

dossier medicina

di DANIELA NATALI

La guida

Gli aspetti da considerare se si decide di affidarsi alla «tecnocognia»

La legge

Che cosa è consentito in Italia

La legge 40 è entrata in vigore il 10 marzo 2004 e nel luglio 2004 sono state emanate le prime linee guida.

Da allora, per effetto di diverse sentenze di più Tribunali italiani che si sono espressi su casi singoli, di interventi di Tar regionali, della Corte costituzionale nonché della Corte europea dei diritti dell'uomo, molte cose sono cambiate, tanto che da più parti si chiede una revisione totale della legge.

In estrema sintesi, si può dire che, a differenza di quanto si affermava nella legge 40, ora è possibile produrre più di tre embrioni e non impiantarli tutti contemporaneamente in utero, crioconservando quelli non impiantati.

E, a seguito di una recente pronuncia del Tribunale di Cagliari, si ritiene possa essere considerata lecita la diagnosi preimpianto per coppie fertili che abbiano malattie genetiche trasmissibili (e che proprio per evitare di trasmetterle ai figli si sono rivolte alla PMA).

Rimane invece il divieto di fecondazione eterologa e quindi di ricorso all'ovodonazione e alla donazione di sperma. Nonché il divieto di ricorrere al cosiddetto «utero in affitto».

Infertilità Le battaglie per sconfiggerla hanno anche complessi aspetti psicologici

Fecondazione assistita Non tutto è possibile e non è possibile sempre

Le aspettative realistiche, le illusioni, le disillusioni

Non passa quasi mese che non arrivi una novità sulla procreazione medicalmente assistita, in sigla Pma.

Ora, per esempio si parla della *mild stimulation*, la stimolazione (ovarica) «gentile», con dosaggio ridotto di farmaci, più rispettosa della fisiologia femminile; ma più ancora delle novità tecniche, quelle che colpiscono sono le notizie relative a celebrità divenute (o che stanno per diventare) madri in età avanzata. Tutto contribuisce a dare l'idea che quando si parla di fecondazione assistita tutto sia possibile.

E sia possibile sempre. Ma non è così. E ci sono costi fisiologici e costi psicologici da mettere in conto, di cui raramente si parla. Senza dimenticare quelli economici per chi decide di non aspettare i tempi del Servizio sanitario in un ambito in cui il tempo è tutto o quasi. Stesso discorso vale per chi, volendo ricorrere all'inseminazione eterologa o alla ovodonazione, proibite in Italia, deve rivolgersi a un centro estero. Come d'altronde deve fare chi ha più di 42-43 anni, età oltre la quale pressoché nessuna Regione offre più la Pma in ambito pubblico.

Racconta Maurizio Bini, responsabile del Centro di procreazione assistita dell'ospedale Niguarda di Milano: «Fa una certa impressione, arrivando a Barcellona, vedere all'aeroporto cartelloni con una scritta di benvenuto non per i turisti italiani in genere, ma per le coppie italiane». Eh sì, perché in Spagna, come d'altronde in Svizzera, in Inghilterra o a Malta, non ci sono le restrizioni italiane

e quello che da noi non è consentito dalla legge (vedi box a sinistra) là si può in genere fare, pur tenendo conto delle differenze legislative da Paese a Paese.

Pagando, naturalmente. Cifre che si aggirano, per la semplice inseminazione nell'utero intorno ai 1.000 euro; per ogni ciclo di Fivet (la fecondazione in vitro classica)

da circa 3.000 euro fino a 10.000, mentre per la Icsi, la fecondazione in vitro effettuata iniettando lo spermatozoo nell'ovulo, tecnica più complessa che si usa se ci sono particolari difficoltà, i costi salgono di almeno 1.000 euro in più rispetto alla Fivet. «Basta aprire il portafoglio e si può avere quello che si vuole, pensano tante coppie» sottolinea Elisabetta Chelo, del Centro Demetra per la fecondazione assistita di Firenze. Centro convenzionato con la Regione Toscana e tutto al femminile, dove da sempre si è particolarmente attenti agli aspetti psicologici legati alla Pma. «Si è creata la convinzione, — continua Chelo — complici anche noi medici, che il desiderio di maternità possa venire sempre soddisfatto. Quando dico a una paziente: "Signora, lei ha il 10 per cento di possibilità di riuscire a restare incinta", che non è neanche avere un figlio, vedo quasi tutte le donne mettersi dalla parte di quel 10 per cento. Nell'altro 90 per cento ci andrà qualcun'altra».

