

La sterilizzazione maschile volontaria: aspetti medici, sociali e legali della vasectomia

Voluntary male sterilization: medical, social and legal aspects of vasectomy

A. ORTENSII¹, G.A. COPPOLA^{1,2}, V. D'ORAZI¹, V. MARCHESE¹, C. FALOCI¹, F. FABI¹, F. TONI¹, A. PANUNZI¹, I. ORTENSII², S. PETRACHI³

¹ Unità Operativa di Microchirurgia Generale, Sezione di Microchirurgia Andrologica, Casa di Cura "Fabia Mater", Università "Sapienza" di Roma; ² Servizio di Criobiologia della Riproduzione Umana "Tecnomed", Casa di Cura "Fabia Mater", Roma e Centro Medico Biologo "Tecnomed", Nardò (LE); ³ Medico Legale, Polizia di Stato, Questura di Brindisi

Parole chiave: Vasectomia, Contraccezione maschile, Sterilizzazione chirurgica, Sterilizzazione volontaria, Azoospermia, Reversal di vasectomia, Crioconservazione del seme, Profili di responsabilità professionale medica

Key words: *Vasectomy, Male contraception, Surgical sterilization, Voluntary sterilization, Azoospermia, Vasectomy reversal, Sperm cryopreservation, Medical malpractice*

Riassunto

La pratica della vasectomia è considerata il metodo contraccettivo maschile a lungo termine più efficace e sicuro nell'attuazione di un progetto di pianificazione familiare. Le stime mondiali parlano di circa 50 milioni di uomini sterilizzati e del 5% delle coppie in età riproduttiva che hanno scelto questo come metodo di controllo delle nascite. Numerose sono le tecniche proposte da vari Autori nel corso degli anni. Attualmente va affermandosi sempre di più la "No Scalpel Vasectomy", una tecnica di semplice esecuzione, che presenta numerosi vantaggi come la minore invasività, l'assenza di un'incisione scrotale cruenta, la velocità di esecuzione e la rarissima incidenza di complicanze. In Italia, il ricorso a tale pratica è notevolmente limitato rispetto ad altri Paesi europei perché, seppur lecito, è svantaggiato dall'assenza di una legislazione chiara in merito alla sterilizzazione chirurgica. È opinione comune, infatti, che la sterilizzazione chirurgica provochi una menomazione fisica del soggetto e che il medico che la pratica sia passibile penalmente.

In realtà si osserva un cambiamento di valutazione nei confronti di tale intervento, da mutilazione grave ed invalidante a diritto individuale, e oggi l'orientamento giurisprudenziale italiano, grazie all'abrogazione della norma che proibiva la sterilizzazione e la legittimità della vasectomia sancita da importanti sentenze giuridiche, appare volto a ritenere pienamente lecita la sterilizzazione consensuale, e a non sanzionare il sanitario che la pratica. Ciononostante è da rilevare come manchi, ancor oggi, nel sistema normativo italiano, un'organica regolamentazione di tale attività medico-chirurgica, nonostante vari progetti di legge siano stati presentati nelle competenti sedi parlamentari.

Summary

The practice of vasectomy is considered as the most effective and safest male long-term contraceptive method in the implementation of a family-planning project. World estimates report about 50 million cases of sterilized men and underline that 5% of couples in reproductive age have opted for this birth-control method. The techniques proposed by several Authors during the years have been numerous. Recently, the technique that has gained a larger number of consents is the so-called "No Scalpel Vasectomy", an easily-performed surgical procedure that presents various advantages, such as lower invasivity, absence of a scrotal incision, rapidity of execution and the very rare impact of complications. In Italy, the resort to vasectomy, compared to other European countries, is somewhat limited because, even though legitimate, it carries the disadvantage of the absence of a clear and univocal legislation concerning surgical sterilization. Furthermore, the opinion, according to which surgical sterilization would cause a physical disablement of the subject, and thus the surgeon practising it would be penally punishable, is still very widespread. Albeit, a change in evaluation towards this intervention has been recently observed, and from being considered as a serious and disabling mutilation, it is now being recognized as an individual right. As a result, the Italian jurisprudence – also thanks to the abrogation of the law prohibiting sterilization and thanks to the fact that the legitimacy of vasectomy has been sanctioned by important Court sentences – seems to be approaching recognition of sterilization by mutual consent as fully legal, and thus not to apply sanctions against the physician practising it. Nevertheless, it should be pointed out that, still today, the Italian law system lacks an organic regulation of this medical-surgical activity, even though several bills have already been submitted to the competent legislative forces.

“Esistono diritti fondamentali della persona che comprendono il diritto alla salute sessuale e la possibilità di godere e controllare il comportamento sessuale e riproduttivo in armonia con l’etica sociale e personale, liberamente da paura, vergogna, senso di colpa, false convinzioni ed altri fattori che possano inibire la risposta sessuale e mettere a rischio relazioni sessuali, ed in assenza di malattie organiche che interferiscano con la funzione sessuale e riproduttiva”
Organizzazione Mondiale della Sanità, 1994

Introduzione

La sterilizzazione chirurgica rappresenta, sia per l’uomo sia per la donna, uno dei metodi contraccettivi più diffusi nel mondo. Si stima che solo negli Stati Uniti vi siano circa 4 milioni di uomini e 10 milioni di donne sottoposti ad intervento di sterilizzazione. La pratica della vasectomia, ovvero la sezione bilaterale dei dotti deferenti, è considerata il metodo contraccettivo maschile a lungo termine più efficace e sicuro nell’ottica di una pianificazione familiare, e gode di diversa popolarità come metodo di controllo delle nascite a seconda dei Paesi ove è praticata e dell’età del soggetto. Tra le ragioni che inducono la coppia ad optare per la chiusura delle tube vi è la comodità di abbinare la procedura ad un parto in ospedale ed il rifiuto da parte dell’uomo di sottoporsi a vasectomia per il timore di possibili (quanto infondati) effetti collaterali, primo fra tutti il timore di un calo del desiderio o una diminuzione delle prestazioni sessuali.

