dalla donna ed accettata dall'uomo, era stato abbandonato da una parte minoritaria del campione alla proposta, da parte del ginecologo, di controlli e condizionamenti tali da turbare la vita coniugale. La maggioranza delle coppie aveva proseguito oltre i primi insuccessi, per un radicato senso di obbligo a tentare, espressione del sentimento di colpa di cui gli intervistati avevano cercato di liberarsi sottoponendosi a un itinerario quasi sempre mortificante.

Le relazioni con la famiglia

Tra i dati più significativi emersi dall'indagine debbono essere sottolineati i frequenti precedenti, per la maggior parte delle coppie, di rapporti faticosi con i genitori, in gran parte meridionali, impegnati in una dura lotta economica per mantenere i figli agli studi, nell'impossibilità di esprimere, assorbiti da quell'impegno, affetti di particolare calore. Il tempo dei giochi e delle fantasie adolescenziali risulta essere stato sottratto, a più di uno degli intervistati, da compiti già adulti, spesso paterni, o materni, verso fratelli minori che i genitori non riuscivano ad accudire.

Gli intervistati ricordano l'esistenza di una divisione alquanto rigida dei compiti maschili e femminili tra i genitori, ma ad un'analisi di maggiore profondità questo schematismo si dimostra parte di un contesto assai più confuso di quanto appaia al primo esame. Così il padre sembra esprimere un ruolo lontano ed affettivamente incerto, quello cioè di un uomo in gran parte assente, alla cui carenza cerca di supplire la madre accentuando il ruolo di unico riferimento dei figli. Ma, provata dalla responsabilità e dalla fatica, la donna, che alla cura dei figli doveva spesso aggiungere impegni di lavoro, risulta incapace di controllare la propria ansia e tradisce spesso l'insicurezza che l'attanaglia.

In una famiglia che si sottopone ad un duro sforzo per sopportare gli oneri dell'educazione dei figli predomina, quindi, una figura materna sacrificale che, nei ricordi di un numero ingente di intervistati, pretende un compenso avanzando aspettative molto gravose, nella cornice di un'educazione alquanto rigida, che si esprime con punizioni dolorose anche per mancanze non gravi. Un'intervistata ricorda, ad esempio, i lunghi silenzi della madre di fronte alle infrazioni al codice da essa imposto ai figli.

I connotati di famiglie che esprimono questa rigida disciplina esercitano non di rado un peso determinante sui fenomeni di attaccamento e di separazione dei figli nel susseguirsi delle tappe della propria evoluzione. Uno degli intervistati riconosce di avere provato più volte dubbi inquietanti sulla propria virilità. Le intervistate mostrano, dal canto loro, di avere maturato gravi difficoltà di separazione, lasciando trapelare, in contrasto all'espressione del bisogno di maggiore autonomia, di percepire la separazione dalla famiglia d'origine come grave minaccia. Le loro scelte di vita, le modalità delle relazioni con i genitori, in particolare con la madre e con il coniuge, caratterizzate dall'assidua ricerca di vicinanza e di ascolto, di comprensione e di approvazione, sembrano confermare la persistenza di un conflitto tra una radicata dipendenza e istanze irrisolte di autonomia.

Dall'esperienza della paternità e della maternità dei genitori gli intervistati sembrano trarre, in maggioranza, impressioni di impegno, di fatica, di generiche soddisfazioni che non vengono proposte, peraltro, con genuinità capace di convincere. Alle espressioni di apprezzamento, alquanto generico, dei modelli genitoriali si contrappongono il timore di ricalcare il percorso ed il desiderio di assumere comportamenti differenti, rispondenti a valori radicalmente dissimili, nonché l'esigenza diffusa di stabilire con i figli relazioni affettive di tenore diverso, più coinvolgenti, più intime, più vitali.

Dalle interviste emergono, quindi, conflittualità profonde, seppure spesso celate, e situazioni di competizione, a volte laceranti, nei confronti dei fratelli, più spesso delle donne verso le sorelle e soprattutto nei confronti di quelle che, meno impegnate nella famiglia, hanno potuto conseguire successi maggiori nella vita. Quei conflitti si dimostrano più gravi quando le sorelle sono riuscite ad avere figli senza difficoltà ed è peculiare come nei confronti di questi bambini le intervistate rivelino rapporti ambivalenti di affetto e di rigetto. Emerge ancora, dalle interviste, come la paternità degli altri uomini sia percepita dagli intervistati in modo competitivo, seppure con intensità meno lacerante di quanto traspaia per le loro compagne, che vivono come ferita profonda la maternità delle donne della cerchia familiare.

Risulta significativo, per gli estensori, tentare di distinguere, tra le motivazioni profonde della ricerca di un figlio, il desiderio, tradito da sogni e fantasie, che il bambino possa ricolmare vuoti dolorosi, sanare ferite infantili, soddisfare le esigenze di attaccamento e di intimità, assicurare una valorizzazione sociale, che possa costituire il jolly capace di modificare i risultati di una partita con il mondo che aveva visto le persone degli intervistati nel ruolo di sistematici perdenti. Ma per i giocatori perdenti è difficile gettare sul tavolo la carta favorevole al momento giusto: fuori della metafora, chi desidera un bambino per ricolmare il vuoto della vita difficilmente sa educare un essere umano all'autonomia e destina facilmente il figlio al fallimento.

La madre, confidente e nemica

Il secondo ordine di rilievi desunti dall'analisi dei colloqui concerne i rapporti tra la donna sterile e la madre, con la quale essa cerca, in conseguenza dell'accertata sterilità, di intrattenere una relazione più stretta, quasi si trattasse del suo ultimo rifugio nella sconfitta. Da numerose interviste la madre risulta come l'unica persona capace di comprendere la situazione di sofferenza della figlia. La donna sterile tende ad estraniarsi dalle amicizie, ma si riavvicina alla madre, alleata, giudice e rivale nell'esercizio delle sue capacità procreative. La confidenza con le amiche viene invece riferita come il frutto di un momento di debolezza, che spesso ha offerto ad una persona rivelatasi ostile l'occasione per quello che le intervistate avevano poi vissuto come un atteggiamento di derisione.

Questo "ritorno nelle braccia della madre" si può capire se si considera quanto la condizione di sterilità esaspera conflitti e insicurezze, comunque presenti nella donna, nei confronti della femminilità e della maternità: il turbamento delle due forme di identificazione non può non condurre ad accentuare la vicinanza e il confronto con la prima figura di riferimento delle peculiarità dell'essere donna.

Dalle interviste emerge una pluralità di relazioni figlia-madre complesse e conflittuali. Un'intervistata sottolinea, ad esempio, di avere vissuto l'infanzia dai nonni, recandosi a trovare la madre saltuariamente, «come in visita», ragione di un distacco mai completamente colmato. Particolarmente doloroso il caso della donna che, ricordati i numerosi aborti cui aveva fatto ricorso la madre, si dice convinta della propria condanna a pagare, con la sterilità, le colpe della genitrice. Scoppiando in singhiozzi dimostra la profondità del senso di colpa per il peccato non suo, evidenziando la soggezione ad una figura materna onnipotente, in possesso del diritto di vita e di morte sui figli propri e su quelli della figlia. La situazione psicologica di questa donna risulta aggravata dall'aver essa svolto il ruolo di madre vicaria per i figli della sorella, che sembra avere evaso la condanna per le colpe materne, accumulatesi quindi sulla sorella costretta ad espiare con la sterilità.

Un'altra intervistata, che mostra i sintomi di una profonda depressione, ricorda come decisiva, nell'evoluzione della propria vita affettiva, l'opprimente premura protettiva della madre, una donna che dal racconto risulta essere stata, nello stesso tempo, insicura, angosciata e manipolativa. Nonostante che l'intervistata ritenga di «essere stata rovinata» dall'incombenza della madre, essa non manca di mostrare un desiderio di intimità tanto prepotente da risultare "fusionale", anche nei confronti del coniuge, rivelando di quali conseguenze il rapporto con la madre le abbia lasciato il retaggio.

Quel bisogno di intimità potrebbe spiegare il desiderio dell'intervistata di un figlio "ad ogni costo", quasi a riparare la colpa di un'interruzione di gravidanza operata in anni lontani, quando la procreazione avrebbe posto problemi economici oltremodo gravi al compagno, che secondo la donna avrebbe tratto dall'esperienza gravi sensi di sofferenza. Ma costui, intervistato a sua volta, non mostra di provare i sentimenti attribuitigli dalla compagna. Una situazione oltremodo complessa, non priva di elementi inquietanti che, secondo una prima analisi, può spiegarsi postulando lo sforzo della donna di celare un'aggressività latente per il coniuge, nei confronti del quale dimostra di sentirsi oltremodo dipendente.

Da questa casistica emerge, come un esempio di sofferenza di particolare gravità, quello della donna che, rimasta orfana della madre in età giovanissima, è perseguitata dall'idea di dovere lasciare, morendo, i figli privi di assistenza. Indotta a sposarsi quasi a forza, ha conosciuto un parto rischioso, che ha reso ancora più grave il timore di una morte precoce e più difficili i rapporti con altri eventuali figli.

Nel definire poi il proprio desiderio di maternità, più di una donna tradisce agli intervistatori rilevanti istanze fusionali e l'esigenza di una stretta identificazione tra sé e la creatura che spera di ottenere; un numero equivalente di intervistate dimostra di reputare le difficoltà conosciute dalle madri ad avere figli, le lunghe attese o le gravidanze difficili affrontate, quali ipoteche sulle proprie possibilità di successo, prove di una condizione esistenziale di condanna.

Due sogni

All'esame dei risultati di questa indagine ci sembra utile aggiungere il racconto di due sogni che manifestano con significativa espressività il mondo interiore della donna sterile, in modo particolare per quanto riguarda i rapporti con la madre: «C'erano delle persone cattive, vestite di nero, adulti, sia uomini che donne - riferisce la prima paziente nei giorni immediatamente successivi alla constatazione dell'inizio della gestazione -, e persone buone, vestite di bianco. Le persone buone andavano dalle persone cattive, si avvicinavano, le toccavano, quelle diventavano buone. Era all'aperto, sotto i portici, era nuvolo... pomeriggio. Io sono sempre stata più cattiva che buona - commenta la paziente - da quando avevo dieci anni. Qualcuno mi ha messo una mano sulla spalla e sono diventata buona. È come una specie di miracolo. Un bambino è un dono, che spetta solo alle persone buone».

Il secondo sogno è stato riferito da una donna che sembra avere ereditato la sofferenza della madre per la freddezza dei rapporti che la prima aveva vissuto con la propria madre, quasi a dimostrazione del fatto che il dolore morale può trasmettersi, lasciato di cui non sarebbe possibile liberarsi, da una generazione all'altra. Durante i tentativi di fertilizzazione dichiara di avere ritrovato sua madre, dopo avere compreso quanto anch'essa avesse sofferto, durante l'infanzia, della mancanza di tenerezza, giungendo ad affermare di avere riconosciuto che «anche mia madre ha un cuore, non poteva darmi affetto se non lo aveva ricevuto».

«Eravamo, con mia madre, in giardino – narra la paziente riferendo il sogno –. C'erano alberi innevati e scintillanti. Parlavamo e giocavamo con la neve. Era tutto bianco e tiepido».

È la singolare espressione, nella percezione femminile, delle qualità, il candore della neve e il tepore, che un utero materno deve possedere, in termini di accoglienza. Si può rilevare come il sogno dell'accoglienza di un bambino nell'utero preceda la risoluzione di un conflitto: «Mi sento dentro qualcosa che mi si è spento – aveva dichiarato in precedenza –, la voglia di fare le cose. È come se io fluttuassi da un'altra parte, e le cose le vedo accadere». Il conflitto tra il desiderio del bambino e l'incapacità di accoglierlo, riservandogli uno spazio vitale e simbolico, si sarebbe risolto con l'atteso inizio della gravidanza.

■ Al di là delle parole

Si ricorre al medico per un trauma che minaccia la vita, per il sospetto di una malattia di cui si teme la gravità, per un disturbo lieve la cui cronicità altera l'esistenza quotidiana. La ricerca e l'incontro del paziente con il titolare delle conoscenze mediche è evento che coinvolge l'insieme delle pulsioni, delle emozioni e dei valori di chi richiede l'aiuto in misura maggiore di quanto non lo investa la ricerca di un intervento professionale in sfere diverse, nelle quali siano pure coinvolte esigenze fondamentali dell'esistenza: si pensi, tra tutte, alla sfera patrimoniale. Ma se chi ricorre all'avvocato o al commercialista per tutelare il proprio patrimonio è considerato cliente, chi ricorre al medico non è solo cliente ma è paziente: la distinzione lessicale non potrebbe essere più espressiva della differenza delle attese.

Al medico il paziente richiede l'intervento a tutela o a ripristino della salute, un bene che coincide con la vita stessa, condizione per la fruizione di ogni bene diverso, per l'appagamento di ogni bisogno primario e secondario: la sua richiesta non può essere neutra ed obiettiva, è intrinsecamente carica di potenziali vitali. Nella percezione comune il medico non è solo il tecnico della cura delle patologie, è l'arbitro della felicità di chi gli si rivolge.

Il carattere peculiare del rapporto tra il medico e il paziente risale agli inizi della vicenda umana, quando nei primi gruppi organizzati venne riconosciuta ad un individuo particolare la capacità di controllare le forze misteriose della natura e quella di impiegare, per curare una malattia, i poteri segreti di radici, frutti e semi.

Successore dello sciamano nel controllo delle forze vitali, il medico ha visto esaltati i propri poteri dai successi della medicina moderna che è giunta a possedere una capacità di controllare i fenomeni naturali che poche scienze umane possono vantare. La medicina moderna esercita i propri poteri sempre più direttamente sugli eventi capitali della vita, tanto da diffondere la percezione di avere convertito la vita, la morte e il sesso, che della vita è l'origine, in fenomeni manipolabili quasi senza limiti da procedimenti chirurgici e biochimici.

I fenomeni dell'origine della vita, la loro attivazione di fronte ad ostacoli biologici e la loro inattivazione sono stati fagocitati in un processo di "medicalizzazione" che ha infranto limiti per secoli ritenuti invalicabili e che ha soverchiato le percezioni emozionali, culturali e simboliche che hanno sempre costituito il correlato dello svolgimento naturale di questi fenomeni. È alla medicina in quanto conoscenza e potere sui processi chiave della vita che si rivolge chi non ha ottenuto un figlio nell'esercizio della vita sessuale, e quel figlio desidera rimettendo alla scienza il compito di restituirgli quanto non è stato in grado di produrre.

Prende forma da questo semplice riconoscimento l'eventualità di una delega al medico, una delega gravida di rischi, gli stessi che si possono intuire se si riflette sul carattere specialissimo della "malattia" per la quale la coppia sterile ricorre all'opera della scienza, il difetto della capacità di riprodurre la vita, la peculiarità più essenziale dell'unione fra un uomo e una donna.

Quella delega, esito dei rapporti tra una coppia che pretenda un risultato ad ogni costo e un medico che rimuova, come irrilevante, nel segno di un ingannevole distacco professionale, ogni interesse per i problemi psicologici che pur gli vengano proposti, è facile premessa di insuccessi terapeutici e può costituire la causa di traumi che non mancheranno di ripercuotersi, anche se l'esito dell'intervento fosse positivo, sui legami tra i coniugi e su quelli dei coniugi con il bambino. Si tratta di un'eventualità che può essere prevenuta solo se si comprendono appieno i meccanismi che la determinano, un obiettivo che presuppone la lucida percezione del rapporto che si instaura, sin dal primo colloquio, tra il medico e la coppia "paziente".

È importante, affrontando l'esame dei rapporti tra la coppia sterile e il ginecologo, distinguere il primo incontro da quelli successivi, sia che avvengano con lo stesso specialista che con nuovi medici. Questa distinzione suggerisce la progressione di un disagio psicologico sempre più grave, intervento dopo intervento, visita specialistica dopo visita specialistica. Ma anche la coppia che ricorre al medico per la prima volta ha già percorso, di solito, un itinerario doloroso e porta al primo incontro un carico di sofferenza. Con tale sofferenza il medico non può evitare di misurarsi, anche se decide di ignorarla. Fin dal primo colloquio tra la coppia e l'operatore sanitario si impongono tutti i condizionamenti e le antinomie del rapporto tra medico e paziente.

■ La comunicazione medico-coppia

Studi autorevoli hanno provato come, soprattutto in alcune sfere dell'intervento diagnostico e terapeutico, la comunicazione tra il medico e il paziente abbia effetti notevoli sui risultati clinici. Il terreno della procreazione assistita deve essere incluso tra quelli in cui la correttezza e l'efficacia della comunicazione tra le parti esercitano un peso particolarmente rilevante sull'esito dell'intervento, pur apparendo particolarmente problematiche: ciò perché il controllo della sessualità e della fecondità è terreno sul quale non possono non manifestarsi risonanze affettive, simboliche ed etiche che investono il medico altrettanto profondamente che i pazienti.

Nella sfera della procreazione il medico non può non essere coinvolto, sul piano emotivo, nella relazione con il paziente ed il coinvolgimento non può ritenersi circostanza negativa, tranne i casi in cui gli impedisce di esprimere la propria competenza. Ma per un rapporto clinico fruttuoso il ruolo del paziente nel confronto comunicativo non è meno rilevante di quello del medico: entrambi sono chiamati a giocare la propria parte, stabilendo un autentico dialogo che è regolato dalle leggi che governano tutti gli scambi comunicativi.

La comprensione dei meccanismi che agiscono nel corso di uno scambio comunicativo impone di considerare una molteplicità di fattori. Al primo posto le scelte linguistiche e lessicali: il medico può scegliere, ad esempio, un gergo tecnico non sempre comprensibile agli interlocutori. Si può quindi ricordare il ricorso a convenzioni linguistiche, quali quelle mutate, per indicare le parti del corpo, dalla "common sense geography", con l'impiego di espressioni quali "in alto", "in basso", l'alternarsi dei turni di conversazione, di pause e di silenzi, e, infine, il ricorso a espressioni diverse dalla parola: gesti, atteggiamenti del volto, l'"aggancio visivo", lo sguardo diretto che impone uno sguardo di risposta. Tra i meccanismi della comunicazione rivestono un ruolo significativo i "messaggi a doppio legame", interventi verbali formulati con toni di voce, o accompagnati da gesti, che implicano un messaggio opposto a quello espresso verbalmente. Il loro significato contraddittorio può provocare ansia e indurre, in chi li riceve, un reale disorientamento.

Sul piano della comunicazione si deve sottolineare che l'incontro tra il medico e il paziente è l'incontro tra mondi diversi, il mondo di un "chierico" della cultura scientifica, che si affida alla cognizione di leggi naturali, a regole metodologiche, alle capacità analitiche maturate nell'esame di casi precedenti (quelli che possono definirsi "referenti" medico-biologici) e il mondo della coppia/paziente, costituiti da percezioni, convincimenti e attese, tutti "referenti" psicologici, relazionali e sociali. La distanza tra le parti è grande e non meraviglia verificare la difficoltà del medico ad entrare nella sfera dell'altro e la possibilità che egli sia indotto ad ignorare, escludendola dal proprio campo di osservazione, l'esperienza psicologica dei pazienti. L'esclusione può essere favorita dalla parallela frattura, nel paziente, tra ciò che gli urge dentro, ma che è sottoposto a meccanismi di controllo, e ciò che ritiene di dover comunicare al medico, cancellando quanto creda di dover tacere, con gli inevitabili dubbi sul modo più idoneo di esprimersi.

L'impiego di linguaggi diversi, l'autoimposizione di divieti e il rigetto di sfere intere dell'esperienza concorrono a determinare la possibilità che tra medico e pazienti si stabilisca un dialogo in cui le parti esprimono i propri messaggi su piani tra i quali non esiste che un contatto apparente. Ricorrendo a una metafora teatrale si può immaginare che, nella sua manifestazione estrema, questa comunicazione su piani estranei si traduca nella recita di attori che declamano copioni di opere diverse.

Se comunicare significa scambiare messaggi, si deve riconoscere che i messaggi tra le parti non sono mai neutri, obiettivi, ma che al contenuto esplicito associano elementi di correlazione, che articolano e integrano il contenuto esplicito secondo le cifre di codici relazionali connotati secondo la cultura, l'educazione e i convincimenti degli attori. Con quei messaggi cifrati le parti riescono a costruire e a modificare, ad ogni turno di conversazione, i rapporti di potere che le uniscono e quindi la subordinazione di una nei confronti dell'altra. La psicologia medica ha rivolto un'attenzione particolare a quello che ha identificato come il "milite ignoto" del proprio terreno d'indagine, il medico stesso: la sua storia, la sua ideologia, la sua capacità di ascolto, le sue virtù e i suoi difetti condizionano la relazione terapeutica e la risposta del paziente. Basta, a dimostrarlo, un esempio: il rischio di "sottomedicazione" di un paziente dotato di una forte capacità di resistere alla sofferenza, un paziente stoico, che può indurre il medico cresciuto in una famiglia in cui non era ascoltato chi non "urlava" il proprio dolore, a sottovalutarne il problema.

Gli aspetti relazionali della comunicazione rivestono un rilievo tale da potere determinare, ove nel loro scambio si producano equivoci irreparabili, l'impossibilità di proseguire il rapporto. L'incomprensione esercita il proprio peso sul legame tra le parti fino a determinarne la dissoluzione, a causa dell'incapacità dei protagonisti di comunicare sintonizzando i propri mondi interiori. Tra i disturbi della comunicazione vogliamo ricordare la possibilità che un dubbio del paziente sia interpretato come negazione della competenza del medico e che una domanda divenga una sfida, con le inevitabili conseguenze negative.

Se la conversazione ed i suoi contenuti "obiettivi" sono arricchiti e integrati dalle forme dell'espressione metaverbale, dal silenzio allo sguardo, dal gesto del capo a quello della mano, dal sospiro al sorriso, è possibile che la trasmissione dei contenuti relazionali del messaggio ne sia notevolmente influenzata.

La relazione che si stabilisce tra il medico e la coppia sterile è caso emblematico di quella che gli psicologi della comunicazione hanno definito relazione "asimmetrica": la relazione in cui una delle parti è in possesso di ruoli e competenze dal cui uso dipende il soddisfacimento di bisogni essenziali dell'altra, che non dispone, invece, di alcun potere sulla parte "dominante".

Riconoscere l'asimmetria del rapporto significa constatare che si è di fronte ad una relazione professionale che si instaura perché una delle parti ricorre alle conoscenze e alle competenze dell'altra. La constatazione conduce, peraltro, a considerazioni tutt'altro che ovvie, dalle quali si ricavano conseguenze di rilievo. Occorre riflettere, innanzitutto, su un punto essenziale: è alla parte dominante, quindi al medico, che spetta la gestione consapevole della disparità. Se la coppia non può che riconoscere ed accettare la dipendenza, esprimendo la subordinazione nella spontaneità delle proprie espressioni, spetta al medico di gestire e controllare la diseguaglianza della relazione, i cui termini mutano progressivamente nel corso del primo colloquio e si modificano al procedere dell'anamnesi e al succedersi degli interventi terapeutici, assumendo valenze nuove, complicandosi, sfiorando punti di crisi e di rottura.

Per capire pienamente le difficoltà che il sanitario deve affrontare, basti ricordare che non è richiesto al ginecologo di vestire, di fronte al caso di sterilità, i panni dello psicologo, necessari per capire quanto la richiesta che gli viene rivolta sia vitale per la coppia e per desumere, dalla contrattualità sussistente tra i coniugi, la funzionalità della loro scelta e il suo significato per il loro equilibrio.