«E se dico "lei ha il 25 per cento di probabilità di successo" — prosegue la ginecologa — capita, e non raramente, che mi senta rispondere: "Bene, basta che tenti quattro volte e il successo è assicurato, lo sanno tutti che 25 per 4 fa cento". Ovviamente non è così: ogni volta si ha la stessa possibilità di restare gravida, solo il 25 per cento. Non vale fare somme o moltipliche. Sarebbe come se pensassi: poiché il 13 sulla ruota di Napoli non esce da un anno, adesso ha tantissime probabilità di essere estratto. Eh no, ad ogni tornata il 13 ha le stesse possibi-

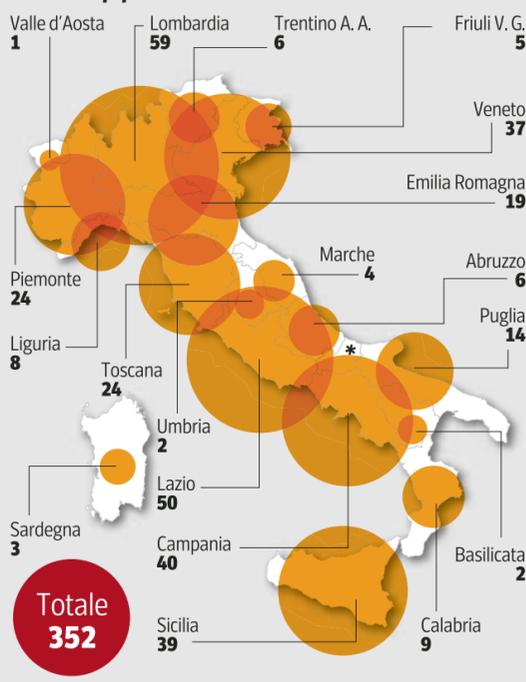
Limiti

Dopo un massimo di sei-sette tentativi non andati a buon fine è inutile insistere

Casi estremi

Colpiscono le notizie relative a celebrità divenute madri in età avanzata

La mappa dei centri



I metodi

1 Fivet

Sta per Fecondazione in vitro e trasferimento degli embrioni. Dopo un'ovulazione multipla indotta farmacologicamente, gli ovuli vengono prelevati e fatti incontrare in provetta con gli spermatozoi. Gli embrioni che si sviluppano vengono trasferiti nell'utero della donna



2 Icsi

È una tecnica complessa che si riserva principalmente ai casi di infertilità maschile: lo spermatozoo viene iniettato nella cellula uovo con un micromanipolatore



L'indagine

La Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi regionali, della Camera dei Deputati, ha recentemente presentato i risultati di un'indagine sui centri per la fecondazione assistita. Ecco i dati raccolti nei 91 centri che hanno risposto al questionario relativo al periodo dal 1 gennaio 2011 al 30 giugno 2012

50.900

Le donne che si sono sottoposte a trattamenti di fecondazione assistita nei 91 centri dell'indagine



213 €

Il costo medio per una coppia, per un ciclo completo di fecondazione assistita in un centro pubblico o convenzionato

60.000

I cicli di fecondazione assistita portati a termine in 18 mesi nei 91 centri (dal 1 gennaio 2011 al 30 giugno 2012)



12.300 €

Il costo medio per il SSN del cosiddetto «bimbo in braccio» (fecondazione assistita, assistenza durante la gravidanza, il parto e in caso di complicanze neonatali)

150.000

La stima dei cicli di fecondazione assistita portati a termine in un anno negli oltre 300 centri sul territorio nazionale

lità di uscire: una su 90, tanti quanti sono i numeri del Lotto. Tanto per dare un'idea della forza delle illusioni, una collega, dunque medico anche lei, 47 anni, mi ha telefonato chiedendo consiglio. Aveva già fatto sette tentativi di Pma senza risultato, mi chiedeva quante possibilità aveva di successo. Alla mia ovvia precisazione: "Naturalmente pensi a un'ovodonazione", la collega si inalberava: si sentiva ancora giovane e non era affatto in menopausa. Ma a 47 anni gli ovociti sono vecchi. Senza ricorrere a un'ovodonazione le speranze di restare incinta sono pressoché inesistenti».