Di contro, le coppie che decidono di ricorrere alla vasectomia, sono spinte da altri fattori, quali una forte motivazione psicologica alla sterilizzazione da parte dell’uomo, la maggiore semplicità ed economicità dell’intervento, la scarsa incidenza di complicazioni, le limitazioni mediche o psicologiche alla contraccezione femminile (ad esempio, una controindicazione all’uso della pillola contraccettiva e/o alla chirurgia tubarica), l’ottima *compliance* riferita dai pazienti che si sono già sottoposti alla procedura e che sono soddisfatti del risultato.

In Italia, come si leggerà in seguito, il ricorso alla vasectomia è di gran lunga più limitato rispetto ad altri Paesi europei, ed è soprattutto svantaggiato dall’assenza di una legislazione chiara in merito alla sterilizzazione chirurgica. Inoltre, così come avviene nei

Paesi a forte maggioranza cattolica, l’accostamento della medicina ai meccanismi riproduttivi dell’uomo viene spesso letto in chiave di interferenza con la natura ed è quindi sfavorito dalle implicazioni etiche che potrebbero derivarne. Tuttavia si è assistito ad un cambiamento di valutazione nei confronti di tale intervento, che dall’essere considerato in precedenza come una mutilazione grave ed invalidante viene oggi riconosciuto quale diritto individuale. Per tale motivo alcuni giuristi e bioeticisti si sono riuniti per esprimere il proprio pensiero su questa evoluzione concettuale che considera l’atto chirurgico sempre e soltanto come terapeutico, anche di fronte ad una richiesta soggettiva che terapeutica non è nel senso tradizionale della parola ^a.

La sterilizzazione nella storia e nel mondo

Le differenti tipologie di sterilizzazione esistenti sono distinguibili principalmente in base alla loro finalità. La storia ha sempre documentato il ricorso a forme di sterilizzazione spesso effettuate non per esigenze cliniche o contraccettive, ma inflitte sulla base di diverse motivazioni. Nel passato il termine “sterilizzazione” evocava atrocità e punizioni; si hanno notizie di interventi di *sterilizzazione punitiva* inflitta ai prigionieri politici, comminata come pena verso persone colpevoli di delitti sessuali o prescritta come prevenzione contro criminali recidivi ritenuti pericolosi per la società. Nel 1899, Albert Ochsner, futuro “*Professor of Surgery*” all’Università dell’Illinois, pubblicò un articolo dal titolo “*Surgical Treatment of Habitual Criminals*”, in cui elencava i benefici che la società avrebbe tratto dalla sterilizzazione dei criminali mediante vasectomia.

Nella storia più recente si è poi registrato il ricorso ad una forma di sterilizzazione detta *eugenica* il cui scopo era il miglioramento della razza e che è stata condannata come crimine contro l’umanità. Tutto ciò accadeva in tempi antecedenti a quelli più tristemente passati alla storia a causa dei campi di concentramento nazisti. Basti pensare che negli Stati Uniti, tra il 1899 ed il 1912, furono pubblicati 38 autorevoli articoli scientifici esortanti alla sterilizzazione chirurgica dei soggetti affetti da disturbi psichiatrici, e fu istituito l’*Eugenics Record Office* per monitorare i progressi in questo campo. L’Europa rispose agli USA con la fondazione, nel 1907, del-

^a Comitato Etico A.S.L. n. 2 Savonese: Parere n. 18 del 26 luglio 2000, Presidente prof.ssa Mariella Lombardi Ricci.

l'*Eugenics Education Society*, con il compito di promuovere una consapevolezza pubblica sulla necessità di un programma eugenetico ed incoraggiare la sterilizzazione dei malati di mente. Nel 1928 fu la Svizzera ad emanare, per prima in Europa, una legge a carattere eugenetico, rimasta in vigore fino al 1972, per il controllo delle nascite nella popolazione zingara ¹.

La *sterilizzazione curativa o terapeutica*, cioè resa necessaria per salvaguardare la salute del soggetto, non ha mai suscitato particolari problemi di natura etica. Quando, invece, il fine perseguito è la regolazione delle nascite o l'impedimento della generazione non dettate da ragioni terapeutiche, si parla di *sterilizzazione contraccettiva o anticoncezionale*. Quest'ultima è una pratica piuttosto recente che ha cominciato a diffondersi a partire dagli anni '50 del secolo scorso e si è andata estendendo sempre più rapidamente negli ultimi decenni. Alcuni Stati ed organizzazioni internazionali hanno utilizzato questo atto medico per contenere l'incremento demografico in Paesi con elevati tassi di natalità, rendendo questa modalità di sterilizzazione particolarmente diffusa nel sud del mondo ^b.

