

Procreazione medicalmente assistita: implicazioni cliniche, sociali e nuovi servizi professionali

Antonio Iudici^{}, Federica Berti^{**}*

Riassunto. Alcune recenti decisioni giuridiche nazionali ed internazionali hanno riaperto il dibattito circa la procreazione medica assistita (PMA). Tale discussione contiene diverse implicazioni etiche e culturali che hanno determinato un quadro normativo disomogeneo, a seconda dei diversi ordinamenti nazionali. Il presente lavoro intende descrivere alcune implicazioni della metodica con la finalità di giungere ad una lettura non riduttivista della pratica e consentire di anticipare e gestire le diverse ricadute che si possono verificare, sia in caso di successo che in caso di insuccesso, sia in termini personali, sia di coppia e sociali.

Parole chiave: Procreazione medica assistita, Fecondazione, Consulenza psicologica

Summary. Some recent national and international legal decisions have reopened the debate about the Assisted Reproductive Technology (ART). There are several ethical and cultural implications, that led to an uneven regulatory framework, different for each country. This paper aims to describe some of the implications of the practice (ART) with the aim of reaching a non-reductionist reading and allow to anticipate and manage the various effects that can occur, both in case of success and failure, both personally, socially and as a couple.

Keywords: Assisted Reproductive Technology, Fecundation, Psychological Counselling

1. Introduzione

La recente sentenza n. 162 espressa dalla Corte Costituzionale nello scorso aprile, le cui motivazioni sono state rese pubbliche lo scorso luglio, ha riaperto prepotentemente il dibattito sulla Procreazione Medica Assistita (PMA). Annullando di fatto il divieto imposto dalla legge 40 che impediva la fecondazione eterologa, la sentenza è destinata a modificare l'assetto di alcuni servizi socio-sanitari e con sé anche le scelte di molte coppie italiane. Prima della sentenza su citata, molte coppie si rivolgevano a cliniche specializzate estere (dalla Spagna alla Repubblica Ceca) in cui è ammessa anche l'ovodonazione, l'embriodonazione e l'anonimato dei donatori, oltre alla

^{*} *Psicologo, Psicoterapeuta, insegna Psicologia Clinica dell'interazione presso l'Università di Padova. Docente della Scuola di specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva di Padova.*

^{**} *Psicologa, Psicoterapeuta. E' la Responsabile dell'area Psicologica della Clinica della Donna di Padova.*

fecondazione assistita per donne single. Oggi molte persone potrebbero usare tale tecnica anche nel contesto italiano, arrestando dunque quello che viene definito “turismo riproduttivo”. Negli ultimi due mesi infatti si è assistito ad una crescita vertiginosa delle richieste per poter accedere alla PMA, seguendo la tendenza di incremento degli ultimi anni, così come è aumentato il numero delle strutture private specializzate (Ministero della Salute, 2014).

Al di là dell'urgenza del momento, il tema della nascita, da sempre oggetto di regolamentazione giuridica, ha costituito nell'uomo un dilemma a cui sono state date risposte differenti nelle diverse società. Nella nostra società la procreazione medica assistita rappresenta innanzitutto una situazione in cui la donna non può essere madre “secondo natura”, ma “secondo scienza” e coinvolge un numero sempre più ampio di coppie e di donne, la cui fertilità è compromessa ad esempio da neoplasie, da malattie genetiche, da menopausa precoce, ecc. Siamo ormai distanti da quello che si intendeva con la locuzione latina *mater semper certa est* e quello che solo pochi anni fa sembrava un miracolo, come ad esempio la nascita di Louise Brown¹, oggi è routine. I successi della tecnologia medica rendono possibile diventare genitori tramite fecondazione omologa o eterologa. Conseguentemente, nel senso comune e in molti ambienti medici, il desiderio di genitorialità viene ricondotto principalmente al superamento di una “patologia del corpo”, limitando la comprensione delle motivazioni e delle ragioni sottese alla richiesta di procreazione assistita.

Tali ragioni implicano forti componenti emotive e cognitive, la cui gestione richiede un'attenzione costante, finalizzata ad affrontare le ricadute associate al percorso di procreazione. Ricadute che non si esauriscono certo con la conclusione dell'intervento medico, né in caso infausto e tanto meno con la nascita di un bambino. Nel primo caso l'esperienza del fallimento rappresenta lo spegnimento di molte speranze, di desideri e l'impossibilità di dare coerenza alla propria idea di genitori. Tale esito può comportare una rilettura degli sforzi effettuati e delle dinamiche interne alla coppia, con la conseguenza di mettere in discussione la relazione stessa. Nel secondo caso si dischiudono diverse questioni, che già oggi interrogano la psicologia, come ad esempio: cosa dire al proprio figlio circa la propria nascita? (soprattutto in caso di fecondazione eterologa)? Come i genitori possono comunicare la loro esperienza ai propri familiari, amici o conoscenti? Come i bambini possono dare senso a quelle comunicazioni? Quali interventi da parte degli educatori sul tema?