Precisiamo, dunque, le percentuali. «Sotto i 35 anni le probabilità di successo sono del 25-30%; dai 35 ai 39 anni, vanno dal 15 al 20%, oltre i 42 anni oscillano dal 3% al 5%, a 44-45 anni non ha già più senso tentare» chiarisce la ginecologa Sandra Pellegrini del Centro Demetra.

Quindi più si va avanti con gli anni più si rischia di star male inutilmente, non solo dal punto di vista psicologi-

co ed emotivo, ma anche da quello fisico, visti i fastidi legati al prelievo di ovociti e il gonfiore, il senso di pesantezza ovarica, la ritenzione idrica, causati dalla stimolazione ovarica? «Questo almeno non è vero, questi effetti sono legati a livelli ormonali elevati che spesso non si hanno nelle donne in età più avanzata proprio perché non rispondono quasi per niente alla terapia. E, comunque, anche nelle donne più giovani non è detto che questi problemi si manifestino».

«Vorrei comunque ribadire che se sulla patologia, per esempio una tuba chiusa, si può intervenire, sull'età non — continua la dottoressa Pellegrini —. Per quanto le tecniche di Pma siano migliorate, e si siano diversificate, non riusciamo a riportare indietro l'orologio biologico».

Allora, perché mai l'ovodonazione ha successo anche con donne oltre i 45: l'utero non invecchia? «Sì, ma molto meno delle ovaie, e con un buon trattamento ormonale si può "ringiovanirlo", ma ancora l'ovodonazione in Italia

Genitorialità Il dovere (discusso) di spiegare alla prole da chi è nata e come è nata

Se e quando parlarne al figlio

Il problema di dire, o non dire, si pone con l'inseminazione eterologa, problema assimilabile al diritto di conoscere la propria storia in caso di adozione. Nel caso dell'omologa, invece, perché parlare delle tecniche per far riprodurre babbo e mamma?

Parlare o non parlare ai figli (e quando?) del fatto che sono nati grazie a tecniche di procreazione assistita? «Il Comitato Nazionale di Bioetica ha espresso parere favorevole, raccomandando di dire ai figli questa "verità", ma io ho dei dubbi» commenta Paolo Sarti, pediatra di base a Firenze, che ha seguito e segue molti bambini nati con la Pma, la procreazione medicalmente assistita.

«Tanto per cominciare, più che parlare ai bambini di Pma, bisognerebbe parlare loro di sesso — provoca Sarti —. Non so se ci avete mai fatto caso, ma questo argomento si solleva con i ragazzi solo quando ci sono guai in vista

e si deve metterli in guardia da qualcosa. L'Aids, una gravidanza. O quando c'è da fare il vaccino contro il Papilloma virus».

«Il problema di dire, o non dire, comunque, si pone solo con l'inseminazione eterologa, ma è un problema del tutto assimilabile al diritto di conoscere le origini in caso di adozione. Su questo abbiamo molta letteratura che ci conforta nel pensare che è opportuno dire la "verità" e quindi ci comporteremo così anche per l'inseminazione eterologa» dice Sarti —. Nel caso dell'omologa, invece, le origini genetiche sono certe e note. Quindi, di che dobbiamo parlare al bambino? Delle moderne tecniche della medicina

per far riprodurre il babbo e la mamma?».

«Insomma, quando la coppia si è riprodotta "al suo interno" — continua Sarti — si dovrebbe precisare che il papà ha dovuto prendere il Viagra? O che si è dovuto fare sesso tante volte, e magari a orari fissi? O che qualcuno ha dovuto meccanicamente avvicinare ovulo e sperma altrimenti? Che è stato necessario potenziare gli spermatozoi concentrandoli? Ma che centra tutto questo con il diritto di conoscere le proprie origini? Quello che si dovrebbe dire ai figli è se sono stati adottati (già fatti, o in ovulo, o in spermatozoi), o se sono figli naturali. Poi, se ci va — e se il figlio è

Età cruciale

In genere nell'adolescenza tutti si interrogano sul mistero delle proprie origini

