

LA MEDICINA DI EVA...OVVERO IL PERCORSO SOCIOANTROPOLOGICO DEL GINECOLOGO NEL XX SECOLO

Lamberto Coppola^{1,2}, Eugenio Caroli Casavola², Elena Chianella¹, Giovanni Andrea Coppola¹, Antonio Luperto³, Gianfranco De Luca⁴, Emanuela Pesce¹ e Giovanni Presicce^{1,2}

Centri Associati di Fisiopatologia della Riproduzione Umana Tecnomed - Nardo' (Lecce)¹, Casa di Cura Salus - Brindisi², Ospedale "F. Ferrari" - Casarano³ e Ospedale "V.Fazzi"- Lecce⁴

INTRODUZIONE

Nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la salute è definita come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente come assenza di malattia o infermità. Questa definizione, per quanto idealistica ed auspicabile possa apparire, non è sempre applicabile. Una donna che porta una gravidanza non desiderata, non può essere considerata sana semplicemente perché la sua pressione sanguigna è normale e il feto ha un profilo biofisico nella norma.

Le tendenze globali della salute della donna devono essere viste in un contesto più ampio della definizione di salute stessa. Nel corso del XX secolo il mondo ha avuto un profondo sconvolgimento sociale che ha portato le donne ad assumere posizioni di maggior potere relativamente al proprio corpo e alla propria vita. La nostra specie sta oggi subendo un'evoluzione bio-sociale storica. Le implicazioni per la salute della donna sono di vasta portata e la nostra professione è posta di fronte a nuove sfide.

A tal proposito Francesco Giorgino, presidente dell'Associazione Ginecologi Extra Ospedalieri (AGEO), sostiene: *"I Ginecologi-Ostetrici hanno un dovere etico, quello di essere i difensori della salute delle donne. La loro professione prevede un insieme di conoscenze che include quella dei problemi riguardanti la salute sessuale e riproduttiva"*.

Eva nel XX secolo

Il genere umano deve assolvere alla biblica assegnazione divina di crescere e moltiplicarsi per popolare la terra, ma quando con la Rivoluzione Industriale anche le donne entrano in massa nella produzione, la maternità si pone, come un evento denso di difficoltà, di rischi, di obblighi non pienamente sentiti e in qualche modo sempre più problematici per la vita della donna che si fa carico di tante incombenze al di fuori della famiglia.

Infatti, il modello della famiglia patriarcale, comincia lentamente a perdere terreno, soppiantato da gruppi costituiti solo da genitori e figli. La motivazione principale di questo cambiamento è la nuova struttura dell'economia. Se nelle campagne il possedimento di terreni e animali costituiva la certezza di sopravvivenza per l'intera famiglia, che doveva proprio al suo essere numerosa la possibilità di migliorare la produzione agricola, nelle città il lavoro nelle fabbriche, aveva determinato un nuovo assetto familiare, in cui anche la donna faceva parte della catena produttiva al di fuori delle mura domestiche, ciò comportava, ovviamente, la rinuncia ad una famiglia numerosa, che risultava molto difficile da mantenere.

Con una famiglia più piccola come norma e con la capacità delle donne di regolare e controllare la propria fertilità, sta finalmente emergendo la donna al di là della madre.

Già nel 1792 viene stilata in piena Rivoluzione francese da Olympe de Gouges una Dichiarazione dei diritti della donna e della cittadina che sostiene la parità rispetto all'uomo dei diritti socio-politici della donna. Fondata nel 1946, la «Commissione per i diritti della donna» stende rapporti sulla situazione dei diritti della donna e formula raccomandazioni all'intenzione del Consiglio



economico e sociale. La «Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo» del 1948 sancisce gli stessi diritti per tutti gli esseri umani. Il 18 dicembre 1979 «la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna» (CEDAW) impone ai 169 Stati signatari di abolire le discriminazioni nei confronti delle donne e di realizzare le pari opportunità. Nel 1993, l'Assemblea generale ha adottato la «Dichiarazione relativa all'eliminazione della violenza nei confronti delle donne». nel 1994 la Conferenza Internazionale per le Popolazioni e lo Sviluppo ha dedicato un intero capitolo all'uguaglianza, equità e maggiore indipendenza sessuale della donna, con la raccomandazione che «i Paesi devono agire in modo da dare maggior potere alle donne e devono prendere le misure atte ad eliminare nel più breve tempo possibile le ineguaglianze fra uomini e donne» (1).

Tuttavia ancora oggi in molte società i diritti delle donne vengono calpestati. Uno studio, del 1998, del Centro di ricerca Innocenti dell'Unicef di Firenze ha calcolato che 60 milioni di donne in tutto il mondo sono state uccise da mariti, padri, fidanzati e ancor di più sottoposte a violenza coniugale e discriminazione nell'accesso all'educazione. Noi, come professionisti cui è affidata la salute delle donne, non possiamo essere indifferenti alla battaglia sociale condotta dalle donne (2).

La nostra professione è posta di fronte ad una sfida e deve adattarsi al bisogno di salute per le donne e rispondere alle loro aspettative future. Dobbiamo trasformarci da guaritori di un organo a dottori per la donna nella sua interezza (3). Essa, infatti, ha problemi di salute specifici, legati alla funzione sessuale e riproduttiva e ad un delicato ed elaborato sistema riproduttivo, soggetto a malattie e a disfunzioni, e anche le patologie degli altri sistemi corporei mostrano spesso differenze di genere (sesso), essendo direttamente influenzate dai ciclici mutamenti ormonali, dalla funzione riproduttiva e dalla menopausa.

