

PREFAZIONE

L'approccio multidisciplinare nella cura della salute

Francesco Benazzi

Garantire servizi efficienti per la tutela della salute in un contesto europeo di grande crisi economica, caratterizzata da nuove povertà e dall'incremento di fenomeni migratori, richiede nuove strategie di presa in carico della persona. L'allungamento dell'aspettativa di vita ha aumentato la complessità dei problemi di salute in termini di fragilità¹. Tali elementi mettono in evidenza la necessità di un approccio multidisciplinare alla persona che costruisca un percorso di presa in carico condiviso e che si avvalga della ricchezza di diverse e specifiche competenze².

I benefici di un approccio multidisciplinare

L'approccio multidisciplinare nella cura porta a far interagire i diversi professionisti che devono rispondere a nuovi bisogni andando oltre alle competenze scientifiche e cominciando a pensare alla persona nel suo insieme. La condivisione delle competenze e degli strumenti appartenenti alle diverse professioni, nonché un adeguato investimento di tempo e di energie consentono di formulare una presa in carico integrata delle osservazioni provenienti da distinti punti di vista.

La messa in campo delle varie professionalità fa sì che tutti gli aspetti della salute coinvolti (organico, psicologico, sociale) siano valutati e trattati in modo qualificato^{3,4}.

Si potrebbe affermare che il modello multidisciplinare permette al paziente di riunire le varie parti della propria sofferenza e di elaborarle in un percorso di cura⁵.

Inoltre l'integrazione multidisciplinare può essere utile anche al singolo professionista che di fronte a casi difficili non sa quale approccio tenere, per cui l'équipe lo può supportare, sostenere nelle scelte e nello svolgimento del suo lavoro⁶.

La centralità della persona

L'approccio multidisciplinare ha come scopo la centralità della persona e delle relazioni che emergono nel percorso terapeutico evitando trattamenti standardizzati, applicati indistintamente a tutti i pazienti che presentano la stessa diagnosi.

È difficile che un solo specialista possa prendersi cura del paziente sotto ogni aspetto e soprattutto non è necessario che affronti il paziente nella sua complessità da solo.

L'équipe multidisciplinare è costituita da diversi medici specialisti con particolari conoscenze e competenze in merito alle diverse manifestazioni di patologie complesse ed ha come obiettivo primario l'integrazione precoce delle diverse figure professionali e la condivisione del percorso diagnostico terapeutico in tutte le sue tappe. È ormai prassi che la gestione condivisa consolidata del paziente da parte di un team di specialisti dedicati permetta un approccio più efficiente ed efficace⁷.

Cure più appropriate

L'approccio multidisciplinare sta dimostrando la sua superiorità nel garantire cure appropriate ed efficaci. Uno studio pubblicato sul *British Medical Journal* (BMJ) nel

2012, ad esempio, ha mostrato che l'introduzione del team multidisciplinare che fornisce cure nelle patologie tumorali porta ad una riduzione della mortalità dal 5% al 18%⁸. Molti altri studi in letteratura dimostrano che questo approccio migliora la percezione di benessere del paziente, sia direttamente riducendo l'ansietà e la depressione, sia indirettamente promuovendo la fiducia e la coesione sociale. I risultati di una più intensa comunicazione tra paziente e team assistenziale, elemento fondamentale dell'assistenza centrata sul paziente, sono stati studiati in una serie di ricerche che hanno dimostrato il raggiungimento di una serie di outcome come il miglioramento della qualità della vita e il contenimento dei costi assistenziali.

Un approccio multiprofessionale e multidisciplinare garantisce continuità assistenziale e permette di ottimizzare le risorse strutturali, strumentali e soprattutto organizzative, inoltre garantisce ciò di cui un paziente ha bisogno alimentando la sua fiducia verso professionisti e rendendolo protagonista attivo della propria salute e del proprio benessere⁹.

Riferimenti bibliografici

1. Ballini L. Health services research: Agenda (vecchia e nuova) per la ricerca europea. *Politiche Sanitarie*; 2011. 12(2), 88-91.
2. Roncaglia I. A practitioner's perspective of multidisciplinary teams: Analysis of potential barrier and key factors for success. *Psychological Thought*; 2016. 9(1), 15-23. Doi: 10.5964/psych.v9i1.145.
3. Shuffler ML, Jiménez-Rodríguez M, Kramer WS. The science of multiteam systems: A review and future research agenda. *Small Group Research*; 2015. pp. 1-41. Doi: 10.1177/1046496415603455.
4. Weaver SJ, Che XX, Peterson LA, Hysong SJ. Unpacking care coordination through a multiteam system lens: A conceptual framework and systematic review. *Med Care*; 2018. 56(3), 247-259. Doi: 10.1097/MLR.0000000000000874.
5. Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA. Team-training in healthcare: A narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality & Safety*; 2014. 0, 1-14. Doi: 10.1136/bmjqs-2013-001848.
6. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*; 2014. 90(1061):149-54. Doi: 10.1136/postgradmedj-2012-131168. Epub 2014 Jan 7.
7. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health*; 2013. 11:19. Doi: 10.1186/1478-4491-11-19.
8. Kesson EM, Allardice GM, David DW, Burns HJG, Morrison DS. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13.722 women. *BMJ*; 2012. 344, 1-9. Doi: 10.1136/bmj.e2718.
9. Davis C, Huseyin Naci H, Gurpinar E, Poplavska E, Pinto A, Aggarwal A. Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13. *BMJ*; 2017. 359, j4530. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4530>.

INTRODUZIONE

Le sfide poste dal contesto attuale per la gestione della fertilità/infertilità umana

a cura di Mario Cusinato, Sandro Girotto

La fondazione “Centro della Famiglia” ha stilato nel novembre 2016 un protocollo di collaborazione con la Fondazione “Istituto Scientifico Internazionale Paolo VI di ricerca sulla fertilità ed infertilità umana per una procreazione responsabile”. Già due anni prima un gruppo di professionisti presso il Centro diede vita ad un laboratorio interdisciplinare di confronto e di ricerca sul tema della fertilità consapevole, composto da ginecologi – direttori UOC di ginecologia e ostetricia – andrologi, medici di medicina generale, psicologi e psicoterapeuti della famiglia, ostetriche, insegnanti per l’apprendimento della consapevolezza della fertilità, docenti di etica. Hanno lavorato in confronto costante con gli esperti più qualificati a livello internazionale. Nell’ottobre 2015 venne realizzato un convegno internazionale su “*Natural Family Planning. Interfacing biology and relational aspects, and new information technologies*”. Nell’ottobre 2017 il Centro si fece promotore – in collaborazione con l’Ordine provinciale dei Medici – di un corso di aggiornamento per medici di medicina generale: “Area infertilità, approfondimenti a più voci”.

Queste iniziative rientravano nelle finalità del laboratorio, volte a revisionare e diffondere gli studi più recenti, promuovere nuove ricerche nell’area, approntare programmi formativi per professionisti e mettere a punto progetti per implementare servizi qualificati e rispettosi della scelta di coppia per una fertilità consapevole, auspicabilmente in coordinamento con l’ente pubblico. I confronti, gli aggiornamenti e le riflessioni finora maturate sono testimoniate da questa pubblicazione.

Sullo sfondo sono ben tenute presenti le problematiche globali attuali della sovrappopolazione mondiale da una parte e della denatalità nel mondo occidentale dall’altra, mentre l’oggetto specifico affrontato nella maggior parte dei contributi riguarda la gestione della fertilità e infertilità di coppia in chiave multidisciplinare.

Gli squilibri della popolazione mondiale

Si tratta di un paradosso attuale che è soggetto a ricorrenti interpretazioni e previsioni spesso tra loro contrastanti¹. Tra i demografi c’è una sorta di consenso, basandosi sui dati forniti dalle Nazioni Unite, che la popolazione del mondo possa convergere verso uno stato semi-stazionario all’inizio del prossimo secolo. Secondo alcuni, questa convinzione porta a diminuire le ansie circa il futuro da parte di quanti si sono interessati delle questioni demografiche nella seconda parte del secolo scorso. Per altri vanno considerati gli aspetti ecologici, quali lo spazio, il suolo, l’acqua, l’aria, le risorse non rinnovabili e l’energia. L’umanità, nella sua storia, ha trovato queste risorse in quasi illimitata quantità. Le cose stanno cambiando ora rapidamente, e alcune risorse naturali – particolarmente il suolo, l’acqua e l’aria – sono in tensione a causa del rapido aumento della popolazione. Registriamo pertanto una contrapposizione tra ottimisti e pessimisti. Nel corso dei prossimi decenni – il riferimento come traguardo è il 2050 – i 2,4 miliardi in più della popolazione mondiale si concentreranno nei paesi in via di sviluppo, dal momento che i paesi sviluppati rimarranno stazionari. In questi, la crescita del Nord

America compenserà la flessione dell'Europa e quella del Giappone. Il 54% della crescita, poi, si concentrerà nell'Africa Subsahariana, che oggi racchiude il 13% della popolazione mondiale, ma che nel 2050 conterà per il 22%. Tra i primi dieci paesi del mondo per popolazione entreranno Etiopia e Repubblica Democratica del Congo, ed usciranno Russia e Messico; la Nigeria scalzerà gli Stati Uniti dal terzo posto in classifica. Cambieranno fortemente anche il rapporto demografico tra alcune regioni confinanti o in competizione. Nel 1950 la Russia aveva una popolazione tripla del confinante Pakistan, ma sarà ridotta ad un terzo nel 2050. La popolazione del Nord Africa era all'incirca pari a quelle dell'Italia nel 1950, ma sarà quintupla nel 2050.

Più anziani e meno bambini

Nel 2011 la popolazione del mondo ha toccato i 7 miliardi di abitanti, avendo aggiunto, nel giro di mezzo secolo, i 4 miliardi di persone ai 3 miliardi viventi sul pianeta nel 1960. Le proiezioni delle Nazioni Unite¹ indicano che altri 4 miliardi di persone arricchiranno la popolazione mondiale prima della fine del secolo, quando la crescita dovrebbe essere prossima ad esaurirsi. Questi 4 nuovi miliardi saranno soprattutto anziani, vivranno in Africa anziché in Asia, e impiegheranno quasi un secolo ad arrivare, invece dei 50 anni impiegati dai 4 miliardi "passati". Appare interessante questa disamina. I 4 miliardi in più raggiunti nel 2011 possono essere scomposti in 0,7 miliardi in più di giovanissimi (0-14 anni), 2,9 miliardi in più di adulti in età attiva (15-64) e 0,4 miliardi in più di anziani (65 anni e oltre). La composizione per età dei 4 miliardi "futuri" risulta molto diversa dai primi. Consisteranno in 2 miliardi di anziani, 2 miliardi di adulti in età attiva (in maggioranza persone mature) e solo 0,2 miliardi di bambini. Se di questi si considerano i più piccoli, tra zero e cinque anni, nel 2100 saranno minori di numero che nel 2011, nonostante la crescita della popolazione totale.

Se consideriamo l'appartenenza geografica, nel periodo 1960-2011 in Asia abitano 2 miliardi di adulti in età attiva e 400 milioni di bambini, e quasi 1 miliardo in più di adulti in età attiva nelle altre regioni del mondo. Le previsioni per il futuro indicano 3 miliardi in Africa (2,1 miliardi adulti in età attiva, 0,5 miliardi di bambini e 0,5 miliardi di anziani) e 1,1 miliardi può scomporsi in 1 miliardo di anziani in più in Asia, 450 milioni di anziani in più negli altri continenti, compensati da un declino di 350 milioni di bambini e altrettanti di adulti in età attiva, fuori dal continente africano. Da questi dati possono essere tratte molte considerazioni di ordine sociale, economico, sanitario e di benessere da più punti di vista.

L'emergenza denatalità in Europa e in Italia

L'Istat², nel diffondere gli "Indicatori demografici 2016" riporta che si sta registrando nell'ultimo decennio una caduta netta della natalità. Così tra il 2008 e il 2015 il calo è pari al 18%, nel 2016 rispetto al 2015, una nuova riduzione del 2,5%. Ormai il numero di nati non è sufficiente a garantire il semplice ricambio generazionale. Va tenuto presente che la discesa della fecondità interessa pressoché tutte le popolazioni economicamente più sviluppate, e non solo l'Italia, anche come effetto della crisi economica. Per esempio, il numero medio di figli per donna negli Stati Uniti era sceso da 2,12 nel 2007 a 1,84 nel 2015. Nello stesso intervallo di tempo, in Europa si registrava un'analoga riduzione pur con notevole differenze tra gli stati: nel Regno Unito da 1,86 a 1,80, in Svezia da

1,88 a 1,85, in Irlanda da 1,86 a 2,0 in Islanda da 1,91 a 2,0 in Francia da 1,96 a 1,92, e in Italia da 1,45 a 1,37. Le ragioni del divario tra gli stati vanno cercate nel quadro delle politiche sociali e familiari – con contributi economici e benefici anche di ordine fiscale – su cui può contare la rispettiva popolazione.

La specificità italiana si caratterizza pertanto per un forte calo della fecondità tra le giovani donne – in parte riconducibile al crescente allungamento dei tempi di avvio della vita di coppia – e da una significativa riduzione della propensione alla maternità in corrispondenza della fascia delle 30-39enni. Le donne che spesso hanno già un primo figlio e che, senza adeguati aiuti sul piano economico e dell'organizzazione della vita familiare (lavoro, cura dei figli, casa, ecc.), tendono a procrastinare la scelta di una nuova maternità, spesso finiscono per rinunciarvi definitivamente.

Il declino demografico non è quindi solo una questione di calo della popolazione, ma ancor più di squilibri tra generazioni con le implicazioni sociali ed economiche che ne derivano. Alessandro Rosina per esempio, riguardo al dato negativo del 2015 sottolinea che la riduzione dei giovani è più forte dell'invecchiamento come ricordano anche Castagnaro e Gueneri³. La sociologa Chiara Saraceno⁴ è del parere che si possa discutere se la popolazione europea abbia bisogno di crescere o almeno di rimanere stabile, o invece se una diminuzione sia opportuna, se non altro per ridurre il consumo di risorse ambientali. Tuttavia va tenuto presente che una popolazione con una fecondità al di sotto del livello di riproduzione è una popolazione che inesorabilmente invecchia, provocando squilibri nella spesa sanitaria e pensionistica che gravano sempre più sui giovani.

La dinamica culturale della società occidentale tra individualismo e relazionalità

La separazione della sessualità dalla procreazione è caratteristica della nostra cultura che ha portato un mutamento non solo nelle strutture sociali, economiche e politiche, ma la costruzione della stessa persona. Si tratta della convergenza di molteplici forze sia di natura ideologica, sia per alcune innovazioni tecnico-scientifiche in ambito biomedico⁵. La pillola contraccettiva del biologo Gregory Goodwin Pincus venne commercializzata nel 1960 (in Italia nel 1971), ma già nel 1954, la Conferenza Mondiale sulla Popolazione svoltasi a Roma aveva lanciato il cosiddetto “allarme demografico”. Paul Ehrlich nel suo *The population Bomb* (1968) aveva paragonato alla bomba atomica la crescita della popolazione mondiale. Le ricerche di Pincus erano iniziate nel 1953 grazie al finanziamento di Margaret Sanger, fondatrice della *Planned Parenthood Federation*, una delle più grandi organizzazioni mondiali per il controllo delle nascite e la pianificazione familiare.

Le Nazioni Unite sono al primo posto impegnate su questo fronte con continui programmi di educazione alla pianificazione familiare, come possiamo vedere nel Box 1 che riporta un prospetto riassuntivo delle tendenze attuali inserito in una brochure per la promozione della pianificazione familiare.

Va rilevato che in questo elenco di impegni ricorre l'espressione “metodi contraccettivi moderni”, di per sé tutti i metodi di pianificazione familiare, quindi anche quelli non chimici e/o “naturali”, aspetto che verrà disquisito in più capitoli del libro. Recentemente si è aperta una discussione sulla dimensione etica della contraccezione chimica tra i teologi cattolici con aperture interessanti anche se contrastate⁶.

Box 1 - Dati ONU: tendenze principali nella pianificazione familiare*

- In quasi tutte le regioni del mondo, i contraccettivi vengono utilizzati dalla maggioranza delle donne nella fascia di età riproduttiva (15-49 anni) che sono sposate o conviventi. In tutto il mondo nel 2017, il 63% di queste donne utilizzava una qualche forma di contraccezione. L'uso dei contraccettivi era superiore al 70% in Europa, America Latina e Caraibi e America del Nord, ma al di sotto del 25% in Africa centrale e occidentale.
- Più di una donna su dieci sposata o convivente di tutto il mondo ha un bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare, cioè afferma di voler interrompere o ritardare la gravidanza, ma non utilizza alcun metodo contraccettivo per prevenire la gravidanza. In Africa, almeno una donna su cinque ha un bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare.
- I moderni metodi contraccettivi rappresentano la maggior parte dell'uso dei contraccettivi in tutto il mondo. A livello globale, nel 2017, il 58% delle donne sposate o conviventi in età fertile ha utilizzato un moderno metodo di pianificazione familiare, che comprende il 92% di tutti gli utilizzatori di contraccettivi.
- In tutto il mondo nel 2017, tra le donne sposate o conviventi di età riproduttiva, la proporzione della domanda di pianificazione familiare soddisfatta dai moderni metodi contraccettivi (la percentuale di donne che utilizza attualmente un metodo moderno rispetto a tutte le donne che hanno bisogno di pianificazione familiare) era del 78%. Considerando tutte le regioni del mondo, questa percentuale era più bassa in Africa (al 56%) e oltre il 75% nelle altre regioni.
- In alcuni paesi, l'uso dei moderni metodi contraccettivi da parte delle coppie che vogliono prevenire la gravidanza rimane basso. Nel 2017 meno della metà della domanda totale di pianificazione familiare era soddisfatta con metodi moderni in 45 paesi (di cui 32 in Africa). In altri 64 paesi, oltre la metà, ma meno del 75% della domanda totale, è stata soddisfatta con l'uso di metodi moderni.
- Tra il 2017 e il 2030, la prevalenza contraccettiva totale tra le donne sposate o conviventi in età riproduttiva si prevede un aumento principalmente in alcune parti dell'Africa Subsahariana e in Oceania, in aumento dal 20 al 29% in Africa occidentale, dal 23 al 32% in Africa centrale, dal 43 al 56% in Africa orientale e dal 38% al 43% in Melanesia, Micronesia e Polinesia.
- Si prevede che il fabbisogno insoddisfatto di pianificazione familiare rimarrà al di sopra del 10% in tutto il mondo tra oggi e il 2030, nonostante le riduzioni previste per alcune regioni. Il maggior calo è atteso in Africa orientale, dove il bisogno insoddisfatto dovrebbe scendere dal 22% nel 2017 al 16% nel 2030, e in Polinesia, dal 37% nel 2017 al 31% nel 2030.
- Il numero delle donne sposate o conviventi che utilizza la contraccezione è destinata ad aumentare di 15 milioni a livello globale, da 778 milioni nel 2017 a 793 milioni nel 2030, secondo le proiezioni delle Nazioni Unite. Si prevede che la crescita del numero di utenti di contraccettivi sia soprattutto in Africa e Asia meridionale. A livello globale, il numero delle donne sposate o conviventi con bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare dovrebbe diminuire leggermente, da 142 milioni nel 2017 a 139 milioni nel 2030.
- Essere all'altezza dell'impegno della comunità internazionale per raggiungere l'accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2030 richiederà un maggiore sostegno alla pianificazione familiare, anche attraverso l'attuazione di efficaci politiche e programmi governativi. L'accesso ai servizi sanitari e la realizzazione di diritti riproduttivi per tutte le persone saranno essenziali per soddisfare l'impegno di Agenda 2030 for Sustainable Development secondo cui "nessuno dovrà essere lasciato indietro".

* da: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/WFP2017_Highlights.pdf

L'altra terminologia usata che merita attenzioni è "donne sposate o conviventi". Così si evidenzia un progetto di relazione che ha una certa stabilità e che guarda alla

generatività. Questa terminologia permette di motivare una scelta di campo operata fin dalla messa a punto del progetto editoriale scegliendo di dibattere la fertilità/infertilità di coppia orientata ad un progetto familiare. Concretamente, almeno in Italia, la chiave di volta dei processi demografici è tuttora largamente nella famiglia: nel 2016 il 70% delle nascite è avvenuto all'interno del matrimonio. Nonostante il continuo aumento dei nati fuori dal matrimonio sia in termini assoluti (141.757 nel 2016, oltre duemila in più rispetto al 2015) che percentuali (29,9% nel 2016, quota più che triplicata rispetto al 1995), il legame tra nuzialità e natalità è ancora molto forte nel nostro Paese. Blangiardo⁷ auspica che i grandi problemi del cambiamento demografico non vengano ricondotti ad una mera questione di risorse economiche, di scelte efficienti sotto certi vincoli, e così via, ma vengano innanzitutto affrontati con la riconsiderazione del ruolo della famiglia quale mediatore fondamentale di decisioni individuali che incidono sul bene di tutta la comunità. Questo aspetto verrà ripreso in diversi capitoli e in particolare quelli riguardanti la prospettiva relazionale.

L'emergenza attuale dell'infertilità di coppia

Come ricordato, l'Europa è il continente con il più basso tasso di fertilità, con un declino progressivo della fertilità che parte dal 1960. L'analisi del fenomeno è molto complessa ma non può prescindere dall'identificazione di fattori di rischio che hanno un effetto deleterio riconosciuto sulla fertilità, in primis l'infertilità di coppia⁸. Negli ultimi anni, il tema dell'infertilità di coppia – prevenzione, diagnosi e cura – è diventato uno degli obiettivi prioritari dell'Organizzazione Mondiale della Sanità⁹ e del nostro servizio sanitario nazionale¹⁰. Fin dai primi capitoli del testo vengono discussi i principi di medicina preventiva applicata all'infertilità, sia sul versante femminile sia su quello maschile, individuando eventuali aree critiche di intervento¹¹. Nell'affrontare il tema dell'epidemiologia della sterilità e dell'infertilità di coppia, è necessario anzitutto definire cosa si intenda per infertilità e per sterilità anche se molti autori usano indifferentemente i due termini come sinonimi. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'*American Fertility Society* (AFS) una coppia è da considerarsi infertile quando non è in grado di concepire e di avere un bambino dopo un anno o più di rapporti sessuali non protetti; viceversa è da considerarsi sterile quella coppia nella quale uno od entrambi i coniugi sono affetti da una condizione fisica permanente che non renda possibile avere dei bambini. Vengono poi definite affette da infertilità secondaria quelle coppie che non riescono ad avere un bambino dopo una gravidanza coronata da successo.

C'è tutta una letteratura attorno alla definizione di infertilità e le posizioni degli autori non sono concordi. La proposta dell'OMS e dell'AFS trae origine da un noto lavoro di M.J. Whitelaw¹². Sulla base di uno studio condotto su una popolazione omogenea degli Stati Uniti, circa il 56% delle coppie sane concepiva entro il 1° mese di rapporti sessuali; il 78% entro il 6° mese e ben l'86% delle coppie concepiva entro il 12° mese.

Negli ultimi anni, diversi studi clinici ed epidemiologici hanno indirizzato l'impegno del mondo scientifico su quest'area destando l'attenzione delle istituzioni governative, delle società scientifiche e dell'opinione pubblica. Per la situazione italiana riguardante l'infertilità, un articolo di approfondimento nel periodico online del ministero della salute "Quotidiano Sanità" del 27 maggio 2017¹³ ricorda che l'Italia è il paese europeo dove nascono meno bambini (1,39 per donna nel 2013) e tra quelli dove l'età media delle donne al primo parto supera i 30 anni. Rispetto al 2012, le madri sopra i 40 sono

raddoppiate (dal 3,1% al 6,2% nel 2012) e particolarmente elevato è stato l'aumento delle quote di donne che avevano più di 40 anni quando è nato il loro primo figlio (passate dal 1,5% al 4%). Al contrario, le madri fino a 24 anni sono diminuite dal 13 all'11,4%. Questi due dati – denatalità ed età media delle madri – devono essere letti congiuntamente, perché proprio l'età è il fattore prevalente nel determinare la fertilità femminile. Ovviamente vanno considerate tutte le problematiche dell'infertilità maschile recentemente poste all'attenzione pubblica.

Il Tavolo Consultivo istituito presso il Ministero della Salute¹⁴ riassume la situazione italiana a proposito dell'infertilità di coppia.

Tabella 1 - Quadro riassuntivo dell'infertilità di coppia in Italia.*

Situazione attuale:	<ul style="list-style-type: none"> - una coppia su 5 non riesce ad avere figli; - su 10 coppie il 20% circa (1 su 5) ha difficoltà a procreare per vie naturali (20 anni fa la percentuale era circa la metà); - circa il 40% delle cause di infertilità riguardano prevalentemente la componente femminile, l'altro 40% riguarda la componente maschile ed un 20% invece è di natura mista.
Cause dell'infertilità nel tempo:	<ul style="list-style-type: none"> - negli ultimi 50 anni il numero di spermatozoi nel maschio si è ridotto della metà; - negli ultimi 30 anni l'età media al concepimento in ambo i sessi è aumentata di quasi 10 anni, sia per l'uomo che per la donna.
Infertilità maschile per anni:	<ul style="list-style-type: none"> - nei primi 10 anni di vita le patologie che più danneggiano la fertilità sono il criptorchidismo (ritenzione testicolare), le orchiti e la torsione del funicolo spermatico; - nel periodo puberale (12-14 anni) le patologie maschili che più danneggiano la fertilità sono problemi ormonali e il varicocele che prosegue a danneggiare la fertilità per tutta la vita; - dai 14 ai 20 anni le patologie maschili che più danneggiano la fertilità sono le infezioni genitali e gli stili di vita alterati; - dai 20 ai 40 anni potrebbero manifestarsi problemi più o meno gravi di sessualità.
Infertilità femminile per anni:	<ul style="list-style-type: none"> - fra i 10 e i 15 anni le patologie che più danneggiano la fertilità sono i disturbi del comportamento alimentare e le infezioni genitali oltre alle alterazioni ormonali; - fra i 15 e i 20 anni le patologie che più danneggiano la fertilità sono le infezioni e gli alterati stili di vita e le patologie più frequenti sono i disturbi dell'ovulazione spesso conseguenti ad eccesso o difetto ponderale; - fra 20 e i 40 anni le patologie che più danneggiano la fertilità sono i disturbi ovulatori, l'ovaio policistico, le infezioni genitali, i fibromi.

* adattata da: (http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_1.jsp?lingua=italiano&menu=uffCentrali&label=uffCentrali&cid=1283)

Gran parte di questi aspetti trova l'opportuna attenzione e l'approfondimento nei diversi capitoli del libro. Una precisazione va aggiunta riguardante la diagnosi e cura per inquadrare quanto viene dibattuto e suggerito. Come ricordato all'inizio, la proposta editoriale è frutto del lavoro di équipe protratto per diversi anni su questi argomenti. Da una parte abbiamo le proposte scaturite dalle ricerche endocrinologiche e della medicina della ripro-

duzione umana, dall'altra dalla fecondazione medicalmente assistita (PMA) sulla quale il servizio sanitario pubblico sta investendo notevoli risorse finanziarie e di professionalità. In aggiunta il volume vuole far conoscere un'alternativa che offre dei vantaggi per risparmiare costi finanziari e soprattutto psicorelazionali. Essa è sostenuta da alcune ricerche recenti¹⁵ che hanno dimostrato che, per le coppie con difficoltà di concepimento, l'acquisizione consapevole della fertilità (*Fertility Awareness*, FA) offre dei risultati per lo meno pari alla PMA nei termini di concepimento. Se poi questo apprendimento viene accompagnato e sostenuto da professionisti per acquisire una soddisfacente competenza relazionale, il risultato può essere di gran lunga superiore.

Senza alzare steccati, si tratta in realtà di un cambio di stile relazionale e questo vale per le coppie che scelgono consapevolmente di gestire i tempi della fertilità, sia per le coppie che aspirano al risultato di una gravidanza sperata, sia per gli operatori della salute. L'opzione è per una coppia protagonista e responsabile del proprio progetto generativo; si tratta di un passaggio importante da affrontare in sintonia tra operatori della salute e coppie protagoniste. Questa proposta appare come una vera sfida culturale – dalla medicalizzazione alla formazione – per acquisire la competenza relazionale che armonizzi il “noi-relazione” e il progetto generativo. L'avanzamento degli studi nella consapevolezza della fertilità appare una preziosa risorsa sia per la coppia fertile, sia per quella infertile. Non si tratta di sminuire affatto la professionalità e l'apporto delle competenze specifiche degli operatori della salute, in primo luogo i ginecologi, gli andrologi e gli endocrinologi. Va tenuto ben in conto che le cause della non fertilità sono distribuite all'incirca del 50% tra maschi e femmine e che le condizioni ambientali, la realtà lavorativa – compresa la difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro – e i ritmi di vita incidono notevolmente sulla possibilità di procreare. Si impone pertanto un diverso approccio alla prospettiva generativa che possiamo anche definire come “paradigma ecologico”.

I contributi presentati in questo volume

Abbiamo così delineato la cornice concettuale e progettuale entro la quale inserire i contributi che corrispondono alla scelta interdisciplinare del progetto editoriale.

I capitoli sono distribuiti in quattro parti. La prima (“L'accesso alla fertilità nell'attuale contesto socioculturale e di impegno professionale”) introduce il tema della fertilità dando i riferimenti conoscitivi e di impegno professionale ginecologico e andrologico, sia come linee guida dell'operare, sia come testimonianza nel lavoro di cura.

La seconda parte (“La relazione come inquadramento di riferimento nella ricerca e nelle applicazioni di cura”) offre dei riferimenti a livello di paradigmi giustificativi per affrontare la complessità riguardante l'area della fecondità umana e in particolare le dinamiche di coppia nella gestione della fertilità/infertilità. Viene messa in risalto l'esigenza di una collaborazione multidisciplinare che rispetti, valorizzi e promuova le competenze delle diverse discipline e nel contempo esiga un lavoro di équipe sostenuto da un coerente progetto unitario sia nella ricerca, sia nella cura.

La terza parte (“Insegnare e apprendere la consapevolezza della fertilità”) entra nel merito della sfida di rendere la coppia protagonista principale del proprio progetto generativo, offrendo adeguate conoscenze e soprattutto un percorso di maturazione della consapevolezza della propria fertilità. Attualmente le coppie possono usufruire di strumenti tecnologici e informatici che facilitano questo processo. Un obiettivo importante è anche quello di giustificare, definire e riconoscere la specificità delle insegnanti che hanno il compito di

far acquisire alle coppie la consapevolezza della propria fertilità entro il quadro concettuale della “generatività di coppia”.

La quarta parte (“Alcune proposte innovative”) riporta alcuni traguardi raggiunti dagli studi con le ricadute sull’impegno di cura, ma prospetta anche un nuovo impegno per ulteriori progetti che riguardano i diversi protagonisti dell’area della fecondità di coppia ribadendo nuovamente l’importanza della multidisciplinarietà.

Infine una nota editoriale. È stata presa la decisione di proporre il testo nella doppia versione italiana e inglese (rispettivamente cartaceo ed e-book) perché l’impegno del laboratorio ha un respiro internazionale e gli autori dei contributi sono italiani, di altri stati europei e degli USA. Confidiamo che questo aggiornamento possa essere uno strumento utile e utilizzabile nelle molteplici proposte di aggiornamento continuo per gli operatori della salute e di sensibilizzazione dei protagonisti di una nuova consapevolezza della fertilità che permetta di guardare il futuro con speranza.

Riferimenti bibliografici

1. Livi Bacci M. Guardando al futuro: la questione dei 4 miliardi. *Neodemos. Popolazione Società e politica*, 19/01/2018. <http://www.neodemos.info/articoli/la-questione-demografica-dei-4-miliardi/#more-8513>.
2. Istat. Indicatori demografici. Stima per l’anno 2016. *Report* 06/03/2017. <http://www.istat.it>.
3. Castagnaro C, Guarneri A. Nuzialità e fecondità: tra conferme e nuovi scenari. *Neodemos. Popolazione Società e Politica*; 19/01/2018. <http://www.neodemos.info/articoli/nuzialita-e-fecondita-tra-conferme-e-nuovi-scenari/#more-8586>.
4. Saraceno C. L’assenza della politica. *La Repubblica*; 6/12/2016. <http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2016/12/07/lassenza-della-politica26.html?ref=search>.
5. Russo MT. Oltre il presente liquido. Temi di antropologia ed etica sociale. Armando Editore; 2008. EAN: 9788860814180.
6. Montagna D. New Academy for Life member uses Amoris to say some circumstances ‘require’ contraception. *LifeSiteNews*; 8/1/2018. <https://www.lifesitenews.com/news/new-academy-for-life-member-uses-amoris-to-say-some-circumstances-require-c>.
7. Blangiardo CL. Riflessioni sul “Cambiamento demografico”: per passare dalla diagnosi alla terapia. *Neodemos. Popolazione Società e politica*; 7/12/2011.
8. La Sala GB, Colpi G, Palomba S, Nicoli A, De Pascalis L, Villani MT. Infertilità umana. Principi e pratica. Milano: EDRA; 2014. ISBN 9788821438448.
9. World Health Organization. Fertility and infertility – Assisting couples and individuals. *Human Reproduction Programme*. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/en/>.
10. Ministero della Salute. *Relazione del Ministero della salute al parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione assistita* (legge 19 febbraio 2004, n. 40, art. 15). http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2617_allegato.pdf
11. Di Prospero F. *Epidemiologia dell’infertilità e della sterilità: cause e fattori favorenti*. 1 settembre 2001. <https://www.salutedonna.it/epidemiologia-dellinfertilita-e-della-sterilita-cause-e-fattori-favorenti.html>.

12. Whitelaw MJ. Statistical evaluation of female fertility. *Fertil Steril*; 1960. 11:428-36.
13. Fassari C. Fertilità e natalità. Tutti i dati italiani e le previsioni per il futuro. *QS. Quotidiano on line di informazione sanitaria*; 16 maggio 2018. http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?approfondimento_id=6290.
14. Ministero della Salute. *Tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle cause di infertilità*. 29 settembre 2016. http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_1.jsp?lingua=italiano&menu=uffCentrali&label=uffCentrali&id=1283.
15. Frank-Herrmann P, Jacobs C, Jenetzky E, et al. Natural conception rates in subfertile couples following fertility awareness training. *Arch Gynecol Obstet*; 2017. 295(4):1015-1024.