Influenza

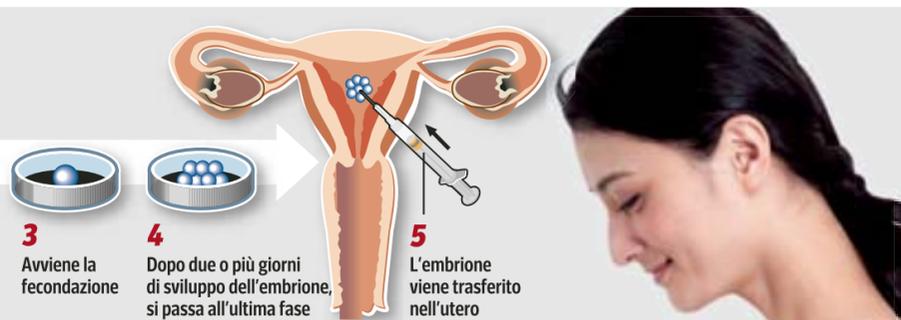
Se per i genitori l'aiuto medico è stato «artificioso» per i ragazzi sarà più difficile capire

interessato a saperlo — potremmo anche raccontargli delle medicine che babbo e mamma hanno dovuto prendere per averlo».

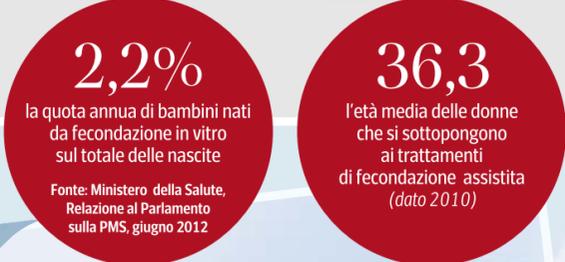
Che cosa pensa di un tema così nuovo Gustavo Pietropoli Charnet, psichiatra che da una vita si occupa di bambini e ragazzi? «C'è un momento nella vita, in genere l'adolescenza, in cui tutti si interrogano sul mistero delle proprie origini. E un mistero c'è sempre, nel senso che il ragazzo (e soprattutto le ragazze, almeno nella mia esperienza) si domandano: perché mi hanno fatto nascere? Che cosa si aspettano da me i miei genitori? E perfino: qual è la mia missione nel mondo? Forse, e sottolineo forse, tra queste domande potrebbe esserci anche, sottintesa, quella relativa a eventuali "tecniche" mediche usate. Dico forse, perché su questa materia non c'è ancora letteratura e neppure molta esperienza pratica», ri-

sponde Pietropoli Charnet.

Ma la domanda delle domande è: come accoglieranno i giovani il racconto dei genitori che li hanno avuto con Pma? «Come sempre è difficile dare risposte generiche, ma un distinguo di base credo si possa fare — dice lo psichiatra —. Molto dipende da come gli stessi genitori hanno vissuto la procreazione medicalmente assistita. Se l'hanno sentita come parte di un "tutto", di una storia di coppia, come un semplice prolungamento della natura, le reazioni dei ragazzi potranno essere serene. Se invece madre e padre hanno sentito come artificioso l'intervento dei medici e degli specialisti vari, se lo hanno visto come una specie di violenza dovuta a un tradimento dei loro corpi, sarà presumibilmente più difficile per i ragazzi accogliere questa rivelazione».



3 Avviene la fecondazione
4 Dopo due o più giorni di sviluppo dell'embrione, si passa all'ultima fase
5 L'embrione viene trasferito nell'utero



Secondo l'inchiesta della Commissione parlamentare, nelle strutture pubbliche, in media, il numero di cicli effettuati è inferiore rispetto a quelli eseguiti in strutture completamente private o convenzionate. La commissione afferma dunque che:

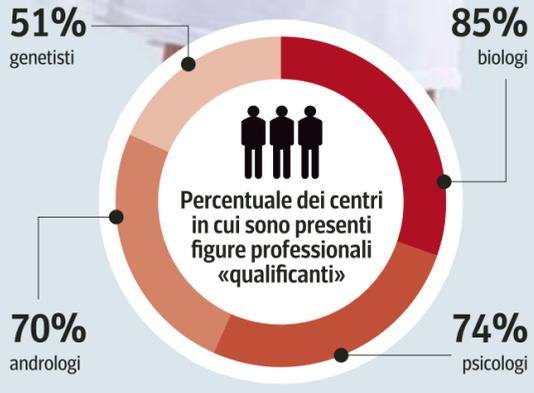
- ✓ l'offerta pubblica appare inadeguata rispetto alla domanda complessiva
 - ✓ il servizio pubblico è caratterizzato da lunghe attese
 - ✓ esiste una notevole disparità tra Nord, dove sono presenti molti centri pubblici, e Sud, dove prevalgono i centri privati.
- Questo ha costretto **13.578** donne su 50.900 a «migrare» verso altre regioni



non è consentita». «C'è solo da augurarsi che le coppie piene di sogni, e con le idee poco chiare, non incontrino medici decisi ad incoraggiarle, anzi a illuderle. Ci sono donne che fanno tentativi su tentativi, quando si sa che dopo sei-sette al massimo (le Regioni di solito ne garantiscono al massimo tre o quattro) è inutile insistere» conclude Pellegrini.

Ma più di quattro tentativi espongono anche a rischi la donna? «I rischi sono gli stessi ad ogni tentativo e cioè un 4% di iperstimolazione ovarica, spesso evitabile con un po' di prudenza e un attento monitoraggio, cui si aggiunge una minima possibilità di emorragie ed infezioni e, ovviamente, la gemellarità — intervengono Bini — ma anche se il rischio non è "cumulativo" per ogni situazione c'è un numero ragionevole di tentativi, poi si scivola nell'accanimento infruttuoso perché ci sono ancora troppe cose che noi medici non conosciamo e non possiamo risolvere».

RIPRODUZIONE RISERVATA



75% Quota dei centri che riportano sul materiale informativo i risultati dei trattamenti effettuati
84% Quota dei centri che riportano i loro risultati nei consensi informati

RIPRODUZIONE RISERVATA D'ARCO



Incontro al Corriere su Fecondazione artificiale

Il 31 gennaio, alle ore 18, a Milano, nella Sala Buzzati del Corriere della Sera, si svolgerà un dibattito, aperto al pubblico, sulla procreazione medicalmente assistita. Gli esperti parleranno delle vere possibilità di successo, dei dubbi, delle illusioni e dei risvolti psicologici della battaglia per sconfiggere l'infertilità. L'ingresso è libero ma è indispensabile la prenotazione, telefonando al numero 02-20.40.03.32, oppure scrivendo all'indirizzo di posta elettronica: Incontricorrieresalute@rcs.it

La comunicazione In questo caso il medico ha due pazienti: lei e lui

Il momento più difficile è quello in cui dire «basta»

La comunicazione tra medico e paziente non è mai facile ed è sempre fondamentale, ma nel caso della Pma alle difficoltà si aggiungono difficoltà. La letteratura scientifica relativa è ancora in uno stadio iniziale e i suggerimenti ai medici non sono tanto numerosi quali quelli presenti, tanto per fare un esempio, in campo oncologico. Quando si parla di fecondazione assistita, non si tratta tanto di guarire qualcuno da una malattia, ma di aiutarlo a realizzare un desiderio superando un ostacolo (l'infertilità), e davanti ai medici non si trova un singolo, ma c'è una coppia in cui ognuno, legittimamente, può avere opinioni diverse. E la coppia, a sua volta, ha a che fare non con un singolo professionista, ma un'équipe di esperti: il ginecologo, l'andrologo, il biologo, il genetista, lo psicologo. Il successo della fecondazione dipende anche dalla collaborazione di queste diverse figure.

E se quella che tecnicamente viene definita *compliance* (l'adesione del paziente al trattamento) è sempre determinante nel successo di una cura, qui, se possibile, lo è ancora di più, vista la serie di "regole" cui le coppie devono attenersi durante il loro cammino alla ricerca di un figlio. Chiarisce Egidio Moja, direttore della Scuola di specializzazione in psicologia clinica alla facoltà di medicina dell'Università degli Studi di Milano: «Il medico non può pensare di affidare tout court gli aspetti comunicativi ad altri professionisti quali gli psicologi. Il medico, in questo caso il ginecologo, deve sentire come "professionale" anche il farsi carico della persona oltre che del problema medico. Lo psicologo può essere utile solo in casi particolari, quando davanti all'infertilità e al ricorso alla Pma, la coppia, o uno dei due membri, risponda in modo particolarmente sofferto o, come diciamo noi, *maladattativo*. Il fatto è che in Italia i corsi di comunicazione rivolti ai medici sono ancora una rarità, diversamente da quanto accade all'estero dove le lezioni sugli aspetti relazionali del rapporto tra curante e curato fanno parte integrante della formazione».