1. L'emancipazione femminile

Adesso le donne sono cittadine di serie A, al pari degli uomini. Esse sono padrone di se stesse e godono dell'eguaglianza giuridica e di tutti gli stessi diritti degli uomini. Possono accedere a tutte le professioni e a tutti gli uffici (tranne che nel clero). Non è sempre stato così però.

In passato la donna era un accessorio del capofamiglia (padre o marito). Nel Codice di Famiglia del 1865 le donne non avevano il diritto di esercitare la tutela sui figli legittimi, né tanto meno quello ad essere ammesse ai pubblici uffici. L'articolo 486 del Codice Penale prevedeva una pena detentiva da tre mesi a due anni per la donna adultera, mentre puniva il marito solo in caso di concubinato. Nel periodo Risorgimentale in Italia il dibattito sui diritti delle donne, la loro educazione ed emancipazione fu assai provinciale; anche per quanto riguardava i diritti politici, il dibattito in Italia era stato assai poco acceso. Le stesse donne attive sulla scena politica erano uno sparuto gruppo di eccezioni.

Effettivamente la condizione socioeconomica delle donne fra fine '800 e primi del '900 era di drammatica disparità.

Nel 1903 venne convocato il primo Consiglio nazionale delle donne italiane, articolato in vari settori sui diritti sociali, economici, civili e politici. In seguito però il fascismo inaugurò una sua politica sul tema dei diritti delle donne.

Le donne vennero spinte, per quanto possibile, entro le mura domestiche, secondo lo slogan: "*la maternità sta alla donna come la guerra sta all'uomo*", scritto sui quaderni delle Piccole Italiane. Le donne e i loro figli erano tutelati in tutto il territorio nazionale grazie alla fitta rete dei Consultori dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia (ONMI) (4). Le mogli prolifiche venivano insignite di apposite medaglie. L'educazione demografica e il controllo delle nascite era formalmente vietato dal Codice Rocco che lo considerava un "*attentato all'integrità della stirpe*". Le donne infertili potevano essere curate con qualsiasi mezzo pur di dare "*Figli alla Lupa*" e l'inseminazione artificiale, oggi "messa all'indice" dalla legge 40/2004, era considerata valido mezzo terapeutico, tanto che Giuseppe Tesaurò nel 1938 durante il 35° congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia sostenne: *Poter contribuire modestamente alla cura della sterilità diventa doveroso da parte di tutti noi se nell'espletamento della nostra professione sentiamo l'orgoglio di essere considerati militi del regime, permanentemente mobilitati per la*

battaglia demografica impostata sulla concezione Mussoliniana del “numerus rei publicae fundamentum”(5).

Alla donna sono state molto lentamente aperte le porte della *Res Publica*, dal diritto al voto (1945), alla nomina copertura di ruoli istituzionali sempre più importanti, primo fra tutti nel 1951 quello di Angela Cingolani, nominata sottosegretaria dell'Industria e del Commercio. Nel 1958 viene approvata la legge Merlin con la quale si aboliva lo sfruttamento statale della prostituzione. Nel 1959 nasce il corpo di Polizia Femminile e nel 1961 viene aperta alle donne anche la carriera diplomatica e in magistratura. Si è poi dovuto aspettare l'ultimo terzo di secolo per assistere alla concessione del divorzio (1970), confermata ulteriormente dal referendum del 1974, alla parità legale fra i coniugi attraverso la riforma del diritto di famiglia del 1975 e alla legalizzazione dell'aborto (1978) .

Queste ed altre conquiste della donna nel XX secolo sono state determinate da molti motivi storici, politici e sociali, ma sicuramente un grosso ruolo è stato determinato dalla possibilità che le donne hanno avuto nel controllare la propria fertilità mediante la moderna contraccezione, dissociando così il ruolo di madre da quello di donna.

2. La vita contraccettiva ... ovvero “la sessualità senza riproduzione”

Il rapporto sessuale fra maschio e femmina non è solo un fenomeno che si ripete in continuazione sin dai tempi antichi, ma è, per sua natura, una legge naturale che ha come scopo primario quello di conservare la specie.

Ma già nel mondo antico l'uomo e la donna si lasciarono attirare da passioni e sentimenti d'amore che non avevano come scopo la procreazione, ma il gioco, il divertimento, il vivere sensazioni differenti e sempre più profonde. Una sessualità quindi non solo procreativa, ma anche ricreativa e creativa.

Tenuto conto che le donne hanno un periodo di circa 30 anni di vita riproduttiva, hanno da sempre quindi ricercato una sessualità quindi non solo procreativa, ma anche ricreativa e creativa. Basti pensare che nel 1959 uscì il libro di Gabriella Parca *Le italiane si confessano* suscitando un vero scandalo. Per la prima volta donne di ogni strato sociale confessavano non solo i rapporti con l'altro sesso, ma anche i ricatti subiti, le prevaricazioni, ma anche i diffusi pregiudizi. Scrisse Zavattini nella prefazione al libro: *"L'Italia è ancora un grande harem"*.