Ad esempio, in India, negli anni '70, si diede inizio ad una campagna di controllo demografico basata sulla sterilizzazione del maggior numero di uomini nel minor tempo possibile. Nel 1971 nella città di Cochin, in Kerala, fu perfino organizzato il "*Family Planning Festival*", durante il quale il governo promise di offrire un incentivo economico a chi avesse accettato di sottoporsi al trattamento chirurgico. In un solo mese furono praticate 62.913 vasectomie e meno di un anno dopo, nello stato di Gujarat, si praticarono oltre 220.000 vasectomie in due mesi.

Le stime mondiali sulla vasectomia parlano di 42-60 milioni di uomini sterilizzati e del 5% delle coppie in età riproduttiva che hanno scelto questo come metodo di pianificazione familiare. I dati internazionali sulla pratica della sterilizzazione maschile sono molto variabili e dall'analisi della letteratura emerge chiaramente che, sempre tra le coppie in età riproduttiva, è una pratica particolarmente diffusa in Nuova Zelanda (23%), Stati Uniti, Olanda, Corea del Sud

(11%), Australia (10%), Cina (8%), India e Gran Bretagna (7%), e i più favorevoli sono gli uomini fra i 35 e i 45 anni di età ². Negli USA si stima che ogni anno circa 500.000 uomini si sottopongono ad intervento di sterilizzazione chirurgica e, tra essi, il 2-6% ricorre al *Reversal* di vasectomia. Uno studio retrospettivo, basato su interviste telefoniche e questionari rivolti a 2.300 medici statunitensi (urologi, medici di medicina generale e chirurghi generali), ha rilevato che nel 2002 sono state effettuate 526.501 vasectomie, circa 10 interventi ogni 1.000 uomini tra i 25 e i 49 anni ³.

In Cina, paese che rappresenta un quinto dell'intera popolazione mondiale, oltre il 50% delle coppie ha un partner sterilizzato con un rapporto uomo/donna che fino a qualche anno fa era quantificato in uno a tre ⁴. L'avvento di una nuova tecnica chirurgica di vasectomia, minimamente invasiva e di rapida esecuzione (la "*No Scalpel Vasectomy*") ha portato in questo Paese ad un sovvertimento di tale rapporto: gli uomini si sottopongono con maggiore frequenza a tale procedura con un rapporto uomo/donna di 5 a 1. Mentre in Cina si osserva questo fenomeno del tutto a favore della sterilizzazione maschile, nel mondo il rapporto fra vasectomia e chiusure delle tube è estremamente variabile. Secondo un rapporto dell'ONU del 2001, la sterilizzazione riguardava, nel 1994, il 20% della donne in età riproduttiva (tra lo 0 al 45,5% secondo i paesi) ed il 4% degli uomini (tra lo 0 al 18%) ^c.

Nel 2005 i *Centers for Disease Control and Prevention* statunitensi hanno condotto uno studio riguardante i metodi di controllo delle nascite da cui è emerso che, sebbene complessivamente la chiusura delle tube risulti praticata più frequentemente rispetto alla vasectomia, le due modalità di sterilizzazione sono ben distribuite nel tessuto sociale. In Gran Bretagna, la vasectomia è più popolare della chiusura delle tube; in Francia, la procedura di sterilizzazione chirurgica è stata legalizzata da pochi anni (legge n. 2001-588 del 4 luglio 2001) e negli ultimi anni ha registrato un continuo aumento, specie nel maschio. I tre Paesi scandinavi (Danimarca, Norvegia e Svezia) hanno legalizzato la sterilizzazione volontaria

^b Un'eco della realtà di questa condizione è stata la Conferenza Internazionale de Il Cairo (1994), nella quale si è appresa qualche cifra indicativa: nel 1950 hanno fatto ricorso alla sterilizzazione 3,4 milioni di persone; 20 milioni nel 1970; 65 milioni nel 1975; oltre 80 milioni nel 1978 (Piano d'azione mondiale sulla popolazione). La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità in *Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction* (1977) afferma che "la sterilizzazione è diventata uno dei metodi principali per il controllo della fecondità nel mondo".

^c United Nations. Population Division. Departement of Economic and Social Affairs. *World Contraceptive Use 2001*.

sin dal 1970; prima di questa data era ammessa solo con un'indicazione eugenetica, per impedire il concepimento a soggetti con gravi alterazioni genetiche e a coloro che non erano ritenuti idonei per la crescita di un figlio. Attualmente è una pratica molto diffusa, specialmente in Danimarca rispetto a Norvegia e Svezia ⁵. Un'indagine retrospettiva condotta su una popolazione di pazienti sottoposti a vasectomia presso il *King George V Hospital* di Durban, Sud Africa, ha evidenziato tra essi una larga maggioranza di Indiani (50,3%), contro il 21% di Bianchi, 15,6% di Neri e il 12,3% di Africani ⁶.

In Italia, al contrario degli altri Paesi, è difficile stabilire l'incidenza di vasectomie. Effettuando una ricerca sulla banca dati on-line del Ministero della Salute che raggruppa i DRG prodotti in Italia negli ultimi anni, e utilizzando come parole chiave le voci relative a "vasectomia" e "sterilizzazione maschile", emergono dati molto interessanti ma, a nostro avviso, incompleti e non perfettamente chiarificatori della situazione italiana (ma da considerarsi comunque attendibili in quanto rinvenuti sul sito ufficiale del Ministero della Salute). Tali dati dimostrerebbero che in Italia, dal 1999 al 2003, sono stati effettuati 1145 interventi di vasectomia ma solo 400 classificati come interventi di sterilizzazione maschile, molti dei quali eseguiti in strutture ospedaliere pubbliche.

