

## Le donazioni

Emerge sempre, nel dialogo tra le coppie e i medici, una sostanziale difficoltà che è sempre prevalente nel confronto tra le possibilità della medicina da un lato e l'attesa dei cittadini dall'altro. A causa di queste incomprensioni, il rapporto tra i medici e i pazienti può diventare persino sgradevole, perché può addirittura nascere nei coniugi il sospetto di essere stati trascinati fino a quel momento con l'illusione di un successo che all'ultimo istante, alla prova concreta dei fatti, viene improvvisamente negato.

Queste difficoltà diventano ancora più acute quando si è di fronte alla certezza che uno dei due coniugi – e talora entrambi – non è in grado di produrre gameti e comincia a prendere corpo l'ipotesi della necessità di ricorrere a una donazione di uova o di spermatozoi.

Molti medici hanno scelto di non parlare mai per primi di quelle che ormai, per scelta generale, vengono chiamate "fecondazioni eterologhe" (laddove l'espressione dovrebbe indicare l'incontro tra gameti di specie diverse), e di aspettare che di questa possibilità sia la coppia a parlare. Altri sono molto più possibilisti, e alcuni ne parlano persino nei casi in cui esistano possibilità concrete di successo usando i gameti della coppia. Naturalmente, chiunque sia a parlarne, è sempre chiaro a tutti che si tratta di una soluzione estrema, alla quale possono ricorrere soltanto coppie che sentono in modo così forte il desiderio di un figlio da non avvertire più il bisogno che il bambino nasca dalla riproduzione del proprio codice ereditario, coppie che vogliono un figlio che sia, se non interamente loro, il più vero possibile.

Le persone che giungono a fare queste scelte hanno superato resistenze profonde e tabù ancestrali e non è detto che, alla fine di un percorso difficile e pieno di contraddizioni, la loro scelta sia interamente consapevole. Di più: nell'affrontare questo problema è possibile che l'unità della coppia entri in crisi e che si determinino fratture non sempre evidenti nel breve volgere del tempo. Di queste risonanze affettive il medico è quasi sempre soltanto testimone, non avendo alcuna possibilità di respingere una delega che molto spesso gli viene assegnata in apparente buona fede. L'unica cosa che gli è consentita, in caso di dubbio, è quella di prendere tempo. D'altra parte, la verità, quella che tutti in quel momento si

affannano a ricercare, è ben nascosta all'interno del cuore della coppia e non è quasi mai alla portata del medico e dello psicologo.

## **Il concetto di genitorialità**

Il nostro tradizionale concetto di genitorialità è da tempo in crisi, per molte ragioni: sappiamo tutti che esiste un modo alternativo di pensare a come si può essere padre e madre ed è possibile immaginare che anche su questo tema sia in atto uno scontro di paradigmi, con le conseguenze che sono abituali in queste circostanze: la protesta di chi è fedele al vecchio, le pressioni di chi sostiene il nuovo, i molti (quasi sempre inutili) tentativi di mediazione.

Numerosi sociologi affermano che l'istituto naturale della maternità e della paternità non esiste e rappresenta semmai un mito che l'occidente ha molto enfatizzato. Questo mito si incentra su una certa visione dell'uomo, tipica della nostra società, in cui la scienza pretende di avere la chiave della nostra identità. In realtà, pretendere di trarre da eventi biologici definizioni che hanno carattere esclusivamente simbolico è del tutto errato.

Se è vero che il concetto di genitorialità è prevalentemente simbolico, bisogna accettare l'idea che i genitori di un bambino sono quelli che la società gli indica. Per molti secoli, ad esempio, è prevalsa l'idea aristotelica secondo la quale la madre era solo "il fertile terreno" nel quale l'uomo piantava il suo seme, che lei custodiva "perché un dio non lo colga", per usare le parole di Eschilo. E tutta la difesa che Apollo fa di Oreste nelle Eumenidi è ispirata a questa sprezzante valutazione del ruolo materno ("lui, sì, è padre, che d'impeto prende") che addirittura cancella il matricidio dall'elenco dei crimini.

D'altra parte, esistono esempi di genitorialità opposti. Nelle isole Tobriand la figura del padre non esiste (padre è solo colui che vive con la madre, non è il genitore del figlio) e la donna è resa fertile da microscopiche entità (in genere lo spirito di un parente) che introducono i figli nel suo utero. E' evidentemente una società che ha tendenze animistiche e che risolve il problema della discendenza maschile con l'avuncolato, che fa dello zio materno il vero padre dei bambini. Questa "avuncoli potestas" era conosciuta in Europa, almeno dai Lici (ne parla Erodoto) e dai Germani (la cita Tacito).

Non è però affatto detto che l'animismo porti a queste conclusioni: nel Senegal, ad esempio, dove la maternità ha un grandissimo valore sociale, anche il ruolo paterno

gode di grande prestigio, mentre presso alcuni abitanti del Brasile la maternità è considerata una sorta di maledizione e in Nuova Guinea i bambini sono figli esclusivi della divinità. E poi c'è il levirato, e poi ci sono numerosissimi altri modelli, a ognuno dei quali si riconoscono importanti qualità positive nell'educazione e nella crescita dei bambini.

Nella nostra società, a fianco del modello prevalente, ne esistono altri che non vengono generalmente considerati, per una sorta di pudore moraleggiante.

Il 20% dei bambini viene educato da un padre diverso da quello biologico, e lo sa; poco meno del 10% si trova nelle stesse condizioni senza esserne a conoscenza. Un numero impreciso (ma molto elevato) di figli viene educato in famiglie uniparentali e, dopo aver a lungo cercato, debbo dire di non aver trovato un solo documento che asserisca che per curare un figlio è necessaria la doppia genitorialità. Si consideri con attenzione il termine che ho usato: necessaria. Le affermazioni relative al fatto che avere due genitori "sia meglio" sono prevalentemente empiriche, non si basano su ricerche prospettive e usano strumenti valutativi discutibili. Debbo dire per correttezza che anche la documentazione che ho consultato e che afferma che non si riscontrano elementi negativi considerando i risultati dell'educazione impartita da genitori dello stesso sesso è scientificamente discutibile.

L'idea che i genitori possano essere più di due è antica quanto il mondo ed è passata intatta attraverso le più diverse influenze culturali fino a raggiungere la nostra società. Ho trovato quasi per caso un racconto che è stato tradotto dal sanscrito circa 600 anni prima della nascita di Cristo e che si intitola "Tre padri per un Re". Nel racconto, troppo lungo perché io lo possa riassumere qui, si mettono a confronto tre diverse paternità, quella basata sulla legge e sul contratto, quella biologica e quella che si costruisce sull'autorità morale dell'educatore. Il racconto non si pronuncia, non fa scelte, ma credo che già l'aver presentato il problema in questi termini rappresenti una scelta di campo.

### **Le donazioni di seme**

Le richieste d'inseminazione con seme di donatore, nel nostro Paese, sono probabilmente cominciate molti anni prima della costituzione delle banche del seme e hanno certamente avuto, per molto tempo, risposte empiriche. Si è sempre saputo, e i nomi venivano sussurrati anche quando io ero studente, di medici che avevano qualche donatore personale e che, su richiesta, riuscivano a utilizzare campioni di seme fresco.

Ma si trattava certamente di pochi casi isolati. Le richieste cominciarono a farsi più numerose negli anni '70, quando si seppe dell'esistenza di banche del seme, in Svizzera, in Jugoslavia e in Belgio, che si erano organizzate per ricevere coppie italiane (trovando, presumibilmente, qualche donatore con caratteristiche adatte tra i nostri lavoratori o i nostri studenti). Noi stessi, da Bologna, inviammo molte coppie a questi centri. Più o meno a metà degli anni '70 cominciarono a nascere i primi centri in Italia, senza però che fosse possibile rendere pubblica la loro esistenza, perché non era chiaro se eseguire queste inseminazioni nel nostro Paese fosse o no legale e nessuno voleva scoprirlo a proprie spese. A questo punto, era molto difficile esprimere giudizi sulla serietà di questi primi ambulatori, a molti dei quali venivano applicate etichette un po' ambigue. Come sempre, il primo esempio di grande serietà e di assoluta professionalità venne da Palermo, dove Ettore Cittadini si occupava da tempo di tutti i problemi della sterilità con il suo particolare tocco, capace di organizzare esemplarmente i servizi in una realtà completamente disorganizzata, di richiamare a Palermo scienziati e pazienti da tutto il mondo e di lasciare su ogni iniziativa il segno di una mente lucida e di un cuore generoso. Piano piano, a Palermo si aggiunsero altre realtà (mi viene in mente Bari, per esempio), ma sempre sottovoce, per non attirare troppo l'attenzione.

Le cose cambiarono totalmente e paradossalmente quando l'allora ministro della Sanità Degan, fece giungere alle Regioni un documento (non so se una circolare o un decreto ministeriale) nel quale si proibiva alle strutture pubbliche di eseguire donazioni di gameti. Naturalmente, pensarono tutti, se il ministro lo proibisce alle strutture pubbliche, vuoi dire che le strutture private sono autorizzate a farlo. E così, di colpo, tutti coloro che fino a quel momento avevano eseguito inseminazioni eterologhe in semi-clandestinità, vennero allo scoperto. Questo effetto paradossale non era certamente nei voti del ministero della Sanità, il quale si trovò comunque nelle condizioni di dover gestire la nuova situazione. Lo fece, e anche benino, con nuove circolari che stabilivano i controlli che dovevano essere fatti ai donatori e le cautele che dovevano essere prese seguendo, se ricordo bene, le tracce delle disposizioni interne del CECOS italiano, un'associazione benemerita nata come filiazione di un gruppo francese che può essere considerato un precursore in questo campo e che raccoglie gran parte dei centri che si occupano di donazioni di seme. Così, nel momento in cui la legge 40 ha vietato la donazione di gameti, in Italia c'erano probabilmente (il numero esatto non è noto) un centinaio di centri che si occupavano di questo problema.

Quello che mi sembra molto importante cercare di capire, a questo punto, è il contesto nel quale queste strutture si trovavano a operare. Esisteva o no una

riflessione su questo modello di genitorialità? E se c'era, quali problemi aveva affrontato? Quali strati sociali aveva coinvolto? A quali conclusioni aveva portato?

Lasciatemi cominciare con una citazione che mi piace. Dice William James: «Vorrei sviluppare la mia riflessione sull'idea che l'istituto naturale della maternità e della paternità non esiste affatto e che spesso si tratta solo di un mito molto enfatizzato in Occidente. Si tratta di un'affermazione che s'incentra su una certa visione dell'uomo, tipica della nostra società, in cui la scienza, e in particolare la medicina, pretendono di avere la chiave della nostra identità. Bisogna invece riflettere sul fatto che questa pretesa è soltanto un'illusione o, più esattamente, il mito su cui si è fondata, in Occidente, l'immagine della maternità e della paternità. In effetti, in altre parti del mondo, altre culture hanno creato, sulla genitorialità, miti molto diversi. Dunque, così come è biologicamente vero che una gravidanza è il prodotto della fecondazione di un ovulo per opera di uno spermatozoo, allo stesso modo è sbagliato trarre una qualsiasi definizione di paternità e maternità, definizione che è di ordine simbolico e non di ordine biologico. Il semplice buon senso mostra, d'altra parte, che quando un uomo e una donna aspettano un bambino e dicono di averlo concepito insieme, la prova biologica di ciò è difficile da ottenere ed è in genere solo la loro parola ad affermare che è così e che lo spermatozoo fecondante non è di provenienza diversa.

Dire che noi siamo esseri parlanti equivale a dire che noi siamo esseri intelligenti, ed equivale anche a dire che siamo in qualche modo condizionati a essere molto, ma molto di più della nostra biologia. Parlare del desiderio di avere un figlio, parlare dell'essere genitori, significa trascendere l'ordine biologico per accedere a un altro, quello su cui noi ci basiamo in quanto esseri umani, e cioè l'ordine del senso. Non esistono dunque altri genitori che quelli culturalmente definiti tali e cioè quelli che una certa cultura attribuisce a un certo bambino. Da ciò scaturisce l'esistenza di diversi modelli possibili di maternità e di paternità.

In effetti, l'antropologia ci mostra che: il padre di un bambino non è necessariamente il suo genitore biologico; egli non è necessariamente l'uomo che vive con la madre; al momento del concepimento del bambino, può essere morto da molto tempo; può essere una donna; può essere Dio; la madre di un bambino non è necessariamente la sua madre biologica; può essere sua nonna; può essere sua zia; una donna sterile può essere la madre di un bambino che le viene attribuito secondo le regole della circolazione dei bambini propria della cultura”.

### *Il destino dei bambini*

Ma qual è la sorte, oggi, dei bambini che nascono a seguito di una donazione di gameti?

La letteratura medica che riguarda questo argomento è confusa, disomogenea, spesso superficiale e altrettanto spesso inficiata da preconcetti di vario tipo. C'è una mancanza di omogeneità di ordine generale: le pubblicazioni dei ginecologi, degli urologi e dei sessuologi hanno un tono ottimista, positivo; quelle scritte da psicologi, psichiatri e psicoanalisti sono di tono completamente diverso, pessimiste e preoccupate. A chi dare retta?

Non vi è dubbio che il livello medio delle pubblicazioni di ginecologi e urologi, diciamo «della letteratura ottimista» è piuttosto superficiale. I medici si sono limitati a verificare se le famiglie erano ancora unite; hanno chiesto a tutti se erano felici, se l'esperienza li aveva soddisfatti e se l'avrebbero ripetuta volentieri. Hanno fatto confronti tra queste famiglie e quelle con bambini «propri»: quanti divorzi, quante separazioni, quanti ricorsi ai cosiddetti «segnali di malessere» (alcool, sedativi). Hanno ritenuto di poter concludere, appunto, con una dichiarazione di ottimismo.

Psichiatri e psicanalisti, nella maggior parte dei casi, hanno studiato soggetti giunti alla loro osservazione per bisogno di cure. Raramente hanno considerato la coppia come entità di riferimento. Hanno usato metodi d'indagine per necessità non sistematici e non estesi. Non hanno mai eseguito un confronto con il resto della popolazione, considerata comunque un «riferimento normale», senza dunque tener conto della straordinaria frequenza di problemi psicologici, di comportamenti devianti, di fratture endofamiliari, di abbandoni, che la supposta «normalità» evidenzia a chi riesca a guardare, per un attimo, dietro la facciata.

Una particolare critica, rivolta soprattutto alle inseminazioni eterologhe, viene poi dagli andrologi. Essi osservano che le tecniche di procreazione assistita – comprese le più semplici, come l'inseminazione con seme di donatore – impongono percorsi diagnostici che riguardano soprattutto la donna e il suo medico, il ginecologo. In questo modo, la posizione del marito sarebbe spesso destinata a un ruolo di secondo piano: ne potrebbe conseguire che, nel caso di donazioni di seme, la figura e la personalità del padre legale rischierebbe di essere trascurata. Dopo un colloquio preliminare, utilizzato per ottenere il suo consenso, il povero marito potrebbe trovarsi in condizioni di totale abbandono da parte dell'equipe medica. Siamo sicuri, dicono a questo punto gli andrologi, che il consenso così ottenuto sia un consenso reale? Potrebbe essere, per esempio, ipotizzabile un percorso mentale di questo tipo: «Ho scoperto di essere sterile, e ho scoperto di non poter dare, a mia

moglie, la cosa che apparentemente le interessa di più di ogni altra al mondo, un figlio. Ma mia moglie ha diritto di avere quella cosa; poiché io non posso dargliela, come sarebbe mio dovere, debbo per forza accettare qualsiasi proposta alternativa che consenta a mia moglie di essere giustamente felice. E allora: sì all'ipotesi odiosa che faccia un figlio con il seme di un altro uomo». Gli errori contenuti in questo ragionamento (lo stesso concetto di diritto e di dovere, per esempio) sono fin troppo evidenti. Ma esistono persone che ragionano così? Forse sì. E se, dopo un ragionamento simile, accettano, quale sarà il loro rapporto con il bambino che nascerà? Come si modificherà questo rapporto nel tempo?

Ebbene, l'opportunità di muoversi con prudenza in un terreno che si può presumere minato, almeno qua e là, emerge anche dai comportamenti e dalle scelte di alcuni ginecologi. Ricordo per esempio Palmer, il più famoso degli studiosi moderni di sterilità, che imponeva una specie di pausa di riflessione, chiedendo alle donne di registrare la temperatura basale per un certo numero di cicli, cosa priva di rilievo pratico, ma utile per dare alla coppia il tempo di riflettere. E ricordo altri medici, che usavano scuse diverse, ma sempre con lo stesso scopo, quello di rinviare l'intervento di almeno un po'.

Dunque, prudenza. Ma fino a che punto? Fino al punto, per esempio, di sottoporre la coppia allo stesso tipo d'indagini e di analisi necessario per poter avere un bambino in adozione? Fino al punto da considerare l'inseminazione eterologa residuale all'adozione? O di proibirla comunque e sempre? O più semplicemente di ragionare con le coppie, spiegare loro i problemi e, infine, affidare le scelte al loro buon senso?

Ho qui sul tavolo la fotocopia di quasi tutta la letteratura che esiste su questo argomento. L'ho divisa: a destra la letteratura ottimista, una pila di 70 cm circa; a sinistra quella pessimista, un mucchietto di meno di 10 cm. È ingenuo e superficiale, lo so. Ma proprio non conta niente?

La letteratura ottimista è certamente copiosa soprattutto nel mondo anglosassone, esplicita sui risultati e chiara nelle indicazioni: vale la pena di riportarne qui almeno una parte.

Levie (1967) ha intervistato 116 coppie che nei 10 anni precedenti avevano avuto un figlio con inseminazione eterologa; per 109 di esse il figlio aveva arrecato molta gioia e per più della metà il tono della vita familiare era migliorato; solo in 5 casi erano scoppiati conflitti di una certa gravità tra i partner. Risultati simili sono stati riportati da Tekavic (1973) su 100 coppie trattate a Lubiana.

Stone (1953) ha seguito per 20 anni coppie che avevano avuto un figlio con inseminazione eterologa, rilevando che quasi tutti i mariti avevano accettato il figlio meglio che se fosse stato concepito naturalmente, al punto da richiederne spesso un secondo e un terzo. Risultati analoghi sono riportati da Cary (1948), Haman (1959), Guttmacher (1960) e Raboch (1971).

Nel maggio del 1953, al congresso mondiale sulla fertilità di New York, la maggior parte degli intervenuti fu dell'opinione che: «la IAD (inseminazione artificiale con seme di donatore) reca un grande contributo alle coppie sterili e alla stabilità del matrimonio». Nel giugno del 1955, i 500 membri della Società per lo Studio della Fertilità affermarono che «in seguito all'osservazione di molti anni d'inseminazione con seme di donatore si può essere soddisfatti della quasi universalità dei buoni risultati circa i figli e l'unità della famiglia». Lo stesso ottimismo è espresso, sulla base dell'osservazione di numerosi casi, da Lamson (1951), da Portnoy (1956) e da Simmons (1957). E la stessa tranquillità degli autori americani la troviamo nelle pubblicazioni di Stallworthy (1948, Inghilterra), Holtz (1950, Svezia), Palmer e Marcel (1946, Francia), Snowden (1991, Inghilterra).

Silber (1991) ribadisce il generale ottimismo degli autori americani, affermando che l'inseminazione con seme di donatore rappresenta un metodo ideale per molte coppie che non vogliono rinunciare al loro «diritto di avere una famiglia», ritenendola incompleta senza figli. Silber ricorda che la percentuale di divorzi non arriva all'1%, contro una percentuale globale che nella società americana è superiore al 50%. Secondo Silber ciò non significa che la decisione di avere un figlio in questo modo «cementi» il matrimonio: è invece più facile che le coppie che finiscono per scegliere questa strada abbiano un solido rapporto e un'ottima capacità di comunicare. È sempre Silber che cerca di riassumere le opinioni di un gran numero di ricercatori in merito alle motivazioni che giustificano la scelta di una donazione di seme: più che di un diritto alla genitorialità si tratta, nella maggior parte dei casi, di rispondere al bisogno individuale e di coppia di formare una famiglia, secondo un concetto indotto culturalmente e profondamente interiorizzato che prevede alcune regole e alcuni principi abbastanza comuni e diffusi (nella famiglia ci dev'essere un figlio; il figlio dev'essere il più «proprio» possibile, con sempre maggiore tendenza all'abbandono dei valori genetici per quelli affettivi; la formazione dei rapporti affettivi inizia già durante la gravidanza; la nascita è un momento di catalizzazione della formazione della famiglia).

Da numerose indagini di psicoanalisti e di psicologi giunge un generico invito alla prudenza (anche perché non possono essere considerati significativi casi isolati di psicosi schizofrenica o di depressione psichiatrica grave, riscontrati in uomini e,



soprattutto, donne), ma la figura del padre «non biologico» prevaricato e «violentato» al quale il consenso per la inseminazione sia stato addirittura estorto, emerge molto raramente.

### *Il maschio sterile*

Una prima linea di riflessione, dopo aver affermato che la figura del maschio sterile è relativamente nuova, sia sul piano clinico che su quello psicosociale, ritiene che il maschio prenda coscienza della propria sterilità con un senso di frustrazione assai superiore a quello della donna, forse storicamente «rassegnata» a questa eventualità.

È indubbio che nelle culture più arretrate, ma anche in frange non piccole di quelle più avanzate, il concetto di fertilità maschile si sovrapponga e spesso s'identifichi con quello di virilità. Ciò è così vero che si assiste spesso a un fenomeno patologico indotto, cioè quello della impotenza da sterilità.

L'equivalenza tra fertilità e virilità «resta un patrimonio comunemente interiorizzato dell'uomo di oggi, per cui un deficit della capacità riproduttiva viene molto spesso vissuto a livello inconscio come deficit anche dell'attività sessuale» (Boldrini); e ancora: «la sterilità maschile presso le culture tradizionali viene identificata con l'impotenza. [...] L'uomo infertile vive la sua difficoltà come una vergogna da tenere celata al proprio contesto sociale. Riemerge l'associazione tra fallo e potere; il fatto di non poter dimostrare la propria paternità e, quindi, la propria virilità, fa sì che il maschio infertile si senta meno uomo». Questo è uno specifico maschile. Secondo alcuni psicologi, infatti, la sterilità femminile non interferisce con l'elemento sessuale, né con il potere, entrambi gestibili al meglio proprio da una donna senza figli, che può avere ricadute negative su altri aspetti dell'immagine di sé, ma non su quella sessuale.

È chiaro pertanto «l'imbarazzo maschile di fronte all'incapacità procreativa: torna più violentemente il senso d'inutilità e di mancanza di potere che – si ritiene – l'uomo debba avere sofferto filogenicamente all'inizio della storia. Una sensazione di esclusione dal mondo naturale, magico e creativo, un senso d'inferiorità nei confronti della propria donna nel caso in cui questa mantenga la sua fertilità. La paura del ridicolo porta il maschio infertile all'isolamento rispetto ai rapporti sociali, nel timore di essere smascherato: a questa paura, discutibile di per sé, corrisponde però un reale stereotipo che accomuna potenza sessuale e riproduzione, e l'ironia con cui spesso vengono affrontate queste tematiche nasconde la mancata accettazione di elaborazione, non solo individuale, ma collettiva, dello stereotipo stesso» (D'Ottavio e Simonelli).

La donazione di seme comporta specificamente la prova della sterilità dell'uomo. È pertanto possibile il verificarsi di un'impotenza, considerata come sintomo reattivo oppure come una organizzazione difensiva.

Osserva Pasini come «la IAD possa inoltre riattivare un desiderio latente di gelosia nei soggetti dalla personalità paranoide e con tendenze interpretative; o indurre gravi disturbi nevrotici o depressivi in relazione alla fertilità narcisistica e alla emergenza di vissuti edipici».

I rilievi statistici sono a questo proposito abbastanza numerosi e sia in studi singoli, sia in indagini epidemiologiche mirate (AIED e CECOS) dimostrano che nell'uomo sterile che accede alla IAD esiste la possibilità di una varietà di disturbi psichici che coinvolgono, oltre agli aspetti sessuali (che, come si è detto possono giungere alla completa impotenza), una più ampia cornice di disagio in cui l'uomo infertile vive la diagnosi come una vergogna che lo espone al ridicolo. Un «uomo senza figli» appare alla maggior parte delle persone come una figura «negativa e colpevolizzante».

È del resto esperienza quotidiana, per chi si occupa di sterilità, il rilievo tangibile di come il partner maschile di una coppia sterile viva spesso con angoscia e con profondo senso di frustrazione il proprio problema nei confronti, oltre che di se stesso, della moglie, dei parenti e della società, specie in ambienti ristretti e culturalmente non avanzati. Non per nulla, secondo l'AIED, le richieste per procedimenti di IAD vengono rivolte nella stragrande maggioranza dei casi (più del 70%), lontano dalla propria residenza, anche se questa è sede di centri prestigiosi.

Questi aspetti di frustrazione e di disagio psicologico sarebbero colti soprattutto dall'andrologo, che più spesso vede il paziente da solo (cioè non in presenza della moglie, che può, in certa misura, condizionare le reazioni psicologiche immediate). Il rapporto paziente maschio-andrologo è per vari aspetti ben diverso da quello paziente maschio-ginecologo. È naturale che con l'andrologo il soggetto stabilisca un rapporto di confidenza o quasi di «complicità» che non può stabilire con il ginecologo, da lui considerato il medico della partner, o, al più, della coppia.

Si tratta comunque d'individui che, in genere, si dichiarano «pronti a tutto» pur di risolvere il proprio angoscioso problema.

In tali condizioni, e sulla scorta di queste considerazioni, il consenso del marito alla fecondazione della moglie con il seme di uno sconosciuto si configurerebbe come soggezione a un atto che «è assimilabile in modo fantasmatico a una specie di adulterio» (Pasini). Infatti, riportate ai loro termini più crudi, queste pratiche

dovrebbero essere considerate adulteri consumati col consenso del coniuge. Anche se, secondo altri (Juva) «non offendono la fedeltà matrimoniale perché non comportano un rapporto intimo»; ma questo vuoi dire restringere e umiliare il concetto di fedeltà al mero contatto fisico.

Secondo un'altra linea di riflessione – forse proveniente da esperienze socioculturali diverse – occorrono distinzioni più sottili.

