

DIVENTARE GENITORI OGGI IL PUNTO DI VISTA DELLE COPPIE IN PMA

INDAGINE SULLA FERTILITÀ/INFERTILITÀ IN ITALIA

A cura di Concetta Maria Vaccaro





Diventare genitori oggi Il punto di vista delle coppie in PMA

Indagine sulla fertilità/infertilità in Italia

A cura di Concetta Maria Vaccaro

La ricerca è stata realizzata da un gruppo di lavoro della Fondazione Censis, diretto da Concetta Maria Vaccaro, coordinato da Ughetta Favazzi e composto da Vittoria Coletta, Roberta Bernardi e Maria Antonella Di Candia.

© copyright 2016 by Carocci editore, Roma

Finito di stampare nel maggio 2016 da Eurolit, Roma

Riproduzione vietata ai sensi di legge (art. 171 della legge 22 aprile 1941, n. 633)

Senza regolare autorizzazione, è vietato riprodurre questo volume anche parzialmente e con qualsiasi mezzo, compresa la fotocopia, anche per uso interno o didattico

SOMMARIO

PREMESSA	7
1. LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) IN ITALIA	9
2. IL PROFILO DELLE COPPIE	13
2.1. Le caratteristiche socio-demografiche	13
3. I PRIMI PASSI DEL PERCORSO: DALL'ESPLICITAZIONE DEL PROBLEMA ALL'ACCESSO ALLA TERAPIA	19
3.1. L'ingresso del medico nella vita di coppia	19
3.2. L'iter diagnostico, modalità e criticità	25
4. IL PERCORSO TERAPEUTICO	31
4.1. La presa di contatto con il centro e le precedenti esperienze con la PMA	31
4.2. La tecnica terapeutica attuale e le terapie pregresse	37
5. L'INFORMAZIONE SULLA PMA	49
6. ASPETTI PSICOLOGICI E SOCIALI	55
6.1. Accettare e combattere l'infertilità	55
6.2. L'approccio verso l'adozione	58
6.3. Le relazioni familiari e sociali	59
7. ESPERIENZE E OPINIONI SULLA PMA IN ITALIA	63
SINTESI DEI RISULTATI	69
RINGRAZIAMENTI	75

PREMESSA

Diventare genitori oggi. Il punto di vista delle coppie in PMA costituisce la terza indagine di uno studio ampio e articolato, realizzato dal Censis con il contributo incondizionato della Fondazione IBSA. Nella prima e seconda indagine¹ sono state rilevate le opinioni degli italiani sul significato della genitorialità e sulla fertilità e sono stati indagati gli atteggiamenti e le opinioni espressi su questi stessi temi da un campione di medici specialisti in ginecologia, andrologia e urologia, che hanno in cura coppie con problemi legati alla procreazione.

Con il terzo modulo di ricerca, che rappresenta una parte fondamentale dell'intero studio, è stata analizzata – a otto anni di distanza dalla precedente ricerca del Censis avente come protagoniste le coppie in PMA – la situazione delle coppie che combattono l'infertilità, attraverso un campione di quelle seguite dai centri per il trattamento dell'infertilità. Il tema della natalità e della fertilità è stato dunque affrontato in questo lungo percorso di ricerca a partire da diversi punti di osservazione.

Accanto al valore esistenziale che gli italiani attribuiscono alla genitorialità, grazie all'indagine sulla popolazione, è stata messa in luce la consapevolezza diffusa che esiste un problema di scarsa natalità nel paese, insieme al peso attribuito alla crisi economica e alla carenza di politiche a sostegno della famiglia nel contribuire a determinarla.

Rispetto al tema centrale delle difficoltà di procreazione, è emersa a più livelli la tendenza a spostare avanti nel tempo ogni preoccupazione legata alla possibilità di avere un figlio, insieme a una scarsa attenzione agli aspetti preventivi, evidenziata anche dai medici specialisti – ginecologi, andrologi e urologi – intervistati nel secondo step di ricerca.

Infine, questo ultimo approfondimento ha consentito di portare in primo piano il punto di vista delle persone che vivono in questo momento l'esperienza dell'infertilità e sono impegnate in un percorso non facile, anche se fortemente motivato dal desiderio di diventare genitori. In particolare, sono stati analizzati il vissuto, le opinioni e gli atteggiamenti di 361 coppie in cura presso 23 centri per la PMA di II e III livello distribuiti nelle diverse aree territoriali del paese.

Il numero sempre più ampio di coppie che ricorrono alla PMA, le molteplici modifiche apportate alla legge 40/2004, i mutamenti del significato culturale riconosciuto alla genitorialità hanno reso necessario un nuovo approfondimento del tema, per osservare se e come sono cambiate le opportunità delle coppie e il loro vissuto nel percorso di procreazione medicalmente assistita (PMA).

La rilevazione è stata effettuata secondo la seguente articolazione operativa:

- è stato selezionato un campione di 23 centri di II e III livello tra quelli presenti nel Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita, rappresentativo dell'universo dei centri PMA, sulla base delle seguenti variabili: collocazione territoriale, tipologia di centro pubblico/privato, ampiezza del centro (data dal numero di pazienti presi in carico nell'ultimo anno disponibile, il 2013);
- la rilevazione è stata condotta all'interno dei centri, grazie alla fattiva collaborazione dei referenti e del personale che ringraziamo per il loro fondamentale apporto, garantendo agli intervistati l'assoluto rispetto della privacy. Alle coppie che liberamente hanno deciso di partecipare è stata richiesta la compilazione del questionario, consegnato e restituito in busta chiusa e inserito in un apposito contenitore sigillato.

¹ Censis. *Diventare genitori oggi. Indagine sulla fertilità/infertilità in Italia*, Carocci, Roma 2014; Censis. *Diventare genitori oggi. Il punto di vista degli specialisti*, Carocci, Roma 2015.

Per mezzo del questionario sono state analizzate le seguenti aree tematiche:

- profilo della coppia;
- esplicitazione del problema;
- informazione;
- diagnosi;
- selezione del centro;
- percorso terapeutico;
- livelli di soddisfazione e criticità;
- aspetti culturali e psicologici;
- impatto del problema sul lavoro, sulla famiglia, sulle relazioni sociali;
- opinioni sulla legge 40/2004.

L'analisi, arricchita anche da un confronto con i principali risultati della precedente ricerca del Censis realizzata nel 2008, ha messo in luce non solo il vissuto e le difficoltà delle coppie, ma anche il peso che sulle loro scelte esercita un'offerta di servizi ancora molto diversificata che continua a caratterizzare il nostro paese. Inoltre, i nuovi dati confermano il peso delle differenze culturali ed economiche che determinano evidenti facilitazioni nel percorso di consapevolezza e di accesso alle cure per le coppie con titolo di studio e condizione sociale di più alto livello.

Il tutto è evidentemente inserito nel quadro tracciato dalla legge 40/2004 sulla PMA e dalle profonde modificazioni, in gran parte giurisprudenziali, subite in anni recenti, che ne hanno di fatto modificato gli aspetti più salienti.

L'evoluzione della PMA è stata per questo analizzata anche alla luce dei dati contenuti nei report del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita, aggiornati al 2013, che evidenziano il significativo incremento delle coppie coinvolte nei trattamenti, dei cicli effettuati con le diverse tecniche, così come dei trasferimenti e delle gravidanze ottenute e monitorate. Inoltre, anche per effetto dei cambiamenti intervenuti a partire dal 2010, si è ampliato il numero di coppie sottoposte a tecniche di scongelamento di embrioni e ovociti, di cicli iniziati e di gravidanze ottenute con queste tecniche a fronte di una riduzione, negli ultimi due anni disponibili, della quota, ancora ampiamente maggioritaria, delle coppie, dei cicli iniziati e delle gravidanze ottenute con tecniche a fresco.

Uno degli ultimi cambiamenti introdotti con la sentenza n. 162 del 2014 della Corte Costituzionale, che ha sancito l'illegittimità del divieto di fecondazione eterologa, ha avuto ancora un effetto limitato sul campione di coppie intervistate (solo una piccola parte attualmente in cura sta effettuando un trattamento con utilizzo di gameti donati), ma rappresenta sicuramente uno dei punti più salienti dell'innovazione legislativa, su cui si rileva comunque un ampio accordo delle coppie, che vorrebbero fosse al più presto realmente disponibile per tutti.

Molti quindi sono gli spunti di interesse forniti da questa analisi che ha l'enorme vantaggio di dare la parola ai diretti interessati, quelle coppie oggi in trattamento di PMA che ci raccontano non solo le difficoltà del loro percorso ma anche le aspettative, le incertezze, le speranze e il significato della loro così ricca e complessa esperienza di genitorialità.

Concetta M. Vaccaro
Responsabile Salute e Welfare, Fondazione Censis

I. LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) IN ITALIA

Al 2015, in base ai dati forniti dal Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), risultano attivi 357 centri per la PMA di cui 161 di I livello e 196 di II e III livello. Nel complesso, si tratta di 112 centri pubblici, 24 privati convenzionati e 221 privati, un quadro che si presenta solo lievemente modificato rispetto all'universo di riferimento a partire dal quale è stato estratto il campione dei centri coinvolti nello studio¹ (tabella I). La tipologia dei centri varia in base alla collocazione geografica delle strutture, sia che si tratti di centri di primo che di secondo e terzo livello.

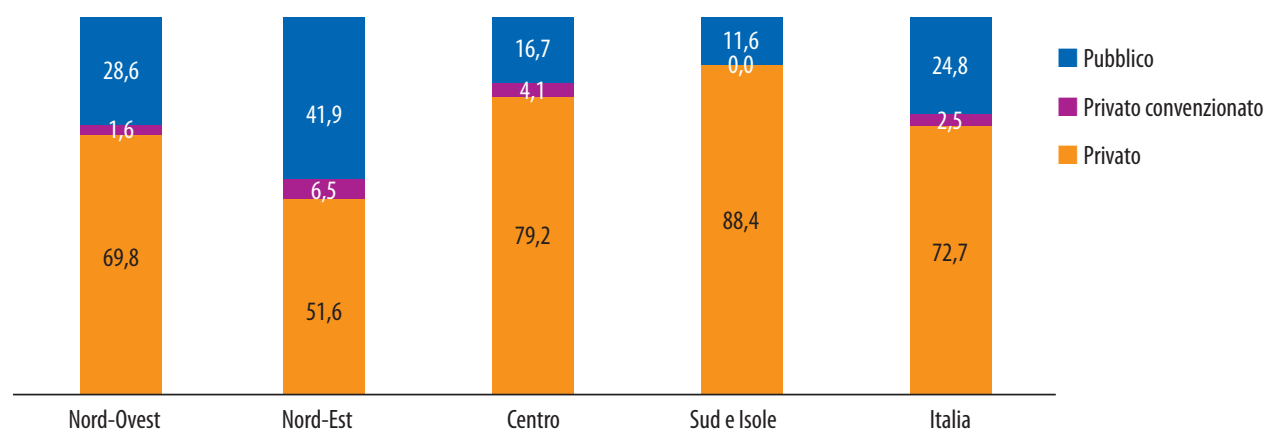
Tabella I. Centri di I, II e III livello attivi al 2005, per tipologia di centro e area geografica (v.a.)

	I livello				II e III livello				I, II e III livello			
	Pubblico	Privato convenzionato	Privato	Totale	Pubblico	Privato convenzionato	Privato	Totale	Pubblico	Privato convenzionato	Privato	Totale
Nord-Ovest	18	1	44	63	19	11	9	39	37	12	53	102
Nord-Est	13	2	16	31	18	1	20	39	31	3	36	70
Centro	4	1	19	24	13	8	25	46	17	9	44	70
Sud e Isole	5	0	38	43	22	0	50	72	27	0	88	115
Italia	40	4	117	161	72	20	104	196	112	24	221	357

Fonte: elaborazione Censis su dati del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita.

Considerando i centri di *primo livello*, nel 24,8% si tratta di centri pubblici, nel 2,5% di privati convenzionati e nel 72,7% di centri privati. Al Sud e Isole e al Centro si assiste a una più ampia concentrazione di centri privati (rispettivamente l'88,4% e il 79,2%) in confronto con il Nord-Ovest e il Nord-Est, aree in cui si rintraccia un'ampia concentrazione di centri pubblici (28,6% e 41,9%) (figura I).

Figura I. Distribuzione dei centri di PMA di I livello attivi al 2015, per area geografica (val. %)

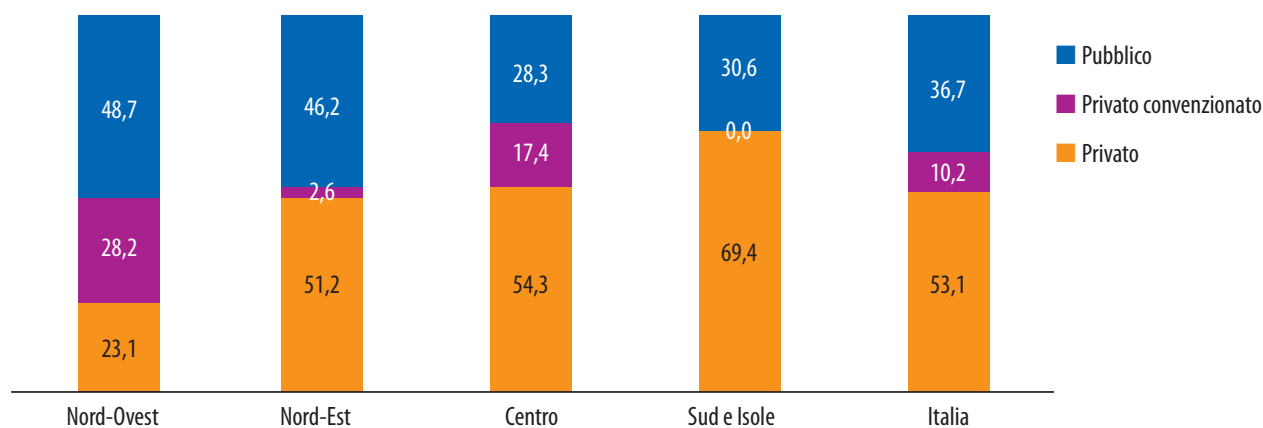


Fonte: elaborazione Censis su dati del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita.

¹ L'estrazione dei dati per la costruzione del campione è avvenuta a ottobre 2015. Da quel momento all'ultima data di aggiornamento del Registro Procreazione Medicalmente Assistita l'universo dei centri per la PMA ha subito alcune modifiche: in Emilia Romagna risulta attivo 1 centro privato in più, in Campania 1 centro pubblico in meno, in Calabria 1 centro pubblico in meno.

Rispetto alle strutture di *secondo* e *terzo livello*, la composizione cambia leggermente, riducendo anche se in maniera non accentuata, le differenze tra centri pubblici e privati, che rimangono comunque la quota maggioritaria. Nello specifico, nel 36,7% dei casi si tratta di centri pubblici, nel 10,2% di privati convenzionati e nel 53,1% di privati. Anche in questo caso, si osservano delle differenze in base alla collocazione geografica: passando da Nord a Sud della penisola aumenta la quota di strutture private (dal 23,1% a Nord-Ovest al 69,4% al Sud e Isole), mentre al Nord-Ovest e al Nord-Est quasi la metà dei centri è pubblico (**figura 2**).

Figura 2. Distribuzione dei centri di PMA di II e III livello attivi al 2015, per area geografica (val.%)



Fonte: elaborazione Censis su dati del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita.

Gli ultimi dati contenuti nel Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita e relativi alle attività, ai risultati e al monitoraggio dei centri, tra gli anni 2005 e 2013, evidenziano, nell'arco di tempo considerato, sicuramente un significativo aumento, anno dopo anno, del numero totale di coppie trattate con tutte le tecniche (I, II, III livello e scongelamento embrioni e ovociti) (da 46.519 a 71.741), del numero di cicli (da 63.585 a 91.556), delle gravidanze ottenute (da 9.499 a 15.550) e del numero di nati vivi (da 4.940 a 12.187).

In particolare, considerando le tecniche di II e III livello a fresco e di scongelamento, si registra un aumento sia delle coppie trattate (che passano da 30.749 nel 2005 a 54.523 nel 2013), del numero dei cicli iniziati (rispettivamente 37.293 e 64.447) e di gravidanze ottenute (da 6.694 nel 2005 a 12.775 nel 2013). Si riduce, parallelamente, anche la percentuale di gravidanze perse al follow-up (passando dal 41,3% nel 2005 al 10,3% nel 2013) (**tabella 2**).

Inoltre, aumenta di anno in anno il numero di parti con tecniche di II e III livello a fresco e di scongelamento, pari a 2.919 nel 2005 e superiori a 8.000 a partire dal 2010 fino a raggiungere gli 8.495 parti nel 2013. Dal 2005 si assiste anche a un progressivo aumento dei nati vivi (3.649 nel 2005) con un picco massimo raggiunto nel 2010 (10.041) e una leggera flessione negli anni successivi, anche se nel 2013 si contano 10.217 nati vivi, un valore più elevato rispetto a quello registrato nell'anno precedente (9.818).

Si osserva, tra i diversi aspetti, una lieve riduzione nel tempo dei parti multipli, dal 23,2% nel 2005 al 19,8% nel 2013.

Guardando, nello specifico, alle tecniche di II e III livello utilizzate dai centri italiani nel 2013, si nota che nell'85,4% si tratta di tecniche a fresco (55.050 cicli), nell'11,5% (7.428) di tecniche di scongelamento embrioni (*Frozen Embryon Replacement*) e nel 3,1% (1.969) di scongelamento di ovociti (*Frozen Oocyte*). Si è assistito nel tempo a un ricorso più ampio alle tecniche di scongelamento di embrioni, ancora più evidente a partire dal 2010 (**figura 3**). Si tratta, con tutta probabilità, degli effetti prodotti dalla sentenza 151 del 2009 della Corte Costituzionale, che ha decretato come incostituzionale l'obbligo di impiantare la totalità

degli embrioni prodotti, facendo quindi decadere anche il divieto di crioconservazione degli embrioni, che poteva avvenire solo nei casi di gravi e documentati problemi di salute della donna.

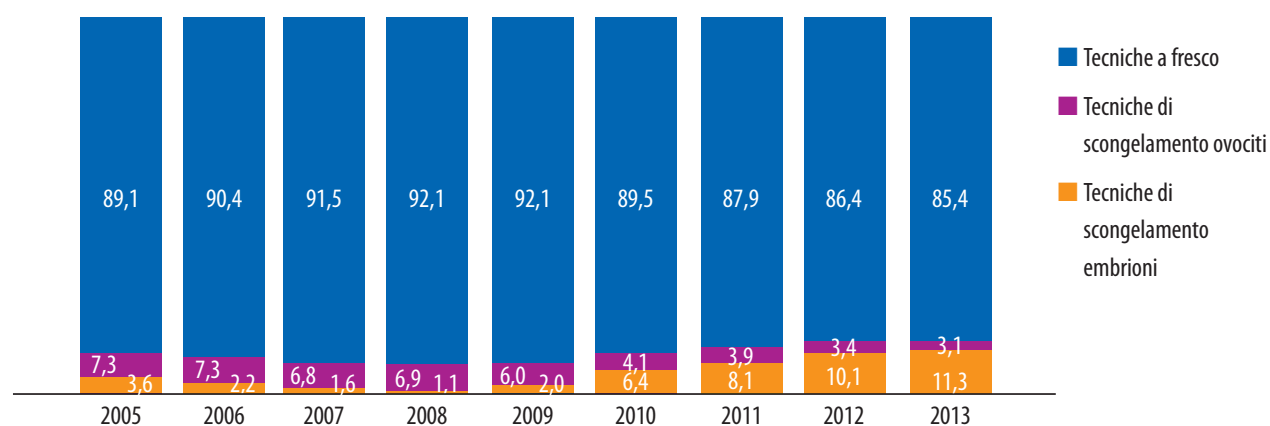
Tabella 2. Monitoraggio dell'attività dei centri di PMA relativo a tutte le tecniche di II e III livello (a fresco, di scongelamento embrioni e di scongelamento ovociti), anni 2005, 2008, 2010, 2012, 2013 (v.a. e val.%)

	2005	2008	2010	2012	2013
Centri coinvolti	169	185	174	182	178
Coppie trattate	30.749	40.142	50.090	54.458	54.523
Cicli iniziati	37.293	47.857	58.875	64.207	64.447
Gravidanze ottenute	6.694	9.353	11.968	12.646	12.775
Gravidanze ottenute su pazienti (%)	21,8	23,3	23,9	23,2	23,4
Gravidanze monitorate*	3.928	8.173	10.744	10.978	11.461
Gravidanze perse al follow-up (%)	41,3	12,6	10,2	13,2	10,3
Esiti negativi su gravidanze monitorate (%)	26,5	23,9	24,0	26,0	25,9
Parti	2.919	6.245	8.167	8.127	8.495
Nati vivi	3.649	7.855	10.041	9.818	10.217
Parti multipli	23,2	23,6	21,7	20,0	19,8

*Si escludono le gravidanze perse al follow-up.

Fonte: elaborazione Censis su dati del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita.

Figura 3. Tipologia delle tecniche di PMA utilizzate dai centri* di II e III livello, anni 2005-2013 (val. %)

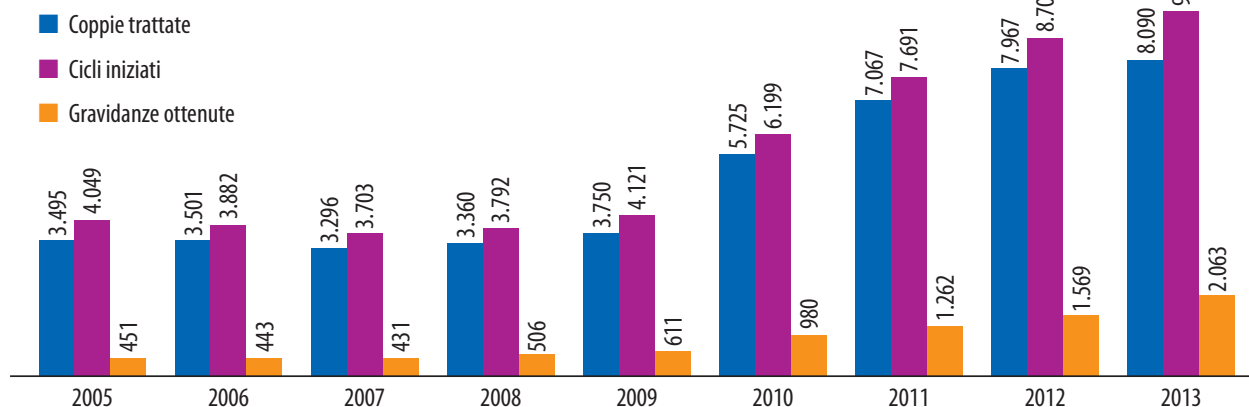


*Le percentuali sono calcolate sul totale dei cicli iniziati.

Fonte: elaborazione Censis su dati del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita.

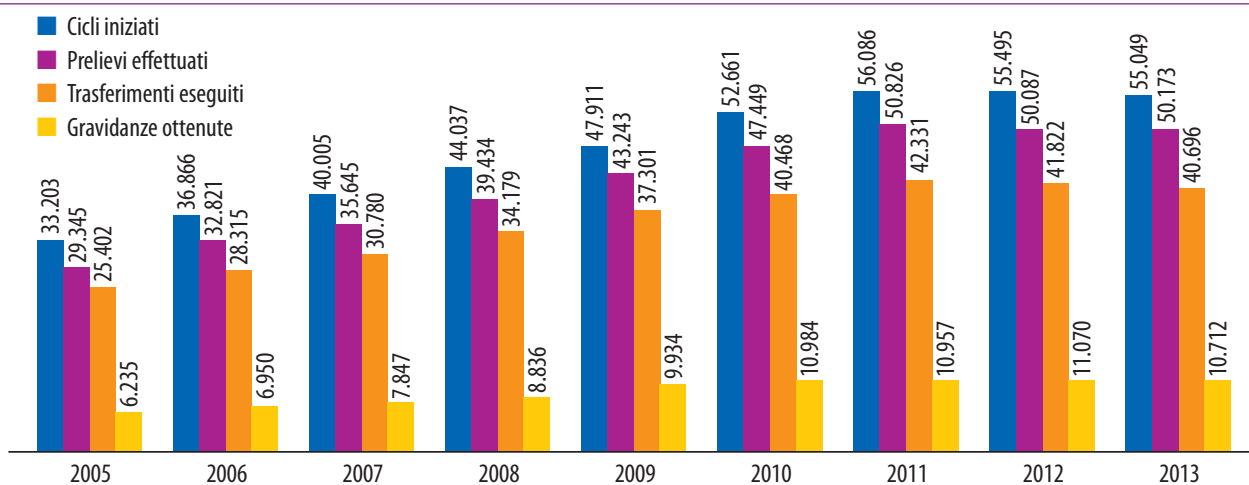
Se nel complesso, considerando le tecniche a fresco e quelle di scongelamento, si è assistito a un aumento nel tempo del numero di coppie trattate e dei cicli iniziati con entrambe le tecniche, osservando i dati in forma disaggregata, a fronte di un progressivo aumento (soprattutto a partire dal 2010) di coppie sottoposte a tecniche di scongelamento di embrioni ed ovociti, di cicli iniziati e di gravidanze ottenute con queste tecniche, si rileva, negli ultimi due anni disponibili, una diminuzione di coppie trattate con tecniche a fresco e di cicli iniziati (figure 4-5). Rispetto al 2011 si assiste anche a una lieve riduzione del numero di prelievi effettuati, di trasferimenti eseguiti e di gravidanze ottenute con tecniche a fresco (nel 2013 rispettivamente 50.173, 40.696, 10.712). Inoltre, il tasso di gravidanza ha fatto registrare un lieve aumento fino al 2010 sia in relazione ai cicli iniziati (27,2%), ai prelievi (23,2%) e ai trasferimenti effettuati (20,9%), per poi andare incontro a una lieve flessione negli anni successivi, in particolare nell'ultimo anno (rispettivamente il 26,3%, 21,3%, 19,5%) (figura 6).

Figura 4. Coppie trattate, cicli iniziati e gravidanze ottenute con tecniche di scongelamento embrioni e ovociti nei centri di II e III livello, anni 2005-2013 (v.a.)



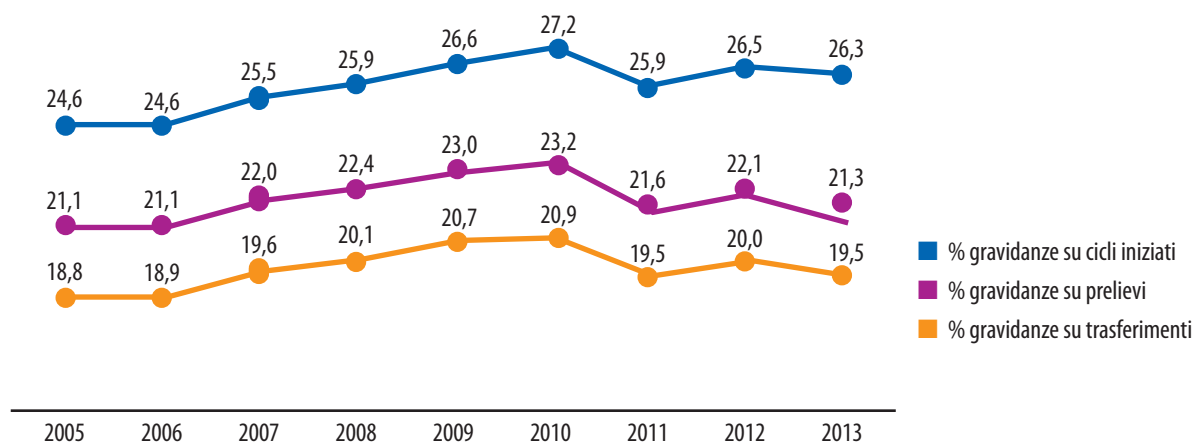
Fonte: elaborazione Censis su dati del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita.

Figura 5. Cicli iniziati, prelievi effettuati, trasferimenti eseguiti e gravidanze ottenute, su tecniche a fresco e di II e III livello (FIVET e ICSI), anni 2005-2013 (v.a.)



Fonte: elaborazione Censis su dati del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita.

Figura 6. Tassi di gravidanze su cicli iniziati, prelievi e trasferimenti effettuati per tecniche di II e III livello a fresco, anni 2005-2013 (val. %)



Fonte: elaborazione Censis su dati del Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita.

2. IL PROFILO DELLE COPPIE

2.1. Le caratteristiche socio-demografiche

Il primo aspetto preso in considerazione è il profilo delle coppie che hanno scelto di intraprendere un percorso di procreazione medicalmente assistita.

Richiamare i dati rilevati nel corso della precedente indagine, realizzata dal Censis nel 2008, si è rivelato utile al fine di comprendere se e come, nel tempo, si è modificato tale profilo. Rimane confermato che si tratta di coppie il cui legame, nella grande parte dei casi, è sancito dal matrimonio. Anche con riferimento allo status sociale siamo di fronte a un dato costante: ancora una volta si tratta di persone stabilmente inserite nel mercato del lavoro e che dichiarano di collocarsi quasi tutte in uno status socio-economico medio, con la maggioranza che lo indica medio-alto. Ciononostante, come già anticipato, nel corso degli 8 anni trascorsi dall'ultima indagine, qualcosa è cambiato. Si riduce di oltre 15 punti la percentuale di coppie sposate del campione (passando dall'87,0% nel 2008 al 71,2% nel 2016), mentre si presenta più ampia la percentuale di coppie conviventi (rispettivamente il 13,0% e il 28,8%).

Un trend che riflette l'evoluzione socio-demografica del nostro paese in cui, ormai da diversi anni, l'andamento dei matrimoni è quasi sempre preceduto dal segno negativo. Più nel dettaglio, se nel corso della precedente rilevazione le coppie residenti al Sud e Isole si presentavano quasi nella totalità dei casi sposate, e anche in misura più ampia dal confronto con le altre aree territoriali della penisola, dall'indagine attuale si presenta lievemente più ampia la percentuale di coppie sposate residenti al Centro (78,9% a fronte di una media pari a 71,2%), area in cui si rintraccia anche la differenza meno accentuata tra il 2008 e il 2016 nella percentuale di coppie unite in matrimonio (-8,1%), scarto che invece supera i 17 punti percentuali al Nord (**tabella 3**).

Tabella 3. Tipologia della coppia, per area geografica (val. %)

	Nord	Centro	Sud e Isole	Totale 2016	Totale 2008
Sposata	65,5	78,9	77,2	71,2	87,0
Convivente	34,5	21,1	22,8	28,8	13,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Diff. 2016-2008 coppie sposate	-17,8	-8,1	-15,1	-8,1	

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Inoltre, si osserva che all'aumentare dell'età della donna si riduce la quota di coppie sposate. La stessa dinamica era emersa anche nella precedente indagine. In particolare, considerando le coppie in cui il partner femminile ha attualmente fino a 34 anni, nel 75,7% si tratta di persone sposate, quota che scende al 65,7% se la donna ha 40 anni e oltre. Di conseguenza è maggiore, all'aumentare dell'età del partner femminile, la quota di coppie conviventi (dal 24,3% se la donna ha fino a 34 anni al 34,3% se ha 40 anni o più), probabilmente perché all'aumentare dell'età dei partner aumenta anche la possibilità di seconde unioni nei casi in cui uno o entrambi i partner siano divorziati o separati (**tabella 4**).

L'avanzare dell'età dei partner che si sottopongono alle tecniche di PMA sicuramente rientra tra i mutamenti più significativi nel profilo delle coppie. Nel 2016 l'età media del partner maschile risulta pari 39,8

anni, mentre nell'indagine condotta nel 2008 risultava pari a 37,7 anni. E se il partner maschile si presenta di circa 2 anni più grande, anche per il partner femminile si osserva un progressivo, anche se meno accentuato, aumento dell'età anagrafica che da 35,3 anni in media nel 2008 si eleva a 36,7 anni nel 2016 (tabella 5).

Tabella 4. Tipologia della coppia, per classe d'età della partner femminile (val. %)

	Fino a 34 anni	Da 35 a 39 anni	Da 40 anni in poi	Totale
Sposata	75,7	72,2	65,7	71,2
Convivente	24,3	27,8	34,3	28,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Diff. 2016-2008 coppie sposate	-15,7	-12,7	-15,8	-15,8

Fonte: indagine Censis 2016.

Tabella 5. Età media dei partner, per area geografica (val. medi)

	Partner maschile 2016	Partner femminile 2016	Partner maschile diff. 2016-2008	Partner femminile diff. 2016-2008
Nord	40,1	37,2	+2,3	+1,9
Centro	40,0	36,8	+2,1	+1,2
Sud e Isole	38,7	35,5	+1,2	+0,4
Totale	39,8	36,7	+2,0	+1,4

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Come è stato anticipato, il campione è composto da coppie che vivono un rapporto già consolidato, che nell'oltre il 74% dei casi va avanti da 7 anni e più.

Lunga si presenta anche la durata del matrimonio o della convivenza. Oltre il 70% delle coppie del campione è sposato o convive da più di 4 anni: il 24,6% è sposato o convive da 4 a 6 anni, il 17,3% da 6 a 8 anni e il 28,9% da oltre 8 anni. Il 29,2% è sposato o convive da meno di 4 anni, una percentuale che si presenta più contenuta rispetto alla precedente rilevazione (35,5%).

Mediamente le coppie intervistate sono sposate da 7 anni circa o conviventi da 6,6 anni; dal confronto con la precedente rilevazione si evince un aumento del tempo medio di matrimonio e convivenza (nel 2008 rispettivamente 6,5 e 5 anni) (tabella 6).

Tabella 6. Durata del rapporto e del matrimonio/convivenza (val. % e val. medi)

Durata del rapporto	2008	2016	Durata matrimonio/convivenza	2008	2016
Fino a 6 anni	26,7	25,7	Fino a 4 anni	35,5	29,2
Da 7 a 10 anni	29,1	35,3	Da 4,1 a 6 anni	22,7	24,6
Da 11 a 14 anni	20,8	19,5	Da 6,1 a 8 anni	17,8	17,3
Da 15 anni in su	23,4	19,5	Più di 8 anni	24,0	28,9
Totale	100,0	100,0	Totale	100,0	100,0
Durata media del rapporto	10,3 anni	10,3 anni	Durata media del matrimonio	6,5 anni	6,9 anni
			Durata media della convivenza	5,0 anni	6,6 anni

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

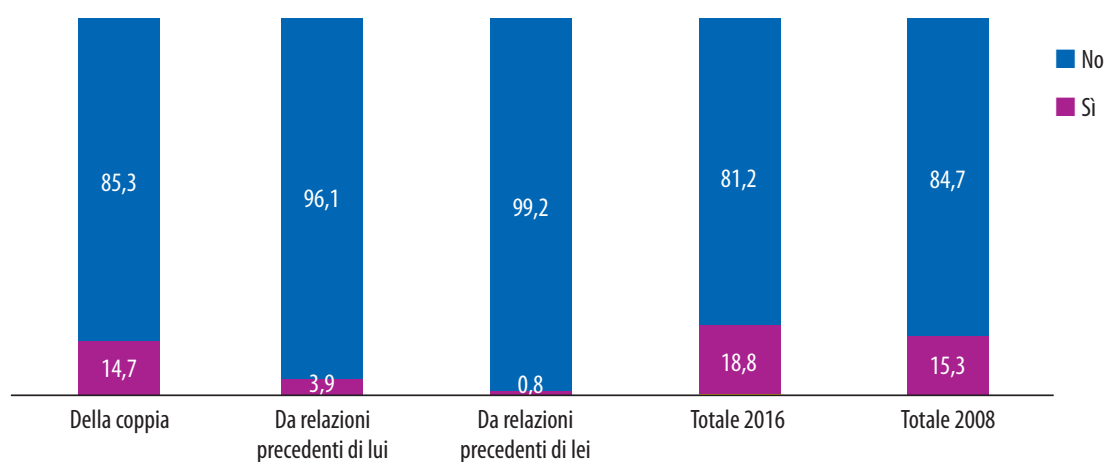
Si tratta, inoltre, di coppie che nell'85,3% dei casi non hanno ancora avuto figli insieme e che attraverso la PMA stanno cercando di avere il loro primo figlio. Il 14,7% delle coppie invece ha già avuto dei figli e il numero medio di figli della coppia è pari a 1,08 (a fronte del 1,03 rilevato in media nella scorsa indagine),

quindi sono coppie che con tutta probabilità hanno un solo figlio e che ricorrendo alle tecniche di PMA cercano di averne un secondo.

Invece, quando i figli non sono della coppia, nel 3,9% dei casi sono di precedenti relazioni del partner maschile e nello 0,8% del partner femminile (figura 7).

Dal confronto con la precedente indagine si osserva un aumento della percentuale di coppie che hanno già avuto insieme dei figli, passando dal 10,9% del 2008 al 14,7% nel 2016, un dato che può essere ricondotto all'aumento di coppie che si sottopongono alle tecniche di PMA per cercare di avere un'altra gravidanza. Infatti, la metà circa delle coppie che dichiara di avere dei figli insieme indica di averli avuti ricorrendo alla PMA (50,9%).

Figura 7. Presenza di figli, della coppia o da relazioni precedenti dei partner (val. %)



Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Diventare genitori oggi comporta sicuramente delle responsabilità economiche, e gli esborsi economici sono sicuramente non irrilevanti per una coppia che sceglie di ricorrere alla PMA. L'analisi del profilo socio-economico delle coppie coinvolte nello studio, infatti, ha messo in luce che si tratta di persone che nella maggior parte dei casi hanno una condizione professionale stabile e una situazione economica più o meno agiata.

Nello specifico, nell'88,8% dei casi si tratta di coppie in cui il partner maschile ha un contratto a tempo indeterminato, quota che tra chi risiede al Nord sale al 93,9% e al Sud e Isole si riduce a 82,4%, mentre non si osservano differenze in base al titolo di studio. Il restante 10,0% ha un contratto a tempo determinato, e con quote residuali si fa riferimento ad altre tipologie di contratto (tabella 7).

Stabilmente occupate (anche se in misura inferiore rispetto agli uomini) sono anche le partner femminili, che nel 71,3% dei casi hanno un contratto a tempo indeterminato, quota che al Sud e nelle Isole scende al 65,9%. Con percentuali approssimabili al 12% le coppie sono invece composte da partner femminili occupate a tempo determinato (in particolare al Centro, 18,0%) e casalinghe (più frequentemente al Sud e Isole, 15,3%) (tabella 8). Confrontando la condizione occupazionale degli intervistati con l'universo della popolazione italiana, si osserva che le coppie coinvolte nello studio sono occupate in misura decisamente più ampia rispetto alla popolazione, un dato che mette in luce come ad accedere alla procreazione medicalmente assistita siano coppie che godono di una certa stabilità economica. Guardando allo status sociale, infatti, oltre la metà (54,8%) si colloca a un livello socio-economico alto e medio alto, soprattutto i rispondenti del Centro (66,7%), mentre il 40,3% indica uno status medio-basso e il 4,9% uno status basso.

Tabella 7. Condizione professionale del partner maschile, per area geografica (val. %)

	Nord	Centro	Sud e Isole	Totale 2016	Totale 2008
Occupato a tempo indeterminato	93,9	84,0	82,4	88,8	81,1
Occupato a tempo determinato/precario	5,5	14,0	15,3	10,0	9,6
Disoccupato, in cerca di prima occupazione, in mobilità	0,0	2,0	1,2	0,6	3,6
Altra condizione non professionale	0,6	0,0	1,1	0,6	5,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Tabella 8. Condizione professionale della partner femminile, per area geografica (val. %)

	Nord	Centro	Sud e Isole	Totale 2016	Totale 2008
Occupata a tempo indeterminato	73,6	70,0	65,9	71,3	63,1
Occupata a tempo determinato/precario	10,7	18,0	12,9	12,2	13,2
Disoccupata, in cerca di prima occupazione, in mobilità	2,8	2,0	2,4	2,7	3,2
Casalinga	12,4	8,0	15,3	11,9	16,6
Altra condizione non professionale	0,5	2,0	3,5	1,9	3,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

La variabile geografica, dunque, esercita un impatto sulla condizione professionale ed economica delle coppie rivelando la prevalenza di una situazione professionale più stabile al Nord del paese e uno status più elevato al Centro. La percentuale di partner, sia uomini che donne, occupati a tempo indeterminato si presenta più ampia rispetto al 2008, così come più ampia è anche la quota di chi giudica il proprio status socio-economico alto e medio alto. Tuttavia, dal confronto con l'indagine condotta nel 2008, si evincono delle differenze territoriali più contenute rispetto alla condizione professionale: se il precedente studio metteva in luce un accentuato divario dal Nord a Sud della penisola (rispettivamente risultava occupato a Nord il 76,6% delle partner femminili a fronte del 37,3% registrato a Sud, così come significativa si presentava la differenza tra i partner maschili occupati residenti nelle diverse aree del paese), l'indagine attuale rivela un *gap* più contenuto. Inoltre, guardando allo status socio-economico, in questo nuovo studio si annulla la tradizionale distanza tra Nord e Sud, confermata nell'indagine del 2008, che vedeva le coppie del Nord più abbienti rispetto a quelle Sud, evidenziando invece una condizione economica dichiarata più agiata tra le coppie residenti al Centro (tabella 9).

Tabella 9. Auto-definizione della condizione socio-economica, per area geografica (val. %)

	Nord	Centro	Sud e Isole	Totale 2016	Totale 2008
Alta	2,8	2,1	3,7	2,8	3,1
Medio-alta	51,1	64,6	49,4	52,0	47,3
Medio-bassa	41,7	33,3	40,7	40,3	45,9
Bassa	4,4	0,0	6,2	4,9	3,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

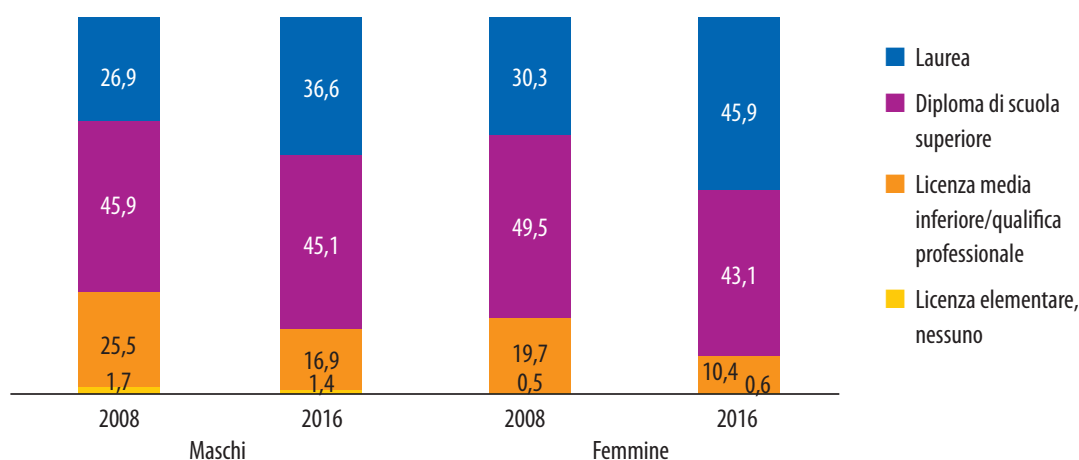
Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Guardando al livello di istruzione, si osserva che il titolo di studio prevalente per le partner femminili corrisponde alla laurea, di cui sono in possesso il 45,9% delle intervistate. Considerando l'area geografica, sono in possesso della laurea principalmente i rispondenti del Centro, sia donne (60,7%) che uomini (50,0%),

mentre tra i partner maschili residenti al Nord e al Sud e nelle Isole è il 34% circa a essere laureato contro il 45,1% e il 39,6% rispettivamente delle donne. Le percentuali di diplomati oscillano tra il 43% circa delle donne e il 45% circa degli uomini, in particolare se si tratta di coppie residenti al Nord e al Sud e nelle Isole. La quota restante è composta da donne (11,0%) e uomini (18,3%) con licenza media ed elementare.

È interessante osservare che rispetto alla precedente indagine si assiste a un miglioramento del livello di istruzione delle coppie intervistate che si sottopongono alla procreazione medicalmente assistita, considerando che nel 2008 la percentuale di diplomati era prevalente soprattutto tra le donne (45,9% tra gli uomini e 49,5% tra le donne) (figura 8, tabella 10).

Figura 8. Livello di istruzione, per genere (val. %)



Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Tabella 10. Livello di istruzione, per genere e area geografica (val. %)

		Nord	Centro	Sud e Isole	Totale
Partner maschile	Licenza elementare/nessuno	0,5	1,8	2,2	1,4
	Licenza media inferiore/qualifica professionale	18,8	7,1	18,7	16,9
	Diploma di scuola superiore	46,6	41,1	45,1	45,1
	Laurea	34,0	50,0	34,1	36,6
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Partner femminile	Licenza elementare/nessuno	0,0	0,0	1,1	0,6
	Licenza media inferiore/qualifica professionale	8,3	3,6	17,6	10,4
	Diploma di scuola superiore	46,6	35,7	41,8	43,1
	Laurea	45,1	60,7	39,6	45,9
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2016.

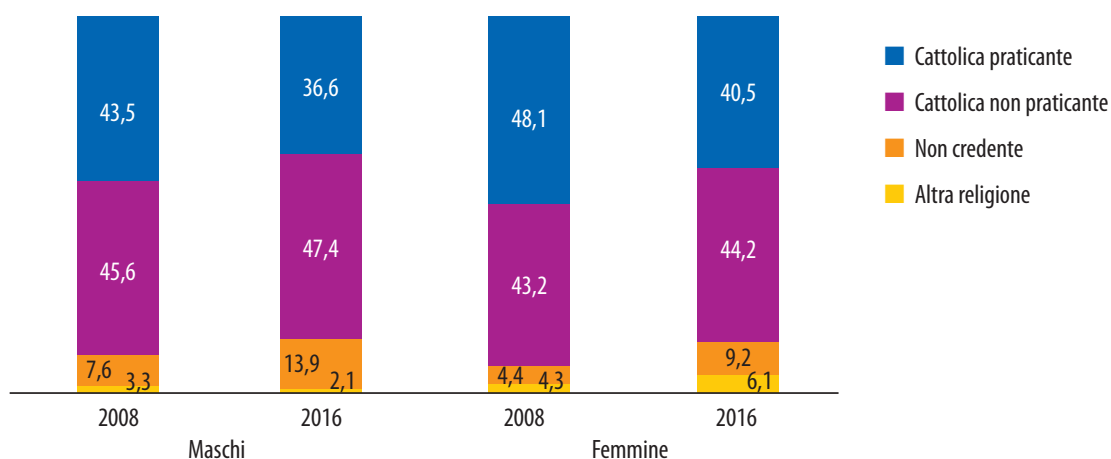
Una delle variabili trattate al fine di fornire un quadro completo del profilo delle coppie attiene al credo religioso, da cui possono derivare comportamenti e valutazioni morali che potrebbero avere un impatto sulla posizione delle coppie rispetto alla PMA.

Il campione è composto nel 77% circa dei casi da uomini e donne cattolici, una percentuale che si presenta più ridotta rispetto a quella rilevata nel 2008 (91,6%). Nell'indagine attuale, tra i partner maschili sono più numerosi quelli che si dichiarano cattolici non praticanti, pari al 47,4%, a fronte del 36,6% di praticanti, il 14% circa si definisce non credente, il 2% circa indica di seguire un'altra religione. Tra le donne, si ridimensiona

la differenza tra cattoliche praticanti e non praticanti, rimanendo pur sempre leggermente più numerose queste ultime (rispettivamente 40,5% e 44,2%). Il restante 9,2% delle donne indica di non professare alcuna religione e il 6,1% di avere un altro credo religioso. Si osserva, inoltre, che tra le coppie residenti al Nord e al Centro si presenta più ampia la percentuale di partner maschili e femminili non credenti.

Nonostante l'appartenenza alla fede cattolica si riveli meno diffusa in questa nuova indagine rispetto alla precedente, il campione è nella grande parte dei casi composto da coppie cattoliche, un dato importante in relazione alla scelta e alle valutazioni di natura etica che attengono alla procreazione medicalmente assistita (figura 9).

Figura 9. Appartenenza religiosa, per genere (val. %)



Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

3. I PRIMI PASSI DEL PERCORSO: DALL'ESPLICITAZIONE DEL PROBLEMA ALL'ACCESSO ALLA TERAPIA

3.1. L'ingresso del medico nella vita di coppia

Mediamente le coppie interpellate tentano di avere un figlio da 3,9 anni, un tempo leggermente inferiore a quello rilevato nella ricerca precedente in cui si superavano di poco i 4 anni. Rimane confermato l'incremento dei mesi di tentativi all'aumentare dell'età della donna con il picco nella fascia d'età oltre i 40 anni, che è pari a 52,8 mesi. In generale, si rileva una tendenziale riduzione di questo arco di tempo per le coppie attualmente impegnate in un percorso di PMA (tabella 11).

Tabella 11. Tempo trascorso dai primi tentativi di avere un figlio, per età della partner femminile. Confronto 2008-2016 (val. medi)

	2008		2016	
	mesi	anni	mesi	anni
Fino a 34 anni	40,8	3,4	40,3	3,4
Da 35 a 39 anni	52,9	4,4	47,9	4,0
Da 40 anni in poi	61,4	5,1	52,8	4,4
Totale	49,5	4,1	47,2	3,9

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Le coppie intervistate segnalano che i primi dubbi in relazione alla difficoltà di ottenere una gravidanza risalgono in media a 31,6 mesi e sono intervenuti dopo 15,5 mesi di tentativi. Sono le donne più giovani a essersi interrogate per prime sulle difficoltà incontrate, dal momento che le donne fino a 34 anni segnalano che hanno cominciato a preoccuparsi dopo 14,9 mesi dai primi tentativi. Se l'andamento risulta in linea con quello rilevato nel 2008, va segnalato che mediamente è comunque trascorso un tempo più lungo rispetto ai 12,2 mesi di media e agli 8,9 registrati per la classe d'età più giovane (tabella 12).

Tabella 12. Dopo quanto tempo la coppia si è posta i primi dubbi, in relazione alle difficoltà di ottenere la gravidanza. Confronto 2008-2016 (val. medi)

	Tempo intercorso tra i primi dubbi e oggi		Tempo intercorso tra i primi tentativi e i primi dubbi	
	mesi	anni	mesi	anni
2008				
Fino a 34 anni	32,0	2,7	8,9	0,7
Da 35 a 39 anni	37,4	3,1	15,5	1,3
Da 40 anni in poi	48,9	4,1	12,5	1,0
Totale	37,3	3,1	12,2	1,0
2016				
Fino a 34 anni	25,3	2,1	14,9	1,2
Da 35 a 39 anni	32,5	2,7	15,4	1,3
Da 40 anni in poi	36,3	3,0	16,5	1,4
Totale	31,6	2,6	15,5	1,3

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Sembrerebbe dunque, dall'indagine del 2016, che la consapevolezza della presenza di qualche difficoltà intervenga più tardi, mentre per le donne più avanti negli anni sembra essere data per scontata qualche difficoltà in più.

Anche sui tempi di medicalizzazione emergono delle differenze: mediamente le coppie intervistate hanno contattato il medico per la prima volta 20,7 mesi fa (contro i 28,1 mesi del 2008), mentre dal sospetto circa la presenza di difficoltà alla scelta di rivolgersi a un medico passano 10,9 mesi contro il 9,2 indicati nella precedente rilevazione. Si incrementa il tempo che si lascia trascorrere prima di rivolgersi a un medico soprattutto tra le donne della classe d'età intermedia, dai 35 ai 39 anni, passato da 5,8 mesi a 11,9. Tra il contatto con il medico e la prima terapia per l'infertilità (che non necessariamente coincide con il ricorso alla procreazione medicalmente assistita) è trascorso circa un anno (11,9 mesi in media), contro i 15,6 mesi del 2008. Guardando infine all'intero percorso, dal primo contatto con il medico al ricorso al primo centro di PMA, si osserva che in media trascorre poco più di un anno (12,7 mesi), circa 6 mesi in meno rispetto al dato rilevato nel 2008 (tabella 13).

Tabella 13. Tempi della medicalizzazione, per età della partner femminile. Confronto 2008-2016 (val. medi)

	Tempo intercorso tra il contatto col medico e oggi		Tempo intercorso tra i primi dubbi e il contatto con il medico		Tempo intercorso tra i primi tentativi e il contatto con il medico		Tempo intercorso tra il contatto con il medico e la prima terapia per l'infertilità		Tempo intercorso tra il contatto con il medico e il ricorso al primo centro di PMA	
	mesi	anni	mesi	anni	mesi	anni	mesi	anni	mesi	anni
2008										
Fino a 34 anni	21,2	1,8	10,7	0,9	19,6	1,6	15,5	1,3	17,4	1,5
Da 35 a 39 anni	31,6	2,6	5,8	0,5	21,3	1,8	16,1	1,3	20,8	1,7
Da 40 anni in poi	35,5	3,0	13,4	1,1	25,9	2,2	14,3	1,2	19,5	1,6
Totale	28,1	2,3	9,2	0,8	21,4	1,8	15,6	1,3	19,2	1,6
2016										
Fino a 34 anni	15,9	1,3	9,5	0,8	24,4	2,0	11,5	1,0	12,3	1,0
Da 35 a 39 anni	20,6	1,7	11,9	1,0	27,3	2,3	12,3	1,0	12,6	1,1
Da 40 anni in poi	25,6	2,1	10,7	0,9	27,3	2,3	12,1	1,0	13,3	1,1
Totale	20,7	1,7	10,9	0,9	26,5	2,2	11,9	1,0	12,7	1,1

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Nel 2008, dai primi tentativi di ottenere una gravidanza al momento della medicalizzazione erano passati mediamente 21,4 mesi, quasi due anni; con un andamento del dato che mette in luce la tendenza, già evidenziata, delle donne più anziane ad attendere più a lungo prima di rivolgersi a un medico: complessivamente le coppie in cui la donna ha meno di 34 anni hanno atteso 1,6 anni prima di contattare un medico contro i più di 2 anni delle coppie in cui la donna ha da 40 anni in su.

Nel 2016, le differenze tra le classi di età sono meno marcate, e passano almeno 2 anni in tutti i casi, con una media generale pari a 2,2 anni.

Più significative le differenze legate al livello di istruzione della coppia (variabile sintetica costruita a partire dal titolo di studio dei due partner), all'aumentare del quale presenta tempi più brevi sia la presa di coscienza della difficoltà sia la ricerca di un responso medico, anche se rispetto al 2008 le differenze appaiono meno marcate:

- se nel 2008 i primi tentativi di avere un figlio sono iniziati da circa 70 mesi nelle coppie con livello di istruzione basso, 51 mesi in quelle con livello di istruzione medio e 39,7 mesi in quelle con livello di

istruzione alto, nel 2016 rimane confermato che le coppie con livello di istruzione più basso si trovano a fronteggiare l'infertilità da più tempo rispetto a quelle più scolarizzate ma il range va dai 67,5 mesi delle meno istruite ai 42,4 di quelle con i titoli di studio più elevati (tabella 14);

- anche rispetto al tempo intercorso tra i primi tentativi e le prime domande in merito alle difficoltà di ottenere una gravidanza si nota una situazione analoga: i primi dubbi sono sorti dopo 20 mesi (quasi due anni) nelle coppie con livello di istruzione più basso (dato sovrapponibile a quello rilevato nel 2008), si riducono a 16,7 (12,4 mesi nel 2008) in quelle con livello di istruzione medio e, pur riducendosi a 13,9 mesi (poco più di un anno) in quelle con livello più elevato, superano i più ridotti 8,5 indicati nel 2008 (tabella 15);
- la medicalizzazione del problema rispetto ai primi tentativi di ottenere una gravidanza ha ancora tempi diversi: 32,3 mesi per le coppie meno istruite, più di 2 anni e mezzo, contro i 23,9 (quasi 2 anni) fatti trascorrere da quelle più istruite. Nel 2008, confrontando questi tempi tra le due categorie di coppie, si rilevava quasi un dimezzamento: circa 30 mesi, pari a oltre 2 anni e mezzo per le coppie con livello di istruzione basso, contro i 15,5 mesi, poco più di un anno, rilevato per le coppie con alta scolarizzazione;
- si rintracciano differenze in base al livello di istruzione anche riguardo al tempo intercorso tra il contatto con il medico e il ricorso al primo centro di PMA: 12,7 mesi in media che diventano 19,2 tra le coppie con livello di istruzione basso (tabella 15).

Anche in questa ultima indagine, dunque, rimane confermato che le coppie meno istruite siano arrivate ai centri di PMA dopo un percorso significativamente più lungo in termini di tempo rispetto a quelle più scolarizzate. L'istruzione con ogni probabilità migliora i livelli di conoscenza e le possibilità di accedere a informazioni sul tema dell'infertilità e sui modi per combatterla che avvantaggiano, già nella fase iniziale, chi ne dispone. Non è un caso che i dati facciano emergere una più marcata differenza a seconda del livello di istruzione nella durata della fase della presa di coscienza (dunque l'intervallo tra i primi tentativi e i primi dubbi), con un evidente impatto anche sui tempi di medicalizzazione.

Tabella 14. A quanti mesi prima risalgono i primi tentativi, i dubbi, il contatto con il medico, l'accesso alla prima terapia e il ricorso al primo centro di PMA, per livello di istruzione*. Confronto 2008-2016 (val. medi in mesi)

<i>A quanti mesi prima risalgono ...</i>					
	i primi tentativi mirati	i primi dubbi	il primo contatto con il medico	la prima terapia per l'infertilità	il contatto con il primo centro di PMA
2008					
Basso	69,9	49,7	40,4	20,1	16,0
Medio	51,0	38,6	27,7	12,1	7,9
Alto	39,7	31,2	24,2	10,3	7,7
Totale	49,5	37,3	28,1	12,5	8,9
2016					
Basso	67,5	47,6	35,2	16,0	16,0
Medio	49,3	32,7	21,2	9,5	8,4
Alto	42,4	28,5	18,5	7,1	6,7
Totale	47,2	31,6	20,7	8,8	8,0

*Variabile sintetica costruita a partire dal titolo di studio dei due partner.

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Tabella 15. Tempo trascorso tra i primi tentativi, i dubbi, il contatto con il medico, l'accesso alla prima terapia e il ricorso al primo centro di PMA, per livello di istruzione della coppia. Confronto 2008-2016 (val. medi in mesi)

<i>Quanti mesi sono intercorsi ...</i>					
	tra i primi tentativi e i primi dubbi	tra i primi dubbi e il primo contatto con il medico	tra i primi tentativi e il primo contatto con il medico	tra il contatto con il medico e la prima terapia per l'infertilità	tra il contatto con il medico e il contatto con il primo centro di PMA
2008					
Basso	20,1	9,3	29,5	20,3	24,4
Medio	12,4	10,9	23,3	15,6	19,8
Alto	8,5	7	15,5	13,9	16,5
Totale	12,2	9,2	21,4	15,6	19,2
2016					
Basso	20,0	12,4	32,3	19,2	19,2
Medio	16,7	11,5	28,2	11,6	12,7
Alto	13,9	10,0	23,9	11,3	11,8
Totale	15,5	10,9	26,5	11,9	12,7

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Tuttavia, nel complesso, nella nuova indagine emerge un ulteriore allungamento dei tempi di medicalizzazione: già nel 2008 il dato medio di 21,4 mesi evidenziava tempi tendenzialmente più lunghi dei 12-18 mesi di rapporti sessuali non protetti a cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fa riferimento per definire l'infertilità di coppia a fronte di un dato attuale che risulta ancora più elevato ed è pari a 26,5 mesi in media trascorsi dai primi tentativi al primo contatto con il medico.

Considerando la definizione adottata nelle Linee guida del Ministero della Salute per l'attuazione della legge 40/2004, secondo le quali viene definita sterilità (infertilità) l'assenza di concepimento dopo 12-24 mesi di regolari rapporti sessuali non protetti, la differenza appare meno marcata rispetto ai tempi stabiliti dall'OMS; ma, anche in questo caso, va messo in luce il peso esercitato su questa discrepanza dalla differenza di livello di istruzione delle coppie, dal momento che il ritardo si registra di nuovo soprattutto nelle coppie meno istruite.

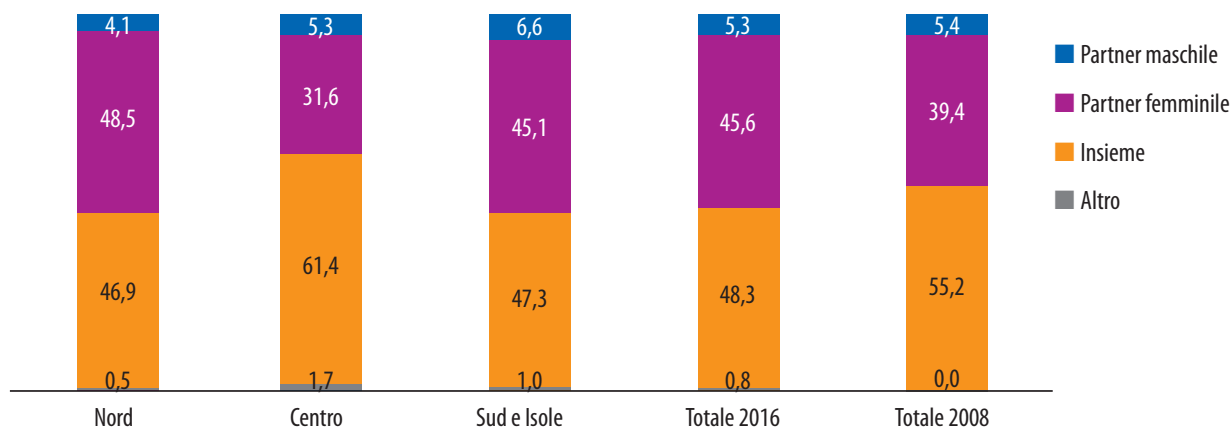
In sintesi i dati suggeriscono che mentre si mantiene una correlazione significativa tra alti titoli di studio e tempi di medicalizzazione più ridotti, appare molto meno marcata la differenza legata all'età della donna, anche se sono ancora tendenzialmente più lunghi i tempi della presa di coscienza e della medicalizzazione dell'infertilità nelle coppie in cui la donna ha più di 35 anni.

Per addentrarci più da vicino nel vissuto delle coppie, è sembrato interessante chiedere ai rispondenti di indicare quale dei due partner abbia proposto all'altro di rivolgersi al medico per affrontare il problema. Nel 48,3% dei casi si è trattato di una possibilità che la coppia ha valutato congiuntamente, mentre nei casi in cui a proporlo sia stato uno dei due partner, si è trattato più frequentemente della donna (45,6%); solo nel 5,3% è stato invece l'uomo a proporre il ricorso al medico (figura 10).

In base all'area geografica di residenza delle coppie, si osserva che tra le coppie del Centro è più frequente la situazione in cui entrambi i partner abbiano congiuntamente optato per il ricorso al medico (61,4%), tra le coppie residenti al Nord si è trattato più spesso di una proposta avanzata dalla partner femminile (48,5%) e al Sud e Isole in maniera lievemente più frequente dall'uomo (6,6%). Inoltre, le coppie con un livello di istruzione basso indicano più spesso di aver deciso congiuntamente di rivolgersi al medico (60,9%).

Rispetto alla precedente indagine, si osserva che si riduce di circa 6 punti percentuali la quota di coppie che congiuntamente decidono di rivolgersi al medico (nel 2008 era pari al 55,2%), mentre aumenta il suggerimento proveniente dalla partner femminile (era il 39,4% nel 2008).

Figura 10. Chi ha proposto per primo di rivolgersi a un medico per affrontare il problema, per area geografica (val. %)

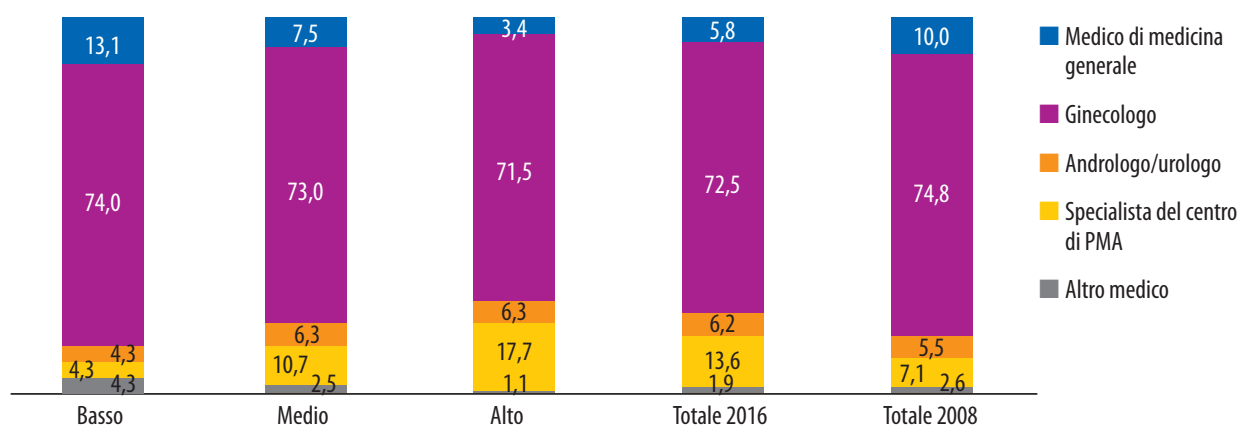


Fonte: Indagini Censis 2008 e 2016.

Il professionista a cui la coppia si è rivolta la prima volta è nella grande parte dei casi il ginecologo (72,5%), in particolare al Sud e Isole (78,0%) e se la donna ha 40 anni e oltre (77,4%). Il 13,6% indica invece di essersi rivolto direttamente allo specialista di un centro PMA, in particolare tra le coppie residenti al Nord (16,6%). Con quote molto più ridotte si fa invece riferimento all'andrologo e/o urologo (6,2%) e al medico di medicina generale (5,8%).

Guardando al livello di istruzione della coppia, si nota che tra i meno istruiti la quota di chi si è rivolto al medico di medicina generale, come primo professionista interpellato, sale al 13,1%, mentre all'aumentare del livello di istruzione aumenta anche l'indicazione dello specialista del centro di PMA come primo medico a cui la coppia si è rivolta (figura 11).

Figura 11. Primo professionista a cui la coppia si è rivolta, per livello di istruzione (val. %)



Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Inoltre, il confronto con la precedente indagine mette in luce un aspetto da non trascurare, in quanto si presenta quasi raddoppiata la quota di coppie che si rivolgono direttamente allo specialista del centro di PMA (il 7,1% nel 2008 a fronte del 13,6% dell'attuale indagine), e si riduce la percentuale di coppie che in

prima battuta hanno contattato il ginecologo e il medico di medicina generale (nel 2008 rispettivamente il 74,8% e il 10,0%).

Il primo contatto con un medico dà inizio, per più della metà delle coppie, al percorso diagnostico mediante la prescrizione di alcuni esami da effettuare (59,7%) o l'invio presso uno specialista, come il ginecologo o l'andrologo/urologo (18,8%) o direttamente presso un centro di PMA pubblico (17,1%) o privato (7,6%) (tabella 16).

Tabella 16. Cosa è successo al primo contatto con il medico, per livello di istruzione (val. %)

	2008	2016
Ci sono stati prescritti alcuni esami diagnostici	49,1	59,7
Siamo stati rassicurati e invitati ad avere pazienza	23,4	26,9
Siamo stati inviati da uno specialista (ginecologo, andrologo/urologo)	11,3	18,8
Siamo stati inviati a un centro di PMA pubblico	7,5	17,1
Siamo stati inviati a un centro di PMA privato	2,4	7,6
È stata subito avviata una terapia per l'infertilità	4,6	6,2
Ci sono stati prescritti dei farmaci	1,6	5,6

Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Pochi i casi in cui fin da subito è stata avviata una terapia per l'infertilità (6,2%) o sono stati prescritti dei farmaci (5,6%). Al contrario, il 26,9% è stato semplicemente invitato ad avere pazienza e a proseguire in maniera naturale con i tentativi.

Confrontando i dati emersi da questa indagine con quelli relativi allo studio precedente, si osserva che aumenta di oltre 10 punti percentuali la quota di coppie cui sono stati prescritti esami diagnostici e anche quella delle coppie inviate presso un centro per la PMA pubblico. Contestualmente, più numerose sono anche le coppie che indicano di essere state inviate dal medico a ritentare in maniera naturale.

Tabella 17. Cosa è successo al primo contatto con il medico, per tipo di medico cui si è rivolta la coppia (val. %)

	Ginecologo	Medico di medicina generale	Specialista del centro di PMA	Andrologo/urologo	Altro medico	Totale
Ci sono stati prescritti alcuni esami diagnostici	56,4	33,3	83,7	59,1	85,7	59,7
Siamo stati rassicurati e invitati ad avere pazienza	31,1	23,8	12,2	22,7	0,0	26,9
Siamo stati inviati dallo specialista (ginecologo, andrologo/urologo)	19,1	38,1	6,1	27,3	14,3	18,8
Siamo stati inviati a un centro di PMA pubblico	17,1	19,0	12,2	13,6	57,1	17,1
Siamo stati inviati a un centro di PMA privato	7,8	0,0	4,1	9,1	42,9	7,6
È stata subito avviata una terapia per l'infertilità	6,6	0,0	6,1	9,1	0,0	6,2
Ci sono stati prescritti dei farmaci	5,8	0,0	4,1	9,1	0,0	5,3
Totale						

Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Si osservano, comunque, delle differenze nell'approccio adottato dal medico che dipendono anche dalle competenze del primo professionista interpellato dalla coppia. In particolare, tra chi si è rivolto al medico di medicina generale prevale, come indicazione, l'invito a consultare uno specialista (38,1%) o a fare esami diagnostici (33,3%). Le coppie che hanno interpellato un ginecologo hanno iniziato nel 56,4% dei casi il percorso clinico con la prescrizione di alcuni esami da effettuare oppure sono state inviate a consultare altri specialisti (19,1%) e centri per la PMA pubblici e privati (rispettivamente 17,1% e 7,8%). Chi si è rivolto direttamente al centro di PMA ha iniziato nell'84% circa dei casi con un percorso diagnostico. Inoltre, pensando alle coppie a cui è stato consigliato di avere pazienza si nota che si tratta di una situazione più frequente se la coppia ha consultato il ginecologo (31,1%) piuttosto che il medico di medicina generale (23,8%) o il centro di PMA (12,2%) (tabella 17).

3.2. L'iter diagnostico, modalità e criticità

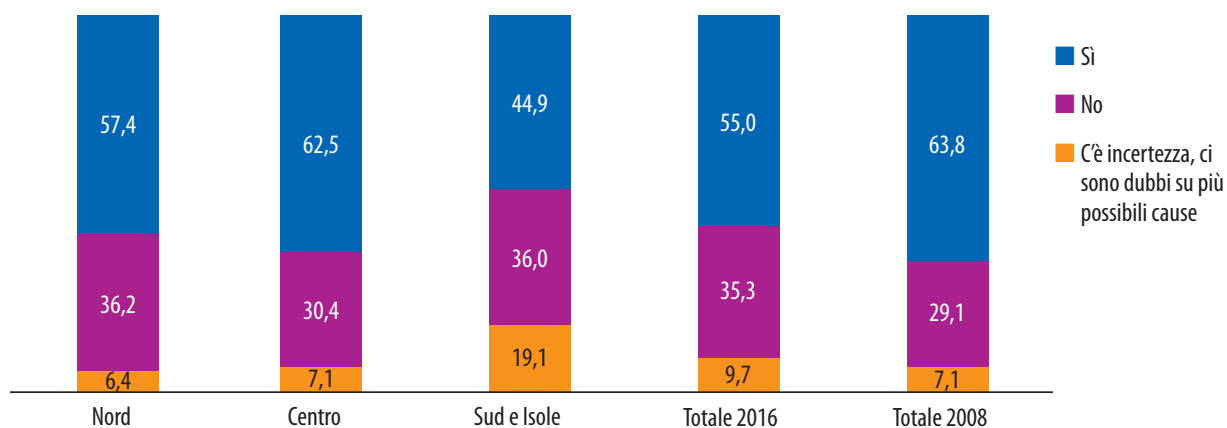
Dopo il contatto con il medico ha inizio per la coppia il percorso diagnostico per l'individuazione delle cause dell'infertilità, un iter che non sempre porta al riconoscimento di una condizione clinica come causa specifica di infertilità. Il campione, infatti, appare diviso tra le coppie alle quali è stato diagnosticato un problema di infertilità connesso a una causa specifica (il 55,0%) e la parte restante composta dal 9,7% che riconosce la presenza di dubbi del medico su possibili cause e dal 35,3% di coppie per le quali la causa di infertilità rimane inspiegata (infertilità idiopatica). Quest'ultimo è un dato sovrastimato se confrontato con le stime fornite dall'OMS, in base alle quali l'infertilità idiopatica interessa il 10-15% delle coppie. Un valore simile si rintraccia nell'ultimo Report (2013) sull'attività del Registro Nazionale Italiano Procreazione Medicalmente Assistita che individua nel 14,8% delle coppie trattate con cicli a fresco quelle affette da infertilità idiopatica.

Analizzando i dati emersi da questo studio in base alla tipologia di centro, si osserva che tra chi è in cura presso un centro privato, il 60% circa segnala che nella coppia è stata individuata una condizione clinica specifica come causa di infertilità, quota che tra le coppie che si sono rivolte al pubblico scende al 49,6% e si attesta al 56,5% tra chi è in cura presso un centro privato convenzionato. Inoltre, in base all'area geografica delle coppie si nota che al Sud e Isole la quota di coppie che hanno ricevuto una specifica diagnosi di infertilità si riduce al 44,9% mentre sale al 62,5% tra le coppie del Centro. Inoltre, sempre tra le coppie residenti al Mezzogiorno, è il 19,1% (circa 10 punti in più rispetto alla media del campione) a segnalare dubbi e incertezze del medico circa la causa (figure 12-13).

Inoltre, considerando l'età della partner femminile si osserva che all'aumentare dell'età si riduce anche la quota di chi indica da parte del medico il riconoscimento di una condizione clinica specifica alla base dell'infertilità della coppia (passando dal 59,0% tra le coppie in cui la donna ha fino a 34 anni al 47,6% se la donna ha 40 anni e oltre), probabilmente perché le difficoltà del concepimento sono semplicemente legate all'avanzare dell'età.

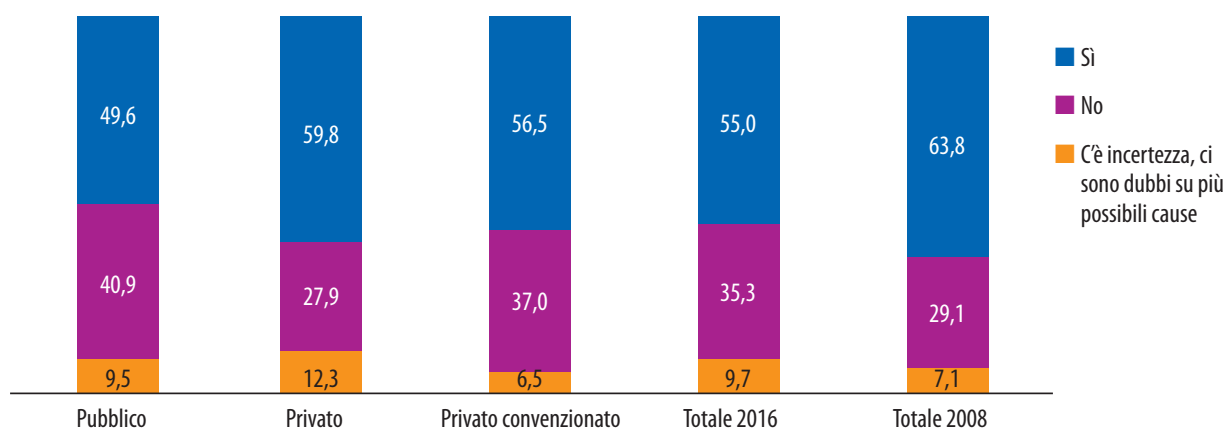
Dal confronto con l'indagine condotta nel 2008, un dato che cattura l'attenzione è sicuramente legato alla diminuzione significativa (quasi 9 punti) della percentuale di coppie a cui è stata diagnosticata una causa specifica dell'infertilità della coppia.

Figura 12. Riconoscimento di una condizione clinica specifica come causa dell'infertilità, per area geografica (val. %)



Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Figura 13. Riconoscimento di una condizione clinica specifica come causa dell'infertilità, per tipologia di centro (val. %)

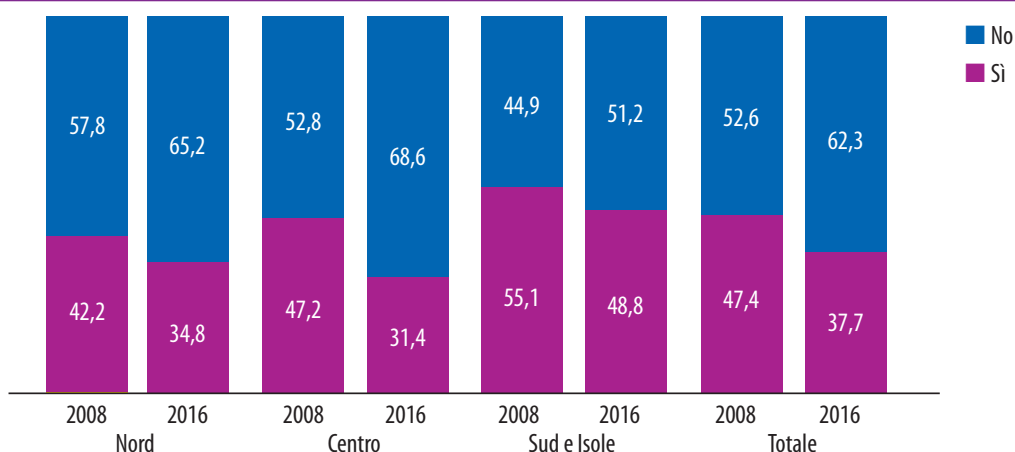


Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Come già anticipato, il percorso diagnostico per le coppie con problemi di infertilità può rivelarsi articolato e presupporre il confronto con medici diversi prima di individuare la possibile causa dell'infertilità. In questo studio, il 37,7% delle coppie del campione dichiara di essersi rivolto a medici diversi prima di individuare la causa dell'infertilità, una percentuale destinata a variare in base all'area geografica di residenza, in quanto al Sud e Isole la quota sale al 48,8% per ridursi al 31,4% al Centro e al 34,8% al Nord (figura 14). Il peso della variabile territoriale era già emerso nello studio precedente lasciando trapelare, già otto anni fa, un percorso meno lineare per le coppie del Sud e Isole per le quali era stato necessario rivolgersi a più medici prima di conoscere la causa dell'infertilità. Nonostante il permanere di differenze territoriali, la necessità di ricorrere a più medici prima di individuarne la causa appare oggi notevolmente ridimensionata (nel 2008 il 47,4% aveva segnalato di aver consultato più di un medico per individuare la causa) e i margini di miglioramento si rintracciano più ampiamente tra le coppie del Centro, passando dal 47,2% del 2008 al 31,4% del 2016.

In base all'età della partner femminile, si osserva che all'aumentare dell'età si riduce la consultazione di uno o più professionisti per individuare la causa di infertilità (passando dal 59,2% delle coppie in cui la donna ha fino a 34 anni al 47,6% delle coppie con la partner di 40 anni e oltre) che, con tutta probabilità, è legata all'età avanzata, mentre se la partner femminile è più giovane potrebbe risultare più complesso individuare i motivi che la determinano.

Figura 14. Coppie che hanno indicato di aver consultato medici diversi prima di individuare la causa dell'infertilità, per area geografica (val. %)

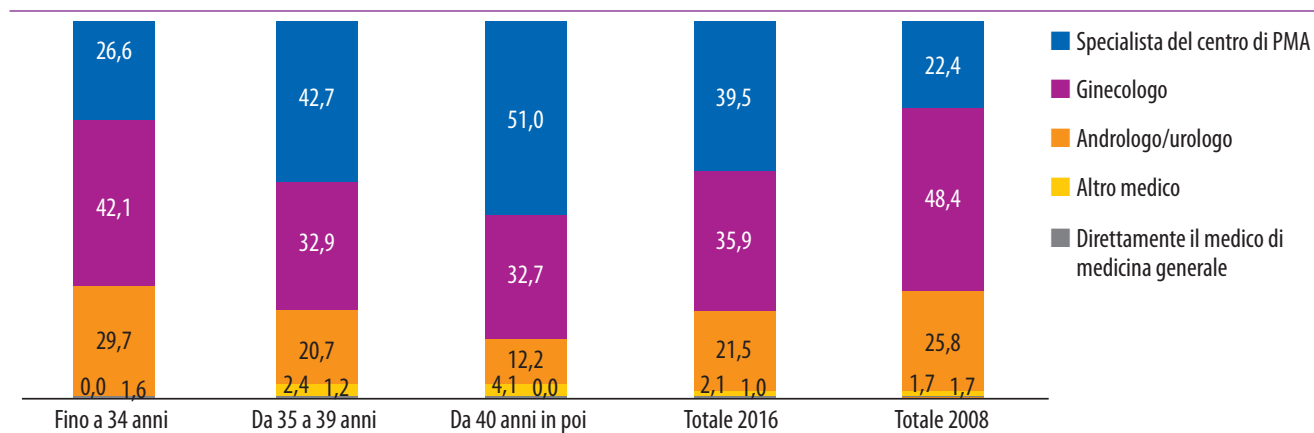


Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Considerando più nello specifico la porzione del campione a cui è stata riconosciuta una condizione clinica specifica alla base dell'infertilità (55,0%), nel 39,5% si tratta di una causa individuata dallo specialista del centro di PMA, nel 35,9% a individuarla è stato invece il ginecologo, nel 21,5% dei casi l'andrologo/urologo e con quote residuali si fa riferimento al medico di medicina generale e ad altri specialisti. Secondo le stime dell'OMS l'infertilità di coppia è legata per il 30% al fattore maschile e per un altro 20% al fattore maschile e femminile, quindi risulta spesso indispensabile il coinvolgimento di altri specialisti oltre il ginecologo.

Considerando la variabile geografica, dai dati emerge che al Nord il riconoscimento della causa è avvenuto più frequentemente da parte dello specialista del centro di PMA (45,9%) mentre al Centro è citato più il ginecologo (48,6%). Inoltre, è interessante osservare che, in base all'età della donna, tra le coppie in cui la partner femminile ha 40 anni e più la causa è stata individuata più spesso dallo specialista del centro di PMA (51,0%), mentre tra le coppie più giovani, in cui la donna ha fino a 34 anni, è più frequente l'indicazione del ginecologo (42,1%) (figura 15).

Figura 15. Professionista che ha individuato la causa dell'infertilità, per età della partner femminile (val. %) N=55,0% nel 2016 e 63% nel 2008



Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

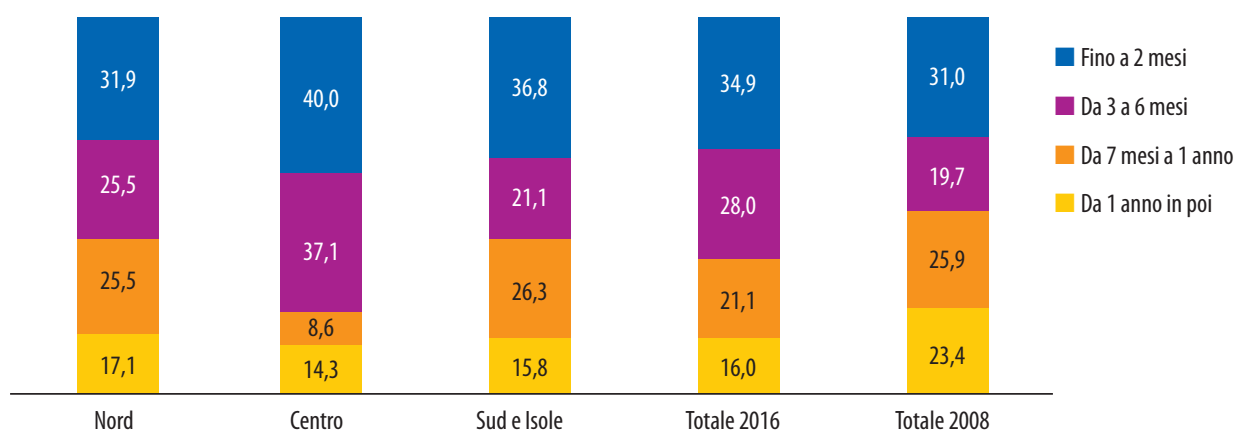
Il quadro sembra essere mutato dal confronto con l'indagine realizzata nel 2008: il ginecologo, che risultava citato dalla metà circa delle coppie (48,4%), nello studio attuale è indicato da una quota inferiore e pari al 36% circa delle coppie, mentre aumenta l'indicazione dello specialista del centro di PMA (passando dal

22,4% del 2008 al 39,5% del 2016), anche perché, come già detto, aumenta la porzione di coppie che oggi si rivolgono allo specialista del centro di PMA fin dal primo sospetto di problemi di infertilità.

Risultano migliorati i tempi per l'individuazione della causa dell'infertilità, con il 34,9% che indica 2 mesi dal ricorso a un medico all'individuazione della causa, una percentuale che oggi risulta più ampia di quella rilevata nel 2008 (31,0%). Aumenta, dal confronto, anche la percentuale di chi ha atteso da 3 a 6 mesi (il 28,0% a fronte del 19,7% nel 2008), mentre si riducono le quote di chi indica tempi più lunghi: il 21,1% ha atteso da 7 mesi a un anno, il 16,0% più di un anno, quote che nello studio precedente corrispondevano rispettivamente al 25,9% e al 23,4% (figura 16).

In media, le coppie hanno atteso 8,9 mesi prima che il medico individuasse la causa, a fronte dei 13,6 mesi registrati nel 2008. Anche su questa variabile pesa l'area geografica di residenza delle coppie, con la differenza che questa volta risulta essere il Centro l'area in cui le coppie hanno aspettato di meno: il 77,1% ha infatti aspettato al massimo fino a 6 mesi a fronte del 57,4% registrato al Nord e del 57,9% registrato al Sud e Isole. Inoltre, in base alla tipologia di centro presso cui sono attualmente in cura le coppie, si osserva che le coppie seguite da centri privati hanno indicato tempi più contenuti dal ricorso a un medico all'individuazione di una causa di infertilità (il 72,7% indica di aver atteso fino a un massimo di 6 mesi, a fronte del 63,8% registrato nel privato convenzionato e del 51,6% nel pubblico).

Figura 16. Tempo trascorso dal ricorso al medico all'individuazione della causa di infertilità, per area geografica (val. %)



Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Come è stato già ricordato, il percorso delle coppie, dalla presa di coscienza dei problemi di infertilità all'accesso alle tecniche di PMA, presuppone un iter più o meno lungo durante il quale le coppie possono scegliere di rivolgersi a più professionisti prima di individuare il punto di riferimento nella cura e decidere eventualmente di cambiarlo (figura 17). Nel nostro campione, il 34,8% delle coppie indica di aver cambiato il punto di riferimento rivolgendosi a più medici (16,1%) e/o centri (23,3%), mentre il 65,2% ha sempre mantenuto lo stesso punto di riferimento. Da sottolineare che si tratta di un dato che non necessariamente deve avere corrispondenza con la percentuale con cui le coppie indicano di aver frequentato diversi medici e centri, in quanto si potrebbe trattare di professionisti che pur essendo stati consultati potrebbero non essere stati riconosciuti come un riferimento nella cura (infatti nel nostro campione un numero di coppie leggermente più ampio ha indicato di aver frequentato medici e centri diversi, rispettivamente il 37,7% e il 27,8%).

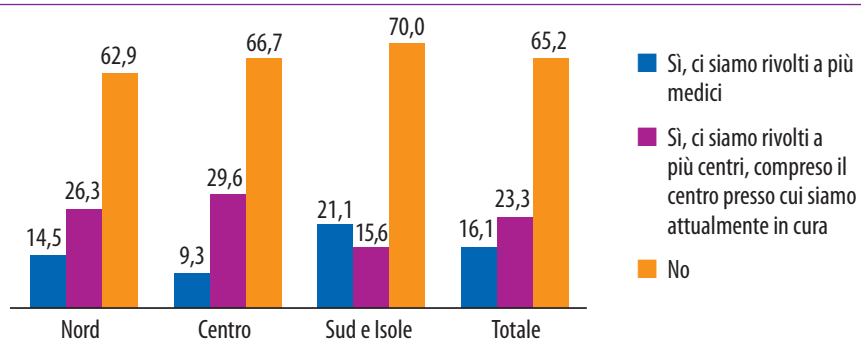
Passando da Nord a Sud del paese aumenta la quota di chi indica di aver mantenuto lo stesso riferimento, sia che si tratti di un medico che di un centro. Tuttavia, analizzando i dati in forma disaggregata, si registra al Sud e Isole la quota più ampia di coppie che indicano di aver cambiato il medico come punto di riferimento (21,1%), mentre tra le coppie residenti al Centro e al Nord rispettivamente il 29,6% e il 26,3% hanno

cambiato il centro di riferimento (figura 17). Inoltre, in base al titolo di studio, si nota che all'aumentare del livello di istruzione aumenta la percentuale di chi ha cambiato il punto di riferimento nella cura rivolgendosi a medici o centri diversi (passando dal 31,8% dei meno istruiti al 35,7% dei più istruiti).

Nello specifico, il 14,7% ha dichiarato di essersi rivolto a un solo altro medico che è diventato il nuovo punto di riferimento nella cura, e la restante parte delle coppie che ha indicato di aver cambiato il professionista di riferimento è divisa tra chi dichiara di aver individuato come riferimento nella cura 2 medici nel percorso fino a ora compiuto (41,7%) e chi ne indica 3 (43,8%), con un valore medio che corrisponde a 2,8.

Guardando ai centri riconosciuti come punto di riferimento nella cura (e che non è detto corrispondano ai centri frequentati), il valore medio si riduce a 2,3. In particolare, la grande parte, pari al 72,1%, riconosce fino a 2 centri, compreso quello presso cui si trova attualmente in cura, come riferimenti nella cura nel percorso fino a ora compiuto, il restante 27,9% ne cita più di 2.

Figura 17. Coppie che hanno cambiato il punto di riferimento nella cura, per area geografica (val. %)



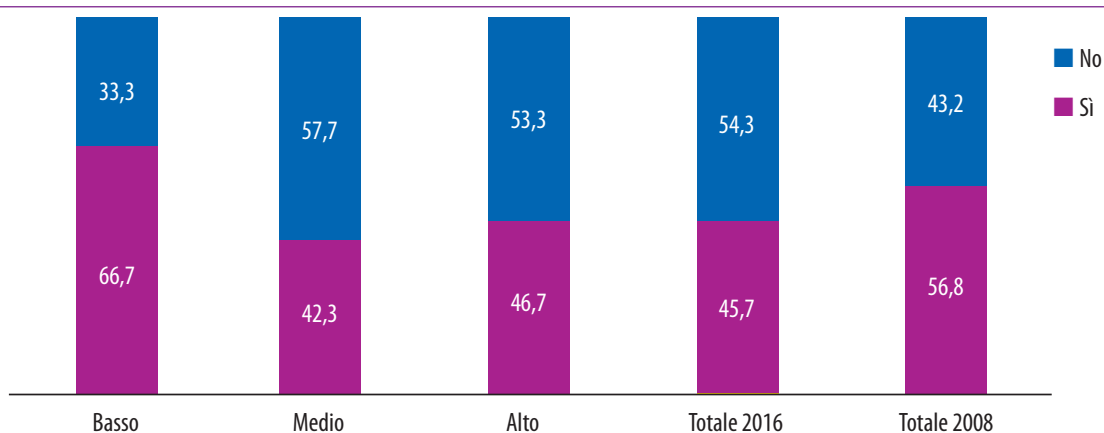
Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis 2016.

La sensazione che sia trascorso troppo tempo dalla fase di esplicitazione del problema alla medicalizzazione accomuna quasi la metà delle coppie (45,7%), in particolare le coppie con un basso livello di istruzione (66,7%) e anche gli intervistati che vivono al Nord (48,4%) e quelli in cui la partner femminile ha tra i 35 e i 39 anni (50,4%), l'età di passaggio a una più avanzata in cui le possibilità di ottenere una gravidanza si riducono.

Inoltre, dal confronto con l'indagine precedente si osserva che appare oggi meno diffusa la sensazione di aver impiegato troppo tempo nel percorso fin qui compiuto (era il 56,8% nel 2008) (figura 18).

Figura 18. Sensazione della coppia di aver impiegato troppo tempo per il percorso fin qui realizzato, per livello di istruzione (val. %)



Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Le fasi più impegnative per le coppie che pensano sia trascorso troppo tempo nel percorso fin qui compiuto sono ricondotte principalmente alla fase diagnostica (31,8%) e all'iter terapeutico (28,6%). Per il 24,0% si è rivelata impegnativa anche la presa di coscienza del problema e secondariamente l'avvio della terapia attuale (16,2%) e la consultazione di medici diversi (15,6%). Con quote più contenute si fa riferimento ad altri aspetti vissuti come impegnativi dalle coppie, tra i quali l'individuazione del medico curante (9,1%) e la ricerca di informazioni (9,1%) (figura 19).

Figura 19. Fasi più impegnative nel percorso fin qui compiuto (val. %) N=45,7%



Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis 2016.

4. IL PERCORSO TERAPEUTICO

4.1 La presa di contatto con il centro e le precedenti esperienze con la PMA

Come è stato già ricordato, l'indagine è stata realizzata grazie al contributo di 23 centri per la procreazione medicalmente assistita di II e III livello, distribuiti su tutto il territorio nazionale, differenti per ampiezza e caratteristiche organizzative, così come riportata nella **tabella 18**. Il campione¹ rispecchia la distribuzione dei centri di II e III livello riportata dal Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita dell'ISS e tiene conto del loro volume di attività. In funzione delle caratteristiche dei centri, dunque, varia anche la numerosità delle coppie intervistate in ciascun centro.

Nello specifico, il 30,4% dei centri è ubicato a Nord-Ovest, il 26,1% a Nord-Est, il 17,4% al Centro e il 26,1% al Sud e Isole. Si tratta per quasi la metà dei casi di centri pubblici (47,8%), nel 39,1% di centri privati convenzionati e nel 13,0% di centri privati. Guardando all'ampiezza dei centri, oltre la metà (52,2%) è rappresentata da centri classificati, secondo il Registro, di medie dimensioni e quindi con una presa in carico tra i 201 e i 500 pazienti nell'anno di attività 2013, nel 21,7% dei casi si tratta di centri di piccole dimensioni (fino a 200 pazienti) e nel 26,1% dei casi di centri di grande ampiezza, con più 500 pazienti al 2013.