Oltre all'esito della procreazione medica assistita, non è trascurabile il percorso effettuato dalla coppia, che la letteratura di settore indica essere vissuto in modo molto critico, con vissuti di gioia alternate alla sofferenza, alla delusione, alla fatica, spesso anche legata ai viaggi internazionali. Infatti, le coppie che chiedono informazioni sulla procreazione medicalmente assistita dopo un lungo periodo di fallimenti con metodi naturali, possono presentare una situazione psicologica ed emotiva che rischia di influire sulla scelta, sul percorso e sull'efficacia delle stesse procedure mediche. Pur essendo prevista la figura del consulente psicologo dalla legge 40, le sue attività non erano certo basilari, infatti venivano solo suggerite dall'equipe medica, non erano parte

¹ Louise Joy Brown, nata nel 1978, è la prima persona al mondo nata attraverso il metodo della fecondazione in vitro.

di un protocollo. Questo è molto differente dai bisogni rilevati nell'ultimo congresso Europeo della European Society of Human Reproduction and Embryology (Eshre) tenutosi a Monaco di Baviera lo scorso luglio, nel quale è stata evidenziata l'importanza del counselling psicologico per le coppie e per le donne interessate a seguire un percorso di fecondazione assistita. In particolar modo è ritenuto fondamentale intervenire in tre momenti specifici: a) quello che precede l'intervento, e si basa sul sostegno e l'informazione sui risvolti emotivi e relazionali connessi con l'intero percorso; b) quello che coincide con il percorso, fondato sul sostegno ai momenti di difficoltà che dovessero presentarsi in itinere e c) il periodo successivo all'intervento, basato sull'aiuto clinico alla coppia per fronteggiare le eventuali conseguenze negative o l'eventuale fallimento del trattamento.

E' inoltre possibile che il counselling psicologico possa essere rivolto anche ai donatori, anche alla luce dell'ipotesi normativa di consentire al nascituro di poter conoscere lo stesso donatore, dopo il compimento di 25 anni.

Il numero di richieste e un maggiore riconoscimento delle esigenze di parte della popolazione, apre dunque a nuove possibilità di intervento psicologico nei confronti delle persone che si avvicinano a questa pratica.

Diventa quindi fondamentale capire l'intero percorso della procreazione medicalmente assistita al fine di cogliere più precisamente le nuove esigenze delle persone e le possibilità di intervento della psicologia.

2. Riferimenti normativi

I più recenti riferimenti normativi inerenti la procreazione medica assistita si possono far risalire alla Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina (4 aprile 1997), al codice di deontologia medica (art. 42, approvato il 3 ottobre 1998) e ad alcune circolari ministeriali (27/4/1987 on. Donat-Cattin; 17/4/1992 on. De Lorenzo; 5/3/1997 on. Bindi), i quali prescrivevano i limiti ed i divieti per l'applicazione delle tecniche di fecondazione assistita, per la sperimentazione sul genoma e sull'embrione umano.

Tuttavia la Corte Costituzionale, con sentenza n. 347 del 1998, formulava un chiaro monito nei confronti del legislatore: l'assenza di una legge imponeva ai Giudici di rispondere sulla base di principi generali a quesiti legati alla maternità surrogata, alla fecondazione eterologa, all'impianto di embrioni crioconservati, al disconoscimento di paternità a seguito di separazione o divorzio, all'utilizzazione di tecniche di fecondazione artificiale. Con risposte ovviamente contraddittorie.

Prima della sentenza della Corte Costituzionale del 9 aprile scorso, che ha decretato come incostituzionale la stessa legge, il riferimento normativo della procreazione medica assistita era regolamentato dalle "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" definite dalla legge n. 40 del 19 febbraio 2004. In questa, la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) viene definita come "concepimento che avviene grazie al congiungimento non coitale dei gameti. Include le Tecniche di Riproduzione Assistita e, in Italia, anche l'inseminazione intrauterina, intracervicale e intravaginale".

Tale legge inquadra la PMA come una terapia, norma l'accesso alle tecniche, impone il divieto di PMA eterologa, stabilisce i requisiti soggettivi e la procedura, regola

l'impianto e la sperimentazione sugli embrioni umani, sancisce i limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni. Inoltre legittima il ricorso alla PMA solo in caso di assenza di altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di infertilità o di sterilità documentate da atto medico, solo dopo aver informato la coppia rispetto alle procedure di adozione e affidamento familiare. Stabilisce inoltre che alla PMA vi possono ricorrere (art. 5) solo coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi. Infine all'art. 7 si citano linee guida vincolanti per tutte le strutture autorizzate con lo scopo di fornire a tutti gli operatori le indicazioni necessarie al pieno rispetto di quanto previsto dalla legge. In esse sono riportate le indicazioni delle procedure e delle tecniche di PMA, emanate o decretate (21 luglio 2004) direttamente dal Ministero della Salute.

