STERILITA'

Definizione
Incapacità a riprodursi, che genera ansia e fatica e che ha due approcci: uno che affronta solo la conseguenza e ricorre alla medicina per generare; l'altro che si basa sulla prevenzione e che se ben attuato ridurrebbe in ampia quantità la richiesta di un intervento medico. È in aumento nelle società occidentali per motivi infettivi, ambientali e di età dei genitori.

Realismo
Sterilità: dalla radice *ster* che significa « fermo ». Si definisce invece « infertile » una coppia che non riesce a concepire entro dodici mesi di rapporti sessuali privi di trattamenti anticoncezionali. Tuttavia, alcune coppie concepiscono attendendo anche più tempo, e per questo andrebbero chiamate « sub fertili ». Purtroppo in questo campo gli studi sono poco chiari, perché i casi di donne che non riescono a concepire finiscono per non rientrare in studi sul concepimento spontaneo e le donne che non hanno problemi a concepire finiscono per non rientrare in quelli sulla fecondazione artificiale.

La sterilità è un problema per il singolo e per la coppia: provoca sofferenza, rammarico e altera spesso i rapporti di coppia. La sterilità è dovuta a tante cause, tra cui l'aumento dell'età in cui si concepisce il primo bambino, infezioni, fenomeni congeniti e la presenza di sostanze inquinanti nell'ambiente.

Ragione
La sterilità non è puramente « una condizione che si può archiviare convincendo la coppia sterile ad accettarla », ma « un grosso disagio » fino a produrre sofferenza. Il problema sta nel come non arrivarci, e questo è compito di tutti, nonché della medicina. Perché in tanti casi la sterilità si

può prevenire. Dunque gli sforzi devono essere rivolti in primo luogo alla politiche sociali per abbassare l'età delle donne alla prima gravidanza (più passa il tempo, più difficilmente arrivano i bambini), e in secondo luogo alla politica ambientale (tante sostanze presenti nell'ambiente alterano la fecondità sia maschile che femminile); poi all'informazione sui rischi delle infezioni genitali. L'approccio insomma deve essere la prevenzione, prerequisito per parlare poi di cura; poi la cura (ormonale, ambientale, psicologica) deve risiedere in un rapporto di fiducia col medico, senza catastrofismi o fretta immotivata. Oltretutto non si deve confondere l'infertilità con la sterilità, eventi differenti, che richiedono decisioni diverse.

E la fecondazione in vitro? Per affrontarla come giudizio dobbiamo considerare tanti fattori. Dobbiamo considerare la sofferenza della donna e della coppia sterile, il rammarico per aver rimandato la decisione di fare un figlio e per aver considerato il figlio come « una decisione » tra tante; ma dobbiamo anche considerare i rischi per la salute della donna e del figlio generato in vitro. Dobbiamo considerare che la fecondazione in vitro può avvenire in certi casi con la distruzione (o con il congelamento indefinito) di embrioni non utilizzati ma vivi, esseri umani a tutti gli effetti.

Oltretutto considerare come la maternità/paternità non è « la ciliegina sulla torta », ma un fatto multidimensionale che comprende tutta la persona, tutta la famiglia e anche tutte le forme di esprimersi che non sono solo quelle biologiche, tra cui la forma di paternità vicariata ma reale che è l'adozione. L'informazione pubblica è ancora carente in questo campo, sia sulle possibilità di adozione (spesso trovano seri ostacoli), sia sulle ancora limitate capacità delle tecniche di fecondazione medica, tanto che l'illusione di poter generare in tarda età porta le coppie a procrastinare la ricerca del figlio a un periodo in cui diventa quasi impossibile.

Empatia

Quello tra medicina e persona deve sempre essere un rapporto di rispetto reciproco; anche nel campo della sterilità l’approccio deve essere olistico, cioè considerare tutta la persona e non solo un suo apparato o un suo bisogno. Il rapporto di fiducia tra medico e la coppia sono basilari, così come è importante considerare tutti i fattori in campo e non farsi prendere dalla fretta. Dare al problema « sterilità » solo la risposta della fecondazione artificiale salta l’importante approccio sociale della prevenzione, che si attua tra l’altro con politiche sociali che invoglino ad anticipare l’età a cui si fa il primo figlio e bonificando l’ambiente dalle sostanze sterilizzanti oggi molto diffuse. Ma bisogna domandarsi: perché la società sceglie il primo approccio della fecondazione artificiale, probabilmente meno efficace e radicale del secondo?

Riferimenti Bibliografici:

D. Rodriguez, *Female Fertility: a Conceptual and Dimensional Analysis*, in *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 58 (2013) 182-188.
D. Caserta, A. Mantovani, R. Marci, A. Fazi, F. Ciardo, C. La Rocca, F. Maranghi, M. Moscarini, *Environment and Women’s Reproductive Health*, in *Human Reproduction Update* 17 (2011) 418-433.