Ma alla constatazione della specificità del ruolo del ginecologo non può non aggiungersi il rilievo che è la natura del problema che gli viene sottoposto a impedirgli di ignorare, sulla scorta della pretesa di imparzialità della propria disciplina e del timore di risultare intrusivo, le valenze emotive, relazionali e simboliche della disfunzione sulla quale gli si chiede di intervenire. Facendolo, egli mostrerebbe di considerarsi il meccanico demandato alla riparazione di un congegno biologico alterato, cui sarebbe possibile restituire la piena funzionalità con semplici interventi farmacologici o strumentali.

Se pure al ginecologo non spetta di misurare le motivazioni, le risonanze affettive e le conseguenze che il trattamento che sta per intraprendere eserciterà sull'equilibrio emotivo della coppia e sulla relazione che essa stabilirà con il bambino, egli non può dimenticare, per ragioni terapeutiche, che su quell'esito influiranno profondamente le reazioni emotive che l'hanno preceduto e quelle che lo accompagneranno. L'intervento clinicamente più appropriato potrebbe rivelarsi infruttuoso se dovesse scontrarsi con rifiuti profondi, con resistenze precedenti o insorte durante l'iter terapeutico, capaci di generare disturbi psicosomatici o turbe della sessualità, contro le quali i mezzi della medicina potrebbero dimostrarsi impotenti.

Nella caratteristica relazione asimmetrica che si stabilisce tra il medico e la coppia sterile, spetta al primo quindi l'onere di misurare non solo il significato esplicito ed implicito dei messaggi dell'altra parte, ma anche l'impatto delle proprie parole, prevedendone le possibili decodificazioni e controllando costantemente quali, tra quelle eventualmente possibili, siano state operate dai suoi interlocutori. Occorre, cioè, che il medico sappia leggere l'"enciclopedia" del destinatario: la sua storia, i suoi valori, le sue paure e motivazioni.

Riconosciuta la responsabilità del medico nel controllo della comunicazione e nell'analisi dei contenuti impliciti dei messaggi tra le parti, si deve rilevare che sussiste una soglia di comprensione, variabile da caso a caso, al di sotto della quale non può instaurarsi quel livello di comunicazione, il cui raggiungimento è condizione essenziale per ogni sviluppo futuro. Quella soglia costituisce la base dell'intesa che si dispiegherà e si modificherà al procedere della relazione, all'ampliarsi della conoscenza reciproca e che maturerà con il moltiplicarsi dei messaggi scambiati.

Numerose indagini hanno messo in evidenza come la relazione tra il medico e il paziente sia spesso concepita come espressione di un'unica funzione, quella di richiesta-offerta di aiuto piuttosto che quella di richiesta-offerta di conoscenza: si deve ribadire, invece, che una conoscenza più approfondita può sostenere scelte più consapevoli, favorendo il conseguimento di migliori risultati terapeutici. Se il medico riesce, cioè, a comunicare conoscenze, può conseguire mete cliniche più ambiziose.

■ Una delega in bianco

Vediamo ora quali sono i pericoli dell'instaurarsi di un rapporto di comunicazione non equilibrato tra l'operatore sanitario e la coppia sterile. Abbiamo detto del rischio di una delega "in bianco" al medico ad applicare gli strumenti della tecnica indipendentemente dalla partecipazione dei coniugi. Dobbiamo aggiungere che l'exasperata tecnicizzazione e "medicalizzazione" del rapporto risvegliano nella coppia (più spesso nella donna, sul cui corpo si interviene in modo preminente) i retaggi più gravosi dell'infanzia, il bagaglio di emozioni infantili dolorose, prive di calore, l'eredità di rapporti aridi o soffocanti.

La donna rivive quella che pare una condanna antica, si estrania da sé, rimette al sanitario il controllo del corpo, rinuncia a capire quanto in esso si debba compiere come ha rinunciato a padroneggiare i contenuti emotivi di un'esistenza che le ha inflitto tanto dolore. Da quella rinuncia può derivare il consolidarsi di rapporti di coppia, sentimentali e sessuali, vuoti e freddi, univocamente legati alla sofferenza: vuoti e freddi, quindi sterili.

«La tecnica stringe un'alleanza insana con la donna nella cui personalità sia presente una parte fortemente funzionale o robotica - scrive Ute Auhagen Stephanos (1993) -, intendendo quel settore della persona in cui gli impulsi si trasformano in funzioni e si separano dai sentimenti».

Qualora il medico accetti la richiesta della delega si configura quella che si potrebbe definire un'alleanza sulla patologia tra il medico e la paziente, un'alleanza fondata sulla rimozione o sull'annullamento delle emozioni, dei conflitti e delle paure, sulla sottrazione di ogni rilievo alle relazioni di coppia, a quelle familiari e sociali, sul rigetto del mondo interno e del suo contenuto simbolico, esorcizzato come estraneo al risultato che si vuole ottenere con lo strumentario della medicina. Ma siccome psiche e soma non sono entità indipendenti ed il soma è particolarmente dipendente dalla psiche nella sfera sessuale, l'accettazione della delega da parte del medico è la premessa di disturbi ulteriori e di ostacoli che lo specialista incontrerà nel realizzare l'obiettivo che gli è richiesto.

I partner sterili attendono dal medico quello che non si sentono capaci di ottenere con le proprie risorse naturali, si rimettono alla scienza convincendosi di non avere altro compito che quello di assistere al verificarsi, nell'alambicco del mago cui si sono affidati, della reazione che i poteri alchemici produrranno. Possono convertirsi, così, nei dilettranti stregoni che osservano l'operare del maestro, depositario di conoscenze arcane, semplici comparse sulla scena in cui domina colui da cui attendono il prodigio.

Ma quest'ultimo può non compiersi, l'alchimista può giustificare lo scacco e proporre il ricorso a magie nuove, che impongono di aspettare ancora. Nell'attesa dell'evento il tempo si arresta in anni privi di orizzonte, come se l'orologio dell'esistenza si fosse fermato, in un'altalena di illusorie speranze e di crudeli delusioni, che vengono accettate come prezzo inevitabile, siccome è al depositario delle conoscenze superiori che si è rimesso di fare scoccare l'ora del prodigio. La passività nei confronti del medico e delle strutture che accolgono la coppia, un mondo le cui regole rispondono a rigidi modelli organizzativi, trova una corrispondenza paradossale nel silenzio del bambino che non vuole nascere, verso il quale può insorgere un'ostilità che altro non è se non il frutto velenoso delle frustrazioni accettate passivamente.

Una remissiva passività della coppia e una certa connivenza del medico costituiscono il grande pericolo della comunicazione tra le parti, nel difficile iter della procreazione assistita. I medici debbono essere consapevoli del rischio e debbono capire e prevenire la richiesta cifrata della delega totale, sapendo che essa potrebbe stabilirsi solo sulla base dell'assunzione, da parte della donna, del ruolo di contraente di rango inferiore, di profana e di dilettante della procreazione.

Lo stabilirsi della delega consolida la sua posizione di essere sofferente, abulico, infantile, con l'inevitabile infrangersi delle alleanze che, per l'esito positivo della terapia, debbono sussistere all'interno della coppia e nella relazione con il medico. È compito dello specialista, quindi, attivare consapevolezze, risorse ed energie, suscitando quello che si potrebbe definire un "gioco di squadra" in cui diagnosi e strategie terapeutiche siano il risultato della competenza del medico e della sua équipe, cui si saldi l'assenso consapevole della coppia, fondato soprattutto sulla valorizzazione dell'esperienza soggettiva, delle opzioni e dei progetti di cui essa è portatrice.

Indagini specifiche hanno confermato l'importanza, per il successo della terapia, di questa alleanza tra il medico e i pazienti. Non può esservi terapia fruttuosa senza quella che è stata definita "medical compliance", che può avere traduzione nel rilievo che la cura è efficace se il paziente aderisce con fiducia alle prescrizioni che gli sono impartite, non le altera arbitrariamente, ne riferisce con fedeltà tutti gli esiti.

La situazione determinata dai messaggi reciproci al procedere della terapia è stata proficuamente analizzata secondo i concetti della dinamica dei sistemi, la teoria che considera gli effetti plurimi in un novero di fenomeni che interagiscono condizionandosi reciprocamente secondo "circuiti di retroazione".

Nella sfera della relazione tra il medico e il paziente è possibile verificare il manifestarsi di circuiti di retroazione negli "effetti di ritorno", sul vissuto e sul comportamento di ciascuna parte, delle parole, dei gesti e dei silenzi dell'altra, messaggi rinviati, attraverso gli stessi canali, secondo un processo circolare che influenza il comportamento di entrambe le parti.

■ Il corpo e la mente

Il medico non deve prestarsi, quindi, a dividere soma e psiche, come sembrano richiedere le donne sterili, con l'inconsapevole assenso dei loro compagni, perseguitate dai fantasmi di un mondo interiore in cui la sterilità ha infranto i supporti dell'ordine e della consapevolezza. Anche sullo specifico terreno clinico una resa alla scienza dettata da sentimenti di sconfitta non costituisce una condizione favorevole. Nella maggior parte dei casi di sterilità di incerta matrice è difficile che l'intervento medico possa produrre esiti felici su pazienti che provano sentimenti come quelli espressi da una donna che ha dichiarato di sentirsi «negata, ripudiata, smentita», o che veda la propria esistenza confinata «su un fondale sempre oscuro» tale da «zittire e inchiodare la vita».

Sempre utilizzando metafore teatrali si può ribadire che l'instaurarsi di un rapporto proficuo tra medico e paziente presuppone la corrispondenza tra scena manifesta (quella che le donne offrono al medico, al loro compagno ed a sé medesime) e scena nascosta (quella sulla quale si esprimono le paure, la rabbia, l'impotenza, l'ostilità verso il partner) e richiede la sintonia dei rapporti tra il mondo esterno e quello interno, una sintonia che può costituire traguardo faticoso, persino doloroso, condizione necessaria di un processo terapeutico che abbia sbocchi positivi.

«[...] la disperazione, il dolore non consolabile di molte di queste coppie - ha scritto uno di noi -, la sensazione che per alcune di loro scompaia il sole dal cielo... tutto questo l'ho avvertito e l'avverto... dobbiamo essere molto cauti e rispettosi, attenti nei confronti della sofferenza... Il malessere che trattiamo, malattia o disagio psichico e sociale, è così profondo da togliere ogni qualità alla vita...».

La comunicazione con la coppia sterile non è, quindi, facile: l'esperienza della sterilità ha assuefatto i coniugi a ragionare in termini di sintomi, di curve della temperatura: dopo il rapporto con il primo medico consultato molti pazienti si adeguano a schemi che li hanno trasformati in persone ammalate, costrette a cure gravose, indotte, ad ogni nuova richiesta della tecnica, a rispondere meccanicamente, secondo stereotipi che impongono il rigetto di ogni pulsione interiore, secondo il copione del "paziente modello". Comunicare con chi si è chiuso nell'insicura fortezza della pseudo-obiettività clinica impone di invitare, sostenere, quasi costringere a parlare di quel mondo interiore che per i coniugi costituisce ormai una sfera estranea alla meccanica clinica secondo la quale debbono riferire al medico, senza evasioni, della conduzione delle prove e dei tentativi. Costringere alla comunicazione è impegno oneroso, anche perché i coniugi sterili possono avere espulso percezioni, angosce e conflitti dal mondo del pensiero e dalla sfera della riflessione e della propria coscienza e le angosce scacciate dalla sfera della consapevolezza possono manifestarsi in sfere diverse, dove la loro espressione diventa quella corporea. La sofferenza che non trova traduzione nel linguaggio verbale è costretta a manifestarsi attraverso il linguaggio organico, quello della regressione a stadi infantili e dei sintomi, un linguaggio difficile da interpretare, che il medico deve decifrare come condizione di successo dell'intervento terapeutico.

Il disordine psicosomatico che accompagna la condizione di sterilità può esprimersi, innanzitutto, in disagi sessuali, può manifestarsi, con meccanismi di "spostamento verso l'alto", in disturbi dell'alimentazione, in gastriti, persino difficoltà a deglutire.

Spesso le pazienti riferiscono di sentirsi tese, contratte anche durante il riposo, accusano tachicardie, disturbi del sonno e crisi di panico, più raramente depressione e spunti ossessivi. Ma il ginecologo che si avvedesse della dissociazione tra mondo interno e mondo esterno quando essa si manifestasse con il sintomo psicosomatico sarebbe costretto ad interrogarsi sul fatto di avere trascurato elementi essenziali del contesto sul quale gli è stato chiesto di intervenire e dovrebbe riconoscere l'inevitabilità dell'intervento dello psicologo che non sarebbe stato necessario all'inizio della terapia.

■ Saper ascoltare, saper capire

Fare un bambino è prerogativa e conferma dell'identità e dello status di adulto. Abbiamo visto che la condizione di sterilità può fare riemergere, in chi la vive, vissuti infantili di frustrazione e di incapacità a esprimersi positivamente. Se il rapporto terapeutico non accompagna allo specifico professionale l'ascolto, non riesce a leggere al di là dei sintomi, si esaspera l'asimmetria e ne può derivare la conferma dei vissuti negativi riemersi come per un'autentica regressione, con lo stabilizzarsi di sensazioni di impotenza, di insicurezza e di perdita dei propri diritti. Per infrangere i meccanismi della regressione bisogna che la coppia assuma, con l'aiuto del medico, la responsabilità del proprio destino e sia protagonista, nelle tappe successive di un difficile cammino terapeutico, del proprio progetto procreativo. Occorre, quindi, ricondurre la dimensione tecnica nella cornice umana e relazionale.

Di fronte al racconto di esperienze terapeutiche dagli esiti problematici si è costretti a chiedersi se il medico abbia mai ascoltato, con empatia, le donne ed i loro compagni nei lunghi anni dei trattamenti ginecologici, ne abbia colto la solitudine, ne abbia valutato l'incapacità di strutturare una relazione costruttiva.

«Ho tante immagini fotografiche, medico per medico, parola per parola – confida una paziente cui è stata prescritta l'ennesima ecografia, confermando la crudeltà dell'esperienza vissuta tra un ambulatorio e l'altro –... uno mi ha un po' scioccato... La prossima volta mi porto la cuffia con la musica classica e la mascherina per non vedere... Poi mi faccio dire da mio marito... non voglio vedere la sua faccia... I medici debbono dire le cose come stanno, ma dare fiducia, speranza, oppure dire: signora lei non può avere il bambino... allora uno si regola perché il bambino è di chi lo cresce, non di chi lo fa».

Quanto tempo, quanto spazio, il medico ha dedicato alla donna? E quanto tempo e quanto spazio ha dedicato all'uomo, che nell'iter della procreazione assistita rischia di divenire il terzo incognito, o incomodo, in un rapporto terapeutico in cui si impongono come protagonisti la compagna ed il medico?

Abbiamo sottolineato la gravità della sofferenza della donna sterile: sarebbe ingiusto ignorare la profondità di quella dell'uomo, tante volte inespressa per la maggiore capacità di interiorizzare che si riconosce generalmente agli uomini. Seppure non espressa, quella sofferenza non è meno acuta. Al partner maschile si chiede, frequentemente, di soggiacere a tensioni sotterranee di coppia, di accettare una sessualità impoverita ed umiliata, di condividere l'accanimento terapeutico con cui la moglie pretende di dare risposta al proprio desiderio di maternità e a quello che ritiene, senza chiederne conferma, costituire il desiderio di paternità del compagno. Ne deriva un gioco di proiezioni in cui non è agevole distinguere chi sia il principale responsabile della richiesta di nuovi interventi terapeutici.

Dal punto di vista del medico, capacità di comunicazione significa disponibilità ad ascoltare e a decifrare messaggi impliciti secondo le coordinate di un'abilità professionale che sappia affrontare il "caso" nella sua interezza, che sappia capire i problemi emotivi della coppia, percepirne la solitudine e la difficoltà a rapporti sociali positivi. Comprendere la condizione della coppia sterile significa, quindi, comprendere un dolore profondo anche quando donne e uomini sterili non abbiano veduto dissolversi, sul piano dell'esteriorità, le relazioni con familiari ed amici e non abbiano perduto capacità ed efficienza sul terreno professionale. Della coppia sterile si debbono accettare infelicità e sofferenza come autentiche anche se si realizzano in un contesto di benessere; le coppie sterili possono provare sensazioni di sofferenza acuta, certamente diverse da quelle di chi è colpito da malattie più gravi ed invalidanti, ma non meno dolorose. Il riconoscimento è condizione essenziale per stabilire una relazione terapeutica positiva e un'alleanza clinica fruttuosa, tali da garantire le premesse psicologiche necessarie all'esito positivo dell'intervento clinico.

Ma il medico deve saper ascoltare il dolore senza soggiacervi, deve proteggersi da un'eccessiva esposizione alla sofferenza, non lasciarsi sommergere dalle angosce dei pazienti. Ne risulterebbero danneggiate professionalità, sicurezza e capacità decisionale: entrare nel dolore senza esserne coinvolto è impegno oltremodo arduo, proposito di elevato rilievo professionale. Senza questa capacità di partecipazione-distacco il miglior esperto di procreazione può essere cattivo conduttore della terapia cui si sottopone una coppia sterile.

Il medico non deve svestire il camice per la toga del giudice o per l'abito del moralista, né deve offrire ai pazienti il divano dello psicoanalista, ma assumere il ruolo consapevole e professionalmente corretto di regista del rapporto di comunicazione. Le coppie potranno così affrontare e manifestare sul terreno della consapevolezza resistenze e paure, saranno guidate a unire psiche e soma, passato e presente, a leggere il significato emotivo e simbolico dei sintomi, a conservare la capacità, anche di fronte agli eventuali insuccessi, di sviluppare progetti. Potranno riscrivere la propria contrattualità di coppia, operando un confronto razionale tra la realtà delle procedure e le fantasie e gli impulsi interiori, tra i pericoli immaginari e quelli reali, veduti e analizzati serenamente, in relazione a sé ed agli altri, nonostante la sofferenza della condizione di sterilità.

La sterilità, dunque, come fenomeno complesso, in cui cause organiche vengono mantenute e sono aggravate da problemi psichici, richiede interventi altrettanto complessi.

È necessario che il medico sappia respingere tanto i modelli di intervento psicologistici fondati sull'istinto e sulle pulsioni quanto quelli ispirati al riduttivismo fisiologico e che sappia avvalersi, invece, di quelli della lettura psicosomatica, che considerano, anziché esorcizzarle, le componenti affettive e simboliche, consce e inconscie. Ci si è chiesti a lungo se le forme di sterilità a forte componente psicogena possano trovare rimedio con interventi psicologici di consulenza e di sostegno, se non addirittura con una più impegnativa psicoterapia. Abbiamo rilevato la difficoltà di identificare sterilità di preta natura psicogena: sul piano terapeutico si deve rilevare che un approccio che muovesse con rigidità da questo presupposto rischierebbe di sostenere nella coppia sterile sensi di colpa, di responsabilità e di malattia, prolungati nel tempo, come lo sono i tempi della terapia psicoanalitica, che potrebbero aggravare, anziché rimuovere, le difficoltà di concepimento.

■ Medicina e informazione

È stato giustamente sottolineato dalla letteratura che il paziente non giunge allo specialista per una scelta univoca, priva di riserve, ma con un complesso bagaglio di precedenti e di attese, con i convincimenti generali sull'esercizio della professione medica, con le proprie idee su quanto al medico si debba chiedere e dal medico si possa attendere, oltre che con aspettative specifiche sul professionista sul quale ha fatto cadere la scelta.

Quest'ultima è quasi sempre influenzata da una lunga ricerca di informazioni, dal confronto tra possibilità diverse, quelle suggerite da fonti molteplici, amici e parenti le cui proposte possono essere state avanzate con un grado diverso di calore, con la menzione di una serie più o meno ampia di referenze positive, magari contraddette da referenze di segno opposto.

Oltre alle attese sulla competenza dello specialista prescelto, i pazienti portano al primo incontro un bagaglio, che può essere consistente, di convincimenti sulla terapia o sulle terapie che ritengono saranno loro proposte.

È oggetto di percezione comune, tra gli operatori sanitari, l'ampiezza sempre maggiore dell'informazione dei pazienti, un'informazione originata dalla vasta pubblicistica divulgativa, dagli articoli sui temi sanitari di settimanali e mensili a grande diffusione, o, ancor più, dalle riviste a specifico contenuto medico-igienistico-salutistico. Questa pubblicistica ha diffuso tra tutti gli strati della popolazione una maggiore consapevolezza sui problemi della salute, ma la sua lettura può creare idee imprecise, o autentici preconcetti, su problemi la cui comprensione non è possibile senza il possesso delle necessarie cognizioni preliminari, biologiche, cliniche, farmacologiche ed epidemiologiche.

Il medico deve essere consapevole, quindi, di avere di fronte un interlocutore che esprime precise attese anche sulle procedure terapeutiche che sarà suo compito proporre e non può ignorare che, invece di attese fondate, o commiste ad attese fondate, può trovarsi di fronte al frutto di travisazioni, a illusioni, a pretese prive di fondamento, con le quali dovrà misurarsi assolvendo al compito di correggere il frutto di un'informazione sanitaria impropria, posticcia quando non presuntuosa.

■ La scienza, le aspettative

Se i partner sterili hanno convenuto, con un accordo generalmente inespresso e fondato spesso su una concordanza solo apparente, di delegare alla medicina la soluzione della propria incapacità di generare, quell'accordo non tarderà a rivelare la propria precarietà. Il depositario della scienza, il medico cui si sono rivolti, dovrà, infatti, per risolvere il loro problema, non solo ricorrere a complesse indagini diagnostiche e alla prescrizione di farmaci, ma dovrà impiegare procedure terapeutiche dolorose e prolungate nel tempo, visite e controlli che investiranno profondamente la vita sessuale, entrando con prepotenza nella sfera più intima della loro relazione e alterando le costanti della vita familiare e sociale.

■ Rapporto sessuale e fecondazione assistita: la dissacrazione del rito

È grande lo spazio che separa l'unione sessuale dalla quale i coniugi attendono l'inizio della gravidanza spontanea da quella che essi realizzano sotto il controllo del ginecologo, remoto eppure protagonista, nel reale e nel simbolico, di una presenza che può facilmente divenire ossessiva. Alla libera scelta della procreazione, che spesso comporta l'interruzione di pratiche contraccettive, è intrinsecamente connessa l'esaltazione di tutte le percezioni e dei sentimenti legati alla generazione: la dilatazione del senso di potenza virile, chiamata a esprimere il proprio potere fecondante, quello della passività femminile, che si appresta a raccogliere la forza creatrice dell'uomo per ricolmare il grande vuoto che la donna percepisce aprirsi nel proprio corpo, pronto ad accogliere e a sviluppare la vita.

La predisposizione delle condizioni più favorevoli ad un'unione fecondatrice rende più seducenti i rituali di preparazione: la cena al lume di candela, la musica e i cibi, lo scambio dei gesti di reciproca seduzione che precedono l'amplesso.

È comune la percezione, da parte della coppia, della circostanza come eccezionale esperienza erotica, come costituiscono esperienza coniugale di speciale intensità le ore ed i giorni che seguono l'unione, vivendo l'uomo l'attesa di verificare l'esito della propria potenza, la donna quella di dimostrarsi ricettrice attiva dell'impulso virile e feconda matrice di vita. Anche in assenza della fecondazione alla prima prova, poiché il primo insuccesso rappresenta una circostanza normale, la sua ripetizione esalta i valori erotici, introduce la coppia alla più intensa espressione della propria intimità, nel gioco col tempo e con le misteriose facoltà riproduttive dei due corpi che si uniscono per produrre l'evento prodigioso dell'inizio di una nuova vita.

Non è, invece, gioco seducente, ma difficile esercizio terapeutico il rapporto sessuale che viene richiesto dal medico alla coppia sterile, che può ricercare la soddisfazione erotica solo in subordine alla realizzazione di un complicato novero di condizioni fisiologiche sempre artificiali: il sex for doctors. Non di rado entrambi i coniugi sono costretti alla pratica di un esercizio che non è rivolto al proprio appagamento, ma è subordinato alle necessità terapeutiche, sebbene sia noto da tempo come la qualità del rapporto sessuale possa incidere sulla probabilità di concepire.