E, allora, come se ne esce? Mettiamoci dalla parte di una coppia: come può capire se il medico che ha davanti saprà davvero sostenerli e saprà andare oltre gli aspetti puramente tecnici della Pma? «Ci sono due tipi di medicina: quella "centrata sulla malattia", in cui contano la diagnosi e l'impostazione del trattamento terapeuti-

co, e quella "centrata sul paziente" in cui ai due elementi si aggiunge il confronto con il vissuto del paziente, ovvero "l'agenda" del paziente in cui confluiscono aspettative, desideri, sentimenti, conoscenze, idee. Un buon processo comunicativo parte dalla raccolta di informazioni: bisogna ascoltare quello che il paziente dice, poi bisogna essere certi di aver capito bene quello che il paziente voleva esprimere e, solo allora, si possono fornire informazioni controllando di continuo che siano ben comprese. Soltanto il rispetto di tutti questi passaggi permette il costituirsi di una relazione» risponde Moja.

Facciamo degli esempi concreti attenendoci all'ambito della Pma... «Il medico — dice Moja — può iniziare chiedendo alla coppia: "immagino voi abbiate già letto qualcosa sulla Pma", invece di partire immediatamente con una serie spiegazioni tecniche. Oppure, se una coppia dice: "abbiamo tanti dubbi sui centri... con quello che si legge sui giornali..." , invece di liquidare la riflessione, sarebbe bene approfondire: "dove avete letto queste notizie, che cosa intendete esattamente con il termine dubbi..." ».

Dopo il primo ciclo di fecondazione assistita, si calcola che il 24 per cento delle coppie rinunci, dopo il secondo si sale al 35 per cento. Segno che la Pma non è una strada tutta in discesa. O forse anche segno di una mancata alleanza tra gli "esperti" e la coppia. C'è, infatti, chi propone di misurare il successo di un centro non dal numero delle gravidanze ottenute, che potrebbe dipendere da variabili incontrollabili, (che nulla hanno a che fare con la professionalità dei medici e dei tecnici) come l'età delle aspiranti madri, ma dal tasso di abbandoni "precoci".

«Il percorso della Pma già comincia con una cattiva notizia: "non siete fecondi", e rischia di proseguire con altre cattive notizie ogni volta che la fecondazione non ha successo — sottolinea la dottoressa Sandra Pellegrini del Centro Demetra di Pma di Firenze —. Le donne, soprattutto, vivono una sensazione di perdita di controllo del proprio corpo e noi medici non possiamo certo garantire il risultato, possiamo dare garanzie soltanto sulla correttezza del processo».

«Ma il momento più difficile da affrontare è quello in cui suggerire alle coppie di dire "basta". Si devono aiutare i partner a ripercorrere tutte le tappe della loro storia, bisogna aiutarli a capire che hanno fatto tutto il possibile e non hanno nulla da rimproverarsi. E che anche sapersi fermare è una vittoria» conclude Pellegrini.

Ma, come ha scritto sulla sua pelle Eleonora Mazzoni nel libro, dal significativo titolo: «Le difettose», da poco pubblicato da Einaudi: «"Perché non adottati?" mi chiede di continuo mia sorella. Non so che cosa risponderle. Due anni dopo la prima puntura di Gonal-F il veleno è entrato in vena ed è cominciata l'ossessione. Esigente, estrema, irrazionale. Ho dato la stura a una patologia vera a propria».

Il ginecologo deve sentire come suo compito anche il farsi carico della persona

E questo costa, non poco. Scrive sempre Eleonora nel suo libro: «Nel prepararmi a diventare madre ho assassinato la mia femminilità».

La protagonista del libro, solo in parte autobiografico, Carla, alla fine rinuncia al suo desiderio di maternità. Ha affrontato tre tentativi e due aborti. Per superare il dolore e la delusione fa appello al suo amato Seneca, cui morì un figlio di un solo anno. «Io ti auguro il possesso di te, perché il tuo spirito finalmente stia saldo, sicuro e contento» dice Seneca nella sua lettera sulla vera gioia. E Carla lasca un biglietto al suo compagno, con solo tre parole: «Mi fermo qui». E aggiunge: «Lui capirà».