Fin dalla sua entrata in vigore, tale legge si presentava come di dubbia costituzionalità, per una serie di conflitti tra posizioni etiche e principi giuridici: il conflitto tra il diritto alla vita del concepito e i diritti costituzionali degli aspiranti genitori; tra il diritto ad avere un figlio con le tecniche di fecondazione eterologa, anche per le coppie omosessuali, e il diritto del concepito a far parte di una famiglia tradizionale; tra il diritto dei genitori ad avere un figlio sano e il diritto alla vita e alla dignità del concepito; tra la libertà di ricerca scientifica, il diritto alla salute della collettività e il diritto alla vita e alla salute del concepito (Artt. 2, 9, 13, 29, 31, 32, 33 Cost.). Tali dubbi, mai sopiti, hanno avuto degli strascichi giudiziari e sociali.

Pertanto nel tempo si sono susseguite Ordinanze e Sentenze di alcuni Tribunali italiani (Cagliari, Catania, Firenze, Milano, Bologna, Salerno, tra il 2005 e il 2010), nonché un intervento nel 2005 della Corte Costituzionale sul giudizio di ammissibilità dei 5 referendum abrogativi della legge n. 40/2004. Su tale linea la Corte Costituzionale, con l'ordinanza n. 369 del 9 novembre 2006, dichiarava la manifesta inammissibilità della questione di illegittimità costituzionale dell'art. 13 della legge n. 40, che vieta sperimentazioni su embrioni, tranne che per cause collegate alla salute dell'embrione medesimo. Allo stesso modo il Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio, con sentenza n. 398 del 2008, dichiarava illegittime le Linee guida del 2004 per violazione del principio di legalità, nella parte in cui limitavano la diagnosi genetica pre-impianto al tipo osservazionale. Quindi si giungeva alla modifica delle stesse con Decreto Ministeriale del 11 aprile 2008, non limitando più l'indagine esclusivamente a quella di tipo osservazionale, aprendo le tecniche di procreazione medicalmente assistita anche alle coppie in cui l'uomo è portatore di malattie sessualmente trasmissibili, prevedendo per tutte le coppie un sostegno psicologico. Ma la prima decisione che entra nel merito della valutazione della legge n. 40/2004 è la sentenza n. 151 del 8 maggio 2009: la Corte Costituzionale dichiarava l'illegittimità costituzionale dell'art. 14, comma 2 e 3 della legge, riguardante i limiti dell'applicazione delle tecniche sugli embrioni in nome della tutela dell'embrione, consentendo la produzione di un numero di embrioni superiore a tre, gli embrioni "necessari", e la loro crioconservazione per motivi legati alla salute fisica o psichica della donna, pur mantenendo il divieto alla crioconservazione espresso al comma 1. In tal modo si ammette l'inammissibilità di una tutela a senso unico, cioè del solo embrione (al fine di assicurare concrete aspettative di gravidanza) e viene sancito il giusto bilanciamento tra tutela

dell'embrione e tutela delle "esigenze di procreazione", le quali emergono come valore costituzionale nuovo.

A ciò si aggiunge inoltre la decisione della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (decisione relativa alla causa S. H. e altri v. Austria, n. 57813/00) che dichiarava il divieto di fecondazione eterologa contrario agli artt. 8 e 14 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, riguardanti i principi di non discriminazione e di rispetto della vita familiare e privata.

Infatti per la Corte Europea uno Stato non deve disciplinare la fecondazione assistita discriminando fra coppie sulla base del tipo di trattamento necessario. Questa decisione risulta fondamentale per il futuro della normativa in materia di procreazione medicalmente assistita in quanto la Corte Costituzionale a partire dalle sentenze n. 348 e n. 349 del 2007 si ritiene vincolata al rispetto dei principi della giurisprudenza della Corte Europea.

In attesa di nuove regolamentazioni inerenti la procreazione medica assistita, speriamo scovre da speculazioni ideologiche, è possibile sostenere che la procreazione assistita risponde all'impossibilità corporea di procreare e al desiderio di divenire genitori, pertanto è sempre necessario tenere presenti le implicazioni medico-biologiche e soprattutto quelle psicologiche.