Costituisce elemento comune di molte tecniche di procreazione assistita la realizzazione di un programma di unioni sessuali sottoposte al rigido controllo delle condizioni di ovulazione della donna e della maturità dello sperma dell'uomo. L'amplesso che ai coniugi sterili è prescritto per superare l'infertilità, paradossalmente l'amplesso dal quale dovrebbe derivare la nascita del bambino e cioè la gratificazione suprema è, per definizione, un amplesso non gratificante. È un atto obbligato allo scadere di condizioni biologiche, che deve realizzarsi indipendentemente da ogni presupposto psicologico, sussista o non sussista il desiderio, indipendentemente dai sentimenti e dalla capacità di seduzione reciproca. È un rapporto dovuto, dipendente, anziché dal desiderio, dal responso del termometro, un rapporto "coatto" che, se il ciclo dei "lavori forzati" si risolverà rapidamente e felicemente, potrà essere altrettanto felicemente dimenticato, ma, se non porterà a risultati positivi, potrà costituire il fattore di una serie che aggraverà il senso di frustrazione e di impotenza della coppia che vi si è assoggettata.

«Dopo otto-nove mesi di stasi per mio marito è stato molto molto difficile – confida una paziente alla quale per otto mesi sono stati proibiti, a scopo terapeutico, i rapporti sessuali, con la conseguenza dell'incapacità del marito, al termine della proibizione, di riprendere l'attività sessuale – ...io avevo una grande rabbia dentro». E alla richiesta, da parte della psicologa, della natura delle difficoltà, la donna spiegava che «non aveva più erezione, una cosa che non aveva mai avuto prima!»

Consapevoli che le procedure che impiegano possono ostacolare gravemente la vita sessuale dei pazienti, i medici debbono incoraggiare e sostenere le valenze erotiche e comunicative delle relazioni di coppia.

Così come possono alterare gravemente le valenze sessuali, i procedimenti di attivazione della procreazione possono compromettere quelle psicologiche della gestazione, quell'attesa che riveste un rilievo fondamentale per i rapporti futuri tra la madre e il bambino. Diventare madre significa sentire il bambino svilupparsi e agitarsi nella pancia, significa confrontarsi e risolvere le paure che suscita il bambino che vuole nascere e preme nella fantasia in cui ha stabilito la propria signoria. Il processo con cui il sogno ed il desiderio si scontrano e contrastano la paura del parto prepara la mente della madre ad accogliere la creatura che sta prendendo forma nel suo corpo, compone il conflitto generato dalla conversione del fenomeno biologico in progetto relazionale e sociale.

■ Sterilità: chi è il responsabile?

Abbiamo già sottolineato l'elevato numero di casi in cui, di fronte all'incapacità a procreare, la scienza è incapace di identificare una causa sicura e quanto siano numerosi quelli di ipofertilità, in cui la donna ovula solo raramente o soffre di una pervietà parziale delle tube, o l'uomo ha una produzione di seme appena sufficiente, condizioni che non escludono la possibilità di concepimento, che inducono, anzi, astrattamente, a ritenere che al ripetersi delle unioni l'evento non dovrebbe mancare di realizzarsi. Non è infrequente che, di fronte a quell'incapacità diagnostica che persiste al ripetersi degli esami, insorga nella coppia il bisogno di sospendere le indagini, di lasciare irrisolto il problema di quale dei due partner sia responsabile dell'infertilità della coppia. Carmine Ventimiglia ha sostenuto che il rifiuto è facilmente accompagnato dalla scelta della donna di accollarsi la responsabilità che il ginecologo non ha definito, operando una scelta di moglie-madre che si sacrifica per evitare l'umiliazione del compagno, al fine di ristabilire la serenità incrinata della coppia.

La donna, ritenendo che la sofferenza derivante al compagno dalla consapevolezza di essere causa della sterilità comune sarebbe gravemente lesiva del suo equilibrio e comprometterebbe il suo ruolo nelle relazioni familiari e sociali, potrebbe decidere di addossarsene il peso. La scelta potrebbe essere causa di un prepotente desiderio di rivalsa: non di rado la sposa oblativa si riserva di pretendere un risarcimento. All'accollarsi il peso della sterilità non ha corrisposto, infatti, la rinuncia ai propri diritti, autentici o pretesi, che la donna si riserverebbe di esercitare nella revisione futura della contrattualità di coppia. E se rivalsa vi sarà non sarà improbabile che la moglie scelga, inconsciamente, per operarla, proprio la sfera dei rapporti sessuali, quell'area segreta a predominanza non verbale che permette alla donna, avviate le procedure di procreazione assistita, di giustificare autentiche forme di abuso sessuale del coniuge.

■ La donazione di gameti

Le difficoltà intrinseche del confronto tra le possibilità della scienza e le attese dei coniugi si moltiplicano e si acutizzano quando, giunti alla certezza che l'impossibilità a procreare sia dovuta all'incapacità di uno dei coniugi di produrre gameti fertili, il ginecologo debba proporre le ultime risorse della propria disciplina, che si riassumono nell'eventualità del ricorso a gameti, maschili o femminili, di donatori. È la soluzione estrema cui possono ricorrere coppie il cui bisogno di un figlio sia tanto prepotente da soverchiare quello che il bambino nasca dalla riproduzione del proprio codice ereditario, coppie che vogliono un figlio che sia, se non interamente proprio, "il più vero possibile".

La circostanza corrisponde ad una delle tappe più complesse del processo con cui giungere ad un figlio, una tappa il cui superamento suscita emozioni profonde ed arcaiche in entrambi i coniugi, di cui il medico può essere testimone attivo, di cui può recepire solo gli echi superficiali, limitandosi, agnosticamente, a ricavare da esse la commissione a procedere. Di fronte alla proposta è facile che l'unità della coppia, già faticosa durante l'iter clinico percorso, si incrina ulteriormente, quando non insorga un autentico conflitto, generalmente sotterraneo e per questo più insidioso, gravido di conseguenze sugli equilibri futuri tra i membri della coppia, e tra loro e il bambino che nascerà.

Malgrado abbiamo alle spalle moltissimi anni di comunione di lavoro, non siamo riusciti ad elaborare un'ipotesi unica sul problema della donazione dei gameti. Ciò dipende evidentemente dalla specificità delle nostre vite professionali, chiamate spesso a occuparsi di questi temi da posizioni psicologiche, culturali e tecniche molto diverse. Ciò non dovrebbe stupire, visto che l'immensa letteratura esistente su questo argomento riflette in modo speculare la divisione che esiste anche tra noi. Siamo del resto entrambi consapevoli del fatto che esiste, con ogni probabilità, una terza verità, diversa dalle nostre (e non necessariamente intermedia) e siamo giunti alla conclusione che ogni coppia che sia sul punto di decidere di ottenere una donazione di gameti dovrebbe cercare questa verità dentro di sé. Per questo, invece di ricorrere a tentativi di mediazione - che sarebbero certamente risultati confusi e poco credibili - abbiamo scelto di riportare le diverse posizioni sostenute da ricercatori e clinici, da medici, psicologi e sociologi, valutandone con attenzione le somiglianze e le possibilità di integrazione, in particolare tra i codici di lettura biologici e quelli simbolici, anziché esasperarne le differenze. Siamo convinti che l'aggregazione dialettica delle conoscenze e l'intervento multidisciplinare possono garantire ad ogni coppia una più accurata elaborazione diagnostica ed aumentare il potenziale terapeutico di ogni intervento.

La fecondazione con gameti donati propone sia il ricorso ad un gamete femminile che l'impiego di un gamete maschile. Le due ipotesi aprono l'adito a conseguenze diverse nella coppia, siccome è la donna, nel primo caso, l'uomo nel secondo a non partecipare, geneticamente, con l'apporto del proprio patrimonio cromosomico, alla creazione della futura creatura. Le due fattispecie sono separate da conseguenze significative: nel primo caso la donna riceve un ovocita estraneo che, fecondato dallo sperma del marito, viene accolto e plasmato nel proprio grembo. Seppure non costituisca espressione del suo corredo genetico, il figlio sarà a pieno titolo figlio del suo ventre così come è, geneticamente, figlio del marito. Nel caso di ricorso a seme estraneo l'uomo è del tutto escluso, geneticamente e sessualmente, dal processo procreativo.

Dopo l'intervento di ovodonazione la donna plasma il bambino nel proprio corpo: il ventre che si gonfia ricolmandosi sembra dissolvere le angosce di sterilità e di inadeguatezza e il corpo deformato conferma l'immagine e l'identità femminile nella continuità dello sviluppo del Sé che la condizione di sterilità aveva infranto. La donna si sente guarita della sua sterilità grazie al dono di un'altra donna, un dono che molte pazienti equiparano alla donazione di sangue.

Nel caso che il ginecologo prospetti la donazione di seme maschile, la donna intravede la possibilità di divenire madre con pienezza di titolo, di vivere l'intera esperienza biologica e psicologica del concepimento, della gravidanza, del parto e dell'allattamento, con il contesto di modificazioni fisiche, di percezioni emotive e di fantasie che le sono connesse. La donna che ha accettato la fecondazione da spermatozoi estranei può sentire di avere fatto lei il bambino che desidera e potrà considerare quel bambino, al di là di ogni processo difensivo di accettazione, come il suo bambino. Esso non sarà mai, però, il figlio dell'uomo che ha scelto, del compagno della sua vita sessuale, un'ipoteca che potrebbe avere conseguenze future.

■ Il genitore “estraneo”

Se il ricorso a gameti estranei consente alla donna la piena assunzione del ruolo materno e l'identificazione nel bambino che sta per nascere del bambino che ha generato e accudito nelle fantasie infantili, il compimento di un processo analogo è oltremodo arduo per il partner maschile. Incapace di innescare la successione biologica che avrebbe dovuto essere attivata dalla sua potenza, sostituita dall'intervento di una forza estranea, questi risulta irrimediabilmente escluso. Consapevole della propria incapacità, l'uomo sterile può accettare la donazione di gameti costretto dal peso della propria inadeguatezza, dall'amore o dal senso di colpa verso la moglie, che non vuole privare del piacere della maternità soffocando così un diniego che può riemergere successivamente. La donazione di sperma crea una situazione di squilibrio in cui uno dei genitori sarà tale a tutti gli effetti biologici, mentre l'altro potrà esserlo soltanto in termini sociali e affettivi e solo se avrà accettato, dopo averla elaborata, la propria esclusione.

La sofferenza legata alla difficoltà di elaborare l'esclusione biologica dalla genitorialità non rappresenta però la regola. Esistono esempi concreti e numerosi di uomini sterili che hanno preso per primi l'iniziativa e hanno strenuamente combattuto per giungere a una conclusione positiva, spesso dovendo superare forti perplessità e contrarietà della compagna. Molti di questi uomini dimostrano di credere in un concetto di genitorialità non fondato sulla trasmissione del patrimonio genetico, ma piuttosto sul principio di responsabilità.

È vero però che in molti casi l'elaborazione di questo principio di genitorialità sociale non è agevole: fa parte del retaggio più profondo dell'infanzia la percezione che i bambini nascono "dal seme di papà nella pancia della mamma". Così, molti uomini hanno fissato la prerogativa essenziale della virilità e della paternità nella capacità di emettere quel seme, nel possesso di un pene in grado di assolvere a quel compito e nella consapevolezza di possedere quell'organo hanno realizzato, adolescenti, la loro identificazione maschile. Quando il ventre della moglie diviene fecondo per l'intervento del seme di un altro uomo le certezze iscritte sulla scena primaria, prima tra tutte il poterdovere maschile di fornire seme fecondo, si offuscano, la continuità dell'evoluzione psicoaffettiva si incrina: nel feto che si sviluppa nel ventre della moglie non è possibile sentire il figlio immaginato nelle fantasie procreative dell'infanzia. Così l'uomo assiste al divenire madre della moglie senza sentirsi divenire padre: il bambino che nasce a seguito di un intervento di donazione di seme non cura la sterilità dell'uomo.

Il figlio nato dalla donazione di seme corre il rischio, quindi, di essere soltanto il figlio della donna: l'eventualità accentua e aggrava il pericolo, incombente sull'intero processo della fecondazione assistita, di un rapporto esclusivo tra la donna ed il medico, nel quale la prima si abbandona alle illusioni della propria potenza generativa, di cui ricerca l'espressione indipendentemente dal contributo del coniuge, mentre il secondo diviene titolare di un potere che non riconosce un limite nell'incapacità di uno dei coniugi a procreare, tanto che il coniuge sterile può sentirsi sostituito da lui nel compito di fecondare la moglie. «Cosa stai sempre attaccata ai calzoni del dottor B!...quando vai su con lui ...» esclama un marito esasperato, tra i tanti di cui fornisce esempio l'esperienza clinica.

Una volta appagato il bisogno di avere un figlio, è difficile che, nel rapporto che stabilirà con il bambino, la madre non si chieda quale possa essere il volto del padre, una curiosità che può convertirsi in autentica ossessione. L'anonima figura del donatore può divenire, così, fantasma invadente, impadronirsi di sogni e fantasie, fino a convertirsi nel partner di un rapporto sessuale che, pur essendo immaginario, non graverà meno pesantemente sulle relazioni intime della coppia.

Nella sfera delle pulsioni profonde tra i coniugi e il bambino nato dalla donazione di sperma può permanere una barriera: la sua accettazione non deriva, infatti, da una maturata elaborazione, cui dovrebbe corrispondere il sereno riconoscimento della procedura impiegata per il concepimento, ma è costretta a convivere con un molteplice rifiuto: i coniugi si preoccupano di nascondere agli altri (se potessero la nasconderebbero a sé medesimi) la sterilità del "padre" e le modalità del concepimento e cercano di rigettare gli interrogativi spontanei sull'identità del donatore. Nel confronto con l'incombente presenza del donatore essi provano a dissolverne i connotati di figura umana considerandone il seme come il polline che, portato dal vento, feconda i fiori, o che, raggiunto il cuore del cavolo delle favole, vi fa nascere un bambino.

Ma se pure riusciranno ad accettare pienamente il bambino, sapranno dirgli, un giorno, la verità sulla sua origine genetica? O dovranno conservare per sempre il segreto, condannandolo, quindi, ad una permanente illusione sulle proprie origini? Il quesito è certamente difficile, ed entrambe le risposte possibili possono risultare equivalenti.

Una ricerca condotta nel 1990 da Amuzu per l'Università del Wisconsin, intesa a verificare la generale determinazione a conservare il segreto, dimostra che su 427 donne intervistate più della metà non aveva informato dell'intervento di donazione di sperma né i parenti né gli amici né il bambino, e dichiarava di non avere l'intenzione di farlo nemmeno in futuro. Soltanto il 30 per cento delle intervistate aveva informato il proprio ginecologo.

Persino nel caso di donazione di ovociti il riconoscimento del bambino da parte della madre è solo apparentemente scontato: anche se la donna ha portato in grembo il bambino per nove mesi e lo può dunque considerare sangue del proprio sangue, può emergere nella donna il dubbio del legame con la creatura che ha generato. Nonostante si debba riconoscere la possibilità che persone adulte amino come genitori figli di altri, come i nipoti orfani o i figli di matrimoni precedenti del coniuge, si deve constatare che meccanismi psicologici ancestrali, bisogni profondi e incompressibili, inducono a ricercare, attraverso la procreazione, la continuità dei figli con le generazioni che ci hanno preceduto. Basti pensare all'interminabile gioco dei genitori e degli amici che cercano le somiglianze del bambino con l'uno piuttosto che con l'altro genitore, un gioco che conosce un inizio precocissimo quando la lettura, nei caratteri somatici del neonato, della fisionomia del futuro adolescente, dell'uomo o della donna, è praticamente impossibile, un gioco che è espressione di un bisogno di continuità che non può essere sradicato dal novero dei sentimenti in cui si sostanzia la vita familiare.

Ed è peculiare, a questo proposito, come si creino particolari e incredibili somiglianze tra i bambini e i genitori non genetici, testimonianza di sereni rapporti educativi ed affettivi capaci di consentire, nel figlio, forme armoniose di imitazione.

Affrontare il problema della donazione di gameti rappresenta un momento molto impegnativo per il medico, soprattutto sul piano dell'etica professionale. In termini di asettica lettura delle richieste della coppia è persino possibile che il marito, oppresso dal senso della propria colpa, consenta ad un intervento che nel profondo dell'anima non accetta, e che non accetterà mai, così come può accadere che la donna non percepisca che la creatura generata dal suo grembo potrà risaltarle ugualmente estranea. Ed il ginecologo che si reputi mero esecutore di richieste di cui ritenga di non dover indagare precedenti e conseguenze può reputare di poter procedere all'intervento indipendentemente da ogni risvolto psicologico, senza offrire tempo al dialogo e alla riflessione e spazio all'elaborazione, favorendo la ricomposizione della scena manifesta e di quella nascosta.

La scelta costituisce uno degli elementi di più ardua soluzione di tutta la sfera della procreazione assistita. È stato rilevato che, al di là della condanna da parte delle autorità religiose e del divieto legislativo, l'operazione stenta a trovare una legittimazione nella coscienza collettiva e nell'etica comune. Hanno cercato di attribuirle un'acritica legittimazione numerose indagini condotte negli Stati Uniti, dove la pratica è stata introdotta in anni già lontani e dove la maggior parte delle coppie intervistate si è dichiarata perfettamente concorde e felice di fronte al bambino frutto di fecondazione eterologa, un risultato sul quale proprio l'irrilevanza delle voci negative suggerisce qualche dubbio di coerenza metodologica.

Dalle prime esperienze quelle indagini si sono moltiplicate: alla prima ricerca di Cary nel 1948 sono seguite quelle di Harman nel 1959, di Guttamcher nel 1960, di Raboch nel 1971, fino a quella più recente di Silber nel 1991. I risultati: sistematicamente un plebiscito di consensi.

Nonostante il numero delle indagini e l'omogeneità dei risultati, è stato rilevato, da parte di alcuni, che ad un'intervista eseguita mediante un questionario, molte coppie che vivono conflitti latenti e angosce sopite per le modalità con le quali hanno ottenuto il bambino potrebbero rispondere nascondendole. Queste critiche sono state vivacemente contestate da numerose Società Mediche che hanno avuto occasione di raccogliere dati su questi temi.

Deve essere inoltre sottolineato il fatto che di fronte ad un elevatissimo numero di donazioni di seme, i ricorsi in tribunale per disconoscere il figlio sono pochissimi e si possono contare sulle dita di una mano.

È comunque vero che solo un dialogo sostenuto da reale capacità di ascolto, nell'assenza di tesi e obiettivi predeterminati, può fare emergere stati d'animo di ambivalenza, se non di rifiuto che possono non comparire dalla pratica della domanda-risposta. Una risposta senza riflessione può infatti celare dubbi, lacerazioni profonde, stati di angoscia latenti perché vissuti come minacce della coerenza del Sé. La risposta immediata di una coppia travagliata dal segreto dell'estraneità genetica del figlio potrebbe essere dunque identica a quella delle coppie che possono sinceramente dichiarare la propria felicità.

È corretto ricordare che questo giudizio è controverso: esiste in effetti un'ipotesi alternativa secondo la quale l'unico modo valido e consentito di valutare il successo di una donazione di gameti è quello di studiare nel tempo la coesione e l'armonia della famiglia, e che tutte le indagini eseguite seguendo questi criteri, pur nei limiti non eliminabili di un fondamentale empirismo, hanno portato a risultati positivi.

In entrambe le fattispecie la donazione di gameti può introdurre nella coppia, e tra la coppia e il bambino, l'ombra del genitore estraneo. L'uomo può sentirsi umiliato, cioè, dalla condizione di padre "putativo" del bambino che alla moglie è derivato dall'amplesso, quanto si voglia immaginario, con un altro uomo, quindi dalla potenza sessuale di chi ha indebitamente occupato il suo spazio intimo; la donna può sentirsi la mera "incubatrice" del figlio nato dall'unione del seme del marito con l'ovocita di un'altra donna.

In entrambi i casi sensibilità esasperate possono giungere a sentire il figlio come il frutto di una relazione adulterina del coniuge, una condizione di crudele conflitto e di radicale repulsa interiore, la premessa di un rapporto tra la coppia e il bambino essenzialmente pregiudicato. Al primo conflitto si aggiunge l'interrogativo se, come e quando comunicare al bambino il segreto della sua nascita.

Esiste un ampio dibattito – etico, legale, medico, psicologico – anche sul problema del “segreto” o della “rivelazione” dell’uso del seme donato e del connesso problema dell’opportunità o meno di far conoscere al nato la propria ascendenza biologica.

Gli aspetti psicologici di maggiore interesse su questo insieme di problemi riguardano:

- ◆ il contenuto del segreto;
- ◆ le persone nei confronti delle quali il segreto deve essere conservato;
- ◆ vantaggi e svantaggi del segreto;
- ◆ le eventuali circostanze nelle quali il segreto deve essere rivelato.

Secondo Didier David (1990) il bisogno di mantenere il segreto è legato alla necessità di mascherare la sterilità dell’uomo. In alcuni casi il segreto è necessario, perché la rivelazione della sterilità potrebbe rimettere in causa l’integrità maschile e la paternità, considerate indivisibili. Per altri, è possibile una dissociazione e il segreto non è obbligatorio: la coppia può valutare vantaggi e svantaggi delle due soluzioni.

Il segreto riguarda da un lato l’entourage, dall’altro il figlio.

Nei confronti degli amici e dei familiari, molte coppie mantengono un silenzio assoluto: sono le stesse che si accertano che non esistano cartelle cliniche o registrazioni dell’intervento eseguito. Nei confronti del bambino nato da donazione di gameti, l’attitudine è varia: la maggior parte delle coppie sceglie di non parlare; alcune scelgono di rivelare il segreto, ma in momenti diversi; altre aspettano di vedere come cresce il bambino prima di decidere.

A favore del segreto le coppie elencano questi argomenti:

- ◆ il rischio di traumatizzare il bambino;
- ◆ il rischio che il bambino “fugga” per cercare il padre biologico;
- ◆ il rifiuto del bambino da parte della famiglia (dei nonni, in particolare);
- ◆ il rifiuto da parte del gruppo sociale.

A favore della rivelazione vengono proposti tre argomenti:

- ◆ il bisogno di verità dei genitori (soprattutto di comunicare una verità che non appartiene solo alla coppia);
- ◆ il timore che la rivelazione venga fatta da altri;
- ◆ il diritto del bambino di conoscere la verità sulla propria origine.

Se la coppia sceglie di dire la verità, il momento per farlo è abbastanza costante e corrisponde alla fase in cui il bambino manifesta le prime curiosità sessuali.

Per quanto riguarda i donatori, vi è in pratica un accordo generale sul fatto che togliere il segreto (cioè l'anonimato) vorrebbe dire eliminare la quasi totalità dei volontari.

Secondo quanto riporta la letteratura disponibile, i donatori interrogati hanno dichiarato concordemente che togliere l'anonimato potrebbe risultare pericoloso per la loro vita familiare. Per Alnot (1991) il segreto custodisce i fantasmi che presiedono al dono: donne meravigliose, figli meravigliosi, arricchiti di tutti gli attributi del loro immaginario. Per la donna inseminata, togliere il segreto può riattivare i fantasmi di adulterio e di colpa. Per l'uomo sterile, c'è il rischio di una situazione paradossale: lui, padre per desiderio e per amore, non più padre per il bambino, se la rimozione del segreto riconosce il privilegio biologico. Per entrambi i genitori si riattiva l'angoscia dell'abbandono. In ultima analisi, conclude Alnot, in nome di un ipotetico diritto alla verità, si corre il rischio di sconvolgere queste famiglie.

Secondo il CECOS, né i donatori né le coppie beneficiarie francesi sono preparate all'abolizione dell'anonimato, né sono disponibili a dire la verità ai bambini. Le coppie desiderano "dimenticare" per vivere serenamente il loro amore. Del resto l'esperienza svedese sembra un insuccesso, visto che la maggior parte delle coppie si rivolge ai centri e alle banche del seme norvegesi, dove il segreto è ancora mantenuto.

Nel CAHBI (una commissione del Consiglio d'Europa) la maggior parte degli esperti sostiene che l'anonimato è necessario per assicurare l'integrazione del bambino nella famiglia: non si prevede così il diritto automatico del bambino di essere informato circa la propria origine. D'altra parte, se il bambino venisse a conoscenza delle modalità del suo concepimento, dovrebbe avere il diritto d'indagine sull'identità del padre. Sempre nel testo elaborato dal CAHBI, a proposito del dono di ovociti (1989) si afferma che deve essere considerata madre del bambino la donna che lo partorisce. Tenendo conto di ciò e in nome della parità dei sessi, non si dovrebbe quindi ammettere di considerare padre il donatore di seme, che oltretutto non ha alcun progetto parentale personale.

Una precisa richiesta perché il nome del donatore non sia coperto dal segreto viene fatta da quanti ritengono possibile che si verifichino circostanze tali da rendere indispensabile - per garantire la salute del bambino - poter avere informazioni dirette di tipo biologico o genetico che possono essere ottenute solo da lui. È però possibile che le stesse informazioni possano essere desunte dall'analisi di un campione di tessuto o di sangue (o da indagini sullo stesso liquido seminale) mantenuto a disposizione per questi specifici scopi, senza bisogno di violare l'anonimato.

Più complessa è la discussione sul diritto del bambino a conoscere la propria identità genetica, e quindi a conoscere i propri genitori. Non vogliamo entrare in un discorso molto complesso, ma sottolineare il fatto che se si accettano “l’etica della responsabilità” e il privilegio della genitorialità sociale scompare automaticamente il diritto a conoscere una cosa che ha perduto il suo valore primario.

Le difficoltà psicologiche che abbiamo evidenziato negli interventi di donazione di gameti non debbono interpretarsi come ostacoli insormontabili al conseguimento di risultati positivi. Nonostante le riserve avanzate sui dati proposti dalle indagini statistiche, non si può negare la sussistenza di molti casi in cui il ricorso alla pratica può soddisfare le istanze dei coniugi e assicurare un felice rapporto genitoriale. Questi esiti sono subordinati alla realizzazione di almeno tre condizioni. La prima corrisponde all’assunzione sintonica della scelta in entrambi i coniugi di un figlio “il più vero possibile”. La seconda può individuarsi nel rispetto e nella valorizzazione dell’identità di genere, dell’essere uomo e dell’essere donna, gravemente minacciata, lo abbiamo sottolineato, da queste procedure, valorizzazione che deve privilegiare l’area delle relazioni sessuali. La terza suggerisce che conflitti, dubbi ed angosce non debbano essere azzerati o negati ma espressi, perché solo manifestandoli possono essere elaborati e superati.

Esiste poi il forte convincimento – sostenuto da numerosi sociologi, ma anche da medici, psicologi e bioeticisti – che la nostra società possa accettare numerosi modelli di genitorialità basati sul principio dell’uguaglianza tra il fondamento biologico e quello sociale e sul riconoscimento anche giuridico dell’importanza e della legittimità della derivazione sociale di paternità e maternità a partire da quella che i filosofi chiamano “l’etica della responsabilità”.

Si imporrà, in questo caso, una figura di genitore prevalentemente sociale che includa nella sua codificazione anche la componente biologica, ma senza coincidere necessariamente con essa, né tenda a ricavare una dimensione giuridica da eventi biologici o naturali. Non dovremmo dunque essere preoccupati di sapere come un bambino viene concepito, ma semmai di sapere se chi ne ha deciso la nascita si è contemporaneamente assunto una precisa e definitiva responsabilità in merito alla sua educazione e alla sua felicità.

Il tema della donazione di gameti richiama quello della richiesta di fecondazione da parte di donne sole o di coppie omosessuali. Il problema coinvolge una dimensione etica e giuridica, che dovrà essere affrontata in sede istituzionale, ed una psicologica e sociale che un’eventuale misura di legge dovrebbe demandare agli specialisti in possesso degli strumenti per valutare nei casi specifici le motivazioni, l’assunzione di responsabilità, le caratteristiche dell’ambiente familiare e sociale che si prepara ad accogliere il bambino.

■ L'adozione come scelta alternativa

Il tema della fecondazione assistita, e in particolare quello delle donazioni di gameti, impone alla coppia sterile di misurarsi con un'eventualità alternativa, quella dell'adozione. È senza dubbio estraneo ai compiti del ginecologo farsi consigliere di una scelta di adozione, ma lo specialista della riproduzione, che non può ignorare l'eventualità dei conflitti presenti e futuri insiti nella prima scelta, non può disconoscere l'eventualità della seconda, e la correttezza gli impone di lasciare alla coppia tempo e spazio psicologico per valutare l'alternativa e giungere ad una scelta libera e consapevole di genitorialità valutando elementi di rischio e di beneficio.

Tra la generazione del bambino nato dal gamete di un uomo diverso dal padre e l'adozione di un bambino figlio di genitori diversi sussistono parallelismi e differenze che è importante misurare con cura. Se nel primo caso uno dei genitori è tale a pieno titolo genetico e l'altro lo è solo in termini sociali e affettivi, nel secondo i coniugi sono su un piano di parità, entrambi genitori sul piano affettivo e sociale, ma non su quello biologico. Molto è stato scritto, esaminando i meccanismi dell'adozione, sui rischi di una scelta che può derivare dal bisogno di un bambino "a tutti i costi", dal generico altruismo di chi si senta chiamato ad educare una personalità nascente, ad adempiere ad un dovere sociale, ad onorare un debito verso la collettività, cui intenda adempiere anche nell'impossibilità di procreare. Rivolgiamo l'attenzione, in ogni caso, all'adozione da parte di coppie sterili, non all'adozione, meno frequente, di genitori che ai figli propri aggiungono il bambino accolto per spirito altruistico, una situazione in cui l'inserimento del piccolo vietnamita, o caraibico, tra fratelli figli dei processi procreativi naturali, pur non esente da problemi, contiene in sé numerosi presupposti di successo.

L'instaurarsi di un felice rapporto genitoriale col bambino adottato non è processo agevole né dai risultati scontati. Al di là dell'adozione di bambini che abbiano vissuto i primi anni in ambienti connotati dall'emarginazione, che portino in sé il retaggio di traumi psicologici o fisici, frutto di denutrizione, di esclusioni, di percosse, l'insorgere dei conflitti ordinari nello sviluppo della personalità può porre in difficoltà gravi i genitori. Convinti del significato altruistico della scelta di adozione essi possono attendere inconsciamente la riconoscenza del bambino che hanno sottratto all'abbandono, al quale hanno assicurato una famiglia, che hanno destinato ad una vita confortevole e ad un avvenire economico gratificante. Le sfide del figlio verso i genitori, fatte per misurarne le capacità di reazione e l'amore, eventi connaturali allo sviluppo della personalità, possono colpire assai più gravemente genitori adottivi che genitori naturali.

Ma le ragioni di conflitto più insidiose dell'adozione sono l'immane consapevolezza, nei genitori, dell'estraneità delle origini familiari del fanciullo e la necessità di rivelare al bambino le sue origini esterne. In tempi più o meno lontani il bambino non potrà non venire a sapere: meglio quindi prepararlo che esporlo alla sicurezza di una scoperta traumatica. Ma l'angoscia che si vuole risparmiare al bambino diventa l'angoscia dei genitori in attesa del momento della rivelazione. Possono essere lunghi anni di preparazione ansiosa, cui può seguire un'attesa ugualmente ansiosa delle reazioni del figlio adottivo. Quelle reazioni possono essere diverse, e manifestarsi in tempi ed in forme difficilmente prevedibili, poiché il bambino può rimuovere inizialmente la realtà della rivelazione per scontrarsi con essa, in modo apparentemente inatteso, in tempi successivi. La casistica mostra molti casi, infatti, di apparente disinteresse alla rivelazione operata, con ogni prudenza, a 6-7 anni, ma all'apparente disinteresse può sostituirsi, negli anni dell'adolescenza, il desiderio di conoscere i genitori "veri", un desiderio che può convertirsi in bisogno angoscioso.

I genitori naturali restano quindi un fantasma incombente sulla serenità del rapporto di adozione, soprattutto per dei genitori affettivi e sociali che paventano il momento in cui quel fantasma possa impadronirsi dell'anima del figlio che hanno allevato, accendere il bisogno di conoscere i genitori "veri", frapponere, con quel desiderio, una barriera al loro affetto. Anche se, per la capacità dei genitori adottivi ad allevare il bambino come un figlio a pieno titolo il dubbio sull'autenticità del rapporto di filiazione non dovesse mai investire il bambino in forma conturbante, il fantasma dell'estraneità non può non pretendere il suo tributo di angoscia ai genitori, che possono esorcizzarlo solo se dotati di grande equilibrio personale, di una forte coesione di coppia e se possono contare su un gruppo familiare ricco di affetti e di interessi sintonici alla scelta adottiva.

L'adozione è poi occasione per misurare analogie e differenze con i problemi psicologici dell'inseminazione eterologa, che può introdurre anch'essa nella vita della coppia la presenza di un fantasma, che può essere esorcizzato, lo abbiamo già detto, solo grazie ad una serena informazione del bambino sulla propria origine: questa informazione, già difficile nell'adozione, dove pure è sostenuta da validi argomenti razionali, è ancora più ardua nel caso della donazione di gameti, dove pulsioni profonde possono indurre a conservare il segreto.

Analogie, differenze e parallelismi dovrebbero essere bene esaminati dalla coppia che debba scegliere, nell'impossibilità di avere un figlio naturalmente, tra una delle due strade, ciascuna delle quali consente di evitare alcuni dei rischi dell'altra, ma ne propone di peculiari.

■ L'intervento dello psicologo

Perché l'esperienza della procreazione assistita non si converta in trauma psicologico, nell'irreparabile impoverimento del mondo interno dei membri della coppia, può essere utile l'intervento dello psicologo a fianco del medico.

Se la sofferenza della coppia è tanto più lancinante quanto più i coniugi si sforzano di celarla, la professionalità dello psicologo può aiutare a farne emergere le radici, ad elaborarla e ad indurre ad opporvi una consapevolezza che la contenga. Potranno essere così favorite l'elaborazione dei vissuti negati della scena nascosta, l'espressione delle emozioni e potranno essere portati a consapevolezza gli elementi sui quali la coppia potrà, tanto in caso di successo quanto in caso di insuccesso, riconsiderare in termini positivi i propri progetti esistenziali.

La competenza dello psicologo diviene indispensabile nei casi in cui gli interventi di procreazione assistita sostengono una conflittualità di coppia. Abbiamo sottolineato, ad esempio, come la consapevolezza della sterilità e lo stress legato ai procedimenti terapeutici possano causare disagi sessuali, fino ad indurre frequenze di rapporti inadatte per un concepimento.

L'opera dello psicologo inoltre può facilitare l'elaborazione del lutto legato agli insuccessi, sollecitare il confronto sulle motivazioni a proseguire il percorso terapeutico, offrire la possibilità di manifestare le cause segrete dell'ansia. Il suo intervento potrà essere più rilevante di fronte alle scelte più impegnative, quali quelle rappresentate dalla donazione di gameti.

Abbiamo già sottolineato la profonda differenza che esiste tra la forma di espressione dei sentimenti maschili e quella dei sentimenti femminili, ricordando che gli uomini sono prevalentemente soggetti "interiorizzatori", le donne più spesso soggetti "esteriorizzatori": in altri termini, i primi sono propensi a mantenere le proprie emozioni sotto controllo, le seconde più inclini a manifestarle, magari solo con il pianto. Più del medico, lo psicologo è preparato ad accogliere emozioni che premono e che vengono espresse dal linguaggio analogico che si manifesta con stereotipie di linguaggio, latenze cariche d'ansia, tic e contrazioni muscolari.

L'esperienza clinica ha suggerito la convenienza di non interrompere la consulenza psicologica né al momento del concepimento né alla nascita del bambino, ma di prostrarla per seguire le dinamiche di coppia e per favorire l'instaurarsi di un rapporto genitoriale positivo, prevenendo l'eventualità che uno dei genitori si appropri del figlio con l'esclusione dell'altro, una circostanza palesemente negativa per lo sviluppo del bambino.

In casi specifici la consulenza dello psicologo può essere richiesta dal medico, senza un rapporto diretto con la coppia, al fine di pervenire, confrontando i termini del caso da ottiche professionali diverse, al più congruo bilancio tra costi e benefici degli interventi che questi intenda proporre.

Siamo convinti che si debba escludere l'invio d'ufficio delle coppie allo psicologo, come accade in altri paesi, un'ipotesi di intrusione burocratica, irrispettosa delle esigenze di riservatezza e di autodeterminazione della coppia. Crediamo invece che sarebbe più utile giungere a stabilire, attraverso la ricerca e l'esperienza clinica, strumenti sufficientemente sensibili e predittivi per individuare coppie a rischio sotto il profilo emozionale e sociale tra quelle che chiedono di sottoporsi agli interventi di procreazione assistita. Alla luce di quanto delineato i disagi dell'area della sessualità, le difficoltà di svincolo e di individuazione dalle famiglie di origine e forti asimmetrie nella coppia, anche se coperte, spesso accompagnate nella donna da un desiderio onnipotente di una generatività tutta femminile, sembrano rappresentare eventi di rischio particolarmente significativi.

■ Dal bambino immaginario al bambino reale

Nel profondo della psiche, alla procreazione corrispondono archetipi ancestrali: la genitorialità è istinto profondo, iscritto nel retaggio del passato che persiste nella profondità del nostro essere. Così fantasie arcaiche di gravidanza popolano la mente dei bambini di entrambi i sessi fin dalla più tenera età, trovando espressione nei sogni, nei giochi, qualche volta nei sintomi.

Esse attraversano le complesse fasi dell'evoluzione del Sé come quella rappresentata dalla costellazione edipica, che si manifesta in una riedizione particolarmente significativa nell'adolescenza per concretizzarsi poi nel desiderio di un figlio, in un progetto di procreazione. Nell'età adulta si perfezionano dunque processi psicologici procreativi preparati dall'infanzia il cui focus non è il concepimento, ma l'idea di avere un bambino.

Nella primissima infanzia l'istinto genitoriale è indifferenziato, asessuato: il bambino si sente tanto attratto dalla funzione materna quanto da quella paterna, si sente onnipotente, capace di generare senza dover dipendere dalla funzione sessuale di un altro individuo. Soltanto più tardi, attorno ai tre-quattro anni, quando diviene consapevole che i bambini nascono "dal seme del papà nella pancia della mamma", si accorge di dovere scegliere, di non potere essere, insieme, maschio e femmina, padre e madre. È una scelta carica di conseguenze, il cui funzionale compimento è condizione del costituirsi di un'identità psicosessuale matura e stabile, la cui imperfetta realizzazione è carica di rischi per la personalità futura.

Giunta a maturazione la capacità di scegliere, le prime percezioni vengono ricategorizzate in termini di genere. Le bambine apprendono a relazionarsi alla mamma come persone dello stesso sesso e al padre, come maschio, in relazione a se stesse come femmine; i bambini debbono convertire il desiderio, che non sarà completamente cancellato neppure in età adulta, di essere in gravidanza, di far nascere e di allattare un bambino come la mamma, in quello di diventare come il padre, il cui pene ha misteriosamente fornito il seme necessario alla mamma per concepire.

Si può ricordare che se l'identità di genere si definisce sotto l'influenza dei fattori anatomici, biologici e ormonali che presiedono lo sviluppo del corpo e ne sostengono la rappresentazione e il vissuto, essa risulta altrettanto significativamente condizionata dagli atteggiamenti dei genitori e del gruppo familiare e sociale. Gli adulti selezionano i propri atteggiamenti verso i bambini scegliendo, più o meno consapevolmente, modalità di relazione diverse nei riguardi delle bambine e dei bambini, incoraggiando e scoraggiando in loro i diversi aspetti del comportamento e dell'espressione delle emozioni.

Quando bambini e bambine crescono e divengono consapevoli delle differenze sessuali, anche la società manifesta e rinforza le differenze. Nelle culture primitive, alla pubertà, quindi alla definizione di un ruolo maschile o femminile, corrispondono riti che inseriscono formalmente l'adolescente nella collettività come uomo o come donna, riconoscendogli un ruolo che sarà quello definitivo. Ma l'adolescente che sia stato riconosciuto donna, se non renderà inequivocabile l'appartenenza al proprio genere con la maternità, dovrà mutare lo status acquisito, indossare panni maschili e occupare nelle cerimonie il posto riservato agli uomini.

■ Il bambino sognato

È esperienza comune vedere i bambini giocare con i genitori accudendoli come sono loro stessi accuditi quotidianamente: li pettinano, li imboccano, li coprono di carezze e li rimproverano. I bambini vivono, generalmente inespresa, l'invidia per gli adulti, che sono tali, nella percezione infantile, soprattutto perché possono fare bambini, cosa che per loro è impossibile. È diversa la posizione degli adolescenti, che possono, fisiologicamente, procreare, anche se nelle culture antiche generare fosse loro proibito in quanto nefas (contrario, cioè, a norme religiose e giuridiche), preclusione certamente esistente anche nella società contemporanea.

È correlato alla considerazione per la potenza dell'adulto anche il legame profondo tra il bambino ed i genitori, un legame che non si rescinde neppure verso genitori che non meriterebbero moralmente questo titolo, che trascurano i figli, che li coartano, o che all'affetto sostituiscono il disprezzo, quando non la violenza. Malgrado i traumi che producono ed i conseguenti conflitti, anche i genitori violenti sono amati. Un rapporto negativo con i genitori altera invece inevitabilmente le pulsioni verso la procreazione: un padre punitivo, fino ad essere sadico, indurrà il figlio a temere il proprio ruolo maschile; un padre emozionalmente inadeguato, o seduttivo, può indurre anche nel figlio maschio il desiderio di essere donna, per essere fecondato dal padre, come la combinazione di un padre passivo e di una madre eccessivamente protettiva può indurre il desiderio di restare fuso con la madre e temere di assumere il proprio ruolo maschile.

Si desidera diventare genitori, quindi, per ripetere l'esperienza di chi ci ha generato e ci ha cresciuto, nella combinazione tra pulsioni profonde e valori razionali e culturali che sollecitano a offrire le proprie cure ad un essere che dipende interamente dalle nostre premure. Si può anche desiderare di diventare genitori se il rapporto con il padre e la madre non è stato felice, ma ha lasciato un retaggio di sofferenza: la scelta di essere genitori non nasce, allora, dal desiderio di offrire affetti adulti ad una creatura che cresce, quanto da quello di dare nuovi e migliori genitori a se stessi. Scrive Pazzaglia: «Fluttuano le diverse rappresentazioni di sé nel tempo, aree i cui confini si confondono coll'immagine di sé e la trasfigurazione del ricordo tra sé bambino ed i propri genitori».

I rilievi proposti dimostrano quanto siano importanti, per la realizzazione di un progetto di procreazione, la storia personale e quella familiare dei coniugi, avallano l'assunto che ogni bambino che nasce è stato preceduto da un bambino che ha vissuto, dai primordi dell'esperienza vitale, nella fantasia dei componenti la coppia, delle loro famiglie d'origine e del gruppo sociale, dal bambino immaginario. Quell'immagine ha preceduto il concepimento, è stata accolta dai coniugi che, cullandola nella mente, le hanno preparato lo spazio necessario nella propria vita. Preparare lo spazio vitale del bambino futuro significa preparare lo spazio di un altro, di una creatura diversa, significa aprire la diade coniugale perché possa divenire triade. È difficile che possa attendere una vita felice il bambino che non ha goduto di questo spazio, che non è stato aspettato con disponibilità e con gioia.

L'assunto è particolarmente significativo per la donna, che per concepire un bambino deve disporre il proprio corpo all'accoglienza e che convive, per nove mesi, col figlio che si sviluppa nel suo grembo. Durante la gravidanza la madre e il suo bambino vivono, dormono e sognano insieme, accomunati da una condizione di condivisione che trasforma l'emergere dentro di sé di cose in pensieri. Ha allora inizio, per la madre, il riconoscimento, nel bambino che acquisisce ogni giorno una realtà fisica più concreta, del bambino sognato fino dall'infanzia, che si identifica con la creatura che è dentro di sé. Il compito femminile di plasmare la materia, precipuo processo creativo, è già relazione affettiva e di comunicazione.

Mentre la sua "copia" reale sviluppa lentamente i propri organi, l'antecedente fantastico del bambino ne anticipa lo sviluppo, nasce nella fantasia, viene accudito, inizia a balbettare, a camminare, affronta il primo giorno di scuola, "diventerà qualcuno". La suggestione fantastica, la fecondità dell'immaginazione della donna durante la gravidanza sono circostanze fondamentali perché il bambino reale sia accolto felicemente, perché trovi una personalità femminile pronta ad affrontare le fatiche che impone l'accudire un neonato, fatiche che, se vissute come gravame penoso, pregiudicherebbero ogni rapporto futuro tra la madre ed il bambino.

Esaminando il manifestarsi dei fenomeni che abbiamo enucleato nelle condizioni della fecondazione assistita si deve sottolineare il pericolo che il dolore e le umiliazioni che precedono il concepimento ostacolano la formazione dello spazio interno per il bambino, predisponendo le condizioni perché il bambino reale sia accolto come l'estraneo che ha troppo a lungo tiranneggiato, con il rifiuto di nascere, la coppia. In questo caso la donna potrebbe inconsciamente tentare di rivalersi nei confronti della creatura ostile o pretendere da lui il risarcimento, in termini di affetto e di successo sociale, degli oneri che ha imposto.

■ Un bambino bene accolto

«I piccoli dell'uomo - ha scritto Winnicot - fanno un diverso ingresso nell'esistenza secondo che le condizioni nelle quali questo ingresso avviene siano favorevoli o sfavorevoli... Il potenziale ereditario di un infante non può diventare un infante senza connettersi alle cure materne...». La constatazione della psicologia ricalca, su questo terreno, la più radicata esperienza comune, il risultato della riflessione del buon senso su ogni esperienza familiare. Non si può dire essere stato accolto gioiosamente, e con autentica disponibilità, il neonato di cui una paziente confessa: «Quando strilla lo guardo, mi sembra che mi sfidi ma io lo fisso... non ho paura». Proclamare di non avere paura davanti ad un neonato rivela la paura della donna, il suo disagio di fronte al bambino, che dimostra di avere voluto ma non atteso, partorito ma non accolto.

L'esperienza clinica con le coppie che seguono i percorsi della fecondazione assistita attesta l'assenza di fantasie e di progetti di sogni sul bambino. Come la consapevolezza della sterilità raggela lo scenario delle relazioni familiari e sociali, anche la scena onirica diviene buia come per effetto di una pesante anestesia. Entrambi i coniugi paiono incapaci di accogliere il bambino immaginario, il bambino dei sogni procreativi dell'infanzia, di pensarlo, di investire su di lui, risultano incapaci, paradossalmente, di sognare l'oggetto di quei desideri che li sospingono a soggiacere a procedimenti medici lunghi e intrusivi, ad affrontare gli interventi più dolorosi, gli oneri economici più gravosi.

I meccanismi difensivi suscitati dalla sterilità sono tanto radicali che spesso neppure i primi risultati positivi delle terapie, quindi lo stesso concepimento, riescono a suscitare emozioni profonde e ad aprire lo spazio mentale necessario ad accogliere il bambino del sogno: «Io proprio non riesco ad immaginarlo», confida un paziente. Il concepimento tanto a lungo atteso, che dovrebbe costituire appagamento supremo, produce invece reazioni di disorientamento: «Non so cosa farò poi con l'azienda» confida una paziente, un'altra si dichiara incapace di decidere come potrà continuare l'insegnamento e una terza proclama, con amarezza: «Dovrò fare tutto da sola, mio marito è come un altro figlio», che corrisponde alla ragione dell'apprensione di un'altra: «Lui lavora fuori città e il peso del bambino sarà tutto mio». Costituisce circostanza oltremodo rara la vitalità della reazione al concepimento, intervenuto dopo lunghi tentativi, di un'altra coppia: «La notte non abbiamo neanche dormito... abbiamo parlato, parlato, come sistemare la casa, che nome dargli...».

Un bambino bene accolto viene collocato alla giusta distanza dai genitori, tanto vicino da essere circondato di tenerezza e attenzione, abbastanza lontano perché tenerezza e attenzione non divengano soffocanti. Questa complessa relazione spaziale può metaforicamente essere tradotta nella necessità che il rapporto che si è formato tra il bambino e i genitori venga a raffigurare un triangolo equilatero, un triangolo, cioè, dai lati uguali. Se uno dei genitori si unirà al bambino escludendo l'altro, un lato del triangolo si accorcerà rispetto agli altri, la figura geometrica ne risulterà squilibrata, i rapporti di prossimità-autonomia risulteranno compromessi, il bambino vivrà relazioni tali da non favorirne i processi fondamentali di formazione della personalità. E il figlio che non viene accolto nello spazio predisposto adeguatamente, prima della nascita, viene al mondo nelle condizioni meno favorevoli, restando nella metafora spaziale, per sviluppare relazioni funzionali con i genitori e la famiglia. Il pericolo è particolarmente evidente quando i procedimenti della procreazione assistita hanno condotto uno dei coniugi, più spesso la donna, a sentirsi pienamente genitore e hanno indotto nell'altro un sentimento di esclusione.

■ Tentare ancora?

«Purtroppo ho perso il bambino. Vorrei morire.

Il dolore è così grande che faccio fatica a percepirlo tutto intero. So che me lo porterò sempre con me, insieme alla grande paura che mi ha accompagnato tutti i giorni da quando ho saputo di aspettarlo.

Non sono mai riuscita a provare felicità ma solo il terrore di perderlo e di non fare le cose giuste. Come poi si è verificato.

Ripercorro tutti questi giorni con tutti gli errori che ho fatto. Il mio isolamento, il mio estraniarmi dalla realtà, il fatto di non avere il coraggio di dirlo, forse hanno fatto male anche al bambino, ma avevo troppa ansia per riuscire a sbloccarmi.

Sono stata per un mese quasi immobile, misurando i gesti e anche il respiro, ero sicura di non farcela.

E così è successo.

La sofferenza è la mia condizione naturale, da dieci anni a questa parte: vedo le grandi sofferenze della mia vita accumularsi l'una sull'altra e formare un muro tra me e gli altri».

■ Accanimento e sconfitta

La capacità di soffrire degli esseri umani ha costituito, nei secoli, ragione di stupore di romanzieri, filosofi e poeti, tra i quali Dante, che scrisse i due versi famosi per cui

Se si potesse morir di dolore
Molti son vivi che sarebber morti

Non è mancato, peraltro, tra i romanzieri, chi ha spiegato, come Fëdor Dostoevskij, che la sofferenza riscatta, eleva e redime. Senza disconoscere questa possibilità, non si può mancare di ricordare l'esperienza comune che mostra quanto la sofferenza possa alterare una personalità, sostituire alle peculiarità di un carattere dotato di allegria, vitalità e progettualità, quelle di un carattere segnato dallo scoramento, dalla disillusione e dall'amarezza. È il carattere acquisito della signora che ha trascritto, nella lettera riportata qui sopra, la percezione della propria condizione dopo il fallimento della breve attesa seguita a lunghi anni di vane speranze.

È la considerazione dell'aggravarsi di un dolore che può convertirsi in causa di alterazione della personalità che deve guidare il medico a suggerire, dopo il fallimento dell'ultimo tentativo terapeutico, se continuare o se abbandonare la ricerca del bambino, dirigendo la coppia sterile, in specie la donna, ad affrontare il lutto che costituisce il più primordiale ed il più efficace dei mezzi reperiti dall'anima umana per consacrare il proprio dolore, accettarlo e superarlo.

Sul piano scientifico, di fronte a una diagnosi che presenti elementi di incertezza, le eventualità di successo, dopo l'ennesimo tentativo infruttuoso, possono essere ancora sostenute da qualche elemento di probabilità statistica. Rappresenta una scelta difficile, sul piano dell'etica professionale, una volta valutato il margine di probabilità che possa persistere e misurato il peso che il succedersi degli insuccessi ha imposto ai pazienti, decidere se suggerire un tentativo ulteriore o riconoscere il carattere remoto dell'eventualità positiva e guidare ad accettare la condizione di sterilità come insuperabile.

Costituisce problema capitale della filosofia di tutti i tempi misurare quanto l'uomo sia padrone del proprio destino, quanto quel destino dipenda da una volontà superiore, dalle combinazioni degli astri, dalla cieca legge di necessità che governerebbe, con la propria tirannide, la vita di tutti. L'esperienza comune pare suggerire che sussistano circostanze in cui è data all'uomo libertà di scelta, che ne sussistano altre che quella libertà negano crudamente e che quindi la vita umana sarebbe commistione di elementi di libertà e di necessità. Essa pare dimostrare che vi sarebbero uomini che godrebbero della libertà più vasta, altri che soggiacerebbero alla cruda legge della necessità. La psicologia ha analizzato l'alternativa verificando l'esistenza di individui che collocherebbero nella sfera della propria autonomia il locus di controllo delle proprie azioni e dei loro risultati, di cui sarebbero padroni, altri che collocherebbero quel locus al di fuori di sé, riconoscendosi incapaci di determinare l'esito delle proprie azioni, che dipenderebbe da una potestà estranea ed esterna.

La distinzione della psicologia è preziosa per analizzare il fenomeno che investe la personalità di chi persegue una meta vitale, quale la procreazione di un bambino, che continui a sfuggirgli e che con il sommarsi degli insuccessi acquisisca la frustrazione, il dolore e il senso di impotenza. Chi soggiaccia a quell'esperienza sarà sospinto a collocare il locus of control delle proprie azioni sempre più fuori di sé, si sentirà progressivamente espropriato di ogni potere di dirigere la propria vita e di gestire le proprie scelte nella libertà: la sua personalità sarà esposta ai pericoli di un'alterazione progressiva, ridotta sempre più al relitto che la risacca getta sulla spiaggia e ritrae con una forza alla quale il relitto è incapace di opporsi.

Nella successione dei tentativi il cui fallimento conduce alla sconfitta finale, si possono distinguere tappe diverse, che scandiscono il cammino della coppia sterile verso la profonda ristrutturazione della personalità che costituisce l'esito della vicenda. La prima di quelle tappe corrisponde all'incredulità e al conseguente rifiuto delle ragioni della sterilità illustrate dal medico, un rifiuto più categorico se la diagnosi riconosce una base funzionale. La seconda corrisponde al tentativo di comprendere l'insuccesso, con la frequente insorgenza di rimproveri tra i coniugi, che si imputano reciprocamente la ragione del fallimento, rinfacciando uno all'altro la responsabilità di interruzioni di gravidanza o di una contraccezione troppo prolungata, la ricerca della sicurezza economica e della realizzazione professionale come condizioni preliminari per mettere in cantiere una gravidanza.

La terza tappa è quella in cui matura il convincimento che se la sterilità è disturbo fisico, malattia, poiché per ogni malattia deve esistere una cura, anche per la sterilità si deve poter trovare un rimedio medico. Una supposizione di palese inconsistenza che apre la strada a quella ricerca spasmodica della cura che può portare i coniugi a sottostare all'accanimento terapeutico, la scelta che nei casi più gravi condizionerà la vita della coppia fino alla menopausa della donna. È un'eventualità che conduce la coppia a rendere permanente il soggiorno nel limbo che è inevitabile affrontare nel percorso della procreazione assistita, il limbo di chi si sente altrettanto estraneo al mondo delle famiglie realizzate nei figli quanto a quello dei coniugi che hanno rinunciato ad averne: un mondo irrealistico nel quale è onere faticoso sostare durante il lungo periodo di cure e di tentativi e in cui è pericoloso fissare una permanenza definitiva.

Agli impulsi che sospingono sul piano inclinato dell'accanimento si oppongono, palesemente, il senso di sconfitta, che può divenire pervasivo, i condizionamenti che subiscono gli impegni diversi della vita, la necessità di viaggi frequenti per raggiungere l'ambulatorio di sterilità scelto in una città lontana, con il costo di mezzi di viaggio e alberghi che si somma a quello delle cure, generalmente onerose. Sentirsi schiacciati dall'inutilità dei sacrifici e dall'entità delle spese può rendere invincibile il senso della disfatta, che dirige la coppia alla definitiva alterazione delle modalità di vita.

Tra i motivi che possono sospingere le coppie verso un inutile prolungamento delle cure deve includersi la sfida del paziente al medico e ai suoi sostituti simbolici. Sicuro nel profondo dell'impossibilità di guarire, il paziente può essere condotto da un impulso incontrollabile a chiedere a questa figura onnipotente di affrontare la patologia per dimostrarne l'incapacità. Il meccanismo è il frutto di un processo di regressione infantile: può costituire conseguenza dell'ansia del paziente per la propria integrità fisica, e dell'angoscia per l'offuscarsi della propria identificazione, stimoli ad un ritorno alla situazione infantile della sfida all'onnipotenza del genitore. È il processo che è stato definito "bisogno di ripetizione". Il medico deve consapevolmente rifiutare la sfida, non cadere nell'inganno della psiche sofferente del paziente, evitare di soddisfare la richiesta proponendo terapie sempre più intrusive, magari dubbie e di pertinenza decrescente, deve impegnarsi, per quanto gli risulti possibile, a liberare il paziente dalla dolorosa coazione che se ne è impadronita.

■ Un'esperienza da dimenticare?

Il tema della sfida al medico suggerisce alcune riflessioni a conclusione dell'esame complessivo che abbiamo svolto delle percezioni, delle emozioni e dei traumi che accompagnano la consapevolezza della sterilità, che si complicano, interagiscono, incombono nel corso dell'itinerario per la sua cura. La fecondazione assistita non può costituire una sfida di due persone cui la natura pare avere negato una delle facoltà essenziali dell'essere umano, che si misurano, a qualsiasi costo, con la natura per dimostrare a sé medesime ed a quanti le circondano che quella facoltà, contro ogni apparenza, la possiedono. Paradossalmente, vinta la sfida, potrebbero non provare più interesse per il bambino che ne hanno ricavato.

La fecondazione assistita deve costituire un ragionevole tentativo di superare un ostacolo che si affronta, anche sopportando sofferenza e sacrifici, perché si vuole trasformare la coppia in famiglia, un tentativo affrontato nella consapevolezza che la medicina moderna, pure dotata di capacità prodigiose, non può tutto sulla natura, la quale conserva recessi che la scienza non ha saputo ancora penetrare per stabilirvi il proprio dominio.

Non sempre la personalità dei coniugi e il loro legame escono irreparabilmente alterati dalla prova. La condizione di sterilità non è esperienza che si dimentica. Anche quando si supera lascia segni indelebili per sempre: sentimenti di vergogna e di colpa, di rabbia e di inadeguatezza, l'idea di essere stati per tanto tempo puniti ingiustamente, diversi dagli altri. Queste emozioni dolorose possono essere elaborate e superate attraverso la rilettura delle esperienze vissute, valorizzando ciò che in esse vi è stato di positivo.

Questa positività non è patrimonio esclusivo di chi abbia avuto un figlio, anche solo “il più vero possibile”, ma di tutte le coppie che hanno saputo esprimere risorse e capacità per rimanere insieme nella sofferenza con amore e rispetto reciproci. Esse insegnano che il dolore si può superare, i confronti più crudeli si possono lasciare alle spalle, la personalità che accetti e superi la sconfitta emergerà dal confronto in possesso di una consapevolezza nuova della propria forza, trasformerà la sconfitta in vittoria. Entrambi i coniugi possono essere indotti dall’esperienza dolorosa a riconoscere la vastità del bisogno di solidarietà nella società, l’esistenza di migliaia di bambini che mancano di affetto, di educazione, di mezzi, un riconoscimento che può costituire la premessa di una scelta di adozione, di cento impegni sociali diversi. Per la donna, in particolare, la sublimazione del dolore che ha vissuto può costituire lo stimolo ad esprimere diversamente la propria femminilità, a manifestare le proprie doti creative in sfere diverse da quelle, in qualche modo limitate, della procreazione e della genitorialità. ———

La relazione fra il medico e la coppia sterile

Comincia adesso un discorso molto più concreto (o, perlomeno, molto meno teorico) rispetto a quelli che abbiamo fatto sinora. Si tratta di analizzare un incontro, quello tra un medico che si occupa di sterilità e di infertilità e di una coppia che ricorre a lui per aiuto. Si tratta di capire quali sono le regole secondo le quali questo incontro si deve svolgere perché l'etica medica non ne risulti offesa e perché la coppia ne possa trarre il massimo vantaggio possibile. Ma, prima, è bene capire come si è arrivati a questo incontro.

La sterilità – è cosa ormai ben nota – è molto diffusa in tutti i paesi industriali, compreso il nostro. Le coppie sterili – quelle cioè che cercano un figlio e non riescono ad averlo – sono più del 15% e ad esse vanno aggiunte le coppie ipofertili (quelle che riescono ad avere un figlio solo dopo molti sforzi o dopo molti anni) e le coppie che, avuto il primo figlio, non riescono ad avere il secondo.

Le ragioni di questa elevata percentuale di coppie sterili sono, almeno in parte, note. Siamo, anzitutto, una specie poco fertile; in secondo luogo siamo una specie che inquina il proprio habitat, mette trappole sul proprio cammino; siamo poi una specie che sovrappone le proprie regole culturali alle norme della biologia, imponendo ad esempio a molte donne di cercare figli tardi, quando gran parte della potenzialità riproduttiva si è dissolta.

Dunque, gli uomini e le donne cercano oggi un figlio in età relativamente avanzata; quasi sempre ne cercano uno solo o, al massimo, due; ma quando cercano questo figlio lo cercano con grande determinazione e trovano molte difficoltà ad accettare la sconfitta.

■ Lo statuto della sterilità

Quando la possibilità di una sconfitta si delinea, gli uomini – le donne, le coppie – debbono affrontare il problema della sterilità: capire cosa significa, cercare di attribuirle uno statuto.

Sullo statuto della sterilità esiste, è noto, un conflitto, antico e complesso. Per molti, e soprattutto per chi non ritiene che esista un diritto ad avere figli, la sterilità è un disagio, un disagio psicologico e sociale, comunque non più di un disagio. Per altri, al contrario, la sterilità è o, almeno, può essere malattia (ad esempio quando è causa di sofferenza). Ma c'è di più: molte delle possibili cure della sterilità sono oggetto di controversia e di discussione bioetica; inoltre, le donazioni di gameti sono bollate come immorali. Scendono in campo persino i difensori della famiglia tradizionale e sono alle soglie provvedimenti legislativi intesi a proibire alcune delle tecniche esistenti, sulla base di principi ideologici non condivisi.

Ne consegue che una coppia che si confronta per la prima volta con la parola sterilità si ritrova improvvisamente coinvolta in polemiche, conflitti ideologici, discussioni filosofiche e morali, in un clima confuso nel quale non mancano neppure gli anatemi e le minacce. Per scoprire poi, purtroppo molto frequentemente, che anche dal punto di vista medico e scientifico il terreno è paludoso, la materia empirica, la medicina fallace e contraddittoria.

Proviamo ad esaminare separatamente questi problemi.

La fisiopatologia della riproduzione, la disciplina medica che si occupa della sterilità, è nata solo recentemente e ha molto sofferto, agli inizi, a causa dell'assenza di conoscenze scientifiche adeguate. Prima del 1960 non c'era modo di stimolare l'ovaio per ottenere l'ovulazione; non esisteva una chirurgia conservativa efficace; non si poteva ricorrere a dosaggi ormonali credibili. La stessa procreazione assistita ha poco più di 20 anni e molte delle sue potenzialità sono state intuite solo recentemente.

Il problema più grave, però, è riconoscibile nella scarsa diffusione delle conoscenze tecniche tra i medici di base e nelle difficoltà che gli specialisti incontrano nel diffondere e far applicare protocolli d'indagine seri e adeguati. Ciò comporta, soprattutto, ritardi incredibili nella consultazione di centri competenti e di specialisti preparati, ritardi tanto più gravi se si considera la considerevole e progressiva perdita di fertilità alla quale vanno incontro le donne con il trascorrere del tempo. Uno dei maggiori ospedali italiani che si occupano di sterilità esegue la prima consultazione - in media - dopo 5 anni che la sterilità è stata sospettata per la prima volta e l'età media delle donne che ricorrono ai suoi servizi è superiore ai 38 anni.

Come si faccia a perdere tanto tempo è presto detto. Anzitutto accade molto spesso che il medico curante cerchi di tranquillizzare la coppia, rinviando gli esami mese dopo mese, attribuendo eventualmente gli insuccessi a problemi psicologici. Quando poi gli esami vengono proposti, è molto probabile che si evitino i protocolli più seri e utili perché considerati troppo invasivi. Arrivano agli ospedali e ai centri di sterilità migliaia di isterosalpingografie, spesso ripetute più volte nella stessa donna, con referti frequentemente umoristici (ad esempio: tutto bene, niente di patologico. Si segnala solo l'esistenza di aspetti di endo e perisalpingite. Il che significa, tutto bene, la signora è sterile). Arrivano spermioigrammi che riportano indici di normalità che erano considerati tali fino al 1950. Esempio: il numero minimo di spermatozoi deve superare i 100 milioni, numero che è stato ridotto via via a 20. Ci sono donne che passano mesi controllando ecograficamente l'ovulazione, una delle analisi più inutili e prive di senso. Altre donne hanno subito ricoveri per fare introdurre, nel canale cervicale dell'utero, il tubetto di Petit-Lafour, un piccolo arnese che alla fine del 1800 i medici francesi usavano per stimolare il centro dell'ovulatorietà (che purtroppo, però, non è nell'utero, ma semmai nell'ipotalamo). Potremmo continuare a lungo con gli esempi. Ci limitiamo a sottolineare il risultato dell'applicazione di questi strani protocolli d'indagine: anni di terapie inutili e artigianali e di tentativi empirici fatti generalmente in assenza di una diagnosi precisa. E infine, ma quando già la coppia è carica di delusioni, di diffidenza, qualche volta persino di rancore, la decisione di ricorrere al centro giusto. Cosa poi significhi "giusto", cioè se voglia dire adatto, vicino, affidabile, famoso, conveniente o altro, è tutto da stabilire.

■ Come non perdere tempo

Il primo problema che si pone, dunque, è di cercare di non perdere tempo. Ma come?

A nostro avviso, bisogna anzitutto avere le idee molto chiare su cosa significa fertilità naturale e su quanto è opportuno attendere prima di poter cominciare a sospettare che un problema di sterilità - o di ipofertilità - realmente esiste.

Abbiamo già detto che la nostra specie è poco fertile; dobbiamo aggiungere che, trattandosi di una specie con abitudini monogamiche, essa lascia occasioni di fertilità anche agli uomini poco fertili, che riescono ad aver figli con la costanza e la reiterazione dei tentativi.

I criteri per stabilire il periodo di tempo entro il quale tutte le coppie fertili inizieranno una gravidanza (naturalmente, con una certa approssimazione statistica) si basano essenzialmente sull'età della donna e sul numero di rapporti settimanali. Si può così stabilire che, se l'uomo è fertile, la frequenza dei rapporti pari a 2 alla settimana e l'età compresa tra i 20 e i 24 anni, la probabilità di gravidanza per ciclo mestruale sarà intorno al 30-32%; se la donna ha invece raggiunto i 40 anni, lasciando inalterati gli altri parametri, questa probabilità scenderà al 9-10%.

È così possibile costruire, per ogni classe d'età della donna, una curva di Gauss nella quale sono iscritte tutte le coppie fertili e dalla quale si può stabilire, con buona approssimazione, l'attesa e il momento ragionevoli per iniziare gli accertamenti. È chiaro che, tenendo conto del grande numero di coppie ipofertili, che ci impiegano un po' di più a fare un figlio, sarà bene concedere qualche mese di tolleranza, soprattutto alle coppie più giovani (alla coppie meno giovani no, perché il tempo che passa toglie loro ulteriore fertilità). In ogni caso, tempi non inferiori ai 12 mesi e non superiori ai 18 sembrano d'abitudine accettabili.

Sempre secondo noi, una volta stabilito che è giunto il momento di cominciare a fare esami, è bene ricorrere ai centri - universitari, ospedalieri o privati poco importa - che si occupano in modo specifico ed esclusivo di sterilità. Questo perché la fisiopatologia della riproduzione è diventata una specialità nella specialità e i medici che se ne occupano sono in genere un po' più informati e un po' più preparati degli altri (i quali, a loro volta, ne sanno di più su altri argomenti), usano protocolli di indagine più moderni e utili, hanno più facile accesso alle indagini più complesse. Inoltre, in questi centri si associano quasi sempre la cultura andrologica e quella ginecologica e psicologica, per cui l'approccio al problema della sterilità di coppia è più equilibrato. Unico rischio è quello di venire coinvolti in qualche tipo di ricerca sperimentale applicata, cosa che qualche centro fa senza chiedere il necessario consenso ai suoi pazienti. Per questo è bene mostrarsi sempre vigili, attenti e pignoli, visto che nessun medico conduce volentieri ricerche sperimentali su questa categoria di persone. Ma come si giunge, in pratica, a questa scelta?

■ La scelta del medico

Una ricerca sociologica eseguita nella Regione Emilia Romagna sembra dimostrare che alla base della scelta delle coppie ci sono buon senso e razionalità, visto che la stragrande maggioranza di esse sembra seguire il consiglio del medico di base o del ginecologo di fiducia. Non siamo personalmente convinti della veridicità delle risposte. A noi consta che le coppie sterili interpellano molti specialisti e cambiano spesso il proprio medico: la delusione di un ciclo fallito, l'incontro con una coppia che ha avuto successo altrove, il giornale che magnifica le virtù di un nuovo mago della ginecologia, l'attrazione esercitata da un ospedale di buona fama, sono tutte ragioni di "mobilità". Ne risulta che è praticamente impossibile redigere una graduatoria delle fonti che ispirano la scelta delle coppie. Cerchiamo dunque di stabilirne noi, ora, una accettabile, elencando nell'ordine quelle che ci sembrano via via meno affidabili e iniziando con due avvertenze: in medicina non c'è nessuno di cui si parli soltanto bene e quasi nessuno di cui si parli soltanto male; in campo terapeutico, come in moltissimi altri settori, è molto probabile che operi meglio chi opera di più.

A nostro avviso, la migliore fonte di informazioni è rappresentata da un amico medico – meglio se si tratta di un ginecologo o di un andrologo – che non si occupa direttamente di questi problemi, ma conosce tutte le strade utili per ottenere informazioni privilegiate. I medici hanno un grande fiuto per trovare i posti giusti dove farsi curare (i migliori specialisti visitano un numero altissimo di colleghi medici) e questa abilità può essere messa al servizio di un amico. Una analoga richiesta può essere rivolta al proprio ginecologo o al proprio medico di base, che pertanto vengono secondi nella nostra lista.