Sono le ultime righe del libro. © RIPRODUZIONE RISERVATA

Il parere della sessuologa

Perché non si incrina l'armonia della coppia bisogna che si rimargini la «ferita narcisistica»

Tra i tanti aspetti «trascurati», o comunque sottovalutati, quando di parla di fecondazione artificiale, c'è senz'altro il "peso" che ha sui rapporti di coppia. «Anche se non si domanda più a una coppia infertile di chi dei due è la "colpa", resta il fatto che l'infertilità è una forte ferita narcisistica. Forse lo è ancora di più se non dipende da se stessi, ma dal partner. Un uomo — riflette Gianna Schelotto, psicoterapeuta della coppia — che non può avere figli, in qualche modo "offende" l'ego della sua compagna perché le impedisce di mostrare al mondo la sua femminilità. Se è la donna a non essere feconda, si sente colpito l'uomo nella sua virilità, anche se si sa benissimo che mascolinità e paternità non sono sinonimi. Per di più, chi si sente "colpevole" può dire sì al progetto di procreazione assistita anche senza essere veramente consapevole di quello cui va incontro e magari senza esserne neppure tanto convinto».

Ma c'è anche chi è più che convinto e persiste nei suoi tentativi oltre ogni ragionevolezza: possibile che la Pma sviluppi "dipendenza", che non si riesca a dire basta? «La fecondazione assistita può diventare un pensiero dominante, dal quale non ci si stacca mai. Anche quando si fa l'amore senza il calendario dei giorni fecondi alla mano, non si pensa più all'amore, ma all'obiettivo da raggiungere. L'atto sessuale non

Meccanismi rischiosi
Al posto dell'iniziale condivisione del progetto possono subentrare profondi rancori. Lo psicologo può servire a evitare emozioni negative

è più spontaneo, ma finalizzato. Ci si ripete continuamente: io devo farcela, debbo riuscire a vincere l'offesa fatta al mio io. Voglio dimostrare di essere potente, di poter dare la vita. Se si entra in questa logica, pur desiderando molto un figlio, è difficile che si pensi all'adozione, perché questa non ripara l'offesa narcisistica di non poter procreare» aggiunge Schelotto. Quanto conta l'età nello scatenarsi di questi meccanismi psicologici? «Per l'uomo poco; si sa che, almeno teoricamente, può procreare a qualsiasi età. Per la donna è ben diverso. Avere un figlio a 45-50 anni vuole dire anche "darsi valore" quando il valore della seduttività è in calo e si sente il bisogno di puntare su qualche cosa d'altro. Riuscire ad avere il figlio significa anche sconfiggere il tempo e la natura». E se poi, nonostante i ripetuti tentativi, l'obiettivo figlio non si raggiunge, il desiderio non si realizza, che ne è della coppia? «Non solo quando il figlio

non arriva, ma anche quando arriva possono mettersi in moto meccanismi pericolosi che prendono il posto della complicità di coppia, dell'iniziale condivisione del progetto. Sotto, sotto possono covare profondi rancori, pensieri del tipo: se tu non fossi stato "imperfetto" o "imperfetta", io non avrei dovuto sottopormi a tutto questo». Chi può aiutare le coppie? «Comunicare gli aspetti tecnici della varie forme di Pma, le prospettive realistiche di successo, i fallimenti, è compito del medico. Lo psicologo è invece importante a monte del progetto, quando si deve decidere se intraprendere questo cammino, e poi per tutto il percorso, per evitare, o almeno tentare di evitare l'accumulo di pensieri e di emozioni negative che spesso non si confessano nemmeno a se stessi. E il ricorso a manovre ricattatorie per convincere l'altro a fare qualcosa di cui non è invece convinto». Che cosa consiglierebbe a una coppia che sta pensando alla Pma? «Di partire ben attrezzata e consapevole dal punto di vista delle possibilità di successo e dei problemi da affrontare, e di chiedere aiuto anche a un psicologo per affrontare tutti gli aspetti più sotterranei che si legano alla fecondazione assistita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA