

# PMA: un diritto per tutti?

## Is Medically Assisted Procreation a right for everyone?

**Questo articolo vuole essere un sasso gettato provocatoriamente nel mare della Procreazione Medicalmente Assistita per sollevare dubbi e interrogativi. Dopo tutta una serie di importanti e fondamentali riconoscimenti in materia (aprile 2014: legittimazione delle tecniche eterologhe; gennaio 2015: la PMA rientra nei LEA; maggio 2015: cade il divieto di ricorrere alla diagnosi pre-impianto) mi chiedo se si può ritenere la PMA un diritto e, come tale, un diritto per tutti.**

MARISA D'ARRIGO<sup>1</sup>

PAROLE CHIAVE: procreazione assistita, diritto, leggi, medico

---

Credo sia importante fare una prima riflessione. Parlando di infertilità e di PMA, si assiste ad una sorta di sovrapposizione tra la possibilità di utilizzare ed accedere alle tecniche di PMA e il principio etico in base al quale la procreazione è uno dei diritti inalienabili dell'individuo.

Le due cose, pur trattando una materia affine, non coincidono. La PMA infatti è un espediente tecnico nato proprio per superare o bypassare ostacoli alla riproduzione. Infatti la legge 40 del 19 febbraio 2004 "Norme in materia di procreazione Medicalmente Assistita" (che, nonostante le modifiche conseguenti ai Pronunciamenti della Consulta, è ancora la legge di riferimento in materia) sancisce (art.4 comma 1) che "Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico"

Si stabilisce cioè che il ricorso alla PMA è possibile solo a fronte di una condizione di sterilità o infertilità certificata (con o sine causa)

Viene da chiedersi allora se l'accesso alle tecniche debba essere garantito ad esempio anche in quelle situazioni di "matrimoni bianchi", determinate non da problematiche di natura fisica (conseguenti a malattia o incidente) ma di natura psicologica, quando cioè disfunzioni erettili, vaginismo o, ancora, scelte di una vita e di una relazione di coppia "asessuata", rendono impossibile la procreazione naturale. In questi casi ci si trova di fronte ad importanti problematiche psicologiche, che improntano le scelte di vita e che necessiterebbero primariamente di un'attenzione e di un accompagnamento specifico, affinché il ricorso alla PMA possa essere il punto di arrivo di un percorso (individuale e di coppia) e non un'ipotesi scorciatoia o un tentativo di negare l'esistenza di una problematica.

"Ma un figlio concepito nel vuoto di desiderio, non di lui, ma tra genitori "incapaci di definirsi come uomo e donna desideranti"<sup>2</sup>, come funzionerà? Dovrà forse inconsapevolmente compensare questa assenza?"<sup>3</sup>

Esistono dei casi nei quali è contemplata la possibilità di rifiutare l'accesso alle tecniche di PMA?

L'art. 6 comma 4 della legge 40/2004 recita: «... il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario».

Nella pratica clinica però si incontrano a volte, fortunatamente in maniera non frequente, situazioni che fanno riflettere e pongono degli interrogativi sulla opportunità/legittimità di accesso alle tecniche PMA.

*Gli specialisti dell'infertilità focalizzano il loro interesse sugli aspetti medici. Lo screening psicologico (riferendoci alla situazione italiana c'è da chiedersi se, quando, dove e da chi viene fatto) generalmente tende a valutare se la persona o la coppia è capace di capire, di tollerare e di essere partecipe e collaborativa rispetto al percorso per il trattamento dell'infertilità*

Una prima categoria di situazioni fa riferimento a quelle coppie che hanno grossi problemi relazionali e per le quali avere un figlio risponde ad esigenze di tipo compensatorio o strumentale (ultima spiaggia per evitare una separazione; ricatto affettivo nei confronti di un ex coniuge; passaggio dalla condizione di amante a quella di compagno/companna ufficiale, ecc.).

Queste tematiche possono apparire non rilevanti in merito all'accesso alle tecniche ma è anche vero che tutta la ricerca psicologica ha ormai da decenni evidenziato il fatto che un bambino prima di nascere concretamente nasce nella mente e nel cuore dei suoi genitori e che le motivazioni del suo concepimento possono influire sulla sua storia e sulla qualità della sua vita. Non a caso oggi una branca della psicologia clinica si occupa di Perinatalità Psicologica, di quel periodo cioè tra l'ipotetico progetto generativo/genitoriale di un bambino, la sua pianificazione e realizzazione fino al primo sviluppo del bambino stesso<sup>4</sup>. Questo per dire quanto sarebbe importante porre attenzione a questi aspetti, non con una valenza "censoria" ma con una finalità di accompagnamento.

Una seconda categoria è relativa a pazienti (prevalentemente donne) infertili che presentano o hanno presentato nella loro storia gravi disturbi psichiatrici (depressioni maggiori, bipolarità, scissioni psicotiche, tendenze paranoide), che arrivano al Centro PMA sull'onda della convinzione che, se riuscissero ad avere un bambino, ad avere cioè qualcuno di cui occuparsi, darebbero senso, ordine e benessere alla loro vita. Frequentemente questa convinzione è avvalorata dal/la partner ed appoggiata da tutta la famiglia.

Situazioni di questo genere evidenziano degli interrogativi in merito alla capacità del paziente di:

- far fronte psicologicamente ad un percorso (quello della PMA) difficile, faticoso, fonte di tensione e di stress e, per di più, con una possibilità di successo percentualmente molto basso;
- aderire consapevolmente e pienamente a quanto richiesto in sede di consenso informato;
- svolgere una funzione genitoriale sufficientemente adeguata.

È soprattutto l'ultimo aspetto che risulta di difficile inquadramento.

Gli specialisti dell'infertilità infatti focalizzano il loro interesse sugli aspetti medici. Lo screening psicologico (riferendomi alla situazione italiana c'è da chiedersi se, quando, dove e da chi viene fatto) generalmente tende a valutare se la persona o la coppia è capace di capire, di tollerare e di essere partecipe e collaborativa rispetto al percorso per il trattamento dell'infertilità.

Non si pone sufficiente attenzione alla futura situazione di cura e crescita del bambino. E neppure alla tenuta della donna e della coppia nel periodo post-gravidico. Ma, se è vero che la letteratura psicologica (psicoanalitica in particolare) ha fornito un'infinità di studi e scoperte relativi al rapporto esistente tra condizione psichica della madre (e anche del padre) e qualità dell'attaccamento, sviluppo fisico, psichico, emotivo, cognitivo del bambino, ormai divenuti patrimonio culturale universale, allora non si potrebbe e non si dovrebbe prescindere da un tal genere di considerazioni, così come non si dovrebbe ignorare la presenza di indicatori di tipo anamnestic e clinico, e rilevabili attraverso dei test, della presenza di un rischio di depressione post-gravidica.

Siamo in un campo molto delicato e scivoloso di bioetica.

La domanda se il clinico, davanti a pazienti con queste caratteristiche, può o deve fornire il suo supporto tecnico o ha l'obbligo morale di non fornirlo, può restare senza risposta ed aprire ad una grande quantità di altre domande: oltretutto in Italia mancano delle chiare indicazioni di legge.

Come giustamente evidenziato in un articolo del 2013<sup>5</sup> dall'*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, ci si trova di fronte ad un vero e proprio dilemma etico che contrappone i potenziali diritti della prole a quelli che possono apparire i diritti del paziente infertile:

Da una parte infatti c'è il diritto del bambino che nascerà ad avere dei genitori che si presuppone possano essere sufficientemente adeguati, dall'altra il diritto dei pazienti a poter utilizzare tecniche che li aiutino a superare un limite. A ben riflettere poi in questo contesto c'è una vera e propria situazione paradossale. La decisione di cui si discute fa riferimento al concepimento ed alla nascita o meno del bambino e non al suo maggiore o minore stato di salute.