Per esempio, tre studiosi americani (Lamson, sociologo; Pinard, psicologo; Meaker, ginecologo) hanno preso in esame, come elemento fondamentale del problema di coppia, la sensazione d'inferiorità dei maschi sterili, dovuta alla propria incapacità di generare e di rispondere alla richiesta della moglie che desidera avere un bambino. Questi ricercatori dividono i mariti sterili in 3 categorie: nella prima vengono compresi gli uomini che rifiutano la IAD, vedendo in questo intervento una rottura della fedeltà matrimoniale; la gravidanza della moglie aumenterebbe in essi il senso della propria responsabilità.

Nella seconda categoria si trovano uomini emozionalmente aperti, semplici ed equilibrati, che vedono nella IAD una soluzione accettabile del problema della sterilità. Questi soggetti sanno vivere serenamente la gravidanza e il parto della moglie e si dimostrano poi ottimi padri.

Nella terza categoria ci sono i mariti che valutano attentamente i pro e i contro: da una parte vogliono una «vera» famiglia e desiderano la felicità delle loro mogli; dall'altra, hanno una serie di remore, di ordine personale, morale e legale, per cui debbono superare una certa resistenza prima di accettare o proporre l'inseminazione della moglie.

E' improbabile che i mariti del primo tipo accettino una IAD; i veri conflitti, quindi, dovrebbero riguardare solo i mariti del terzo gruppo, generalmente in grado di adattarsi da soli a ogni nuova situazione, ma che comunque il medico dovrebbe saper riconoscere e aiutare.

Seguendo sempre questa linea di pensiero, è giusto chiedersi se il punto di vista generalizzante espresso da qualche psichiatra, psicoanalista o psicologo, non rappresenti che il risultato di elucubrazioni teoriche e non di conclusioni tratte da studi diretti, sufficientemente allargati e quindi tali da poter essere considerati strumenti utili per una lettura complessiva del problema.

E se è vero che non si può negare valore ai rilievi analitici, è anche vero che occorre coglierne chiaramente i connotati.

Per Ancona «dal punto di vista del partner della coppia, il fatto dell'inseminazione artificiale, già quella omologa, ma soprattutto quella eterologa, non può non dar luogo a un vissuto profondo d'insufficienza, anche per il semplice fatto che la sua indicazione è posta frequentemente per il caso di oligo e azoospermia. La diagnosi, o la sua presunzione soggettiva quando la fertilità è di origine femminile, si trasforma al momento dell'inseminazione in ciò che gli psicoanalisti chiamano "ingiuria narcisistica", per indicare il colpo infetto al narcisismo, risentito anche se ricoperto in superficie da un velo di conformismo, da dichiarato interesse per la famiglia, da disinteresse per la propria sessualità. Si mette così in moto il cosiddetto "complesso di castrazione", qui direttamente connesso con la generatività, e ciò significa una radicale sconfirma del proprio molo, sia di maschio, che di padre e di uomo. L'altro, il donatore con il quale il soggetto si confronta, è da lui vissuto come un rivale potente, che diventa ipso facto mitico, s'identifica cioè con l'assetto fantasmatico, la figura interna e inconscia del padre sentito come onnipotente, in quanto è la figura che il soggetto/bambino piccolo ha vissuto nei confronti del proprio padre, grande e pieno di possibilità, che condanna il figlio a rimanere bambino e incapace di generare. Per lo stesso fatto che è soltanto il padre che può dare il seme, non il figlio, la moglie che lo riceve dal donatore diviene allora la madre e al complesso di castrazione si aggiunge allora quello noto come "edipico". In una parola il verdetto di condanna si generalizza e suona così: "Le donne del clan appartengono al capo!". Il verdetto conferma l'originario complesso di castrazione, conferma l'"edipo" e la necessità del castigo, che si configura nell'atto in cui è un altro che feconda la propria donna. Ne derivano sentimenti d'inferiorità, di gelosia, d'invidia destinati a diffondersi su più vaste cerchie, cioè verso terzi».

### *Desideri e angosce*

Secondo Delaisi de Parseval (1985) a questi uomini, malati di una malattia incurabile, si propone una parvenza di terapia senza prima essersi interrogati sulla radice della loro sofferenza. In effetti è difficile capire se questi uomini soffrono:

- per un reale desiderio di un figlio (ma poi bisogna chiedersi che cosa significa «il desiderio di un figlio»);
- per il desiderio di riacquistare la fertilità;
- per il desiderio di non privare la propria compagna della maternità cui essa aspira.

Secondo Madani-Perret (1990) la sofferenza di questi padri-IAD è indotta da una serie di angosce fondamentali quali:

- l'angoscia di non lasciare nulla di sé dopo la propria morte, di non avere discendenti, di morire veramente (essendo il figlio l'unica rivincita possibile sulla morte);
- l'angoscia d'interrompere la catena di filiazione, accompagnata da un profondo senso di colpa per non poter trasmettere, con il proprio seme, la storia della famiglia, il patrimonio ancestrale, del quale ogni persona è portatrice;
- l'angoscia della castrazione, che si traduce in un sentimento di mancanza, di perdita, di rottura: toccati nella propria integrità fisica, gli uomini possono sentirsi incompleti, «non interi»;
- l'angoscia che deriva da una devalorizzazione narcisistica, cioè da una perdita di autostima. Gli uomini si sentono poco virili, inferiori ad altri uomini, come se gli spermatozoi presidiassero l'identità maschile;
- l'angoscia di sentirsi disistimati socialmente (soprattutto dalla famiglia e dagli amici).

Dalla commistione e dalla prevalenza di queste angosce deriverebbe anzitutto il tipo di richiesta e di accettazione dell'intervento d'inseminazione (richiesta caratterizzata da urgenza, fretta, precipitazione o, al contrario, lunga riflessione, meditazione attenta e prudente; accettazione totale – talvolta addirittura esageratamente entusiasta – o, al contrario, incompleta, se non persino velatamente ostile).

Sempre secondo Madani-Perret nella maggior parte dei casi i fantasmi e le angosce posti dalla genitorialità da donazione di gameti vengono elaborati fino ad aprire, per le coppie, la strada del simbolismo, che fa del desiderio di figli non tanto una vicenda ridotta a un problema di gameti, quanto una storia particolare che organizza il bambino e la sua origine nel desiderio dei suoi genitori e nella storia familiare e parentale, perché il padre simbolico non è per forza il genitore. In questo modo il bambino viene accolto come il figlio desiderato e atteso e non come chi viene a sostituire un figlio impossibile.

### *Il segreto*

Esiste un ampio dibattito – etico, legale, medico, psicologico – anche sul problema del «segreto» o della «rivelazione» dell'uso del seme eterologo 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 è disponibile a 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 inseminazione eterologa, 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, nè i donatori nè le coppie beneficiarie francesi sono preparate all'abolizione dell'anonimato, nè 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 oociti (1989) si afferma che dev'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.

E' comunque evidente, in molti paesi europei, la tendenza a proibire l'anonimato dei donatori, una tendenza che si fa forte di sostanziali modificazioni dell'opinione pubblica a questo riguardo.

Una precisa richiesta di un donatore non anonimo viene fatta da quanti ritengono possibile che si verificano circostanze tali da rendere indispensabili – 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 voglio entrare in un discorso molto complesso, ma voglio sottolineare il fatto che se si accetta «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.

La letteratura su questo argomento è poco consistente, il che stupisce se si considera il fatto che la letteratura complessiva sul problema delle inseminazioni eterologhe è enorme.

In effetti la maggior parte delle coppie chiede di mantenere il segreto più assoluto e rompe ogni rapporto con i medici che si sono occupati dell'inseminazione; inoltre molti medici hanno timore di prendere contatto con queste famiglie. Questo atteggiamento è stato molto criticato da vari autori; per la Delaisi de Parceval, si tratterebbe addirittura della conseguenza di un diffuso disagio che i medici provano nei confronti dell'inseminazione eterologa, anche quando sono essi stessi a eseguirla.

Qualche cosa sta però cambiando anche in questo campo: una ricerca di D.A. Greenfeld (*Fertility and Sterility*, 2004,81,1565) ha dimostrato che circa il 60% delle coppie che hanno avuto un figlio a seguito di una donazione di gameti lo ha detto o lo dirà al figlio e che un buon 10% lo deve ancora decidere. Non c'era nessuna differenza, a questo proposito, tra le coppie che conoscevano l'identità del donatore e quelle che non la conoscevano. E' interessante anche la percentuale di coppie che aveva comunicato ad altri (parenti, amici) la propria decisione: più dell'80%. In generale si considera questa decisione come un segnale dell'impegno della coppia a parlarne anche al figlio. Fa parte di questa linea di tendenza anche il fatto che il Comitato Etico della Società Americana per la Medicina Riproduttiva ha prodotto un documento nel quale incoraggia i genitori a dire ai figli come sono nati e chiede ai centri e alle banche di gameti di affrontare questo problema con le coppie (*Fertility and Sterility*, 2004,81,527).

Se una coppia decide di raccontare la verità al bambino, cioè di spiegargli che la sua nascita è dovuta a un dono (di seme, di oociti o di embrioni poco importa) può optare tra differenti scelte, che non discendono sempre da motivazioni perfettamente comprensibili. Le varie strategie dei genitori sono state oggetto di uno studio molto articolato di Kristin Mac Dougall (*Fertility and Sterility*, 2007,87,524) nel quale sono esposte le scelte di 141 coppie che avevano avuto un



figlio ricorrendo a una donazione di gameti ( in 62 casi si trattava di una donazione di seme e in 79 di oociti ). Le coppie erano state contattate dai centri che avevano eseguito il trattamento con una lettera nella quale era descritto lo scopo della ricerca: poiché alla lettera hanno risposto solo le coppie che erano interessate a saperne di più, è immaginabile che abbiano acconsentito a farsi contattare direttamente per partecipare allo studio solo quelle che non volevano mantenere il segreto, coppie che – è bene dirlo – rappresentano complessivamente una minoranza (S.Golombok, *Human Reproduction*, 2002, 17,830; C.Murray, *Human Fertility*, 2003,6,89 ) anche se, come ho già detto, sembra ormai dimostrata una modificazione di tendenza ( A.Mc Whinnie, *Human Reproduction*, 2001, 16,807; S.Golombok, *J Fam Psychol*, 2004,18,443 ). In realtà la maggior parte delle coppie aveva già raccontato la verità ai figli (o comunque aveva deciso di farlo ) e solo il 15% sembrava aver scelto il mantenimento del segreto.

Le preoccupazioni di queste coppie sono ben note: timore di essere rifiutati dai figli, di perdere la loro fiducia, di inserire nella loro vita un elemento di stress capace di alterare il loro equilibrio psicologico. Da queste preoccupazioni sembrano derivare due differenti strategie: quella definita *seed planting*, scelta da coloro che sono convinti che l'informazione debba essere data al più presto, in modo che il bambino cresca nella convinzione di "averlo sempre saputo"; quella del *right time*, il momento giusto, preferita da quanti ritengono invece che esista un momento ottimale per venire a conoscenza della verità, una sorta di "finestra di opportunità" che bisogna saper riconoscere.

Le modalità del racconto sono numerose, ma possono essere identificati cinque temi principali che la Mac Dougall definisce come "*the helper*", "*spare parts*", "*families are different*", "*labor of love*" e "*nuts and bolts*".

Il primo racconto si basa su uno schema semplice e diretto: per avere un figlio avevamo bisogno di un aiuto, abbiamo trovato una brava persona che ha accettato di aiutarci e alla quale siamo grati, in questo modo, il solo possibile, siamo riusciti ad averli. Nel racconto che si riferisce alle "parti di ricambio" il genitore sterile viene descritto come una persona cui manca qualcosa di importante (perché non gli è mai stata data, o perché la sfortuna o una malattia l'hanno rotta) che la buona volontà della coppia è riuscita a sostituire. La versione che fa riferimento alla famiglia fa leva sul concetto che esistono molti modi per costruirla e che quello che hanno scelto è semplicemente uno dei tanti. La quarta opzione, generalmente prescelta da coloro che ancora non hanno svelato il segreto, sottolinea soprattutto il grande desiderio di avere un figlio che ha consentito alla coppia di accettare ogni genere di sacrificio e parla al figlio dell'amore che provavano per lui ancor prima

che nascesse. L'ultima storia ("nuts and bolts " può essere tradotto "dadi e bulloni") è valida solo per i ragazzi in grado di capire almeno i principali elementi della riproduzione e sembra, almeno a prima vista, la più semplice e pragmatica: "abbiamo preso un uovo da una signora che ha accettato di regalarcelo, e l'abbiamo messo nella pancia della mamma in modo che tu potessi nascere".

Emerge comunque, da questo studio, un dato fondamentale: molte coppie sono assolutamente sole nel momento della decisione e non hanno punti di riferimento. In realtà quasi tutte avrebbero bisogno di consigli e le soluzioni alle quali giungono sono quasi sempre il risultato di ragionamenti molto empirici.

### *Salute e intelligenza dei bambini*

Le ricerche pubblicate sulle malattie e sull'intelligenza dei bambini nati da donazione di gameti, non sembrano brillare per profondità d'indagine e accuratezza metodologica e si contraddistinguono spesso per il piccolo numero di casi presi in esame e per essere limitate a fasce d'età molto basse.

Così, per esempio, i giapponesi, dopo 20 anni di attività delle loro banche dello sperma, hanno pubblicato nel 1979 una ricerca su poco più di 50 bambini, tra l'altro tutti molto piccoli. Questa ricerca (Mochimaru, 1979) sembra dimostrare che sia il quoziente d'intelligenza che il quoziente di sviluppo di questi bambini è buono e che addirittura il loro sviluppo fisico e mentale è superiore a quello dei bambini nati naturalmente. Risultati analoghi sono stati ottenuti da un gruppo polacco (Torbus, 1980). In Olanda, Kremer (1983) ha ottenuto 134 risposte a un questionario molto dettagliato inviato a coppie che avevano avuto almeno un figlio con l'inseminazione eterologa (è da notare che nessuno di questi bambini aveva più di 6 anni): il 98% dei genitori si dichiarava più che soddisfatto e il 34% si proponeva di ripetere l'esperienza. Meno ottimista sembra la ricerca fatta da alcuni autori francesi che hanno preso in esame 77 bambini (tutti di età inferiore ai 3 anni) mettendo in evidenza una discreta incidenza di problemi psicosomatici (coliche addominali, vomito, pianto notturno, malattie della pelle). Secondo gli autori, è possibile che esista, in questi casi, un «superinvestimento affettivo» dei genitori, fenomeno del resto molto frequente nelle coppie che hanno figli solo dopo averli a lungo desiderati.

I comportamenti dei genitori di figli-IAD è molto simile a quello dei genitori trattati con successo per sterilità: non lasciano mai solo il bambino, non lo svegliano mai, lo prendono in braccio ogni volta che piange, evitano di correggerlo e di punirlo. È invece caratteristico dei genitori-IAD il fatto di far dormire il bambino nella propria stanza e di allattarlo al seno molto a lungo. Secondo la Delaisi de Parceval, è ovvio

che l'ansietà e la superprotezione dei genitori tenda a scatenare turbamenti psicologici nei bambini. Secondo la stessa autrice è l'ipermedicalizzazione di tutto il sistema che aumenta l'angoscia dei genitori e favorisce comportamenti e fantasmi di superprotezione.

Un'indagine su una popolazione infantile più ampia (364 bambini, alcuni dei quali in età scolare) è stata eseguita, sempre in Francia, dal CECOS. Anche da questa ricerca risulta una maggiore frequenza di problemi psicosomatici nei bambini più piccoli. La sensazione di una maggiore precocità di questi bambini viene discussa e messa in dubbio da questi autori, secondo i quali le varie prove portate (soprattutto dai genitori, in minor misura dai medici curanti) sarebbero più dipendenti da una maggiore (più continua e più preoccupata) attenzione parentale che da reali differenze rispetto alla normalità. Nei bambini più grandi, la scolarità sembra normale e scompare la tendenza alle malattie psicosomatiche.

Secondo il CECOS, i bambini-IAD sembrano avere qualche maggiore difficoltà alla nascita rispetto agli altri bambini: le nascite premature e le ospedalizzazioni nelle prime settimane di vita sono 8 volte più frequenti; il sospetto di una malconformazione viene posto 6 volte più spesso e la conferma dell'esistenza di una malconformazione (minore o maggiore) viene fatta nel doppio dei casi. Ciò può dipendere da una più attenta ricerca medica, dovuta al fatto che le madri-IAD (come le madri ex-sterili) hanno un grande timore di effetti malconformativi determinati dalla conservazione dello sperma o dall'uso dei farmaci.

I bambini IAD vengono portati molto frequentemente dal medico e fatti vedere da specialisti; nello stesso modo essi assumono più frequentemente (e con maggior continuità degli altri bambini) farmaci di vario tipo. Nei primi mesi di vita soffrono spesso di malattie psicosomatiche (con la stessa frequenza dei bambini nati da coppie sterili). La stessa cosa può dirsi per alcuni disturbi psicologici minori (in particolare per le difficoltà del sonno). Sembra che nel tempo l'atteggiamento dei genitori divenga più saggio e più utile sul piano educativo: lo sviluppo psicomotorio è così generalmente buono o molto buono.

Mi sembra che negli ultimi dieci anni l'atteggiamento dei medici, degli psicologi e dei sociologi sia cambiato, ci siano meno preoccupazioni, meno pessimismo, più buon senso e più tolleranza. Questo nuovo approccio mi sembra ben interpretato dalle conclusioni di un recente studio di S Golombok (*Human Reproduction*, 2006, 21, 1918) che così recitano: la mancanza di legami genetici o genitoriali non altera le relazioni tra genitori e figli e non toglie il benessere psicologico al padre e alla madre.

## *I donatori*

Due posizioni si sono scontrate, all'inizio della storia delle banche del seme, per quanto riguardava la selezione dei donatori. Secondo la prima, il medico non doveva esercitare alcuna funzione di controllo e tutto doveva essere lasciato al caso come nella fecondazione naturale: tutti i candidati dovevano quindi essere accettati e anche la scelta del seme per la donazione doveva essere casuale. Il secondo punto di vista richiedeva invece di selezionare severamente i candidati donatori, per accettare solo quelli considerati «perfetti», in grado cioè di generare i figli migliori possibili.

Se la prima posizione ignorava completamente gli interessi del bambino e della coppia e non poteva essere accettata, la seconda ignorava completamente la ricchezza del nostro patrimonio genetico, la possibilità di stabilire un confine preciso tra normale e anormale e, soprattutto, la presenza di geni recessivi non evidenziabili, molti dei quali potenzialmente pericolosi.

Com'era inevitabile e giusto, non è stata scelta nè la casualità assoluta nè la selezione «eugenetica». La medicina si è mantenuta prudentemente equidistante tra queste due posizioni, scegliendo la strada di fare il possibile per evitare gli handicap caratterizzati insieme da gravità e frequenza e che possono essere previsti con mezzi semplici e poco costosi.

In pratica, le banche del seme hanno cercato, nella lista delle malattie genetiche, quelle che apparivano come le più frequenti e le più gravi, elaborando via via nuovi elenchi sulla base dell'esperienza e della casistica.

Poiché l'età del padre interferisce con la frequenza di mutazioni dominanti, è stato posto un limite d'età per i donatori, limite che varia – nei vari centri – tra i 45 e i 55 anni. Tutti i candidati sono poi sottoposti ad accertamenti genetici: la mappa cromosomica permette di riconoscere i soggetti portatori di anomalie maggiori equilibrate (traslocazioni, inversioni, delezioni) e di scartarli. La raccolta di un'anamnesi personale e familiare particolareggiata consente poi un'ulteriore selezione, che tiene conto di una lista comprendente a cause specifiche di esclusione e a fattori cumulativi di rischio. Le cause di esclusione sono quelle che riguardano tutte le malattie che avrebbero molte probabilità di comparire nel bambino, con carattere dominante o recessivo; i fattori cumulativi di rischio sono quelli che, per manifestarsi nel figlio, debbono essere presenti anche nella madre. Alla fine di queste indagini, circa il 5% dei candidati viene rifiutato, mentre vengono accettati

sub-condizione quelli con fattori cumulativi di rischio (sono quasi il 25%) il cui seme può essere donato solo alle donne che non presentano un rischio analogo.

Un primo spermioγραμμα viene eseguito contemporaneamente al primo colloquio e un secondo dopo circa un mese. Il seme viene sottoposto a tutte le indagini che oggi il laboratorio consente e i criteri di normalità che vengono applicati sono più severi di quelli che vengono generalmente accettati in medicina, poiché si deve considerare il fatto che quel seme dovrà essere congelato, e perderà pertanto una parte della sua fertilità.

Vengono poi eseguiti esami riguardanti una possibile patologia ereditaria (mappa cromosomica, ricerca di segni di anemia mediterranea, di favismo e di emofilia) e relativi all'esistenza di una serie di malattie infettive (AIDS, epatite, sifilide, infezioni da gonococco, clamidia, herpes, trichomonas, candida, gardnerella, infezioni virali) trasmissibili sessualmente.

L'ultimo atto di questa selezione consiste in un colloquio nel quale si spiegano al candidato le regole fondamentali su cui si basa la donazione del seme e lo s'interroga sulle motivazioni che lo hanno spinto a candidarsi.

Le regole che sono state accettate dalla maggior parte delle banche del seme sono: che il dono è gratuito, come la donazione di organi e di sangue; che è anonimo, nel senso che la coppia non saprà mai da chi proviene il seme e il donatore non avrà mai informazioni su come il suo seme sia stato utilizzato; che il rapporto tra la banca e il donatore cesserà automaticamente dopo un certo numero di donazioni o dopo la nascita di un certo numero di bambini (in genere 5 o 6) in famiglie diverse.

Credo che sia bene che io mi fermi un po' a esaminare questo problema dei bambini nati dallo stesso donatore, se non altro per sfatare la leggenda, messa in giro non so da chi, ma spesso ripetuta persino da autorevoli principi della Chiesa, di un drammatico aumento del rischio di rapporti incestuosi inconsapevoli. A parte il fatto che se i rapporti incestuosi sono inconsapevoli non ci può essere, come conseguenza, alcun problema morale ma, semmai, qualche rischio genetico in più, il rischio di un tale incontro è effettivamente molto, molto modesto, certamente inferiore a quello che si può calcolare (come sfavorevole evento genetico) per le popolazioni delle valli e delle piccole isole. Nella Tavola 1 il rischio percentuale di questo incontro tra «fratellastri» è stato calcolato per due differenti variabili: il numero di figli per donatore e il numero di persone che appartengono alla popolazione della quale gli inconsapevoli fratelli fanno parte. Perché questo numero sia reale, naturalmente, deve tener conto di una precisa classe di età (per i soggetti a rischio che abbiano 25 anni, quella tra i 20 e i 30 anni) e di una serie di

altre discriminanti (per esempio, l'appartenenza allo stesso gruppo etnico o alla stessa condizione socioculturale).

Come si può vedere il rischio è superiore all'1% se lo stesso donatore ha avuto 10 figli (5 maschi e 5 femmine) che "nuotano nella stessa vasca sociale" in una città di 100 abitanti.

**Tavola 1**

**Rischio di rapporti incestuosi tra i figli dello stesso donatore di seme espresso in percentuali**

Numero dei figli per donatore	Numero di persone che appartengono alla popolazione della quale i figli dello stesso donatore fanno parte e che sono a rischio d'incontro					
	100	200	400	1000	2000	20.000
2	0,12	0,03	0,0075	0,0012	0,0003	0,000003
4	0,32	0,08	0,0200	0,0032	0,0008	0,000008
10	1,40	0,35	0,0875	0,014	0,0035	0,000035
20		1,20	0,3000	0,048	0,0120	0,000120
50			1,6750	0,270	0,0675	0,000675
100				1,040	0,2600	0,002600
200					1,0200	0,010200

Se questo è, dunque, il rischio d'incontro e se si tiene conto del fatto che le probabilità che un figlio eventualmente nato da questo incontro sia affetto da una malattia genetica sono 1/10 dei numeri riportati nella tavola, faccio fatica a capire le ragioni di questo accanimento.

### *E l'eugenetica?*

Quasi tutte le persone che si offrono di donare il seme, richieste di spiegare le proprie motivazioni, trovano molto difficile esprimere i propri sentimenti e parlano in modo generico di solidarietà e di altruismo. In effetti il significato di questa scelta può essere molto complesso, e le analisi psicologiche eseguite su alcuni donatori hanno messo in evidenza molte e differenti motivazioni. Quello che interessa al medico e al centro, e che deve emergere in questi colloqui preliminari, è che il donatore viva questa scelta senza contraddizioni e senza sofferenze, nel modo più semplice possibile. Viaggi di «turismo psicologico» nel suo inconscio non sono possibili, ne sarebbero utili, come, del resto, non vengono suggeriti nemmeno per i donatori di sangue, tra i quali si reclutano molti donatori di seme, cosa non priva d'interesse.

L'ultimo atto di questa selezione, riguarda la necessità di registrare le caratteristiche fisiche del donatore: colore della pelle, degli occhi, dei capelli, altezza, corporatura, forma del volto. Di queste caratteristiche, come del gruppo sanguigno, si terrà conto per cercare di selezionare un donatore che sia il più possibile «compatibile» con la coppia. Nessun riferimento, invece (sarebbe stupido e inutile), alle condizioni sociali, al livello di educazione raggiunto, al carattere e agli hobbies.

Ricordo che ci fu una grande pubblicità agli inizi degli anni '80, nei riguardi di una banca del seme di San Diego (California) che era stata voluta da un anziano vincitore di un premio Nobel (ottenuto per l'invenzione del transistor) e che doveva reclutare donatori soprattutto tra i Nobel. Per fortuna, la banca non fu mai presa sul serio e l'idea di questa trasmissione diretta dell'intelligenza fu considerata per quello che era, una boutade. Giovò molto alla comprensione popolare del problema, il rilievo di un endocrinologo che esaminò la lunga lista dei vincitori di Nobel e dimostrò che nessuno o quasi nessuno dei loro figli aveva meritato di portare il nome di famiglia; meglio dunque sarebbe stato, concludeva l'endocrinologo, organizzare una banca del seme utilizzando come donatori i padri dei premi Nobel.

È quindi molto più logica e semplice la regola che quasi tutte le banche del seme hanno scelto, quella cioè di richiedere ai donatori solo il requisito di una normale scolarità.