Parallelamente alla diffusione della vasectomia, tuttavia, si è osservato anche un sensibile aumento della richiesta di ripristino della fertilità, mediante *Reversal* di vasectomia, in quanto i fattori che spingono molte coppie a ricorrere alla sterilizzazione, quasi sempre di carattere socio-economico, possono successivamente mutare, spesso in occasione di eventi talvolta imprevedibili al momento dell'intervento, come il cambiamento del partner a seguito di un divorzio o la prematura scomparsa di un figlio.

Aspetti clinico-chirurgici: indicazioni e tecniche

INDICAZIONI

La sezione bilaterale dei dotti deferenti trova rare indicazioni oltre l'ambito contraccettivo in cui rappresenta in assoluto il metodo più sicuro ed efficace. Può essere effettuata per prevenire le prostatiti acute o per evitare l'insorgenza di epididimiti nei pazienti sottoposti a chirurgia prostatica. Vi sono, poi, patologie croniche in cui tale procedura viene eseguita co-

me tempo chirurgico preliminare all'intervento di epididimectomia con asportazione di un tratto di deferente: l'Orchiepididimite Cronica (OEC) e il Dolore Testicolare Cronico (DTC).

Riguardo alla prima (OEC), l'indicazione all'epididimectomia è ravvisabile nei casi ricorrenti e recidivanti, refrattari alle terapie mediche. Per il DTC, invece, l'orchi-epididimectomia è indicata solo nei casi particolarmente gravi che limitano la normale attività quotidiana del paziente, e soprattutto quando la sintomatologia resiste alla terapia medica (antibiotici, FANS, antagonisti adrenergici, calcio antagonisti, TENS, blocchi anestesiológicos del funicolo spermatico, ecc.), e chirurgica conservativa (*Denervazione Testicolare Microchirurgica* proposta da alcuni Autori ⁷⁻⁹). Nei casi demolitivi è sempre opportuno proporre al paziente, soprattutto se giovane e senza prole, la crioconservazione preventiva del liquido seminale.

Le indicazioni non contraccettive alla vasectomia hanno rappresentato per anni, in Italia, un consueto espediente a cui ricorrere per aggirare la legge che vietava espressamente la sterilizzazione chirurgica ai fini della contraccezione. Ancora oggi, nonostante la norma che proibiva espressamente la sterilizzazione sia stata abrogata, e la legittimità della vasectomia sia stata sancita da importanti sentenze giuridiche, ed in assenza di una precisa normativa a riguardo, molti medici ricorrono all'espediente del ricovero del paziente con diagnosi di Orchiepididimite Cronica per sottoporlo ad intervento di sterilizzazione. Allo stesso modo si agisce talvolta in ambito ginecologico, dove il ricovero di una donna con diagnosi di salpingite cronica bilaterale può essere il pretesto per sottoporla a sezione delle tube.

Per il suo valore storico, merita qui una particolare menzione l'Intervento di Steinach, una procedura che per qualche tempo ha dominato l'elenco delle indicazioni alla vasectomia.

Eugene Steinach (1861-1944), fisiologo viennese, studiando la risposta ormonale post-vasectomia nei ratti, notò un aumento dell'attività e della potenza sessuale, un'alterazione del loro comportamento, che diveniva più coraggioso ed aggressivo, ed un aumento della forza muscolare. Queste osservazioni lo indussero a proporre tale intervento sull'uomo per arrestarne l'invecchiamento precoce o per "ringiovanire" i pazienti. Nel 1918, con l'aiuto dell'urologo Robert Lichtenstern, praticò con successo la prima vasectomia "rejuvenilizzante", incontrando plausi e consensi nella comunità scientifica, tra cui quelli di Harry Benjamin (il quale praticò numerose vasectomie ed oltre 1000 sterilizzazioni tubariche per ringio-

Tab. I. Complicazioni dopo *No-Scalpel Vasectomy*. La Tabella mostra i risultati delle *No Scalpel Vasectomies* eseguite in Cina, New York, Spagna ed India. *Complications after No-Scalpel Vasectomy. The table shows the results of the No-Scalpel Vasectomies performed in China, New York, Spain and India* (da Li et al., 1991, mod.)¹⁰.

Paese	Numero di NSV	Ematoma (%)	Infezione (%)
Cina	179.741	160 (0,09)	1.630 (0,91)
New York (USA)	238	0	0
Barcellona (Spagna)	400	0	0
India	4.253	2 (0,047)	3 (0,07)

vanire le donne^d), e di Sigmund Freud che si sottopose con entusiasmo all'intervento di Steinach all'età di 67 anni, con l'intento di migliorare le sue condizioni di salute già compromesse da una forma recidivante di cancro orale.

Un altro illustre sostenitore della procedura fu il poeta William Butler Yeats che si fece vasectomizzare all'età di 69 anni e ne decantò i vantaggi in alcuni suoi scritti^e.