La storia della contraccezione comunque è notoriamente antichissima. Le Egiziane introducevano in vagina sterco di coccodrillo, mentre presso i Romani si preferiva lo sterco di topo. Anche tra le documentazioni degli antichi Cinesi (3000 a.C.) si rinvennero ricette antifecondative o abortigene. Tra gli Ebrei era usato un infuso di radici che si diceva rendesse sterili le donne. Nell' antichità erano anche diffusi particolari esercizi fisici per espellere lo sperma dopo il coito e spugne imbevute di aceto; più tardi invece le raffinate donne francesi del 1700 erano solite lavare la vagina con il cognac. Con il diffondersi del cristianesimo, però, si è assistito, soprattutto nei paesi occidentali, ad un integralistico atteggiamento di rigidità a qualsiasi pratica contraccettiva, al punto da permettere anche nell'ambito matrimoniale solo i rapporti tesi alla procreazione. Alla fine dell'ottocento le donne portavano nel corredo matrimoniale buffe camicie da notte con un buco centrale vicino al quale era ricamata la frase *“Non lo fò per piacer mio, ma per dare figli a Dio”*. Il maschio era costretto ad avere rapporti sessuali rapidi, perché prolungando il coito avrebbe potuto portare la moglie al godimento e di conseguenza al peccato. Tutti i bravi mariti erano quindi affetti da *“eiaculazione precoce!”* .

Ma ancora una volta la figura del ginecologo si è adattata alle necessità delle donne. Da sempre sono esistiti scienziati che pensavano che la donna non fosse un utero mobile e si sono prodigati per migliorare la sua immagine ed a preservarne la dignità, per questo è nata la contraccezione.

A questo punto primo fra tutti si deve ricordare il biologo che inventò la contraccezione orale, vale a dire Gregory Pincus, uomo di indole timida e riservata, ma che per un certo periodo fu addirittura definito dalla stampa *“Il Frankenstein della scienza americana”* per aver avuto l'ardire di comunicare al mondo scientifico di allora che era stato in grado di ottenere un embrione partogenetico nel roditore stimolando l'ovocita con gradienti termici e soluzione salina. Nel 1939 si

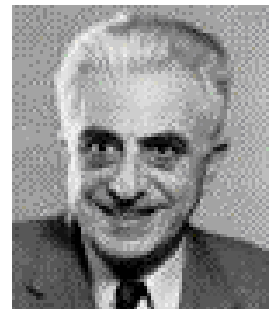
disse che Pincus mirava a fabbricare in provetta anche i bambini e lui si affrettò a dichiarare che non intendeva assolutamente continuare le sue ricerche per un simile scopo. Ma un altro personaggio da ricordare accanto a Pincus è senz'altro l'americana, Margaret Sanger, avvocato e attivista sociale che nel 1916 aprì a Brooklyn il primo consultorio operativo per il controllo delle nascite in America sfidando apertamente la legislazione che impediva le pratiche contraccettive (*Legge Comstock Act, dal nome di colui che l'aveva proposta nel 1873*). Il prestigio della Sanger aumentò notevolmente e le permise di organizzare la prima Conferenza Mondiale sulla Popolazione a Ginevra nel 1927. Nel 1951 la Sanger e la sua ricca amica e compagna di lotta sociale per l'emancipazione della donna Katherine McCormick si rivolsero al dottor Gregory Pincus affinché sviluppasse una "pillola" per il controllo delle nascite. La Signora McCormick consegnò nelle mani di Pincus 40.000 dollari sussurrandogli: "faccia tutto il possibile, vogliamo rapidamente un risultato!". Egli era sicuro che sarebbe stato in grado di realizzare quello che gli era stato richiesto, anche perché sin dal 1937 era a conoscenza degli studi di Makepeace, Weinstein e Friedman che dimostravano come il progesterone avesse un effetto di blocco sull'ovulazione nelle coniglie e perché già nel 1945 Fuller Albright, padre della moderna endocrinologia, aveva teoricamente prospettato l'uso della terapia ormonale mista con estrogeni e progesterone per il controllo delle nascite in campo umano, ma i prezzi erano proibitivi in quanto gli ormoni dovevano essere estratti dal cervello e dal midollo spinale degli animali e per ottenere piccole dosi occorrevano quintali di organi.

Con il contributo di 40.000 dollari stanziati dalla McCormick, Pincus e il suo collega biologo Min-Chueh Chang dimostrarono attraverso ripetute iniezioni di progesterone più economicamente estratto dalle radici di "Cabeza de Negro", rampicante che cresce spontaneamente in Messico, veniva a verificarsi nelle coniglie il blocco dell'ovulazione. Pincus e Chang iniziarono ad effettuare esperimenti con anticoncezionali orali, grazie anche alla possibilità di reperire sia estrogeni che progesterone mediante una società commerciale messicana che forniva il materiale per estrarre gli ormoni a case farmaceutiche americane, ma la "Cabeza de Negro" risultò essere inattiva per via orale. Grazie quindi alla collaborazione del Prof. John Rock, direttore della "Clinica della Fecondità" di Brookline che eseguiva i medesimi esperimenti per l'opposto fine di migliorare la fertilità delle donne, Pincus decise nella composizione della sua pillola orale (*denominata ENOVID*) di associare agli estrogeni i derivati chimici del progesterone (*progestinici!*), con risultati brillanti, prima su un campione di donne alienate mentali e poi, nell'aprile del 1956, con la sperimentazione clinica di massa in Portorico. Nel 1961 la pillola sbarcò in Europa con il nome di ANOVLAR, e poco dopo in Australia con lo stesso nome.