Al terzo posto vorremmo inserire le associazioni di pazienti, organizzate volontariamente per iniziativa di coppie sterili, che in Italia sono diventate abbastanza numerose. Esiste però un problema: non tutte queste associazioni sono realmente indipendenti, poiché alcune di esse sono sorte su sollecitazione (talora per iniziativa) di Centri di Sterilità, con i quali tendono a conservare legami intimi e privilegiati. Al quarto posto, la buona fama di un ospedale prestigioso; al quinto il consiglio di un amico, che ha avuto esperienze personali in questo campo. Poi le informazioni che si possono ottenere dalle società mediche o su Internet. Al settimo posto, la ricerca diretta di un indirizzo sulle pagine gialle. All'ultimo le informazioni fornite dai giornali e dalla televisione: ciò non perché siano tutte inattendibili, ma perché non è possibile discriminare tra informazioni corrette e propaganda personale, neppure tenendo conto del prestigio di chi le comunica.

Dobbiamo ammettere che il valore di questa formula non è straordinario. I medici, per esempio, sono raramente imparziali e soffrono di campanilismo, le società mediche sono in lotta perenne tra loro e si calunniano vicendevolmente e tutta la medicina della riproduzione è difficile da decifrare, anche per gli occhi di un esperto. Bisogna solo sperare che in avvenire l'Italia si comporti come altri paesi nei quali l'attività dei medici è resa pubblica persino nei dettagli e un cittadino che voglia farsi operare, ad esempio, di calcolosi biliare, può sapere in buon anticipo qual è il chirurgo che fa più interventi, come li fa e con quali risultati. L'istituzione di un registro generale delle fecondazioni assistite, del quale si discute inutilmente da anni, potrebbe rappresentare di per sé un passo avanti significativo sulla via della trasparenza.

Bisogna comunque ammettere che l'esperienza italiana, a questo proposito, ha ben poco di positivo. È difficile che le coppie trovino quello che cercano, o per lo meno che lo trovino subito. Qualche volta la colpa è del medico che è stato inferiore alle attese; qualche volta è stata la coppia a pretendere cose che non erano disponibili in alcun luogo; qualche volta c'è stata un po' di responsabilità da entrambe le parti. In ogni caso le coppie sterili, in Italia, si caratterizzano per una particolare tendenza a viaggiare da una struttura all'altra portando con sé ricordi prevalentemente sgradevoli delle esperienze fatte.

Alcune di queste coppie diventano addirittura delle mine vaganti: cariche di delusione (e talora persino di rancore) si presentano ai nuovi centri sempre più sospettose e critiche, instaurando spesso, sin dall'esordio, rapporti molto difficili con i medici che le accolgono e scatenando in essi reazioni di difesa. Si può intuire di qui l'importanza della presenza, nelle strutture che si occupano di terapia della sterilità, di uno psicologo, al quale dovrebbe essere assegnato – tra gli altri – anche il compito di rendere i rapporti iniziali tra medico e paziente più sereni e, perciò, più utili.

Noi abbiamo molto ragionato su cosa dovrebbero ricordare le coppie che stanno per scegliere o hanno appena scelto un medico cui affidarsi per risolvere un problema di sterilità. Ne è venuto fuori (casualmente) un decalogo che sottoponiamo ai lettori; in analogia abbiamo preparato anche una serie di consigli per i medici che siedono dall'altra parte del tavolo, nella speranza che il nostro sforzo venga interpretato per quello che vuol essere – l'apertura di un dialogo – e non come un atto di presunzione.

Cose che dovrebbero ricordare le coppie che stanno facendo indagini o terapie per sterilità.

1. La scelta di un medico curante dovrebbe richiedere almeno il tempo e le attenzioni che si dedicano alla scelta di una nuova automobile.
2. Né nella scelta del medico né in quella dell'automobile dovrebbe aver peso l'opinione di un tale incontrato casualmente in treno (né quella di un conduttore di spettacoli televisivi).

3. L'amore reciproco è comunque un patrimonio sul quale si può contare. Non è bene dilapidarlo per nessuna ragione, neppure quando è in ballo una cosa così importante come la ricerca di un figlio.

4. Il medico tende ad adattarsi alle caratteristiche della coppia: è un po' più gentile con le coppie gentili, parla un po' di più con le coppie che parlano di più. È bene sfruttare questa sua tendenza, senza bisogno di eleggerlo a proprio padre e confidente.

5. Anche se ha l'ambulatorio pieno di gente, il medico sa bene che è suo preciso dovere informare e fornire chiarimenti su tutte le scelte che sono state fatte durante l'incontro. Se non lo fa spontaneamente, è sufficiente ricordarglielo.

6. Le proposte del medico dovrebbero sempre essere discusse con qualcuno: l'ideale sarebbe quello di discuterle con il proprio medico di famiglia.

7. Le strutture pubbliche, ospedaliere o universitarie, presentano una serie di inconvenienti abbastanza comuni: gli ambulatori sono sciatti; i medici frettolosi, quasi sempre in ritardo; le infermiere talora brusche, sempre indaffarate. I pazienti dovrebbero sopportare alcuni di questi difetti, anche tenendo conto delle difficili condizioni nelle quali, molto spesso, il personale medico e paramedico è costretto a lavorare. Ma, come dicevano i latini, sunt limina certa, ci sono limiti precisi oltre i quali il paziente deve chiedere un appuntamento al responsabile del servizio (che glielo dà, oh se glielo dà!) per chiedere tranquillamente spiegazioni.

8. Può capitare, anche se raramente, che i pazienti abbiano la sensazione che qualcosa non vada per il verso giusto; talora possono persino ritenere di essere stati imbrogliati; il referente, in questi casi, è il direttore sanitario degli ospedali e dei centri privati o l'Ordine dei medici.

9. Tutte le terapie della sterilità hanno alte percentuali di fallimento; impegnare troppo di se stessi in ogni singolo ciclo di trattamento vuol dire esporsi a una delusione che potrebbe portarsi via un po' di cuore dal petto e un po' di voglia di continuare. Anche se può sembrare disumano chiederlo, bisogna che i pazienti riescano a mantenere un po' di distacco nei confronti di ciò che stanno facendo.

10. Ogni convoglio ha la velocità della nave più lenta; ogni coppia ha (o meglio, dovrebbe avere) la disponibilità della persona meno motivata.

Ecco invece cosa dovrebbe ricordare un medico che si occupa di sterilità quando incontra una coppia che non riesce ad avere figli.

1. La maggior parte delle coppie non è sterile, ma ipofertile.

2. La frase che ha fatto fare il numero maggiore di brutte figure ai medici è: «Mi dispiace, ma non potete avere figli».

3. La maggior parte delle coppie che desiderano avere figli si informa in tutti i modi possibili: legge riviste, libri di divulgazione, giornali. Malgrado ciò, pochissime coppie hanno idee veramente chiare sui problemi della biologia della riproduzione. L'incontro con il medico è il momento giusto per un'informazione puntuale e corretta.
4. Esiste un linguaggio giusto per ogni coppia, basta scoprirlo. Perciò, le prime domande del medico non debbono essere rivolte a capire il problema clinico, ma a capire il problema umano e a stabilire un rapporto di comunicazione utile.
5. Nella storia di ogni coppia ci sono medici curanti che, evidentemente, non hanno risolto il problema e sono stati abbandonati. Non è assolutamente detto, però, che questi medici siano stati incapaci e che del loro lavoro non si debba tener conto.
6. Di ogni proposta, in campo diagnostico o terapeutico, si debbono spiegare le motivazioni; di ogni diagnosi e di ogni terapia si debbono esporre, in dettaglio, le caratteristiche. Finite le spiegazioni, bisogna accertare che siano state comprese.
7. Un medico può essere assolutamente convinto della correttezza delle sue proposte; il paziente ha il diritto di essere informato anche sulle proposte alternative, quelle che al medico non piacciono.
8. Molte coppie arrivano al nuovo medico dopo lunghe, brutte esperienze, e tendono a dimostrarsi irritabili e sospettose. Prima di ricambiare l'irritazione, conviene affrontare correttamente il problema senza comunque dimenticare che dietro a questi atteggiamenti ci sono sofferenza e dolore.
9. Le terapie della sterilità non fanno miracoli, anzi determinano più delusioni che successi. Di questo i pazienti debbono essere informati, e non è detto che un freddo elenco di cifre percentuali sia sufficiente a spiegarlo.
10. Tra il ruolo del "medico paternalista" e quello del "tecnico distaccato", figure certamente poco gradevoli, esistono almeno cento modi buoni di interpretare il proprio ruolo e di fare il proprio mestiere con correttezza.

La maggior parte delle coppie, interrogate al riguardo, dichiara che le qualità che desidera trovare nel medico che sta per incontrare sono, nell'ordine, la sincerità, la competenza e la chiarezza. Vedremo ora cosa significa mostrarsi sinceri, dimostrare la propria competenza e ragionare con chiarezza, non senza però aver prima sottolineato la particolarità della scelta che, in modo abbastanza incoerente, riconosce alla sincerità un ruolo maggiore di quello assegnato alla competenza. È probabile che ciò sia dovuto al fatto che una certa dose di competenza viene comunque riconosciuta al medico prescelto, così come una certa quantità di insincerità viene assegnata alla categoria dei medici che si occupano di fecondazioni assistite. È il risultato inevitabile di una particolare tendenza alla commercializzazione di cui questa specialità ha sofferto e che ha reso piuttosto paludoso tutto il terreno nel quale anche i medici più seri e onesti sono costretti a camminare. In altri termini, visto che in Italia mancano leggi, controlli e verifiche e che tutti possono dichiarare quello che vogliono, è lecito sospettare che qualcuno ne approfitti. E la coppia, prima ancora di sapere se il medico è bravo, vuole capire se è onesto.

La prima cosa sulla quale si cimenta la sincerità del medico riguarda i risultati delle terapie che sta per proporre. Si tratta di un problema apparentemente semplice, in effetti molto complesso, sul quale cercheremo di fare chiarezza.

■ I risultati

A prima vista parrebbe elementare identificare l'efficienza di un trattamento con la percentuale di gravidanze ottenute successivamente ad esso.

E qui cominciano le prime difficoltà, perché questo concetto presuppone che le probabilità di gravidanza, senza quello specifico intervento, sarebbero state uguali a zero o molto vicine a zero.

Questa situazione, in effetti, è applicabile solo ad alcune condizioni cliniche (per esempio: le tube sono state rimosse chirurgicamente o sono certamente impervie). In realtà la maggior parte delle coppie che iniziano un percorso diagnostico-terapeutico nei nostri centri, non è "sterile" ma è piuttosto definibile come "subfertile"; in altre parole il suo problema consiste in una diminuzione (anche notevole, ma non totale) delle probabilità mensili di concepire. Per esempio, le pazienti con sterilità idiopatica in lista di attesa per la GIFT hanno una probabilità valutabile tra il 3,5% e il 4% di restare gravide per ogni anno in cui attendono di essere chiamate.

Quindi non si può affermare che le gravidanze insorte dopo un qualsiasi trattamento non si sarebbero verificate senza di esso. Se volessimo valutare la reale efficacia di un trattamento in condizioni di subfertilità, dovremmo condurre studi randomizzati con gruppi di controllo non trattati: indagini di questo tipo, praticamente, non esistono e la letteratura è invece costellata di esperienze con debole disegno sperimentale, senza gruppi di controllo. Se ne deve dedurre che i calcoli dei risultati delle fecondazioni assistite sono viziati da un errore di partenza molto elevato.

Secondo problema: è praticamente impossibile confrontare o raggruppare i risultati dei vari centri di ricerca per la quasi costante eterogeneità dei gruppi di pazienti esaminati (diversi per età, diagnosi, durata della sterilità, terapie precedenti). Ciò costituisce un labilissimo sistema matematico (nel quale spesso non esiste una variabile indipendente) capace di generare, nell'ambito della moderna indicazione terapeutica, risultati così dissimili e così poco riproducibili da non consentire un'attendibile valutazione della reale efficacia di una determinata tecnica.

Terzo errore che condiziona il calcolo dei risultati in partenza è dato dalla mancata applicazione delle più comuni formule di valutazione statistica alla maggior parte delle casistiche; questa mancata applicazione, del resto, è molto spesso inevitabile, poiché i gruppi che dovrebbero essere considerati per l'analisi sono numericamente insufficienti e non possono essere valutati statisticamente.

Ulteriore problema. Anche dimenticando quanto abbiamo detto sino a ora, è possibile identificare le variabili più importanti e significative – quelle che esprimono nel modo più corretto l'efficacia del metodo – da mettere in rapporto tra loro, ovvero da porre al numeratore e al denominatore?

Il punto è particolarmente importante, perché l'attendibilità del dato che ne risulta, che in fondo è il biglietto da visita per i pazienti, dipende in gran parte dalla correttezza delle scelte fatte. Alcuni anni or sono, un giornalista francese pubblicò, su una rivista mensile che si chiama "La recherche", un'indagine molto critica sul problema dei risultati e su come questi risultati vengono calcolati e resi pubblici. Da questa indagine risultava, senza ombra di dubbio, che nella quasi totalità dei casi i centri riferiscono di aver ottenuto risultati molto al di sopra di quelli reali; che in alcuni casi non si tratta di esagerazioni, ma di vere e proprie menzogne; che comunque c'è sempre qualcosa di poco chiaro e di ambiguo, quale che sia la fonte delle informazioni, che fa considerare con sospetto i risultati complessivi delle fecondazioni assistite, così come vengono resi pubblici dai medici o dai centri.

Vediamo se è possibile chiarire bene questo punto. Ci sono molti modi per calcolare la percentuale di successi ottenuti così come ci sono molti modi per calcolare sia il numeratore che il denominatore. La definizione del numeratore dovrebbe essere la più semplice, perché generalmente si identifica con la gravidanza. In realtà non è detto che questo sia né giusto né facile. Se la diagnosi di gravidanza è affidata alla determinazione della ,HCG fatta due settimane dopo l'intervento, e se è questo il numero che mettiamo al numeratore, abbiamo già commesso un grossolano errore, perché abbiamo considerato gravide anche donne che in effetti non lo sono: è infatti possibile che abbiamo semplicemente colto il segnale endocrino derivato dalla somministrazione (fatta 14 giorni prima) di ,HCG. Di conseguenza, ci vanteremo di aver ottenuto un numero di gravidanze molto più alto del reale. Può poi accadere che anche la seconda prova di gravidanza sia positiva e che i valori siano più alti dei precedenti; ma l'ecografia non mostrerà l'esistenza di una camera gestazionale e poi rapidamente la ,HCG tornerà a zero. C'è stata una gravidanza, sì, ma niente di più di quella che i ginecologi chiamano "gravidanza chimica": il più piccolo e il più insignificante dei successi. Deve essere calcolato? Secondo noi e secondo la maggior parte dei tecnici, no.

Dunque siamo già arrivati a una definizione limitativa del concetto di numeratore e se vorremo tener conto delle gravidanze, per lo meno dovremo attenerci a questi principi: è gravidanza se c'è un valore elevato di ,HCG dopo 12-15 giorni dal transfer, seguito da un secondo valore in crescita e dal reperto di un sacco gestazionale ecograficamente evidente a 4 settimane dal transfer.

Ma è corretto che al numeratore (e, quindi, come espressione di risultato positivo e di successo ottenuto) noi mettiamo il numero di gravidanze, anche così calcolato? Per molti medici non lo è, vista soprattutto l'elevata percentuale di aborti e tenuto conto del fatto che qualche bambino è anche destinato a morire perché nasce troppo piccolo. Di qui il consiglio di mettere al numeratore il numero di gravidanze giunte al secondo trimestre, o addirittura il numero di bambini nati vivi o persino quello dei bambini vivi e sani al primo anno di vita. In effetti, questo criterio di tener conto solo dei "bambini in braccio" non è privo di ragione. Le nostre pazienti non si sottopongono ai trattamenti per avere una gravidanza, ma per avere un figlio, e queste sono due cose molto, molto diverse.

L'indice da mettere al denominatore non è meno problematico, poiché le informazioni che ne derivano possono influenzare i pazienti in modo straordinariamente diverso. Un'insufficiente chiarezza su questo indice può essere intenzionalmente usata per pubblicizzare risultati apparentemente migliori di quanto non siano in realtà. Il denominatore può infatti tener conto di tutte le coppie che il centro decide di accettare per il trattamento, o può restringersi progressivamente al numero di pazienti che arrivano ai successivi livelli che il ciclo terapeutico prevede. Vediamo come ciò modifica i risultati.

Usiamo per il calcolo i dati dell'American Fertility Society. Ammettiamo che un qualsiasi centro abbia ammesso ai trattamenti 100 coppie. Ciò significa che ha eseguito esami, fatto indagini, preso informazioni e poi deciso che tutte quelle 100 coppie sono adatte alla terapia. Si cominciano le stimolazioni e, progressivamente, 15 di queste 100 coppie debbono essere scartate, cioè in 15 casi la terapia viene abbandonata: alcune donne non rispondono agli stimoli, ci sono casi di luteinizzazione dei follicoli, in alcuni casi un controllo del liquido seminale risulta peggiore di quanto si pensava, in un caso la paziente ha frainteso e ha sbagliato la terapia, una coppia ha cambiato idea e così via. Solo 85 donne arrivano al prelievo ovocitario, che riesce solo in 77 di loro: nelle altre, ci sono ostacoli, problemi di anestesia, una crisi isterica ecc. In 67 di queste 77 donne si ottengono preembrioni validi per il trasferimento in utero: negli altri casi non c'è fertilizzazione o comunque i preembrioni non sono adeguati. In 20 casi c'è una prova di gravidanza positiva; 13 donne iniziano la gravidanza vera e propria; nascono 9 bambini sani.

Abbiamo preso a bella posta una casistica brutta e pessimista, per dimostrare come si possa giocare coi numeri. Se infatti consideriamo al denominatore tutte le 100 donne (perché non dovremmo? In fondo le abbiamo accettate, abbiamo detto loro che potevano affrontare il ciclo di trattamento) e al numeratore mettiamo solo i 9 bambini nati, la percentuale di successo è del 9%; ma è del 13% se consideriamo le gravidanze in evoluzione e del 20% se teniamo conto delle "gravidanze chimiche". E se teniamo conto solo delle 85 donne arrivate al prelievo degli ovociti, i numeri cambiano e divengono 9/85, 13/85, 20/85; e se, per farla breve, consideriamo solo i trasferimenti di embrioni, ecco che le cifre cambiano ancora una volta e i risultati possono essere pari a 9/67, 13/67, 20/67.

Ne deriva una tabella molto interessante, che vi sottoponiamo.

Al denominatore: Tutte le coppie Solo i prelievi degli ovociti Solo i trasferimenti degli embrioni

Al numeratore:

Gravidanze chimiche	20%	23%	29%
Gravidanze in evoluzione	13%	15%	19%
Bambini nati vivi	9%	10%	13%

Ci sembra che l'interesse dei dati che la tabella contiene giustifichi quel po' di lavoro di aritmetica che vi abbiamo costretto a fare. Perché la tabella afferma che, senza mentire o meglio ancora senza poter essere accusati di menzogna e utilizzando esattamente gli stessi dati, due diversi operatori possono affermare che i successi percentuali delle loro fecondazioni assistite si limitano al 9% o raggiungono il 29%.

Nella rivista che abbiamo prima citato, in effetti, si facevano affermazioni molto più gravi e si accusava in modo molto esplicito i medici di alterare i loro risultati. Ci ha colpito molto un esempio, riportato dall'autore dell'articolo con nomi e indirizzi dei protagonisti. Una giornalista canadese telefona ad alcuni centri del suo paese per avere informazioni sui risultati delle fecondazioni assistite; parla con persone evidentemente responsabili che la informano con cortesia e precisione. A scopo di controllo, la stessa giornalista si reca a far visita ai singoli centri; anche questa volta è ricevuta con cortesia e informata con precisione. Nel primo centro, che aveva dichiarato al telefono di avere il 15% di gravidanze, scopre che in effetti non si eseguono fecondazioni assistite, ma che si prevede di iniziare in tempi brevi. La giornalista contesta allora la percentuale di gravidanze che le è stata fornita al telefono. «Ma questa è la percentuale media riportata dalla letteratura» le rispondono. «Non vediamo perché non dovremmo avere gli stessi risultati degli altri».

È quindi importante che le coppie siano messe in condizione di controllare quello che viene loro detto, di capire cosa stia dietro ai numeri, di gestire al meglio il problema delle scelte (quale protocollo? quale tecnica? quale medico? quale centro?) in un terreno che si sta facendo sempre più paludoso e infido.

In un piccolo libro bianco che la SIFES (Società italiana di Fertilità e Sterilità) ha pubblicato recentemente sulla fecondazione assistita, si riportano i trucchi più frequentemente utilizzati dai ricercatori meno scrupolosi per reclamizzare i propri dati. A questo scopo:

- si includono nelle casistiche le gravidanze chimiche;
- si selezionano le fasi di attività clinica più favorevoli, non calcolando i risultati di quelle meno produttive;
- si usa il denominatore che fornisce la percentuale più elevata di gravidanze, senza precisare che in ogni fase della fecondazione assistita esiste un tasso di drop-out (cioè di cicli interrotti);
- si calcola la percentuale di gravidanze selezionando le pazienti con maggiore probabilità di concepire.

Nello stesso libro bianco si suggerisce di calcolare i risultati dei trattamenti mettendo al numeratore il numero di pazienti arrivate al prelievo degli ovociti (che include gli eventuali fallimenti del recupero degli ovociti e della loro fecondazione) e di mettere al denominatore il numero di bambini vivi e sani al primo anno di vita.

Siamo convinti della correttezza teorica di questo sistema di valutazione, ma ci siamo dovuti convincere delle grandi difficoltà che sorgono quando si cerca di avere informazioni sull'esito delle gravidanze, sul tipo di parto e, peggio, sulla salute dei bambini a distanza dal parto. Abbiamo già detto che la maggior parte delle pazienti viene da lontano e che la maggior parte di esse, una volta riportato a casa il risultato della propria gravidanza, tende a mantenere con i centri solo rapporti casuali.

Per questa ragione, il nostro parere è che ogni centro dovrebbe tenere esposti negli ambulatori tutti i dati relativi alle fecondazioni assistite eseguite nell'anno precedente terminando la raccolta dei dati con la valutazione della normalità delle gravidanze in evoluzione (la maggior parte delle nostre informazioni concerne gravidanze giunte alla 10-12^a settimana). Per altre informazioni possono essere svolte indagini-campione su numeri ristretti.

I casi debbono essere inclusi tutti senza eccezioni nella casistica, che deve riportare sia numeri che percentuali; debbono essere redatte tabelle riassuntive che riguardano il complesso dei dati e tabelle analitiche che considerano separatamente i gruppi di età principali delle donne (fino ai 34 anni; dai 34 ai 38; oltre i 38).

Per non confondere troppo i lettori, è bene che al denominatore compaia solo un dato, quello delle gravidanze in evoluzione; cosa il centro intenda per gravidanze in evoluzione deve essere ben chiaramente illustrato.

I dati al numeratore possono invece essere tre: il primo deve indicare il numero complessivo di coppie ammesse al trattamento; il secondo, il numero dei prelievi ovocitari; il terzo, il numero di trasferimenti di embrioni. In questo modo il lettore si troverà di fronte a tre percentuali di gravidanze: la prima più bassa delle altre due; la seconda e la terza non molto diverse, con la terza più alta di tutte. Non vogliamo confondere troppo le idee dei lettori, ma già il confronto tra queste percentuali può fornire informazioni utili per capire come lavora il centro. Per esempio, se la prima percentuale è molto bassa e comunque molto più bassa delle altre, è probabile che il centro non opponga un filtro accettabile e faccia iniziare il trattamento anche a molte coppie che con un po' più di attenzione avrebbero dovuto essere escluse. Anche le altre percentuali di gravidanza possono essere utili per capire con chi si ha a che fare, ma il discorso diventa troppo tecnico e troppo complesso e conviene affrontarlo con un esperto.

Oltre alla suddivisione in classi di età, è opportuno che le tabelle informino in dettaglio sui risultati ottenuti nelle donne di oltre 43 anni, per far ben capire alle coppie come, dopo questo limite di età, divenga davvero difficile la ricerca di un figlio con le fecondazioni assistite; tra l'altro 43 anni è l'età limite, oltre la quale in molti paesi neppure i centri privati (logicamente sensibili a questi problemi in modo diverso da quelli pubblici) accettano di eseguire trattamenti.

■ Le complicazioni possibili

Debbono poi essere riportati in tutte le tabelle: la percentuale e i tipi di gravidanza multipla; gli aborti; le iperstimolazioni; le eventuali complicazioni degli interventi. Se esiste una casistica sufficiente, debbono essere riportati i dati relativi alla patologia perinatale e alle malconformazioni. Nei documenti del consenso informato che i pazienti sono poi sollecitati a firmare, sarebbe opportuno inserire una nota che specifichi che le tabelle accluse rappresentano realmente i risultati ottenuti dal centro e che i registri del centro sono comunque disponibili per ogni eventuale controllo, fatta salva la necessità di mantenere l'anonimato previsto dalla legge.

Esistono alcuni argomenti (esemplare è quello delle gravidanze multiple) che meritano un approfondimento. Infatti, la coppia cui viene fatta menzione del "rischio" di una gravidanza multipla, anzitutto non riesce a capire la parola rischio, in secondo luogo interpreta tutto immaginando una fila di rosei e teneri pargoletti sorridenti, tutti in gioiosa attesa del biberon tra le acclamazioni festanti dei parenti. Purtroppo non è così. Una gravidanza multipla (diciamo dalla trigemina in su, ma anche la gravidanza gemellare ha i suoi problemi) è causa di un significativo aumento di rischio sia per il bambino (aborti, morti endouterine, malconformazioni, prematurità, iposviluppo) che per la madre (diabete metagraidico, gestosi, ipertensione, interventi chirurgici, distacchi di placenta e placenta previa). Ne consegue che le gravidanze multiple sono una grave complicazione della cura della sterilità, complicazione che per fortuna può essere evitata con un minimo di buon senso clinico. Una gravidanza con molti feti è dunque il risultato di un grossolano errore del medico (e solo molto raramente di una disubbidienza dei pazienti che hanno avuto rapporti completi pur essendo stati sconsigliati a farlo), un errore che può essere superato solo con un intervento di aborto selettivo che molte coppie trovano moralmente ripugnante.

Qualche confusione sui risultati delle terapie della sterilità è determinata anche dalla consultazione su Internet, nella quale sono riportati i risultati ottenuti nei centri degli Stati Uniti, a prima vista di gran lunga migliori di quelli registrati in Italia e in Europa. Questa discrepanza merita una breve considerazione. I medici americani sono notoriamente ossessionati dalla necessità di aver successo, in tutte le cose che fanno, perché la loro carriera, il loro prestigio o anche solo la loro fortuna economica dipendono soprattutto e in modo diretto dai risultati conseguiti. Per questa ragione le terapie della sterilità vengono fatte con grande determinazione, senza risparmiare né stimoli né rischi. Si preferisce comunque correre il rischio di una gravidanza multipla – cui si pone rimedio con una riduzione selettiva del numero di embrioni – ad un fallimento parziale. Inoltre, le coppie sono generalmente assicurate solo parzialmente per la sterilità (nel senso che le case di assicurazione pagano solo uno o due trattamenti) per cui diviene essenziale che i risultati si conseguano in tempi brevi. C'è, in questo momento, negli Stati Uniti un tentativo di revisione critica dei comportamenti, promosso dalla necessità di diminuire il numero di gravidanze plurime, ma non abbiamo l'impressione che le critiche in questo campo vengano correttamente recepite.

A questo proposito è molto importante sottolineare che, per misteriose ragioni, molte coppie di pazienti non sembrano interessate alle informazioni relative ai possibili danni che le terapie della sterilità possono determinare (e non solo le terapie: anche alcuni approcci diagnostici possono essere pericolosi per la salute e per la vita), ragione per cui anche questo tema deve essere discusso nei dettagli, in modo semplice e onesto.

È possibile che le coppie non siano particolarmente attente a questo punto perché non riescono neppure a concepire come una terapia che riguarda una cosa tanto fisiologica come la gravidanza possa essere portatrice di elementi di rischio. Questa disattenzione non è né totale né costante. Un certo numero di coppie, ad esempio, prova sospetto e paura per tutte le manipolazioni della medicina e tende a concentrare la conversazione su questo punto: cosa accadrà al mio corpo, cosa accadrà al corpo del bambino, come conseguenza di stimoli non fisiologici o per esserci affidati ai vostri laboratori? Inoltre, stampa e televisione riferiscono, di tanto in tanto, di possibili conseguenze negative delle terapie della sterilità, spesso senza saper distinguere tra sospetti e certezze. Accadde così, nel lontano 1994, che furono riportate le conclusioni di due indagini epidemiologiche secondo le quali ripetute stimolazioni ovariche – del tipo di quelle che vengono sistematicamente eseguite sia nell'induzione dell'ovulazione semplice che nelle fecondazioni assistite – aumentano significativamente il rischio di comparsa di tumori maligni dell'ovaio. Come è naturale, queste informazioni crearono panico tra le pazienti e scompiglio nel mondo medico. Furono necessari almeno due anni di controlli accurati – dei registri tumorali, dei follow-up delle pazienti trattate – per poter smentire queste previsioni, dovute anche al pessimo progetto di ricerca al quale le due ricercatrici si erano affidate. Malgrado le molte smentite, echi di queste paure si ritrovano ancor oggi nei pazienti e i medici hanno il dovere di eliminare questi timori, spiegando con calma come si deve fare una ricerca epidemiologica e come invece quelle ricerche epidemiologiche furono fatte.

C'è sempre stata discussione in merito alla completezza delle informazioni relative ai possibili effetti collaterali dei trattamenti medici e chirurgici, e molti medici non sono d'accordo sull'opportunità di descrivere in dettaglio anche le più improbabili conseguenze negative dei vari accertamenti e delle differenti tecniche: il rischio, ritengono questi specialisti, è che alla fine il paziente non sappia più distinguere tra quello che è probabile e quello che è stato descritto nella letteratura internazionale una sola volta negli ultimi 10 anni, ricavando dal colloquio soltanto l'impressione di un rischio enorme, considerato il lunghissimo elenco delle complicazioni possibili. Perché è ben vero (è successo ed è riportato nella letteratura medica) che la lampada scialitica della sala operatoria può abbattersi con conseguenze deleterie sull'operatore e sulla sua paziente, ma a noi francamente non è mai accaduto niente di simile né conosciamo medici che siano passati attraverso questa sconvolgente esperienza. È evidente che il problema deve essere affidato al buon senso e tra chi non direbbe quasi tutto e chi vorrebbe leggere ai pazienti l'enciclopedia medico-chirurgica esistono mediazioni possibili e sagge. Oltretutto la quantità delle informazioni da fornire deve cambiare in rapporto alla disponibilità dei pazienti di riceverle e non tutte le persone, prima di sottoporsi a un trattamento medico, desiderano avere informazioni dettagliate. Per queste ragioni molti medici si sono orientati nel senso di preparare piccoli manuali di informazione che possono essere letti in tempi ragionevoli e usano spiegare verbalmente ai pazienti solo quelle parti che ritengono importanti.

Bisogna ricordare poi che vent'anni di esperienza clinica hanno ridotto in modo significativo l'incidenza delle principali complicazioni. Ad esempio, negli anni Ottanta e nella prima parte degli anni Novanta erano relativamente frequenti le iperstimolazioni ovariche, una sindrome complessa e pericolosa che oggi si vede piuttosto raramente e che si riscontra soprattutto nelle donne molto giovani e nelle ragazze affette da iperandrogenismi ovarici. Non è invece cambiata una delle caratteristiche più sfavorevoli dei trattamenti della sterilità, che è quella di avere percentuali di successo piuttosto basse. Poiché ciò determina una grande quantità di delusioni e poiché le delusioni non sono innocue, ma possono indurre una notevole sofferenza in chi le prova, secondo il nostro parere il medico le dovrebbe descrivere ai pazienti come le complicazioni più probabili e frequenti.

■ Spiegare e capire

Una buona parte del colloquio deve naturalmente vertere sui problemi clinici, da affrontare secondo prospettive che possono essere notevolmente diverse.

Esistono anzitutto casi in cui la diagnosi è già stata fatta in precedenza, senza possibilità di errore: si tratta di stabilire quali sono le terapie possibili e di discuterne vantaggi e svantaggi.

Altre volte, i medici non sono arrivati a una conclusione definitiva: in questi casi si tratta di esaminare gli esami che sono stati eseguiti e discutere dell'opportunità di farne di ulteriori o di considerare il problema diagnostico privo di soluzioni possibili, suggerendo le possibili vie terapeutiche.

Altre volte ancora, il problema posto dalla coppia non è di competenza specifica del medico che è stato consultato: un ginecologo può considerare un difetto andrologico al di fuori della propria portata, e un ginecologo e un andrologo possono aver bisogno del parere di un genetista, o di un altro specialista.

Consideriamo separatamente questi tre punti.

I casi in cui la coppia arriva al medico sapendo già perfettamente quali sono le cause della sua sterilità sono certamente frequenti: qualche volta si tratta di cause che possono essere risolte in un unico modo (o non possono essere risolte); qualche volta le soluzioni possibili sono più d'una.

Una donna operata di asportazione di entrambe le tube o un uomo azoospermico per un problema genetico (ad esempio, una sindrome di Klinefelter) propongono problemi semplici: l'unico modo di avere un figlio per la donna è una fecondazione in vitro, mentre l'uomo azoospermico non potrà mai avere figli e al massimo lui e la moglie potranno chiedere una donazione di seme. Ma molti altri casi sono meno nitidi, meno netti, e propongono quesiti complessi, non sempre di facile soluzione.

È il caso, ad esempio, delle donne cui la sterilità è determinata da danni tubarici non particolarmente severi: oltre alla fecondazione in vitro, una possibile soluzione di questi problemi può essere riconosciuta nella microchirurgia tubarica, della quale il medico dovrà spiegare vantaggi e svantaggi, rischi e benefici, successi e insuccessi, con assoluta obiettività. Ed essere completamente obiettivi non è sempre facile, se si considera il fatto che molti medici hanno abbandonato completamente questa chirurgia per dedicarsi alle fecondazioni assistite e che tutti i medici tendono a considerare con qualche disdegno le cose che non fanno o che non fanno più.

Più complicato ancora è il problema delle molte donne che sono entrate in una fase di transizione verso la menopausa e che magari non hanno ancora 30 anni e si sentono tradite dalla natura e dal destino. È molto difficile, in questi casi, capire quando c'è ancora uno spiraglio di speranza e quando questo spiraglio non c'è proprio più.

Un problema altrettanto complesso è quello di stabilire, di fronte ad una condizione di ipofertilità, quale sia il miglior comportamento da assumere. L'ipofertilità è una condizione che non preclude la possibilità di avere un figlio, ma ne diminuisce le probabilità in modo significativo. È la causa di molte sorprese tardive: un uomo con un numero di spermatozoi apparentemente inadeguato, dopo 10 anni di delusioni, finalmente ha un figlio; una donna con una congelazione delle fimbrie tubariche che rimane gravida quando ormai aveva rinunciato alla maternità. Gravidanze che magari arrivano dopo un'adozione o dopo un viaggio a Lourdes e che vengono attribuite all'acquistata serenità dello spirito o a un intervento metafisico.

In queste circostanze il medico deve discutere con i pazienti di molte cose, non tutte facili da capire: della loro età, ad esempio, delle modificazioni cui va incontro nel tempo la fertilità naturale, e dei grandi limiti della medicina. Dovrà esplorare aree della vita di coppia che tutti consideriamo troppo delicate e personali per essere fatte oggetto di consultazione medica e approfondire un'anamnesi sessuologica che è spesso dimenticata: non è infrequente, infatti, scoprire molto tardi che una coppia ha, per le ragioni più diverse, una vita sessuale praticamente inesistente. Avrà bisogno, per farsi comprendere, di ricorrere alle sue piccole virtù. Fa poi parte dello stesso problema la scelta della tecnica da utilizzare una volta che la coppia abbia deciso di non affidarsi al caso: una inseminazione (scarse probabilità di successo, ma anche costi minori e minore invasività) o una fecondazione in vitro (probabilità maggiori ma maggiori anche i costi e le manipolazioni)? Tutti temi che hanno bisogno di descrizioni dettagliate.

In un grande numero di casi, la coppia arriva portando con sé cartelle e borse piene di documenti, ma senza una diagnosi definitiva. Bisogna dunque riesaminare i documenti, rivalutare le interpretazioni che ne sono state date e decidere se c'è qualche altra cosa da fare, e cosa.

Le coppie, se interrogate sulle loro esperienze con i vari medici che hanno consultato, rivelano sempre gli stessi malesseri: i medici non sono mai d'accordo tra loro e parlano sempre male gli uni degli altri; difficilmente un medico prende per buoni gli esami fatti in precedenza e quasi sempre finisce col proporre di nuovi, magari gli stessi con varianti minori.

Sul disaccordo tra i medici, c'è poco da dire: la medicina è empirica, grossolana e fallace ed è comune che lo stesso dato possa trovare interpretazioni diverse. Molto da dire ci sarebbe invece sull'esecrabile vizio di criticare e sparlare: ma si tratta di cose ovvie che possiamo benissimo tralasciare.

È invece necessario ragionare sul perché i protocolli d'indagine nella sterilità di coppia sono così diversi tra loro.

È molto probabile, anzitutto, che questo dipenda da una differente valutazione dello statuto della sterilità. L'Italia, paese cattolico con una medicina prevalentemente cattolica, tende a considerare la sterilità come un disagio, e non come una malattia, sulla base del principio della mancanza di un vero e proprio diritto ad avere figli, che sono doni di Dio. Se è così, occuparsi di un disagio comporta la necessità di valutare con molta cautela il rapporto tra costi e benefici, anche nel campo degli accertamenti diagnostici. Ciò spiega perché la sterilità meccanica femminile viene indagata con strumenti come l'isterosalpingografia che molti ginecologi hanno abbandonato da più di trent'anni per l'enorme quantità di errori (50% di false negatività) che le sono impliciti.

Secondo noi, questo ragionamento va fatto con i pazienti quando si propongono loro indagini più accurate (ma più invasive) come la laparoscopia e la celioscopia. Se ciò non si facesse, i pazienti potrebbero interpretare questo improvviso aumento di aggressività medica come una sorta di accanimento tecnologico e vivere l'eventuale esperienza dell'esame con qualche sofferenza.

Diverso è il caso degli esami (e soprattutto di quelli eseguiti sistematicamente e in gran numero), della cui utilità il medico non è per niente convinto. Qui, come del resto ci sembra naturale, la critica non potrà non emergere, anche se la prudenza e la cortesia del medico potranno sempre contenerla entro termini non fastidiosi.

Un esempio: da molti anni un gran numero di donne, e soprattutto quelle alle quali non è stata diagnosticata una causa specifica di sterilità, vengono sottoposte a cicli di ecografie pelviche, ripetute a volte per mesi e mesi, con il risultato di un impressionante aumento delle diagnosi di anovulatorietà e di insufficienza funzionale del corpo luteo.

In questi casi, l'assenza dell'ovulazione sarebbe da imputare a una mancata deiscenza del follicolo, con luteinizzazione del follicolo "non rotto" e normale produzione di progesterone. Si tratta di una sindrome (LUV: Luteinised Unruptured Follicle) che ebbe qualche fortuna nei libri di endocrinologia 20 anni or sono, per poi sparire e finire tra le cose dimenticate quando si scoprì che si trattava di un evento casuale e sporadico e perciò non di una causa possibile di sterilità. In effetti non c'è ginecologo che non abbia registrato casi e casi di gravidanze iniziate durante cicli che l'ecografia aveva considerato sterili.

Il problema dell'insufficienza luteale non è dissimile, se non per il fatto che coinvolge anche un'analisi del valore e del significato dei dosaggi ormonali. In effetti, per molti anni l'insufficienza luteale è stata considerata una causa frequente sia di sterilità che d'infertilità (cioè di aborto ripetuto). La diagnosi veniva fatta quasi esclusivamente sulla base del dosaggio del progesterone plasmatico e fu molto imbarazzante per ginecologi ed endocrinologi scoprire che la caratteristica della produzione del progesterone è quella di essere pulsatile e che un prelievo unico di sangue non ha alcuna possibilità di informare sulla produzione complessiva dell'ormone. In effetti oggi si ritiene che le insufficienze funzionali del corpo luteo siano rarissime e riguardino solo alcune particolari situazioni endocrine (come le fasi iniziali delle iperprolattinemie).

Dunque, che dire ai numerosissimi casi di sterilità che giungono agli ambulatori medici con la certezza di non aver figli a causa di un'insufficienza luteale o di una luteinizzazione del follicolo (e ancor più sorpresi che addolorati per non aver potuto trovare terapie utili, una volta perfezionata la diagnosi)? Secondo noi, l'enfasi del medico va posta sull'empirismo della medicina e sulla facilità con la quale gli esami strumentali e quelli di laboratorio portano a conclusioni errate, senza responsabilità vera del medico. Forse qualcuno non crederà a questa versione edulcorata dei fatti, ma avrà comunque rispetto per un atteggiamento prudente e non aggressivo del suo nuovo medico (ma poi a cosa serve, in ogni caso, distribuire patenti di incompetenza?).

Questo atteggiamento che vogliamo continuare a definire prudente (anche se sappiamo che qualcuno lo considera ipocrita) è più difficile nei casi in cui l'incompetenza è troppo palese. Un esempio. Durante le indagini sulla sterilità, a moltissime donne viene diagnosticata una iperprolattinemia, cioè una produzione esagerata dell'ormone ipofisario che stimola la produzione del latte. La produzione in eccesso di prolattina, d'abitudine, fa comparire secrezione di latte dal capezzolo e induce l'arresto delle mestruazioni, due cose delle quali la maggior parte di queste pazienti non soffre. Tant'è. Queste donne vengono sottoposte a indagini complesse (inclusa una risonanza magnetica nucleare della sella turcica) e poi affidate a trattamenti cronici con farmaci piuttosto sgradevoli.

Ebbene, più della metà di queste donne non soffre per niente (né ha mai sofferto) di iperprolattinemia. Il problema sta tutto nel fatto che la prolattina è "ormone da stress" e che è sufficiente il prelievo di sangue (o una macchia sospetta sul camice del medico) a causarne un significativo aumento nel circolo, naturalmente destinato a scomparire nel giro di poche ore. Ed è sufficiente eseguire gli accertamenti con alcune precauzioni (le modalità di queste indagini dovrebbero essere note a tutti) per eliminare ogni dubbio.

In ogni caso, l'analisi degli esami eseguiti in precedenza deve essere fatta dai medici con attenzione e rispetto. Sono tutti frutto di esperienze sofferte e sulle quali i pazienti hanno costruito castelli di speranza: non possono essere rimossi dal tavolo con una manata.

■ Competenze specifiche

Una delle virtù del medico – non sappiamo dire se una delle piccole o delle grandi virtù – dovrebbe essere quella della modestia o (forse meglio ancora) dell'umiltà. Un ginecologo non dovrebbe improvvisare o inventare competenze che non ha (e così naturalmente un andrologo, un pediatra o uno psicologo). E questa tentazione – di inventarsi, ad esempio, una competenza in andrologia – è molto frequente e comune, visto che il medico di riferimento di una coppia sterile è quasi sempre il ginecologo e che la metà dei casi di sterilità di coppia è di natura andrologica. Ebbene, crediamo che tutti siano d'accordo sul fatto che non si possono liquidare i problemi andrologici affidandosi a uno spermogramma e utilizzando la scorciatoia di una fecondazione assistita. Ognuno di questi problemi deve essere esaminato con attenzione e da mani competenti ed è sempre importante cercare di migliorare un seme anomalo. Dietro a una sterilità oltretutto si possono nascondere malattie che potrebbero essere diagnosticate e curate per tempo, e ogni disattenzione in questo campo deve essere considerata colpevole. Esiste però una contropartita: l'andrologo deve stabilire, nei tempi più brevi possibili, quali sono le probabilità che il suo paziente torni ad essere spontaneamente fertile. Una prognosi sbagliata, un tentativo terapeutico prolungato per anni, debbono anche essere considerati per il tempo che hanno fatto perdere alla coppia. Nessuno deve mai dimenticare, infatti, che l'efficacia dei trattamenti di procreazione assistita è straordinariamente influenzata dall'età delle donne e che anni d'attesa possono rappresentare la differenza tra successo e fallimento.

■ Donazione di gameti

È forse il momento di parlare di un'altra ragione di dissidio che è sorta tra ginecologi e andrologi, perché di questo confronto è necessario discutere con i pazienti. Si tratta della donazione di gameti maschili, una richiesta attualmente in forte diminuzione ma che è ancora abbastanza alta.

La donazione di gameti maschili viene richiesta soprattutto in due circostanze: la sterilità assoluta, irrecuperabile dell'uomo; l'esistenza di rischi di trasmissione di gravi malattie genetiche. Una terza domanda arriva, ma in misura molto minore, dalle coppie lesbiche.

Le coppie arrivano alla decisione di cercare un figlio attraverso una donazione di seme in molti modi diversi: alla base di ogni scelta deve comunque esistere la percezione che è possibile essere genitori anche senza la trasmissione genetica dei propri caratteri ereditari. Si tratta, in altri termini, di credere in una genitorialità basata sulla promessa di essere presenti, sull'etica della responsabilità, sul principio dell'uguaglianza tra il fondamento biologico e quello sociale e sul riconoscimento, anche giuridico, dell'importanza e della legittimità della derivazione sociale di paternità e maternità.

Ebbene, secondo alcuni si creerebbe una specie di complicità tra ginecologo e donna, tendente a escludere il marito nel momento delle scelte, o addirittura a forzargli la mano, costringendolo ad accettare l'inseminazione della moglie sulla base di un senso di colpa causato dalla coscienza della propria sterilità (una moglie ha diritto ad avere un figlio e io non glielo posso dare: come impedirle dunque di fare scelte diverse?).

Che questo sia possibile, bisogna certamente ammetterlo, anche perché se così non fosse non si spiegherebbero i pentimenti tardivi di alcuni padri "non genetici" dei quali leggiamo sui giornali. Che questo sia frequente, è del tutto improbabile. Del resto, la ricchissima letteratura che riguarda il destino dei bambini nati dopo questa scelta è prevalentemente ottimista, anche condividendo le accuse di ingenuità che vengono fatte alle società mediche che hanno fatto indagini in proposito, restano i dati relativi alla unità delle famiglie e alla serenità dei bambini a deporre in senso positivo.

Ma la coppia che è in procinto di scegliere una donazione di gameti vuole avere risposte su numerosi altri argomenti. Vuole anzitutto avere garanzie sulla salute dei donatori e sentirsi dire che, almeno nei limiti in cui la medicina lo può affermare, i bambini che nasceranno saranno sani. È chiaro che ciò comporta spiegazioni puntuali e precise sulla scelta dei donatori, sui criteri di selezione, sulle garanzie possibili nei riguardi delle malattie infettive e di quelle genetiche. E sarà opportuno spiegare, tra le altre cose, che quello che ciascuno di noi è diventato nella vita lo deve soprattutto, nel bene e nel male, all'educazione ricevuta e mentre sappiamo con certezza che esistono famiglie buone e cattive non abbiamo la minima certezza sulla presenza, nei nostri cromosomi, di geni capaci di effetti anche solo marginalmente simili.