TECNICHE

Sono numerose le tecniche chirurgiche proposte dai vari Autori nel corso degli anni. L'accesso al vaso deferente può essere eseguito con un'incisione scrotale singola o doppia. Attualmente, nel mondo, va affermandosi sempre più la tecnica definita come *No Scalpel Vasectomy* (NSV, vasectomia senza bisturi). Ideata e messa a punto in Cina, nel 1974, da Shunqiang Li ed introdotta negli Stati Uniti nel 1985 da Marc Goldstein, è una tecnica che pur richiedendo un adeguato *training* chirurgico, risulta di semplice esecuzione e presenta numerosi vantaggi tra cui la minore invasività rispetto alle altre (alcune già minimamente invasive), l'assenza di un'incisione scrotale cruenta, la velocità di esecuzione e la rarissima incidenza di complicanze (Tab. I)¹⁰. Con la NSV, il chirurgo individua il deferente attraverso la cute scrotale e, previa infiltrazione di anestetico locale, effettua una mini-incisione incruenta con una forbice da dissezione; utilizzando poi un pinza ad anelli esterorizza il deferente e procede alla sezione del vaso salvaguardando la sua componente vascolare.

Le modalità di interruzione del dotto deferente sono molteplici (Fig. 1). Tra queste, la Legatura Semplice dei Monconi è sicuramente la più diffusa al mondo,

specie nei paesi in via di sviluppo¹¹. La tecnica prevede un'incisione scrotale unica o bilaterale, l'asportazione di 1-2 cm di deferente, previo risparmio dei vasi deferenziali, e la legatura dei monconi con filo non riassorbibile (Fig. 1a). La Ripiegatura dei monconi ad "U" è molto utilizzata in Germania, ma non sembra essere un accorgimento necessario poiché nello studio condotto su 100 *reversal* di vasectomia eseguiti dalla stessa équipe che aveva precedentemente effettuato questa tecnica detta "*U-shaped*", non è mai stata osservata la parte del deferente ripiegata su se stessa. Secondo gli autori, ciò è dovuto alla necrosi tissutale che si instaura in questi segmenti ripiegati a causa della ridotta perfusione sanguigna¹². L'Elettrocauterizzazione del deferente è la tecnica di occlusione più comune negli Stati Uniti. Molti studi comparativi suggeriscono che, con un tasso minore dell'1%, i fallimenti di questo metodo in termini di ricanalizzazione sono minori rispetto alla semplice legatura ed asportazione di un tratto deferenziale. La maggior parte dei chirurghi cauterizza entrambi i monconi (Fig. 1b), il distale ed il prossimale, anche a livello intraluminale (Fig. 1c), sebbene alcuni preferiscano intervenire solo su quello prostatico (*open-ended Vasectomy*) per evitare aumento di pressione a livello epididimario¹³. Per diminuire ulteriormente il tasso di fallimento è stata proposta l'Interposizione di Fascia Deferenziale sui monconi. Questa procedura andrebbe considerata sia nell'ambito della legatura semplice (Fig. 1d), sia in caso di elettrocauterizzazione (Fig. 1e). Studi su queste tecniche combinate hanno effettivamente evidenziato risultati migliori rispetto alle tecniche tradizionali.

Alcuni hanno dimostrato che l'interposizione fasciale associata alla semplice legatura diminuisce i falli-

^d Harry Benjamin scrisse: "... it seems to me the world in its present difficulties could be immensely benefited if all its ageing intellectuals, politicians and industrial leaders could be Steinarched".

^e Nel 1937, William Butler Yeats affermò: "It revived my creative power. It revived also sexual desire; and that in all likelihood will last me until I die".

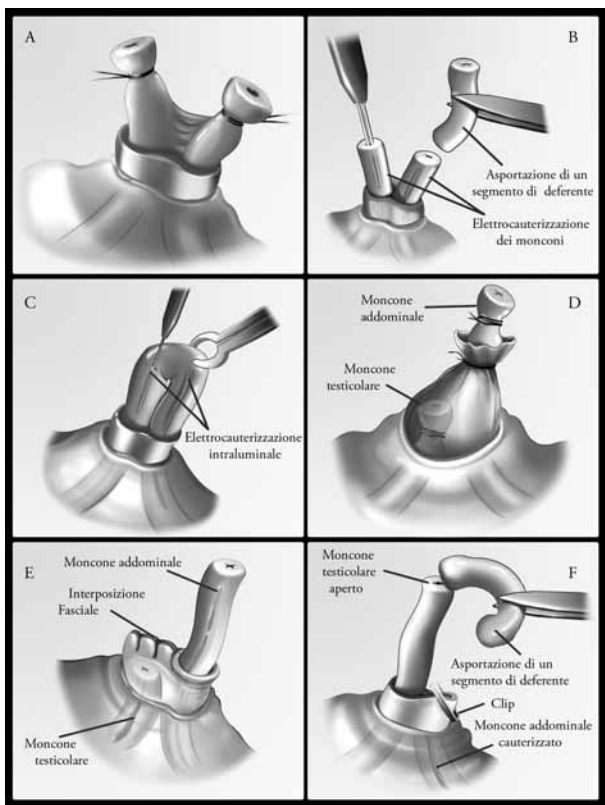


Fig. 1. Alcune tecniche di Vasectomia. *Some methods for vasectomy* (da Dassow P, Bennett Jm. *Vasectomy: An Update*. American Family Physician 2006;74(12), mod.).

A. Legatura semplice con asportazione di un tratto di deferente (1-2 cm). *Simple ligation and excision of vas deferens (1-2 cm)*.

B. Asportazione di un tratto di deferente ed elettrocauterizzazione dei monconi. *Excision of vas deferent and electrocautery of the ends*.

C. Elettrocauterizzazione intraluminale. *Intraluminal electrocautery*.

D. Legatura semplice dei monconi ed interposizione fasciale sul moncone testicolare. *Simple ligation and fascial interposition on testicular end*.

E. Elettrocauterizzazione dei monconi ed interposizione fasciale sul moncone testicolare. *Electrocautery of the ends and fascial interposition on testicular end*.

F. Asportazione di un tratto di deferente, moncone testicolare aperto, elettrocauterizzazione ed interposizione fasciale sul moncone addominale mediante clip vascolare. *Excision of vas deferent, open testicular end, electrocautery and fascial Interposition on abdominal end by vascular clip*.

menti della procedura in termini di ricanalizzazione spontanea¹⁴; altri lavori hanno comparato le tecniche di cauterizzazione e l'interposizione di fascia defe-

renziale con il posizionamento di *clips* vascolari e la legatura semplice, e hanno rilevato percentuali di fallimento più alte per queste ultime. Il ricorso alla cauterizzazione associata all'interposizione fasciale aumenterebbe maggiormente i successi¹⁵.

La proposta di utilizzare una tecnica combinata caratterizzata da Elettrocauterizzazione del moncone addominale, con Interposizione di Fascia e Legatura semplice del moncone testicolare, deriva dal tentativo di facilitare l'eventuale vaso-vasostomia di riconversione per cogliere l'obiettivo di rendere reversibile la vasectomia, nota dolente della contraccezione chirurgica. Per tale fine sono state proposte tecniche che lasciano beante il moncone testicolare (Fig. 1f), ma le prime esperienze hanno mostrato tassi di insuccesso, come la ricanalizzazione spontanea, troppo alti: 7-50%⁴.

Il posizionamento di *Clips Vascolari* sui due monconi, è stato suggerito al posto della semplice legatura non riassorbibile, e più recentemente è stato proposto l'utilizzo di dispositivi meccanici biocompatibili, come l'*Intra-Vas Device* (IVD) il cui inserimento nel lume deferenziale impedisce la migrazione di spermatozoi lungo le vie seminali¹⁶, ed il *VasClip*, una clip plastica dotata di meccanismo autobloccante che, una volta posizionata e serrata sul deferente, ne riduce il lume evitando la sezione chirurgica del dotto e riducendo di gran lunga i tempi operatori¹⁷. Quest'ultimo dispositivo necessita di ulteriori approfondimenti poiché in un lavoro è stata dimostrata la pervietà dei dotti nonostante il suo corretto posizionamento¹⁸.

Alcuni Autori hanno suggerito di effettuare, contestualmente all'intervento di vasectomia, il lavaggio delle vie seminali con sostanze in grado di alterare gli spermatozoi residui post-vasectomia relativamente alla motilità ed alla capacità di penetrazione nel muco cervicale.

Nel corso degli ultimi 30 anni sono state utilizzate numerose sostanze ad azione spermicida (nitrofurazone, euflavina, clorexidina, semplice soluzione salina) ed ultimamente è stata proposta l'irrigazione dei vasi deferenti con Diltiazem associato a Blu di Metilene, visto il loro effetto lesivo sui gameti^{19 20}.

Il quadro di Azoospermia, e quindi il raggiungimento dell'obiettivo contraccettivo, si ottiene dopo circa 90 giorni dall'intervento e deve essere confermato da almeno 3 spermioigrammi consecutivi che rilevino l'assenza totale di spermatozoi. La *British Andrology Society*, nelle Linee Guida del 2002, suggerisce di sottoporre il paziente ad almeno 2 spermioigrammi, dopo 16 settimane e 24 eiaculazioni. In caso di persistenza di spermatozoi immobili si consiglia di

informare il paziente circa la remota possibilità di gravidanza²¹, mentre la presenza di spermatozoi vitali e di buon grado morfologico dopo 6 mesi dall'intervento ne indica il fallimento. L'*International Planned Parenthood Federation* (IPPF) raccomanda al soggetto di utilizzare un metodo contraccettivo ausiliario finché non sarà confermata la totale assenza di spermatozoi dopo almeno 20 eiaculazioni post-vasectomia²².

Problematiche clinico-biologiche

Non esistono particolari controindicazioni all'intervento di vasectomia, ma si deve in ogni caso tener conto di eventuali situazioni cliniche che dovrebbero indurre il chirurgo ad escluderlo, quali la presenza di infezioni locali o sistemiche, di segni o sintomi di malattie sessualmente trasmissibili, la presenza di masse sospette testicolari e l'ipersensibilità alla somministrazione di anestetici locali. Vi sono inoltre talune patologie che aumentano il rischio di fallimento o rendono difficoltosa la performance chirurgica, quali pregressi traumi scrotali, voluminoso idrocele, varicocele, criptorchidismo ed ernia inguinale. Particolare attenzione deve essere riservata ai pazienti che riferiscono un intervento di orchidopessi poiché potrebbe risultare difficile localizzare il dotto deferente. Gli uomini sottoposti a correzione di varicocele con tecniche chirurgiche che non prevedono il riconoscimento sistematico dell'arteria spermatica corrono il rischio di atrofia testicolare post-vasectomia nei casi in cui la perfusione arteriosa del testicolo dipende esclusivamente dall'arteria deferenziale, ovvero laddove l'arteria testicolare sia stata legata durante la varicocelectomia. In questi casi la vasectomia dovrebbe essere praticata in tecnica microchirurgica, con l'ausilio di mezzi ottici d'ingrandimento che permettono un accurato risparmio dei vasi deferenziali^{23 24}.