In Italia arrivò nel '65 e in dall'inizio fu disponibile in farmacia sotto prescrizione medica per indicazioni terapeutiche diverse da quella contraccettiva, vale a dire "menometrorragie funzionali e turbe del ciclo mestruale", perché all'epoca vigeva ancora il Codice Rocco ed il controllo della fecondità era considerato un "attentato all'integrità della stirpe". A tal proposito vorremmo ricordare che in quel periodo a Montecatini Terme, su intimazione della procura di Pistoia, furono addirittura sospesi i lavori di un convegno scientifico riguardante l'argomento e gli specialisti lì riuniti furono tutti mandati a casa.

Il successo non modificò la vita di Gregory Pincus (*foto accanto*), uomo modesto e geloso della propria privacy, che dopo la "la grande avventura della Pillola" si ritirò a Boston e tornò a dividere il proprio tempo tra le lezioni all'università e il lavoro di ricerca alla Fondazione Worcester. Morì nell'agosto 1967, ucciso da metaplasia mieloide, non potendo assistere così al grande risvolto sociale ed antropologico avvenuto nel mondo femminile, anche grazie alla sua scoperta.

Infatti già nel 1968, grazie alla rivolta studentesca e alla rivoluzione sessuale, la "Pillola di Pincus" diventò un simbolo di cambiamenti sociali nell'Europa Occidentale: per la prima volta sessualità e contraccezione furono discussi pubblicamente. Nel luglio di quell'anno il periodico "Konkret" uscì con il titolo di prima pagina:



“Libertà per la pillola!”, chiedendo ai suoi lettori di indicare gli indirizzi dei medici disponibili a prescrivere la pillola anche a donne non sposate. La risposta fu superiore alle aspettative tanto che l'editore fu sommerso dalle lettere, diventando un inaspettato punto di contatto. Intanto, sempre nel Luglio 1968, il Pontefice Paolo VI sconfessando l'uso della pillola nell'*Enciclica Humanae Vitae* sorprese e turbò l'opinione pubblica, tanto che alcuni cattolici progressisti, come l'abate Marc Oraison di Parigi, non esitarono ad affermare pubblicamente che *“si stava verificando un altro caso Galileo”*. Anche oggi, dopo circa quarant'anni, abbiamo risentito questa frase durante la campagna referendaria abrogativa della legge 40/2004.

Nel '71 in Italia, l'associazione Italiana per l'educazione Demografica (AIED) ottenne l'abrogazione dell'articolo del codice penale che vietava la propaganda e l'utilizzo di qualsiasi mezzo contraccettivo. Nel '76 il Ministro della Sanità abrogò le norme che vietavano la vendita della pillola anticoncezionale e, dopo 11 anni, la pillola arrivò nelle farmacie italiane riportando l'indicazione *“contraccettivo”* sul foglietto illustrativo e sulla scheda tecnica.

Il 22 Maggio 1978 viene finalmente emanata la legge 194 sulla interruzione volontaria di gravidanza, che ora citiamo solo per dovere cronologico, ma alla quale stiamo dedicando un approfondimento storico a parte.

Grazie quindi alla *“Medicina di Eva”* nell'evoluzione dell' Homo Sapiens è stata disgiunta la relazione temporale fra sessualità e riproduzione, per cui oggi, in cui *“Il sesso non è più un dovere, ma un piacere”*, le scelte e le conoscenze sul controllo della fecondità si sono allargate (6). Tuttavia c'è ancora necessità di nuovi metodi idonei a soddisfare i diversi bisogni di centinaia di milioni di persone che per vari motivi necessitano di questa pratica terapeutica, agendo non solo sulla donna, ma anche e soprattutto sulla funzione riproduttiva maschile.

Nel XX secolo *“la dissociazione dell'atto sessuale dalla riproduzione”* è stato un passo fondamentale per la donna non solo per svincolarsi dal solo ruolo di madre, ma anche per divenirlo, nel caso in cui la natura possa fallire riducendone il potenziale di fertilità, anche se per cause andrologiche.

3. La medicina e la biologia riproduttiva ... ovvero *“la riproduzione senza sessualità”*

Negli ultimi decenni, il tasso totale di fertilità è continuato a scendere in tutte le regioni del mondo e si prevede che continuerà a diminuire nei prossimi anni fino a crollare a 2,36 negli anni 2020-2025 (7). Quanto esposto è stato tra l'altro avvalorato dalle relazioni che abbiamo potuto ascoltare lo scorso Giugno 2005 a Copenaghen durante i lavori di ESHRE. Dalla metà degli anni '60 ad oggi, inoltre, in 48 nazioni del mondo si è osservato un calo di fertilità tra il 25 e il 50% (8). Oggi siamo 6,3 miliardi di persone e, secondo le vecchie stime fatte nel 1994, nel 2050 saremmo dovuti essere circa 9,8 miliardi. Attualmente invece si calcola che saremo quasi un miliardo in meno rispetto alle aspettative, vale a dire al di sotto dei 9 miliardi!

Ancora una volta è il ginecologo che viene incontro ai bisogni della coppia.

Già nei primi del 1900 sono stati scoperti ed usati i principali ormoni della fertilità: le gonadotropine non choriali follicolostimolanti (FSH) e luteostimolanti (LH), la follicolina (estrogeni) e la luteina (progesterone).