Tabella 18. Caratteristiche dei centri che hanno in carico le coppie intervistate (val. %)

Collocazione geografica dei centri	
Nord-Ovest	30,4
Nord-Est	26,1
Centro	17,4
Sud e Isole	26,1
Totale	100,0
Tipologia dei centri	
Centri pubblici	47,8
Centri privati convenzionati	39,1
Centri privati	13,0
Totale	100,0
Ampiezza dei centri	
Meno di 200 pazienti	21,7
Tra 201 e 500 pazienti	52,2
Più di 500 pazienti	26,1
Totale	100,0

Fonte: indagine Censis 2016.

La rilevazione, condotta da gennaio a marzo 2016, ha coinvolto coppie in cura presso l'attuale centro per la PMA da tempi piuttosto recenti, oltre la metà infatti (54,4%) è in cura presso il centro da un anno o meno, e quindi la presa in carico è avvenuta nel 2015 e 2016. Il 23,6% è in cura presso il centro da non oltre due anni (2014), il 9,2% da tre anni (2013) e il 12,8% da prima dell'anno 2013 e quindi da tempi un po' più lunghi (**tabella 19**).

¹ Il campione di centri di PMA di II e III livello è stato definito sulla base dei dati contenuti nel Registro Nazionale Procreazione Medicalmente Assistita dell'ISS (www.iss.it/rpma/). L'estrazione dei centri è avvenuta a ottobre 2015 e i dati di attività dei centri sono riferiti all'anno 2013.

Si osserva che a essersi rivolte al centro nello stesso anno (o nell'anno precedente, 2015) in cui è stata condotta la rilevazione sono principalmente le coppie più giovani, con la partner femminile fino a 34 anni (65,0%), viceversa tra le coppie in cura da prima del 2013 si presenta più ampia la quota di coppie in cui la donna ha 40 e oltre anni di età. Inoltre, si evidenzia che in base all'area geografica di residenza le coppie residenti al Centro si sono rivolte alla struttura da tempi più recenti rispetto al resto del campione (62,5% tra il 2015 e il 2016), mentre le coppie residenti a Nord sono in cura presso il centro da più tempo (il 15,3% si è rivolto al centro nel 2013 o prima).

Tabella 19. Anno della presa in carico delle coppie da parte del centro attuale, per area geografica ed età della partner femminile (val. %)

	Nord	Centro	Sud e Isole	Totale
Prima del 2013	15,3	7,1	10,2	12,8
2013	9,5	12,5	6,8	9,2
2014	24,7	17,9	27,3	23,6
2015-2016	50,5	62,5	55,7	54,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
	Fino a 34 anni	Da 35 a 39 anni	Da 40 anni in poi	Totale
Prima del 2013	8,7	12,9	17,0	12,8
2013	6,7	10,8	8,5	9,2
2014	21,2	26,6	22,6	23,6
2015-2016	63,4	49,7	51,9	54,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2016.

La scelta del centro risulta essere dettata da diversi criteri, tra i quali spicca la fama per gli ottimi risultati della struttura, che rappresenta il criterio principalmente seguito dalle coppie (38,6%), in particolare al Centro Italia (42,9%) e tra i rispondenti con livelli alti di istruzione (45,1%) e nel caso in cui la partner femminile abbia un'età più avanzata (45,8%). Più ridotta, invece, è la percentuale di chi ricorre a questo criterio tra i rispondenti con livelli bassi di istruzione (22,7%). Si osserva, inoltre, che nel 2008 la stessa percentuale di rispondenti aveva indicato la fama del centro come criterio principale, segno, questo, che la notorietà del centro continua a rappresentare un indicatore che impatta considerevolmente sulla selezione della struttura da interpellare (tabella 20).

A seguire, il 18,9% riconosce di aver scelto il centro perché vicino alla propria abitazione, in particolare i rispondenti con livelli bassi di istruzione (27,3%) e i residenti al Nord (21,1%); meno indicato invece dalle coppie residenti al Centro (10,7%). Sempre il 18% circa indica di essere stato indirizzato presso il centro dal proprio medico curante, una pratica che tende a diffondersi con più frequenza percorrendo la penisola da Sud a Nord (dal 9,9% a Sud al 22,1% al Nord), e nel caso in cui la partner femminile abbia più di 40 anni (21,5%).

Con percentuali che oscillano tra l'11 e il 13% i rispondenti fanno riferimento anche al parere ottenuto da altre coppie in cura presso il centro scelto, alla presenza nella struttura del proprio medico curante e alla dotazione tecnologica più adeguata. Residuali si presentano le percentuali delle coppie che hanno indicato di aver scelto il centro PMA in base alle informazioni reperite su internet (3,4%) o in base a criteri economici (0,8%).

Inoltre, si osserva che in base alla tipologia di centro scelto (pubblico, privato o privato convenzionato) variano le motivazioni che hanno spinto le coppie a rivolgersi alla struttura (tabella 21). In particolare, si osserva che:

- tra le coppie in carico presso *centri pubblici*, la quota più ampia e pari al 31,2% motiva la scelta con la vicinanza della struttura alla propria abitazione, quota che tra coloro che sono seguiti da centri privati e privati convenzionati si riduce rispettivamente al 9,5% e al 13,2%;
- tra le coppie che si sono rivolte a *centri privati*, la fama della struttura rappresenta l'aspetto di cui le coppie hanno tenuto più frequentemente conto (45,2%). Inoltre, il 16,7% indica di essersi rivolto al privato per la dotazione tecnologica del centro, quota che si riduce al 6,5% tra le coppie seguite nel pubblico e all'11,0% tra chi è in cura presso un centro privato convenzionato. Da non tralasciare è anche il 3,4% delle coppie che hanno scelto il centro PMA dopo aver letto giudizi positivi su internet, che tra coloro che si sono rivolti al privato sale al 6,3%;
- per gli intervistati in cura presso *centri privati convenzionati* pesa, quasi al pari del privato, la fama del centro come ragione che ne motiva la scelta (44,0%). Inoltre, tra chi ha scelto questa tipologia di centro si presenta più ampia la quota di chi si è rivolto al centro su consiglio del medico curante (18,7%) e di altre coppie che presso il centro sono state in cura (19,8%).

Tabella 20. Criteri principali che hanno portato alla scelta del centro di PMA, per livello di istruzione (val. %)

	Basso	Medio	Alto	Totale 2016
È un centro con una buona fama, abbiamo sentito dire che fornisce ottimi risultati	22,7	33,3	45,1	38,6
È il centro più vicino a casa	27,3	21,4	15,6	18,9
Ce lo ha consigliato il nostro medico curante	18,2	18,9	17,9	18,3
Ce ne hanno parlato altre coppie che sono state in cura qui	0,0	15,7	13,3	13,5
Il nostro medico curante lavora qui	13,6	15,1	8,1	11,5
Ha la tecnologia più adeguata per rispondere alle nostre esigenze	18,2	10,1	11,6	11,3
Ne abbiamo sentito parlare su internet	4,5	3,1	3,5	3,4
Economicamente era il più conveniente	9,1	0,6	0,0	0,8
Altro	0,0	1,9	4,0	2,8

Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis 2016.

Tabella 21. Criteri principali che hanno portato alla scelta del centro di PMA, per tipologia di centro (val. %)

	Pubblico	Privato	Privato convenzionato	Totale 2016
È un centro con una buona fama, abbiamo sentito dire che fornisce ottimi risultati	29,0	45,2	44,0	38,6
È il centro più vicino a casa	31,2	9,5	13,2	18,9
Ce lo ha consigliato il nostro medico curante	20,3	15,9	18,7	18,3
Ce ne hanno parlato altre coppie che sono state in cura qui	8,7	14,3	19,8	13,5
Il nostro medico curante lavora qui	13,0	11,9	8,8	11,5
Ha la tecnologia più adeguata per rispondere alle nostre esigenze	6,5	16,7	11,0	11,3
Ne abbiamo sentito parlare su internet	1,4	6,3	2,2	3,4
Economicamente era il più conveniente	0,7	0,0	2,2	0,8
Altro	2,2	3,2	3,3	2,8

Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis 2016.

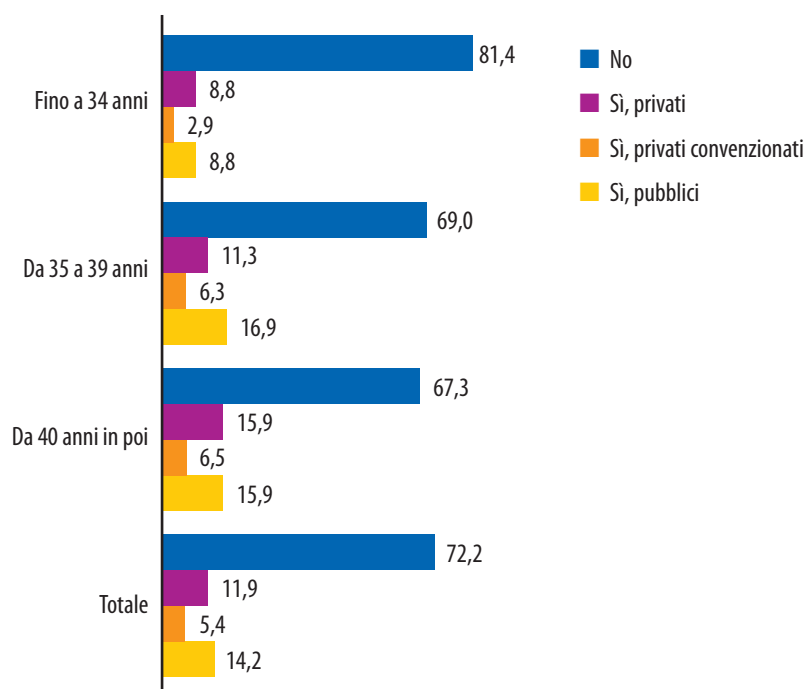
Per le coppie che si affidano alla procreazione medicalmente assistita il percorso terapeutico non è in tutti i casi immediato e lineare.

La grande parte (pari al 72,2%) delle coppie riconosce che il centro presso cui è stata raccolta l'intervista è l'unico al quale i partner si sono rivolti per sottoporsi alla PMA, e quindi il centro presso cui la coppia è in cura fin dall'inizio del percorso terapeutico, e si tratta, com'è giusto attendersi, più spesso delle coppie più giovani (81,4%) coinvolte da poco tempo nell'esperienza di procreazione assistita, delle coppie residenti a Sud e Isole (77,5%) e con un livello di istruzione medio (75,5%).

Tuttavia, dal confronto con la precedente indagine appare oggi più ridotta la quota di coppie che riconosce di aver avuto sino a oggi un solo centro come riferimento (nel 2008 risultava più ampia e pari al 76% circa). Un dato che mette in luce come il percorso terapeutico per la PMA tenda negli anni a divenire sempre più articolato, considerando che le coppie si trovano sempre più spesso nella condizione di doversi rivolgere a più di un centro prima di trovare la struttura di riferimento.

Se il 72% circa ha frequentato sin dall'inizio il centro presso cui si trova attualmente in cura, parte del campione ha indicato di aver frequentato anche altri centri, nello specifico il 14,2% ha frequentato un altro o altri centri pubblici, l'11,9% centri privati (in particolare al Centro, il 20,4%) e il 5,4% privati convenzionati (figura 20).

Figura 20. Intervistati che hanno frequentato altri centri di PMA prima di quello attuale, per età della partner femminile (val. %)



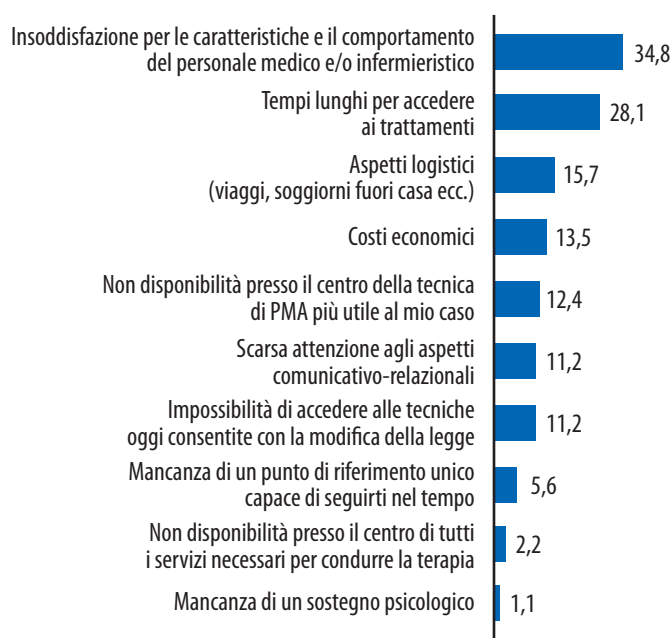
Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis 2016.

Tra i motivi principali che hanno spinto le coppie a cambiare centro, il più citato lascia trapelare un'insoddisfazione generale rispetto alle caratteristiche e ai comportamenti del personale medico e/o infermieristico (34,8%), in particolare tra le coppie residenti al Centro (40,0%) e al Sud e Isole (38,9%) e tra coloro che attualmente frequentano centri privati (44,4%). A seguire, si è scelto di cambiare centro a causa dei tempi di attesa per accedere ai trattamenti troppo lunghi (28,1%), una motivazione indicata più frequentemente

dalle coppie residenti al Nord (36,7%) e da chi attualmente frequenta centri privati convenzionati (37,0%). Il 15,7% cita invece gli aspetti logistici, come viaggi, soggiorni fuori casa, a causa della distanza tra il centro e la propria abitazione. Inoltre, con percentuali che oscillano tra il 13 e l'11% si fa riferimento a motivazioni come i costi economici per accedere ai trattamenti, l'impossibilità di accedere alle tecniche necessarie e a quelle attualmente consentite dopo le modifiche della legge, alla scarsa attenzione agli aspetti comunicativo-relazionali. Residuali sono invece le percentuali di coppie che hanno cambiato centro perché in quello frequentato in precedenza mancavano tutti i servizi necessari per la terapia, un riferimento medico unico nel tempo o il giusto sostegno psicologico (figura 21).

Figura 21. Principali motivazioni che hanno spinto le coppie a cambiare il centro di PMA inizialmente interpellato* (val. %)
 N=31,5%



* Intervistati che hanno dichiarato di aver frequentato in precedenza altri centri di PMA.

Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis 2016.

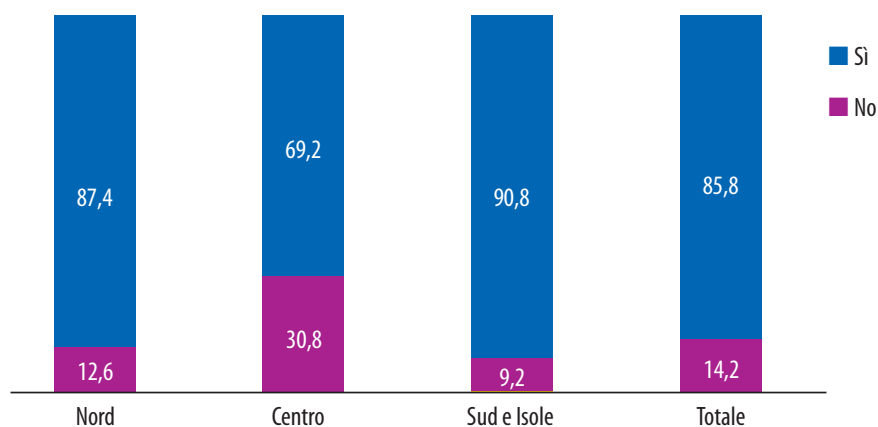
Quando si tratta di affrontare un percorso di trattamenti così complesso, la scelta del centro rappresenta sicuramente un aspetto centrale, un momento in cui la coppia valuta tutte le possibilità che più si avvicinano ai propri bisogni ed esigenze, cercando di capire quali fattori pesano più ampiamente sulla scelta. La distanza, come abbiamo visto, è il fattore più considerato dopo la fama del centro, nella quasi totalità dei casi si tratta infatti di coppie impegnate professionalmente, per le quali potrebbe costituire un problema il fatto di dover percorrere lunghe distanze per effettuare i trattamenti.

L'86% circa delle coppie è attualmente in cura presso un centro ubicato nella propria regione di residenza, il 14,2% ha scelto invece un centro collocato fuori dalla regione in cui risiede. Si osserva che tra i residenti al Centro è più frequente il ricorso a una struttura ubicata fuori dalla propria regione (30,8%), mentre questa tendenza è più contenuta al Nord (12,6%) e al Sud e nelle Isole (9,2%) (figura 22). Inoltre, tra coloro che attualmente sono in cura presso un centro ubicato fuori dalla propria regione, il 51,0% è seguito da un centro privato.

Guardando però al percorso di procreazione medicalmente assistita nel suo complesso, alle ipotesi vagliate e alle scelte realmente compiute, così come alle esperienze con centri per la PMA diversi da quello attuale, si osserva che, se da un lato, il 69,5% non ha mai pensato di rivolgersi a una struttura ubicata fuori dalla

propria regione di residenza o all'estero, il restante 30,5% lo ha fatto in precedenza o ha pensato di farlo. Nello specifico, il 12,2% ha solo pensato di rivolgersi a una struttura ubicata fuori dalla propria regione o all'estero, il 15,4% riconosce di essersi rivolto a una struttura collocata fuori dalla propria regione, infine, il 3% circa indica di essersi rivolto all'estero.

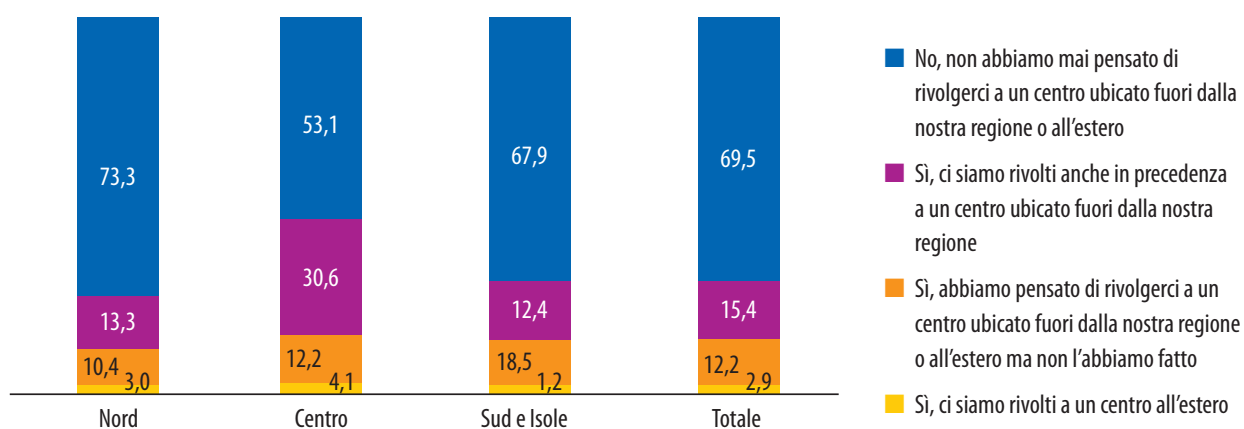
Figura 22. Coppie che si sono rivolte a un centro nella propria regione di residenza, per area geografica (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

La variabile geografica gioca un ruolo nel differenziare i comportamenti delle coppie, in quanto tra chi risiede a Nord è più ampia la percentuale di chi non si è mai posto il problema di trovare un centro ubicato fuori dalla propria regione (73,3%), mentre tra i residenti al Centro sale al 30,6% la quota di chi, anche in precedenza, si è rivolto a un centro ubicato fuori dalla propria regione. Tra gli abitanti del Sud e delle Isole, invece, il 18,5%, la percentuale più ampia dal confronto, ha solo pensato di effettuare i trattamenti per la PMA in un centro fuori dalla propria regione (figura 23). In base al livello di istruzione, si osserva che tra le coppie con livelli bassi è più elevata la quota di chi riconosce di non averci mai pensato (76,9%), mentre tra chi ha titoli di studio più alti è più frequente il ricorso, o semplicemente l'aver valutato di ricorrere, a un centro fuori dalla propria regione.

Figura 23. Coppie che hanno valutato la possibilità di rivolgersi a un centro ubicato fuori dalla propria regione, per area geografica (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

Il motivo principale alla base di questa scelta, ipotetica o realmente compiuta, non attiene tanto a motivi economici (17,8%), quanto alla fama del centro per gli ottimi risultati (66,7%). Il 10,0% fa poi riferimento

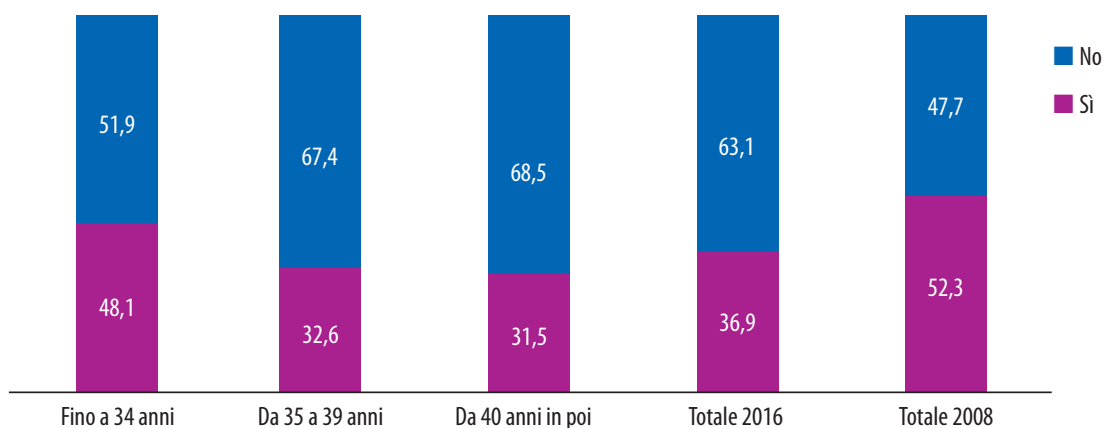
alla possibilità di accedere a tecniche di fatto non disponibili anche se, in vista dei recenti cambiamenti intervenuti nella legge, teoricamente accessibili come la fecondazione eterologa; il 5,6% ha invece pensato di rivolgersi all'estero per poter accedere a tecniche non consentite in Italia, come la maternità surrogata.

4.2 La tecnica terapeutica attuale e le terapie pregresse

Il campione è composto dal 36,9% di coppie che al momento della rilevazione si trovavano a effettuare per la prima volta un ciclo di PMA e dal 63,1% di coppie che in precedenza sono state sottoposte ad almeno un altro ciclo. Dal confronto con l'indagine del 2008 (47,7%) si osserva che si presenta più ampia la quota di coppie che si trovano a effettuare un ciclo diverso dal primo.

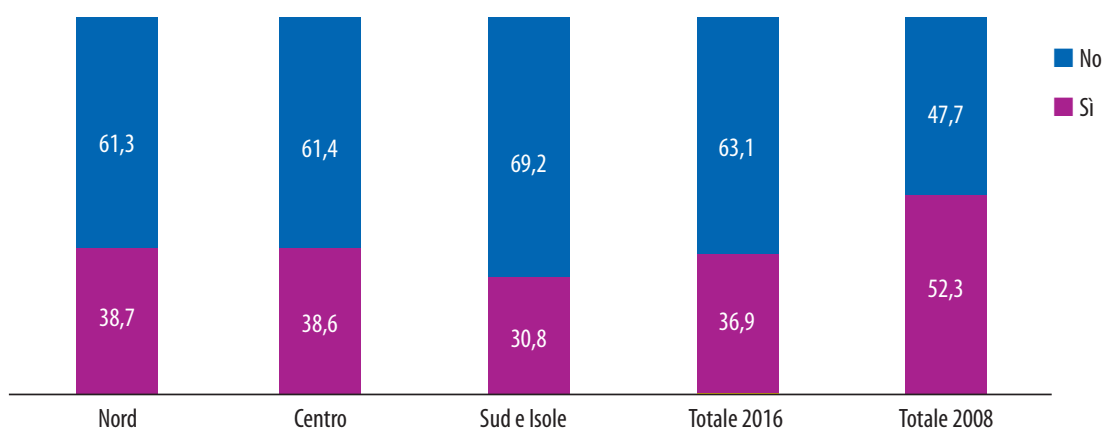
Come è comprensibile, si tratta di un dato che varia anche in base all'età della partner femminile; l'essere sottoposti a un ciclo diverso dal primo è una situazione che ricorre con più frequenza tra le coppie in cui la donna ha più di 40 anni (68,5%); viceversa, le coppie più giovani, quando la donna ha fino a 34 anni, indicano più frequentemente di essere al loro primo ciclo (48,1%). In base all'area geografica di residenza delle coppie si osserva che al Sud e Isole è più ampia la quota di coppie non al primo ciclo (69,2%), nonostante proprio in quest'area il 44,6% delle partner femminili ha fino a 34 anni (figure 24-25).

Figura 24. Coppie che effettuano per la prima volta un ciclo di PMA, per età della partner femminile (val. %)



Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Figura 25. Coppie che effettuano per la prima volta un ciclo di PMA, per area geografica (val. %)



Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Nello specifico, considerando le coppie non al primo ciclo, il numero medio di cicli effettuati risulta pari a 2,6; e anche in questo caso si tratta di un dato destinato a cambiare in funzione dell'età della partner femminile. Infatti, il numero medio di cicli sale a 2,8 se la donna ha 40 anni e oltre, e scende a 2 per le coppie in cui la partner è più giovane.

Per quanto riguarda la tecnica di II e III livello a cui le coppie si stanno sottoponendo, quella cui fa ricorso oltre la metà delle coppie (60,9%) è la FIVET omologa, ovvero la fecondazione *in vitro* degli ovociti e il trasferimento dell'embrione con utilizzo dei gameti della coppia. Si può accedere alla tecnica FIVET nei casi di problematiche connesse con l'infertilità di grado lieve o moderato². Guardando alle caratteristiche delle coppie che ricorrono a questa tecnica, si osserva che hanno accesso più frequentemente le coppie in cui la partner femminile ha tra i 35 e i 39 anni (56,9%), senza significative differenze in base al titolo di studio. Rispetto all'area geografica, si osserva un minor ricorso al Centro (55,6%). Inoltre, si tratta di una tecnica cui sono attualmente sottoposte in maniera lievemente più frequente le coppie in cura presso centri pubblici (63,3%) rispetto ai centri privati (60,8%). Il 2,6% indica di essersi sottoposto alla FIVET eterologa, facendo dunque ricorso a gameti donati. Il totale delle coppie che ricorrono a questa tecnica è dunque pari al 63,5% (tabelle 22-23).

Tabella 22. Tecnica a cui le coppie si stanno sottoponendo, per area geografica (val. %)

	Nord	Centro	Sud e Isole	Totale
Fecondazione <i>in vitro</i> e trasferimento dell'embrione (FIVET) omologa (con utilizzo di gameti della coppia)	61,9	55,6	60,9	60,9
Fecondazione <i>in vitro</i> e trasferimento dell'embrione (FIVET) eterologa (con utilizzo di gameti donati)	1,6	5,6	2,3	2,6
Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI) omologa (con utilizzo di gameti della coppia)	46,0	46,3	35,6	42,3
Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI) eterologa (con utilizzo di gameti donati)	0,5	0,0	4,6	1,7
Aspirazione percutanea di spermatozoi per via testicolare (TESA)	1,1	1,9	2,3	1,4
Estrazione di spermatozoi per via testicolare (TESE)	1,6	1,9	0,0	1,2
Aspirazione microchirurgica di spermatozoi dall'epididimo (MESA)	0,0	0,0	1,1	0,6
Aspirazione percutanea di spermatozoi dall'epididimo (PESA)	0,0	0,0	0,0	0,0
Crioconservazione dei gameti maschili e femminili	2,6	1,9	2,3	2,3
Criotransfer "da scongelamento" se gli embrioni o gli ovociti sono stati precedentemente crioconservati e sono stati scongelati per effettuare il ciclo di trattamento	5,8	5,6	3,4	5,2
Trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET) per via transvaginale ecoguidata, isteroscopica o laparoscopica	1,1	0,0	0,0	0,6

Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis 2016.

Nei casi in cui la FIVET non producesse risultati, si può ricorrere alla ICSI, una tecnica di fecondazione *in vitro* più complessa cui si fa ricorso per gradi più severi di infertilità, il cui aspetto innovativo consiste nella microiniezione diretta di un singolo spermatozoo nel citoplasma dell'ovocita³. Alla ICSI omologa accede il

2 I requisiti per l'ammissione alla FIVET sono le patologie tubariche, l'infertilità maschile di grado lieve o moderato, quando il trattamento medico-chirurgico o le inseminazioni intrauterine non hanno dato risultati o sono stati giudicati non appropriati, nei casi di endometriosi e infertilità idiopatica (De Tilla M., Militerni L., Veronesi U., *Fecondazione eterologa*, Utet Giuridica, 2015, pp. 17-18).

3 Le indicazioni attuali per la ICSI sono: infertilità maschile di grado severo; azoospermia ostruttiva e secretativa (utilizzo di spermatozoi prelevati chirurgicamente dal testicolo o dall'epididimo); fecondazione con spermatozoi congelati; mancata o ridotta fecondazione in precedenti cicli di FIVET, limitato numero di ovociti disponibili da inseminare (De Tilla M., Militerni L., Veronesi U., *Fecondazione eterologa*, cit., 2015, pp. 18-19).

42,3% delle coppie, e anche in questo caso il ricorso è più frequente se la partner femminile ha tra i 35 e i 39 anni (48,2%). In base all'area geografica di residenza delle coppie, si osserva che a questa tecnica fanno ricorso più spesso le coppie in cura presso i centri del Nord (46,0%) e del Centro (46,3%) piuttosto che del Sud e Isole (35,6%). Inoltre, in base alla tipologia di centro, si tratta di una pratica cui sono sottoposte più frequentemente le coppie in cura presso centri privati convenzionati (50,0%). Solo l'1,7% delle coppie è sottoposto a ICSI eterologa, quota che sale al 4,6% al Sud e Isole.

Tabella 23. Tecnica a cui le coppie si stanno sottoponendo, per tipologia di centro (val. %)

	Pubblico	Privato	Privato convenzionato	Totale
Fecondazione <i>in vitro</i> e trasferimento dell'embrione (FIVET) omologa (con utilizzo di gameti della coppia)	63,3	60,8	57,6	60,9
Fecondazione <i>in vitro</i> e trasferimento dell'embrione (FIVET) eterologa (con utilizzo di gameti donati)	1,6	5,6	0,0	2,6
Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI) omologa (con utilizzo di gameti della coppia)	45,3	33,6	50,0	42,3
Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI) eterologa (con utilizzo di gameti donati)	2,3	2,4	0,0	1,7
Aspirazione percutanea di spermatozoi per via testicolare (TESA)	1,6	2,4	0,0	1,4
Estrazione di spermatozoi per via testicolare (TESE)	1,6	1,6	0,0	1,2
Aspirazione microchirurgica di spermatozoi dall'epididimo (MESA)	1,6	0,0	0,0	0,6
Aspirazione percutanea di spermatozoi dall'epididimo (PESA)	0,0	0,0	0,0	0,0
Crioconservazione dei gameti maschili e femminili	2,3	2,4	2,2	2,3
Criotransfer "da scongelamento" se gli embrioni o gli ovociti sono stati precedentemente crioconservati e sono stati scongelati per effettuare il ciclo di trattamento	1,6	4,0	12,0	5,2
Trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET) per via transvaginale ecoguidata, isteroscopica o laparoscopica	0,8	0,0	1,1	0,6

Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis 2016.

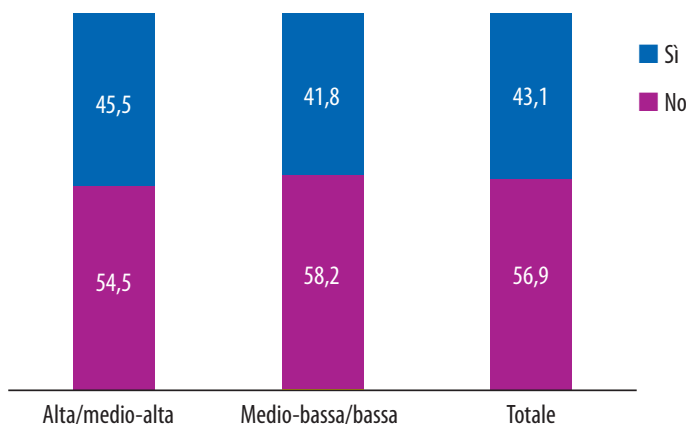
Con quote più ridotte, gli intervistati hanno indicato di essere sottoposti a crioconservazione dei gameti maschili e femminili (2,3%), al criotransfer da scongelamento di embrioni o ovociti precedentemente conservati e scongelati per effettuare il trattamento (5,2%). Ancora più residuali le percentuali di chi è sottoposto ad altre tipologie di tecniche, come l'aspirazione percutanea di spermatozoi per via testicolare (TESA), l'estrazione di spermatozoi per via testicolare (TESE), l'aspirazione microchirurgica di spermatozoi dall'epididimo (MESA) e il trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT), zigoti (ZIFT) o embrioni (TET).

Non in tutti i casi la prima tecnica produce esiti positivi; in assenza di risultati la coppia può sottoporsi ad altre tecniche. In questo studio è infatti il 43,1% delle coppie a indicare di essere stato sottoposto ad altre tecniche, e si osservano profonde differenze in base all'area di residenza delle coppie. Passando da Nord a Sud della penisola si assiste infatti a un aumento dei casi in cui le coppie sono state sottoposte ad altre tecniche (dal 39,1% al Nord, al 43,9% al Centro fino al 52,7% al Sud e Isole), anche perché, come è stato detto in precedenza, al Sud e Isole si registra una quota più ampia di coppie non al primo ciclo.

In base all'età della partner femminile, si osserva che la percentuale di chi è stato sottoposto a tecniche diverse rispetto a quella seguita attualmente è leggermente più ampia tra la donne di età compresa tra i 35 e i 39 anni (47,5%). Inoltre, guardando al livello socio-economico delle coppie si nota che tra le coppie

con status alto e medio-alto è lievemente più ampia la quota di partner che in passato hanno effettuato tecniche di PMA diverse da quella attuale (45,5% a fronte del 41,8% di chi ha uno status medio-basso e basso); viceversa tra le coppie con minori risorse economiche si presenta solo leggermente più ampia la quota di coloro che non sono stati sottoposti a tecniche pregresse (58,2% a fronte del 54,5% di chi ha uno status medio-alto e alto) (figura 26).

Figura 26. Coppie sottoposte in passato ad altre tecniche, per condizione socio-economica (val. %)



Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Guardando alla tipologia di tecniche effettuate in precedenza, si tratta innanzitutto di quelle di I livello (figura 27):

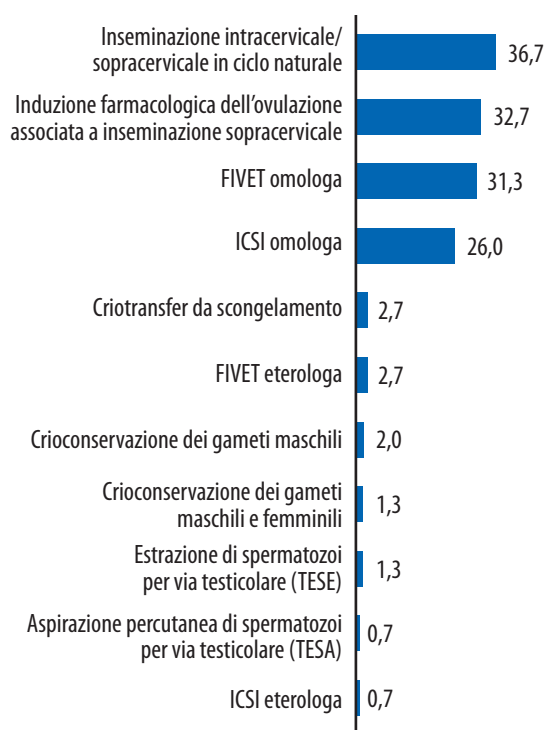
- il 36,7% delle coppie è stato sottoposto a inseminazione intracervicale/sopracervicale in ciclo naturale utilizzando tecniche di preparazione del liquido seminale;
- il 32,7% a induzione farmacologica dell'ovulazione associata a inseminazione sopracervicale;
- il 2,0% a crioconservazione dei gameti maschili.

Le coppie hanno, inoltre, indicato di essere state già sottoposte a tecniche di II e III livello. In particolare:

- il 31,3% ha già effettuato la FIVET omologa e il 2,7% la FIVET eterologa;
- il 26,0% aveva già effettuato la ICSI omologa e lo 0,7% la ICSI eterologa;
- con percentuali molto ridotte si fa riferimento ad altre tecniche come il criotransfer da scongelamento o la crioconservazione dei gameti maschili e femminili.

Con riferimento al centro presso cui gli intervistati si trovavano in cura al momento della rilevazione, si è cercato di approfondire anche l'esperienza e le opinioni delle coppie. Un primo aspetto da considerare riguarda sicuramente i tempi di attesa per accedere ai trattamenti, che si presentano abbastanza eterogenei e variano anche in base alla tipologia di centro scelto. Innanzitutto si osserva che circa un terzo (32,6%) del campione ha atteso meno di tre mesi prima di iniziare la terapia, in particolare le coppie che si sono rivolte a centri privati (49,0%); il 25,7% ha atteso tra i 3 e i 6 mesi e si tratta più frequentemente di pazienti in cura presso strutture private convenzionate (40,8%); il 24,3% ha iniziato i trattamenti trascorsi da 6 a 11 mesi dal momento in cui si è rivolto al centro, in particolare le coppie in cura presso centri pubblici e privati convenzionati (rispettivamente il 31,8% e il 27,6%). Il 17,4% ha atteso un anno e oltre, una quota che tra chi si è rivolto al pubblico aumenta di circa 12 punti percentuali (29,1%) mentre si riduce al 13,7% tra le coppie in cura presso strutture private e al 5,3% tra chi si è rivolto al privato convenzionato (figura 28).

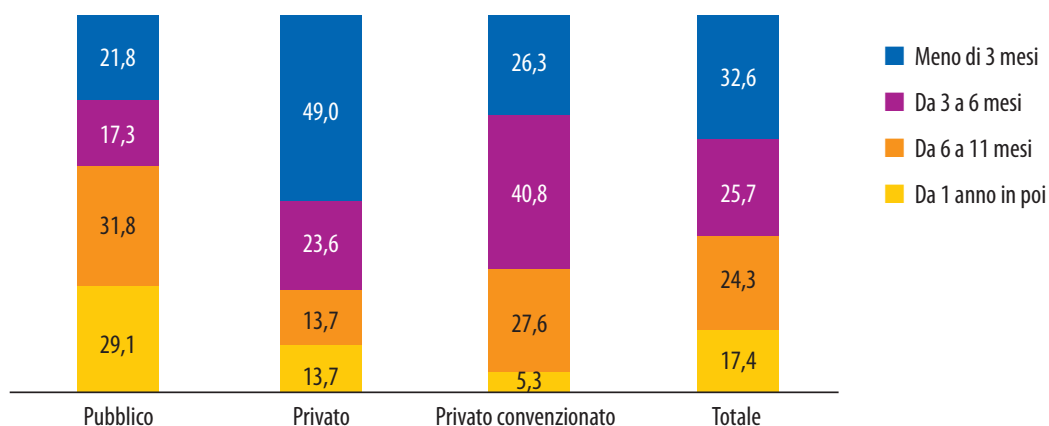
Figura 27. Tecniche pregresse effettuate dalle coppie (val. %)



Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis 2016.

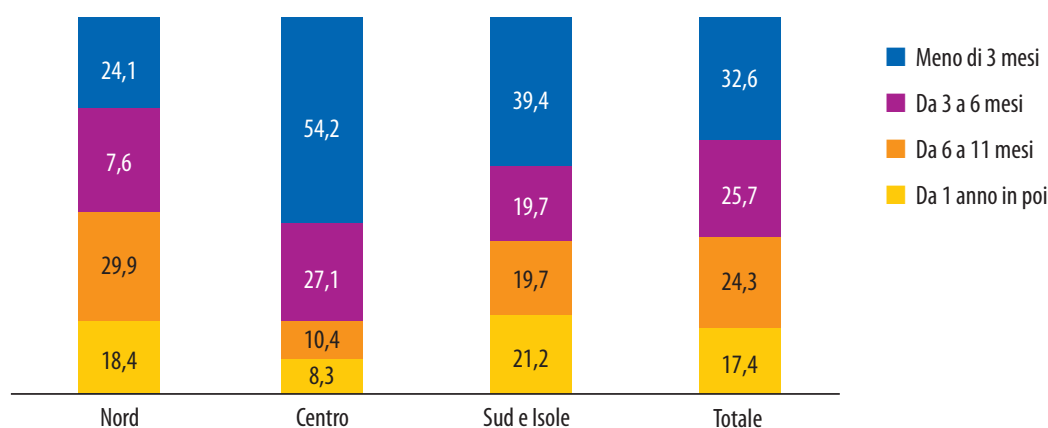
Figura 28. Tempo trascorso dal momento in cui le coppie si sono rivolte all'attuale centro all'inizio della terapia, per tipologia di centro (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

In base all'area geografica di residenza delle coppie, si osserva che oltre la metà dei rispondenti al Centro (54,2%) e il 39,4% al Sud e Isole hanno avuto un'attesa minima, anche perché in queste due aree si registra rispetto al Nord una maggiore concentrazione di centri di PMA di II e III livello privati, una distribuzione che si riflette anche sul campione. Quasi la metà dei rispondenti del Nord (48,3%), area in cui è invece presente un ampio numero di strutture pubbliche e private convenzionate, ha invece atteso da 6 a 11 mesi e un anno e più, una quota più ampia rispetto a quella rilevata al Sud e Isole (40,9%) e al Centro (18,7%) (figura 29).

Figura 29. Tempo trascorso dal momento in cui le coppie si sono rivolte all'attuale centro all'inizio della terapia, per area geografica (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

Oltre ai tempi di attesa, una variabile da non tralasciare nel ricostruire l'esperienza delle coppie con il centro presso cui sono attualmente in cura attiene alle modalità di accesso ai trattamenti. Considerando l'ultimo ciclo effettuato, quasi la metà del campione ha avuto accesso alla PMA pagando il ticket (49,4%), quota che tra le coppie residenti a Nord sale a 59,3%, e si presenta più ampia anche tra le coppie con livello di istruzione basso (57,9%) e medio (59,6%), rispetto ai più istruiti (39,9%), tra i quali, come si vedrà, è più frequente il ricorso alla PMA pagando interamente di tasca propria.

Il 35,4%, invece, ha avuto accesso ai trattamenti pagando interamente di tasca propria, e si tratta in particolare dei residenti al Centro, tra i quali la quota sale significativamente al 67,4%, e del Sud e Isole (51,2%), dove abbiamo già detto è più ampia la concentrazione di strutture private, mentre tra le coppie del Nord la quota si dimezza attestandosi al 17,4%. Come già anticipato, guardando al livello di istruzione della coppia, l'accesso alla PMA pagando interamente di tasca propria si osserva più ampiamente tra le coppie con un alto livello di istruzione (43,7%), mentre si riduce al 26% circa tra coppie con un livello medio e basso.

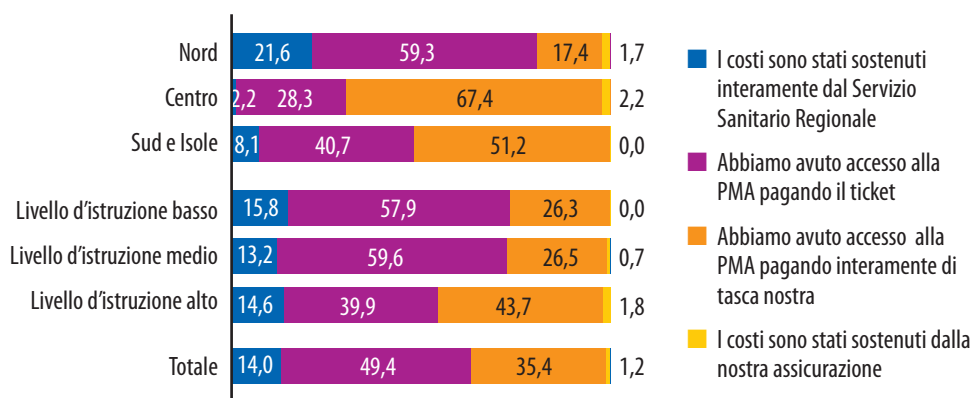
Per il 14,0% i costi sono stati sostenuti interamente dal Servizio Sanitario Regionale, quota che sale al 21,6% tra i rispondenti del Nord e si riduce al 2,2% tra i rispondenti del Centro e all'8,1% tra le coppie del Sud e delle Isole, senza significative differenze in base al livello di istruzione della coppia. Solo l'1,3% ha invece indicato che i costi sono stati sostenuti dalla propria assicurazione (figura 30).

In base alle indicazioni delle coppie intervistate è stato possibile stimare l'ammontare medio della spesa da loro sostenuta presso i centri di PMA; si tratta di dati che variano significativamente in base alla modalità di pagamento (ticket, pagamento intero in *intramoenia* e pagamento intero in struttura privata), alla tipologia di centro e all'area geografica di residenza delle coppie.

Nello specifico, tra le coppie che hanno indicato di aver sostenuto la spesa di tasca propria, ciascuna coppia ha pagato in media per effettuare l'ultimo ciclo di PMA cui è stata sottoposta 4.000 euro, cifra che tra i rispondenti del Nord si attesta intorno a 4.200 euro, tra le coppie del Centro si presenta più elevata e pari a 5.200 euro, mentre al Sud e nelle Isole si riduce a 2.900 euro. Variazioni si rintracciano anche in base alla tipologia di centro presso cui le coppie sono in cura: tra chi è seguito da centri pubblici (in *intramoenia*) l'ammontare medio di spesa sostenuta di tasca propria per l'ultimo ciclo di PMA è pari a 3.600 euro, cifra che tra chi è seguito da un centro privato sale a 4.200 euro, mentre il pagamento *out of pocket* di chi è in cura presso centri privati convenzionati risulta pari a 2.900 euro.

Riguardo alla spesa per il ticket (sempre con riferimento all'ultimo ciclo di PMA sostenuto) le coppie indicano di aver pagato in media 340 euro, di nuovo con una certa variabilità tra aree geografiche, con una cifra media più elevata al Centro, 700 euro, contro i 280 euro in media indicati dalle coppie in cura presso centri pubblici e convenzionati del Nord e i 370 euro del Sud. Le cifre indicate hanno un'elevata variabilità che può essere anche legata alla fase del percorso di cura delle coppie: si passa infatti da un valore minimo di spesa approssimabile ai 30 euro a un valore massimo di circa 1.000 euro.

Figura 30. Modalità attraverso cui le coppie hanno avuto accesso alla PMA, per area geografica e livello di istruzione (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

Complessivamente si registra un alto livello di soddisfazione rispetto al centro presso cui le coppie al momento dell'intervista si trovavano in cura, un aspetto su cui probabilmente esercita un certo peso anche la modalità con cui è avvenuta la rilevazione, che si è avvalsa della collaborazione dei centri. Quasi la totalità delle coppie, infatti, si reputa molto (48,7%) e abbastanza (48,4%) soddisfatta, solo il 2,9% esterna una scarsa soddisfazione, ma nessuno si reputa totalmente insoddisfatto.

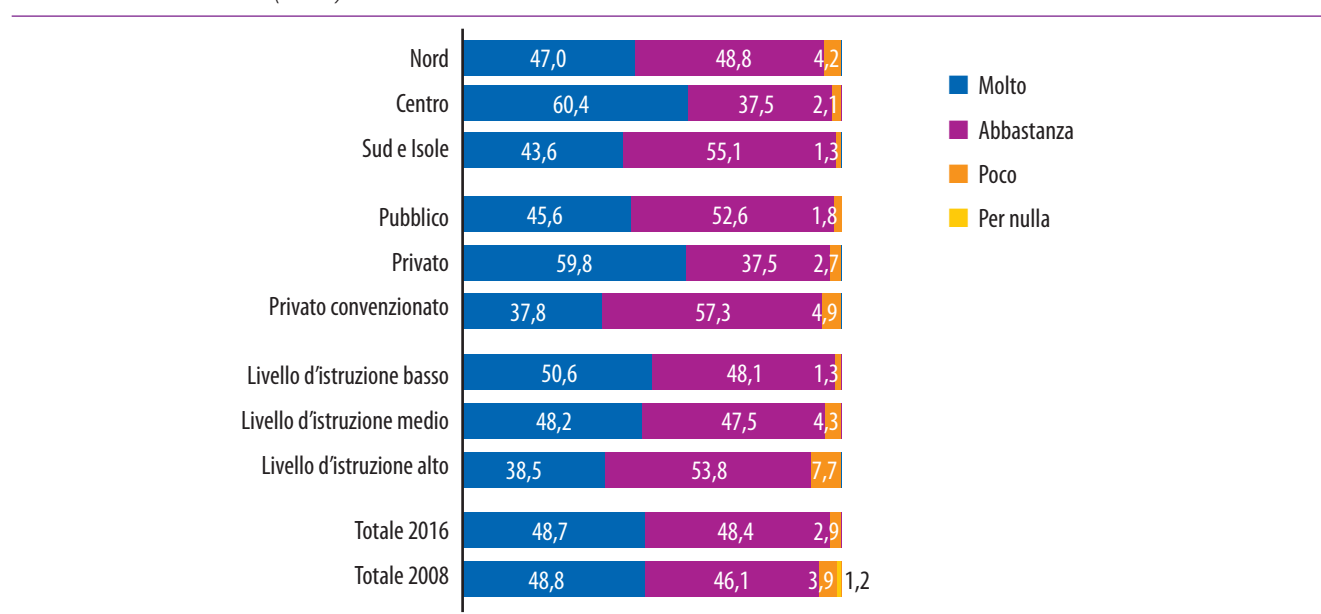
Rispetto alla precedente indagine si osserva un lieve miglioramento nel già molto elevato grado di soddisfazione delle coppie rispetto al centro: la percentuale dei molto e abbastanza soddisfatti si alza ulteriormente passando, infatti, dal 94,9% nel 2008 al 97,1% nel 2016 (figura 31).

Analizzando i dati in base alla variabile geografica, si osserva che le risposte di chi esprime massima soddisfazione rispetto al centro presso cui è in cura si distribuiscono più frequentemente al Centro Italia (60,4%) e con minor frequenza al Nord (47,0%) e al Sud e Isole (43,6%), area in cui si presenta invece più ampia la percentuale degli abbastanza soddisfatti (55,1%).

In base al livello di istruzione, i dati mettono in luce che all'aumentare del titolo di studio aumenta anche la quota dei molto soddisfatti, passando dal 38,5% delle coppie con un basso livello di istruzione al 50,6% delle coppie con un alto livello di istruzione. Complessivamente, aggiungendo anche gli abbastanza soddisfatti, la quota di coppie che hanno espresso giudizi positivi passa dal 92,3% tra i meno istruiti al 98,7% tra i più istruiti.

Il grado di soddisfazione varia anche in base alla tipologia di centro presso cui la coppia è in cura, con livelli di apprezzamento più elevati tra coloro che si sono rivolti a una struttura privata (il 59,8% si reputa molto soddisfatto) piuttosto che pubblica (45,6%), e ancora più contenuti i giudizi molto positivi tra coloro che si sono rivolti al privato convenzionato (37,8%).

Figura 31. Livello di soddisfazione rispetto al centro presso cui le coppie sono in cura, per area geografica e livello di istruzione (val. %)



Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Un buon livello di soddisfazione si rileva anche guardando ai singoli aspetti del rapporto con i centri: rispetto alla precedente indagine, si osserva un miglioramento dei giudizi positivi sulla quasi totalità degli aspetti indagati. In particolare, in entrambe le rilevazioni, le coppie si reputano molto e abbastanza soddisfatte degli aspetti tecnici delle cure (come la bravura dei medici, l'accuratezza diagnostica), che rappresenta l'item su cui si concentra il più ampio livello di soddisfazione (97,1%), un dato che si presenta più o meno in linea con quanto emerso nella precedente indagine (98,0%).

Il secondo aspetto su cui si concentrano pareri maggiormente positivi riguarda l'assistenza nel suo complesso (dall'assistenza infermieristica agli aspetti alberghieri): a indicarsi molto e abbastanza soddisfatto è il 92,5% delle coppie, un aspetto che rivela nell'opinione delle coppie ulteriori margini di miglioramento rispetto alla precedente indagine (87,1%). Oltre il 90% segnala ottimi e buoni livelli di soddisfazione anche rispetto all'informazione fornita dal centro, un dato che si presenta all'incirca in linea con quello rilevato nella precedente indagine (il 91,0% nel 2016 e l'89,8% nel 2008).

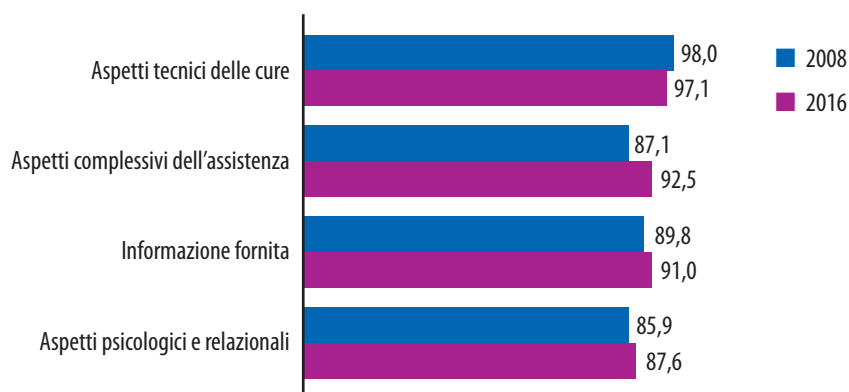
Infine, gli aspetti psicologici e relazionali, sebbene citati da quasi la totalità del campione come molto e abbastanza soddisfacenti (87,6%), rappresentano in questo studio e in quello precedente l'aspetto su cui le coppie si presentano lievemente meno soddisfatte, un dato comprensibile se si pensa che vivere l'esperienza di procreazione medicalmente assistita e parlare di aspetti così complessi comporta sicuramente delle difficoltà rispetto alle quali le risposte dei centri risultano, seppure in misura limitata, tendenzialmente meno efficaci (figura 32).

Incrociando i dati con alcune delle variabili strutturali emergono alcuni aspetti da evidenziare. Dato un livello quasi totale di soddisfazione rilevato, è sembrato interessante focalizzare l'attenzione sui rispondenti che hanno espresso il massimo livello di soddisfazione e si osserva che (tabelle 24-25):

- i rispondenti del Centro si presentano con più frequenza, rispetto alle coppie che risiedono in altre aree, come molto soddisfatti di tutti gli aspetti di relazione con il centro presso cui sono in cura;
- non si rintracciano differenze tra i molto soddisfatti del Nord e del Sud e Isole in relazione ai vari aspetti citati, fatta eccezione per gli aspetti complessivi dell'assistenza, citato con minor frequenza dalle coppie del Sud e Isole (32,9% contro 45,1% del Nord);

- tra coloro che sono in cura presso centri privati è più frequente l'indicazione di massima soddisfazione in relazione a tutti gli aspetti considerati, viceversa tra coloro che frequentano centri privati convenzionati i molto soddisfatti dei vari aspetti citati si riducono;
- in base al livello di istruzione non si osserva un andamento sempre lineare. Si segnala comunque che al crescere del titolo di studio aumenta anche la quota dei molto soddisfatti degli aspetti tecnici e diminuiscono i molto soddisfatti degli aspetti psicologici e relazionali, una situazione che rispecchia la tendenza di chi ha livelli culturali più elevati ad avere un rapporto con il medico caratterizzato da maggiori criticità.

Figura 32. Soddisfazione rispetto ad alcuni aspetti del rapporto con il centro* (val. %)



* Intervistati che hanno risposto "molto" e "abbastanza".

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Tabella 24. Soddisfazione rispetto ad alcuni aspetti del rapporto con il centro, per area geografica (val. %)

		Nord	Centro	Sud e Isole	Totale
Aspetti tecnici delle cure	Molto	59,0	77,8	58,0	62,6
	Abbastanza	36,7	20,4	40,9	34,5
	Poco	4,2	1,9	0,0	2,6
	Per nulla	0,0	0,0	1,1	0,3
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Aspetti complessivi dell'assistenza	Molto	45,1	59,6	32,9	45,2
	Abbastanza	47,8	34,6	56,5	47,3
	Poco	5,5	5,8	9,4	6,3
	Per nulla	1,6	0,0	1,2	1,2
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Aspetti psicologici e relazionali	Molto	38,3	50,9	39,8	40,8
	Abbastanza	45,2	41,8	52,2	46,8
	Poco	13,8	7,3	8,0	11,0
	Per nulla	2,7	0,0	0,0	1,4
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Informazione fornita	Molto	38,0	52,8	40,9	41,4
	Abbastanza	50,8	39,6	54,5	49,6
	Poco	11,2	7,6	4,6	9,0
	Per nulla	0,0	0,0	0,0	0,0
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2016.

Tabella 25. Soddisfazione rispetto ad alcuni aspetti del rapporto con il centro, per tipologia di centro (val. %)

		Pubblico	Privato	Privato convenzionato	Totale
Aspetti tecnici delle cure	Molto	60,7	74,4	50,5	62,6
	Abbastanza	37,0	23,9	44,1	34,5
	Poco	1,6	1,7	5,4	2,6
	Per nulla	0,7	0,0	0,0	0,3
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Aspetti complessivi dell'assistenza	Molto	50,4	52,1	27,9	45,2
	Abbastanza	43,4	42,7	59,3	47,3
	Poco	5,4	5,2	9,3	6,3
	Per nulla	0,8	0,0	3,5	1,2
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Aspetti psicologici e relazionali	Molto	45,2	49,2	23,1	40,8
	Abbastanza	43,0	46,7	52,7	46,8
	Poco	11,8	3,3	19,8	11,0
	Per nulla	0,0	0,8	4,4	1,4
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Informazione fornita	Molto	42,9	50,8	26,7	41,4
	Abbastanza	51,1	41,7	57,8	49,6
	Poco	6,0	7,5	15,5	9,0
	Per nulla	0,0	0,0	0,0	0,0
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2016.

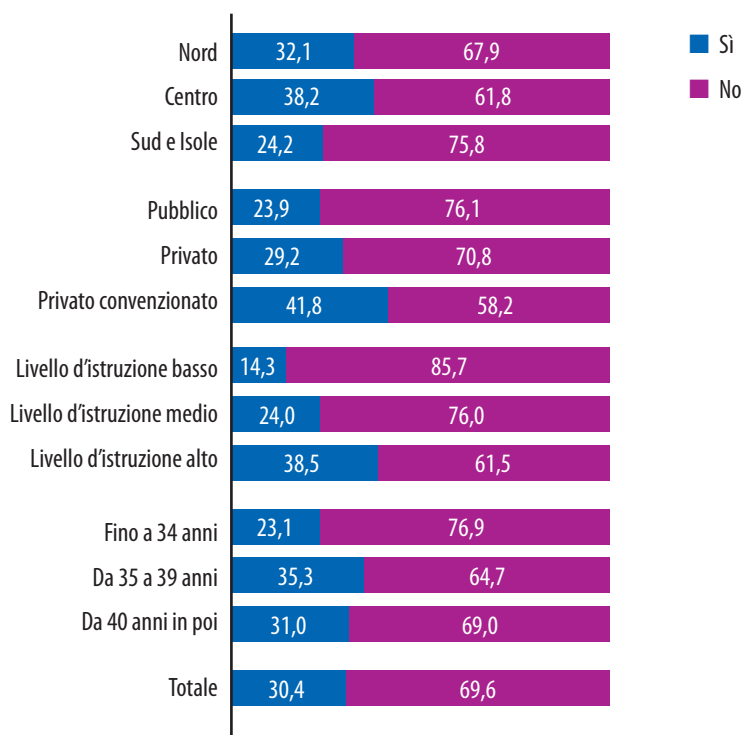
Se quasi la totalità del campione si reputa soddisfatta del rapporto con il centro presso cui è attualmente in cura (giudizi su cui, come già anticipato, probabilmente pesano anche le modalità con cui è stata condotta la rilevazione), chiedendo agli intervistati di pensare, più in generale, all'esperienza fin qui avuta con i centri di PMA, una porzione del campione meno estesa, e pari al 30,4%, segnala comunque la presenza di alcuni aspetti problematici, su cui, con tutta probabilità, pesano anche i giudizi delle coppie che hanno avuto in passato esperienze con altri centri e che rappresentano il 28% circa del campione. Anche la segnalazione di aspetti problematici varia in funzione di alcune delle variabili strutturali considerate, in particolare (figura 33):

- guardando all'area geografica di *residenza delle coppie*, si osserva che aspetti problematici sono più frequentemente segnalati dalle coppie residenti al Centro (38,2%), nonostante sia questa l'area in cui si registravano i massimi livelli di soddisfazione rispetto al centro frequentato attualmente dalle coppie;
- analizzando i dati in base al *livello di istruzione* si osserva, confermando la tesi secondo la quale chi possiede maggiori strumenti culturali è più incline a segnalare criticità nel rapporto con il medico, che al crescere del livello di istruzione aumenta la quota di chi segnala uno o più aspetti problematici (passando dal 14,3% dei meno istruiti al 38,5% dei più istruiti);
- in base all'*età della partner femminile*, si osserva che aspetti problematici sono segnalati più spesso dalle coppie in cui la donna ha tra i 35 e i 39 anni (35,3%).

Infine, è tra i rispondenti che si trovano attualmente in cura presso centri privati convenzionati che si segnala più diffusamente la presenza di uno o più aspetti problematici (41,8%), mentre tra coloro che fre-

quentano un centro pubblico e privato aspetti critici sono segnalati con minore intensità (rispettivamente il 23,9% e il 29,2%).

Figura 33. Coppie che hanno individuato aspetti problematici nell'esperienza di rapporto con i centri di PMA, per area geografica, livello di istruzione ed età della partner femminile (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

Evidentemente, sul 30% circa dei rispondenti che segnalano aspetti problematici nel rapporto con i centri pesano anche le esperienze pregresse che hanno poi contribuito alla decisione di cambiare centro di cura. Si tratta comunque di indicazioni importanti che aiutano a comprendere meglio il rapporto tra coppie e centri per la PMA. Gli elementi problematici sono distinguibili in due tipologie: accesso al centro e aspetti logistici da un parte e trattamenti dall'altra.

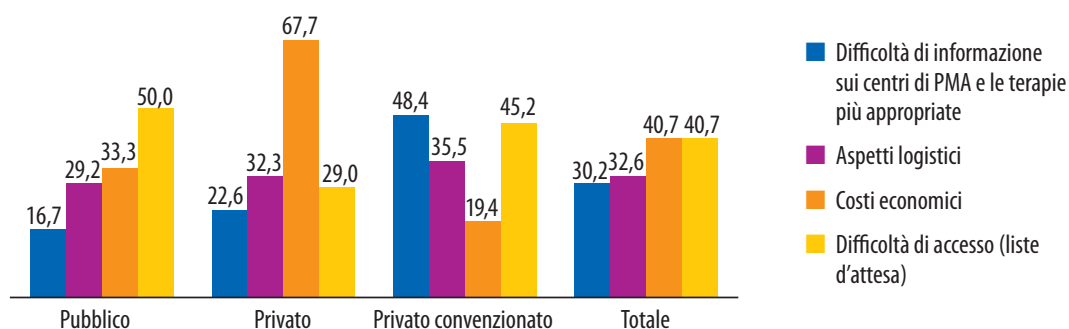
Guardando alla prima tipologia di criticità, con quote approssimabili al 41% (calcolato sul totale di chi ha indicato aspetti problematici) i rispondenti segnalano principalmente due aspetti critici: difficoltà di accesso legate alle liste d'attesa, un problema rintracciabile più frequentemente dalle coppie in cura presso centri pubblici (50,0%) e privati convenzionati (45,2%), e i costi economici, questa volta segnalati più ampiamente da coloro che frequentano un centro privato (67,7%) (figura 34).

In base all'area geografica, le difficoltà di accesso sono segnalate più ampiamente dai rispondenti del Nord (52,0%), area in cui, come già segnalato, sono più presenti centri pubblici e privati convenzionati, quelle economiche più al Centro (70,6%) e al Sud e Isole (50,0%), aree in cui sono più numerosi i centri privati. Con quote che oscillano dal 30 al 33% le coppie indicano anche gli aspetti logistici, come i viaggi, i soggiorni fuori casa e difficoltà legate all'informazione sui centri di PMA e le terapie più appropriate, queste ultime segnalate più ampiamente dai rispondenti con un livello di istruzione basso (50,0%) e medio (37,0%), rispetto ai più istruiti (26,3%).

Considerando gli aspetti critici legati ai trattamenti, il più citato è la scarsa attenzione agli aspetti comunicativo-relazionali (43,9%), in particolare al Nord (61,2%) e tra le coppie in cura presso centri privati

convenzionati (66,7%) (figura 35). Il 41,5% fa riferimento anche alla mancanza di un riferimento unico che possa guidare la coppia nel tempo, una difficoltà segnalata soprattutto da chi è in cura presso centri privati convenzionati (54,4%) e meno da coloro che frequentano centri privati (21,7%). Il 20,7% lamenta invece i tempi lunghi dei trattamenti, in particolare le coppie in cui la partner è più giovane (29,4%), le coppie con un livello di istruzione basso (33,3%), quelle che risiedono al Centro (29,4%) e si curano nei centri privati (30,4%). Con quote più ridotte, inoltre, si fa riferimento alla mancanza di un sostegno psicologico (14,6%), all'impossibilità di accedere a tecniche oggi consentite sulla base delle sentenze che hanno modificato la legge (9,8%) e alla non disponibilità presso il centro di tutti i servizi necessari per condurre la terapia (8,5%).

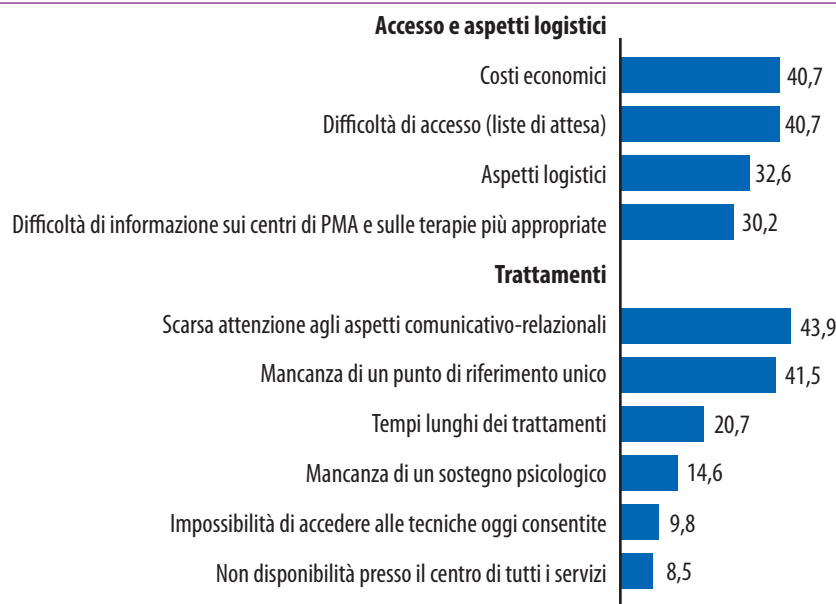
Figura 34. Difficoltà nell'accesso e negli aspetti logistici, per tipologia di centro (val. %)



Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: indagine Censis 2016.

Figura 35. Aspetti problematici nel rapporto con i centri di PMA (val. %) N=30,4%



Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

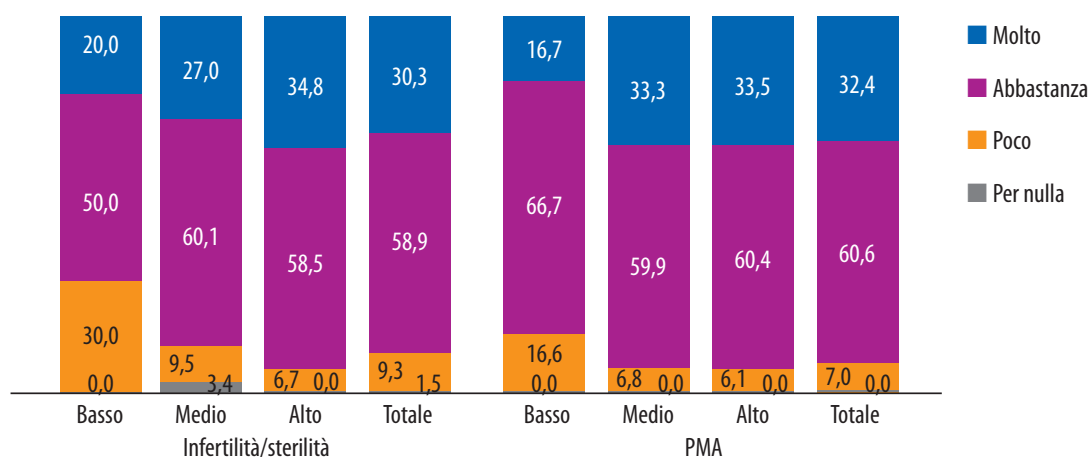
Fonte: indagine Censis 2016.

5. L'INFORMAZIONE SULLA PMA

Il percorso che va dalla presa di coscienza del problema al ricorso alla medicalizzazione, come si è visto, è un iter piuttosto lungo, durante il quale le coppie hanno modo di acquisire le informazioni di cui hanno bisogno per vivere al meglio l'esperienza con i centri per la procreazione medicalmente assistita. È infatti quasi la totalità del campione a definirsi informata sulle problematiche associate all'infertilità e sterilità e sulle tecniche di PMA. Nello specifico, l'89,2% dei rispondenti si ritiene molto (30,3%) e abbastanza (58,9%) informato sui problemi di infertilità e sterilità, in particolare le coppie del Centro (96,1%) e quelle meno giovani, in cui la donna ha 40 e più anni (93,0%), e le coppie che convivono da più tempo con il problema. Guardando al livello di istruzione delle coppie, si osserva che al crescere del titolo di studio aumenta anche la percezione di un buono e ottimo livello di informazione sulle tematiche relative all'infertilità e sterilità, passando dal 70,0% delle coppie con livello di istruzione basso al 93,3% delle coppie più istruite. Tra le coppie con un livello di istruzione basso è pari al 30,0% la quota di chi si reputa poco e per nulla informato a fronte di una media pari a 10,8%.

Quando si chiama in causa più nello specifico la PMA, quindi l'esperienza diretta delle coppie, il livello di informazione percepita al riguardo migliora leggermente, con il 93,0% dei rispondenti che si reputano molto e abbastanza informati. Inoltre, permangono, ma si ridimensionano, le differenze in base al livello di istruzione. Tra le coppie con un livello di istruzione basso, infatti, è l'83,4% a giudicarsi molto e abbastanza informato, a fronte del 93% circa delle coppie con un livello di istruzione medio e alto (figura 36).

Figura 36. Coppie che si definiscono informate sui problemi di infertilità/sterilità e sulla PMA, per livello di istruzione (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

La fonte da cui le coppie sono state informate circa la possibilità di ricorrere alle tecniche di PMA è nella grande parte dei casi il ginecologo (61,9%), soprattutto tra i rispondenti con un basso livello di istruzione (73,9%), se la donna ha 40 anni e oltre (66,4%) e tra le coppie del Centro (64,9%). Un'altra fetta del campione e pari al 18,2% ha saputo della possibilità di ricorrere alla PMA da familiari, amici o colleghi che hanno avuto lo stesso problema, specialmente al Nord (20,0%), se nella coppia la partner femminile ha 40 anni e oltre (19,6%) e tra coloro che hanno un livello medio di istruzione (18,8%).

Con percentuali molto più ridotte si fa riferimento ad altre fonti di informazione tra le quali internet (5,3%), in particolare tra i più istruiti e i più giovani, il medico di medicina generale (4,7%), l'andrologo e urologo (4,4%) (**tabella 26**).

Tabella 26. Fonte dalla quale le coppie hanno saputo della possibilità di ricorrere alle tecniche di PMA, per livello di istruzione (val. %)

	Basso	Medio	Alto	Totale
Ginecologo	73,9	61,3	61,1	61,9
Familiari, amici o colleghi che hanno vissuto lo stesso problema	13,1	18,7	17,7	18,2
Internet	0,0	5,0	6,3	5,3
Medico di medicina generale	8,7	5,0	4,0	4,7
Andrologo o urologo	4,3	5,6	3,4	4,4
Altro medico specialista	0,0	1,3	0,6	0,8
Leggendo un libro, una rivista	0,0	0,0	0,6	0,3
Altro	0,0	3,1	6,3	4,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2016.

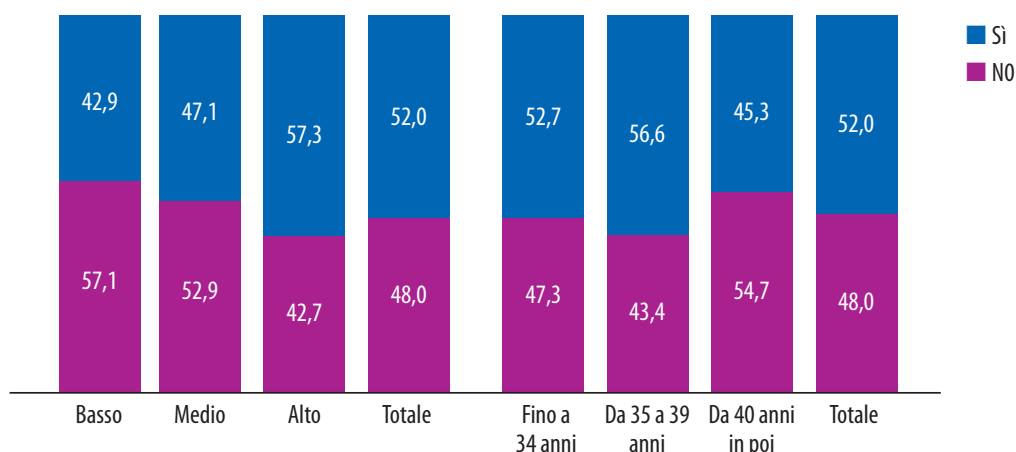
Se il ruolo di internet sembra essere marginale come fonte dalla quale i rispondenti sono venuti a conoscenza della possibilità di sottoporsi alle tecniche di PMA, l'utilizzo del web (soprattutto attraverso forum, blog), per leggere esperienze di altre coppie che hanno intrapreso un percorso di PMA e/o confrontarsi con esse, accomuna il 52,0% delle coppie, quindi circa una coppia su due, e si tratta di una pratica il cui ricorso aumenta al crescere del livello di istruzione della coppia (passando dal 42,9% dei meno istruiti al 57,3% dei più istruiti). Il restante 48,0% dichiara invece di non averlo utilizzato e a non aver fatto ricorso alla rete sono principalmente le coppie con un livello di istruzione basso e medio (rispettivamente il 57,1% e il 52,9%) e le coppie meno giovani in cui la donna ha 40 anni e più (54,7%) (**figura 37**).

Concentrandoci su chi ha utilizzato la rete, si osserva che il ricorso al web ha prodotto effetti diversi sul bagaglio informativo e sul vissuto delle coppie (**tabella 27**):

- con riferimento alle *informazioni acquisite*, tra coloro che hanno usato il web, il 94,5% ritiene che l'averlo fatto si sia rivelato positivo, in quanto leggere esperienze di altre coppie e/o confrontarsi ha di fatto informato la coppia sul percorso da intraprendere per affrontare il problema, solo il 5,5% ritiene che questa esperienza abbia invece confuso le idee a entrambi i partner;
- considerando l'impatto delle esperienze di altre coppie sul *vissuto degli intervistati*, il 50,0% ritiene che aver appreso di altre esperienze non abbia condizionato la coppia che rimane attenta solo a quello che dicono i medici, in particolare i meno istruiti (71,4%); il 39,7% riconosce che sapere di altre coppie che hanno lo stesso problema e/o confrontarsi con loro sia stato di grande aiuto, spronando la coppia a essere fiduciosa, al pari o più di quanto facciano i medici; solo il 10,3% non si esprime positivamente in quanto essere a conoscenza di esperienze negative non è stato di conforto alla coppia.

In linea generale, si osserva dunque una prevalenza di coloro che attribuiscono un valore positivo o al massimo neutrale all'utilizzo di internet per informarsi e/o relazionarsi con altre coppie che vivono la stessa esperienza. Di fatto, l'interazione sul web ha in larga misura migliorato i livelli di informazione delle coppie o ha dato loro fiducia, grazie alla conoscenza di esperienze vissute da altri o alla condivisione del percorso, a fronte del 50% circa che afferma comunque di non essersi fatto condizionare.

Figura 37. Utilizzo di internet per leggere esperienze di altre coppie e/o dialogare con altre coppie che hanno intrapreso un percorso di PMA, per livello di istruzione ed età della partner femminile (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

Tabella 27. Esperienza di chi ha usato internet per leggere esperienze di altre coppie e/o dialogare con altre coppie che hanno intrapreso un percorso di PMA (val. %)

	%
Informazioni acquisite	
Ci ha informato su quello che potevamo fare per affrontare la nostra situazione	94,5
Ci ha confuso le idee	5,5
Totale	100,0
Impatto sul vissuto	
È di grande aiuto, ci sprona ad essere fiduciosi al pari o più di quanto facciano i medici	39,7
Ci demoralizza, essere a conoscenza di esperienze negative non ci è di conforto	10,3
Non ci condiziona, stiamo attenti solo a quello che dicono i medici	50,0
Totale	100,0

Fonte: indagine Censis 2016.

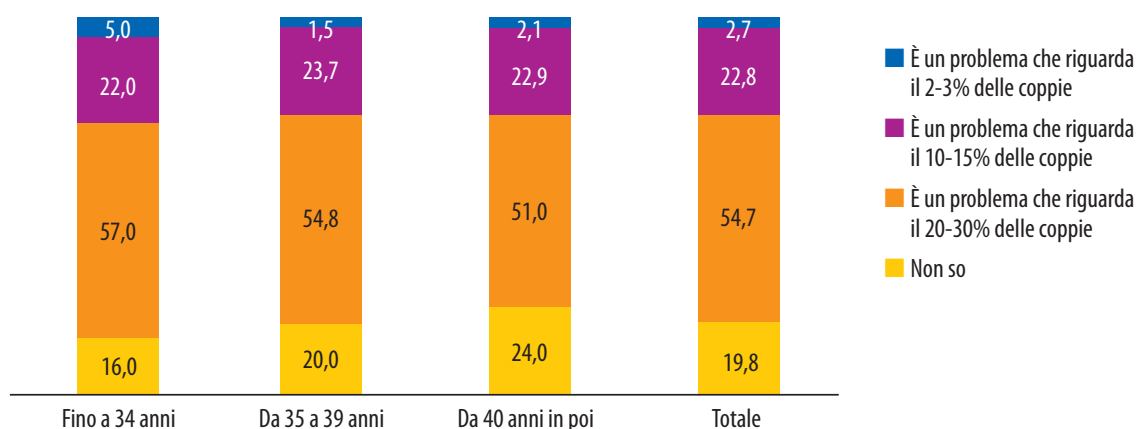
Si è cercato, inoltre, di indagare la percezione delle coppie circa la diffusione dei problemi di infertilità e sterilità nel nostro paese, e quello che emerge è una tendenza a sovrastimare il problema, un dato giustificabile se si pensa che si tratta di persone che nella loro esperienza si trovano spesso a incontrare e a confrontarsi con altre coppie con gli stessi problemi. Secondo le ultime stime fornite dall'OMS, il 15% circa delle coppie dei paesi industriali avanzati è affetto da problemi di infertilità. Oltre la metà delle coppie del campione (54,7%) pensa invece che si tratti di un problema più diffuso e che riguardi il 20-30% delle coppie (quota che sale al 57,0% tra le coppie in cui la donna ha fino a 34 anni).

Il 22,8% fornisce invece un'indicazione compatibile con le stime, ritenendo si tratti di un problema che riguarda il 10-15% delle coppie, solo il 2,7% pensa si tratti di un problema ancora meno diffuso e che coinvolga il 2-3% delle coppie. Infine, il 19,8% non sa fornire una stima del problema, in particolare i meno istruiti (26,3%) (figura 38).

È interessante osservare, richiamando i primi due step di questo ampio studio sulla infertilità, che hanno consentito di indagare le opinioni della popolazione e dei professionisti del settore sul tema, che la percezione circa la diffusione di questi problemi varia in base alla tipologia di intervistato. Da un lato, l'opinione dei medici specialisti tende ad avvicinarsi a quella delle coppie in PMA, e quindi a descrivere il problema

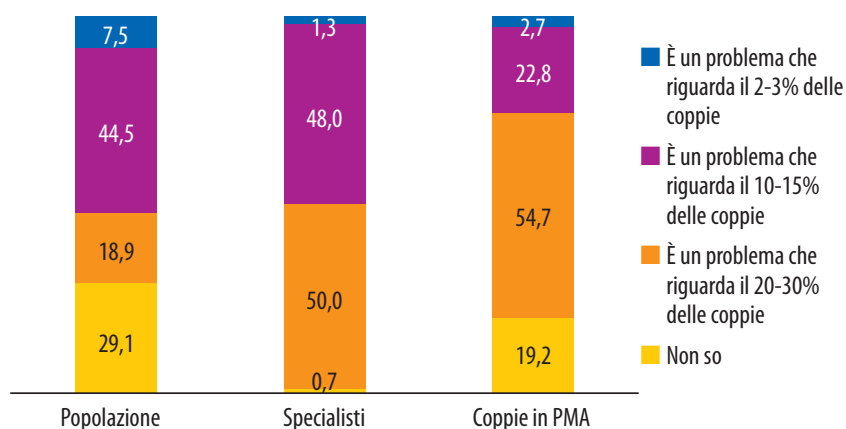
sovrastimandolo, seppur in misura più contenuta di quanto facciano le coppie direttamente coinvolte. Dall'altro, il quadro più compatibile con le stime sembra essere fornito dalla popolazione, che diversamente dai medici e da chi si trova a lottare quotidianamente con questo problema, ha una visione più distaccata e finisce per fornire una stima più realistica dell'entità del problema (figura 39).

Figura 38. Opinioni sulla diffusione dei problemi legati all'infertilità, per età della partner femminile (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

Figura 39. Opinioni sulla diffusione dei problemi legati all'infertilità, un confronto fra le tre indagini (val. %)



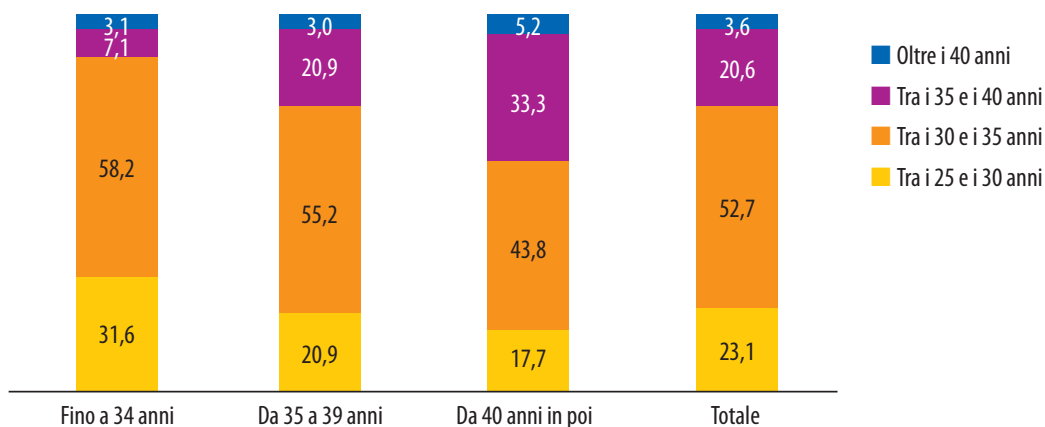
Fonte: indagine Censis 2014, 2015 e 2016.

Ciò che appare fuori dubbio è che la quasi totalità delle coppie del campione ritiene si tratti di un problema più diffuso rispetto al passato (96,3%), un'opinione condivisa anche da oltre il 90% di ginecologi, andrologi e urologi intervistati nel 2015.

È stato chiesto, inoltre, di indicare a che età una donna che aspira a essere madre dovrebbe iniziare a preoccuparsi di non avere ancora figli: oltre la metà (52,7%) del campione individua come fascia quella compresa tra i 30 e i 35 anni, e a pensarlo sono più frequentemente proprio le coppie in cui la donna ha fino a 34 anni (58,2%) (figura 40). La restante parte è divisa tra chi pensa che una donna debba iniziare a preoccuparsi già tra i 25 e i 30 anni (23,1%), e anche in questo caso è un'opinione condivisa più ampiamente se la partner della coppia si colloca nella fascia d'età più giovane (31,6%), tra chi ritiene che una donna debba porsi il problema tra i 35 e i 40 anni (20,6%) e in questo caso è un'opinione che le coppie condividono più frequentemente se la donna ha 40 anni e oltre (33,3%). Solo il 3,6% posticiperebbe ogni preoccupazione oltre i 40 anni. Sembra che a questa domanda parte del campione abbia risposto guardando, come esempio da seguire, alla propria esperienza nell'approcciarsi al problema.

Anche in questo caso è stato possibile confrontare l'opinione delle coppie in PMA con quella degli specialisti e della popolazione e sono emerse delle indicazioni interessanti.

Figura 40. Età a partire dalla quale una donna dovrebbe iniziare a preoccuparsi di non avere ancora figli, per età della partner femminile (val. %)

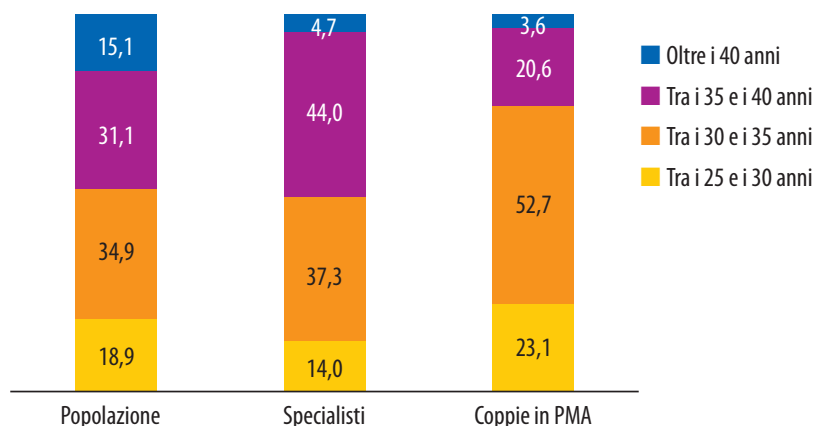


Fonte: indagine Censis 2016.

Innanzitutto, si osserva che l'opinione dei medici coincide a grandi linee con quella della popolazione. I due campioni appaiono infatti quasi divisi a metà tra chi sostiene che una donna debba iniziare a preoccuparsi prima di compiere 35 anni e chi pensa che debba posticipare ogni preoccupazione trascorsi i 35 anni, con la precisazione che il 15% circa della popolazione, a fronte di una piccola quota e pari al 5% circa degli specialisti, rimanderebbe questo tipo di pensieri dopo i 40 anni.

Un quadro diverso emerge invece intervistando le coppie direttamente toccate dal problema dell'infertilità, tra le quali si rintraccia una visione sicuramente più legata all'esperienza vissuta, con il 76% circa di intervistati secondo i quali è necessario porsi delle domande prima che la donna abbia superato i 35 anni di età (figura 41).

Figura 41. Età a partire dalla quale una donna dovrebbe iniziare a preoccuparsi di non avere ancora figli. Confronto fra le tre indagini (val. %)



Fonte: indagine Censis 2014, 2015 e 2016.

6. ASPETTI PSICOLOGICI E SOCIALI

6.1. Accettare e combattere l'infertilità

Cosa significa essere genitori per le coppie che hanno intrapreso un percorso di procreazione medicalmente assistita? È uno degli interrogativi a cui questo studio ha cercato di dare risposta.

L'84,5% del campione è d'accordo nell'identificare il valore della genitorialità con il completamento di un rapporto di coppia solido, mentre per il 71,9% degli intervistati la genitorialità rappresenta anche il completamento della persona (tabella 28).

Tabella 28. Opinioni sul significato della genitorialità, per livello di istruzione (val. %)

		Basso	Medio	Alto	Totale
I figli sono il naturale completamento della persona	D'accordo	89,5	70,0	71,3	71,9
	Non d'accordo	10,5	30,0	28,7	28,1
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
I figli sono il naturale completamento di un rapporto di coppia solido e profondo	D'accordo	90,9	80,9	86,9	84,5
	Non d'accordo	9,1	19,1	13,1	15,5
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
La genitorialità biologica e quella adottiva sono esperienze totalmente diverse	D'accordo	84,2	65,6	57,8	63,0
	Non d'accordo	15,8	34,4	42,2	37,0
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Per le coppie con problemi di fertilità l'adozione è una buona soluzione	D'accordo	57,9	75,0	83,2	77,8
	Non d'accordo	42,1	25,0	16,8	22,2
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Anche le coppie omosessuali che desiderano avere un figlio dovrebbero poterlo avere (anche ricorrendo alla PMA o alla adozione)	D'accordo	22,2	36,7	51,9	43,3
	Non d'accordo	77,8	63,3	48,1	56,7
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Le famiglie senza figli sono meno accettate socialmente	D'accordo	15,8	11,2	16,7	14,1
	Non d'accordo	84,2	88,8	83,3	85,9
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Anche i single che desiderano avere un figlio dovrebbero poterlo avere (anche ricorrendo alla PMA o alla adozione)	D'accordo	31,6	44,1	52,8	47,7
	Non d'accordo	68,4	55,9	47,2	52,3
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2016.

La condivisione di queste prime due affermazioni varia in base all'età della partner femminile: la quota di chi è d'accordo con l'idea che i figli rappresentino il naturale completamento della persona tende a ridursi all'aumentare dell'età della donna (passando dal 79,5% nella classe fino a 34 anni al 66,7% di quella 40 anni e più), come se, con l'avanzare dell'età oltre la quale non sarà più possibile vincere la battaglia contro l'infertilità, l'esperienza della genitorialità tendesse a perdere centralità nella prospettiva della realizzazione personale. Non sembra mutare invece con l'età della donna la condivisione dell'affermazione in base alla quale la genitorialità rappresenti il completamento del rapporto di coppia, un'idea che rimane sempre centrale nel percorso per il superamento dei problemi di fertilità.

È interessante osservare che lo stesso andamento, in base all'età della partner femminile, era emerso anche nell'indagine del 2008, anche se la percentuale di coppie d'accordo con queste due prime affermazioni si presentava leggermente più ampia.

Guardando alle opinioni sulle differenze tra la genitorialità biologica e quella adottiva, se il 77,8% pensa che l'adozione per le coppie con problemi di fertilità sia una buona soluzione, il 63,0% ritiene che si tratti di due esperienze totalmente diverse, un'opinione più ampiamente condivisa dalle coppie giovani in cui la donna ha fino a 34 anni e che, con tutta probabilità, non pensano ancora all'adozione come possibile soluzione al problema.

Inoltre, in base al livello di istruzione della coppia, si osserva che gli intervistati più istruiti sono più favorevoli all'idea che l'adozione sia una buona soluzione (passando dal 57,9% tra i meno istruiti all'83,2% dei rispondenti con un livello di istruzione alto), viceversa all'aumentare del titolo di studio si riduce la quota di chi pensa che genitorialità biologica e adozione siano esperienze differenti (lo sostiene l'84,2% dei meno istruiti a fronte del 57,8% dei più istruiti).

Un altro tema indagato, e su cui negli ultimi tempi si sono accesi i riflettori delle istituzioni e dell'opinione pubblica, riguarda la possibilità per i single e per le coppie omosessuali di diventare genitori ricorrendo alla PMA o all'adozione. A tal proposito, pensando di riconoscere questa possibilità alle persone sole, il campione appare quasi diviso a metà tra chi si reputa favorevole (47,7%) e chi contrario (52,3%) all'affermazione secondo la quale anche i single dovrebbero avere la possibilità di essere genitori. Valutando di estendere questa possibilità alle coppie omosessuali i pareri favorevoli si riducono ma si mantengono sempre numerosi: il 43,3% si reputa infatti d'accordo a fronte del 56,7% che si reputa contrario. Si tratta di opinioni sulle quali inevitabilmente impatta il livello di istruzione: le coppie con un bagaglio culturale più ampio si presentano infatti più aperte al riconoscimento della genitorialità a tipologie familiari differenti da quella tradizionale.

Infine, solo una piccola parte del campione pensa che oggi le coppie senza figli abbiano un minore riconoscimento sociale (14,1%), percentuale che si presenta lievemente più ridotta rispetto a quella rilevata nel 2008 (18,3%).

Le coppie che scelgono di sottoporsi alla PMA sono legate da una alta vocazione alla genitorialità, come dimostra quel 65,4% delle coppie che, in caso di insuccesso del ciclo al quale sono sottoposte, intende riprovarci (un dato che si presenta in linea con quello rilevato nel 2008 e pari al 64,9%). Di queste, solo una quota molto ridotta specifica che intende proseguire con i tentativi andando all'estero per accedere a tecniche di difficile accesso, come l'eterologa, o per trovare centri migliori (2,9%). Com'è facile attendersi, all'aumentare dell'età della partner femminile diminuisce anche la quota di coppie che, in caso di insuccesso, intendono riprovarci: dal 75,5% delle coppie in cui la partner ha fino a 34 anni la percentuale si riduce al 54,9% se ha 40 anni e oltre.

Il 23,1% non ha ancora le idee chiare, non sa come si comporterà in caso di insuccesso, e anche in questo caso si tratta di un dato che si avvicina a quello rilevato nelle precedenti indagini (24,5%). Solo il 7,8% dichiara che se il ciclo attuale non dovesse andare a buon fine rinuncerà, una quota che sale al 17,6% tra le coppie in cui la donna ha 40 anni e oltre. Tra coloro che non hanno in previsione di riprovarci si collocano anche le coppie che per ragioni economiche non possono più permettersi un altro ciclo (2,9%) e che non possono più sottoporsi alla PMA per problemi di salute (0,9%) (tabella 29).

Inoltre, in base al livello di istruzione della coppia, si osserva che al crescere del titolo di studio si riduce la quota di chi, meno propenso ad accettare un fallimento, è convinto di riprovarci: il 77,6% delle coppie con livello di istruzione basso contro il 60,2% dei più istruiti. Un dato su cui, probabilmente, influisce anche

l'approccio della coppia verso l'adozione e che, come si è visto in precedenza, appare come una buona soluzione soprattutto agli occhi dei più istruiti e viene accolta con minor frequenza dalle coppie con un basso livello di istruzione, più decise a tentare di avere un figlio biologico.

In caso di insuccesso del ciclo attuale il 31,0% dei rispondenti ha effettivamente contemplato la possibilità di adottare un bambino, mentre il 69,0% risponde di non aver valutato questa possibilità. In base al livello di istruzione l'andamento risulta nitido, all'aumentare del livello di istruzione aumenta in maniera significativa la percentuale di chi indica di aver vagliato la possibilità di adottare un bambino in caso di insuccesso del ciclo in corso (dal 13,6% dei meno istruiti al 41,2% dei più istruiti), viceversa a livelli di istruzione più bassi si associano quote più ampie di rispondenti che indicano di non aver pensato a questa possibilità (l'86,4% tra i rispondenti con livello di istruzione basso) (figura 42).

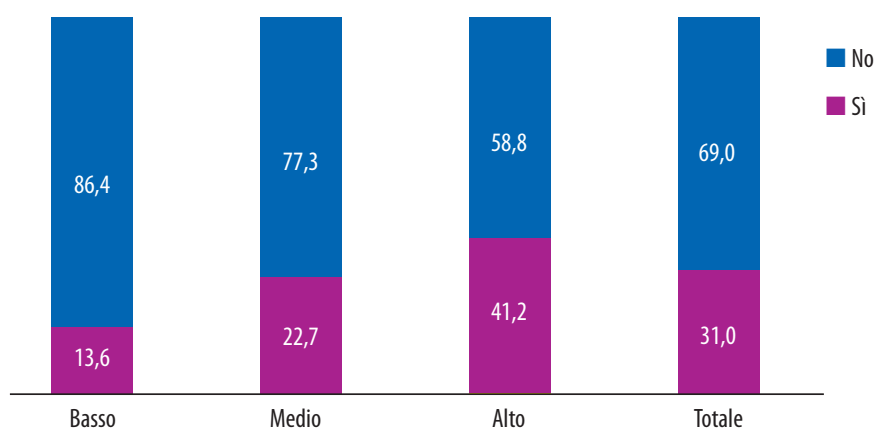
Inoltre, in base all'età della partner donna si osserva che ad averci pensato sono più frequentemente le coppie più giovani, se la donna ha fino a 34 anni (34,3%) e da 35 a 39 (34,8%), mentre tra le coppie in cui la donna ha 40 anni e oltre si presenta più ampia la quota di chi non ha valutato questa possibilità (78,0%).

Tabella 29. Opinioni sulle prospettive della coppia in caso di insuccesso, per età della partner femminile (val. %)

	Fino a 34 anni	Da 35 a 39 anni	Da 40 anni in poi	Totale 2016	Totale 2008
Intendiamo riprovarci	73,5	63,1	49,0	62,2	59,5
Intendiamo riprovarci andando in un'altra regione	0,0	0,0	1,0	0,3	0,6
Intendiamo riprovarci andando all'estero	2,0	2,1	4,9	2,9	4,8
Rinunciamo, doveva andare così	1,0	5,7	17,6	7,8	5,9
Anche volendo non possiamo permetterci economicamente un altro ciclo	4,9	2,1	2,0	2,9	2,7
Anche volendo non possiamo più farlo per problemi di salute	0,0	1,4	1,0	0,9	0,4
Non lo sappiamo	18,6	25,4	24,5	23,1	24,5
Altro	-	-	-	-	1,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

Figura 42. Coppie che in caso di insuccesso hanno contemplato la possibilità di adottare un bambino, per livello di istruzione (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

6.2. L'approccio verso l'adozione

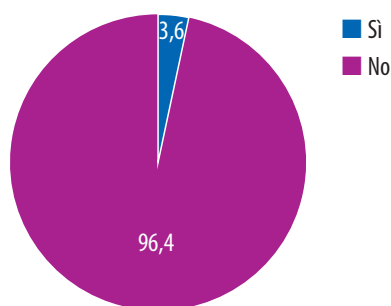
Nella realizzazione di questo nuovo studio un focus specifico è stato dedicato all'approccio e all'atteggiamento delle coppie riguardo l'adozione e alle opinioni rispetto alla possibilità di una coppia con problemi di fertilità di ricorrervi.

La scelta dell'adozione per una coppia che non può fare esperienza della genitorialità in modo naturale è con tutta probabilità il prodotto di un percorso lungo, complesso, e talvolta drammatico, di presa di coscienza dei problemi connessi con l'infertilità e, per coloro che scelgono di ricorrere alla PMA, dell'insuccesso delle tecniche cui è stato fatto ricorso.

Le coppie coinvolte nello studio al momento della compilazione del questionario si trovavano direttamente nel percorso di PMA e, per parte di esse, la compilazione è avvenuta all'inizio del ciclo. Quindi si tratta di coppie per le quali il ricorso all'adozione è ancora soltanto un'ipotesi: lo dimostra il 96,4% di rispondenti che dichiara di non aver presentato domanda di disponibilità all'adozione contro il 3,6% che l'ha presentata (**figura 43**). Tuttavia, il pensiero all'adozione, come è stato detto nel paragrafo precedente, accomuna il 31,0% delle coppie che, in caso di insuccesso del ciclo cui sono sottoposte, hanno pensato di ricorrervi.

La motivazione alla base della mancata presentazione della domanda di adozione è per il 64% circa di chi non l'ha presentata proprio il desiderio di avere un figlio biologico, possibilità che il ricorso alle tecniche potrebbe rendere concreta. Il 24,8% pensa invece che il percorso di adozione sia troppo lungo e complesso, il 3,6% desidera avere un neonato, un bimbo molto piccolo e con l'adozione potrebbe adottare solo un bambino più grande e con la stessa quota le coppie specificano di voler prima tentare con la PMA e poi decidere. Il 5,7% non ha ancora pensato a questa possibilità e l'1,5% non può presentare domanda perché non è sposato o lo è da meno di 3 anni, e la legge non consente l'adozione in entrambi i casi.

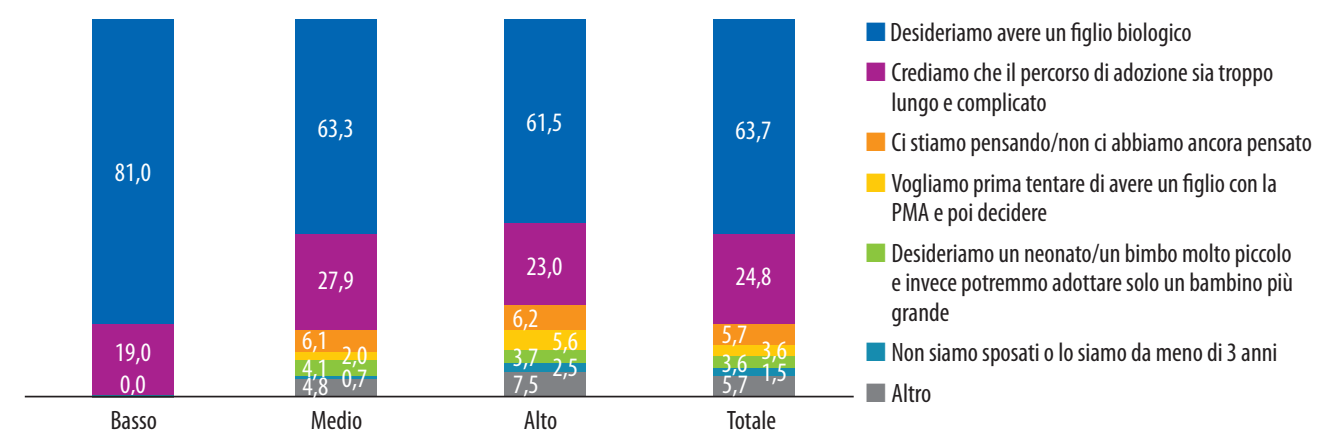
Figura 43. Coppie che hanno presentato domanda di adozione (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

Il desiderio di avere un figlio biologico accomuna il 63,7% delle coppie senza significative differenze in base all'area geografica, ma risulta lievemente più intenso nelle coppie in cui la partner femminile ha fino a 34 anni (66,3%), e quindi proprio per la giovane età ha più chances di ottenere una gravidanza. Ma il dato che emerge con più forza è costituito, ancora una volta, dall'incrocio di questa variabile con il livello di istruzione della coppia: la percentuale di chi non ha presentato domanda di adozione perché desidera avere un figlio biologico sale all'81,0% tra i rispondenti con un livello basso di istruzione, quota che tra i più istruiti si attesta al 61,5%, confermando quanto detto in precedenza. L'essere in possesso di un bagaglio culturale più ampio favorisce con tutta probabilità una maggiore apertura verso un modo di percepire la genitorialità senza necessariamente associarla al legame biologico (**figura 44**).

Figura 44. Motivazioni alla base della mancata presentazione della domanda di adozione, per livello di istruzione (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

Guardando invece alla piccola percentuale di coppie che ha presentato domanda di adozione, la gran parte si è dichiarata disponibile a una pratica di adozione sia nazionale che internazionale (58,3%), mentre il 33,3% ha dato disponibilità solo per l'adozione di un bambino italiano, e si tratta principalmente delle coppie che risiedono al Sud e Isole (60,0%); l'8,3% ha invece fatto richiesta solo per l'adozione internazionale. Si tratta, inoltre, di coppie che hanno presentato domanda di adozione nel 50% dei casi da non oltre 2 anni. Chiedendo loro come agirebbero se riuscissero ad avere uno o più figli biologici, il 7,7% dichiara che ritirerebbe la domanda di adozione, mentre la restante parte è divisa tra coloro che non la ritirerebbero e coloro che non sanno ancora come si comporterebbero.

6.3. Le relazioni familiari e sociali

Convivere con l'infertilità non produce degli effetti solo sulla coppia, perché non investe semplicemente le dinamiche tra i partner ma inevitabilmente solleva anche il problema di come gestire le relazioni sociali durante il cammino della coppia, spesso complesso e sofferto, contro l'infertilità.

Una più ampia diffusione dei problemi connessi con l'infertilità e un maggior ricorso alle tecniche di PMA hanno probabilmente contribuito a ridurre lo stigma sociale intorno all'impossibilità di una coppia di avere figli in maniera naturale, ma esistono ancora muri d'ombra e fattori di resistenza che alimentano il disagio delle coppie che convivono con questo problema.

La maggior parte delle coppie, e pari all'83,6%, ha parlato dei propri problemi di infertilità con qualcuno, oltre al medico, nel momento in cui si è accorta che qualcosa non andava e si è rivolta al medico. Una quota simile, e solo lievemente più alta, ha confidato a qualcuno, nel momento dell'avvio della terapia, di stare effettuando un trattamento di PMA (84,5%).

In linea generale, l'89,0% del campione ha raccontato a qualcuno del problema di infertilità e della terapia, il restante 11,0% ha invece scelto di non parlare con nessuno, neanche con i familiari e gli amici, una quota minoritaria ma pur sempre indice di una certa riluttanza a parlare liberamente del problema. Rispetto al 2008 il quadro non sembra essere cambiato: in quell'anno, l'89,1% delle coppie aveva infatti indicato di aver parlato con qualcuno del problema e della terapia a fronte del 10,9% di chi aveva scelto di mantenere un riserbo sulla questione.

Laddove se n'è parlato, le coppie hanno scelto di farlo più spesso con i familiari, genitori, fratelli e altri parenti (il 78,5% nel complesso lo ha fatto), soprattutto all'avvio della terapia (73,9%) e meno nella fase iniziale di dubbi e contatto con il medico (63,7%), una fase in cui il problema rimane ancora legato a una sfera intima della coppia. Stessa dinamica si rileva guardando a quanti si sono confidati con amici e colleghi, nel momento in cui è insorto il problema (29,7%) e successivamente all'avvio dei trattamenti (34,2%). Complessivamente è il 41,8% delle coppie ad aver parlato del problema e della terapia ad amici e colleghi. Chi invece ha scelto di parlarne con familiari o amici con lo stesso problema, lo ha fatto più spesso in una fase iniziale (30,6%), quando all'emergere dei primi dubbi ha sentito il bisogno di parlarne con qualcuno che ha vissuto la stessa esperienza.

L'8,0% ha parlato anche con il proprio datore di lavoro ma lo ha fatto solo al momento dei trattamenti, che possono aver determinato la necessità di metterlo a conoscenza del percorso clinico intrapreso. Con quote ancora più ridotte le coppie hanno indicato di averne parlato in un forum su internet (7,0%) e con una guida spirituale (4,0%) (tabella 30).

Tabella 30. A chi le coppie hanno confidato l'emergere del problema, e con chi hanno parlato del trattamento terapeutico (val. %)

	Hanno confidato il problema quando se ne sono resi conto	Hanno parlato del trattamento cui si stanno sottoponendo	Hanno parlato del problema o del trattamento 2016	Hanno parlato del problema o del trattamento 2008
Genitori, fratelli e altri parenti	63,7	73,9	78,5	79,6
Amici/colleghi	29,7	34,2	41,8	42,7
Familiari, amici con lo stesso problema	30,6	25,0	37,0	35,7
In un forum su internet	6,4	2,6	7,0	7,0
Al datore di lavoro	-	8,0	8,0	7,3
Sacerdote/guida spirituale	2,3	2,6	4,0	5,5
Ne hanno parlato con qualcuno	83,6	84,5	89,0	89,1
Non ne hanno parlato con nessuno	16,4	15,5	11,0*	10,9*

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

* Il valore è pari alla quota di coppie che non ha parlato con nessuno sia del problema che dei trattamenti.

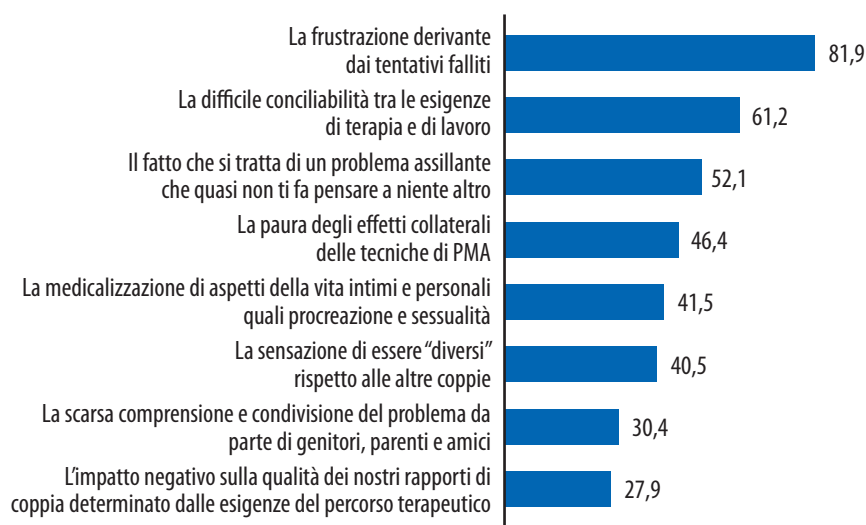
Fonte: indagine Censis 2008 e 2016.

La propensione delle coppie a parlare del problema e dei trattamenti di PMA aumenta con l'età della partner, mentre tra le coppie in cui la donna ha 40 anni e oltre è più frequente la scelta di non parlare con nessuno del problema (21,2%) e dei trattamenti (21,0%). Inoltre, guardando al titolo di studio, si osserva che i meno istruiti hanno maggiori resistenze a parlare di entrambi gli aspetti (rispettivamente il 26,1% e il 18,2%).

La scelta di condividere e di comunicare il proprio vissuto personale e la propria esperienza terapeutica, e soprattutto le difficoltà che le coppie possono aver incontrato a parlare con gli altri della propria condizione suggeriscono la necessità di un approfondimento sugli aspetti che le coppie vivono come più problematici, in termini di contraccolpi psicologici, della condizione di infertilità e del percorso di PMA.

Pensando alle fonti che costituiscono un disagio per le coppie che affrontano un percorso di PMA, la principale è ricondotta in linea generale alla frustrazione derivante dai tentativi di concepimento falliti che impatta molto e abbastanza sul vissuto dell'82% circa delle coppie, in particolare per quelle in cui la donna ha 40 anni e oltre e che provano da più tempo ad avere figli (figura 45).

Figura 45. Elementi che costituiscono fonte di disagio nell'esperienza delle coppie (val. %)



Le percentuali si riferiscono ai rispondenti che hanno indicato "molto/abbastanza".

Fonte: indagine Censis 2016.

Per il 61,2% costituisce fonte di disagio la difficile conciliabilità tra le esigenze di terapia e di lavoro, senza significative differenze in base all'età della donna ma in misura più ampia tra chi ha un livello di istruzione medio (65,4%) e alto (61,9%) rispetto alle coppie meno istruite (28,6%).

Il 52,1% del campione pensa che il problema di infertilità sia diventato un pensiero costante, motivo per cui la coppia non riesce a pensare ad altro. Inoltre, il 46,4% associa il disagio percepito alla terapia temendone gli effetti collaterali.

Con quote approssimabili al 40% si fa riferimento, come fonte di disagio, alla medicalizzazione di aspetti della vita intimi e personali, come la procreazione e la sessualità, e alla sensazione di percepirsi come diversi dalle altre coppie, una sensazione che diminuisce di intensità all'aumentare dell'età della donna (passando dal 47,5% tra le coppie in cui la donna ha fino a 34 anni al 29,3% se ha 40 anni e oltre).

Infine, quote più ridotte, ma pur sempre prossime al 30% del campione, segnalano una scarsa comprensione e condivisione del problema da parte dei familiari più intimi e degli amici, un problema che riguarda principalmente le coppie più giovani, in cui la donna ha fino a 34 anni (41,8%), e l'impatto negativo sulla qualità del rapporto di coppia che risente delle esigenze imposte dal percorso terapeutico, anche in questo caso più frequentemente se la donna ha fino a 34 anni (34,0%) (tabella 31).

Confrontando questi dati con quelli emersi dalla precedente indagine, laddove è stato possibile un confronto dei singoli item, considerando sempre chi ha risposto indicando molto e abbastanza, si osserva che costituisce oggi più ampiamente fonte di disagio per le coppie coinvolte nella PMA il relazionarsi con familiari e amici che sembrano non comprendere e condividere a sufficienza il problema, le difficoltà di conciliare la vita lavorativa e le terapie (56,2 nel 2008) e l'intromissione del medico negli aspetti più intimi della vita di coppia (39,9%). Leggermente meno diffusa è invece oggi la sensazione di essere diversi dalle altre coppie (nel 2008 pari al 44,5%), segno che qualcosa, seppur lentamente, sta cambiando nell'approccio al problema.

Tabella 31. Quanto alcuni aspetti dell'esperienza dell'infertilità sono fonte di disagio per la coppia (val. %)

		Fino a 34 anni	35-39 anni	40 anni e più	Totale
La frustrazione derivante dai tentativi falliti	Molto/abbastanza	81,0	78,5	87,0	81,9
	Poco/per nulla	19,0	21,5	13,0	18,1
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
La difficile conciliabilità tra le esigenze di terapia e di lavoro	Molto/abbastanza	60,4	59,4	63,6	61,2
	Poco/per nulla	39,6	40,6	36,4	38,8
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Il fatto che si tratta di un problema assillante che quasi non ti fa pensare a niente altro	Molto/abbastanza	53,0	53,3	48,5	52,1
	Poco/per nulla	47,0	46,7	51,5	47,9
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
La paura degli effetti collaterali delle tecniche di PMA	Molto/abbastanza	43,4	48,9	46,0	46,4
	Poco/per nulla	56,6	51,1	54,0	53,6
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
La medicalizzazione di aspetti della vita intimi e personali quali procreazione e sessualità	Molto/abbastanza	42,0	42,9	38,9	41,5
	Poco/per nulla	58,0	57,1	61,1	58,5
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
La sensazione di essere “diversi” rispetto alle altre coppie	Molto/abbastanza	47,5	42,6	29,3	40,5
	Poco/per nulla	52,5	57,4	70,7	59,5
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
La scarsa comprensione e condivisione del problema da parte di genitori, parenti e amici	Molto/abbastanza	41,8	27,2	24,2	30,4
	Poco/per nulla	58,2	72,8	75,8	69,6
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
L'impatto negativo sulla qualità dei nostri rapporti di coppia determinato dalle esigenze del percorso terapeutico	Molto/abbastanza	34,0	27,9	21,2	27,9
	Poco/per nulla	66,0	72,1	78,8	72,1
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2016.

7. ESPERIENZE E OPINIONI SULLA PMA IN ITALIA

Il tema della PMA e le modifiche che negli anni hanno di fatto cambiato il cuore della legge 40/2004 sono oggi al centro di un acceso dibattito, motivo per cui è sembrato interessante e utile ascoltare il parere di chi convive giorno dopo giorno con i problemi di infertilità ed è sottoposto ai trattamenti per superare i vincoli al desiderio di essere genitori.

A tale scopo è stato chiesto alle coppie di indicare la loro posizione di accordo o disaccordo in merito ad alcune affermazioni relative alla legge. Innanzitutto, pensando ai *principi* che disciplinano la legge 40/2004, quasi la totalità delle coppie è d'accordo nel sostenere che nel nostro paese era necessaria una legge che regolamentasse un tema così delicato (93,0%) privo di una normativa che lo trattasse, così come il 90,2% pensa che sia giusto che esista una legge che tuteli i diritti dell'embrione, un principio che risulta essere oggi molto più condiviso rispetto al passato, se si pensa che nel 2008 solo il 64,5% delle coppie indicava di essere d'accordo.

Quello che emerge da questo studio, anche alla luce dei cambiamenti intervenuti nei principi della legge, è una più ampia condivisione delle norme che la regolano: si riduce, infatti, la quota di chi pensa che la legge si sia eccessivamente occupata degli aspetti etici (oggi il 64,3% ritiene sia così, nel 2008 a pensarlo era una quota più ampia e pari al 71,0%). Inoltre, nella precedente indagine era emersa una più profonda convinzione secondo cui la legge non tutelava adeguatamente la salute delle donne; infatti, solo il 37,7% delle coppie era convinto che la legge mettesse in primo piano la salute della donna. Oggi, al contrario, solo il 27,4% pensa che la legge metta in secondo piano la salute delle donne.

Con tutta probabilità su questa opinione esercita un impatto anche la sentenza delle Corte Costituzionale n. 151/2009 che elimina il divieto di produzione di più di 3 embrioni, previsto in origine dalla legge, ed elimina altresì l'obbligo di un contemporaneo impianto degli embrioni prodotti. Inoltre, con la sentenza n. 96/2015 della Corte Costituzionale cade anche il divieto di accesso alla diagnosi preimpianto per le coppie portatrici di malattie genetiche trasmissibili. Possibilità di selezionare gli embrioni su cui è d'accordo quasi la totalità delle coppie (90,0%) (tabella 32).

Un focus è stato dedicato anche alle opinioni relative all'*accesso alle tecniche di PMA*, e anche in questo caso le opinioni delle coppie che accedono alle tecniche risultano negli anni cambiate, lasciando emergere un quadro non del tutto positivo. Da un lato, sembra essersi ridimensionato, nell'opinione delle coppie sottoposte a PMA, il divario tra la qualità delle cure offerte in Italia e all'estero, se si pensa che nel 2008 l'80,5% delle coppie intervistate ha condiviso l'affermazione secondo la quale le coppie italiane affette da infertilità e sterilità sono svantaggiate rispetto alle coppie residenti in altri paesi europei, opinione che oggi appare essere meno condivisa (76,0%), anche se rimane comunque un'idea predominante nell'immaginario delle coppie in PMA. Una percentuale più ridotta di intervistati pensa, inoltre, che la legge penalizzi le coppie che hanno minori possibilità economiche (lo sosteneva il 77,4% delle coppie nel 2008 a fronte del 71,9% nel 2016), un dato che può essere giustificato data la prevalenza nel campione di coppie con una condizione occupazionale e stabile e uno status socio-economico medio-alto.

D'altra parte, risulta molto più accentuato il divario interno al paese, in quanto è più diffusa la convinzione secondo la quale non in tutte le regioni italiane è assicurato lo stesso livello di qualità delle cure: a pensarlo è il 79,5% dei rispondenti, nel 2008 era il 65,6%. Inoltre, aumenta anche la quota di chi sostiene che, nonostante le dichiarazioni di principio, in Italia non in tutte le regioni è assicurato l'accesso gratuito alle cure (il 74,3% nel 2016 a fronte del 57,7% nel 2008) (figura 46).

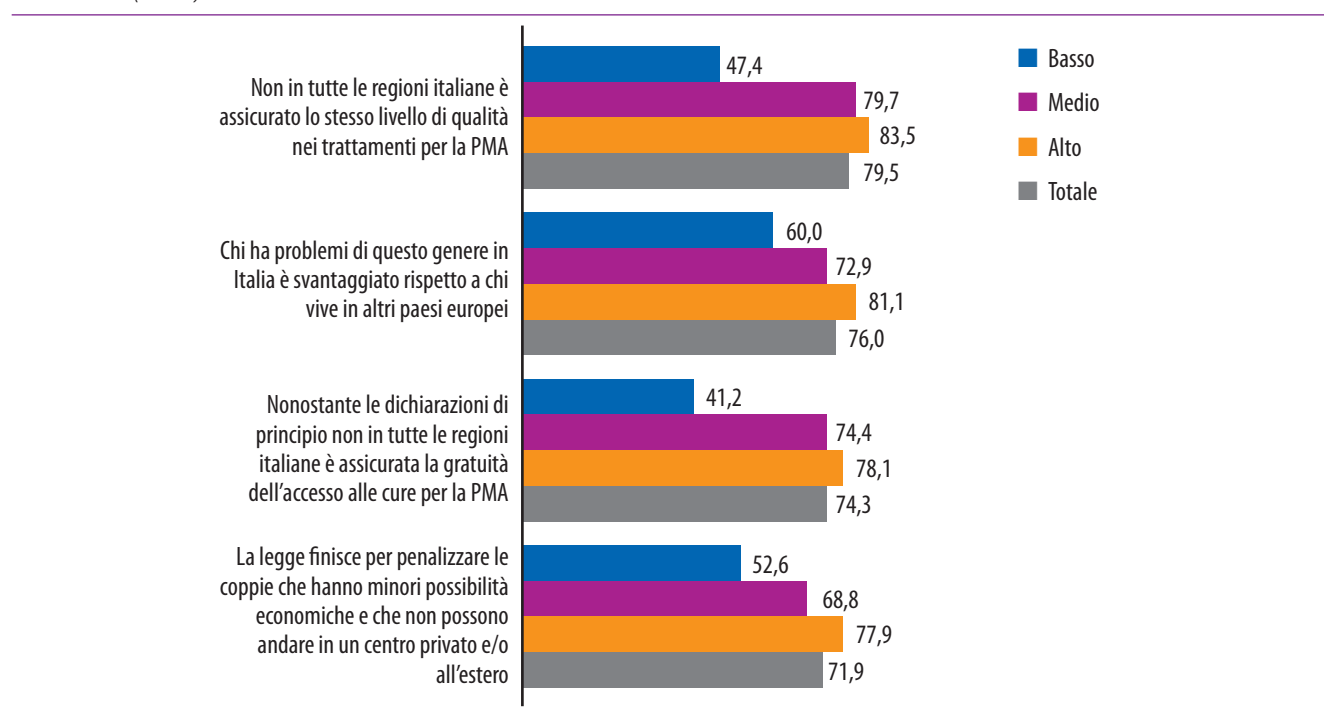
Tabella 32. Coppie d'accordo con le seguenti affermazioni riguardanti i principi, le tecniche e i soggetti cui la legge 40/2004 dovrebbe consentire di accedere alla PMA, per appartenenza religiosa (val. %)

	Cattolici praticanti	Cattolici non praticanti o non entrambi praticanti	Non credenti o non entrambi credenti	Altra religione	Totale
Era necessaria una legge che regolamentasse un tema così delicato nel quale non esistevano regole	95,0	94,4	84,6	93,8	93,0
È giusto che ci sia una legge che tutela i diritti dell'embrione	93,9	91,5	77,1	94,1	90,2
La legge si è preoccupata eccessivamente degli aspetti etici	50,5	70,1	76,6	57,1	64,3
La legge mette in secondo piano la salute delle donne	22,6	28,9	34,8	21,4	27,4
La fecondazione eterologa dovrebbe essere realmente disponibile per tutti	74,2	81,0	91,7	87,5	80,9
La possibilità di selezionare l'embrione per eliminare situazioni di gravi malattie è giusta	88,0	90,3	94,1	87,5	90,0
La legge dovrebbe eliminare le restrizioni sull'utero in affitto	33,3	52,2	54,3	50,0	46,1
La legge dovrebbe consentire l'accesso alla PMA ai single	23,2	54,3	63,0	46,7	45,0
La legge dovrebbe consentire l'accesso alla PMA alle coppie omosessuali	16,5	47,5	80,0	33,3	41,6

Intervistati che hanno risposto sì.

Fonte: indagine Censis 2016.

Figura 46. Coppie d'accordo con le seguenti affermazioni relative all'accesso alle tecniche di PMA, per livello di istruzione (val. %)



Intervistati che hanno risposto sì.

Fonte: indagine Censis 2016.

Inoltre, è stata indagata l'opinione delle coppie anche in merito alle tecniche disponibili e ai soggetti che possono accedere ai trattamenti. Se la grande parte del campione conviene nel ritenere che la feconda-

zione eterologa dovrebbe effettivamente essere disponibile per tutti (80,9%), il campione appare diviso in merito alla possibilità di ricorrere all'utero in affitto; è infatti il 46,1% a ritenere che la legge dovrebbe eliminare le restrizioni al ricorso a questa pratica (**tabella 32**).

Opinioni differenti si registrano anche in merito ai soggetti cui la legge dovrebbe consentire l'accesso alle tecniche di PMA, con il 45,0% che ritiene che la legge dovrebbe consentire l'accesso alle tecniche anche ai single e il 41,6% anche alle coppie omosessuali, un dato che testimonia una apertura verso un significato di genitorialità che va oltre l'idea tradizionale di famiglia (**tabella 32**).

Analizzando i dati in base all'appartenenza o meno a una fede religiosa, si osserva che l'essere cattolico praticante, non praticante o non credente ha un impatto sulle opinioni della coppia riguardo i principi della legge 40/2004, le tecniche e i soggetti che vi possono avere accesso. I cattolici praticanti, infatti, sono meno favorevoli alla revisione dei principi della legge così come originariamente concepita. Ad esempio, rispetto alla fecondazione eterologa, si osserva che, se tra i non credenti il 91,7% ritiene che debba essere realmente disponibile per tutti, tra i cattolici non praticanti la quota si riduce all'81,0%, per contrarsi ulteriormente tra i cattolici praticanti (74,2%). Stessa dinamica si osserva rispetto alle diverse affermazioni proposte, tra le quali la possibilità di accedere alla maternità surrogata (accolta dal 54,3% dei non credenti e solo dal 33,3% dei cattolici praticanti), il ricorso alle tecniche anche da parte dei single (rispettivamente il 63,0% e il 23,2%) e degli omosessuali (rispettivamente l'80,0% e il 16,5%).

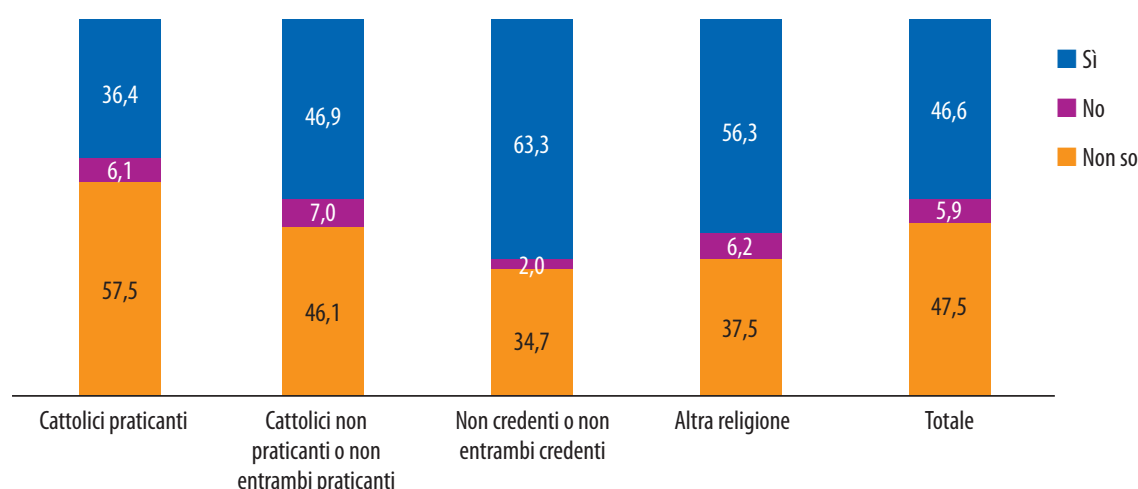
Inoltre, rispetto alle affermazioni riguardanti l'accesso alle tecniche, si osserva al crescere del livello di istruzione della coppia un più ampio accordo ai vari aspetti. È il 47,4% dei meno istruiti, ad esempio, a ritenere che non in tutte le regioni italiane sia assicurato lo stesso livello di qualità dei trattamenti, a fronte di un più ampio 83,5% dei più istruiti (**figura 46**). Lo stesso andamento si osserva guardando a chi sostiene che chi ha problemi di questo genere in Italia sia svantaggiato rispetto agli altri paesi europei (passando dal 60,0% dei meno istruiti all'81,1% dei più istruiti), che non in tutte le regioni italiane sia assicurata la gratuità dei trattamenti (rispettivamente 41,2% e 78,1%) e che la legge penalizzi le coppie con minori possibilità economiche (rispettivamente 52,6% e 77,9%).

Pensando sempre alla legge 40/2004, quasi la metà del campione (46,6%) è convinta che la versione attuale della legge, successiva alle pronunce della Corte Costituzionale, non sia ancora adeguata e dovrebbe essere ulteriormente modificata, solo il 5,9% pensa che non debba essere suscettibile di ulteriori modifiche, mentre la parte restante non sa esprimere un'opinione. Anche in questo caso la posizione rispetto alla fede religiosa ha un impatto su questa variabile: la quota di chi pensa che la legge debba subire altre modifiche sale al 63,3% tra i non credenti, mentre si riduce al 36,4% tra i cattolici praticanti (**figura 47**). Anche in base al livello di istruzione, i più istruiti si presentano più propensi a ulteriori revisioni della legge (51,3%).

Il focus sulla normativa che regola la PMA è stato utile anche per indagare l'esperienza delle coppie a seguito dei cambiamenti intervenuti nella legge. Il 36,8% delle coppie del campione, infatti, ha avuto modo di accedere a tecniche o esami prima non consentiti. Ed è interessante osservare che al crescere del livello di istruzione, e quindi tra i rispondenti con un bagaglio culturale più ampio, e con tutta probabilità anche i più inclini a informarsi in merito all'evoluzione della legge 40/2004, è più ampia la quota di chi riconosce di aver avuto accesso a tecniche ed esami prima non consentiti (dal 15,0% dei meno istruiti al 36,6% dei rispondenti con livello di istruzione medio, fino al 40,1% dei più istruiti) (**tabella 33**).

Nello specifico, il 24,4% del campione ha avuto accesso alla crioconservazione degli embrioni, nel 19,1% dei casi è stato possibile produrre più di 3 embrioni, nel 14,0% non impiantare tutti gli embrioni prodotti e nell'8,7% non impiantare gli embrioni affetti da malattie genetiche. Il 10,7% ha avuto accesso alla diagnosi preimpianto e il 4,3% alla fecondazione eterologa.

Figura 47. Coppie favorevoli a ulteriori modifiche della legge 40/2004, per appartenenza religiosa (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

Se i cambiamenti intervenuti nella legge hanno in diversi casi orientato il percorso terapeutico delle coppie, a quasi nessuno degli intervistati è capitato di trovarsi in situazioni più particolari come rivolgersi a un avvocato per riuscire a essere sottoposti a specifiche tecniche o esami. Solo l'1,6% riconosce di essere stato costretto a recarsi all'estero prima che alcune tecniche o esami fossero consentiti in Italia.

Tabella 33. Accesso delle coppie a tecniche ed esami consentiti a seguito dei cambiamenti intervenuti nella legge 40/2004, per livello di istruzione (val. %)

	Basso	Medio	Alto	Totale
No	85,0	63,4	59,9	63,2
Si	15,0	36,6	40,1	36,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
E in particolare si trattava di*				
Fecondazione eterologa	5,0	6,9	2,0	4,3
Diagnosi preimpianto	5,0	8,4	13,6	10,7
Produzione di più di 3 embrioni	10,0	16,0	23,1	19,1
Non impianto di tutti gli embrioni prodotti	5,0	8,4	20,4	14,0
Crioconservazione degli embrioni	15,0	22,1	27,9	24,4
Non impianto di embrioni affetti da malattie genetiche	0,0	6,1	12,2	8,7
Altro	0,0	0,8	0,7	0,7
Non saprei, non conosco i cambiamenti	0,0	3,8	1,4	2,3

*Calcolato sul totale del campione.

Il totale è diverso da 100 perché erano possibili più risposte.

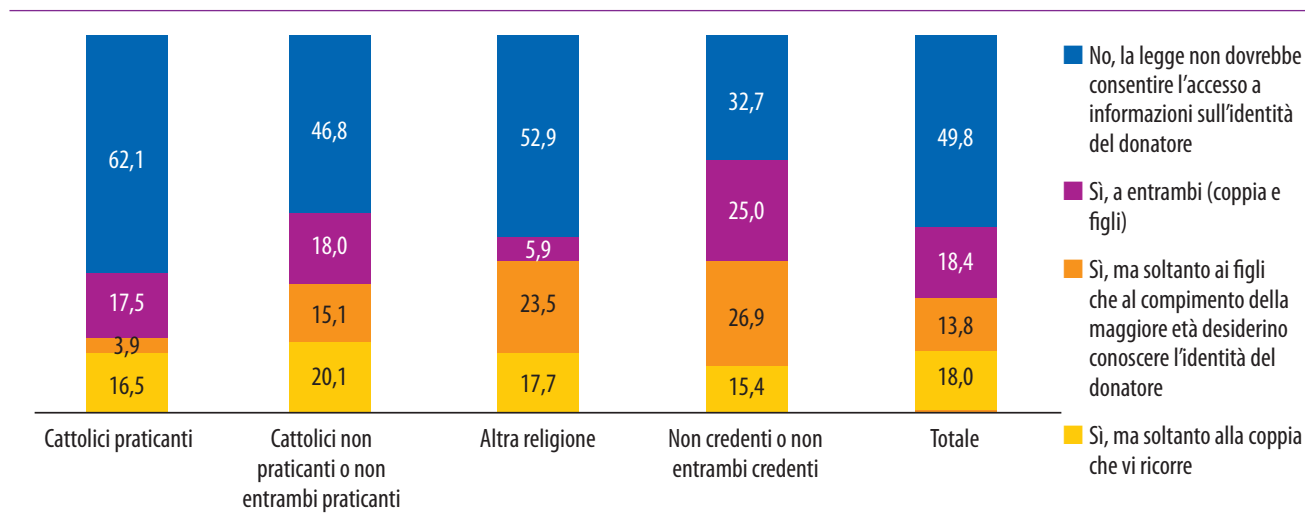
Fonte: indagine Censis, 2016.

Infine, alla luce della rimozione del divieto di accedere alla fecondazione eterologa, è sembrato interessante indagare l'opinione delle coppie sulla possibilità di accedere alle informazioni sull'identità del donatore, un aspetto di cui oggi si parla ancora poco ma che l'utilizzo sempre più frequente di questa tecnica renderà, con tutta probabilità, meritevole di attenzione agli occhi delle istituzioni e dell'opinione pubblica.

Si tratta, infatti, di un tema su cui le opinioni delle coppie appaiono sicuramente eterogenee. Il campione, innanzitutto, è diviso a metà tra coloro che pensano sia giusto che la legge consenta la possibilità di acce-

dere a informazioni sull'identità del donatore (50,2%) e coloro che ritengono che non debba essere consentito (49,8%) (figura 48). Guardando poi nello specifico a chi si dichiara favorevole, con quote prossime al 18% i rispondenti indicano da un lato che la legge dovrebbe consentire questa possibilità alla coppia che vi ricorre e ai figli che al compimento del diciottesimo anno di età desiderino conoscere l'identità del donatore, e dall'altro che ad accedere alle informazioni debba essere solo la coppia che vi ricorre. Inoltre, il 13,8% pensa che spetti solo al figlio il diritto di conoscere l'identità del donatore. Anche in questo caso si osservano differenze di opinione in base al credo religioso, tra i cattolici praticanti, infatti, sale al 62,1% la quota di chi ritiene giusto che la legge vieti questa possibilità alle coppie e ai figli, mentre tra i non credenti si reputa contrario il 32,7%.

Figura 48. Opinioni sulla possibilità di accedere all'identità del donatore in caso di ricorso a fecondazione eterologa, per appartenenza religiosa (val. %)



Fonte: indagine Censis 2016.

SINTESI DEI RISULTATI

A otto anni di distanza dalla prima ricerca del Censis avente come protagoniste le coppie in PMA, è stato realizzato un nuovo studio volto a indagare la situazione delle coppie che combattono l'infertilità mediante un'indagine su un campione di 361 coppie seguite da 23 centri per il trattamento dell'infertilità ubicati nelle diverse aree territoriali del paese.

Tra i mutamenti più significativi nel profilo delle coppie che si sottopongono alla PMA, da segnalare è l'avanzare dell'età del partner maschile (che passa da 37,7 anni nel 2008 a 39,8 anni nel 2016) e femminile (da 35,3 anni a 36,7 anni) e una condizione professionale più stabile per entrambi.

Si tratta di coppie che cercano di avere un figlio mediamente da 3,9 anni, un tempo leggermente inferiore a quello rilevato nella ricerca precedente in cui si superavano di poco i 4 anni. I primi dubbi in relazione alla difficoltà di ottenere una gravidanza sono intervenuti dopo 15,5 mesi di tentativi, un tempo più lungo rispetto ai 12,2 mesi di media nel 2008 e sono le donne più giovani a essersi interrogate per prime sulle difficoltà incontrate, mentre per le donne più avanti negli anni sembra essere data per scontata qualche difficoltà in più. Si incrementa, inoltre, il tempo che si lascia trascorrere tra i primi dubbi e la scelta di rivolgersi a un medico (10,9 mesi contro i 9,2 mesi indicati nella precedente indagine). Guardando all'intero percorso, dal primo contatto con il medico al ricorso al primo centro di PMA, si osserva che in media trascorre poco più di un anno (12,7 mesi), circa 6 mesi in meno rispetto al dato rilevato nel 2008. In ogni caso, anche in quest'ultima indagine rimane confermato che le coppie meno istruite sono arrivate ai centri di PMA dopo un percorso decisamente più lungo rispetto a quelle con un livello di istruzione più alto, dal momento che l'istruzione con tutta probabilità migliora i livelli di conoscenza sul tema, incentivando le coppie a un intervento medico più tempestivo per superare le difficoltà.

Il professionista a cui la coppia si è rivolta la prima volta è nella grande parte dei casi il ginecologo (72,5%), il 13,6% indica invece di essersi rivolto direttamente allo specialista di un centro di PMA. Con quote più ridotte, invece, si fa riferimento all'andrologo o urologo (6,2%) e al medico di medicina generale (5,8%). Da notare che si presenta quasi raddoppiata la quota di coppie che si rivolgono direttamente allo specialista del centro di PMA (il 7,1% nel 2008) e si riduce la percentuale di chi chiama in causa il ginecologo e il medico di medicina generale.

Dopo il contatto con il medico ha inizio per la coppia il percorso diagnostico per l'individuazione delle cause dell'infertilità, un iter che non sempre porta al riconoscimento di una condizione clinica come causa specifica di infertilità. Il campione, infatti, è diviso tra gli intervistati ai quali è stato diagnosticato un problema connesso a una causa specifica (55,0%) e la parte restante composta dal 9,7% delle coppie che riconosce la presenza di dubbi del medico su possibili cause (in particolare al Sud e Isole, 19,1%) e dal 35,3% la cui causa di infertilità rimane inspiegata. Rispetto al 2008 si assiste a una diminuzione significativa (circa 9 punti percentuali) delle coppie a cui è stata diagnosticata una causa specifica dell'infertilità.

Che il percorso diagnostico, in alcuni casi, possa rivelarsi lungo e articolato lo si evince anche dal 37,7% di coppie che dichiarano di essersi rivolte a medici diversi prima di individuare la causa dell'infertilità, una percentuale che al Sud e Isole aumenta in maniera consistente (48,8%). Il peso della variabile territoriale, emerso già nello studio precedente, evidenzia dunque un percorso che per le coppie del Sud e Isole non si presenta sempre lineare.

Guardando all'esperienza con i centri per la PMA, la scelta della struttura risulta essere dettata da diversi criteri tra i quali spicca la fama per gli ottimi risultati della struttura, che rappresenta il criterio principalmente seguito dalle coppie (38,6%), in particolare al Centro Italia (42,9%) e tra i rispondenti con livelli alti di istruzione (45,1%). Inoltre, il 18,9% riconosce di aver scelto il centro perché vicino alla propria abitazione e con percentuali più ridotte si fa riferimento anche al parere ottenuto da altre coppie in cura presso il centro scelto, alla presenza nella struttura del proprio medico curante e alla dotazione tecnologica più adeguata. In base alla tipologia di centro scelto, si osserva che, tra le coppie in carico presso centri pubblici, la quota più ampia e pari al 31,2% motiva la scelta con la vicinanza della struttura alla propria abitazione. Tra le coppie che invece si sono rivolte a centri privati, la fama della struttura rappresenta l'aspetto di cui hanno tenuto più frequentemente conto (45,2%).

Il centro presso cui le coppie si trovano attualmente in cura rappresenta per il 72,2% del campione l'unico al quale si sono rivolti per sottoporsi alla PMA, una percentuale che appare più ridotta di quella rilevata nel 2008 (76% circa), a indicazione che è un numero più ampio di coppie a frequentare più di un centro di PMA.

Il 36,9% dei rispondenti al momento della rilevazione si trovava a effettuare il primo ciclo, mentre il 63,1% ha indicato di essere già stato sottoposto ad altri cicli in passato.

Nello specifico, il 60,9% delle coppie dichiara di effettuare la FIVET omologa (il 2,6% eterologa). Il 42,3% è invece sottoposto a ICSI omologa (l'1,7% eterologa). Con quote più ridotte i rispondenti indicano di effettuare la crioconservazione dei gameti e il criotransfer da scongelamento (rispettivamente il 2,3% e il 5,2%).

I tempi di attesa per accedere ai trattamenti si presentano abbastanza eterogenei e variano anche in base alla tipologia di centro scelto: circa un terzo (32,6%) del campione ha atteso meno di tre mesi prima di iniziare la terapia, in particolare le coppie che si sono rivolte a centri privati (49,0%); il 25,7% ha atteso tra i 3 e i 6 mesi e si tratta più frequentemente di pazienti in cura presso strutture private convenzionate (40,8%), il 24,3% ha iniziato i trattamenti trascorsi da 6 a 11 mesi dal momento in cui si è rivolto al centro, in particolare le coppie in cura presso centri pubblici e privati convenzionati (rispettivamente il 31,8% e il 27,6%). Il 17,4% ha atteso un anno e oltre prima di accedere ai trattamenti, una quota che tra chi si è rivolto al pubblico aumenta di circa 12 punti percentuali (29,1%).

Guardando alle modalità di accesso ai trattamenti, considerando l'ultimo ciclo effettuato, quasi la metà del campione ha avuto accesso alla PMA pagando il ticket (49,4%), quota che tra le coppie residenti a Nord sale al 59,3%. Il 35,4% ha invece avuto accesso ai trattamenti pagando interamente di tasca propria, in particolare i residenti al Centro (67,4%) e del Sud e Isole (51,2%), aree in cui è più ampia la concentrazione di strutture private. Per il 14,0% i costi sono stati sostenuti interamente dal SSR. Nello specifico, tra chi ha sostenuto la spesa di tasca propria, il costo dell'ultimo ciclo di PMA si è aggirato intorno ai 4.000 euro (4.200 al Nord, 5.200 al Centro e 2.900 al Sud e Isole). Riguardo alla spesa per il ticket (sempre con riferimento all'ultimo ciclo di PMA sostenuto), le coppie in cura presso centri pubblici e privati convenzionati indicano di aver pagato in media 340 euro (700 euro al Centro, 280 al Nord e 370 al Sud e Isole). Le cifre indicate hanno un'elevata variabilità che può essere anche legata alla fase del percorso di cura delle coppie: si passa infatti da un valore minimo di spesa approssimabile ai 30 euro a un valore massimo di circa 1.000 euro.

Complessivamente, si registra un alto livello di soddisfazione rispetto al centro presso cui le coppie si trovano in cura; quasi la totalità delle coppie, infatti, si reputa molto (48,7%) e abbastanza (48,4%) soddisfatta, solo il 2,9% poco soddisfatta. Il grado di soddisfazione varia anche in base alla tipologia di centro presso cui la coppia è in cura, con livelli di apprezzamento più elevati tra coloro che si sono rivolti a una struttura privata (il 59,8% si reputa molto soddisfatto) piuttosto che pubblica (45,6%), mentre tra coloro che si sono rivolti al privato convenzionato la percentuale risulta pari al 37,8%.

Si nota, inoltre, che gli aspetti psicologici e relazionali rappresentano in questo studio, ma anche in quello precedente, un aspetto su cui le coppie si dichiarano meno soddisfatte, e a dichiararlo sono soprattutto le coppie del Nord (16,5%) e dei centri privati convenzionati (24,2%). Un'insoddisfazione comprensibile se si pensa alla complessità del percorso delle coppie in PMA e alle difficoltà dei centri di dare una risposta alle problematiche di un vissuto così intimo.

A prescindere dall'ampio livello di insoddisfazione, il 30,4% segnala di aver incontrato criticità nel rapporto con i centri di PMA, aspetti problematici distinti in due tipologie: accesso al centro e aspetti logistici da un parte e trattamenti dall'altra. Con riferimento alla prima tipologia i rispondenti segnalano più frequentemente, con quote approssimabili al 41%, difficoltà d'accesso legate alle liste d'attesa (in particolare tra le coppie in cura presso centri pubblici, 50,0%) e i costi economici (soprattutto tra chi ha frequentato un centro privato, 67,7%). In base all'area geografica, le difficoltà di accesso sono segnalate più ampiamente dai rispondenti del Nord (52,0%), area in cui, come già segnalato, sono presenti in misura più ampia centri pubblici e privati convenzionati; quelle economiche invece sono maggiormente segnalate al Centro (70,6%) e al Sud e Isole (50,0%), aree in cui sono più numerosi i centri privati.

Considerando gli aspetti critici legati ai trattamenti, l'aspetto più critico è dovuto a una scarsa attenzione agli aspetti comunicativo-relazionali (43,9%), alla mancanza di un riferimento unico che possa guidare la coppia nel tempo (41,5%).

Il percorso che va dalla presa di coscienza del problema al ricorso alla medicalizzazione, come si è detto più volte, è un iter piuttosto lungo, durante il quale le coppie hanno modo di acquisire le informazioni di cui hanno bisogno per vivere al meglio l'esperienza con i centri. È infatti quasi la totalità del campione a definirsi informata sulle problematiche associate all'infertilità e sterilità e sulle tecniche di PMA. Nello specifico, l'89,2% dei rispondenti si ritiene molto (30,3%) e abbastanza (58,9%) informato sui problemi di infertilità e sterilità. Guardando al livello di istruzione delle coppie, si osserva che al crescere del titolo di studio aumenta anche la percezione di un buono e ottimo livello di informazione sulle tematiche relative all'infertilità e sterilità, passando dal 70,0% delle coppie con livello di istruzione basso al 93,3% delle coppie più istruite. Quando si chiama in causa più nello specifico la PMA, quindi l'esperienza diretta delle coppie, il livello di informazione percepita al riguardo migliora leggermente, con il 93,0% dei rispondenti che si reputano molto e abbastanza informati. Inoltre, permangono, ma si ridimensionano, le differenze in base al livello di istruzione.

La fonte da cui le coppie sono state informate circa la possibilità di ricorrere alle tecniche di PMA è nella grande parte dei casi il ginecologo (61,9%). Un'altra fetta del campione e pari al 18,2% ha saputo della possibilità di ricorrere alla PMA da familiari, amici o colleghi che hanno avuto lo stesso problema e con percentuali molto più ridotte si fa riferimento ad altre fonti di informazione tra le quali internet (5,3%), il medico di medicina generale (4,7%), l'andrologo e/o l'urologo (4,4%).

Se il ruolo di internet sembra essere marginale come fonte dalla quale i rispondenti sono venuti a conoscenza della possibilità di sottoporsi alle tecniche di PMA, l'utilizzo del web per leggere esperienze di altre coppie che hanno intrapreso un percorso di PMA e confrontarsi con esse accomuna il 52,0% degli intervistati, quindi circa una coppia su due, percentuale che aumenta al crescere del livello di istruzione della coppia (passando dal 42,9% dei meno istruiti al 57,3% dei più istruiti). Il restante 48,0%, invece, dichiara di non aver fatto ricorso alla rete, e a sostenerlo sono principalmente le coppie con un livello di istruzione basso e medio (rispettivamente il 57,1% e il 52,9%) e le coppie meno giovani in cui la donna ha 40 anni e più (54,7%).

In linea generale, dunque, si osserva una prevalenza di coloro che attribuiscono un valore positivo o al massimo neutrale all'utilizzo di internet per informarsi e/o relazionarsi con altre coppie che vivono la stessa

esperienza. Guardando, nello specifico, alle informazioni acquisite, il 94,5% ritiene, infatti, che leggere esperienze di altre coppie e/o confrontarsi con esse abbia di fatto informato la coppia sul percorso da intraprendere per affrontare il problema. Pensando al vissuto delle coppie, se il 50,0% ritiene che aver appreso di altre esperienze non abbia condizionato la coppia che rimane attenta solo a quello che dicono i medici, in particolare i meno istruiti (71,4%), il 39,7% riconosce che sapere di altre coppie che hanno lo stesso problema e/o confrontarsi con loro sia stato di grande aiuto; solo il 10,3% pensa che non si sia trattato di un'esperienza positiva.

Oltre al livello di informazione, si è cercato di indagare la percezione degli intervistati circa la diffusione dei problemi di infertilità e sterilità nel nostro paese, e quello che emerge è una tendenza a sovrastimare il problema, un dato giustificabile se si pensa che si tratta di persone che nella loro esperienza si trovano spesso a incontrare e a confrontarsi con altre coppie con gli stessi problemi.

Secondo le ultime stime fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il 15% circa delle coppie dei paesi industriali avanzati è affetta da problemi di infertilità. Oltre la metà delle coppie del campione (54,7%) pensa invece che si tratti di un problema più diffuso e che riguardi il 20-30% delle coppie. Il 22,8% fornisce invece un'indicazione compatibile con le stime, ritenendo si tratti di un problema che riguarda il 10-15% delle coppie, solo il 2,7% pensa si tratti di un problema ancora meno diffuso e che coinvolga il 2-3% delle coppie. Infine, il 19,8% non sa fornire una stima del problema, in particolare i meno istruiti (26,3%).

È stato chiesto, inoltre, di indicare a che età una donna che aspira a essere madre dovrebbe iniziare a preoccuparsi di non avere ancora figli: oltre la metà (52,7%) del campione individua come fascia quella compresa tra i 30 e i 35 anni, la restante parte è divisa tra chi pensa che una donna debba iniziare a preoccuparsi già tra i 25 e i 30 anni (23,1%) e tra chi ritiene che una donna debba porsi il problema tra i 35 e i 40 anni (20,6%); solo il 3,6% posticiperebbe ogni preoccupazione oltre i 40 anni.

Considerando gli aspetti psicologici e sociali del vissuto delle coppie in PMA, si osserva, innanzitutto, che si tratta di partner legati da una alta vocazione alla genitorialità. Infatti, il 65,4% delle coppie, in caso di insuccesso del ciclo al quale sono sottoposte, intende riprovarci (un dato che si presenta in linea con quello rilevato nel 2008 e pari al 64,9%). Di queste, solo una quota molto ridotta specifica che intende proseguire con i tentativi andando all'estero per accedere a tecniche di fatto di difficile accesso, come l'eterologa, o per trovare centri migliori (2,9%). Com'è facile attendersi, all'aumentare dell'età della partner femminile diminuisce anche la quota di coppie che, in caso di insuccesso, intendono riprovarci, che dal 75,5% delle coppie in cui la partner ha fino a 34 anni si riduce al 54,9% se la donna ha 40 anni e oltre. Il 23,1% non ha ancora le idee chiare su come agirà in caso di insuccesso, mentre il 7,8% dichiara che se il ciclo attuale non dovesse andare a buon fine rinuncerà. Inoltre, in caso di insuccesso del ciclo attuale, il 31,0% dei rispondenti ha effettivamente contemplato la possibilità di adottare un bambino, mentre la grande parte (69,0%) risponde di non aver valutato questa possibilità. In base al livello di istruzione, l'andamento risulta nitido, all'aumentare del livello di istruzione aumenta in maniera significativa la percentuale di chi indica di aver vagliato la possibilità di adottare un bambino in caso di insuccesso del ciclo in corso (dal 13,6% dei meno istruiti al 41,2% dei più istruiti), viceversa a livelli di istruzione più bassi si associano quote più ampie di rispondenti che indicano di non aver pensato a questa possibilità (l'86,4% tra i rispondenti con livello di istruzione basso).

Pensando, invece, alle fonti che costituiscono un disagio per le coppie che affrontano un percorso di PMA, la principale è ricondotta in linea generale alla frustrazione derivante dai tentativi di concepimento falliti che impatta molto e abbastanza sul vissuto dell'81,9% delle coppie, in particolare per quelle in cui la donna ha 40 anni e oltre e che provano da più tempo ad avere figli.

Per il 61,2% costituisce fonte di disagio la difficile conciliabilità tra le esigenze di terapia e di lavoro. La metà circa del campione pensa che il problema di infertilità della coppia sia diventato un pensiero costante, motivo per cui la coppia non riesce a pensare ad altro (52,1%). Con quote approssimabili al 40% si fa riferimento, come fonte di disagio, alla medicalizzazione degli aspetti della vita intimi e personali, come la procreazione e la sessualità, e alla sensazione di percepirsi come diversi dalle altre coppie, una sensazione che diminuisce di intensità all'aumentare dell'età della donna (passando dal 47,5% tra le coppie in cui la donna ha fino a 34 anni al 29,3% se ha 40 anni e oltre). Infine, quote più ridotte, ma pur sempre prossime al 30% del campione, segnalano, infine, una scarsa comprensione e condivisione del problema da parte dei familiari più intimi e degli amici, un problema che riguarda principalmente le coppie più giovani, in cui la donna ha fino a 34 anni (41,8%).

Alla luce dell'acceso dibattito scaturito dalle opinioni sulla legge 40/2004 in materia di procreazione medicalmente assistita, è sembrato interessante dedicare, a conclusione di questo studio, un focus sulle opinioni ed esperienze delle coppie sulla PMA in Italia. Pensando ai principi che disciplinano la legge 40/2004, quasi la totalità delle coppie è d'accordo nel sostenere che nel nostro paese era necessaria una legge che regolamentasse un tema così delicato (93,0%), così come il 90,2% pensa che sia giusto che esista una legge che tuteli i diritti dell'embrione, un principio che risulta essere oggi molto più condiviso rispetto al passato, se si pensa che nel 2008 solo il 64,5% delle coppie indicava di essere d'accordo.

Inoltre, oggi solo il 27,4% pensa che la legge metta in secondo piano la salute delle donne. Con tutta probabilità su questa opinione esercita un impatto anche la sentenza della Corte Costituzionale n. 151/2009 che elimina il divieto di produzione di più di tre embrioni, previsto in origine dalla legge, ed elimina altresì l'obbligo di un contemporaneo impianto degli embrioni prodotti. Inoltre, con la sentenza n. 96/2015 della Corte Costituzionale cade anche il divieto di accesso alla diagnosi preimpianto per le coppie portatrici di malattie genetiche trasmissibili. Quasi la totalità delle coppie ritiene, infatti, giusta la possibilità di selezionare l'embrione per eliminare situazioni di gravi malattie (90,0%).

Sono state indagate anche le opinioni relative all'accesso alle tecniche di PMA e, tra gli aspetti più salienti, si nota come sia più diffusa la convinzione secondo la quale non in tutte le regioni italiane è assicurato lo stesso livello di qualità delle cure: a pensarlo è il 79,5% dei rispondenti contro il 65,6% del 2008. Inoltre, aumenta anche la quota di chi sostiene che, nonostante le dichiarazioni di principio, in Italia non in tutte le regioni è assicurato l'accesso gratuito alle cure (il 74,3% nel 2016 a fronte del 57,7% nel 2008).

Guardando, nello specifico, alle tecniche disponibili e ai soggetti che possono accedere ai trattamenti, se la grande parte degli intervistati conviene nel ritenere che la fecondazione eterologa dovrebbe effettivamente essere disponibile per tutti (80,9%), il campione appare diviso in merito alla possibilità di ricorrere all'utero in affitto: infatti, è il 46,1% a ritenere che la legge dovrebbe eliminare le restrizioni al ricorso a questa pratica. Infine, in merito ai soggetti cui la legge dovrebbe consentire l'accesso alle tecniche di PMA, il 45,0% ritiene che la legge dovrebbe consentire l'accesso alle tecniche anche ai single e il 41,6% anche alle coppie omosessuali, un dato che testimonia un'apertura verso un significato di genitorialità che va oltre l'idea tradizionale di famiglia.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano i referenti dei 23 centri di PMA che hanno costantemente fornito la loro preziosa e fondamentale collaborazione, senza la quale lo studio non avrebbe potuto essere realizzato.

- Centro di Medicina Riproduttiva e Procreazione Assistita, Torino (TO)
- Centro per la Riproduzione Umana Assistita - Ospedale di Fossano, Fossano (CN)
- ESPA - Centro Endocrinologia, Sterilità e PMA - Ospedale M. Melloni - AO Fatebenefratelli e Oftalmico - UO Ostetricia e Ginecologia, Milano (MI)
- Centro di PMA Istituti Ospedalieri Bergamaschi - Policlinico San Marco, Monza (MB)
- Centro di Medicina della Riproduzione BIOGENESI - UO Ostetricia e Ginecologia - Policlinico San Pietro, Monza (MB)
- Centro di Fisiopatologia della Riproduzione Umana - Dipartimento Ostetricia e Ginecologia Padiglione I Ospedale San Martino, Genova (GE)
- Centro Scienze della Natalità - IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano (MI)
- Centro Medicina SpA, San Donà di Piave (VE)
- Centro per la Procreazione Medicalmente Assistita "Gianluigi Beltrame" - Ospedale di Oderzo - ULSS9 Treviso, Oderzo (TV)
- SSD di Fisiopatologia Riproduzione Umana e Banca del Seme e degli Ovociti, Pordenone (PN)
- Centro di Medicina della Riproduzione - Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche Materno-Infantili e dell'Adulto - Sezione di Ginecologia ed Ostetricia - AO Università di Modena Policlinico, Modena (MO)
- SISMER - Società Italiana Studi di Medicina della Riproduzione, Bologna (BO)
- Centro di medicina della riproduzione umana e crioconservazione gameti - Ospedale di Brunico, Brunico (BZ)
- Fertility IVF Unità "Pina de Luca" c/o Casa di Cura San Rossore, Pisa (PI)
- Centro PMA - Presidio Ospedaliero G. Salesi, Ancona (AN)
- Genera - Clinica Valle Giulia, ROMA (RM)
- ARTEMISIA SpA, ROMA (RM)
- Centro di Sterilità - Azienda Universitaria Policlinico - Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli (NA)
- Centro PMA Casa di Cura Santa Maria, Bari (BA)
- Casa di Cura SALUS, Brindisi (BR)
- Centro di Ginecologia e Medicina della Riproduzione GmR di Giuseppe Iraci Sareri, Catania (CT)
- Clinica del Mediterraneo - "Medi.San Srl", Ragusa (RG)
- Centro per PMA - Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Sassari - AOU di Sassari, Sassari (SS)