3. Implicazioni biologiche nella procreazione medica assistita

L'impossibilità biologica di avere figli è spesso significata a partire da riferimenti morali e ideologici. Al fine di evitare equivoci, descriviamo i termini con cui viene definita l'incapacità procreativa nella letteratura di settore. La fertilità di una coppia si determina con una gravidanza dopo due anni di regolari rapporti sessuali non protetti da metodiche anticoncezionali: la diagnosi di sterilità è connessa all'assenza di tale evento/concepimento (Righetti, Luisi, 2007). I termini sterilità ed infertilità sono usati senza distinzione sia dai medici che dai pazienti per indicare una difficoltà a concepire protratta nel tempo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fornisce una distinzione che tiene conto anche del criterio cronologico: la sterilità primaria viene diagnosticata dopo il mancato concepimento derivato da rapporti sessuali regolari non protetti per più di due anni; la sterilità secondaria si verifica quando una coppia che ha concepito, trascorso un periodo di due anni da tale evento, non riesce più ad avere un'altra gravidanza; l'infertilità è la condizione di una donna che arriva ad avere una gravidanza, ma non riesce a portarla a termine (Chelo, 2003).

Molteplici sono i fattori biologici che determinano una diagnosi di sterilità. Per la donna la diagnosi di sterilità viene stabilita per: endometriosi per il 30%, fattore ovarico per il 25%, fattore tubarico per il 35%. Per l'uomo la diagnosi è legata a: problemi testicolari per il 60%, problemi ormonali, problemi post-testicolari, problemi di erezione o di eiaculazione (Righetti, Galluzzi, Maggino, Baffoni, Azzena, 2009).

3.1 Iter diagnostico

L'iter prevede indagini medico-sanitarie specifiche, al fine di identificare una causa e scegliere, con il medico, la tecnica più o meno idonea per quella particolare coppia e per quel particolare problema. I centri di PMA si dividono in I, II, III livello sulla base del tipo di tecnica di PMA utilizzata. Le tecniche sono molteplici: inseminazione semplice;

FIVET (fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione); ICSI (iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo); prelievo testicolare dei gameti; trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), degli zigoti (ZIFT) o embrioni (TET); TESE (estrazione microchirurgica di spermatozoi dal testicolo); MESA (aspirazione microchirurgica di spermatozoi dall'epididimo). Tutte queste tecniche sono applicate in cicli a "fresco" (gameti o embrioni non crioconservati) o a cicli "di scongelamento" (gameti o embrioni crioconservati). La percentuale stimata di fertilità è del 20% nella donna di 30 anni, del 5% nella donna di 40 anni; l'età infatti scandisce una diminuzione fisiologica del successo riproduttivo in particolare dopo i 35 anni (Istituto Superiore di Sanità, ISTISAN 03/14).

Il linguaggio medico identifica con chiarezza le diverse condizioni cliniche di cui il corpo del singolo è portatore, ma spesso trascurava l'importanza delle componenti psicologiche.

4. Implicazioni psicologiche nella procreazione medica assistita

Come è noto, la ricerca di un figlio è una delle aspirazioni più importanti a cui ambiscono le persone di tutto il mondo. Quello che rappresenta il concepimento di un figlio nella nostra epoca implica dei significati culturali che vanno oltre le ragioni del singolo e caratterizzano diversi momenti della vita delle persone. Quando questo non si verifica, coloro i quali hanno tale aspirazione possono vivere periodi emotivamente significativi. E' questo il caso delle coppie che scoprono di non poter avere figli per una condizione medica che non lo consente. Questo momento è un crocevia importante per la coppia, in quanto a partire da qui si possono dischiudere differenti percorsi: dalla rinuncia ai nuovi consulti, dagli esami specialistici alla possibilità di ricorrere alla fecondazione assistita. Sotto il profilo psicologico, vi sono però già le prime importanti implicazioni.

- Percezione di diversità

La notizia di infertilità o di sterilità può dare la percezione di essere "diversi", portatori di una patologia invalidante, che conduce ad una condizione di inferiorità, di deprivazione, di limitata funzionalità (Valentini, 2004). Questo ha spesso come effetto quello di isolarsi progressivamente da parenti, amici e conoscenti che hanno figli, con conseguenze sulla propria unità e stabilità. Tale sentimento è rappresentato da frasi come *"non riusciamo ad accettare di non avere un figlio, negli ultimi mesi ci siamo isolati da tutte le coppie di amici con figli perché frequentarli ci faceva stare troppo male"*, *"siamo sempre più soli e questa condizione ci sta allontanando, ormai non riusciamo più nemmeno ad affrontare l'argomento figlio"*. A sua volta, tale processo porta spesso le coppie a mantenere segreta la decisione di ricorrere alla PMA, sia con i propri familiari che con la rete sociale. Questo principalmente per due ragioni: da una parte si attribuisce un significato di vergogna alla propria "diversità", dall'altra si desidera proteggere quel figlio che già si immagina presente nella propria vita (Miall, 1985; Greil, 1991).