Alcune delle critiche che vengono fatte, soprattutto dai moralisti cattolici, alle inseminazioni con seme di donatore sembrano colpire particolarmente le coppie, che chiedono di discuterne.

La più strana di queste critiche ci sembra quella secondo la quale il fatto di ignorare l'identità del proprio padre potrebbe determinare un aumento significativo del rischio di rapporti incestuosi. Questo rischio è stato calcolato, tenendo conto del fatto che il seme dei donatori non viene più utilizzato dopo che sono state ottenute quattro o cinque gravidanze, ed è risultato assolutamente risibile.

La seconda critica riguarda la possibilità di selezioni eugenetiche del seme, evento assolutamente impossibile visto che le caratteristiche fisiche e biologiche del donatore che possono essere selezionate sono pochissime e comunque molto grossolane (altezza, colore degli occhi e dei capelli, gruppo sanguigno).

La terza critica si riferisce alla possibilità di un aumento di malattie genetiche nei bambini, critica anche questa stupida prima ancora che sbagliata. In effetti, il problema della selezione dei donatori si è posto fin dall'organizzazione delle prime banche del seme. Le prime proposte erano assolutamente contrastanti: alcuni ritenevano giusto imitare la vita e non sottoporre il donatore ad esami di sorta, esattamente come accade a quasi tutti i fidanzati e i mariti; altri ritenevano giusto approfittare dell'occasione per selezionare il seme degli uomini più vicini possibile alla perfezione, sia per le qualità fisiche che morali. Prevalse, come era logico, la via del buon senso, che è quella che tuttora viene seguita. Così, i donatori furono sottoposti a indagini relative all'esistenza delle malattie genetiche e familiari più diffuse, con un protocollo d'esami che si è andato via via ampliando con il progredire delle conoscenze in campo genetico. Ne consegue che, pur senza arrivare ai limiti dell'eugenetica, una certa selezione esiste e vengono evitate le malattie genetiche che hanno una certa diffusione nella popolazione generale.

L'ultima critica alla quale bisogna rispondere riguarda la possibilità che la comparsa di una determinata e inattesa malattia nel bambino esiga la conoscenza dell'assetto genetico paterno, pena l'impossibilità di una terapia efficace. Ma, come tutti dovrebbero sapere, il patrimonio genetico di ciascuno di noi può essere determinato su un qualsiasi campione biologico, come ad esempio una paillette di liquido seminale congelato conservata nella banca del seme con questo specifico scopo. In questo modo non ha più senso costringere i donatori a uscire dall'anonimato, un'imposizione che già in altri paesi ha praticamente segnato la fine delle donazioni.

Sia per quanto risulta dai dati della letteratura che per la nostra personale esperienza, le donazioni dei gameti femminili vengono accettate con maggiore facilità dalle coppie e non si rammentano, a questo proposito, episodi di ricasazione dei bambini da parte delle madri. La spiegazione più semplice e più probabile di questo differente atteggiamento delle coppie sta probabilmente nel fatto che le donne che ricevono una donazione di ovociti fanno comunque un'esperienza di maternità gestazionale, esperienza che la maggior parte di esse definisce "appagante" e che sembra creare, tra loro e il bambino, un rapporto indissolubile.

Anche queste coppie hanno però bisogno di rassicurazioni e di certezze, soprattutto nei confronti del cosiddetto “fantasma della donatrice” e i medici sentono il dovere di cercare di far dissolvere tutti i dubbi, impegno certamente non facile. Bisogna dire che molte donne temono, molto più della trasmissione di malattie, la possibile eredità di caratteri psicologici e di atteggiamenti sociali sfavorevoli (una delle preoccupazioni maggiori riguarda la possibilità che le uova provengano da prostitute) ed esiste una certa resistenza culturale ad accettare il privilegio dell'educazione sulla genetica. È probabile che questa sia la ragione che sollecita molte donne a cercare una donatrice conosciuta (una sorella, o una amica), una scelta nei confronti della quale i medici sono molto perplessi, considerati i dati sconcertanti della letteratura medica sulla frequente tendenza delle madri genetiche a sostituirsi – nei fatti, se non legalmente – alla madri gestazionali.

Resta comunque il fatto che, in ogni caso, l'esperienza dei medici sulla donazione di gameti femminili è molto positiva. La maggior parte delle donne tende a considerare il figlio come interamente proprio e qualcuna arriva a contestare il rilievo che intorno a lei tutti sembrano dare alla componente genetica della genitorialità. Ma di questo abbiamo già lungamente detto.

■ Il congelamento dei gameti e degli embrioni

Ci sono problemi che il medico deve affrontare in termini più complessi di quanto il solo aspetto sanitario comporterebbe. Ci riferiamo soprattutto al problema del congelamento degli embrioni e degli ovociti, sul quale molti pazienti richiedono informazioni di ordine biologico ed etico.

Il congelamento degli embrioni è stato proposto per ovviare alle basse percentuali di successo che sono caratteristiche di tutte le tecniche di procreazione assistita. La produzione di un numero di embrioni superiore a quello necessario per un singolo trasferimento e il congelamento degli embrioni soprannumerari rende infatti possibile, qualora il primo tentativo fallisse, provare più volte senza dover ripetere tutta la procedura della stimolazione ovarica. Inoltre, il congelamento degli embrioni in eccesso consente di poter trasferire un numero di embrioni relativamente basso (non più di 3) in modo da evitare il rischio delle gravidanze multiple. Come conseguenza negativa bisogna però accettare il rischio che gli embrioni soprannumerari vengano abbandonati dalla coppia, se questa ha ottenuto dal primo trasferimento la gravidanza che cercava e non vuole altri figli.

Contro il congelamento degli embrioni si è mosso con molta decisione il magistero cattolico, fondamentalmente ostile a tutte le procedure di fecondazione assistita, ma particolarmente offeso da una tecnica che prevede la soppressione di molti embrioni, cioè di entità biologiche che secondo i bioeticisti cattolici debbono essere considerate persone come noi.

Sullo statuto ontologico dell'embrione esiste un conflitto ideologico che non sembra destinato ad attenuarsi e per il quale non esistono mediazioni. In contrasto con la posizione cattolica, esiste un punto di vista laico che non considera un embrione né un individuo né una persona, e posizioni critiche nei confronti dell'identificazione dell'inizio della vita personale con la fecondazione sono presenti anche all'interno dello stesso mondo cattolico.

Noi non riteniamo che un medico debba essere esperto di bioetica e consideriamo inaccettabile una sua qualsiasi, anche indiretta, ingerenza nelle convinzioni morali e religiose dei pazienti. Questo non vuol dire però che i medici specialisti in sterilità non debbano essere preparati a rispondere ai quesiti che vengono loro posti dai pazienti su argomenti come questo.

Per quanto riguarda la parte biologica, il dialogo tra medico e paziente può essere reso molto difficile dal fatto che non tutto è noto sul destino degli embrioni congelati. Ad esempio, e non è cosa di poco conto, non si conosce il tempo limite di sopravvivenza in azoto liquido, cosa che rende piuttosto discutibili scelte come quelle dell'Inghilterra che impone la distruzione di tutti gli embrioni congelati soprannumerari dopo 5 anni. Esiste inoltre, per quanto riguarda il nostro paese, la possibilità che il congelamento venga vietato per legge e l'ultimo progetto discusso in Parlamento imponeva una "adozione prenatale" da parte di coppie volontarie per tutti gli embrioni congelati considerati abbandonati. È dunque persino possibile che quello che viene detto oggi ai pazienti («gli embrioni congelati sono comunque vostri e sarete voi a stabilirne il destino») venga smentito in un prossimo futuro da una norma di legge. Non sarà comunque facile, in una tale evenienza, stabilire cosa significa "embrione abbandonato". Se con questa espressione si definiscono quegli embrioni ai quali i genitori hanno ufficialmente rinunciato, dichiarando di non essere interessati al loro destino, almeno nel nostro paese i numeri sono veramente esigui (poche centinaia, su un totale di 24.000 embrioni congelati, ben poca cosa rispetto alle cifre rese note dall'Inghilterra, dove gli embrioni congelati soprannumerari sono più di 400.000).

Un tema che deve essere affrontato, quando si parla di crioconservazione, riguarda la possibilità di evitare di congelare embrioni e di congelare, al loro posto, gli ovociti. I vantaggi di questa tecnica sono evidenti: un ovocita è una cellula, sulla cui eventuale distruzione nessuno può porre riserve morali; gli svantaggi sono determinati dal fatto che la percentuale di successi ottenuti con questo metodo è ancora piuttosto bassa e che la tecnica deve essere considerata sperimentale.

In realtà, nessuno voleva far sperimentazione clinica con gli ovociti: la cellula uovo è una cellula molto grande, piena d'acqua, suscettibile quindi di patire molto dei processi di congelamento e di scongelamento. Con buona pace dei pessimisti, la scuola di Bologna ha ottenuto ottimi risultati, ha visto nascere più di 30 bambini e ha aperto la strada ad una sperimentazione più ampia. Migliorando la tecnica, i risultati cominciano ad essere confrontabili con quelli relativi agli embrioni congelati: poco più di 2 bambini per 100 uova contro poco meno di 3 bambini per 100 uova. Trenta bambini, anche se belli e sani, sono però troppo pochi per poter immaginare che la tecnica sia uscita dalla fase sperimentale, cosa che deve essere detta con molta chiarezza ai pazienti.

■ Le indagini genetiche

Con il congelamento degli embrioni la medicina della sterilità ha fornito un nuovo importante strumento diagnostico alla fisiopatologia prenatale, la disciplina che si preoccupa di valutare la salute del bambino in utero, prima della nascita. Si tratta delle tecniche di diagnosi genetica pre-impiantatoria, oggi richieste con sempre maggiore frequenza dalle coppie che sono portatrici di anomalie genetiche e che sanno che queste alterazioni potrebbero trasmettersi ai figli, con gravi rischi per la loro salute e per la qualità della loro vita.

Il problema delle indagini prenatali è tanto attuale quanto complesso. L'anniocentesi, il prelievo dei villi coriali, le indagini ecografiche più sofisticate sono divenuti parte integrante dei normali protocolli diagnostici della gravidanza. Eseguire questi controlli, accertarsi della normalità e della buona salute del proprio bambino prima che nasca risponde anche a un nuovo, diverso atteggiamento delle coppie di fronte alla genitorialità: esse hanno molto ridotto il proprio progetto riproduttivo, ma lo hanno contemporaneamente caricato di un peso un tempo impensabile. Desiderano avere pochi figli, spesso addirittura un figlio solo, ma esigono – dalla medicina, dalla scienza – che questo figlio sia sano. Dunque, la pianificazione è giunta al suo estremo: un figlio sano, perfetto.

Com'è naturale, vista anche la tendenza all'autocompiacimento della disciplina, che sembra un po' troppo soddisfatta dei risultati tecnici raggiunti e poco desiderosa di discuterne i limiti applicativi, si può correre il rischio di una limitazione sempre più estesa di ciò che può essere accettato rispetto a quello che può – o deve – essere rifiutato. Utilizzando criteri eugenetici esclusivamente negativi si è così finito col chiedere interruzioni di gravidanza non solo per le grandi e gravi anomalie, ma anche per quelle minori e che non prevedono alterazioni realmente inaccettabili della qualità della vita.

Ricordiamo come esempio alcune anomalie dei cromosomi sessuali, che hanno come conseguenza il disagio, certamente grave, di una sterilità senza rimedio, ma che non comportano altri difetti certi.

È in questa situazione che la medicina della sterilità ha aggiunto il suo importante contributo, quello di poter eseguire accertamenti diagnostici genetici sull'embrione, prima del suo impianto in utero. Questo può risparmiare a molte donne l'esperienza amarissima dell'aborto provocato, e anche se il magistero cattolico non trova differenze tra la selezione pre-impiantatoria degli embrioni e l'aborto, l'accettazione della grande maggioranza delle donne, anche cattoliche, resta completamente diversa. Quello che va ricordato e sottolineato è il fatto che si tratta di una metodologia che non può essere utilizzata per esperimenti di eugenetica positiva migliorativa. Anche se si tratta di una possibilità del tutto teorica – almeno per il momento – e se si fa eccezione per la selezione del sesso, si tratta di un impiego che il medico deve non solo capire e accettare, ma anche far capire e far accettare agli altri. La strada per far osservare questo impegno è comunque semplice: si tratta di limitare l'esecuzione delle biopsie embrionali ai casi indicati espressamente dai genetisti.

■ L'esito delle gravidanze

Una delle preoccupazioni più comuni delle coppie sterili riguarda la normalità della gravidanza che – se tutto va bene – farà seguito alla cura. Preoccupazione ovvia, anche perché ogni tanto, sui giornali e alla televisione, su questo specifico tema accade di ascoltare pareri discordi. In effetti, la risposta può essere rassicurante, ma non completamente ottimista.

Gli epidemiologi che hanno cercato di capire cosa accade – almeno statisticamente – alle gravidanze iniziate dopo una fecondazione assistita, hanno in effetti registrato un aumento dei decorsi patologici. Sono più frequenti gli aborti, i parti prematuri, i parti distocici, i tagli cesarei, le nascite di bambini di peso inferiore alla norma. È stato detto agli epidemiologi che si tratta di donne un po' più anziane della media, e loro hanno rifatto i calcoli per classe d'età: stessi risultati. I ginecologi, richiesti di spiegare questi dati, non sono stati capaci di dare una risposta.

Noi riteniamo che la causa sia sotto gli occhi di tutti e ci sembra abbastanza strano che nessuno l'abbia ancora vista.

La causa sta nella sterilità: nelle malattie che l'hanno causata, nelle cure fatte, negli accertamenti eseguiti, nelle sofferenze patite. Una donna che è divenuta sterile perché ha usato per qualche anno un contraccettivo intrauterino può avere un endometrio che reagisce e risponde peggio di quanto dovrebbe agli stimoli ormonali. E una donna diventata sterile dopo alcuni aborti può pagare un prezzo agli interventi subiti, che possono aver modificato la capacità dell'utero di portare avanti una gravidanza.

Dunque non si può tranquillizzare completamente la coppia, non è possibile garantirle che andrà tutto bene. Ma è possibile dirle una cosa molto semplice e utile: che cioè, magari dopo qualche paura e qualche sofferenza, la maggior parte delle donne che hanno iniziato una gravidanza dopo una fecondazione assistita va a casa con un bambino in braccio. Il che vuol anche essere, naturalmente, una raccomandazione perché l'igiene della gravidanza sia costantemente rispettata, gli esami siano fatti per tempo e così via.

Qualche coppia si spinge oltre e chiede al medico come sarà il bambino. Naturalmente sarà bello, tutti i bambini lo sono. Per il resto si può prevedere per lui lo stesso destino che attende tutti i bambini troppo desiderati: dormirà troppo a lungo nel letto dei genitori; vedrà troppi specialisti; si ammalerà troppo spesso di malattie psicosomatiche; farà troppe assenze da scuola. Ma sarà un adolescente come gli altri e diventerà un adulto normale, né migliore né peggiore degli altri.

■ Le sperimentazioni

E poi molte coppie chiedono: ma quanto, di quello che fate, è sperimentale? Fino a che punto siete sicuri che, nelle pieghe della vostra attività clinica, non si nascondano brutte sorprese, sorprese che ci mortificheranno un giorno, forse vicino, forse lontano, o che risparmieranno i nostri figli per esplodere, vendicative, nei nostri nipoti?

È una gran brutta domanda e la risposta non può che essere cauta e prudente.

La prima bambina nata da una fecondazione in vitro ha ormai compiuto 23 anni. I bambini dei quali questa tecnica ha consentito la nascita sono centinaia di migliaia e sono stati quasi tutti oggetto di attenzioni particolari. I medici li hanno auscultati, pesati, palpato per anni e continuano a farlo. Per quello che la medicina - o la scienza, se volete - può dire, si tratta di bambini normali.

Quasi 10 anni or sono un medico italiano che lavorava in Belgio inserì direttamente uno spermatozoo all'interno di un ovocita: ottenne così una gravidanza e la nascita di un bambino normale. Questa tecnica - che viene chiamata ICSI - ha rivoluzionato le terapie della sterilità e soprattutto della sterilità maschile: diffusa rapidamente in tutto il mondo, ha consentito la nascita di migliaia di bambini, i più grandi dei quali, oggi, hanno 9 anni.

Quando comparve la prima memoria scientifica relativa alla ICSI, molti medici si dichiararono perplessi. Il fatto che la selezione dello spermatozoo destinato a fecondare l'uovo fosse affidata al biologo - che non può che utilizzare criteri empirici - e non esistesse più una selezione naturale, fece temere che ci sarebbero state brutte sorprese nelle nascite.

Così, per fortuna, non fu; ma l'analisi della prima casistica abbastanza numerosa mise in evidenza un aumento – lieve ma significativo – delle anomalie dei cromosomi sessuali. Si capì che si trattava quasi esclusivamente dei casi in cui la sterilità del padre aveva cause genetiche e poiché si trattava di casi molto rari, la cosa finì lì.

Ma, intervenne qualcuno (e il fatto che si trattasse soprattutto di ricercatori cattolici, ostili a queste tecniche, ci sembra comunque marginale): siete sicuri di poter escludere completamente i rischi genetici?

Vada per i casi in cui gli spermatozoi sono presenti nell'eiaculato, ma quando debbono essere prelevati direttamente dal testicolo, non è forse possibile che la loro immaturità comporti qualche elemento di rischio? E se questo rischio si esprimesse nel tempo, non con un'anomalia genetica specifica, ma con un difetto dell'imprinting genomico destinato a tradursi, nell'età matura, nell'anticipazione di una malattia degenerativa, non sarete forse responsabili di aver eseguito una sperimentazione imprudente e pericolosa?

Non ci sono risposte a questi dubbi e solo il tempo potrà farne giustizia. Certamente il dubbio è così complesso e articolato da sembrare più una maledizione che un'analisi scientifica. Statisticamente, le probabilità che un evento del genere si possa avverare sono remotissime: ma remote che siano, è bene che anche di queste remote possibilità i pazienti siano informati.

Abbiamo riportato questo esempio perché è il più significativo per quanto riguarda il contenuto di sperimentaltà presente tuttora nelle tecniche di fecondazione assistita. Non certamente perché sia l'unico esempio. In questo campo la sperimentazione è quotidiana e comune. È sperimentale il congelamento degli ovociti; sono sperimentali le trasfusioni di ooplasma; tutti i tentativi di migliorare le tecniche sono, necessariamente, sperimentali; e sperimentale è il progetto di conservazione di frammenti ovarici, al quale si affidano le speranze di “metter da parte” la fertilità delle donne trattate per malattie tumorali. Purtroppo, tutta questa parte della medicina non ha alternative, visto che le esperienze sugli animali di laboratorio non servono praticamente a niente.

■ Saper dire di no

E poi arrivano momenti in cui il medico deve dire di no, o deve pensare molto seriamente alla possibilità di farlo.

Sia ben chiaro, un medico non ha il diritto di chiudere la porta in faccia a nessuno, a meno che le cose che gli siano chieste non risultino in contrasto con la legge, la morale e la deontologia. Ma ci sono casi in cui le richieste sono civili e razionali, i pazienti si affidano al suo giudizio e lui deve decidere se spegnere quest'ultima fiammella di speranza, o tenerla accesa ancora un po', perché il tempo la spenga da solo.

I no più difficili e dolorosi sono quelli che dobbiamo dire alle coppie che hanno perso un figlio, un terribile sabato notte, e dopo aver pianto tutte le loro lacrime sono venute a vedere se è possibile, quel figlio, rifarlo, per ricominciare tutto da capo. Ma lei ha 50 anni, ha un utero fibromatoso, non menstrua da 6 mesi e il medico sa che deve dirle di no. Solo che dirle di no è come riaprirle la ferita e farla sanguinare ancora, ricacciarla nel tunnel della sua disperazione. Ma il no bisogna dirlo. Qualcuno sa trovare le parole, qualcuno no. Non sono momenti ai quali si ripensa volentieri, dopo.

Ma bisogna imparare a dire di no. No quando le speranze sono praticamente nulle, quando i rischi sono troppo elevati, quando è sin troppo palese che, in attesa, ci sono solo la delusione e la sconfitta. E, per dire di no, spesso non è neppure sufficiente ricorrere alle proprie piccole virtù, ma è necessario saper condividere la sofferenza degli altri. ———

Bibliografia consultata

- AA. VV. (1993), Modelli di medicina. Crisi e attualità dell'idea di professione, a cura di P. Cattorini, R. Mordaci, Europa Scienze Umane Editrici, Milano.
- AA. VV. (1994), Etica e medicina, a cura di D. von Engelhardt, Guarini e Associati Editori, Milano.
- AA. VV. (1998), Riproduzione a rischio. Aspetti psicologici, sanitari e bioetica, a cura di N. Raviolo, M. Cusimato, Bollati Boringhieri Editore, Torino.
- Abbey A., Andrews F., Halman L. (1994), Infertility and parenthood: does becoming a parent increases well being, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", vol. 62, n. 2.
- Ammanniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R. (1995), Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Amuzu B. (1990), Pregnancy outcome, health of children and family adjustment after donor insemination, in "Obstet. Ginecol."
- Auhagen Stephanos U. (1993), La paura inconscia di un figlio desiderato, Bollati Boringhieri Editore, Torino.
- Bettini M. (1998), Nascere, Giulio Einaudi Editore, Torino.
- Bompiani A. (1992), Bioetica in Italia. Lineamenti e tendenze, Edizioni Devoniene, Bologna.
- Cacciari C., Mutinelli P. (1984), Come si parla di contraccezione. Lo scambio comunicativo tra operatore e utente, in "Quaderni Assessorato Servizi sociali della Regione Emilia Romagna", Bologna.
- Flamigni C. (1994), I laboratori della felicità, Bompiani Editore, Milano.
- ID. (1998), Il libro della procreazione, Mondadori Editore, Milano.
- ID. (2001), Avere un bambino, Mondadori Editore, Milano.
- Frydman R. (1989), L'irresistibile desiderio di nascere, Rizzoli Editore, Milano.
- Graham L.R. (1988), Scienza e valori, Armando Editore, Roma.
- Jones H. (1991), Dalla fede antica all'uomo tecnologico, Società Editrice Il Mulino, Bologna.
- Lamb D. (1995), L'etica alle frontiere della vita, Società Editrice Il Mulino, Bologna.
- Langer M. (1971), Sesso e società, Loescher, Firenze.
- Mahlstedt D., The psychological comporment of infertility, in "Fertility and Sterility", march, vol. 43, n. 3.
- Mori M. (1995), La fecondazione artificiale, Laterza Editori, Bari.
- Mutinelli P. (1997), Assisted procreation: precious child, dreamed child, European meeting on medically assisted procreation, Siena.
- Mutinelli P., Maver A., Vitali G. (1993), La condizione di sterilità come esito di sofferenza sul piano delle relazioni sessuali, Giornate andrologiche italiane 1992, Bologna.
- Petrinovich L. (1995), Human evolution, reproduction and morality, Plenum Press, London.
- Rodotà S. (1995), Tecnologia e diritti, Società Editrice Il Mulino, Bologna.
- Sgreggia E. (1986), Bioetica. Manuale per medici e biologi, Vita e Pensiero Editori, Milano.
- Spinsanti S. (1987), Etica biomedica, Edizioni Paoline, Milano.
- Vegetti Finzi S. (1990), Il bambino della notte, Mondadori Editore, Milano.

Ventimiglia C. (s.d.), La procreazione medicalmente assistita in Emilia Romagna. Indagine sulla domanda e sulla risposta dei servizi, Università degli studi di Parma, Facoltà lettere e filosofia, Istituto di psicologia, Parma.