Ora le persone fertili hanno diritto ad avere figli. In particolare anche persone con gravi problemi psichiatrici o disabilità particolarmente pesanti sono protette da una sterilizzazione o da una contraccezione coatta anche se la loro scelta procreativa appare irresponsabile o sbagliata. Le persone infertili hanno gli stessi diritti, ma c'è in primo luogo da sottolineare un'importante differenza: le persone infertili, diversamente da quelle fertili, hanno bisogno di un intervento tecnico per ottenere una gravidanza.

In secondo luogo c'è da fare una considerazione: possono accedere ai servizi persone che hanno storie di problemi psichiatrici attuali o non diagnosticati o non trattati, di abuso di sostanze, di comportamento violento o criminale, di abuso sessuale, di precedente perdita di potestà genitoriale o di relazione violenta con il partner: situazioni che possono essere potenzialmente negative per l'espletamento delle funzioni genitoriali.

Un capitolo a parte, e qui cito sempre il Comitato Etico dell'American Society for Reproductive Medicine, è quello relativo alle persone portatrici di disabilità. Essere portatore di una disabilità, infatti, non vuol dire non essere sufficientemente capace di crescere un bambino, anche se una severa forma di disabilità può sollevare dei problemi in merito alla capacità di cura, educazione ed allevamento di un bambino. Molti tecnici non ritengono di loro competenza questo tipo di valutazione. Preferiscono rispondere alla richiesta del paziente, rimandando le eventuali problematiche, nel momento in cui dovessero insorgere, ai servizi sociali e materno-infantili, con tutto il carico di costi che questo comporta per la comunità.

D'altra parte un esame predittivo delle competenze genitoriali non è facile da fare e presuppone uno spazio dedicato e competenze molto specifiche. Manca la cultura e quell'insieme di studi e di esperienze (e, facendo riferimento alla situazione italiana, di leggi) che caratterizzano la genitorialità adottiva.

Potrebbe infatti venirci in aiuto quanto già si fa ed è consolidato per le adozioni.

Nel campo delle adozioni, infatti, si lavora su ipotesi di competenze genitoriali, servendosi di strumenti e di criteri di valutazione che, nel corso degli anni, si sono venuti affinando e validando, fino a diventare patrimonio condiviso della comunità scientifica e di tutti gli operatori. Si deve tener conto, inoltre, che ci si assume la responsabilità di dare un giudizio non solo in merito ad un diritto (quello di diventare genitori) ma anche ad un'azione (l'adottare) che ha nel suo assetto generale una valenza sociale ed umanitaria altissima.

#### NOTE

1. Psicologa, Psicoterapeuta, UOSD Fisiopatologia della Riproduzione Umana, Ospedale Santa Maria delle Grazie, Pozzuoli (Na) marisadarrigo2@gmail.com
2. Fiumanò M, 2000
3. D'Arrigo M., 2008
4. Cena L., 2015
5. American Society for Reproductive Medicine, 2013

#### BIBLIOGRAFIA

- D'Arrigo M., Se i bambini non arrivano, Liguori, Napoli 2008  
Fiumanò M., A ognuna il suo bambino, Il Saggiatore, Milano 2000  
Imbasciati A , Cena L, Psicologia clinica perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. II. Genitorialità e origine della mente del bambino, Franco Angeli, Roma 2015  
Child-rearing ability and the provision of fertility services: a committee opinion, American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama, July 2013, Volume 100, pp. 50-53

## Is Medically Assisted Procreation a right for everyone?

The Author poses the problem of the application of medically assisted procreation and raises a few doubts about the amount of responsibility health professionals can cope with. As the law has acknowledged the legitimacy of assisted procreation techniques, have they become a right for everyone?

KEY WORDS: assisted procreation, right, law, doctor

*Possono accedere ai servizi persone che hanno storie di problemi psichiatrici attuali o non diagnosticati o non trattati, di abuso di sostanze, di comportamento violento o criminale, di abuso sessuale, di precedente perdita di potestà genitoriale o di relazione violenta con il partner: situazioni che possono essere potenzialmente negative per l'espletamento delle funzioni genitoriali*