Negli anni '50 poi, grazie a Bruno Lunelfeeld ed all'italiano Donini, sono state messe a punto le gonadotropine HMG estratte dalle urine delle donne in menopausa, permettendo così di risolvere problemi come l'anovularietà nella donna e/o l'ipospermatogenesi nel maschio.

Sempre intorno agli anni '50 ha preso piede la tecnica della fecondazione artificiale omologa. A tal proposito si racconta che in America durante la seconda guerra mondiale, grazie a tale tecnica, sono nati più di 20.000 bambini, figli di soldati al fronte che avevano spedito il loro seme per far fecondare le proprie mogli. Non si sa come quei liquidi seminali fossero stati trasportati, ma si sa che in quel periodo molti scienziati si sono prodigati per mettere a punto dei terreni idonei in cui crioconservare gli spermatozoi.

La fecondazione eterologa non era presa in considerazione da nessuno, l'unico che ne parlò fu Giovanni Traina nel 1943 e per questo all'epoca fu molto criticato dalla scienza ufficiale e dalla

Chiesa. Pio XII però non escludeva la fecondazione in vivo omologa all'interno del matrimonio, se questa serviva ad aiutare la trasmissione del seme.

Il ricorso alle tecniche di procreazione assistita continuò a crescere. Nel 1958 cominciò in campo animale la storia della fecondazione in vitro con embryo-transfer grazie ai ricercatori McLaren e Biggers che impiantarono blastocisti di ratto nell'utero di una "madre adottiva", ottenendo feti di ratto normali, poi risultati anche normalmente fertili.

Nel 1961 si diffuse la notizia che il prof. Daniele Petrucci, anestesista e docente dell'Università di Bologna, aveva realizzato la prima fecondazione in vitro facendo crescere degli embrioni ottenuti dall'unione su vetrino di ovulo e spermatozoo in terreno di coltura, probabilmente liquido amniotico. Nonostante l'ostilità dei colleghi, annunciò in seguito di aver contribuito alla nascita di



26 bambini tutti viventi mediante questa tecnica innovativa. Ma è negli anni '60 che, con lo scienziato Robert Edwards e il ginecologo Patrics Steptoe (*foto accanto*), cominciò la collaborazione tra biologo e medico, grazie alla quale nel 1978 si ebbe il concepimento extracorporeo e quindi la nascita di Louise Brown, la "prima bambina in provetta", vale a dire concepita con la tecnica della fecondazione in vitro. Da quel momento in poi l'interazione tra medicina e biologia ha posto le basi alla nuova disciplina scientifica che ora definiamo Fisiopatologia della Riproduzione.

Nel 1977 poi nasce a Pisa la prima Scuola di Specializzazione in Andrologia, grazie all'opera di Fabrizio Meschini Fabris e nello stesso tempo viene fondata la S.I.A. (Società Italiana di Andrologia) (9) e finalmente anche "Adamo" ebbe il suo medico. Contemporaneamente "Eva" continua ad avere grande supporto grazie all'avvento di scuole fisiopatologiche, che hanno poi creato in Europa le "palestre formative" degli specialisti di oggi. Ricordiamo Carlo Flamini per la Endocrinologia Ginecologica e per gli steroidi sessuali, Ettore Cittadini per la sterilità di coppia e Luigi De Cecco per la pianificazione familiare. Con questi personaggi l'Ostetrico-Ginecologo esce dalla sala parto e dalla sala operatoria ed inizia un programma discorsivo e collaborativo con le associazioni femminili di quel tempo.

Tornando all'evoluzione delle tecniche riproduttive, ricordiamo che, una volta creatasi la mentalità fisiopatologica e sociale della ginecologia, si ebbero finalmente i primi risultati obiettivi anche in Italia, dove nel 1981 Vincenzo Abbate di Napoli pratica la prima FIVET italiana, coadiuvato da una equipe australiana, contendendo il primato con Ettore Cittadini che ottenne la prima gravidanza FIVET dopo pochi mesi. Nel 1982 viene data la notizia della prima gravidanza ottenuta con embrioni congelati. Nel 1984 Riccardo Asch pratica il primo GIFT mettendo d'accordo cattolici e laici.



Nel 1984 nasce l'associazione CECOS ITALIA (Centri Conservazione Ovociti e Spermatozoi Umani) grazie al prof. Emanuele Lauricella (*foto accanto*) che dedicò parte della sua vita al problema della sterilità e della procreazione assistita, istituendo, tra l'altro, una delle prime banche del seme in Italia e nello stesso tempo chiedeva che "lo Stato emanasse delle regole per evitare danni ed abusi, tenendo conto delle diverse etiche vigenti nella nostra società pluralista".

L'avvento della metodologia di prelievo ecografico vaginale per la raccolta degli ovociti è stato sicuramente il passo vincente per rendere la tecnica della fecondazione artificiale extra-corporea molto facile, meno pericolosa e, soprattutto, più accettata dalle donne.

Nel 1986 è stata messa a punto la tecnica ZIFT (*trasferimento intratubarico degli zigoti*).

Alcuni anni dopo cominciano le ovodonazioni a donne ultraquarantenni.