### *Tecniche di congelamento*

La tecnica per congelare il seme è semplice, e una volta congelato esso può sopravvivere (conservato in paillettes, sottili colonne capillari di vetro ognuna della quali contiene la quantità di spermatozoi necessaria per un'inseminazione) per moltissimi anni: sono nati bambini perfettamente normali da seme conservato nel freddo da oltre 10 anni. Bisognerebbe ricordare che il seme biologicamente migliore (cioè più fertile) è quello congelato in inverno e in primavera (L. Yogev, *Human Reproduction*, 2004, 19, 880), ma non mi pare che qualcuno ci faccia caso.

Qualsiasi danno possa fare il congelamento agli spermatozoi (sia alla loro struttura che alla loro capacità di fertilizzare) questo danno non si traduce in un aumento di malconformazioni. I dati in proposito sono ormai assolutamente sicuri, perché sono nati in questo modo centinaia di migliaia di bambini. È vero invece che la fertilità del seme congelato è inferiore a quella del seme fresco: un liquido seminale con una motilità iniziale dell'80%, ne perde almeno la metà dopo scongelamento. Questo

problema è stato almeno in parte risolto selezionando donatori con caratteristiche seminali particolarmente buone, così che, oggi, l'inseminazione eterologa eseguita a donne di età inferiore ai 35 anni garantisce una percentuale di gravidanze per ciclo pari al 18%. Il problema si pone ugualmente per le donne meno giovani, nelle quali evidentemente si combinano due problemi, quello della minor fertilità del seme congelato e quello della diminuita fertilità degli oociti dovuta all'età.

Si cerca di risolvere questa difficoltà aumentando la quantità di spermatozoi utilizzata per ogni inseminazione, ma resta comunque un problema generale di minor efficacia del metodo; sembra ragionevole suggerire a queste donne, dopo il fallimento di una decina di tentativi, di passare a tecniche diverse (consigliabili la GIFT o l'induzione di una superovulazione).

L'inseminazione con seme di donatore dovrebbe essere utilizzata quasi esclusivamente nei casi in cui all'uomo è stata diagnosticata una sterilità irreversibile. Oltre a questa indicazione, ne possono esistere altre, minori, quali: l'esistenza di una malattia genetica del marito nei confronti della quale la coppia non vuole correre rischi; l'esistenza di un rischio genetico in entrambi (per esempio un'anemia mediterranea) che consiglia di escludere uno dei due patrimoni genetici; l'esistenza di una condizione di ipofertilità del marito che non è stata risolta neppure da numerosi tentativi di fecondazione assistita.

Non vi è dubbio che le moderne tecniche di PMA hanno diminuito in modo straordinario il numero di casi che possono trovare una soluzione soltanto con un'inseminazione eterologa. È facile quindi prevedere che in avvenire si assisterà a una richiesta sempre minore di donazioni di seme e a un progressivo aumento di donazioni di oociti.

### *Successi e insuccessi*

Gli insuccessi di queste inseminazioni non sono comunque rari. In linea di massima, solo il 70% delle coppie riesce ad avere una gravidanza in capo a un anno e l'85% dopo due anni di tentativi. Spesso, sollecitati dagli insuccessi, si finisce con lo scoprire che anche la donna ha qualche problema di fertilità e che perciò le cose stanno diventando sempre più difficili. Bisogna così stabilire, sulla base del buon senso, quando passare da queste tecniche – semplici, ma poco efficienti – a tecniche sicuramente più complicate, ma che altrettanto sicuramente danno maggiori probabilità di riuscita. Nella maggior parte dei casi si ritiene che non si dovrebbero oltrepassare i 12 cicli di trattamento, ma molte coppie prendono questa decisione in tempi più brevi. Personalmente ritengo che dopo il fallimento di 6 cicli consecutivi sia opportuno eseguire una laparoscopia, esame che consiglio e raccomando.



In ogni caso è molto difficile stabilire quale sia la percentuale di gravidanze per ciclo d'inseminazione semplice, visto che i dati della letteratura sono molto variabili (10-20%) e che esistono fattori quali l'età della donna, la sua fertilità naturale e la qualità del seme a incidere sui risultati. Circa i successi prevedibili nella fecondazione assistita eterologa, bisogna ridurre di circa 1/3 quelli che si registrano normalmente nelle varie classi di età e con le differenti tecniche, a causa della diminuzione di fertilità che caratterizza tutti i campioni di seme congelato.

### *Le ovodonazioni*

Nelle donne la fertilità comincia a diminuire già molti anni prima dell'arrivo della menopausa. Nelle popolazioni che, soprattutto per ragioni religiose, non usano alcun tipo di contraccezione, l'età media dell'ultima gravidanza è di poco superiore ai 40 anni. Il fatto che, nella fase di transizione verso la menopausa (che inizia anche molti anni prima dell'arresto definitivo dei flussi mestruali) i cicli mestruali siano ancora prevalentemente regolari e molto spesso ovulatori non è assolutamente garanzia di fertilità, perché in quel periodo della vita la capacità degli oociti di «costruire» un embrione normale e poi di consentire lo sviluppo di un bambino sano e vitale è percentualmente molto bassa.

### *L'età biologica e l'età sociale delle donne*

In effetti, quanto bassa sia questa possibilità lo si sa poco, anche se lo si può dedurre da alcuni dati epidemiologici. Nel 10% delle donne di oltre 50 anni che sono in menopausa da oltre un anno, le ovaie contengono ancora un discreto numero di follicoli apparentemente normali. Eppure, il numero di donne ultracinquantenni che partoriscono ogni anno è molto piccolo (50 circa in Inghilterra) e nella maggior parte dei Paesi europei solo lo 0,1% dei parti riguarda donne di oltre 44 anni. Non si tratta, tra l'altro, di scarso interesse per la maternità, visto che la richiesta di un figlio si sposta progressivamente verso fasce d'età sempre più avanzate; la percentuale di primipare attempate sta aumentando e, addirittura, negli Stati Uniti si prevede che entro il 2000 il 10% dei bambini nascerà da donne di età compresa tra i 35 e i 49 anni.

Dobbiamo quindi accettare il fatto che nella nostra specie – già complessivamente così poco fertile – la fertilità è appena discreta nelle donne più giovani e poi diminuisce progressivamente fino a diventare modesta dopo i 40 anni e occasionale dopo i 45. Il fatto che tutti noi conosciamo o abbiamo conosciuto una o più donne che hanno avuto figli in età avanzata (mia nonna ha avuto il suo ultimo figlio quando già si avvicinava ai 50 anni) non significa niente, perché la natura gioca su

molti tavoli e su grandi numeri e «poche probabilità» non è la stessa cosa di «nessuna probabilità». Quanto in effetti sia difficile trovare, dopo una certa età, uova biologicamente normali, lo dice la fecondazione assistita, i cui risultati sono pessimi dopo i 40 anni e nulli o quasi dopo i 43.

### *Fase di transizione, menopausa e menopausa precoce*

Ho parlato sin qui come se fosse sempre possibile sapere, per una donna, che è iniziata quella fase irreversibile della vita riproduttiva che i medici chiamano transizione verso la menopausa, caratterizzata da valori plasmatici di FSH più alti, cicli un po' irregolari, ovulazione non sempre presente, fertilità progressivamente ridotta. Questo sarebbe vero se tutte le donne andassero in menopausa esattamente a 51 anni: potremmo calcolare, in questo caso, quanti anni prima cominciare a preoccuparci e addirittura stabilire, per ogni anno, le probabilità di concepire. Ma la menopausa è un fenomeno biologico che segue le leggi statistiche di quasi tutti i fenomeni biologici. È vero che l'età normale della menopausa è di 51 anni, ma se mettiamo in fila tutte le donne che sono andate in menopausa a 40, e poi a 41 e così via fino ai 60 anni, otteniamo una curva fatta come una campana che ha il suo punto più alto ai 51 anni, in corrispondenza appunto della cosiddetta normalità. Questa distribuzione «gaussiana» dell'età della menopausa ci illumina sulla casualità di questo evento, che deve essere considerato fisiologico anche se si verifica alcuni anni prima e alcuni anni dopo di quei famosi 51 anni, età che si caratterizza solo perché è quella in cui il maggior numero di donne smette di mestruare nello stesso modo in cui, se l'altezza degli uomini di un certo Paese è di 177 cm, non si debbono considerare patologiche le altezze di 176 e 178, di 175 e 179 e così via.

Ma se menopausa significa esaurimento totale e definitivo del patrimonio follicolare ovarico e se la grande maggioranza delle donne va in menopausa tra i 45 e i 55 anni, non bisogna dimenticare che esiste una condizione, empiricamente e genericamente definita patologica, caratterizzata da un esaurimento follicolare molto più precoce.

Così, per varie ragioni (delle quali ho già detto in un precedente capitolo) una donna può entrare in «menopausa» (ci sono dubbi sull'opportunità di usare questo termine, che per molti dovrebbe essere sostituito da «esaurimento ovarico prematuro o precoce») in qualsiasi momento della sua vita, molti e molti anni prima di quanto le sembrava giusto e logico attendersi. È chiaro che, se a quel punto della sua vita avrà già avuto i figli che aveva programmato di avere, tutto il problema si potrà risolvere con un'adeguata terapia ormonale di sostituzione. Ma

se non è così, allora è molto probabile che l'unica possibilità per lei di avere figli (una possibilità strana e particolare, che prelude a una maternità altrettanto particolare) consisterà nell'ovodonazione, cioè nell'utilizzazione di un oocita donato da un'altra donna.

Vediamo innanzitutto molto rapidamente due cose: chiediamoci se è possibile diagnosticare l'arrivo dell'esaurimento ovarico prima che il fenomeno sia diventato irreversibile; vediamo poi se è possibile, nella fase di transizione verso la menopausa, utilizzare il piccolo patrimonio follicolare residuo prima che sia troppo tardi.

Se sapessimo con certezza quali sono le cause della menopausa precoce, forse saremmo in grado di avvertire almeno un certo numero di donne che la loro vita fertile si sta esaurendo. Ma non è così, o è così solo in parte. In linea di massima, possiamo ritenere predisposte all'esaurimento ovarico prematuro le ragazze che hanno, nella famiglia d'origine, esempi di menopausa precoce, visto che si tratta, in molti casi, di una tendenza «familiare». Queste ragazze vanno anche informate del fatto che si tratta di una generica «tendenza»: che la mamma, o una zia, o una sorella siano andate in menopausa a 30 anni non significa assolutamente che esse avranno lo stesso destino: significa solo che c'è una probabilità che anche per loro il patrimonio follicolare si esaurisca prima del tempo, cosa che potrebbe accadere anche prima dei 30 anni o non accadere affatto. A parte il problema familiare, dovrebbero essere considerate a rischio anche le ragazze che hanno subito uno o, più ancora, numerosi interventi sulle ovaie, particolarmente se la causa degli interventi è stata l'endometriosi, e quelle trattate con farmaci chemioterapici o con terapie radianti.

Sono persino riportate, nella letteratura, menopause precoci conseguite a interventi di resezione cuneiforme delle ovaie, interventi che vengono eseguiti per lo scopo opposto, cioè quello di garantire l'ovulatorietà. Se le amenorree primitive ovariche sanno ben presto di non avere alcuna fertilità residua (basta un dosaggio dell'FSH), la maggior parte delle amenorree secondarie sa di non avere problemi di sterilità, soprattutto se l'interruzione dei flussi si è verificata in età molto giovane ed è stata fatta diagnosi, sulla base di corretti esami ormonali, di amenorrea ipotalamica. È molto diverso il caso delle amenorree e persino delle irregolarità mestruali che si propongono per la prima volta in donne che hanno più di 24 anni, che fino a quel momento avevano mestruato con regolarità e che non possono mettere in rapporto la comparsa dei problemi mestruali con una delle cause di alterata funzione ipotalamica (diminuzione del peso; stress; attività fisica particolarmente intensa). In questi casi, consiglieri di dosare anche più di una volta l'FSH, scegliendo per il dosaggio momenti in cui non esistono possibilità d'interferenza tra gli ormoni

ovarici e l'attività ipofisaria (un qualsiasi giorno del flusso mestruale, per esempio). Trovare l'FSH anche solo un po' alto deve far temere che l'ovaio abbia qualche problema. Il vantaggio di riconoscere questi primissimi momenti d'iperghonadotropismo è certamente notevole: mancano infatti ancora anni (in genere almeno due o tre) alla menopausa, e c'è ancora modo (e tempo) di ottenere una gravidanza.

Accade sempre più spesso che donne in fase di transizione verso la menopausa chiedano di essere aiutate ad avere un figlio: accade a donne che scelgono di divenire madri in età avanzata; accade a donne più giovani, alle quali è stata fatta diagnosi di esaurimento ovarico e che cercano di giocare le proprie ultime carte; accade infine per caso, quando la diagnosi d'iperghonadotropinemia (cioè soprattutto di aumento dell'FSH) viene fatta nel corso di un trattamento per sterilità. Si può fare qualcosa per aiutare queste donne?

Lasciatemi dire subito che forse qualcosa si può fare almeno in alcuni casi – ma sempre con grandi difficoltà. È vero che c'è una fase - quella assolutamente iniziale – che consente una fertilità spontanea; è vero però anche che le donne che ricorrono al medico, lo fanno generalmente perché o quella fase l'hanno già superata, o hanno scoperto che c'è un secondo ostacolo alla loro fertilità.

Se la fase iniziale è stata superata, vuoi dire che sono cominciate le irregolarità mestruali e i cicli sono quasi sempre anovulatori. In queste circostanze, la possibilità di eseguire con successo una terapia d'induzione dell'ovulazione con gonadotropine è praticamente nulla, anche dopo i vari (e non sempre logici) pretrattamenti proposti: con estroprogestinici; con estrogeni; con analoghi del GnRH.

Se esiste un ulteriore ostacolo alla fertilità (un problema meccanico, per esempio, o un problema del marito) la soluzione dovrebbe essere quella di ricorrere a una fecondazione assistita: soluzione teorica, molto difficile da attuare, perché le fecondazioni assistite esigono un'ovulazione multipla, cosa praticamente impossibile da ottenere da una donna che ha già un FSH elevato.

Ecco dunque che per un certo numero di donne (amenorree ovariche primitive, disgenesie ovariche, menopausa precoci) l'unica soluzione possibile per avere un figlio è quella della donazione di oociti.

### *Donazioni a donne fertili*

Esistono però altre circostanze nelle quali una donna si trova, pur essendo fertile, a non volere o a non potere disporre delle proprie uova. Pensate per esempio a donne che sanno di essere portatrici di malattie ereditarie che possono trasmettersi ai figli; o a donne trattate con farmaci potenzialmente capaci di modificare il patrimonio genetico delle cellule uovo; ai casi di «bacino congelato», cioè di una condizione multiaderenziale che potrebbe rendere pericoloso il prelievo degli oociti; o i casi in cui non è stato possibile, nelle numerose prove eseguite, ottenere una fecondazione in vitro degli oociti; o, infine, quando esistano anticorpi antiovaio che non si riesce a rimuovere. È vero che non tutte queste circostanze sono indicazioni assolute per un'ovodonazione: è possibile che le conseguenze di una chemioterapia recedano; una condizione ereditaria può essere affrontata in modo diverso, utilizzando per esempio le attuali tecniche di diagnosi pre-impianto; è impossibile dire dopo quanti fallimenti delle fecondazioni in vitro si debbano abbandonare le speranze. Resta il fatto che molte richieste di ovodonazione vengono da casi clinici simili a quelli che ho descritto e che queste richieste possono essere discusse, ma non respinte.

La possibilità di eseguire con successo un'ovodonazione è stata sperimentata nei primati, per la prima volta, da Hodgen, nel 1983; l'anno successivo venne pubblicato il primo successo in campo umano e, l'autore della pubblicazione fu Lutjen. In qualche modo, questi risultati non furono tanto sorprendenti, quanto inattesi. La maggior parte dei biologi della riproduzione, infatti, pensava (o temeva) che l'ovodonazione avrebbe prospettato qualche problema di tipo immunitario (immaginava, cioè, che la donna avrebbe potuto creare anticorpi nei confronti di un prodotto di concepimento che le era, geneticamente, totalmente estraneo) e che di conseguenza l'elaborazione di una tecnica di ovodonazione avrebbe comportato fasi progressive e metodi più complessi.

La richiesta di ovodonazioni è stata elevata fin dal primo momento ed è in continuo aumento. All'inizio, la quasi totalità delle richieste veniva da pazienti che soffrivano di menopausa precoce o avevano tentato inutilmente, per varie volte, una fecondazione in vitro. Quasi inevitabilmente cominciarono a presentarsi agli ambulatori medici donne che non potevano certo lamentare la «prematùrità» della propria menopausa; donne di età progressivamente sempre più avanzata, che venivano a chiedere al medico di essere trattate e che non accettavano facilmente di essere mandate via.

Scegliere di avere un figlio utilizzando il patrimonio genetico di una donna estranea può non essere facile. Il desiderio di maternità (o di genitorialità) che sta dietro alla scelta deve essere in effetti fortissimo, tanto forte da poter vincere paure, fantasmi, angosce. Per alcune delle coppie che si presentano le motivazioni della richiesta sono quasi troppo ovvie.

Dimentichiamo per un attimo le richieste meno straordinarie, quelle che vengono da donne sorprese da una menopausa precoce quando ancora non avevano cercato di avere un figlio; deluse da cicli e cicli di trattamenti falliti; o giunte al matrimonio dopo un'intera vita trascorsa a ragionare con se stesse della propria condanna alla sterilità, condanna genetica o comunque congenita, alla quale non si sono mai veramente rassegnate; per tutte queste donne, l'«anomalia», la «bizzarria» consiste nell'aver deciso di assegnare al concetto di maternità un valore diverso da quello deciso dalla società. Tornerò su questo punto, anche perché voglio cercare di capire meglio dove stanno queste anomalie e queste bizzarrie, che io non riesco a vedere.

### *Indagini preliminari*

Una volta stabilito che esistono le indicazioni per un'ovodonazione, è necessario accertare preliminarmente lo stato di perfetta salute della donna che la richiede. Questo problema è, sì, particolarmente importante nelle donne che hanno superato una certa età, ma deve essere comunque e sempre al centro dell'attenzione del medico. È anzitutto necessario verificare l'esistenza di un utero normale e normalmente capace, almeno nella prospettiva, di portare a termine la gravidanza; a questo scopo, in genere, si eseguono esami ecografici pelvici e isteroscopie. È possibile che esistano condizioni di patologia che possono essere corrette (polipi da togliere, fibromi da asportare); il problema più difficile è quello posto dai casi in cui la gravidanza è con ogni probabilità (quindi non con certezza) condannata a interrompersi prima che il bambino raggiunga un periodo adatto alla vita autonoma. In questi casi, il mio parere è generalmente quello di rinunciare all'ovodonazione; è vero che è molto più importante l'età dell'uovo (cioè che l'uovo provenga da donna giovane) della condizione dell'utero, ma anche a questo c'è un limite e bisogna cercare di far capire alla coppia che un'ovodonazione non viene fatta per avere una gravidanza, ma per avere un figlio, e possibilmente per avere un figlio sano.

Gli altri esami necessari riguardano, naturalmente, la salute generale, con attenzione alle malattie che possono risultare particolarmente pericolose in gravidanza (diabete, ipertensione, obesità, cardiopatie, nefropatie). E comunque

possibile, e in effetti accade spesso, che alla fine delle indagini si sia in grado di stabilire che, in quel particolare caso, una gravidanza comporterebbe un certo tipo di rischio.

Mi limito ad un solo esempio. Negli Stati Uniti, alla fine del 2002 erano nati circa 200 bambini da ovodonazioni eseguite a donne affette da sindrome di Turner, una delle più comuni forme di disgenesia ovarica che si associa, in un certo numero di casi, ad altre forme di patologia congenita. Ebbene 4 di queste 200 donne sono morte durante la gravidanza per una dissezione o una rottura aortica. Solo la metà di queste pazienti era stata sottoposta ad indagini cardiologiche, mentre sarebbe indispensabile eseguire in tutti i casi una MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) per valutare la morfologia aortica (M. F. Karnis *Fertility and Sterility*, 2003,80,498).

È intervenuta su questo argomento anche *l'American Society for Reproductive Medicine* che ha ribadito che le donne affette da sindrome di Turner dovrebbero eseguire controlli cardiologici abituali e che questi controlli dovrebbero comprendere radiografie del torace, ecocardiografie ed eventualmente una RMN in caso di ecocardiografia anormale. In ogni caso il rischio di dissezione o rottura dell'aorta nel caso di gravidanza per ovodonazione potrebbe essere superiore al 2% e si potrebbe verificare anche in assenza di una evidente dilatazione. La sindrome di Turner deve essere considerata come una controindicazione alla gravidanza, soprattutto per il notevole aumento del rischio di morte (vicino al 100%).

E' molto difficile stabilire a chi spetta la responsabilità ultima della scelta, se al medico, alla donna o alla coppia. Ebbene, ci sono circostanze nelle quali sembra di poter raggiungere la certezza (il che in medicina è già evento straordinario) che un'eventuale gravidanza sarebbe una catastrofe. Ma questa è certamente l'eccezione. Negli altri casi ritengo che il dovere del medico sia quello di essere esplicito e chiaro, anche se la scelta finale, quella cioè di correre o di non correre il rischio, spetta alla paziente. Credo che ognuno di noi, in circostanze diverse, debba poter esercitare questo diritto; lo facciamo quando decidiamo di rischiare la nostra vita per salvare quella di un altro, o anche per ragioni molto più banali, come un'impresa sportiva; non credo che qualcuno possa negarci il diritto di mettere a repentaglio la nostra salute, o anche qualcosa di più, se è in gioco la felicità nostra e della persona che amiamo, la qualità della nostra vita, la nostra capacità e il nostro desiderio di continuare.

Le indagini sulla fertilità del compagno possono presentare un nuovo problema; in effetti, almeno nella maggior parte dei casi, visto che l'ovodonazione comporta una fecondazione in vitro, il seme risulta sufficiente e adeguato. Nei casi in cui non lo

sia, è possibile che si prospettino due strade: una terapia andrologica, se il marito è giovane e la situazione clinica lo consente, una donazione di pre-embrioni, se la terapia non è possibile o indicata.

Protocolli d'indagine da utilizzare nel caso di donazioni di oociti ne sono stati proposti molti, alcuni dei quali così complessi e sofisticati da risultare, in pratica, inapplicabili. Più avanti, troverete le linee guida dell'ASRM, che mi sembrano insieme rigorose e relativamente semplici. Qui mi limito a riportare lo screening medico recentemente consigliato da M. Sauer (*Reproductive BioMedicine Online*, 2006, 12, 153). Gli americani, da quando si eseguono donazioni di oociti (poco più di 20 anni) ne hanno fatte un numero relativamente considerevole (oltre 100.000 cicli, secondo la valutazione dello stesso Sauer) e hanno certamente accumulato l'esperienza giusta per stabilire regole corrette e semplici.

Esami consigliati alla donna che riceverà il dono:

---

*Esame emocromocitometrico*

*Gruppo di sangue ed Rh*

*Elettroliti sierici, esami sulla funzionalità renale ed epatica*

*Esami sulla funzionalità tiroidea*

*Ricerca anticorpi per rosolia, toxoplasma, citomegalovirus.*

*Markers per epatite HIV 1 e 2 ;*

*HTLV 1 e 2;*

*VDRL*

*Esame urine.*

*Urinocoltura*

*Esami colturali del secreto cervicale e vaginale (in particolare, ricerca clamidia e gonococco)*

*Citologia oncologica*

*Ecografia pelvica transvaginale*

*Isteroscopia*

*Elettrocardiografia*

*RX del torace*

*Mammografia*

*Curva glicemica da carico di glucosio*

*Assetto lipidico*

---

A ciò si deve aggiungere la raccolta accurata dell'anamnesi familiare e personale e un esame obiettivo completo, integrato dalla valutazione della pressione arteriosa.



Esami consigliati al marito:

---

*Gruppo di sangue ed Rh*

*Markers per epatite*

*VDRL*

*HIV 1 e 2; HTLV 1 e 2*

*Spermiogramma e spermiocoltura*

*Analisi per al fibrosi cistica*

*Esami genetici, se ritenuti utili*

---

Esami consigliati alla donatrice:

*Esame emocromocitometrico*

---

*Gruppo di sangue ed Rh*

*Markers per epatite*

*VDRL*

*HIV 1 e 2; HTLV 1 e 2*

*Esame colturale del secreto vaginale e cervicale*

*Citologia oncologica*

*Ecografia pelvica con sonda vaginale*

*Esami genetici appropriati (fibrosi cistica, Tay-Sachs, ecc.)*

---

### *Donatrici conosciute e donatrici anonime*

Le donne che chiedono una donazione di oociti fanno già, quando si presentano ai centri, che le uova possono avere due differenti origini. La prima è quella dell'uovo donato, come atto oblativo, in segno di amicizia o di affetto, da un'amica o da una parente, comunque da una persona conosciuta. La seconda è quella della donazione da parte di una sconosciuta.

Le donatrici, conosciute e non, debbono naturalmente rispondere ad alcuni requisiti: essere giovani (il limite di età è situato intorno ai 34-35 anni) in modo da poter donare uova che presentino bassi rischi genetici e buone possibilità di fertilizzazione; essere sane, e in particolare non essere portatrici di malattie che potrebbero trasmettersi al prodotto del concepimento; conoscere alla perfezione le seccature che si accingono a vivere.

Le donatrici conosciute debbono essere sottoposte a trattamenti di stimolazione ovarica per aumentare il numero di uova prelevabili: ciò in quanto le probabilità di successo con un unico oocita sono molto basse. Queste donne debbono quindi accettare il rischio del trattamento (o, più spesso, dei trattamenti) farmacologico e delle possibili complicazioni che ne derivano e debbono sapere che il prelievo degli oociti è traumatico e comporta, oltre a un'anestesia o un'analgesia, anche un'aspirazione diretta dei follicoli per via vaginale o laparoscopica.

Anche se personalmente preferisco di gran lunga le donazioni da donne sconosciute, non posso nascondere che anche per queste i problemi da risolvere non sono nè pochi, nè piccoli.

In teoria, le uova per le donazioni si possono ottenere in numerose circostanze: interventi di sterilizzazione, laparoscopie, interventi di chirurgia pelvica in donne in età riproduttiva. Nella maggior parte dei casi, però, si tratta di programmi di fertilizzazione assistita, nei quali sono state ottenute più uova di quelle necessarie.

