

Ruolo dell'Educatore professionale nel Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita: proposta di intervento dall'esperienza di tirocinio.

Gloria Zaccaron

Educatrice Professionale¹

Sinossi: Le tecniche di procreazione medicalmente assistita (di seguito PMA) hanno iniziato a diffondersi negli ultimi decenni del 1900 offrendo alle coppie che soffrono d'infertilità un aiuto nella realizzazione del desiderio di un figlio. Nel panorama italiano il decreto legge 40/2004 "Norme in materia di PMA" ne ha disciplinato l'utilizzo e da allora ogni anno sempre più coppie si rivolgono a centri specializzati. L'elaborato si propone di illustrare gli aspetti storici e tecnico-scientifici delle procedure mediche nel percorso di PMA e di analizzare i vissuti emotivi dalla scoperta dell'infertilità, alla decisione di intraprendere un trattamento e al termine degli interventi. Sulla scorta dell'esperienza maturata durante un tirocinio clinico - professionalizzante del Corso di Studi presso il Centro di Fisiopatologia della Riproduzione Umana di Conegliano e delle ricerche effettuate, al termine del contributo verrà sviluppata un'ipotesi di progetto d'intervento per integrare la figura dell'Educatore professionale nel percorso di PMA.

Keywords: Procreazione, educatore, infertilità, PMA.

Abstract: The techniques of assisted reproduction (hereinafter ART) began to spread in the last decades of the 1900s, allowing couples suffering from infertility to help in the fulfillment of the desire for a child. In the Italian panorama, the law decree 40/2004 "Rules on ART" regulated its use and since then every year more and more couples have turned to specialized centers. The paper aims to illustrate the historical and technical-scientific aspects of medical procedures in the path of ART and to analyze the emotional experiences from the discovery of infertility, to the decision to undertake a treatment and at the end of the interventions. On the basis of the experience gained during a clinical-professionalizing internship of the Course of Studies at the Center for Physiopathology of Human Reproduction in Conegliano and the research carried out, at the end of the contribution a hypothesis of an intervention project will be developed to integrate the figure of 'Professional educator in the ART path.

Keywords: Reproduction, educator, infertility, ART.

¹Il contributo presenta una sintesi della tesi di Laurea in Educazione Professionale (LSNT2), conseguita nella sessione di ottobre 2020 presso l'Università di Padova. Relatore Dott.ssa B. Moretto.

Introduzione

Il desiderio di mettere al mondo un figlio nasce nell'uomo e nella donna già durante l'infanzia, muta nel tempo e viene a crearsi all'interno del mondo rappresentazionale nel "grembo psicologico prima di essere una presenza reale (Righetti & Sette, 2000, p. 50; Righetti et al, 2009, p. 58). Ad oggi, il progresso scientifico e tecnologico hanno permesso alla procreazione e quindi alla genitorialità di diventare una scelta personale (Vegetti Finzi, 1997, p. 35) e tendenzialmente il figlio viene desiderato quando la coppia raggiunge una stabilità economica e lavorativa, aspettandosi di averlo nell'immediato; tuttavia, se questo non si realizza, la coppia si sente privata di qualcosa che considerava fondamentale (Righetti et al, 2009, p. 61).

L'infertilità è considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), come il "mancato raggiungimento di una gravidanza dopo 12 mesi o più di rapporti sessuali regolari non protetti" (World Health Organization, 2018). A oggi nei paesi occidentali si stima che il 15% delle coppie presenti tale diagnosi, circa 90.000 mila coppie in Italia ogni anno (Baffoni et al, 2009).

Mettere al mondo un bambino con le tecniche odierne è una sfida per le persone che decidono di compiere questo passo: le ripercussioni psicologiche ed emozionali che i partner si trovano ad affrontare durante il percorso non devono in alcun modo essere trascurate e la genitorialità non deve essere ridotta a una mera definizione da manuale scientifico.

Inoltre, benché il progresso scientifico consenta all'uomo di avvalersi di questi trattamenti, essi non garantiscono la riuscita dell'intervento. Secondo il 13° report del registro nazionale italiano della PMA, nel 2017, in tutta Italia da 97.888 cicli iniziati il numero di bambini nati vivi è stato di 13.973 (Scaravelli et al, 2017).

L'idea di sviluppare quest'argomento di tesi è nata in seguito al tirocinio svolto durante il secondo anno di studi nel Centro di Fisiopatologia della Riproduzione Umana all'interno dell'Ospedale civile di Conegliano in cui la figura dell'Educatore professionale non era presente.

Il lavoro di ricerca sviluppato era volto ad indagare la tematica della PMA, delineando le procedure medico-diagnostiche disponibili, i vissuti emotivi conseguenti alla scoperta dell'infertilità e quelli precedenti e conseguenti all'applicazione delle tecniche, per argomentare successivamente un possibile ruolo dell'Educatore professionale, facendo riferimento all'esperienza di tirocinio.

Risultati della revisione della letteratura

Aspetti storici e tecnico-scientifici della PMA

L'infertilità è un tema riscontrabile nella storia dell'umanità fin dall'antichità. È stata spesso descritta come un'esperienza dannosa a livello sociale, mentale e fisico soprattutto per la donna, sebbene la parte maschile svolga un ruolo considerevole in oltre la metà dei casi d'infertilità (Inhorn & Patrizio, 2015; Sharma et al, 2018; Cecotti, 2004, p. 25). Le tecniche odierne si sono sviluppate negli ultimi decenni: il 25 luglio 1978 nasce Louise Brown, la prima bambina concepita in vitro grazie a Patrick Steptoe e Robert G. Edwards (Flamigni, 1998, p. 386; Flamigni & Mori, 2005, p. 14).

In poco tempo queste tecniche sono state perfezionate, sono cresciuti numericamente i successi e i livelli di sicurezza sulla salute delle coppie e dei bambini, raggiungendo la scientificità e la definizione di un protocollo metodologico d'intervento, riconosciuto universalmente come PMA.

In Italia, il ricorso alle tecniche di PMA è stato disciplinato dalla legge del 19 febbraio 2004, n.40 "Norme in materia di PMA", la quale stabilisce nell'art. 1 comma 1 "Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dall'infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito" (Legge 40/2004).

Evoluzione del vissuto emotivo: dall'accoglienza alla fine del trattamento

Vissuto emotivo conseguente alla diagnosi d'infertilità

Avere un bambino comporta nell'individuo l'acquisizione di una nuova identità e di un ruolo genitoriale e nella coppia rappresenta la creazione di un progetto condiviso (Visigalli, 2011, p. 21).

Quando una coppia si trova ad affrontare problematiche legate all'infertilità sperimenta ciò che Menning ritiene una "crisi di vita" (Menning, 1975): il figlio e la sua ricerca assumono un'importanza

tale da risultare il principale obiettivo da raggiungere (Righetti et al, 2009 p. 66). Questa condizione provoca nei partner vissuti di ansia e depressione, ritenuti i più comuni (Gdańska, 2017), e altri come stress, isolamento, frustrazione, inadeguatezza, vergogna, perdita e senso di colpa per comportamenti passati (Baffoni et al, 2009; Righetti et al, 2009, pp. 67-68; Scatoletti, 1996), esacerbando o attivando ex-novo conflitti singoli e di coppia (Scatoletti, 1996; Lalli & Liberti, 1996).

Vari studi hanno messo in evidenza che la donna sperimenta e soffre maggiormente di questa condizione rispetto al partner poiché “si tratta per lei di fallire un compito generativo più complesso”, le viene a mancare “la complessa vicenda della gestazione, del parto, dell’allattamento, quel cordone ombelicale che collega non solo madre e figlio nel corpo ma anche nel pensiero” (Vegetti, 1997, pp. 126-127).

Il senso di perdita si viene a creare perché la coppia e in particolar modo la donna vede nel mancato raggiungimento della gravidanza un’assenza del figlio e non la sua inesistenza, perché anche se il grembo è vuoto, la mente non lo è e il bambino vive nell’immaginario. Benché quindi il figlio sia mancante nella realtà, egli è presente nella fantasia, rendendo l’infertilità simile al lutto (Vegetti, 1997, p. 120).

Le coppie richiedono aiuto ai centri di PMA e non optano per un’adozione perché viene mantenuto il vincolo biologico e permette alla coppia di crescere il figlio vedendo i tratti familiari (Righetti et al, 2009), perché come afferma Vaccaro l’intimità di coppia è violabile da una terza figura che risponda alla consanguineità (Vaccaro, 2001).

Aspettative della coppia al momento di entrata in PMA e vissuto emotivo durante il trattamento

La coppia che si rivolge ai protocolli di PMA porta con sé tutto il vissuto emotivo finora esposto riguardo all’infertilità ed entra nel reparto carica di speranza per riuscire a portare a casa non un figlio qualsiasi, ma il figlio, quello tanto desiderato e cercato e per cui è disposta a tutto. I trattamenti a cui si sottopongono i partner sono invasivi per la coppia e per la sua intimità, e ciò fa aumentare nuovamente i livelli di stress, ansia e depressione che interferiscono con la quotidianità.

Per l’uomo, la raccolta dello sperma nel centro, differente dall’intimità che si è soliti condividere a casa, rende il processo fecondativo “freddo”, immerso in un’aura di artificialità e strumentalità; il non poter essere presente durante alcune procedure fa sentire il partner “emarginato, passivizzato e, per la logica elementare del pensiero notturno, impotente” (Vegetti Finzi, 1997, pp. 214-215).

Intanto la donna, protagonista dei lunghi trattamenti, deve sopportarne il peso fisicamente e dolorosamente, mettendo in mostra la propria intimità a parecchi professionisti, con un sentimento spesso di vergogna e pudore.

Inoltre i protocolli sono molto lunghi: nel pubblico possono passare mesi prima di riuscire ad entrare in un ciclo di trattamento per le lunghe liste d’attesa. Se si vogliono invece diminuire i tempi di attesa le coppie possono rivolgersi a centri privati, dove però i costi sono molto ingenti e non tutti possono permettersi tali prestazioni. In termini di tempo i trattamenti influiscono anche a livello lavorativo (Bouwman et al., 2008), i partner infatti per affrontare il percorso devono assentarsi e chiedere permessi, a volte per più settimane se il centro non si trova vicino casa e quindi sono portati anche a vivere lontano per un periodo (Flamigni, 2011, p. 40).

Tutte queste variabili, nel loro insieme, risultano davvero complesse da gestire per la coppia da sola. Molti studi evidenziano che ci sono coppie che abbandonano il trattamento senza averlo portato a termine dati gli alti livelli di stress e ansia (Olivius et al, 2004; Rajkhowa et al, 2006; Brandes et al, 2009).

Vissuto emotivo al termine del trattamento di PMA

Concluso l’iter terapeutico si attende il risultato delle β -hCG (ormone la cui presenza è indice di gravidanza) e questo è un momento emotivamente carico per la coppia, dato che si accumula tutto il vissuto percepito durante il trattamento (Casadei, 2003).

Due sono le possibilità per la coppia al termine delle procedure mediche: la presenza o meno del figlio.

Se la donna è incinta, tanto sarà lo stupore e la felicità iniziale per aver raggiunto questo traguardo intensamente desiderato.

Se il trattamento, al contrario, non va a buon fine, la sensazione è quella di aver sprecato tempo, soldi ed energie mentali per un percorso che non ha portato a nulla. I partner devono così aspettare per effettuare un altro tentativo, ma si insinua in loro il pensiero di poter nuovamente fallire e di non riuscire in alcun modo a portare a casa ciò che tanto avevano desiderato, gettandoli quindi in una spirale di depressione che aumenta con il passare degli anni. Il rapporto di coppia in qualsiasi caso subisce delle evoluzioni.

Procreazione medicalmente assistita come una nuova opportunità lavorativa per l'Educatore professionale

La proposta di progetto educativo

Dall'analisi dei risultati si può evincere che vi è un considerevole carico fisico ed emotivo a cui la coppia si sottopone da quando scopre di essere infertile al momento in cui si affida ai protocolli di PMA. Il ruolo che l'Educatore professionale può avere nel percorso di PMA di una coppia si distingue in tre livelli d'intervento: uno legato all'accompagnamento nel percorso di accettazione del lutto dell'infertilità, un secondo livello è legato al processo generativo, pro-attivo e di empowerment per la riformulazione di un progetto di vita; infine, il terzo livello è riferito a un intervento di sostegno alla coppia e/o al singolo dato che la ricerca del figlio fa spesso dimenticare alle persone di aver bisogno di prendersi cura di loro stesse e soprattutto del legame che le unisce.

L'Educatore professionale lavora attuando "specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare" (D.Lgs. 8 ottobre 1998, n. 520). Nello specifico, all'interno della PMA potrebbe affiancarsi agli altri professionisti per l'intero percorso della coppia, dall'informazione alla presa in carico e durante i trattamenti attraverso l'attivazione di una relazione educativa e supportiva. A partire dall'esperienza di tirocinio, è stato qui proposto un progetto sul modello bio-psico-sociale proposto da Engels (1977), integrando aspetti medici, sociali, relazionali ed emozionali il cui fine ultimo non è solamente l'integrazione di una nuova figura, ma di riuscire a costruire una dimensione multiprofessionale e multidisciplinare nella gamma di trattamenti offerti i presso i centri di PMA.

Il bisogno maggiormente riscontrabile nella coppia è il sentirsi accolta e ascoltata e non essere solamente considerata nella dimensione clinico - sanitaria e procedurale del percorso; l'esigenza di un approccio globale alla persona e alla coppia è emersa fortemente insieme alla necessità di considerare anche i vissuti emotivi di entrambi i partner dal momento in cui entrano.

L'azione delineabile prende avvio alla luce dell'osservazione fatta, di quanto rilevato dalla letteratura e sulla base dei modelli teorici di riferimento per l'Educatore professionale. La formulazione del progetto parte dall'individuazione degli obiettivi generali d'intervento:

- Instaurare una relazione di fiducia con la coppia dal primo colloquio;
- Attuare interventi per la parte maschile della coppia;
- Offrire un supporto emotivo durante i trattamenti di I e II livello;
- Accompagnare la coppia al termine dei trattamenti.

Gli obiettivi specifici, gli indicatori di processo e di risultato e la valutazione dell'intervento necessari per il completamento di un progetto educativo, andranno a finalizzarsi nello specifico centro di riferimento, sulla base dei tempi e delle modalità concordate con l'equipe multiprofessionale.

Sono state individuate tre tipologie di attività legate alle fasi del trattamento di PMA: una fase iniziale di approccio, informazione e comunicazione, una fase in itinere con attività rivolte al singolo, alla coppia e di gruppo e infine un'attività ex post legata alla generatività.

Considerazioni finali

L'attenzione alla persona come tale e non solo da un punto di vista organico è materia propria dell'Educatore professionale più che di ogni altra figura e, se collocato all'interno di un'equipe, potrebbe costituire un supporto per diminuire notevolmente lo stress a cui sono sottoposti gli operatori che sono chiamati a rispondere a esigenze e bisogni che non rientrano nelle specifiche competenze professionali e formative.

Si ritiene necessario un cambio di paradigma nell'organizzazione e nell'allocazione della spesa sanitaria, investendo in nuove figure professionali capaci di ampliare la gamma degli interventi alla persona, in un quadro sociale e culturale fortemente mutato con livelli di health literacy sempre più impellenti (Dichiarazione di Shanghai, 2016). Si confida che gli operatori sanitari, dopo aver collaborato con un educatore, ne richiedano loro stessi l'integrazione credendo nelle potenzialità di questa figura professionale. Tutto ciò affinché i pazienti non siano considerati solamente numeri di ticket e nomi su una lista d'attesa, ma venga data loro un'attenzione vera, profonda e completa in relazione alla specificità delle singole persone rappresentate dalle loro emozioni, vissuti e sentimenti che le rendono uniche rispetto alle altre.

Bibliografia

- Baffoni, A., Righetti, P. L., Bertezolo, M., Pistolato, M., Dileo, D., Gava, L., Agnoli, M., Azzena, A., Maggino, T. (2009). Il sostegno psicologico in un centro di PMA. *Ginecorama*, 31(4): 7-9.
- Baffoni, A., Righetti, P. L., Azzena, A. (2005). *Per una genitorialità...consapevole. Il ruolo della Psicologia in Ostetricia-Ginecologia, in Pediatria e nel Percorso Nascita: Protocolli medico-psicologici*. Azienda ULSS 7, Pieve di Soligo.
- Baffoni, A., Righetti, P.L., Dileo, D., Zelic, J., Lemmi, I., Soldera, G., Gerotto, I., Viafora, C., Turolla, Bouwmans, C. A., Lintsen, B. A., Al, M., Verhaak, C. M., Eijkemans, R. J., Habbema, J. D., Braat, D. D., Hakkaart-Van Roijen, L. (2008). Absence from work and emotional stress in women undergoing IVF or ICSI: an analysis of IVF-related absence from work in women and the contribution of general and emotional factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 87(11): 1169–1175. <https://doi.org/10.1080/00016340802460305>.
- Brandes, M., Van Der Steen, J. O., Bokdam, S. B., Hamilton, C. J., De Bruin, J. P., Nelen, W. L., Kremer, J. A. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human reproduction*, 24(12): 3127–3135. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep340>.
- Casadei, D. (2003). Risvolti psicologici—Il concepimento come ossessione. *Famiglia Oggi—Procreazione ad ogni costo*, 12: 20-27.
- Cecotti, M. (2004). *Procreazione medicalmente assistita*. Roma: Armando Editore.
- Flamigni, C. (1998). *Il libro della procreazione*. Milano: Mondadori Editore.
- Flamigni, C. (2011). *La procreazione assistita*. Bologna: Il Mulino.
- Flamigni, C., Mori, M. (2005). *La legge sulla procreazione medicalmente assistita*. Milano: il Saggiatore.
- Gdańska, P., Drozdowicz-Jastrzębska, E., Grzechocińska, B., Radziwon-Zaleska, M., Węgrzyn, P., Wielgoś, M. (2017). Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. *Ginekologia polska*, 88(2): 109–112. <https://doi.org/10.5603/GP.a2017.0019>.
- Inhorn, M. C., Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human reproduction update*, 21(4): 411–426. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv016>.
- Lalli, N., Liberti, N. (1996). Problemi psicologici individuali e di coppia connessi alla infertilità. *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 28/29: 27-30.
- Menning, B. E. (1975). The infertile couple: a plea for advocacy. *Child welfare*, 54(6): 454–460.
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G., Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and sterility*, 81(2): 258–261. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.06.029>.
- Rajkhowa, M., McConnell, A., Thomas, G. E. (2006). Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human reproduction*, 21(2): 358–363. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei355>.
- Righetti, P. L., Galluzzi, M., Maggino, T., Baffoni, A., Azzena, A. (2009). *La coppia di fronte alla Procreazione Medicalmente Assistita; aspetti psicologici, medici, bioetici*. Milano: Franco Angeli.
- Righetti, P. L., Sette, L. (2000). *Non c'è due senza tre*, Torino: Bollati Boringhieri.

- Scatoletti, B. (1996). Aspetti psicologici nella diagnosi e cura dell'infertilità di coppia: una rassegna della letteratura recente. *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 28/29: 37-44.
- Sharma, R. S., Saxena, R., Singh, R. (2018). Infertility & assisted reproduction: A historical & modern scientific perspective. *The Indian journal of medical research*, 148(Suppl), S10-S14. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_636_18.
- Vaccaro, P. (2001). *Il corpo smarrito. Ridefinizione del ruolo del corpo tra fecondazione artificiale e realtà virtuale* (available on www.psychomedia.it).
- Vegetti Finzi, S. (1997). *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza*. Milano: Mondadori Editore.
- Visigalli, R. (2011). *Sterilità e infertilità di coppia. Counseling e terapia psicologica*. Milano: Franco Angeli.

Documenti e leggi

- Corte Costituzionale (2009). Sentenza n.151.
- Corte costituzionale (2014). Sentenza n.162.
- Corte Costituzionale (2015). Sentenza n.96.
- Deiana, E., Valpiana, T., De Simone, C., Mascia, G. (2002). Istituzione presso il Ministero della salute di una commissione di studio sulle biotecnologie della riproduzione. Camera dei deputati n. 2162, proposta di legge.
- Istituto Nazionale di Statistica (2019). Natalità e fecondità della popolazione residente-anno 2018.
- Legge 19 febbraio 2004, n.40. Norme in materia di procreazione medicalmente assistita.
- Ministero della Sanità. D.Lgs. 8 ottobre 1998, n. 520. Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.98 del 28 aprile 1999.
- Scaravelli, G., De Luca, R., Vigiliano, V., Bolli, S., Spoletini, R., Fiaccavento, S., Bertini, A., Speciale, L., attività 2017. "Attività del registro nazionale italiano della procreazione medicalmente assistita; 13° report". Istituto Superiore di Sanità.
- UOC ostetricia e ginecologia CN, (2019). "Documento di descrizione dei processi".
- World Health Organization (2018). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) Geneva.