A nostro avviso, prima di sottoporre un soggetto a vasectomia, sarebbe opportuno eseguire una serie di indagini uro-andrologiche di *routine*, specie se dalla raccolta dei dati anamnestici non risultano precedenti concepimenti, indagini eseguite per valutare lo stato di salute riproduttiva del paziente, o vi sia ad esempio un'anamnesi positiva per ernioplastica inguinale bilaterale.

Riteniamo importanti: un'ecografia testicolare al fine di evidenziare preventivamente eventuali neoformazioni; un'Eco-color Doppler scrotale per documentare lo stato vascolare del testicolo; un'indagine del li-

quido seminale per confermare la presenza di spermatozoi nell'eiaculato.

Sarebbe infatti un grave errore procedere all'intervento di vasectomia in soggetti già azoospermici per patologie congenite (agenesie deferenziali, epididimarie), genetiche (fibrosi cistica, Sindrome di Klinefelter), iatrogene (lesione dei deferenti durante un'ernioplastica); altrettanto grave sarebbe non trattare una neoplasia testicolare che richiede direttamente l'orchietomia a scopo terapeutico, piuttosto che la vasectomia a scopo contraccettivo. Questi esempi dimostrano quanto sia importante sottoporre il paziente ad accurato *screening* della funzione testicolare, nonostante egli abbia deciso di rinunciare all'aspetto riproduttivo di tale funzione.

COMPLICANZE

Il medico può trovarsi a dover affrontare due tipi di complicanze: immediate e a distanza. Le complicanze immediate, post-chirurgiche, sono essenzialmente quelle generiche riconducibili a qualsiasi intervento chirurgico, vale a dire ematoma ed infezione della ferita. L'accesso al deferente con tecnica NSV, unitamente alla lunga esperienza del chirurgo, riducono l'incidenza di tali inconvenienti (Tab. II).

Più interessante è l'analisi delle complicanze a distanza, alcune delle quali coinvolgono anche aspetti squisitamente biologici. L'Orchialgia post-vasectomia è un'entità clinica ben descritta: è un dolore che si manifesta anche molto tempo dopo l'intervento, coinvolge testicolo ed epididimo e si acutizza durante l'attività sessuale. Si verifica nel 1-15% dei soggetti, a seconda delle statistiche e l'uso del sospensoio, o la somministrazione di FANS, sono generalmente soluzioni in grado di contenere il problema, ma in alcuni casi è necessario intervenire con un blocco anestesiológico del cordone spermatico o con una denervazione testicolare, fino alla possibilità di *reversal* di vasectomia o addirittura di orchiepididimectomia²⁵. Una causa scatenante l'orchialgia può essere l'aumento della Pressione Idrostatica Intraepididimaria. L'epididimo è il *locus* anatomico che risente maggiormente dell'interruzione dei deferenti, poiché al suo interno si attuano meccanismi di riassorbimento cellulare e modificazioni volte a proteggere il testicolo da aumenti di pressione idrostatica da riassorbimento di fluido²⁶.

Tutto ciò può provocare non solo sintomatologia dolorosa, ma anche *deficit* di sintesi proteica epididimaria. L'interstizio epididimario spesso mostra segni di flogosi ed infatti l'Epididimite si verifica con una frequenza dello 0,4-6,1%²⁷. L'aumento pressorio

Tab. II. Percentuale di vasectomie in cui si sono verificati casi di infezione, ematoma o emorragia, in base al tipo di intervento. *Percentage of vasectomies in which infection, hematoma or bleeding occurred, according to type of procedure* (da Pollack AP, Barone MA. *Male sterilization*. In: Sciarra J, ed. *Gynecology and obstetrics*. Vol. 6: *Fertility regulation, psychosomatic problems, and human sexuality*. Revised edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2000, mod.).

Studio	Numero di vasectomie	% di infezioni	% di ematome o emorragia
Vasectomia tradizionale			
Philp, Guillebaud e Budd, 1984	534	1,3	4,5
Kendrick et al., 1987	65.155	3,5	2,0
Nirapathpongporn, Huber e Krieger, 1990	523	1,3	1,7
Alderman, 1991	1.224	4,0	0,3
Sokal et al., 1999	627	1,3	10,7
Vasectomia senza bisturi (NSV)			
Nirapathpongporn, Huber e Krieger, 1990	680	0,2	0,3
Li et al., 1991	179.741	0,9	0,1
Li et al., 1991	238	0,0	0,0
Viladoms Fuster e Shihua Li, 1994	400	0,0	0,0
Arellano Lara et al., 1997	1.000	0,0	2,1
Kumar et al., 1999	4.253	0,047	0,07
Sokal et al., 1999	606	0,2	1,7

può portare allo scoppio dell'epididimo (*Blow Out*); per evitare queste problematiche è utile ricorrere ad una *Open-ended Vasectomy*. La formazione di un Granuloma Spermatico, causato dalla fuoriuscita di liquido spermatico dal moncone deferenziale testicolare, potrebbe aprire la strada alla rara complicanza della Ricanalizzazione Spontanea ma da un altro punto di vista presenta il vantaggio di prevenire e/o ridurre l'aumento della pressione intraepididimaria con tutte le sue conseguenze sopra descritte, ed inoltre aumenterebbe la percentuale di successo di un *reversal* microchirurgico.