Nel 1992 nasce finalmente la ICSI (*foto sotto*) grazie al giovane medico pugliese Gianpiero Palermo che, per un banale ed involontario errore, effettuò la tecnica dell'iniezione

intracitoplasmatica degli spermatozoi, dimostratasi poi utile e rivoluzionaria nel campo delle tecnologie riproduttive. Potevano infatti ottenersi embrioni di buona qualità utilizzando un singolo gamete maschile, anche se estratto dal parenchima testicolare o dalle vie seminali. Questa tecnica, inoltre, ha la peculiarità storica di essere stata introdotta direttamente in campo umano, senza passare prima dalla sperimentazione animale, come avviene in genere per le altre metodiche innovative.



Oggi tutte le tecniche riproduttive in campo umano sono prevalentemente eseguite da biologi, particolarmente abili nel settore embriologico, che insieme ai ginecologi e agli andrologi rappresentano quella nuova figura professionale che con il loro impegnativo lavoro cercano di realizzare il sogno di molte donne, quello di diventare madri.

Ed è proprio l'embriologo che con le tecniche di fecondazione assistita è in grado di ottenere in laboratorio embrioni che possono dare origine ad una gravidanza anche nei casi più disperati di sterilità.

La gamma delle metodiche riproduttive oggi a disposizione di "Eva" quando, anche per cause maschili, la sua fertilità fallisce è ampia: si va dalla inseminazione in vivo (intracervicale, intrauterina, intratubarica, ecc.), alla fecondazione in vitro (FIVET, GIFT, ZIFT, ICSI, MESA, TESE ecc)

Il ginecologo, l'andrologo e l'embriologo sono quindi le figure professionali che oggi guidano le coppie a fare la scelta migliore aiutandole al raggiungimento del loro scopo ... avere un figlio sano.

L'evoluzione della medicina di Eva

La chirurgia ginecologica, progredì notevolmente nel 1800 grazie alla scoperta dell'anestesia, dell'asepsi e dell'antisepsi e migliorò notevolmente nel XX secolo con l'avvento dell'antibiototerapia. A tal proposito vorremmo ricordare che fu proprio l'Ostetrico Ignaz Philip Semmelweis di Vienna a scoprire, verso la metà del XIX secolo, che l'origine della febbre puerperale era da attribuire alla scarsa igiene usata dagli stessi medici che assistevano i parti, dando così l'avvio alla moderna chirurgia basata sulle prevenzione della sepsi mediante semplici procedure e protocolli di sanificazione dell'ambiente e del personale sanitario (10).

Ma, in realtà, si può dire che la moderna chirurgia ginecologica inizia nel 1809, anno in cui il chirurgo americano E. McDowell (1771-1830) praticò con successo la prima ovariectomia.

In Europa il primo intervento del genere fu praticato invece nel 1843 da Clay e da Wals.

Il "dominio della sala operatoria" in campo ginecologico era però in tutto il mondo tenuto dal chirurgo generale, mentre all'ostetrico non era permesso di accedere a tali tecniche, specialmente in Italia dove tale situazione si protrasse addirittura sino alla metà degli anni '30. Fu proprio in questo periodo che personaggi, tra cui Paolo Gaifami, si opposero, organizzando a Padova il Congresso Nazionale della S.I.O.G., senza invitare i chirurghi generali a relazionare sulla terapia del cervicocarcinoma, suscitando ovviamente un grave "incidente politico" nell'ambiente universitario dell'epoca. Bisognerà tuttavia aspettare il dopoguerra per assistere alla reale conquista della "sala operatoria ginecologica" da parte del "medico di Eva", che nel frattempo aveva appreso le tecniche soprattutto grazie agli insegnamenti del Prof. Novak di Lubiana e alla "palestra" chirurgica di grandi scuole come quelle di Giuseppe Valle e di Wladimiro Ingiulla, il primo come famoso "addominalista" e il secondo come esperto "vaginalista". Sempre nel dopoguerra un piccolo gruppo di Primari Ostetrico-Ginecologi, guidati da Fortunato Montuoro, fondarono l'A.O.G.O.I.

(Associazione Ostetrico Ginecologi Ospedalieri Italiani) con lo scopo di rendere indipendenti le loro divisioni dal monopolio della Chirurgia Generale, sostenendo l'importanza di un medico che possa interessarsi della salute della donna sotto tutti gli aspetti.

Anche la "vecchia arte ostetrica" ha subito una grossa evoluzione nel corso del XX secolo, basti pensare al progressivo abbandono di secolari strumentari come il forcipe ed il craniotomo a favore del Taglio Cesareo, nell'interesse di salvaguardare contemporaneamente la salute della madre e del

feto. Fu proprio nei primi decenni del 1900 che il Frank (1856-1923) mise a punto la tecnica del Taglio Cesare sul segmento uterino inferiore (1907) che ebbe il merito di evitare le conseguenze pericolose del vecchio accesso corporale, causa di sepsi e di rottura uterina in caso di nuove gravidanze. Grande sviluppo della moderna ostetricia si è avuto nel 1929, grazie a H. Kreis (1892-1952), con l'introduzione del “travaglio pilotato del parto” . Con questa tecnica, all’epoca e successivamente molto criticata dai vecchi ostetrici attendeistici come Fortunato Montuoro, si somministravano dosi prudenti di estratti di ipofisi posteriore (*Pituitrina*) in associazione ad antispastici come la scopolamina e, alla fine, veniva praticata l'episiotomia per accelerare il periodo espulsivo. Negli anni '60, grazie all'opera di Ferruccio Miraglia fondatore della S.I.P.P.O., vi fu poi l'avvento della “psicoprofilassi ostetrica” e, su eventuale richiesta, del parto indolore. Infatti oltre alla ginnastica e alla preparazione respiratoria della gravida, si potevano impiegare numerosi procedimenti con anestetici (anestesia locale, regionale o spinale, anestesia endovenosa) miranti a togliere il dolore alla partoriente, senza diminuire la frequenza e l'ampiezza delle contrazioni e soprattutto senza produrre effetti tossici sul feto. Ed è proprio sul nascituro che si impernia il razionale della moderna ostetricia, non più “fatta di intuizioni, di immaginazione, di improvvisazione e di impunità, ma una scienza con tutto ciò che essa implica di intelligenza, di conoscenza, di precisione e di responsabilità”(11).