- Destabilizzazione della coppia

In molti casi, la notizia di infertilità può comportare una diversità di intenti circa le decisioni da prendere, per esempio se fermarsi o se ricorrere alla fecondazione assistita. Di fronte a tali dubbi, possono emergere differenti teorie fino ad allora implicite, come ad esempio l'adesione ad una idea della maternità considerata "naturale", o l'idea fatalistica del destino, o l'esigenza esistenziale del sogno di divenire madre o padre. Da ciò ne consegue anche un diverso investimento rispetto ad altri importanti esigenze, come il lavoro, la propria professione, la gestione degli aspetti economici, ecc. La complessità della questione porta spesso a grosse perturbazione dell'equilibrio della coppia, la quale non riesce a stabilire una continuità tra la situazione del prima e dopo diagnosi medica. Nei casi estremi, che comunque sono diffusi, vi può anche essere una separazione, per esempio quando le esigenze personali si rivelano più importanti del progetto di coppia stessa (Delais de Parseval, 2003 , p. 61).

- Nuova idea di sé e del proprio corpo

A partire dalle comunicazioni effettuate dal medico rispetto alle diagnosi di infertilità o sterilità, prendono avvio una serie di riflessioni personali e interpersonali circa la rappresentazione di sé. Tali riflessioni si estendono anche al proprio corpo, che inizia ad essere rappresentato in modo differente rispetto a prima: da un'idea quasi invisibile del proprio corpo ad un'idea di diversità, di essere anormali, talvolta di patologia, che si fa fatica a riconoscere. In psicologia è noto come sia riduttivo definire il corpo solo come espressione dell'anatomia e della biologia dell'uomo. Infatti, il corpo è anche corpo semiotico *"con le sue espressioni, gesti, modi di agire, abilità acquisite. Non è qualcosa di separato dai discorsi, dai ruoli, dalle regole, dagli apprendimenti, dalle narrazioni e dalla gestualità che lo possiede e lo pervade. Si tratta (...) di un corpo relazionale, ovvero di segni e di atti comunicativi, che costituiscono in larga misura l'esperienza che abitiamo e che incontriamo* (Faccio, 2007).

Così, quello che non si riusciva ad immaginare prima, ovvero l'impossibilità di diventare genitori, diventa ora il criterio con cui interpretare gli eventi, la coppia e anche se stessi. I momenti lavorativi, affettivi, sessuali, familiari e amicali sono costantemente regolati ed invasi da un flusso di coscienza in cui risonanze emotive, rappresentazioni mentali e sensazioni corporee implicano tutti quei significati personali e sociali che costruiscono l'identità di persona e di coppia sterile (Higgins, Klein, Strauman, 1987).

- Il cambiamento della vita sessuale

Frequentemente la vita affettiva e sessuale cambia. La sessualità assume un significato di atto riproduttivo e perde il significato di atto di piacere l'uno dell'altro. Autori come Mahlstedt (1985) e Fiumanò (2000) riferiscono che le coppie infertili arrivano anche all'evitamento dei rapporti sessuali. In un percorso di psicoterapia, una signora ha detto: *"da qualche mese non riesco ad avere rapporti, mi rendo conto che facendo così colpevolizzo anche il mio compagno che non sa più come starmi accanto, ma io non so come uscirne"*. I tentativi di concepimento naturale si ripetono con una costanza che tiene conto dei periodi di fertilità femminile, dell'ovulazione, del proprio ciclo mestruale attuale e storico, la misura della temperatura basale, i sintomi del muco

cervicale, i risultati degli stick, il numero dei rapporti avuti e di tutta una serie di calcoli probabilistici. Tutto questo porta ad organizzare l'attività sessuale, con la conseguenza per molte coppie di avere una percezione meccanicistica del rapporto stesso. I tentativi di concepimento vengono descritti ad esempio nel modo seguente: *“mi sento una macchina da sesso”, “in certi casi mi costringo”, “peccato, oggi mio marito si è addormentato ed era il periodo giusto”*. In questi casi si assiste ad uno scollamento tra il desiderio di maternità (che nelle teorie di senso comune è spesso configurato come un'attività libera e spontanea) e la programmazione dell'attività sessuale (considerata invece non naturale e dal carattere forzato).

- La colpevolizzazione

In assenza di una diagnosi precisa, l'insuccesso dei tentativi di concepimento viene spesso auto attribuito o attribuito all'altro, non con argomentazioni rigorose e articolate, ma nel tentativo ingenuo di addivenire ad una causa che possa consentire in tempi rapidi una sua risoluzione. La diagnosi di sterilità produce invece degli effetti differenti: nella vita sessuale di un uomo assume spesso un significato di perdita della propria virilità con conseguenti processi di colpevolizzazione (Basson, 2001; Basson, Berman, Burnett, 2000). Una ricerca condotta in Italia da D'Ottavio ed altri (1991) evidenzia come l'inadeguatezza sessuale dell'uomo infertile aumentava significativamente con l'attribuzione della diagnosi medica: dal 6,57% della prima consultazione al 15,8% al termine dell'iter diagnostico – terapeutico. Nella donna si produce invece l'idea di essere portatrici di una patologia (Luce, 2004; Lombardi, 2009) con relative implicazioni sull'umore, sulla percezione di un corpo che da lì in poi è considerato estraneo e che si fatica a riconoscere, con la conseguenza ultima di sentirsi in colpa (Andrews, Abbey, Halman, 1992; Laumann, Paik, Rosen, 1999; Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, Ganiats, 2004). Tali sentimenti sono poi estesi al partner, laddove la sterilità di uno comporta la percezione di *“danneggiare l'altro”*, e di non consentirgli la realizzazione del desiderio di genitorialità, per esempio quando si dicono frasi come *“gli ho rovinato la vita”, “le ho spezzato un sogno”*, ecc.

A seconda di come le persone riusciranno a gestire i processi su descritti, il progetto di divenire genitori verrà implementato o limitato. Nel caso in cui la coppia decida di proseguire con la fecondazione assistita si assiste ad una nuova fase del percorso, con l'implicazione di altri processi psicologici.

- Quando il concepimento è un concepimento “a tre”

La scelta di aderire ai programmi di procreazione medica assistita comporta spesso l'affidamento completo alla medicina. E' infatti al medico che si chiede di intervenire in maniera efficace e risolutiva, di rispondere alle problematiche incontrate e di consentire la realizzazione del desiderio. La scelta del professionista diverrà poi molto importante per il percorso futuro non solo della “patologia”, ma della coppia stessa. Quindi, al medico si demanda l'onere e l'onore di esaudire i bisogni di maternità e di paternità, che consentano al singolo individuo ed alla coppia di sentirsi come gli altri e di poter condividere con gli altri le stesse aspettative, gli stessi bisogni, gli stessi interessi e

percorsi che contraddistinguono la “naturale” genitorialità. Per esempio: *“io e mia moglie abbiamo estrema fiducia nel nostro medico e facciamo quanto ci suggerisce”*.

Pertanto il medico diventa la terza persona che entra a far parte dell'intimità della diade, da cui ci si attende una condivisione di aspettative e di speranze, unico artefice della straordinarietà di tale concepimento: il concepimento diviene dunque un “concepimento a tre” (Imrie, Vasanti, Golombok, 2012). Anche in questo caso si assiste ad una nuova configurazione del modo attraverso cui sta insieme la coppia, che appunto vede l'inserimento del medico nell'ambito delle scelte, delle decisioni, dei sentimenti vissuti che la coppia effettuerà da qui in poi.

- La medicalizzazione del tentativo di concepimento

L'intero periodo dei tentativi di procreazione medicalmente assistiti è pervaso dal medium discorsivo della medicina, pertanto successi, ansie, difficoltà e sofferenze vengono descritte attraverso il linguaggio medico, così come si può notare nella seguente frase pronunciata da una signora durante il trattamento: *“il risultato di questa ICSI è stato solo un ovocita fecondato, ma il medico mi ha detto che non vuol dire nulla: uno o tre, se deve andare a buon fine andrà”*. A fronte della presenza di uno spazio e di un tempo dominato dalla medicina, si riduce la possibilità di riflettere e di vivere il momento secondo codici differenti: la condivisione del desiderio e dei sentimenti vissuti cedono il passo alla prescrizione medica (Lombardi, 2009). Non ci sono più spazi e tempi in cui fermarsi, in cui si possa ascoltare la propria sofferenza ed accettare l'insuccesso, come si può evincere dal seguente riportato: *“sono stanca, ho un sacco di disagi fisici, ma continuo a sperare che prima o dopo verrò premiata nei miei sforzi”*. Molto spesso il ruolo degli psicologi è confinato alla richiesta di sostegno a seguito del fallimento (Lukse, Vacc, 1999), pregiudicando così la possibilità di aiutare la coppia nel suo procedere, per esempio gestendo in altro modo il rischio che le coppie vivano il tentativo di concepimento attraverso il processo “del tutto o nulla”, come una partita in cui si vince o si perde, come una malattia da cui si può guarire o morire.

- *Le categorie psicologiche a giustificazione dell'insuccesso*

L'uso di categorizzazioni diagnostiche, come ad esempio la frequente diagnosi di depressione episodica o persistente, consegna alle persone l'idea di aver trovato una causa della propria sofferenza, privandole in tal modo della possibilità di riconoscere la complessità dei processi psicologici implicati nella propria visione della vita, più o meno congruente rispetto alla condizione clinica che è stata diagnosticata. Come gli psicologi sociali sanno bene, questo è un ragionamento tautologico: la diagnosi di depressione (effetto) viene definita a seguito di speranze deluse e di un modo di pensare che ha comportato il crollo, che però diventa causa della stessa sofferenza. Ancora una volta, il medium narrativo della psicopatologia, rischia di pregiudicare la visione alternativa dell'intero percorso.

In seguito all'esito positivo della fecondazione assistita si assiste invece ad un cambiamento epocale nella storia della rappresentazione dell'uomo, che consiste nel cambiamento e nell'allargamento del costrutto di figura materna, di genitorialità e di famiglia. La nascita di un figlio tramite fecondazione omologa o eterologa implica

nuove rappresentazioni e narrazioni rispetto a quelle attualmente presenti (Mamo, 2007). I cambiamenti sono significativi e confluiscono in una serie di interrogativi e domande che possono caratterizzare il rapporto genitori-figli, e che interrogano i professionisti, la ricerca, i sistemi educativi e gli amministratori. Per esempio: cosa dire della nascita in provetta ai propri figli? E come dirlo rispetto alle donazioni esterne? Come dirlo ai propri amici e parenti? Come gestire le differenti idee che la coppia può avere rispetto a queste comunicazioni? Come evitare discriminazioni o stigmatizzazioni sulle coppie che decideranno di esplicitare pubblicamente le loro scelte? Come contrastare l'idea che esistano madri di serie A e di serie B a partire da un'idea di natura carica di pregiudizi morali, culturali e religiosi? Domande a cui molti professionisti tentano di rispondere già oggi, soprattutto nei confronti dei concepimenti avvenuti a seguito di fecondazione eterologa effettuata all'estero.

5. La gestione del percorso e la consulenza psicologica. Alcune indicazioni generali

Come abbiamo detto, ad oggi la figura dello psicologo è prevista dalla legge 40 solo marginalmente. In riferimento alla complessità dei processi su delineati, è a nostro avviso importante dedicare un servizio specifico più ampio per le coppie o per le persone interessate alla fecondazione assistita. La consulenza non dovrebbe riguardare però il solo sostegno in caso di esito negativo, ma consentire un'analisi completa della domanda e in anticipazione un confronto su come la coppia andrà a gestire tutte le implicazioni che tale scelta comporta, non esclusi a) il rapporto con la rete sociale, amicale e parentale entro cui si è inseriti e b) i processi di etichettamento associati alla percezione di diversità che molte persone e coppie vivono in quanto "sterili o infertili".

In particolar modo possiamo evidenziare le seguenti esigenze.

Lo psicologo può certamente intervenire nelle varie fasi che costituiscono la scelta della fecondazione assistita, che però iniziano molto prima del rivolgersi ad un centro autorizzato e che non si esauriscono nell'atto della fecondazione. Il ruolo centrale verte dunque principalmente sulla gestione del percorso intrapreso dalla coppia che, in un percorso così complesso e articolato, si snoda attraverso lo sviluppo di alcune competenze.

Innanzitutto quella di riconoscere le implicazioni medico-sanitarie e quelle psicologiche dell'intero percorso, padroneggiandone poi la gestione complessiva della salute (Iudici, 2015). Questo dovrebbe impedire la "lettura" della propria situazione solo sulla base delle procedure mediche e dei suoi esiti ("sono un essere sbagliato"), così come le interpretazioni psicologiche che non tengano conto degli aspetti biomedici a cui si va incontro ("la mia tenacia ha vinto su tutto"). In questo modo le problematiche restano confinate nel problema specifico, non dominando lo spazio esistenziale della coppia.

Il percorso deve poi sviluppare quelle competenze decisionali che in un percorso di fecondazione assistita sono costantemente richieste, senza le quali si rischia di vivere momenti carichi di stress. Decidere a chi rivolgersi, in quale Centro, quante volte riprovare, decidere in modo condiviso e non, decidere dopo aver sentito altre esperienze, decidere dopo vari consulti medici, ecc.

Altra competenza richiesta in un percorso di fecondazione assistita è quella di gestire l'alternanza dei sentimenti che in genere si vivono in un percorso di questo tipo, come ad esempio la colpevolizzazione e la percezione di essere sbagliato o di sentirsi diverso o la delusione e la sofferenza nel caso di fallimento del percorso. E questo può avvenire se le persone coinvolte occupano un ruolo attivo rispetto al progetto di fecondazione. In questo percorso più che subire la diagnosi giustificatoria della "patologia depressiva", si tratta di riconoscere la sofferenza e la delusione come sentimento adeguato al contesto ed alla situazione, come una risorsa a cui attingere per identificare il proprio stato d'animo e dare senso ai propri propositi. Lo psicologo può certamente facilitare questo processo di scoperta di ruolo attivo della persona, anche in presenza dei fallimenti che il percorso di PMA presenta.

Altra competenza da sviluppare è quella di gestire le relazioni interpersonali, ovvero imparare ad affrontare le pressioni, le immagini e le credenze che vengono attribuite alla coppia durante il percorso da conoscenti, amici e familiari. Tali attribuzioni hanno spesso una valenza morale o ideologica che rischia di interferire con l'esperienza vissuta e in alcuni casi con le decisioni che si prendono. Come abbiamo visto, contrapporre la "Natura" alla "Scienza" è un repertorio molto usato dal senso comune nei confronti di chi si rivolge alla fecondazione assistita.

Un altro oggetto di lavoro può riguardare l'immagine corporea e come essa viene narrata dalla persona in termini meccanicistici. Come abbiamo visto a seguito della diagnosi medica, la persona rischia di considerare il proprio corpo in termini patologici, oggettivandolo e separandolo dall'intera persona. Nei discorsi il corpo assume una posizione centrale e regolatrice di tutti gli altri aspetti della vita. Spesso viene percepito come un'entità separata, indipendente dalla stessa persona: da una parte il corpo malato, dall'altra il desiderio di maternità. L'aiuto in questo caso potrebbe consistere nel dare un peso al corpo come parte integrante di come la persona affronta le implicazioni della scelta condivisa con il partner. Si tratta di risignificare il proprio corpo e al contempo produrre nuove narrazioni dello stesso e di se stessi.

Dove è possibile, è necessario poi che tali competenze siano fondate su un progetto di coppia altamente condiviso. L'invasività del percorso clinico della PMA, le difficoltà e i vari ostacoli associati possono perturbare gli equilibri di ogni coppia. In questo caso è utile aiutare la coppia a inquadrare gli eventi in un'ottica di progetto condiviso, guidato dalla coppia stessa; in mancanza del progetto e della guida, la coppia potrà essere maggiormente esposta alle difficoltà implicate nel percorso.

Lo psicologo può, attraverso queste mappe, fornire una navigazione che non rinnega nulla della mappa, ma aggiunge sapendo che la mappa verrà ridisegnata attraverso la navigazione stessa.

Riferimenti bibliografici

- Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. (1992), Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril*, 57, 1247-1253.
- Basson R., Berman J., Burnett A. (2000), Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.*, 163, 888-893.

- Basson R. (2001), Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol*, 98, 350-353.
- Chelo E. (2003), *Quando i figli non arrivano. Manuale per la coppia infertile*. Editore CIC Edizioni Internazionali.
- D'Ottavio G., Nicotra M., Simonelli C., Trischitta G., (1991), Modifiche del comportamento sessuale maschile in presenza del sintomo di infertilità", in *Atti del Congresso Nazionale della S.I.S.C. e dell'AASECT*. Donum Vitae, Firenze.
- Delaisi de Parseval G. (2003), *Les PMA ou 'Paternites medicalement assistee. Le pere, l'homme et le masculin en perinatalite*. Ed. Marciano P., Eres, Ramonville Saint-Agne.
- Faccio E. (2007), *Le identità corporee*, Giunti, Firenze.
- Fiumanò, M. (2000), *A ognuna il suo bambino*. Pratiche Editrice, Milano.
- Greil A. L. (1991), *Not Yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- Imrie S., Vasanti J., Golombok S. (2012), *Centre for Family Research*, University of Cambridge, Cambridge.
- Istisan 03/14, www.iss.it/binary/rPMA/cont/14.1161698167.pdf
- Iudici A. (2015), *Health promotion in schools: theory, practice and clinical implications*. Nova Publisher, New York.
- Laumann E., Paik A., Rosen R. (1999), Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281, 537-544.
- Lombardi L. (2009), *The Medicalization of Human Reproduction: Body and Gender. Salute e Società*, F. Angeli, Milano.
- Luce J. (2004), Imaging Bodies, Imagining Relations: Narratives of Queer Women and "Assisted Conception", *Journal of medical Humanities*, 25(1), 47-56.
- Lukse M.P., Vacc N.A. (1999), Grief, Depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstet Gynecol.*, 93, 245-251.
- Mahlstedt P. P. (1985), The Psychological components of infertility, *Fertility and sterility*, 43, 335-346.
- Mamo L. (2007), *Queering reproduction: Achieving pregnancy in the age of technoscience*, Duke University Press.
- Miall C. E. (1985), Perceptions of Informal Sanctioning and the Stigma of Involuntary Childlessness, *Deviant Behaviour*.
- Ministero della Salute (2014), *Relazione del Ministro della Salute al parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15)*.
- Monga M., Alexandrescu B., Katz S.E., Stein M., Ganiats T. (2004), Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63, 126-130.
- Righetti P. L., Galluzzi M., Maggino T., Baffoni A., Azzena A. (2009), *La coppia di fronte alla procreazione medicalmente assistita*, Franco Angeli, Milano.
- Righetti P. L., Luisi S. (2007), *La procreazione assistita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Valentini C. (2004), *La fecondazione proibita*, Feltrinelli, Milano.