Le donatrici vengono generalmente scelte tra candidate che abbiano superato una serie di controlli relativi alla salute psicologica e fisica; non debbono superare i 35 anni d'età, nè essere portatrici di malattie che potrebbero trasmettersi al prodotto del concepimento. La disponibilità a donare gli oociti sovrannumerari viene generalmente richiesta alle pazienti che iniziano un trattamento di fecondazione assistita e ai loro partner. Se questa disponibilità esiste, si procede all'esecuzione degli esami ritenuti utili, secondo un protocollo per molti versi simile a quelli consigliati per i donatori di seme.

Se si sceglie la soluzione di acquistare gameti, eseguiti gli accertamenti necessari per escludere l'esistenza di controindicazioni, si debbono utilizzare tecniche di

induzione dell'ovulazione multipla che consentono di ottenere un certo numero di oociti – quanti esattamente immagino che sia anche materia di discussione tra medico e donatrice – tenendo conto del fatto che le stimolazioni più energiche comportano anche un rischio di iperstimolazione ovarica, tanto maggiore quanto più giovani sono le donne stimolate. L'argomento non è oggetto né di valutazioni né di discussioni e non se ne fa cenno nella letteratura, nella quale invece esistono riferimenti a confronti tra differenti tecniche di stimolazione, che fanno immaginare che queste occasioni siano sfruttate anche per cercare di approfondire specifici problemi clinici. Ad esempio D. Bodri (*Human Reproduction*, 2006, 21, 2246) ha messo a confronto due differenti protocolli, nei quali ha utilizzato un agonista e un antagonista del GnRH senza ottenere significative differenze per quanto riguarda il numero di oociti prelevati e la qualità degli embrioni successivamente prodotti. Immagino che questo studio non avesse alcun interesse per le donne trattate e sarebbe interessante sapere quale tipo di consenso è stato ottenuto da loro. È però vero che queste circostanze – stimolare la produzione di molti oociti in una donna, fertilizzare questi oociti con spermatozoi di individui diversi e trasferire gli embrioni ottenuti in uteri di altre donne – potrebbero rivelarsi utili per risolvere alcuni problemi che oggi sono oggetto di dibattito, quale quello della qualità degli oociti in rapporto al numero prodotto in un ciclo di stimolazione.

Ottenuti gli oociti, è necessario stabilire il loro destino, cioè quanti ne debbono essere utilizzati per ogni paziente e a quante donne si possono trasferire embrioni che hanno origine dalla stessa popolazione di oociti. Anche su questi temi non ci sono informazioni ufficiali, come si sa poco sui criteri in base ai quali si stabilisce che una certa donatrice è adatta a una certa donna, alla scelta eventuale di crioconservare alcuni embrioni, sulla possibilità di utilizzare la stessa donatrice per un eventuale secondo figlio, sul numero massimo di donazioni che possono essere eseguite con gli oociti della stessa donna, tutti argomenti di non scarso rilievo.

Mentre è in continuo aumento il numero delle donne che chiedono un'ovodonazione, è in calo quello delle donatrici. Ciò è certamente dovuto alla sempre maggiore frequenza con la quale gli oociti in sovrannumero vengono fertilizzati e i pre-embrioni congelati. Per molte donne, dichiarare la propria disponibilità a donare alcune uova rappresenta quindi un atto di reale generosità, visto che grazie al congelamento dei pre-embrioni possono utilizzare tutte le uova «per sé», essendo praticamente eliminato il concetto di «uova inutili». Diviene quindi sempre più difficile non soltanto cercare di offrire uova provenienti da donne i cui caratteri somatici non differiscano troppo da quelli della ricevente e che non creino problemi d'incompatibilità di gruppo sanguigno e di Rh, ma trovare uova in assoluto.

Anche se la maggior parte dei comitati etici ritiene che le donatrici non debbano essere pagate, molti centri hanno deciso di offrire un compenso. Inutile parlare dell'Italia, visto che l'attuale legislazione vieta ogni donazione. Negli Stati Uniti, i compensi possono variare dai 500 ai 20.000 dollari. In alcuni casi si tratta di pagamenti in denaro, in altri di offerte di cicli gratuiti di fecondazione assistita o di altrettanto gratuiti interventi di sterilizzazione. Per evitare di dover acquistare le uova e per mantenersi fedeli alla scelta dell'anonimato, alcuni centri hanno tentato una via alternativa, chiedendo alle donne in lista per un'ovodonazione di cercare una donatrice personale tra le parenti e le amiche. Le uova di questa donatrice non sono destinate alla parente (o all'amica), ma a una sconosciuta; il vantaggio per la richiedente è che così potrà ricevere gratuitamente le uova da un'altra «donatrice oblativa», naturalmente sconosciuta. In modo analogo si cerca di stimolare anche i donatori di sangue: so che un mio amico ne ha bisogno, so che il suo gruppo è diverso dal mio, dono comunque il mio sangue a un altro che le riceverà nel segno della solidarietà tra me e il mio amico e mi aspetto, dalla sua cerchia di amici, un gesto analogo.

G. Perrings (*Human Reproduction*, 2005, 20, 2990), un medico che opera in Belgio, ha proposto un metodo (IME: Indirect Mirror Exchange) che dovrebbe funzionare così: il partner fertile di una coppia che richiede una donazione di gameti mette a disposizione i suoi (ociti o spermatozoi che siano) per una donazione; questi gameti vengono assegnati ad altre coppie, secondo un ordine stabilito da una lista d'attesa che riguarda, in ogni singolo centro, tutte le richieste di donazione. In compenso, la coppia che dona riceve una sorta di "bonus" che la fa progredire nella lista facendole guadagnare tempo.

Questa non è l'unica proposta che è stata fatta. L'aumento dei paesi che vietano l'anonimato ha fatto diminuire il numero dei donatori un po' ovunque (molti temono l'approvazione di leggi retroattive) e l'atteggiamento nei confronti della compra-vendita di gameti non è certamente tenero. L'idea che dovrebbe prevalere è quella di tornare a comportamenti basati sulla solidarietà, come del resto era in Italia prima del divieto.

Penso di poter essere considerato un uomo "informato dei fatti" che hanno a che fare con la procreazione assistita e con le sue tecniche: vedo molti pazienti, parlo con molti medici, frequento molti congressi. Ciò significa che è per lo meno atipico che mi sfuggano i comportamenti atipici, quelli che fanno aggrottare le sopracciglia e che suscitano malessere anche nelle persone abituate al peggio. Ebbene, non ho mai sentito dire che in Italia la donazione di ociti sia stata in realtà un falso dono, e che in realtà almeno alcune delle donatrici siano state remunerate per il loro gesto.

Quando questa tecnica non era ancora illegale, alle donne che si erano sottoposte a fertilizzazioni in vitro e che avevano prodotto un surplus di oociti (ai quali, per varie ragioni, avevano deciso di non fare più ricorso), veniva chiesto dai medici di donarli ad altre donne sterili. Alcune di queste donne rifiutavano, altre accettavano, ma quello che è più importante è che quelle che acconsentivano lo facevano come gesto di solidarietà, un gesto oblativo che, a mio avviso, avrebbe dovuto essere apprezzato molto di più di quanto in realtà sia accaduto.

Oggi, le nostre coppie che si recano in Spagna (o altrove, sto solo facendo un esempio) per trovar rimedio a una sterilità da esaurimento ovarico, sanno che gli oociti li dovranno comprare, generalmente da studentesse universitarie molto giovani, e che i costi saranno piuttosto salati. Questo, è ovvio, è un fatto moralmente eccipibile, che ha scatenato una moltitudine di critiche e di dissensi e del quale conviene parlare.

Prima di ogni altra cosa sono andato su Internet per cercar di capire se veramente esiste un mercato di oociti. Esiste, ed è anche piuttosto spudorato. Ho scelto a caso uno dei siti che fanno propaganda a questo commercio ([www.centerforhumanreprod.com/egg\\_donors](http://www.centerforhumanreprod.com/egg_donors)) e ho scoperto, per prima cosa, che la vendita di oociti viene promossa insieme alla maternità surrogata. Per “l’affitto del grembo” il centro può contare su un notevole numero di volontarie, che vengono selezionate in base ad alcuni specifici requisiti: debbono risiedere in California (che è la sede del centro), essere in condizioni di salute eccellente, avere alle spalle una normale storia riproduttiva e non aver mai sofferto di malattie sessualmente trasmesse. Inoltre queste donne debbono avere almeno un figlio e debbono essere sposate a un uomo che approva la loro “vocazione”. La loro disponibilità può riguardare sia una maternità surrogata gestazionale (nella quale l’embrione è prodotto da una coppia estranea con una fertilizzazione in vitro), sia a una maternità surrogate tradizionale (nella quale oltre ad affittare il proprio grembo donano una delle loro uova, con il ricorso ad una semplice inseminazione). Per quanto riguarda la donazione di oociti, il centro asserisce di selezionare (in un modo non precisato) ragazze che hanno caratteristiche fisiche e mentali simili a quelle della richiedente. La lunga lista di volontarie comprende solo ragazze di età compresa tra i 20 e i 29 anni, colte e intelligenti, con un ottimo curriculum di studi, naturalmente in buona salute e senza alcun precedente anamnestico che possa risultare pericoloso per la futura gestante e per il bambino. La relazione tra queste donne e la coppia dei richiedenti può essere aperta, parzialmente aperta o basata sull’anonimato. Il centro ha anche un programma particolare, definito come EDP (*Extraordinary Donor Program*) che offre uova di ragazze diplomate o laureate che hanno conseguito risultati particolarmente buoni in test scolastici come il SAT

(*Scholastic Assessment Test*), o il GPA (*Grade Point Average*). Il compenso per queste donatrici è naturalmente molto elevato (almeno 5.00 dollari) con qualche brutta sorpresa dovuta al fatto che alcune di queste donatrici straordinarie stabiliscono personalmente il proprio compenso.

Il problema si è ulteriormente complicato perché la richiesta di oociti non arriva più soltanto dalle coppie sterili, ma anche dagli scienziati che fanno ricerca sulle tecniche di trasferimento nucleare e che intendono produrre cellule staminali da embrioni ottenuti mediante il trasferimento di un nucleo diploide (prelevato da una qualsiasi cellula somatica) in un oocita privato del nucleo. Le cellule staminali ottenute con questa tecnica dovrebbero avere il vantaggio di essere compatibili con il donatore del nucleo diploide, con il quale condividerebbero il genoma.

Nel settembre del 2005, presso la Fondazione Heinrich Böll di Berlino ha avuto luogo un convegno intitolato "Commodification and Commercialisation of Women's Bodies in Reproductive Technologies: Perspectives for Feminist Intervention". La prolusione (*Transforming "Waste" into "Resource": From Women Eggs to Economics for Women*) è stata letta da Sarah Sexton che ha descritto il problema dello sfruttamento delle donne dei Paesi più poveri, costrette dal bisogno a vendere per pochi denari i propri costosi gameti. In realtà, la compravendita degli oociti segue, nel mondo, le regole più diverse. Se negli Stati Uniti le cellule uovo di una supermodella possono raggiungere prezzi incredibili (fino a 100.000 dollari e oltre), in Inghilterra il commercio di oociti e di spermatozoi è stato a lungo vietato e donatori e donatrici non potevano ricevere più di 15 sterline per ogni prelievo. Dal 2000 i centri inglesi sono però autorizzati a ridurre i costi delle PMA alle donne che si dichiarano disponibili a donare i propri oociti sovrannumerari e dal 2005 l'HFEA (*Human Fertilisation and Embryology Act*) ha portato a 500 sterline il costo minimo di una donazione, una cifra che dovrebbe servire da rimborso per le spese sostenute e per il mancato guadagno e che comunque non può in nessun caso superare le 1000 sterline.

Del tutto diversa era, almeno fino a non molto tempo fa, la situazione della Romania, un Paese nel quale le donatrici ricevevano tra 100 e 150 euro per oociti che poi venivano fatti pagare più di 6000 euro alle coppie. Questo guadagno, evidentemente modesto, era però sufficiente ad attrarre numerose giovani donne, che oltretutto pagavano in molte circostanze un alto prezzo in termini di salute, almeno se si tiene conto del numero di incidenti che la stimolazione ovarica e il prelievo degli oociti sembrano aver determinato in quel Paese. A dire il vero, se si considerano i dati della letteratura, le complicazioni dovute a questi trattamenti dovrebbero essere minime e, a parte ciò, le attenzioni e le cautele nei confronti delle

donatrici dovrebbero essere del tutto particolari: sembra dunque possibile che, almeno in alcuni Paesi, si associno una scarsa competenza dei medici a un vero e proprio sfruttamento delle donatrici, iperstimolate a bella posta o sottoposte a stimolazioni troppo frequenti.

Questi avvenimenti non sono passati sotto silenzio. B.C.Heng, dell'Università di Singapore, ha pubblicato un articolo intitolato *Ethical issues in transnational "mail order" oocyte donation* (*International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006,95,302) nel quale ricorda gli sviluppi del turismo procreativo nato agli esordi per sfuggire alle leggi restrittive del proprio Paese e divenuto nel tempo un metodo per acquistare gameti a buon mercato o trovare centri per la cura della sterilità meno costosi. Heng descrive una ulteriore evoluzione di questa tendenza: si invia il seme congelato del partner, per posta, a una clinica straniera, nota per saper raccogliere oociti donati da giovani donne, la quale provvede a produrre uno o più embrioni; una volta prodotti, questi embrioni vengono congelati e, sempre per posta, rispediti al primo mittente per il trasferimento in utero.

I problemi morali che derivano da queste nuove "strade della felicità" sono evidenti. Colpisce anzitutto lo sfruttamento delle giovani donne, molte delle quali vivono in Paesi poveri, che cercano vie alternative alla prostituzione per sopravvivere, mantenere la famiglia o pagarsi gli studi: i guadagni di queste ragazze, oltretutto, sono ridicoli, soprattutto se confrontati con i costi che le coppie debbono sostenere per il trattamento (150-300 dollari, contro 5000-10000). In secondo luogo, la responsabilità delle possibili complicazioni pesa tutta sui medici che eseguono la stimolazione ovarica e il prelievo, mentre il medico che organizza questa complessa operazione resta al coperto. Infine, non è possibile stabilire su chi cadrebbe la responsabilità della nascita di un bambino portatore di una anomalia congenita o della comparsa di una malattia trasmessa dalla donatrice alla madre gestazionale.

Sono evidentemente necessarie linee guida internazionali che possano essere utilizzate per regolare questa materia, in Europa e nel mondo. Ciò rinnova una antica polemica che riguarda la donazione di organi: può essere vietata? E come? Secondo alcuni sociologi, le autorità governative dovrebbero intervenire alla radice del problema, vietando le vendite; secondo altri, dovrebbero essere puniti solo gli acquirenti. Il problema è, insieme, morale e politico: in un Paese molto povero, o nel quale esistono grandi differenze di benessere nelle diverse classi sociali, è possibile immaginare condizioni di ingiustizia tali da mettere molti cittadini nelle condizioni di non poter sostenere in modo adeguato se stessi e la propria famiglia. In queste circostanze è difficile immaginare che uno Stato che non è in grado di

proteggere le persone possa avere l'autorità di stabilire regole per i loro corpi. Un cittadino che, vendendo un rene, riesce a nutrire in modo adeguato i propri familiari, almeno per un adeguato periodo di tempo, ha diritto di disporre del proprio corpo, almeno fino al momento in cui non sarà la società stessa a farlo uscire da questa drammatica condizione di necessità. Secondo questa interpretazione, sono dunque gli acquirenti del rene che debbono essere sanzionati, che è proprio la cosa che molti Paesi non vogliono fare. Il problema, semmai, è quello di considerare la vendita di oociti da parte di persone che non cercano l'indispensabile, ma il superfluo.

Le considerazioni sulla vendita degli oociti si sono imprevedibilmente estese alla loro donazione. Nel febbraio del 2007 l'HFEA ha autorizzato la donazione di oociti per la ricerca scientifica con un documento molto dettagliato nel quale motivazioni e svantaggi vengono descritti in modo esplicito e puntuale. Le donatrici debbono motivare le ragioni della loro scelta e possono essere compensate solo per le spese sostenute (limitatamente all'Inghilterra, non sono compresi i viaggi da altri Paesi) e per il mancato guadagno, entro limiti ben definiti e complessivamente modesti, non più di alcune centinaia di sterline. Non possono invece ricevere denaro per l'*inconvinieny*, il disagio che hanno dovuto sopportare, malgrado il fatto che questa modalità di rimborso sia ammessa dalla EUTCD (*European Union Tissues and Cells Directive*). Il documento stabilisce poi regole molto puntuali che debbono consentire una completa informazione delle potenziali donatrici e una assoluta separazione tra i medici coinvolti nel trattamento e quelli dedicati alla ricerca. C'è anche, molto opportunamente, una norma che prevede particolare attenzione e straordinaria cautela nella stimolazione ovarica, allo scopo di evitare ogni sorta di rischio.

Nell'aprile del 2007 un giornale inglese, *l'Observer*, ha pubblicato questa notizia in modo confuso e inesatto, facendo immaginare che l'Authority inglese avesse autorizzato la vendita di oociti. Senza neppure controllare la notizia, alcuni membri del CNB hanno immediatamente proposto una mozione di condanna. Demetrio Neri, uno dei membri storici del CNB si è opposto con molta decisione a questa iniziativa, interpretata "come una sorta di segnale dell'intenzione di ridurre il CNB a una sorta di cassa di risonanza di battaglie politico-ideologiche programmate all'esterno", cioè - ma questa è la mia personale interpretazione - da alcuni giornali cattolici e di area cattolica. Neri, in una lettera inviata al presidente del CNB, ha precisato alcuni dei contenuti fondamentali del documento in questione (*Donating eggs for research: safeguarding donors*), elaborato da una commissione presieduta da Lord Harries of Pentregarth dopo una consultazione pubblica. Nella dichiarazione ufficiale (22 febbraio 2007) firmata da Angela McNab, Chief Executive dell'HFEA, si afferma che "mai, nel corso dell'elaborazione di questo documento, abbiamo



preso in esame la possibilità di consentire un compenso per la donazione di questi oociti". Nel testo, la politica dell'Authority viene definita come *expense neutral*, il che significa che vengono rimborsate le spese e l'eventuale mancato guadagno fino a un massimo di 55 sterline al giorno e nel limite di 250 sterline per ogni ciclo di donazione. Questa decisione è in linea con quanto stabilito dalla Convenzione sui Diritti Umani e sulla Biomedicina, il cui Rapporto esplicativo (numero 132) recita: "Questo articolo ( il numero 21) non impedisce che una persona che viene sottoposta al prelievo di un organo o di un tessuto riceva un compenso che, mentre non ha il significato di un pagamento, rappresenta un equo rimborso per le spese sostenute e per l'eventuale rinuncia a un guadagno (ad esempio a causa di un periodo di ricovero in ospedale). Ricordo, per inciso, che l'articolo 21 è quello in cui si stabilisce che il corpo umano e le sue parti non possono rappresentare una fonte di guadagno. Nel documento è anche scritto, in modo molto esplicito, che la commissione non ha ritenuto coerente con il principio della donazione il rimborso delle *inconveniencies related to donation* (cioè delle seccature determinate dall'atto della donazione), che pure sono previste dall'articolo 12 della Direttiva 2004/23/EC, che si applica anche alle cellule riproduttive. Nelle circolari inviate dall'HFEA dopo l'approvazione del documento è scritto anche molto chiaramente che possono essere rimborsate solo le spese di viaggio sostenute all'interno della Gran Bretagna, cosa che dovrebbe tranquillizzare coloro che si dichiarano preoccupati per una possibile corsa alla "donazione" delle donne dei paesi dell'Est.

Che in Europa esista una compravendita di gameti è noto da tempo, così come è noto che esiste uno sfruttamento delle donne più bisognose, delle quali viene venduto il corpo, non ci si limita certamente ai gameti. Che venga utilizzata questa decisione, assolutamente corretta sul piano etico, presa dalla Gran Bretagna, allo scopo di aprire una forte polemica (oltretutto da parte di una Istituzione come il CNB) deve essere considerato pretestuoso. E' evidente che ai membri del CNB che hanno presentato la mozione non interessano affatto le donne e i loro gameti: bersaglio di questo attacco è la ricerca sulle staminali embrionali, sempre nell'ottica della *dittatura dell'embrione* sotto il cui tallone siamo costretti a vivere.

Intanto emergono dalla letteratura medica nuove proposte:

- -prelevare frammenti di tessuto ovarico e portare a maturazione, in vitro, gli oociti;
- -utilizzare le ovaie di feti abortiti;
- -produrre, in vitro, embrioni di sesso femminile e lasciarli crescere;
- -produrre oociti a partire da cellule staminali embrionali;
- -produrre oociti con la tecnica dell'aploidizzazione;

– -utilizzare gli oociti congelati che si stanno accumulando nei laboratori di alcuni Paesi.

–

Voglio ricordare, mi pare che questo sia il momento giusto per dirlo, che in Italia, prima dell'approvazione della legge 40, sono state fatte centinaia di ovodonazioni, e che non risulta a nessuno di noi che gli oociti siano stati oggetto di compravendita. E' uno dei pochi vanti della medicina della riproduzione di questo Paese, mi fa piacere sottolinearlo.

Nella nostra esperienza, la scelta di donare alcune delle proprie uova coinvolge quasi esclusivamente la donna; l'uomo viene certamente consultato, ma si adegua quasi sempre alla scelta della compagna e non sembra comunque molto coinvolto. Le donne che rifiutano di donare non vengono interrogate sulle loro motivazioni; qualche volta sono loro a voler essere ascoltate, chiarendo il perché della scelta, spesso motivata da generiche considerazioni morali («Sono sempre stata contraria»; «Non mi piacciono queste cose») o da un altrettanto generico timore di una futura reazione emotiva. Non viene mai tirata in ballo la religione, cosa comprensibile (riguarda anche, per esempio, il rifiuto del congelamento) trattandosi di persone che, avendo già fatto una scelta contraria alle leggi della Chiesa, ritengono che un richiamo a queste leggi, fatto proprio da loro, suonerebbe poco credibile.

### *Il segreto*

Quasi tutte le coppie che accettano di dare o di ricevere oociti sono d'accordo perché venga mantenuto il segreto. In effetti non tutte le coppie sono veramente decise a nascondere la verità al bambino: alcune affermano che il problema dovrà essere affrontato più tardi; per altre non c'è ragione per non dirlo; la maggioranza si esprime per il silenzio.

Ho avuto qualche volta la sensazione che il dono di oociti venga molto sottovalutato da un certo numero di donne, per le quali il solo fatto veramente importante è che il bambino cresca nel loro grembo, venga da loro partorito. Alcune di queste, alla richiesta se pensano di dirlo o meno al figlio, rispondono: «Sì, certo, lo diremo, cosa c'è di strano?». Ma si riferiscono sempre alla fecondazione in vitro, non all'ovodonazione.

Alcune coppie chiedono se potrà accadere, un giorno, che si renda necessario per la salute del bambino, conoscere le caratteristiche genetiche della madre; poiché questo è teoricamente possibile e poiché il problema si pone nello stesso modo per le donazioni di seme, si sta cercando di trovare un modo semplice per mantenere

un campione biologico della madre genetica per un possibile (anche se improbabile) futuro impiego.

Secondo alcuni sociologi, si potrebbe determinare in avvenire un contrasto per via di una certa dissociazione di comportamenti tra le madri educatrici (che potrebbero decidere di dire la verità al figlio in numero sempre maggiore, qualora diminuisse la critica sociale sull'ovodonazione) e le madri genetiche (che comunque potrebbero essere più coerenti con la scelta del segreto, che riveste anche connotazioni di maggior sicurezza economica e sociale). Ne potrebbe derivare una situazione a rischio, con molti figli che cercano madri che desiderano restare ignote. Non sono in grado di dare un'opinione in materia; so solo che, per il momento, la scelta dell'anonimato da parte delle coppie che si rivolgono ai centri è quasi unanime e molto decisa.

Quasi tutte le pazienti che richiedono un'ovodonazione vengono sottoposte a cicli di fertilizzazione in vitro poiché si ritiene che questa tecnica sia meno invasiva della GIFT e, tenuto conto della giovane età delle donatrici, quasi altrettanto efficace. Su questo punto non c'è accordo unanime, così che alcuni centri preferiscono eseguire la GIFT, se non si presentano difficoltà o impedimenti tecnici.

### *I nati da ovodonazione*

Per quanto riguarda i bambini nati da donazione di oociti la letteratura è ancora piuttosto scarsa, dato che questa procedura è molto più recente delle donazioni di seme.

Le poche ricerche già svolte sull'argomento rivelano discrete differenze rispetto al caso «simmetrico» delle donazioni di seme, non solo per le diverse connotazioni psicosociali del vissuto femminile di sterilità rispetto a quello maschile, ma anche perché la posizione della donna che riceve la donazione di oociti risulta chiaramente più forte, dato che a lei è comunque assegnato un ruolo di grande importanza e gratificazione, quello gestazionale, attraverso il quale si pongono le basi del legame madre-figlio. Sembra, comunque, dai primi dati della letteratura, che i rischi psicologici delle due coppie (donatrice/ricevente) e dei bambini nati siano estremamente modesti.

*Casi particolari: donne anziane, donne sole, donne omosessuali*

Un'attenzione particolare va dedicata ad alcuni casi specifici, relativi ai bambini nati da ovodonazioni eseguite a donne in età postmenopausale, a donne sole e a donne omosessuali.

La discussione riguarda soprattutto il benessere a «lungo termine» dei bambini nati da queste gravidanze.

Da un lato si afferma la necessità che i bambini possano godere, fino al termine dell'adolescenza, e possibilmente anche oltre, di una famiglia stabile e di genitori capaci di dar loro cure adeguate e continue. Secondo questo punto di vista, i bambini in questione nascono in qualche modo «già orfani» ed è molto poco probabile che una coppia di ultrasessantenni possa provvedere un figlio adolescente dell'assistenza e dell'appoggio psicologico necessari. Di qui, l'accusa di egoismo e di superficialità fatta rispettivamente alle donne anziane che chiedono l'ovodonazione e ai medici che accettano di farla.

In realtà, si direbbe che il problema non sia stato affrontato con l'approfondimento necessario. Non sembra infatti adeguata, a molti, una critica che non tenga conto del fatto che oggi le donne vivono molto più a lungo e della mancanza di omogeneità tra l'età della madre (che dovrebbe essere sottoposta a regolamenti restrittivi) e l'età del padre (apparentemente non costretto dalla differente biologia riproduttiva a limiti particolari). Anche il confronto tra l'impegno educativo di coppie giovani (distratte dai loro sforzi di progresso sociale e perciò spesso poco disponibili alle cure parentali) e di coppie anziane (disposte a lasciare ogni altra attività per occuparsi solo del figlio) merita un approfondimento psicologico e sociologico. Viene anche prospettata, da alcuni, l'ipotesi di un progressivo impiego di uova crioconservate che una donna potrebbe recuperare, a qualsiasi età e comunque molto dopo averle depositate, per concepire dopo la menopausa.

Esiste certamente un problema che riguarda il reale consenso delle donatrici all'impiego delle loro uova per ottenere gravidanze in donne di età avanzata. In effetti, non sembra che i centri siano espliciti su questo punto, probabilmente per paura di rendere più facile l'identificazione della ricevente, ma è chiaro che questo problema dovrebbe essere affrontato dai comitati di bioetica che stabiliscono le norme di comportamento per i centri.

Infine, è opinione di molti che non si dovrebbero eseguire queste donazioni nei centri pubblici, nei quali le scarse disponibilità economiche dovrebbero essere riservate al tentativo di risolvere i problemi di coppie più giovani e in realtà, quasi

in tutto il mondo sono i centri privati a farsi carico di questi trattamenti. Non si deve però dimenticare che le gravidanze di queste donne, una volta iniziate, rappresentano un grosso problema medico per la necessità di controlli accurati e frequenti, per il maggior bisogno di ospedalizzazione dovuto a complicazioni di vario tipo, per le maggiori cure richieste dai nati. Tutto ciò si risolve in un maggior impegno economico che nella maggior parte dei paesi finisce con l'essere completamente a carico dello Stato e che alcuni vorrebbero far ricadere completamente sulle spalle della coppia. E' bene ricordare che questo problema riguarda anche l'Italia, visto il frequente numero di coppie italiane che frequentano laboratori europei per ottenere una ovodonazione.

Un altro problema che ha molto diviso gli animi in questi ultimi anni è certamente quello che riguarda il possibile diritto delle donne sole e delle coppie omosessuali ad avere, adottare ed educare un figlio. Su questo tema ho ascoltato molti dibattiti che mi hanno sempre stupito per l'assoluta mancanza di conoscenza dei fatti che tutti gli interlocutori hanno sempre dimostrato. Mentre non ritengo di dover intervenire nel dibattito per cercare di far prevalere la mia posizione etica su quella di quanti la pensano diversamente, mi sembra giusto sottolineare il fatto che per sostenere certi argomenti non basta la fede e non basta la visione morale del mondo che ognuno di noi può avere, è anche necessario poter contare sui risultati di specifiche ricerche empiriche, che debbono molto semplicemente cercare di stabilire se i bambini cresciuti ed educati in queste famiglie sono normali e sufficientemente felici.

Credo che il documento più interessante, documentato e liberale che ho potuto leggere su questo tema sia quello recentemente pubblicato dal Comitato Etico della American Society for Reproductive Medicine che ha per titolo "*Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons*" (*Fertility and Sterility*, 2006, 86, 1333). La commissione fa prima un'analisi delle posizioni contrarie ad affidare l'educazione di un figlio a uomini e donne soli e a coppie omosessuali, ma ricorda che tutti gli stati americani, tranne uno, consentono a persone non sposate, inclusi omosessuali maschi e femmine, di adottare (T.A. Robertson, *Case West Reserve Law*, 2004, 55, 232) e che è considerato del tutto improbabile che il governo possa proibire l'accesso alla riproduzione assistita a coppie di omosessuali, anche se le unioni civili e i matrimoni tra persone dello stesso sesso non sono legalmente riconosciuti. È vero che esistono preoccupazioni in merito alle capacità di queste persone di crescere normalmente ed educare un bambino e che esiste addirittura chi ritiene che i bambini affidati alle cure di un uomo solo o a una coppia di omosessuali maschi corra maggiori rischi di essere coinvolto in abusi sessuali, aggressioni da parte di pedofili o altri tipi di maltrattamento. La letteratura che

esiste su questo argomento non sembra proprio dare credibilità a questi timori (S. Golombok, *Dev Psychol*, 1996, 32, 3; F. Maccallum, *J Child Psychol Psychiatry*, 2004, 45, 1407; N. Anderssen, *Scand. J Psychol*, 2002, 43, 335; N. Gartrell, *Am J Orthopsychiatry*, 2005, 75, 518). Oltretutto non deve essere difficile farsi un'idea su questi problemi, visto che negli Stati Uniti il numero di bambini che viene educato da almeno un genitore omosessuale è stato calcolato essere compreso tra i 6 e i 14 milioni (C.J. Patterson, *Child Dev*, 1992, 63, 1025). Ma il colpo di grazia a questi sospetti e a queste paure lo ha certamente dato la task force dell'*American Psychological Association* che è stata incaricata di occuparsi di questo argomento. Ecco una traduzione letterale delle loro conclusioni: "I risultati delle ricerche eseguite dagli operatori sociali non hanno potuto confermare alcuna delle preoccupazioni nate intorno ai figli di genitori omosessuali... La ricerca suggerisce che le identità sessuali (compresa l'identità di genere, i comportamenti nel ruolo e l'orientamento sessuale) si sviluppano nello stesso identico modo nei figli di coppie eterosessuali e in quelli di madri lesbiche. Studi relativi ad altri aspetti dello sviluppo della personalità... rivelano poche differenze tra questi bambini. Esistono anche prove che i figli di omosessuali hanno normali relazioni sociali con i coetanei e con gli adulti. I risultati complessivi della ricerca dimostrano che lo sviluppo, la capacità di adattamento e il benessere dei bambini che hanno genitori omosessuali non sono diversi in modo significativo da quelli dei bambini con genitori eterosessuali (*American Psychological Association* - [www.apa.org/pi/lgbc/Policy/parents/html](http://www.apa.org/pi/lgbc/Policy/parents/html): documento del 2004).

Queste ricerche riguardano prevalentemente i figli di donne lesbiche, ma esiste una ricca letteratura che dimostra che l'educazione da parte di padri omosessuali non ha conseguenze negative sui bambini (J.J. Bigner, *J Gay Lesbian Soc Serv*, 1989, 14, 155; J.J. Bigner, *J Gay Lesbian Soc Serv*, 1999, 14, 155; J.M. Bailey, *Dev Psychol*, 1995, 31, 124; F.W. Bozett, in: *Dimension of fatherhood, a cura di S. Hanson e F.W. Bozett, Beverly Hills, Sage, 1985*; B. Miller, *Fam Coord*, 1979, 28, 544). A conclusione del documento, la Task Force conclude affermando che il dovere morale di trattare persone diverse con uguale rispetto richiede che i programmi di cura della sterilità debbano dare alle persone omosessuali le stesse opportunità di accesso ai trattamenti che danno alle coppie sposate e che non esistono ragioni etiche perché queste cure vengano loro negate.

In realtà le nozioni di nascita, paternità, maternità e famiglia sono state sottoposte a una trasformazione semantica e riportare continuamente il significato di queste parole all'originale non è neutrale e deve essere giustificato con argomenti che tengano conto delle trasformazioni cui è andata incontro la società. È invece necessaria una revisione della concezione tradizionale e naturalistica di

genitorialità biologica per far prevalere il riconoscimento giuridico della derivazione sociale della genitorialità, che deve basarsi soprattutto sulla assunzione di responsabilità delle persone e delle coppie e sull'impegno a prendersi cura del bambino. Dal punto di vista etico non sembra proprio di dover attribuire valore "per sé" ai processi naturali, anche considerati dal punto di vista dell'interesse del bambino: non è provato che questi interessi vengano assicurati dalla nascita naturale in famiglie tradizionali e messi in pericolo in condizioni differenti.

### *Critiche e consensi*

Per quanto riguarda la donazione di oociti e di embrioni, o anche la semplice inseminazione di donne sole o di omosessuali, la maggior parte della letteratura medica è ostile, non tanto perché ritenga indispensabile la doppia genitorialità e la presenza di un padre (non ci sono dati empirici a dimostrarlo) quanto perché considera con timore le reazioni sociali a questi eventi e le inevitabili ripercussioni sul bambino dell'ostilità critica della gente.

Secondo l'opinione di molti, però, questi timori sarebbero esagerati e infondati. Secondo alcuni psicologi, l'ovodonazione potrebbe determinare la comparsa di reazioni emotive molto intense e talora preoccupanti in entrambe le donne coinvolte, cioè tanto in colei che dona quanto in colei che riceve. Debbo dire che, come spesso mi accade, non credo a tutto quello che dicono gli psicologi sul tema della fisiologia e della patologia della riproduzione. Non credo, per esempio, che esistano ancora dati sufficienti, in questo campo, per potersi fare un'opinione. Non ritengo che sia giusto prendere spunto da un'esperienza personale, o dall'analisi di una piccola o piccolissima casistica di pazienti, per trarre conclusioni generali. Non sono convinto del valore delle indagini fatte senza gruppi di controllo, senza valutazione statistica e così via. Non penso che chi è costretto a ricorrere alle cure di uno psicologo possa essere considerato completamente rappresentativo della popolazione da cui proviene. Non considero giusto sottovalutare l'opinione degli operatori non-psicologi, che hanno però esperienza diretta di questi casi, per averli seguiti quotidianamente anche dopo la loro conclusione clinica.

### *Capacità cognitive e benessere psicologico dei bambini nati da donazioni*

In questi ultimi anni sono stati pubblicati vari studi, soprattutto da parte di autori Belgi, dedicati alla valutazione delle capacità cognitive dei bambini nati da inseminazione con seme di donatore, da dono di oociti e da maternità surrogata. Queste valutazioni sono tutte assolutamente ottimistiche, ma non è l'intelligenza di

questi bambini che preoccupa chi è contrario alle donazioni di gameti, bensì la loro felicità e la normalità della loro vita familiare. Di questi aspetti ho già a lungo riferito, e posso solo aggiungere una nota personale: molte donne che hanno partorito dopo aver ricevuto un oocita da un'altra donna sono rimaste in rapporto con me, e raramente ho potuto percepire in loro sentimenti che non fossero di piena soddisfazione, sia nei riguardi del figlio, che nei confronti di come era stato accolto dal marito. Inoltre so che non ci sono dati relativi a rifiuti, in gravidanza o dopo la nascita, dei bambini nati in questo modo.

Personalmente, non credo di avere una posizione estremista su questo tema. Ad esempio, poiché credo nell'etica della responsabilità, non troverei né strano né destabilizzante se una coppia che desidera avere accesso a una donazione di gameti affrontasse un percorso simile a quello delle coppie che vogliono adottare un figlio, visto che entrambe debbono poter dimostrare di essere in grado di fare una promessa: ti starò vicino, ti chiamerò figlio, ti dichiarerò il mio amore ogni volta che mi cercherai e avrai bisogno di me. I percorsi non potrebbero naturalmente essere identici, ma in entrambi i casi da essi emergerebbe una figura di genitore prevalentemente sociale, capace di includere nella sua codificazione anche la componente biologica, senza però coincidere con essa e senza ricavare alcuna dimensione giuridica da eventi naturali. Insomma, penso che non dovrebbe interessare a nessuno come un bambino viene concepito, ma che dovremmo tutti essere preoccupati di sapere se chi l'ha cresciuto si è assunto la responsabilità della sua crescita felice e della sua educazione serena.

Nello stesso modo, penso che il problema del segreto sia un falso problema, al quale dovremmo tutti rinunciare tranquillamente. Non è difficile spiegare a un adolescente che è importante solo colui che ha preso la decisione di farlo nascere (e se ne è assunta la responsabilità) e conta invece meno di zero chi ha fornito il programma genetico, oltretutto insignificante per quanto riguarda la sua struttura di uomo. Altri Paesi si stanno muovendo in questo senso, possiamo farlo anche noi.

### *Tecnica della donazione di oociti*

Vediamo ora come si fa, in pratica, una donazione di oociti. Siamo arrivati al punto in cui il medico ha in mano tutti gli esami che sono necessari per poter iniziare: sa che non ci sono controindicazioni e sa anche che la donatrice deve aver alcune caratteristiche particolari: può infatti accadere che si possano proporre problemi di incompatibilità, una mutazione genica recessiva o un particolare gruppo di sangue, in questi casi la scelta della donatrice deve essere più attenta e si restringe un pò.



Inoltre molti laboratori sono attenti a non mescolare fenotipi troppo diversi, almeno per quanto è nelle loro possibilità.

A questo punto, alla nostra paziente viene assegnata una terapia ormonale sostitutiva, estrogeni e progesterone naturale, in sequenziale, somministrati in modo da riprodurre le modificazioni endometriali utili per l'impianto di un embrione. D'abitudine il primo ciclo serve per valutare queste modificazioni uterine, anche semplicemente con un'ecografia. Ci sono casi nei quali le donne che ricevono la donazione mestruano spontaneamente, ma il medico d'abitudine preferisce i cicli artificiali, perché gli offrono la possibilità di scegliere senza margini d'errore il giorno del trasferimento.

Trovate le uova, viene richiesto al marito di produrre un campione di seme, che serve per fertilizzare un numero di oociti molto diverso nelle abitudini dei laboratori. C'è che cerca di produrre molti embrioni, per crioconservare i sovrannumerari e avere maggiori probabilità complessiva di successo. C'è invece chi si limita a produrre due o tre embrioni e li trasferisce. Poiché le donatrici sono prevalentemente giovani, la tendenza è quella di trasferire un solo embrione o al massimo due. Ho sotto gli occhi la casistica di V. Söderström-Anttila (*Human Reproduction*, 2003, 18, 1858) che trasferisce un solo embrione in oltre il 60% dei casi e ottiene il 45,8% di gravidanze, con solo il 10% di gemelli.

Di qui in poi è tutta routine, dal trasferimento agli esami di controllo. Unica differenza è la terapia sostitutiva, che viene protratta, se inizia la gravidanza, per 8-10 settimane, e poi definitivamente interrotta.

Come ho già detto, le prime ovodonazioni si facevano inseminando le donatrici, una tecnica che procurava molti guai. Non mi consta che ci siano ancora medici che la praticano.

Un'ultima cosa desidero dire a proposito delle donazioni di gameti. Parlo con molta gente determinata a prendere questa strada, e vedo che le persone abbienti non hanno particolari problemi, su Internet c'è tutto, prezzi compresi. La gente comune, quella che i soldi non li ha, secondo i giornali dovrebbe essere costretta a rinunciare. Non è così: si vende la casa e va a Barcellona.

### *La donazione di embrioni*

Esistono coppie nelle quali né l'uomo né la donna sono in grado di produrre gameti. La loro decisione di ricorrere alla donazione di un embrione abbandonato invece di richiedere di adottare un bambino può avere varie motivazioni, non

ultimo il desiderio della donna di sperimentare la maternità gestazionale. In altre circostanze, la coppia è sollecitata dal timore che il bambino adottato, quale che sia la sua età, possa aver subito danni psicologici nei periodi in cui è stato abbandonato o il convincimento di un utile rapporto materno-fetale durante il periodo della gravidanza.

In altri casi, è solo uno dei due partner che è sterile, mentre l'altro potrebbe avere figli: la richiesta di un dono di embrioni viene fatta in questo caso se la persona potenzialmente fertile decide di rinunciare al proprio privilegio per mettersi sullo stesso piano dell'altra.

La richiesta di ricevere embrioni abbandonati da altre coppie viene fatta ancora da persone mosse da motivi religiosi. Anni or sono, un gruppo di brave persone mi chiese se era possibile che le loro donne ricevessero gli embrioni che erano risultati, dalle analisi genetiche pre-impiantatorie, portatori di gravi malattie e che per questo non erano stati trasferiti. Sono certo che si trattava di persone in buona fede, e che non si rendevano conto di quanto la loro richiesta – che naturalmente non poteva essere esaudita – offendesse le coppie che avevano generato questi embrioni e che certamente li avevano esclusi dal trasferimento come scelta di compassione e non di egoismo.

Dell'adozione degli embrioni abbandonati si è occupato anche il CNB, su proposta di alcuni membri che vorrebbero trovare dei genitori a chi è destinato a non averli, con l'assunto che adottare embrioni sia in pratica equivalente all'adozione di bambini già nati e che il valore più alto in causa in questa circostanza sia il diritto alla vita.

Questa proposta è stata approvata nel novembre del 2005, in un documento che ha avuto solo due voti contrari, il mio e quello del Prof. Mauro Barni, vicepresidente del CNB. Le ragioni del mio voto negativo sono presto dette: tutto il documento si basa sul concetto di "adozione" (nella fattispecie, adozione per la nascita) e come si può facilmente capire, si adottano persone, non cellule o cose. Se avessi approvato il documento avrei dovuto accettare l'idea che l'embrione "è uno di noi", cosa che considero assolutamente falsa. Avrei volentieri firmato un analogo documento se l'ipotesi fosse partita dal desiderio delle coppie di avere un figlio e dal concetto di donazione, ma il CNB è dogmatico, cattolico, ortodosso e resistente a ogni principio di laicità e così non ho partecipato alla discussione. Ne è derivato tra l'altro il fatto che, essendo i membri del Comitato poco esperti in materia, nessuno ha sollevato il problema degli esami di controllo sui genitori genetici, indispensabili a distanza di tempo per le stesse ragioni precauzionali per cui un donatore di seme viene

controllato sei mesi dopo aver depositato il suo campione per verificare la persistenza della sua sieronegatività.

Non è cosa di poco conto, anche perché si tratta di richiamare coppie che generalmente non amano essere contattate e alle quali bisognerebbe comunque spiegare che la loro non è, comunque, una donazione, ma piuttosto un intervento autorizzato dalla legge per rimediare agli effetti negativi di una decisione legittima, ma moralmente eccepibile. Mi viene in mente che le linee guida degli Stati Uniti per la donazione di embrioni prevedono una quarantena di almeno 6 mesi per poter sottoporre i “donatori” a una serie di test.

### *Le linee guida dell'ASRM*

La legge italiana proibisce ogni tipo di donazione (di sperma, di oociti e di embrioni) e per questo motivo non abbiamo alcun tipo di linee guida, visto che in ogni caso si tratterebbe di istruzioni teoriche. Mi sembra comunque utile riportare le linee guida dell'*American Society for Reproductive Medicine*, pubblicate nel 2004. Un grande numero di coppie italiane si sta recando in paesi stranieri per ricevere donazioni di vario genere ed è giusto che si rendano conto di come i servizi specifici, le banche del seme, i centri di terapia della sterilità dovrebbero operare.

### *Le linee guida per la donazione di sperma.*

L'inseminazione con sperma di donatore (definita dalla ASRM “terapeutica”) ha anzitutto una serie di precise indicazioni:

- azoospermia, severa oligoastenospermia o altre gravi alterazioni seminali;
- severe disfunzioni dell'eiaculazione;
- ripetuti fallimenti nelle fecondazioni assistite;
- anomalie genetiche dominanti o anomalie recessive condivise dalla partner;
- malattie infettive sessualmente trasmesse non curabili;
- partner Rh negativa severamente immunizzata.

Chi decide di ricorrere a una donazione di gameti maschili deve essere consapevole della scelta fatta e considerare la possibilità di ricorrere all'aiuto di uno psicologo. Il partner maschile sterile dovrebbe essere sottoposto a esami clinici completi e, nel caso risulti sieropositivo, deve essere informato dei problemi medici e legali che potrebbero insorgere in caso di sieroconversione della moglie durante la gravidanza. Dovrebbe comunque essere indirizzato a centri specializzati per essere consigliato su come affrontare la vita sessuale senza far correre rischi alla

compagna. In ogni caso sono consigliate le analisi per altre malattie infettive trasmesse sessualmente.

La donna dovrebbe essere sottoposta a tutti gli esami che si eseguono quando si pianifica una gravidanza, con le stesse raccomandazioni. È obbligatorio un test per l'HIV-1. Se questo test risultasse positivo non si dovrebbe utilizzare questo fatto come criterio di esclusione delle inseminazioni con seme di donatore, purché la coppia le richieda ancora dopo uno specifico consenso informato e purché accetti di sottoporsi alle cure che vengono raccomandate per queste situazioni. Debbono essere eseguiti test sierologici per la sifilide, l'epatite B, l'epatite C, il citomegalovirus, l'HIV-2, l'HTLVI e II (*human T-cell lymphotropic virus type I and II*). Si deve anche indagare in merito alla possibile esposizione alle encefalopatie spongiformi.

A discrezione del medico si possono richiedere esami colturali per clamidia e gonococco. Deve essere presa in esame la possibilità di eseguire test genetici per la fibrosi cistica.

Le donne che menstruano regolarmente e accusano i "molimina menstrualia" debbono essere considerate normali dal punto di vista ovulatorio. Se esistono dubbi, si può eseguire un dosaggio del progesterone o ricorrere alla temperatura basale, alla valutazione del picco dell'LH e al monitoraggio della maturazione follicolare. Per quanto riguarda la fertilità meccanica, si può rinviare qualsiasi analisi nel caso di anamnesi completamente negativa e riprendere in esame il problema dopo 6 tentativi falliti. Gli esami proposti sono l'isterosalpingografia e la laparoscopia, che debbono essere eseguite prima dell'inizio del ciclo di inseminazione se esistono dubbi emersi dall'anamnesi o dalla obiettività clinica.

Per quanto riguarda i donatori, essi debbono essere in buona salute e non soffrire di anomalie genetiche. Per questo ultimo punto lo screening consigliato è il seguente. Non debbono soffrire di malattie mendeliane di rilievo. Queste appartengono a due categorie: anomalie autosomiche dominanti o disordini legati al cromosoma X nei quali l'età della comparsa si estende al di là dell'età del donatore, come per il morbo di Huntington; anomalie autosomiche recessive in omozigosi; i donatori eterozigoti non debbono necessariamente essere esclusi, a meno che la donna che riceve il seme non sia anche lei eterozigote.

I donatori non dovrebbero essere portatori di malconformazioni multifattoriali o poligeniche, là dove per malconformazioni, nella fattispecie, si intendono quelle che comportano seri handicap funzionali o estetici. Definire il limite di queste anomalie è problema soggettivo. Chi dona dovrebbe avere un'anamnesi familiare

positiva per malattie con evidente componente genetica, soprattutto evidenziate nei parenti più stretti. Non dovrebbe inoltre essere portatore di anomalie del cariotipo capaci di determinare la presenza di gameti con un patrimonio cromosomico non bilanciato: si tratta d'una possibilità piuttosto remota, per cui la scelta di eseguire una mappa cromosomica su tutti i donatori è opzionale.

Gli uomini appartenenti a gruppi etnici a rischio per specifiche malattie dovrebbero essere esaminati di routine per verificare se sono eterozigoti rispetto alle stesse. Queste indagini riguardano: gli ebrei ashkenazi per la malattia di Tay Sachs e il morbo di Canavan; gli afro-americani per l'anemia a cellule falciformi; le popolazioni mediterranee per la  $\beta$ -talassemia; le popolazioni del sud-est asiatico e i cinesi per l' $\alpha$ -talassemia. Esistono nuove linee guida per la ricerca della tendenza ereditaria alla fibrosi cistica che contempla l'analisi del DNA di uno specifico gruppo di 25 mutazioni.

I donatori dovrebbero anche essere giovani e sani: gli uomini che hanno più di 40 anni sono a rischio di nuove mutazioni e le donne che hanno più di 35 anni hanno una progenie che presenta una percentuale elevata di aneuploidie.

I genitori, i fratelli e i figli dei donatori non dovrebbero essere affetti da anomalie mendeliane, né da malconformazioni, né da alterazioni dei cromosomi. In caso contrario, il donatore dovrebbe essere sottoposto a test specifici, se questi test sono disponibili.

I donatori debbono essere maggiorenni, per ovvi motivi medico legali; non è necessario che la loro fertilità sia stata dimostrata nei fatti. La donazione ha sempre preferito donazioni anonime, ma è accettabile anche un differente tipo di donazione (non anonima o da persona conosciuta) se c'è un accordo in questo senso. Le indagini e i test sono comunque gli stessi anche per i donatori conosciuti. Deve essere osservata una quarantena di 180 giorni per i campioni di seme di tutti i donatori in modo da poter eseguire le indagini di controllo e gli esami del follow up prima di iniziare le inseminazioni.

È bene che chi si propone come donatore di seme sia esaminato da uno psicologo, ed è necessario che questa consultazione divenga obbligatoria se il medico la richiede. Una consulenza psicologica è d'obbligo nel caso di donazione diretta, e questo non solo per il donatore, ma anche per la coppia che riceve il dono. In questi casi deve essere studiato l'impatto potenziale della relazione che si instaura tra chi dona e chi riceve e deve essere presa in esame la possibilità che esista qualche tipo di coercizione, sia di tipo economico che emotivo. In qualche caso si stabiliscono accordi, tra gli attori, per futuri contatti, e l'operatore deve esserne al corrente.

Ci sono persone alle quali deve essere proibito donare il seme: il proprietario, gli operatori, i biologi del laboratorio e gli impiegati di un centro che controlla la conservazione del seme, ad esempio, e poi il medico che ha in cura la coppia e colui che esegue praticamente l'inseminazione.

Il seme del donatore deve essere esaminato più volte, 1 o 2 ore dopo una eiaculazione osservando un periodo di astinenza di 2-3 giorni. I criteri di valutazione del seme debbono tener conto solo dei caratteri fondamentali del liquido seminale: più di 50 milioni di spermatozoi mobili, più del 50% di spermatozoi che si muovono con motilità progressiva; più del 50% di spermatozoi mobili dopo lo scongelamento. Lo screening genetico è importante, ma non è detto che sia necessario eseguire indagini sofisticate e costose se il medico ha la pazienza di raccogliere una storia molto particolareggiata.

Questa anamnesi deve riguardare anche la vita sessuale e non dovrebbero essere accettati donatori che:

- hanno fatto sesso con altri uomini;
- hanno fatto uso di stupefacenti;
- hanno prestato attenzioni sessuali ad altre persone in cambio di denaro o di droga;
- hanno avuto rapporti sessuali, negli ultimi 12 mesi, con persone che potrebbero aver avuto esperienze omosessuali o che sono considerate a rischio di HIV o di epatite;
- sono stati esposti a contatto con sangue infetto (HIV, epatite B o C);
- sono stati in prigione per più di 72 ore;
- sono stati curati per sifilide o blenorragia, negli ultimi 12 mesi;
- sono stati sottoposti, sempre negli ultimi 12 mesi, ad agopuntura, o si sono fatti tatuare, o si sono fatti perforare cute o mucose per un piercing, soprattutto se queste manipolazioni non sono state eseguite con certezza secondo i principi della sterilità;
- sono entrati in contatto negli ultimi 12 mesi con persone affette da epatite virale;
- hanno una storia familiare di encefalopatia spongiforme come la malattia di Creutzfeldt-Jakob o hanno accusato problemi cognitivi o difficoltà nell'articolazione del linguaggio;
- hanno ricevuto trapianti di organi o di tessuti umani.

I donatori debbono essere sottoposti ad accurate visite mediche che includono la ricerca di secrezioni uretrali e di ulcere genitali.

L'uso di seme fresco per l'inseminazione da donatore non ha alcuna giustificazione, essendo possibile che l'HIV e altri agenti infettivi siano trasmessi con il seme prima che il donatore sia diventato sieropositivo. Per questa ragione è stata stabilita, per il liquido seminale, una quarantena di 180 giorni e alcuni esami debbono essere ripetuti prima dell'inseminazione.

Non c'è modo di escludere con certezza assoluta la presenza di agenti infettivi nel liquido seminale, ma alcune cautele possono diminuire questi rischi fino a renderli insignificanti. I test sierologici per la sifilide, l'epatite B e l'epatite C debbono essere eseguiti all'inizio e ripetuti dopo 6 mesi. Analogamente debbono essere fatte ricerche sul seme e sulle secrezioni uretrali per il gonococco e la clamidia, e anche queste indagini debbono essere ripetute dopo sei mesi. Le stesse precauzioni debbono essere prese per il citomegalovirus, HIV-1, HIV-2, HTLV-I e HTLV-II, sempre ripetendo gli esami dopo 6 mesi, il tempo minimo stabilito per la quarantena del liquido seminale.

I donatori vengono ricompensati in molti modi diversi e in alcuni paesi non vengono affatto ricompensati, perché così stabiliscono le leggi. Dove la ricompensa è lecita, dovrebbe essere preoccupazione dei centri di non renderla così accattivante da farla diventare la vera motivazione dell'offerta, che naturalmente non potrebbe comunque essere più considerata un dono. Si ritiene comunque necessario che il donatore riceva un rimborso per le spese sostenute.

Non esiste alcun tipo di accordo sul numero massimo di concepimenti che dovrebbero essere consentiti con il seme di un donatore, e le proposte variano da un minimo di 4 a un massimo di 25, almeno per quanto sono riuscito a stabilire. L'ASRM segnala che se questi 25 bambini nascono in una popolazione di 800.000 anime non ci sono rischi di incontri sessuali tra consanguinei, ma è necessario tener conto del fatto che le popolazioni che ricorrono alle donazioni di gameti potrebbero rappresentare un sottogruppo isolato e che i calcoli dovrebbero tener conto di questi rischi.

Naturalmente è necessario che i donatori firmino un consenso e che si assumano ogni responsabilità su eventuali fattori di rischio che hanno taciuto ai medici. In cambio debbono ricevere assicurazioni sul mantenimento del segreto sulla loro identità, almeno là dove il segreto è ammesso dalla legge. I centri debbono tenere dei registri dove tutti gli eventi possano trovare ampia e completa descrizione.

### *Linee guida per la donazione di oociti.*

La donazione di oociti viene eseguita solo da una decina d'anni e comporta in pratica l'esecuzione di una fecondazione in vitro, tecnica che – nei confronti delle inseminazioni – è notevolmente più complessa e costosa. È vero che esiste una tecnica più semplice – l'inseminazione della donatrice e il reperimento dell'embrione che si è formato nel momento del suo arrivo in utero, mediante un lavaggio controllato; l'embrione viene successivamente trasferito nell'utero della donna che lo partorerà – ma la tecnica ha molti svantaggi, presenta un certo numero di rischi ed è stata abbandonata.

Le indicazioni per la donazione di oociti sono:

- gli ipogonadismi ipergonadotropi e gli stati post-menopausali;
- l'età avanzata;
- la diminuzione della riserva ovarica;
- l'esistenza di gravi malattie genetiche trasferibili ai figli specie se non diagnosticate negli embrioni e nei feti;
- i ripetuti fallimenti delle PMA.

Le donne che intendono ricevere una donazione di oociti debbono essere sottoposte a tutte le indagini che vengono generalmente prescritte prima di una gravidanza. Particolare attenzione deve essere data ai test di laboratorio relativi alle malattie infettive. È consigliabile una isteroscopia.

La decisione di ricorrere a una donazione di oociti è molto complessa e molte donne possono trovare vantaggio nel rapporto con uno psicologo.

Il partner di questa donna deve eseguire almeno due esami seminali oltre a indagini sierologiche relative alla sifilide, all'epatite B e C, al citomegalovirus e all'HIV-1. È consigliabile un test genetico appropriato. La scelta dell'ovodonazione può rappresentare un problema psicologico complesso anche per i mariti, che possono – come le mogli – trovare vantaggio in un colloquio con uno psicologo.

Attenzione particolare deve essere prestata ai casi di donne che hanno superato l'età della menopausa, naturalmente nei paesi nei quali queste donazioni sono consentite. In questi casi, lo screening deve essere particolarmente accurato e deve riguardare tutte le funzioni organiche che potrebbero rappresentare un punto di minor resistenza in gravidanza. I protocolli proposti per queste donne sono numerosi e piuttosto diversi tra loro, e l'esiguo numero di donne di questa età che ha avuto figli non consente di stabilire quali esami siano realmente indispensabili e quali invece possano essere trascurati.



Anche il tipo di donazione è molto diverso nei vari paesi. In Italia, ad esempio, fino al momento in cui è entrata in vigore la legge 40 si è sempre trattato di un atto oblativo e tutte le donazioni venivano fatte con gli oociti sovranumerari prelevati a donne che facevano fertilizzazioni in vitro e che avevano dato il loro consenso, donne che non hanno mai ricevuto una lira in cambio della loro generosità. In altri paesi europei, gli oociti vengono acquistati e le ragazze che decidono di venderli sono sottoposte a stimolazioni ovariche e a prelievi evidentemente traumatici; negli Stati Uniti si può trovare, su Internet, l'offerta di oociti da parte di ragazze che vantano specifiche qualità estetiche e intellettive. Anche in paesi in cui la compravendita è legale, vengono posti limiti all'entità dei pagamenti e si cerca di far passare l'idea che non viene pagato l'uovo, quanto il sacrificio che la donna fa per rendere felice un'altra donna.

Recentemente è comparsa, nei giornali di tutto il mondo, la notizia dell'apertura di un centro, negli Stati Uniti, dove è possibile scegliere oociti e spermatozoi offerti (naturalmente dietro compenso) da persone che si caratterizzano per particolari doti estetiche o intellettuali (più difficilmente estetiche e intellettuali). Un modo per creare le condizioni adatte alla nascita dei figli impossibili, il massimo che può offrire l'eugenetica positiva migliorativa.

Non ritengo che si tratti di una cosa seria. Le vie della genetica sono complesse e, in qualche modo, imperscrutabili. La banca del seme alla quale contribuivano solo premi Nobel è stata chiusa perché non nascevano figli intelligenti, o almeno non così intelligenti come sembrava logico attendersi. Metà di quel che sono non è dovuto ai geni, ma all'educazione e al caso. Ognuno di noi può portare con sé informazioni genetiche che gli derivano da un antenato, che non considereremmo positive e che aspettano solo di potersi esprimere. Il naso di un bell'uomo sopra al mento di una bella ragazza potrebbe dare al nuovo volto che si forma un aspetto non gradevole, persino ridicolo. Potrei continuare, ma non credo che sia il caso: confido nel buon senso delle persone che in genere non si lasciano abbagliare più che tanto dalla pubblicità commerciale.

Molte persone sono contrarie alla donazione di oociti da parte di persone conosciute, soprattutto perché temono le possibili interferenze delle madri genetiche nella vita e nell'educazione dei bambini. Considerazioni pragmatiche, e soprattutto la difficoltà di trovare donatrici convenienti, hanno convinto molti medici ad accettare anche le donazioni da parte di amiche e di parenti. In questi casi è opportuno un *counseling* psicologico per entrambe le donne.

Le donatrici debbono essere maggiorenni e dovrebbero avere non meno di 20 e non più di 34 anni. Se sono di età superiore a quella indicata, è opportuno che il

medico ne informi la coppia che riceve il dono, in modo che possa decidere se eseguire indagini citogenetiche in gravidanza. La donatrice dovrebbe essere sottoposta a esami genetici, secondo lo stesso protocollo consigliato ai donatori di seme.

In molti casi la stessa donatrice può fornire un numero di oociti sufficiente a soddisfare le richieste di due o più donne. La distribuzione di questi gameti dovrebbe essere autorizzata solo se tutte le parti in causa ne sono state informate e l'hanno approvata.

Dovrebbero essere escluse dalla donazione le donne considerate a rischio di infezioni (da HIV, o da altre malattie sessualmente trasmesse). Ciò include le donne che hanno usato stupefacenti, le prostitute, quelle che hanno avuto rapporti sessuali negli ultimi 12 mesi con uomini a rischio di HIV o di epatite, che sono state a contatto con sangue infetto, le carcerate, le donne che sono state a contatto con persone malate di epatite, quelle che sono state curate, nell'ultimo anno, per sifilide o blenorragia, che si sono sottoposte ad agopuntura o hanno eseguito tatuaggi o piercing (qualora non ci siano precise garanzie di sterilità). Ugualmente dovrebbero essere escluse le donne che hanno una storia familiare di encefalopatia spongiforme (come la malattia di Creutzfeldt-Jakob) o che hanno subito interventi di trapianto di organi.

Debbono essere eseguiti, sulle donatrici, i test sierologici sulla sifilide, sulla epatite B e C, sull'HIV-1 e sull'HIV-2; sono anche opportuni esami colturali per il gonococco e per la clamidia. Se si può creare una potenziale incompatibilità RH, la coppia ricevente deve essere informata.

Poiché il congelamento degli oociti è sperimentale, si può consigliare alla coppia solo la quarantena degli embrioni prodotti, spiegando che il congelamento riduce le probabilità di gravidanza. Nel caso che la coppia scelga il trasferimento immediato degli embrioni, la donatrice deve essere sottoposta agli esami che il laboratorio può proporre per evidenziare la presenza di malattie infettive in assenza della sieroconversione.

Anche per le donazioni di oociti, i centri debbono conservare in un apposito registro tutti i dati che potrebbero essere utili, nel futuro, per garantire la salute del bambino.

Le donne che si propongono come ovodonatrici e che non sono in trattamento per una PMA debbono essere informate dei possibili rischi delle stimolazioni ovariche.

I dati che riguardano le donazioni di oociti debbono essere considerati confidenziali nella misura in cui ciò è consentito dalla normativa del paese nel quale l'intervento viene eseguito.

### *Linee guida per la donazione di embrioni e di embrioni crioconservati.*

In alcuni paesi, coppie sterili che non hanno gameti utilizzabili e coppie nelle quali il membro fertile decide di adeguarsi alle condizioni del compagno o della compagna per evitare squilibri nei confronti del figlio che desiderano avere, possono richiedere una donazione di entrambi i gameti, quello maschile e quello femminile. In queste circostanze, naturalmente, deve essere fatta una fecondazione in vitro con i gameti donati e le linee guida si limitano a rinviare a quelle specificatamente predisposte per la donazione di oociti e per quella di spermatozoi. Poiché vengono prodotti più embrioni di quanti ne vengono trasferiti, una parte di essi è abbandonata dalle coppie allo stato di crioconservazione. Nel decidere sul destino di questi embrioni le coppie hanno tre opzioni: distruggerli; donarli per scopi di ricerca scientifica; acconsentire al trasferimento a coppie che ne facciano richiesta. Su questo argomento i differenti paesi possono avere normative diverse, e perciò stabilire differenti linee guida o proibire del tutto queste possibilità. Ovunque, in ogni caso, si considera eticamente inaccettabile la vendita di embrioni, anche se si considera ammissibile il pagamento dei costi che l'attività clinica e di laboratorio comporta.

Gli embrioni dovrebbero essere tenuti in quarantena per almeno 6 mesi, in modo da poter sottoporre i donatori ai test che sono già stati illustrati nelle precedenti linee guida. Ci sono circostanze nelle quali le coppie donatrici non sono più in contatto con i centri – o si rifiutano di eseguire i test – e di questo debbono essere informate le coppie che chiedono il trasferimento degli embrioni, con uno specifico “consenso informato”.

La coppia che ha prodotto gli embrioni abbandonati dovrebbe sottoporsi a esami per la ricerca dei fattori di rischio più rilevanti (infezioni virali e batteriche, malattie ereditarie, encefalopatie spongiformi, sifilide). I costi per l'esecuzione di questi esami dovrebbero essere sostenuti dalla coppia che chiede la donazione. Prima del trasferimento, i genitori genetici dovrebbero firmare il consenso alla donazione e la rinuncia ad ogni diritto sul bambino o sui bambini che nasceranno. Non si dovrebbe accettare alcuna limitazione che dipenda da pregiudizi razziali o sociali, e la valutazione critica della congruità della richiesta dovrebbe essere lasciata completamente al centro.

Nel caso di decesso di uno dei partner, è in genere quello sopravvissuto a conservare il diritto di decidere cosa fare degli embrioni crioconservati. Nel caso di morte di entrambi, gli embrioni possono essere donati solo se esiste un'indicazione di tale genere in un testamento o in un documento ad hoc. È evidente che la causa di morte dei coniugi può essere influente nella decisione di trasferire o no gli embrioni crioconservati. In queste circostanze, comunque, non sono possibili evidentemente esami di controllo e non ha alcun senso mantenere gli embrioni in quarantena; le coppie debbono essere informate del fatto che ciò comporta un rischio.

Lo screening minimo dei genitori genetici dovrebbe comportare test per l'HIV-1, l'epatite B e C e la sifilide, nel momento del trattamento FIVET e dopo 6 mesi di congelamento degli embrioni. Alcuni centri scelgono di non trasferire gli embrioni per i quali non è possibile assicurare le informazioni minime richieste anche se le coppie richiedenti accettano di correre i possibili rischi.

La decisione di chiedere un dono di embrioni è complessa e è opportuno consigliare ai richiedenti un colloquio con uno psicologo.

È importante che la coppia ricevente firmi un documento nel quale assume piena responsabilità nei confronti del figlio o dei figli che nasceranno e al contempo dichiarare che non considererà responsabile la coppia donatrice per le possibili complicazioni della gravidanza o per le eventuali malattie di cui potrà risultare affetto il bambino. Essi dovranno anche accettare di sottoporsi alle stesse analisi eseguite dai donatori. Anche a queste coppie deve essere consigliato un colloquio con uno psicologo. Il centro, dal canto suo, dovrà conservare una documentazione completa di tutto quanto ha a che fare con ogni specifica donazione, assicurando contemporaneamente il massimo della segretezza consentito dalle disposizioni legislative locali.

### *La maternità surrogata.*

La maternità surrogata è stata proposta come mezzo per aiutare le donne incapaci di avere un figlio con le proprie forze, e la prima citazione la potete trovare nella Bibbia (Genesi 16,1-15 17,15-19 21,1-4). L'incapacità a procreare non è stata, però, l'unico motivo. La nascita del Mahavira, il fondatore del jainismo, fu complicata da un trasferimento embrionale eseguito, da un dio provvidenziale, dalla madre genetica, Devananda (una donna di umili natali) alla madre "portatrice", che lo avrebbe poi partorito, la regina Trisala. È ovvio che, miracoli a parte, prima dell'introduzione dell'inseminazione artificiale, la tecnica era quella naturale, quella per intenderci usata da Abramo. Con la possibilità di utilizzare l'inseminazione

divenne socialmente più accettabile affidarsi ad essa, anche se sono a conoscenza della persistenza dei metodi naturali anche in tempi relativamente recenti. Ancora più recentemente, con l'avvento della fecondazione in vitro, è divenuto possibile trasferire alle madri surrogate embrioni creati con i gameti della coppia committente, evitando così qualsiasi contributo genetico da parte della madre surrogata. Il primo riferimento bibliografico a questo tipo di maternità è stato pubblicato nel *New England Med. J.* da Utian e coll. nel 1985.

Ancora oggi si tende a fare confusione con i termini che definiscono le varie madri surrogate, e lo stesso termine "surrogata" è stato attribuito sia all'una che all'altra protagonista. "Gestational surrogacy" "full surrogacy" e "IVF surrogacy" sono comunque definiti come i gameti di una "genetic couple" "commissioning couple" o "intended parents" in un "surrogacy arrangement" che vengono usati per produrre embrioni: questi embrioni sono successivamente trasferiti a una donna che accetta di agire come ospite. Essa non è in alcun rapporto genetico con i bambini che possono nascere da questo accordo. Quando invece si parla di "natural surrogacy" o "partial surrogacy" la donna che si propone come ospite viene inseminata con il seme del marito della coppia genetica; è evidente che in questo caso esiste una relazione genetica tra l'ospite e il bambino, perché si tratta di prestito d'utero e di dono di oocita. Esistono due modalità di organizzare una maternità surrogata: in una, si stabilisce un rapporto contrattuale tra le parti ed è evidente che in questi casi la coppia genetica deve pagare un prezzo. Questa maternità surrogata contrattuale è possibile negli Stati Uniti, dove esistono organizzazioni molto efficienti. La seconda modalità è quella oblativa, basata quindi su un atto di generosità, costruito generalmente sulle fondamenta di una parentela o di una solida amicizia. Questa maternità surrogata è accettata in Inghilterra, anche se il suo percorso verso l'accettazione è stato molto tormentato. *The Warnock committee* in effetti, nel 1984, ne raccomandava la proibizione e solo l'intervento della *British Medical Association* riuscì a modificare l'atteggiamento del Governo inglese. Nel 1985 la BMA ne accettò il principio generale ma solo "in selected cases with careful controls" e due anni più tardi la stessa associazione chiarì che, in ogni caso, i medici "should not participate in any surrogacy arrangements" e che comunque si trattava di una "last resort option".

Nel 1990 *The Human Fertilisation and Embriology Act* fu approvato dal Parlamento inglese: nel documento non c'è proibizione nei confronti della maternità surrogata. L'ultimo *Report* della BMA di cui sono a conoscenza e che è del 1996 afferma che "surrogacy is an acceptable option of last resort in cases where it is impossible or highly undesirable for medical reasons for the intended mother to carry a child herself".

## *Indicazioni*

Le indicazioni principali per ricorrere ad una maternità surrogata sono:

- dopo una isterectomia;
- per assenza congenita dell'utero;
- a seguito di ripetuti fallimenti FIVET;
- in casi d'aborto ricorrente;
- se esistono condizioni di salute incompatibili con una gravidanza.

Si dice – ma non esistono prove reali che si tratti di affermazioni basate sulla verità – che la maternità surrogata basata sul contratto sia stata e sia eseguita anche per motivazioni meno accettabili, come la paura di imbruttire con la gravidanza o il desiderio di non abbandonare il lavoro. Si dice – ma ancora una volta senza prove reali – che le associazioni americane basate sul profitto non guardino molto per il sottile e abbiano accettato e accettino impegni relativi a coppie che avrebbero benissimo potuto avere figli senza ricorrere a questa tecnica. Nei casi di “*partial surrogacy*”, nei quali viene anche offerta una ovodonazione, si propone un importante problema etico, che è quello relativo all'età della donna che riceverà il bambino, essendo noto che molte di queste richieste arrivano da donne in menopausa e che solo una parte di queste menopause è prematura.

Mentre sappiamo molte cose sul *counselling* che viene eseguito sistematicamente in Inghilterra, vuoi nei genitori genetici che nella madre surrogata, sappiamo pochissimo su come questo importante problema viene affrontato in questi casi nei quali si stipula un contratto. La mia esperienza personale, in questi casi, è semplice, anche se molto limitata.

Le poche coppie che ho indirizzato negli Stati Uniti, hanno dovuto solo firmare consensi informati e hanno prevalentemente parlato ad avvocati. Per quanto riguarda le madri ospitanti, ricevo, come molti ginecologi europei, dei depliant nei quali è illustrato il servizio e sono citate le fondamentali caratteristiche delle donne disponibili a divenire “ospiti”.

Ci sono informazioni precise su alcune loro caratteristiche (il grado di istruzione, ad esempio, e il lavoro che eseguono), ma non c'è una sola parola in merito alle ragioni per cui si prestano a questo specifico “lavoro”.

## *Il counselling*

Per gli atti oblativi, posso riportare il counselling di Bourn Hall:

*per i genitori genetici:*

- l'esposizione di tutte le opzioni alternative;
- il bisogno di un counseling approfondito;
- la necessità che siano loro a trovare la madre surrogata (U.K.);
- le difficoltà pratiche e i costi;
- i problemi medici e psicologici della maternità surrogata;
- i potenziali rischi psicologici del bambino;
- le probabilità di avere una gravidanza multipla;
- il grado di controllo che la madre surrogata dovrebbe avere sul bambino durante la gravidanza e dopo di essa;
- la possibilità che il bambino nasca con un handicap;
- i rischi corsi dal bambino se la madre surrogata dovesse fumare o bere in eccesso;
- la possibilità che la madre surrogata decida di non rinunciare al bambino;
- il fatto che in Inghilterra non sono consentiti i contratti;
- l'importanza di ricorrere a un consigliere legale;
- l'opportunità di sottoscrivere un'assicurazione per la madre surrogata.

*per la madre surrogata:*

- le implicazioni della sua scelta;
- la possibilità di una gravidanza multipla;
- la possibilità che i suoi amici e i suoi familiari la osteggino;
- l'opportunità di astenersi da rapporti non protetti prima e durante il trattamento;
- i rischi associati alle gravidanze e la possibilità di dover partorire con un intervento chirurgico;
- le implicazioni e i sensi di colpa (da parte di entrambe le donne) se dovesse abortire;
- il rischio che la consegna del bambino ai genitori genetici le induca sofferenza;
- la possibilità che il bambino nasca con un handicap;
- il fatto che in Inghilterra le madri surrogate possono pretendere solo rimborsi per le "spese ragionevoli", in genere compresi tra i 10.000 e i 15.000 dollari.

Credo che si dovrebbero intrattenere le coppie genetiche sul problema di quanto dire al bambino sulla sua nascita e discutere con la madre surrogata su cosa dovrà eventualmente dire ai suoi figli a proposito di questo loro fratello d'utero. Un ulteriore problema potrebbe essere quello dell'allattamento al seno, per il quale anche la madre genetica potrebbe prepararsi.

La terapia cui deve essere sottoposta la madre genetica non differisce da quella che si usa per una qualsiasi fecondazione in vitro. Gli embrioni vengono in genere congelati per il periodo necessario per stabilire l'assenza di una positività all'AIDS, e la stessa cosa viene fatta per il seme del marito nel caso di una "partial surrogacy".

Le madri surrogate vengono sottoposte ad un protocollo di indagini molto complesso che deve stabilire non solo l'assenza di malattie che possono danneggiare il bambino, ma anche di malattie che possono controindicare la gravidanza. Il trasferimento dell'embrione si esegue sia in cicli naturali che in cicli artificiali. Questi ultimi, poiché consentono l'uso di analoghi del GnRH, vengono preferiti soprattutto per evitare l'insorgere di gravidanze spontanee. In genere non ci sono differenze tra queste gravidanze e quelle che si osservano dopo una normale fecondazione in vitro. Che le madri surrogate "per contratto" tendano ad essere cattive madri, mantenendo abitudini igieniche non accettabili in gravidanza, (fumo, alcool, uso di droghe) sembra una maldicenza ed è comunque privo di qualsiasi prova.

Ci sono stati – e sono stati molto propagandati – problemi legali, nelle maternità surrogate, problemi che sono nati soprattutto al momento di consegnare il bambino. Su questi problemi esiste un'ampia letteratura, che sembra dimostrare come nella maggior parte dei casi la colpa debba essere attribuita a un counseling inadeguato o addirittura non eseguito. La maggior parte dei guai nasce comunque nei casi di "partial surrogacy", e deriva dal desiderio della madre di tenere per sé il figlio. Una causa frequente di problemi è la nascita di un bambino malconformato. Un ulteriore problema può derivare dal fatto che, al di fuori dei contratti, nei quali i pagamenti sono resi espliciti senza possibilità di discussione, possono nascere discussioni sul significato di "reasonable expenses", che è quanto la coppia genetica dovrebbe pagare all'ospite nei casi di maternità surrogata "oblativa", visto che l'altruismo assoluto sembra più spesso un bel sogno che un fatto concreto. È comunque vero che le maternità surrogate hanno fatto lavorare i tribunali, anche se non tanto spesso come qualcuno vorrebbe.



La maternità surrogata è comunque vietata in molti Paesi, senza distinzione tra contratto e oblazione. L'ammettono, oltre a Inghilterra e Stati Uniti, Argentina, Brasile, alcuni Stati Australiani, Canada, Ungheria, Israele e Sud Africa. Sono particolarmente ostili, nei confronti della surrogazione, la religione cattolica e l'islamica, anche se poi bisogna accettare il fatto che molti moralisti laici accettano di malagrazia l'atto oblativo, ma condannano quello contrattuale, generalmente parificato a una forma di prostituzione. Non tutti però: c'è chi ritiene che nessuno è in diritto di proibire ad un essere umano di fare quel che vuole del proprio corpo, senza prima essersi fatto una serie di domande: perché lo fa? cosa faccio io per rimuovere le condizioni sociali che lo costringono a fare questa scelta? cosa farà questa persona se io gli impedirò di trarre profitto dalla vendita del proprio corpo o di parte di esso?

### *L'ectogenesi*

C'è da chiedersi, a questo punto, quanto siano effettivamente nel giusto coloro che guardano all'ectogenesi come a un modo per liberare un certo numero di donne dall'angoscia di non poter procreare, quali che siano le motivazioni di questa impossibilità.

Recentemente un gruppo americano, ha presentato i risultati di uno studio che la stampa italiana ha presentato con molta enfasi come "utero artificiale" (ma la stampa americana ne ha parlato appena).

Per quello che è possibile sapere, l'intenzione di questi ricercatori è quella di sperimentare, nei prossimi anni, farmaci che dovrebbero facilitare l'impianto dell'embrione, ragione per cui hanno bisogno di avere un modello sperimentale: la loro scelta è stata quella di preparare un tessuto adatto su una matrice non biologica. Tutto ciò ha ben poco a che fare con l'ectogenesi: in effetti non abbiamo nessuna tecnologia che ci permetta di costruire organi, ma possiamo solo preparare tessuti. Non c'è neppure bisogno di dire che per l'ectogenesi ci vuole un utero, non del tessuto uterino. Malgrado ciò, e malgrado il fatto che molti di noi abbiano cercato di spiegare che l'ectogenesi non c'entrava per niente, l'attenzione dei bioeticisti si è concentrata sul problema del povero bambino nato in una macchina. Negli ultimi vent'anni, a partire da differenti esperienze, gli psicologi hanno parlato della possibilità che il feto possieda una personalità prima della nascita. Queste supposizioni dovrebbero essere confortate da vari racconti di individui in ipnosi che hanno ricordato esperienze vissute nel periodo prenatale o particolari relativi alla nascita. In base al presupposto che il feto possa essere cosciente, consapevole e capace di memoria, è stato anche ipotizzato che le esperienze che

vive durante il periodo prenatale possano influire sullo sviluppo della sua emotività e della sua mente. Vari studi avrebbero dimostrato che l'attitudine della madre verso il feto ha un forte impatto sulla salute fisica e psichica del nascituro: le cosiddette "cool mothers", quelle che per problemi di carriera hanno la gravidanza "in gran dispetto" partorirebbero figli letargici e apatici. È stato coniato il termine "toxic womb" per indicare le madri che influenzerebbero negativamente "l'umanizzazione" del bambino in utero ed è stata applicata questa definizione alle madri surrogate. In base a questi presupposti sono stati elaborati programmi che hanno lo scopo di insegnare ai genitori ad entrare in relazione e a stimolare il bambino in utero per migliorarne e accelerarne lo sviluppo psico-fisico. Il più elaborato di questi programmi appartiene (si faccia attenzione al nome) alla Prenatal University della California e si basa sulla stimolazione (con stimoli tattili ed uditivi) del bambino a partire dalla 28<sup>a</sup> settimana di amenorrea.

Ho usato certamente molti condizionali, perché tutte queste teorie sono in contrasto con quanto sappiamo sullo sviluppo del sistema nervoso del feto, che non è mielinizzato e non dovrebbe essere assolutamente in grado di fissare ricordi (e quindi di rievocarli in seguito) e di provare emozioni. Lo statuto scientifico di tutto quanto si sostiene in questo campo è debolissimo se non inesistente e i miei collaboratori si sono rifiutati di iniziare una ricerca in questo campo malgrado le mie insistenze. Non esiste una sola ricerca empirica che autorizzi a pensare che tra madre e feto passi qualcosa di "non molecolare", un "afflato dell'anima" che il laboratorio non è in grado di verificare, ma che cementa un rapporto d'affetto che non si incrinerà mai. So che il mio punto di vista è fastidioso, perché poco romantico e, in qualche modo, materialista, ma sono disponibile a mutare d'avviso, di fronte ad una sola prova concreta. Ma questa prova non c'è, almeno fino ad oggi. Comunque, sulla base di queste considerazioni, molti bioeticisti hanno accolto la notizia di una possibile ectogenesi con alti lai, ripetendo fino alla noia che non ci può essere umanità intera, nel nuovo nato, senza un precedente rapporto positivo con una madre affettuosa e tenera (e geneticamente giusta).

Tutto ciò è scorretto. Con l'aggravante di sollevare particolari sospetti sull'"umanità" dei bambini dati in adozione, certamente nati, almeno in gran parte, da "toxic wombs", da "cool mothers" o da "madri ambivalenti". Senza contare il gran numero di donne che partoriscono dopo aver detestato per nove mesi la creatura che cresceva nel loro grembo e poi sono diventate madri affettuose e tenere di bambini perfettamente normali.

## I problemi psicologici

*Riprendo, per scrivere questo capitolo, quanto abbiamo scritto Paola Mutinelli ed io, alcuni anni or sono, sullo stesso argomento in un libro intitolato "Curare la Sterilità". Il libro, per varie ragioni, ha avuto una modestissima diffusione e sono convinto che meritasse qualcosa di più. Paola è una psicologa con la quale ho collaborato per molti anni (quanti esattamente non posso dirlo, Paola mi ucciderebbe) e che rappresenta il più felice connubio che io abbia mai incontrato tra cultura ed esperienza. Con lei sono andato in giro per fabbriche e luoghi di lavoro a fare quello che – un tempo – il gergo della sinistra chiamava "promozione di cultura". Abbiamo ragionato con le donne di anticoncezione, di aborto, di sessualità e, naturalmente, di sterilità, un po' parlando e un po' ascoltando, e penso che quell'esperienza, durata alcuni anni, ci sia servita a crescere come persone e ci abbia anche modificati.*

*Io e Paola non siamo sempre d'accordo sulle cose che trattiamo, ma nella nostra vita non c'è mai stato il minimo spazio per scontri o discussioni, mi sono sempre adattato (volentieri) al suo pacato modo di affrontare i problemi. Così è successo anche per questo argomento, trattato in primis da Paola, solo qualche volta modificato da me, nel quale le nostre posizioni sono esposte senza che ne risulti alcun contrasto. La società in cui viviamo, la società dei consumi, dell'informazione e dell'esaltazione della realizzazione dell'individuo, attribuisce alla riproduzione un valore nettamente inferiore a quelle che l'hanno preceduta nel lungo corso della vicenda umana.*

*Nelle 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. Lo ha fatto il monarca obbligato a lasciare lo scettro ad un successore legittimo, il mercante che 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 terminare la propria vita, perduta la capacità al lavoro, nella povertà.*

*La continuità della relazione tra l'uomo, i suoi antenati e i suoi successori ha costituito il fondamento di molte religioni. L'essenza del culto degli avi consisteva nel convincimento di poter chiedere agli antenati di intercedere, a beneficio dei discendenti, presso le 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.*

*La società moderna ha dimenticato l'imperativo di allevare successori in 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 alla sua affermazione personale. L'etica del riformatore ginevrino ha insegnato 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 i figli pensando alle 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 i giovani sono generalmente poco interessati ai bisogni dei genitori anziani.*

*Nella coscienza collettiva non sembra avere alcuna risonanza il crollo della natalità, caratteristica emblematica delle società industriali avanzate, effetto di una forte caduta di fecondità, un fenomeno che le società più ricche condividono, paradossalmente, con quelle più povere. Ma 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, mentre in quelle dell'Occidente è in relazione con gli abusi dell'interruzione volontaria di gravidanza e della contraccezione, con gli eccessi del fumo, dell'alcool, di farmaci, con l'inquinamento, con la ricerca dei figli in età più avanzata. È peculiare delle società occidentali anche la conseguenza 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 diminuzione della fertilità non induce 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 non sembra avvertire il bisogno di tramandare a generazioni future i propri valori linguistici e culturali, il patrimonio di arte e di tradizioni ereditato da cento generazioni.*

*Marchio peculiare delle società postindustriali, la contrazione della natalità potrebbe essere destinata a segnare il fato, nel confronto tra le società opulenti che non si riproducono e quelle emergenti che si moltiplicano a ritmo inarrestabile e hanno cominciato a trascinare sulle prime. 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. Così generazioni giovanili prive, in patria, di opportunità di lavoro, cercano spazi in paesi nei quali la popolazione è prevalentemente anziana, e 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: chi si interroga sul futuro immagina 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 emigranti, e già approdo di lavoratori slavi, africani ed asiatici, sembra destinata, per la diminuzione dei tassi di riproduzione, a diventare una società multietnica.*

*Ma le previsioni dei sociologi 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».*

*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, 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 non sempre 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 affrontano la sterilità accettando con trepidazione gli impegni e le delusioni impliciti nel ricorso alle strutture sanitarie ed agli specialisti.*

*Di fronte all'affievolirsi dei valori della procreazione nella percezione sociale, si avverte, al contrario, la persistenza di quegli stessi valori nella coscienza individuale, o perlomeno nella coscienza di molti uomini e di molte donne che dimostrano di avvertire un vero e proprio "bisogno" di genitorialità, 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.*

*La sterilità costituisce un fenomeno in espansione: è crescente il numero delle coppie costrette a verificarne le conseguenze, ed in quel numero è rilevante quello dei casi di cui*

*L'analisi clinica non è in grado di individuare cause certe. È dunque frequente che il ricorso alla medicina non consenta l'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 fin dall'inizio, perché i fattori psicologici sono stati trascurati e la coppia non ha trovato in sé la forza per continuare a superare il dolore inferto dalle delusioni; anche ove il risultato medico 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, 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.*

*Se «avere figli» può avere perduto l'antica valenza sociale, «fare un figlio» pare conservare, nella società di cui siamo parte, l'antica rilevanza biologica e psicologica. Se la sterilità in astratto non inquieta la coscienza comune, la sterilità individuale è vissuta come menomazione non meno dolorosa di quanto lo fosse nelle società più antiche, la stessa che costituiva per la donna ebrea la più crudele punizione divina, per gli uomini di tante società del passato la condanna ad una morte senza speranza, poiché solo chi lascia, spegnendosi, i figli ed i figli dei figli a godere il dono della luce, non muore del tutto.*

*Se è vero che la contraddizione tra la coscienza individuale e quella collettiva è difficilmente sanabile, è altresì vero che i conflitti interiori sono tali solo apparentemente: sia la rinuncia temporanea alla procreazione, attraverso l'interruzione volontaria della gravidanza e la contraccezione, che quella definitiva, attraverso la sterilizzazione maschile e femminile, possono ricondursi, infatti, alla volontà di sottoporre il fenomeno biologico al controllo individuale. Allo stesso denominatore si può ricondurre la ricerca della procreazione tardiva, con l'impiego di ogni mezzo capace di assicurare un figlio. Procreare costituisce dunque, nella percezione della società contemporanea, un bisogno che è diritto dell'individuo appagare come, se e quando lo desidera.*

*L'istanza è intrinsecamente connessa a quella libertà sessuale che si traduce anche nella separazione della vita sessuale da quella riproduttiva e dalla cosiddetta "dignità della procreazione": il che significa accettare anche l'eventualità di una procreazione senza sesso, completamente assistita dalla medicina, senza per questo togliere valore e significato al figlio, altrettanto vero di quello che avrebbe potuto essere conquistato naturalmente.*

*La pretesa di sottoporre il fenomeno biologico al controllo della volontà può condurre al conflitto tra lo stesso bisogno e la capacità di conoscere e controllare la nostra biologia, come appare nella molteplicità dei casi in cui alla rinuncia alla procreazione negli anni di*

*fecondità più piena subentra la sua ricerca spasmodica quando le facoltà naturali sono attenuate. Un'espressione palese di conflitto si trova nel gran numero di coppie che, avendo convissuto per anni evitando di procreare, giungono tardi alla decisione di avere un figlio, e a questo punto lo pretendono ad ogni costo. Essi decidono molto spesso dopo aver considerato le proprie condizioni professionali ed economiche, ignorando che così come esse sono mutate, altrettanto possono essere cambiate quelle biologiche: e quando capiscono che ci sono difficoltà nella realizzazione del loro desiderio entrano in un clima di disillusioni, di tensioni, non di rado di conflitti, che il tenore delle relazioni consolidate non avrebbe consentito di prevedere.*

*Questa situazione, così evidentemente contraddittoria, è caratteristica delle società che esaltano i valori della libertà individuale e dell'autodeterminazione, pretendendo di sottomettere a quella libertà ogni sfera della vita. Quali ne siano le spiegazioni, il turbamento che si verifica è particolarmente profondo: la scelta volontaria di non procreare non compromette l'identità personale, che viene però drammaticamente ferita dalla prova negativa della capacità di generare.*

*Rinunciare volontariamente alla procreazione suppone, infatti, quale precedente logico, la presunzione di una capacità. Ogni presunzione è valida, insegna la logica, fino alla prova contraria: una volta scelto 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, un'alterazione dell'integrità personale e della vitalità prima della coppia, poi personale.*

*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 sua donna, 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 rapporto con il suo compagno, 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 coerenza 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. Questo è stato a lungo ed è ancora il tema fondamentale dell'educazione impartita alle bambine e alle adolescenti. Il modello femminile che viene mostrato loro, quello al quale debbono sovrapporsi per realizzarsi in modo compiuto come donne non ha il serto d'alloro della laurea accademica sul capo, ma tiene in braccio un bambino.*

*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, esse non sono, ancor meno oggi che nel passato, fattori rilevanti 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 una menomazione.*

*I parenti e gli amici della coppia sterile considerano un'anomalia la mancata nascita di un figlio, e premono sulla coppia perché trovi rimedio a questa mancanza.*

*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 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 a loro nella vita quotidiana: ciò è causa di disagio e di frustrazione. Tra i «terzi» il cui giudizio investe la coppia infertile suscitandone l'umiliazione, un ruolo precipuo spetta ai 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».*

*Sono, in fondo, le medesime reazioni familiari di sempre, anche se i loro meccanismi scattano in tempi diversi. Corrisponde alle regole sociali di oggi 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 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 ha iniziato il proprio declino ed essere vittime di umiliazioni e frustrazioni alla constatazione che quel declino rende l'evento improbabile, tradisce un'incongruenza che 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 alla procreazione, ma i fenomeni della propagazione della vita fanno vibrare nella coscienza individuale imperativi e bisogni che sono gli stessi che hanno vibrato nel cuore dei nostri antenati.*

*Alle ragioni di contraddizione che sono intrinseche alle attese procreative sia nella sfera personale che in quella della coppia si aggiungono e si sommano anche quelle estrinseche: i futuri genitori sono bersagliati da messaggi confusi 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, propongono immagini del bambino opposte e inconciliabili. Da un lato esaltano 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 interpreta il carattere del matrimonio nella percezione collettiva moderna, che dall'unione dell'uomo e della donna ha eliminato i fattori di convenienza e 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 come strumento di affermazione, ma 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», avere un bambino è sì fonte di percezioni gratificanti, ma è altresì ragione di esclusione da gratificazioni di forte valenza simbolica.*

*Se la scelta tardiva di concepire 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 sino a costringere la coppia a scontrarsi con l'incoerenza che è alla sua radice.*

*Ma il bambino desiderato tardivamente può essere anche 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 ostinazione, non mancano le scelte di quanti faticano a superare le delusioni della vita professionale e delle relazioni coniugali, non*

*riescono a trovare un equilibrio accettabile tra il successo professionale e una vita di coppia inaridita dagli impegni sociali e dalle difficoltà economiche.*

*Si tratta di una procreazione «riparatrice» dei fallimenti incontrati nella ricerca di 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 cercare di risolvere con la procreazione è evidente quando uno dei coniugi, più o meno palesemente, contrasta il disegno di fertilità dell'altro. Un rifiuto che può giungere ad esprimersi con manifestazioni psicosomatiche e disagi sessuali che frappongono ostacoli obiettivi al concepimento.*

*Sono reazioni che aggiungono ai vecchi conflitti, quelli che dovevano essere sanati 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 la pongono in contrapposizione con la propria biologia, in un contrasto in cui l'organismo sembra rifiutare di esprimere le proprie facoltà procreatrici.*

*Dalla decisione di procreare alla verifica dell'insuccesso trascorre solitamente un certo tempo, durante il quale si scontrano e si sommano diverse sensazioni e differenti emozioni: 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 dell'attesa il dubbio si radica e si converte in assillo, fino a quando, al dubbio si sostituisce la certezza. È allora che la coppia manifesta, prima nei rapporti tra i partner, poi 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 consapevolezza della propria sterilità.*

*Ebbene, ci sono casi in cui questa consapevolezza diviene causa di alterazione della vita della coppia, motivo di sofferenza e di angoscia, fino a rappresentare una frattura nella continuità dei processi di evoluzione della personalità, e ad alterare la percezione di sé e del proprio corpo, l'insieme delle immagini e delle sensazioni in cui si concretizzano i meccanismi più profondi dell'identificazione.*

*In ogni progetto di procreazione c'è una dimensione conflittuale, che comporta la coesistenza di accettazione e rifiuto, di piacere e dolore, di istinto e di 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 della propria identità, 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 esso porta con sé e in particolare quelle con gli altri genitori, con gli insegnanti e con i parenti. Stranamente, i due coniugi non si rendono conto, almeno d'abitudine, di essere in cerca dello stesso bambino, ma per ragioni diverse; lui per continuare a vivere; lei per avere qualcuno di cui prendersi cura, non una persona qualsiasi, ma qualcuno cresciuto nel suo grembo. Questo diverso desiderio può essere causa di differente dolore se la coppia scopre di essere sterile, e certamente non facilita la sofferenza comune della coppia.*

*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.*

*Anche chi, nel corso della vita sessuale, non ha attribuito alcuna importanza alla generazione, se decide di avere un figlio e fallisce, può vedere vacillare l'intera costruzione della propria esistenza. Delusione, senso di inadeguatezza, stress, la sensazione che la vita si sia risolta in un «imbroglio», sono alcune delle percezioni che assalgono le persone costrette a riconoscere la propria sterilità.*

*La coppia sterile può essere travolta da un autentico collasso psicologico 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 appaganti gratificazioni, impallidiscono e diventano privi 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 della personalità, che assume frequentemente 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, una possibilità alla quale non avevano mai pensato; su quello psicologico ed esistenziale sentono di avere smarrito ciò che avevano progettato e sognato e*

*di non saper controllare emozioni dolorose che traggono origine soprattutto dalla paura e dalla delusione.*

*Chi abbia maturato un'esperienza clinica sufficientemente ampia sulle reazioni di una coppia che scopre di essere sterile, sa quanto siano numerose le donne che di fronte a quell'evidenza si chiudono nel proprio dolore, in un circolo vizioso che le fa continuamente migrare dalla speranza alla rassegnazione.*

*Il dolore raggiunge il proprio acme, ogni mese, quando la mestruazione riconferma il fallimento. La donna può allora percepire il proprio corpo come un «ordigno a tempo», un insieme di elementi e di potenzialità che possono dare felicità o sofferenza a seconda dei tempi e delle 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, una sorta di moderna 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, se non addirittura di sintomatologie psicosomatiche, di attacchi di panico o di disfunzioni sessuali, tra le quali il vaginismo, l'anorgasmia, per lei, l'impotenza e la difficoltà a controllare l'eiaculazione, per lui. Sul piano delle relazioni psicologiche è frequente vedere insorgere conflitti e ostilità tanto più pericolosi in quanto celati agli estranei e talora persino a se stessi.*

*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 dimostrato da studi ispirati ad assunti psicoanalitici ma –ne ho già parlato in un capitolo precedente – su questo tema il dissenso è profondo.*

*Poiché l'evento procreativo è caratteristico della sfera biologica, è spontaneo che alla sua assenza si pensi di riparare con un intervento terapeutico. 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 molto potenziato le proprie capacità e nella coscienza collettiva si è dilatato il riconoscimento dei suoi poteri, che sono giunti a coinvolgere l'intera sfera della vita. Salvo i casi di autentica indifferenza, la coppia che scopre di essere sterile muove il primo passo verso la cura della malattia di cui è sofferente: saranno poi le sue motivazioni a stabilire i limiti dei sacrifici ai quali decidono di sottoporsi e a condizionare il suo percorso.*

*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 capaci di effetti terapeutici, e in particolare 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 specifica natura sociale.

La fine di queste soluzioni possibili è stata certamente 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 poi ricordare la facoltà di ripudiare la moglie sterile e il levirato, che imponeva ai fratelli di uomini deceduti senza prole di fecondarne le vedove. 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, l'atteggiamento della coppia dei nostri giorni è assai più vicino a quello dei nostri avi di quanto appaia ad un esame superficiale. Si pensi alla commistione di turbamenti e di contraddizioni che conduce un uomo ed una donna a richiedere l'intervento dello specialista nella sfera più segreta della vita intima; il ricorso al medico è una scelta carica di pulsioni e di rinunce e si avvicina all'antico affidamento, all'essere dotato di poteri sovrumani, a chi è capace di governare 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 biologica, convive 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 invoca 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 il suo laboratorio sono i punti di riferimento 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»; se anche questa strada è priva di efficacia, allora restano soluzioni difficili (e, per molti, inaccettabili), come l'adozione o la donazione di gameti o di embrioni.

*L'incontro del paziente con il medico è un evento che coinvolge l'insieme delle pulsioni, delle emozioni e dei valori di chi richiede l'aiuto in misura inevitabilmente molto maggiore di quanto non accada in tutte le altre occasioni nelle quali sono coinvolti aspetti fondamentali della nostra vita, da quello patrimoniale a quello giudiziario. 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 esprimere più chiaramente la diversità tra le differenti situazioni.*

*Al medico il paziente richiede di intervenire per tutelare o ripristinare la salute, un bene che si usa definire "prezioso", condizione per la fruizione di ogni bene diverso, per l'appagamento di ogni bisogno primario e secondario: questa richiesta non può essere né neutra né obiettiva, carica com'è 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 capace di controllare i fenomeni naturali in un modo che molte altre scienze le invidiano.*

*La medicina moderna esercita i propri poteri sempre più direttamente sugli eventi essenziali 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 che possono essere manipolati in laboratorio.*

*I processi dai quali prende origine la vita, la loro attivazione di fronte ad ostacoli biologici e la loro inattivazione sono stati presi a carico da una medicina sempre più tecnica 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 dunque alla medicina, in quanto conoscenza e potere sui processi chiave della vita, che si rivolge chi non ha ottenuto un figlio, e che vuole affidare alla scienza il compito di dargli quanto non è stato in grado di ottenere da solo.*

*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 particolare carattere della «malattia» per la quale la coppia sterile ricorre all'opera della scienza, l'incapacità di riprodurre la vita, l'essenza stessa della relazione fra un uomo e una donna.*

*Quella delega, esito dei rapporti tra una coppia che chiede un risultato ed è disposta a fare molto per ottenerlo e un medico che rimuove, come irrilevante, nel segno di un ingannevole distacco professionale, ogni interesse per i problemi psicologici che pur gli vengono proposti, è la premessa di possibili insuccessi terapeutici e può costituire la causa di traumi che*

potrebbero 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 questa 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 evidenziano tutti condizionamenti e le antinomie del rapporto tra medico e paziente.

Studi autorevoli hanno dimostrato come la comunicazione tra il medico e il paziente possono avere notevoli effetti 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, malgrado la loro problematicità: ciò perché il controllo della sessualità e della fecondità è terreno sul quale non possono non manifestarsi risonanze affettive, simboliche ed etiche che possono coinvolgere nello stesso modo i pazienti e il medico.

Perché il rapporto clinico sia efficace, il ruolo del paziente 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 in questa comunicazione 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 mutuate, 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, che

*diventa particolarmente sgradevole quando il doppio messaggio viene utilizzato per criticare le terapie che la coppia ha seguito fino a quel momento.*

*Sul piano della comunicazione si deve sottolineare che l'incontro tra il medico e la coppia avvicina mondi diversi, quello di un «chierico» della cultura scientifica, che si affida alla conoscenza delle leggi naturali, a regole metodologiche, alle capacità analitiche maturate nell'esame di casi precedenti e quello della coppia costituito da percezioni, convincimenti e attese, tutti «referenti» psicologici, relazionali e sociali. La distanza tra queste due parti è grande e non meraviglia la difficoltà che può trovare il medico ad entrare nella sfera della coppia e la possibilità che egli sia indotto ad ignorare, escludendola dal proprio campo di osservazione la loro esperienza psicologica. 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 quello che crede 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 si traduca nella recita di attori che declamano il testo di due differenti commedie.*

*Se comunicare significa scambiare messaggi, si deve riconoscere che i messaggi tra le parti non sono mai né neutri né obiettivi, ma che al contenuto esplicito associano elementi di correlazione che lo articolano e lo integrano secondo un codice di relazione connotato secondo la cultura, l'educazione e le convinzioni degli attori. Con questi messaggi cifrati le parti riescono a costruire e a modificare 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 poter determinare, se nel loro scambio si producono 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. Tra i disturbi della*



*comunicazione è bene 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 inimmaginabili.*

*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 una relazione «asimmetrica»; quella cioè in cui una delle parti è in possesso di ruoli e di 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. Questa 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 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 il suo equilibrio.*

*Per quanto specifico sia il ruolo del ginecologo, bisogna ammettere che la natura dei problemi che gli vengono sottoposti dalle coppie sterili gli impediscono maggiori giustificazioni con la scusa di non voler invadere il loro mondo privato, le valenze emotive, relazionali e simboliche della malattia sulla quale gli si chiede di intervenire. Facendolo, egli accetterebbe di essere il meccanico incaricato di intervenire alla riparazione di un congegno biologico alterato, cui sarebbe possibile restituire la piena funzionalità con semplici interventi farmacologici o strumentali.*

*Se 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, che su quell'esito influiranno profondamente le reazioni 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 dunque al primo l'onere di misurare non solo il significato dei messaggi ricevuti, ma anche l'impatto delle proprie parole, prevedendone le possibili decodificazioni. Occorre, cioè, che il medico sappia capire come la storia, i valori, le paure e le motivazioni della coppia influiranno sull'interpretazione delle sue parole.*

*Poiché le terapie della sterilità sono fonte di molte delusioni, le coppie che cercano figli viaggiano da un medico all'altro alla ricerca di una soluzione e tendono ad attribuire al medico le cause di ogni insuccesso. In questo modo debbono necessariamente portare con sé il peggio di ogni esperienza, perché altrimenti non si giustificerebbero i numerosi abbandoni, a tutto pregiudizio della capacità di essere obiettivi nei confronti delle esperienze del passato. È così che molti medici si trovano di fronte a coppie divenute progressivamente ostili nei confronti della medicina, sospettose nei loro confronti, desiderose di condividere le critiche ai medici che le hanno curate.*

*È fondamentale che il nuovo medico non si proponga come colui che corregge gli errori degli altri, ma che al contrario eserciti ogni sua possibile influenza per chiarire il ruolo, la funzione e i limiti della medicina, rinunciando a ogni personale propensione critica. Questo è l'unico modo per stabilire un rapporto di comunicazione equilibrato con la coppia.*

*Un altro rischio che il medico deve evitare è quello di ricevere "una delega in bianco" e di applicare gli strumenti della tecnica indipendentemente dalla partecipazione dei coniugi. È bene ricordare che la «medicalizzazione» del rapporto risveglia 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. Affidando al medico il controllo del suo corpo, la donna rinuncia a capire quanto in esso si debba compiere, così 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, legati in modo quasi esclusivo alla sofferenza: rapporti, in definitiva, sterili.*

*Qualora il medico accetti la richiesta della delega, si configura quella che si potrebbe definire un'alleanza tra il medico e la paziente, 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. 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 dilettanti 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, e l'alchimista può cercare di giustificare lo scacco e proporre il ricorso a magie nuove, che impongono ulteriori attese. Così, il tempo si può arrestare in un'altalena di speranze e di delusioni, che vengono accettate come prezzo inevitabile, poichè è al depositario delle conoscenze superiori che si è affidato il compito di fare scoccare l'ora del prodigio. La passività nei confronti del medico e delle strutture che accolgono la coppia, 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, di vera e propria "paziente".*

*È dunque fondamentale, per il successo della terapia, l'alleanza tra il medico e i pazienti. Non ci può essere una terapia efficace senza quella che è stata definita «medical compliance», che può avere traduzione nel rilievo che la cura è utile se il paziente aderisce con fiducia alle prescrizioni che gli sono impartite, non le altera arbitrariamente, ne riferisce con fedeltà tutti gli esiti.*

*Il medico non deve prestarsi, quindi, a dividere soma e psiche, come gli chiedono molte donne sterili, 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. Sempre utilizzando una metafora teatrale si può ribadire che l'instaurarsi di un rapporto proficuo tra medico e paziente presuppone la corrispondenza tra scena "palese" (quella che le donne offrono al medico, al loro compagno ed a sé medesime) e scena "celata" (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.*

*La comunicazione con la coppia sterile non è, quindi, facile: l'esperienza della sterilità abitua i coniugi a ragionare in termini di sintomi e di curve della temperatura: dopo il rapporto con il primo medico che hanno 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 parlare di quel mondo interiore che per i coniugi costituisce ormai una sfera estranea alla meccanica clinica secondo la quale debbono riferire al medico.*

*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 saper decifrare.*

*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 in difficoltà a deglutire.*

*Spesso le pazienti riferiscono di sentirsi tese, contratte anche durante il riposo, accusano tachicardie, disturbi del sonno e crisi di panico, qualche volta persino depressione e spunti ossessivi. Ma il ginecologo che si avvede della dissociazione tra mondo interno e mondo esterno quando essa si manifesta con un sintomo psicosomatico, deve interrogarsi sul fatto di avere trascurato elementi essenziali del contesto sul quale gli è stato chiesto di intervenire e riconoscere la necessità dell'intervento dello psicologo.*

*Fare un bambino è prerogativa e conferma dell'identità e dello status di adulto: la condizione di sterilità può far riemergere, in chi la vive, vissuti infantili di frustrazione e di incapacità a esprimersi positivamente. 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 è necessario chiedersi se il medico abbia mai veramente ascoltato 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.*

*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 una presenza appena tollerata in un rapporto terapeutico in cui si impongono come protagonisti la sua compagna ed il medico?*

*Sarebbe ingiusto ignorare la profondità della sofferenza dell'uomo, tante volte inespressa per la maggiore capacità di interiorizzare che si riconosce generalmente al suo sesso. Seppure non palese, quella sofferenza non è meno acuta. Al partner maschile si chiede, frequentemente, 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, rappresentano anche il desiderio 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 le difficoltà. Comprendere la condizione della coppia sterile significa, quindi, comprendere un dolore profondo anche quando donne e uomini sterili non abbiano veduto dissolversi le relazioni con familiari ed amici e non abbiano perduto capacità ed efficienza sul terreno professionale.*

*L'infelicità e la sofferenza delle coppie sterili sono 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.*

*La sterilità, dunque, è un fenomeno complesso, in cui le cause organiche sono aggravate da problemi psicologici, che richiedono interventi altrettanto complessi.*

*È necessario che il medico sappia respingere tanto i modelli di intervento fondati sull'istinto quanto quelli ispirati al riduttivismo fisiologico e che sappia avvalersi, invece, di quelli della lettura psicosomatica, che considerano le componenti affettive e simboliche, consapevoli e non consapevoli. 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. Ho già rilevato la difficoltà di identificare sterilità di preta natura psicogena: sul piano terapeutico è bene 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.*

*C'è grande 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, una presenza che può facilmente divenire ossessiva. Alla libera scelta della procreazione, che spesso comporta l'interruzione di pratiche contraccettive, è 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 vuoto che la donna percepisce nel proprio corpo.*

*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 e poiché i primi insuccessi rappresentano una circostanza normale, la ripetizione del rapporto esalta i valori erotici, introduce la coppia alla più intensa espressione della propria intimità, il gioco di 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 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 si debba considerare anche la possibilità che la qualità del rapporto sessuale incide sulla probabilità di concepire.*

*Costituisce elemento comune di molte tecniche di procreazione assistita la realizzazione di un programma di rapporti sessuali sottoposti al controllo delle condizioni di ovulazione della donna e della maturità dello sperma dell'uomo. L'amplesso prescritto per superare l'infertilità, dal quale dovrebbe derivare la nascita del bambino e cioè la gratificazione cercata è, per definizione, un amplesso non gratificante, che deve realizzarsi indipendentemente da ogni presupposto psicologico.*

*È un rapporto che non dipende dal desiderio sessuale, ma dal responso del termometro, un rapporto «coatto» che, se il ciclo dei «lavori forzati» si risolverà felicemente, potrà essere dimenticato, ma che in caso contrario potrà aggravare il senso di frustrazione e di impotenza della coppia che vi si è assoggettata. E' per questa ragione che i medici dovrebbero incoraggiare e sostenere le valenze erotiche e comunicative delle relazioni di coppia.*

*Ho già più volte sottolineato l'elevato numero di casi in cui, di fronte all'incapacità a procreare, la medicina ammette di non saper 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 in cui l'uomo ha una produzione di seme appena sufficiente, condizioni che non escludono del tutto la possibilità di un concepimento spontaneo. Non è infrequente che, di fronte a quell'incapacità diagnostica, insorga nella coppia il desiderio 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 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 corrisponde, infatti, la rinuncia ai propri diritti, autentici o pretesi, che la donna si riserva di esercitare nella revisione futura della contrattualità di coppia. E se rivalsa vi sarà non è improbabile che la moglie scelga, per operarla, proprio la sfera dei rapporti sessuali, quell'area segreta a predominanza non verbale che permette alla donna, una volta avviate le procedure di procreazione assistita, di giustificare autentiche forme di abuso sessuale del coniuge.*

*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 oocita 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 venga presa in esame 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 sa di avere "costruito" lei il bambino che desidera e di poterlo considerare come proprio. 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.*

*Se il ricorso a gameti estranei consente alla donna la piena assunzione del ruolo materno e l'identificazione, nel bambino che sta per nascere, quello stesso che ha generato e accudito nelle fantasie infantili, il compimento di un processo analogo è molto difficile per l'uomo. Incapace di attivare la successione biologica con la sua potenza, sostituita dall'intervento di un estraneo, egli non può che sentirsi irreparabilmente 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 può creare 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 a queste difficoltà non rappresenta però la regola. Esistono esempi concreti e numerosi di uomini sterili che hanno preso per primi l'iniziativa e hanno lottato 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 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 potere-dovere 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 una donazione di seme non cura la sterilità dell'uomo. Questo non è l'evento più frequente, ma è pur sempre un evento possibile, del quale si deve tener conto.*

*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.*

*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 ossessione. L'anonima figura del donatore può divenire un fantasma invadente che si impadronisce di sogni e fantasie, fino a trasformarsi nel partner di un rapporto sessuale che, pur essendo immaginario, può gravare 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.*

*Persino nel caso di donazione di oociti (ma è evento molto raro) 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 i 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 della fisionomia del futuro adolescente, nei caratteri somatici del neonato, 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. E' 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. Per prima cosa è molto discutibile il fatto che sia lui a proporre per primo la possibilità d'una donazione, un argomento che dovrebbe essere sempre affrontato, per la prima volta, dalla coppia. In secondo luogo, è necessario che la sua valutazione delle richieste che gli vengono fatte non si fermi alla superficie. In termini di asettica lettura delle richieste della coppia è 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 risultarle ugualmente estranea. Ed il ginecologo che si reputi mero esecutore di richieste di cui ritenga di non dover capire le motivazioni e immaginare le 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 "palese" e di quella "occulta".*

*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 nato a seguito di una donazione di gameti, un risultato sul quale proprio l'irrilevanza delle voci negative suggerisce qualche dubbio di coerenza metodologica.*

*Le difficoltà psicologiche evidenziate in questi interventi non debbono comunque essere interpretate come ostacoli insormontabili. Nonostante le riserve avanzate sui dati proposti dalle indagini statistiche, non si può negare l'esistenza 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 da queste procedure, una valorizzazione che deve privilegiare l'area delle relazioni sessuali. La terza suggerisce che i conflitti, i dubbi e le 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 impone, in questi casi, una figura di genitore prevalentemente sociale che include nella sua codificazione anche la componente biologica, ma senza coincidere necessariamente con essa, e che non ricava una dimensione giuridica da eventi biologici o naturali. Non dobbiamo 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 affronterò in un nuovo capitolo, ed una psicologica e sociale che la legge avrebbe dovuto 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. Così non è stato, e ritengo che si sia trattato di un errore molto grave.*

*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. Dovrebbe essere 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. Oltre a ciò, anche la legge 40 gli chiede di parlarne alla coppia, nell'ambito del consenso informato.*

*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. È comunque bene rivolgere l'attenzione alle scelte fatte dalle coppie sterili, e non tanto a quella, peraltro meno frequente, di genitori che ai figli propri aggiungono il bambino accolto per spirito altruistico, una situazione che, pur non esente da problemi, contiene in sé numerosi presupposti di successo.*

*L'instaurarsi di un felice rapporto genitoriale col bambino adottato non è un processo agevole. Al di là dell'adozione di bambini che abbiano vissuto i primi anni in ambienti connotati dall'emarginazione, che portano in sé il retaggio di traumi psicologici o fisici, frutto di denutrizione, di esclusioni o di violenze, l'insorgere dei conflitti ordinari nello sviluppo della personalità può porre in difficoltà gravi i genitori. Convinti del significato altruistico della scelta di adozione (che dovrebbe essere sempre considerata come il dono della propria famiglia a un bambino abbandonato) essi possono attendere inconsciamente la riconoscenza del bambino che hanno sottratto all'abbandono e che hanno destinato ad una vita confortevole. Le sfide del figlio verso i genitori, fatte per misurarne le capacità di reazione e l'amore, eventi connaturali allo sviluppo della personalità, possono dispiacere assai più ai genitori adottivi che ai genitori naturali.*

*Ma le ragioni di conflitto più insidiose 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 a 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 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 quei genitori affettivi e sociali che più paventano il momento in cui nel figlio che hanno allevato, si accenderà il bisogno di conoscere i genitori «veri». 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, 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.*

*L'adozione è poi l'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 solo grazie ad una serena informazione del bambino sulla propria origine: questa informazione, già difficile nell'adozione, 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 chiamata a scegliere, nell'impossibilità di avere un figlio naturalmente, tra una delle due strade.*

*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 di uno psicologo che affianchi il medico. Se la sofferenza della coppia è tanto più grave 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. Si favorisce così l'elaborazione dei vissuti negati della scena "occulta" e possono 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.*

*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.*

*Esiste una profonda differenza tra la forma di espressione dei sentimenti maschili e quella dei sentimenti femminili, poichè gli uomini sono prevalentemente soggetti «interiorizzatori» e le donne più spesso «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 le emozioni 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 della 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.*

*Penso invece che sia convinzione generale 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. 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.*

*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, e si sente 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 entrare in relazione con la mamma come persone dello stesso sesso e con il padre, tenendo bene presente la propria condizione femminile; i bambini debbono convertire il desiderio, che non sarà completamente cancellato neppure in età adulta, 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 i bambini e le bambine crescono e divengono consapevoli delle differenze sessuali, anche la società riconosce e sottolinea quelle differenze. Nelle culture primitive, al momento della pubertà, quello in cui si definiscono i ruoli maschile e femminile, corrispondono riti che inseriscono formalmente l'adolescente nella collettività tenendo conto del genere di appartenenza. 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. 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 era loro proibito in quanto nefas (contrario, cioè, a norme religiose e giuridiche), preclusione certamente esistente anche nella società contemporanea.*

*È correlato alla considerazione relativa alla potenza dell'adulto anche il legame profondo tra il bambino ed i genitori, un legame che non si spezza neppure nei confronti di quei genitori che non meriterebbero moralmente questo titolo, che trascurano i figli, 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 e sadico, induce 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 a evitare 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.

Sono dunque importanti, per la realizzazione di un progetto di riproduttivo, la storia personale e quella familiare dei coniugi che avallano l'assunto che ogni bambino che nasce è stato preceduto da un bambino che è vissuto, dai primordi dell'esperienza vitale, nella fantasia dei genitori, delle loro famiglie d'origine e del gruppo sociale, il 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 questo spazio per il bambino che verrà significa anche 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 e che non è stato aspettato con disponibilità e con gioia.

Tutto ciò è particolarmente significativo per la donna, che per concepire un bambino deve preparare il proprio corpo ad accoglierlo 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 consente il riconoscimento, nel bambino che acquisisce ogni giorno una realtà fisica più concreta, del bambino sognato fino dall'infanzia. 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, e trovi una personalità femminile pronta ad affrontare le fatiche che impone l'accudire un neonato.

Il dolore e le umiliazioni che precedono il concepimento e che sono indotte dalle cure della sterilità, ostacolano la formazione dello spazio interno per il bambino e predispongono 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



*inconsiamente tentare di rivalersi nei confronti di questa creatura ostile o pretendere da lui il risarcimento, in termini di affetto e di successo sociale, degli oneri che ha imposto.*

*L'esperienza clinica con le coppie che seguono i percorsi della fecondazione assistita attesta l'assenza di fantasie e di progetti 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 sembrano incapaci di accogliere il bambino immaginario, il bambino dei sogni procreativi dell'infanzia e di investire su di lui.*

*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. Se uno dei genitori cerca un rapporto privilegiato con il bambino escludendo l'altro, un lato del triangolo si accorcia, la figura geometrica ne risulta squilibrata, i rapporti di prossimità-autonomia risultano compromessi e il bambino vive relazioni che non ne favoriscono la formazione della personalità. E il figlio che non viene accolto nello spazio predisposto adeguatamente, prima della nascita, viene al mondo nelle condizioni meno favorevoli 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.*

*La capacità di soffrire degli esseri umani ha costituito, nei secoli, ragione di stupore di romanzieri, filosofi e poeti, molti dei quali hanno molto insistito sul significato e sul valore, in termini di riscatto e di redenzione, della sofferenza. Del resto, anche l'esperienza comune dimostra 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 la considerazione che esistono dolori che possono convertirsi in cause 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, aiutando la coppia ad affrontare il lutto che costituisce il più primordiale ed il più efficace degli strumenti con cui l'anima umana riesce a consacrare il proprio dolore, ad accettarlo e a 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 persiste 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.*

*Uno dei problemi più importanti che la filosofia ha dovuto affrontare è quello di valutare quanto l'uomo sia padrone del proprio destino o quanto quel destino dipenda da una volontà superiore, dalle combinazioni degli astri e 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 in cui quella libertà è negata e che quindi la vita umana sarebbe commistione di elementi di libertà e di necessità.*

*Questa stessa esperienza pare dimostrare che esistano uomini che godono della libertà più vasta e altri che non riescono a sottrarsi alla cruda legge della necessità. La psicologia ha analizzato l'alternativa verificando l'esistenza di individui che collocano nella sfera della propria autonomia il luogo di controllo delle proprie azioni e dei loro risultati, di cui si sentono padroni, altri che si riconoscono incapaci di determinare l'esito delle proprie azioni, che dipenderebbe da una potestà 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 acuisca la frustrazione, il dolore e il senso di impotenza. Chi soggiaccia a quell'esperienza sarà sospinto a collocare il luogo del controllo 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 non può opporsi alla forza della risacca.*

*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 irreali 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 dei viaggi e degli 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 può indurre la coppia a modificare le modalità della propria esistenza.*

*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 di non poter 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, evitare di soddisfare la richiesta proponendo terapie sempre più intrusive, impegnarsi, per quanto gli risulti possibile, a liberare il paziente dalla dolorosa coazione che se ne è impadronita.*

*Il tema della sfida al medico suggerisce alcune riflessioni a conclusione dell'esame complessivo che ho svolto delle percezioni, delle emozioni e dei traumi che accompagnano la consapevolezza della sterilità, e che si complicano e interagiscono nel corso dell'itinerario per la sua cura. La fecondazione assistita non può costituire una sfida di due persone alle quali la natura sembra avere negato una delle facoltà essenziali dell'essere umano, e che cercano di dimostrare a se stesse e al mondo che quella facoltà, contro ogni apparenza, la possiedono. Paradossalmente, vinta la sfida, potrebbero non provare più interesse per il bambino che sono riusciti a ottenere.*

*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 grande capacità, è ancora molto spesso impotente.*

*E' chiaro che nella maggior parte dei casi la personalità dei coniugi e il loro legame escono inalterati dalla prova: la condizione di sterilità non è però esperienza che si dimentica e anche quando si supera può lasciare segni indelebili come sentimenti di vergogna e di colpa, di rabbia e di inadeguatezza, o l'idea di essere stati per molto tempo puniti ingiustamente. 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 le risorse e le capacità necessarie per rimanere insieme nella sofferenza, con amore e rispetto reciproci. Esse insegnano che il dolore si può superare, che i confronti più crudeli si possono lasciare alle spalle, e che la personalità che accetti e superi la sconfitta può emergere dal confronto in possesso di una consapevolezza nuova della propria forza, trasformando 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.*

*Anche dopo essere riuscita ad ottenere una gravidanza, una coppia continua ad albergare nel proprio animo sentimenti fortemente negativi nei confronti della sterilità, una ferita che evidentemente fatica a rimarginarsi. Il protrarsi di questi sentimenti negativi giustifica certamente il fatto che la gravidanza è per sé stessa molto più difficile di quanto generalmente non sia: molte coppie, e soprattutto molte donne, la considerano come l'unica occasione che si presenterà loro in tutta la vita per sfuggire a un destino odioso, e trepidano per il timore che l'occasione possa svanire, magari per una disattenzione o un errore. Il fatto che molte donne raccontino di essere diventate madri a costo di incredibili sacrifici (che la gravidanza abbia potuto raggiungere il termine perché non hanno lasciato il letto per nove mesi, pur essendo inconcepibile dal punto di vista medico, è diventato stranamente credibile) condiziona molti comportamenti, fino a essere causa di dissapori all'interno della coppia.*

*Questa sensazione di disagio, il timore di non poter mai più cogliere un'occasione simile, condiziona spesso anche il modo in cui i genitori trattano il figlio dopo la nascita, oltre a essere causa della frequente richiesta di un taglio cesareo. I bambini nati dalle tecniche di PMA, come ho già avuto modo di dire, pagano per un certo numero di anni il peso della propria "unicità", del grande valore che viene loro assegnato: per questo dormono tanto spesso nel grande letto matrimoniale dei genitori e per questo fanno tante assenze da scuola, vengono visitati da tanti specialisti, soffrono così frequentemente di malattie psicosomatiche.*

*Forse per qualcuno di loro questa condizione di “figlio prezioso” è destinata a diminuire dopo l'adolescenza.*

*Che un figlio sia stato concepito naturalmente o che sia nato dopo una fecondazione in vitro non dovrebbe, in teoria, fare alcuna differenza: queste terapie sono ormai accettate dalla società e nessuno le considera più vergognose. Eppure esiste ancora un 20% delle coppie (l'11% delle donne) che non pensa di dirlo al figlio quando sarà cresciuto. Molte di queste coppie cercano di mascherare il proprio reale sentimento affermando che la cosa non è importante e non trovano validi motivi per parlarne, ma in realtà temono non si sa bene quale reazione negativa del figlio.*

*Subito dopo il parto, la maggior parte delle coppie manifesta sentimenti di sofferenza nei confronti della sterilità, che continua ad essere vissuta come una menomazione e come un'ingiustizia. Col tempo, queste sensazioni non sono più così forti e dopo 5 anni la maggior parte delle donne (60%) e degli uomini (81%) dichiara che la nascita del figlio ha fatto in pratica sparire il dolore di quell'esperienza, di cui resta soltanto un ricordo neppure particolarmente sgradevole. Col passare del tempo, aumenta il numero delle coppie che dichiara di voler ripetere il trattamento: inferiore al 50% dopo la nascita, supera il 60% dopo due anni.*

*In molte di queste coppie, poi, diventa sempre più forte l'apprezzamento per la scienza e la medicina: molti affermano di contare su soluzioni tecniche innovative, moltissime assumono posizioni di forte contrarietà nei confronti delle regole che limitano l'applicazione delle tecniche di PMA (A. Hjelmstedt, *Fertility and Sterility*, 2004, 81, 1254).*

*Credo che questa ultima nota meriti un commento. E' nato, intorno alle terapie di sterilità, un vero e proprio movimento di opinione, che si manifesta in molti modi e che ha portato alla nascita di molte associazioni di pazienti. Le coppie sterili sono numerose e motivate e ritengo che la loro capacità di incidere sull'opinione pubblica giocherà un notevole ruolo nei prossimi anni.*

## **Il rapporto con la medicina**

Comincia adesso un discorso molto più concreto (o, perlomeno, molto meno teorico) rispetto a quelli che ho 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.

Ho già spiegato come la percentuale di coppie sterili sia molto elevata: 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.

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.

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). Potrei continuare a lungo con gli esempi. Mi limito 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.

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

A mio 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.

Ho già detto che la nostra specie è poco fertile; debbo 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.

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.

Provo 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.

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 me, 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 fanno 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?

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 sono personalmente del tutto convinto della veridicità delle risposte. A me 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. Cercherò dunque di stabilirne 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.

Secondo me, 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 vorrei 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. Mi sembra però che le associazioni più serie stiano tentando di collegarsi tra loro e questo dovrebbe togliere ogni dubbio sulla loro credibilità.

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.

Ho citato Internet, e mi sono messo volontariamente nei guai, perché ora di questa sorgente possibile di informazioni dovrò dire qualcosa di più.

Ci sono miliardi di persone che cercano informazioni sul Web ed è ormai consuetudine per tutti i Centri di PMA avere un sito Internet, più o meno bello, più o meno complesso, certamente rivolto a farsi conoscere dai possibili utenti.

La Federal Trade Commission americana ha preparato precise linee guida per i siti Internet dedicati alla PMA, avvertendo anzitutto che valgono le stesse regole di protezione del consumatore che si applicano a tutte le attività commerciali ovunque vengano promosse. Seguono 16 pagine di norme dettagliate che debbono essere seguite da chi si occupa dell'allestimento e dell'aggiornamento dei siti. Esiste anche un rapporto del *Council on Ethical and Judicial Affairs* e del *Council on Scientific Affairs*, che sono due task force dell'*American Medical Association*, che, con il contributo di 11 diverse Società Scientifiche e Associazioni, raccoglie raccomandazioni etiche che riguardano gli aspetti commerciali delle PMA. Linee guida relative alla pubblicità dei centri che eseguono PMA sono state preparate anche dall'*American Society for Reproductive Medicine (ASRM Practice, Committee Report, Birmingham, maggio 2004)*. Queste linee guida sono in gran parte ispirate dal documento della *Federal Trade Commission*.

J.Y.J. Huang (*Fertility and Sterility, 2005,85, 538*) ha valutato l'adesione di 236 siti di centri per la cura della sterilità alle linee guida dell'*American Medical Association*. La sua conclusione è che tutte queste strutture non seguono in linea di massima le linee guida, cosa particolarmente grave se si pensa che sono tutte affiliate all'*SART (Society for Assisted Reproductive Technology)*.

La valutazione di Huang ha creato qualche malumore ed è stata commentata da un certo numero di esperti. Secondo T. Jain (*Fertility and Sterility, 2005, 83, 545*) le linee guida dell'*AMA* non sono state predisposte per valutare la qualità dei siti di medesima pratica. Egli critica poi Huang per non aver tenuto conto del fatto che in tutti i siti sono riportate le percentuali di successo dei centri, un mezzo un po' volgare per attrarre clienti. Su questo specifico punto ricorda Jain, la *Federal Trade Commission* ha sollevato qualche obiezione, esprimendo al contempo disagio nei confronti di alcune Associazioni di Pazienti, che in realtà rappresenterebbero una faccia (solo) apparentemente innocente di alcuni centri di sterilità.

L'*ASRM* ha anche dato precise indicazioni su come debbano essere calcolati e espressi i risultati, chiedendo l'inclusione di questo avvertimento: "Un confronto fra le percentuali di successo può essere privo di significato perché le caratteristiche dei pazienti e gli approcci terapeutici possono essere molto diversi e variare da clinica a clinica".

In ogni caso l'articolo di Huang ha aperto una discussione: nello stesso numero di *Fertility and Sterility* sono comparsi articoli di B.D. Cowan, di Y Epstein e di C. Niederberg.

Debbo 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 del registro generale delle fecondazioni assistite, recentemente istituito dalla legge 40 potrebbe rappresentare un passo avanti significativo sulla via della trasparenza. Potrebbe: perché esiste anche il rischio che, se non si dota di efficaci strumenti di controllo, divenga lo strumento di propaganda dei centri meno seri.

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.

Ho 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 sottopongo ai lettori; in analogia ho 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. Per poter dare questa informazione in modo comprensibile ci vuole molto tempo.
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, anche se per differenti motivi, 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 stanno 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.

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 era relativamente frequente l'iperstimolazione ovarica severa, 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.

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. Lasciatemi considerare 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 conglutinazione 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 parlare: 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 me, 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. Ho già descritto questa 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 me, 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 si tende a definire prudente (anche se sappiamo bene 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.

Una delle virtù del medico – non so 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 dovrebbero fare 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, credo 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.

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 ho dovuto 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 mestrua 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.