1. Diagnostica e salute della donna

Nel 1928 la donna, grazie all'avvento della diagnostica precoce del cancro della cervice uterina, vede migliorata notevolmente la propria qualità della vita. Infatti è di quegli anni la dimostrazione della possibilità di individuare il cancro del collo dell'utero prima che questo possa essere riconosciuto clinicamente. Autore di questa scoperta fu lo scienziato greco George Nicholas Papanicolaou (*foto accanto*) che creò il test per lo screening oncologico più diffuso nel mondo.



Egli, esaminando al microscopio alcune di quelle cellule che ogni giorno noi esfoliamo a milioni, poteva predire l'instaurarsi della neoplasia. Malgrado lo scetticismo manifestato da diversi colleghi in varie parti del mondo, nel 1945 venne promosso il primo screening dei tumori della cervice uterina nel Massachusetts. Nei decenni successivi la diffusione in America ed in Europa dello screening del cervicocarcinoma dimostrò che la sua diffusione in condizioni ottimali di qualità e frequenza a tutte le donne adulte avrebbe potuto prevenire il 90% dei tumori invasivi.

2. Il miglioramento sociale della donna adulta matura

Le donne vivono, in media, più a lungo degli uomini sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. Le proiezioni delle Nazioni Unite indicano che questa tendenza continuerà anche nel XXI secolo (12). Tuttavia la femmina dell'uomo non è stata ben equipaggiata in evoluzione per questa estesa longevità. La cessazione della funzione ovarica giunge oggi in donne che possono attendersi con fiducia di condurre una vita sana per oltre 20 anni dopo la menopausa e che quindi dovrebbero vivere per lunghi anni senza il beneficio della propria produzione endogena di estrogeni, esposte così a osteoporosi, a malattie cardiovascolari, senza contare altri tipi di impatto sulla qualità della vita sociale e sessuale. Questa deficienza, come è a noi tutti noto, oggi può essere corretta dalla sempre maggiore disponibilità della terapia ormonale sostitutiva.

Sono però ancora necessari ulteriori progressi scientifici per sviluppare preparazioni ormonali più efficaci e con meno effetti avversi e i ginecologi del XXI secolo dovranno occuparsi sempre di più del benessere fisico, mentale e sociale delle donne over 50, tenendo conto che come già nel 1939 sosteneva Eugenio Maurizio: “*Esiste una grande differenza tra l'ovaio chimico e l'ovaio vivo. Noi non possiamo sostituire completamente l'ovaio funzionante con i preparati ovarici e chimici, perché l'ovaio non è un organo indipendente, ma agisce in rapporto con altre ghiandole endocrine e con il sistema nervoso vegetativo. Questi rapporti non sono completamente svelati*” (13).

CONCLUSIONI

Secondo la graduatoria contenuta nell'”Indice delle Madri”, la Svezia risulta essere in testa ai paesi dove esse stanno meglio, mentre Mali e Burkina Faso sono in coda. Tale indice valuta la condizione delle mamme e dei bambini in 110 paesi (Italia esclusa) sulla base di 10 indicatori relativi alla salute e all'educazione materno-infantile (*es. speranza di vita, mortalità materna, tasso di scolarizzazione, presenza nelle istituzioni di governo, mortalità infantile, accesso all'acqua potabile*). Esso inoltre identifica nella presenza di personale medico e paramedico al momento del parto, nell'accesso e nell'uso di metodi di pianificazione familiare i 3 fattori determinanti la salute e il benessere materno. In particolare emerge che:

- Nel caso di utilizzo di contraccettivi, le madri tendono ad avere figli a maggiore distanza gli uni dagli altri e la mortalità materna e neonatale diminuisce. Negli Stati Uniti dove il 71% di donne usa anticoncezionali, il tasso di morte materna è di 1 ogni 2.500. Nel paese africano, a fronte del 6% di popolazione femminile che usa contraccettivi, la mortalità delle madri è di 1 a 10, quella dei bimbi di 1 a 8.
- Una mamma di uno degli ultimi dieci Stati della classifica corre un rischio 500 volte superiore di morire durante il parto rispetto ad una coetanea di uno dei Paesi in testa alla graduatoria.
- Solo il 15% dei parti in Bangladesh, Etiopia e Nepal avviene in presenza di personale medico e paramedico. Nella maggior parte dei casi, la morte da parto è dovuta ai ritardi nel diagnosticare l'insorgere di complicazioni, nel raggiungere strutture ospedaliere attrezzate o nel ricevere adeguata assistenza durante il parto.

In conclusione, alle porte del terzo millennio e nonostante tutti i progressi registrati nell'ultimo secolo, il tasso di mortalità materna è aumentato nei paesi dove era già alto e diminuito dove era già basso. Queste donne infatti non muoiono a causa di malattie che non si possono curare, ma perché la società non ha ancora dato il giusto valore alle loro vite.

BIBLIOGRAFIA

- 1) UNITED NATIONS.: *Report of the International Conference on Population and Development (Cairo, 5-13 September 1994)*. United Nations A/Conf., 171, 13, 1994.
- 2) FATHALLA M.F.: *The impact of reproductive subordination on women's health - family planning services*. Am. Univ. Law Rev, 44: 1179-1190, 1994.
- 3) FATHALLA M.F.: *Women's health: an overview*. Int. J. Gynecol. Obstet.,46: 105-118, 1994.
- 4) OPERA NAZIONALE PER LA PROTEZIONE DELLA MATERNITA'. *Istruzioni per il funzionamento dei consultori materni e pediatrici*. Roma 1941.
- 5) TESAURO G. *Sulla sterilità coniugale*. Atti del XXXV congresso S.I.O.G., Perugia 1935.
- 6) FATHALLA M.F.: *Mobilization of resources for a second contraceptive technology revolution*. In: Van Look PFA and Peres-Palacios G., editors. «Contraceptive research and development 1984 to 1994. The road from Mexico City to Cairo and Beyond». Oxford University Press: The World Health Organization, 527-524, 1994.
- 7) UNITED NATIONS: *World Population Prospect: The 1992. Annex Tables*. New York: United Nations, 1992.
- 8) ROSS J.A., MAULDIN W.P., GREEN S.R., COOKE E.R.: *Family planning and child survival programs as assessed in 1991*. New York: The Population Council, 1, 1992.
- 9) COPPOLA L. : *Riproduzione umana dalle origini ai nostri giorni*, Dialogando, 7-15, 2003.
- 10) MALCOVATI P. *Introduzione storica al Trattato di Ostetricia*. 1947
- 11) ROSA P.: *Bull Féd Gynéc Obsét* 17, 1 bis, 77, 1965.
- 12) UNITED NATIONS: *Concise Report on the World Population Situation in 1991, with a special emphasis on age structure*. United Nations Department of International Economic and Social Affairs, ST/ESA/SER.A/126. New York, 1992.
- 13) MAURIZIO E.: *La terapia ormonica in ginecologia*. Atti del XXXVI congresso S.I.O.G. Torino 1939

RIASSUNTO

Durante l'intera storia dell'umanità, le donne sono state al servizio della sopravvivenza della nostra specie. La loro personalità non è mai stata considerata degna di diritti ma solo di doveri.

Grazie alla loro forza di vivere e lottare degnamente sono riuscite nel corso del tempo ad affrontare e superare una serie di sfide. Molto tempo è passato da quando la donna era considerata una "proprietà del marito" e necessaria solo per la riproduzione. Con la rivoluzione industriale l'idea di nucleo familiare è cambiata, anche la donna entra nel mondo del lavoro e la famiglia numerosa diventa un ostacolo. La donna impara a controllare la propria fertilità e comincia a capire che la nascita di un figlio non deve più essere un caso fortuito. Cambia l'idea dello stesso atto sessuale che non è più un dovere coniugale finalizzato alla procreazione ma una libera scelta di scambio reciproco con il partner.

Da sempre i ginecologi si sono prodigati per migliorare l'immagine e preservare la dignità della donna; per questo è nata la contraccezione. Grazie all'avvocato e attivista sociale Margaret Sanger si aprì a Brooklyn il primo consultorio operativo per il controllo delle nascite in America. Nel 1953 la Sanger e la sua compagna di lotta sociale per l'emancipazione della donna, Katherine McCormick, si rivolsero al dottor Pincus affinché sviluppasse una pillola per il controllo delle nascite. Nel 1961 la pillola sbarcò in Europa con il nome di Anovlar. Sin dall'inizio fu disponibile solo in farmacia, sotto prescrizione medica, solo per problemi mestruali e soprattutto solo a donne sposate. Il '68 cambiò tutto e la pillola diventò un simbolo dei cambiamenti sociali nell'Europa Occidentale: per la prima volta sessualità e contraccezione furono discussi pubblicamente. Solo nel 1987, in Italia, la pillola presenta sul foglietto illustrativo la scritta "contraccettivo". Oggi sono disponibili una serie di metodi contraccettivi utili ad evitare una gravidanza indesiderata e a salvaguardare la vita sessuale dal rischio delle malattie sessualmente trasmissibili.

L'emancipazione femminile, però ha contribuito al calo della fertilità. Infatti, l'innalzamento dell'età matrimoniale coincide con il calo del potenziale riproduttivo. Notevoli sono state le scoperte che si sono avute nell'ultimo secolo nel campo della procreazione assistita. Anche in questo caso è stato necessario l'aiuto dei ginecologi e di altre figure professionali, come quella del biologo-embriologo. Questi professionisti quotidianamente collaborano e cercano di aiutare le coppie con problemi di fertilità.

Nonostante tutti i progressi registrati nell'ultimo secolo, il tasso di mortalità materna è aumentato nei paesi dove era già alto e diminuito là dove era già basso. Questo, non perché non ci siano le cure per le malattie, ma è la stessa Costituzione di molti Paesi che ancora oggi non ritiene necessario salvare queste vite.