La Ricanalizzazione Spontanea è un evento che può verificarsi entro pochi giorni dalla vasectomia (2-3 settimane) e potrebbe essere legato alla tecnica utilizzata. È stato dimostrato che la percentuale di questa complicanza diminuisce con l'uso di Tecniche Combinata, specie Elettrocauterizzazione del moncone addominale ed Interposizione di Fascia deferenziale sul moncone testicolare²⁸.

Sono stati riportati casi di Deferentite ed Epididimite Nodosa che hanno richiesto una procedura di epididimectomia²⁹ e sono state descritte anche la forma-

zione di Fistole Deferento-Cutanea e di Fistole Vascolari (una Fistola Vaso-Venosa³⁰ ed una Artero-Venosa³¹).

Un aspetto importante, di natura immunologica, è la Formazione di Anticorpi Anti-Spermatozoi (ASA) nel siero di sangue e nel plasma seminale³², i quali possono danneggiare la capacità fecondante degli spermatozoi influenzandone negativamente la motilità, la penetrazione nel muco cervicale e l'interazione con l'ovocita. È di fondamentale importanza tener conto di questa ultima evenienza qualora il paziente vasectomizzato "pentito" decidesse di ricorrere al *reversal* microchirurgico o al prelievo di gameti dal parenchima testicolare da utilizzare per tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita.

Secondo l'esperienza del nostro gruppo nel campo della Microchirurgia Andrologica e dai dati riportati da altri Autori, il *reversal* della Vasectomia^f (VR) è una pratica che offre una discreta percentuale di successo della performance chirurgica, ma un *pregnancy rate* (PR) non particolarmente elevato con un range compreso tra il 30 ed il 60%. Altri Autori riportano che la probabilità massima di ottenere una gravidan-

^f Le tecniche di *reversal* microchirurgico di vasectomia (vaso-vasostomia, epididimo-vasostomia, tubulo-vasostomia) devono essere sempre precedute da un accurato studio dei deferenti sezionati, basato principalmente sulla valutazione dei monconi, e della loro mobilizzazione e permeabilità (SWT, Seminal Tract Wash-out).

za dopo un VR non supera il 67%³³. La vaso-vasostomia descritta da Owen & Silber alla fine degli anni '70 è attualmente considerata la tecnica più indicata, con tassi di ricanalizzazione e *pregnancy rate* riportati dal *Vasovasostomy Study Group* rispettivamente dell'86 e del 52%³⁴. La scelta della Vaso-Vasostomia vs. la Vaso-Epididimostomia dipende da numerosi fattori, il più importante dei quali è rappresentato dalle caratteristiche del liquido presente nel moncone prossimale del deferente esaminato al microscopio: la presenza di spermatozoi, anche immobili ed anomali, indirizza il chirurgo all'esecuzione di una Vaso-Vasostomia, che presenta comunque possibilità di successo maggiori; l'assenza di spermatozoi richiederà, invece, l'esecuzione di una più complessa Vaso-Epididimostomia.

Un cenno a parte merita la *vexata quaestio* riguardante il presunto aumentato rischio di cancro prostatico, di tumore testicolare e di malattie cardiovascolari in seguito a legatura dei dotti deferenti. Alcuni Autori hanno rilevato un'aumentata incidenza di cancro alla prostata, dovuta sia a meccanismi biologici quali la diminuzione di secrezioni prostatiche ed una risposta immunitaria agli antigeni dello sperma che possono cross-reagire con gli antigeni tumore-collegati sopprimendo i meccanismi d'immunosorveglianza³⁵, sia fattori correlati con l'età, rilevando un aumento del rischio in pazienti con un'età ≥ 40 anni al momento dell'intervento³⁶. Tuttavia, altri Autori hanno escluso questa associazione³⁷ e non è stata individuata alcuna correlazione con l'aumento di malattie cardiovascolari^{38,39}. Da uno studio del 2002 che ha preso in analisi 923 casi di cancro alla prostata in uomini d'età compresa tra i 40 ed i 74 anni, iscritti al *New Zealand Cancer Registry*, ed un gruppo di controllo composto da 1.224 persone, non è emersa alcuna associazione tra carcinoma della prostata e vasectomia, anche a distanza di 25 anni dall'intervento⁴⁰. Anche il *National Institute of Health* non evidenzia tale associazione e pertanto non consiglia l'esecuzione di particolari screening sui vasectomizzati, mentre l'*American Urology Association* (AUA) assume una posizione più cauta invitando il medico ad informare il paziente circa una "associazione non dimostrata" e ad eseguire lo *screening* con esplorazione rettale ed antigene prostatico specifico (PSA) nei vasectomizzati da più di 20 anni (in una fascia d'età che comunque già rientra nello *screening* di prevenzione per il cancro prostatico nella popola-

zione generale)⁴. I risultati di una meta-analisi statistica evidenzerebbero un rischio aumentato del 10% solo nei vasectomizzati da più di 30 anni⁴¹. Per quel che riguarda le paventate ripercussioni sulla virilità, si tratta di un fenomeno legato a retaggi culturali, più presenti nei paesi latini ed africani e molto meno in quelli anglosassoni.

Aspetti medico-legali: la sterilizzazione volontaria nell'attuale sistema normativo

Nel corso dei secoli, la morale e la deontologia medica hanno interpretato l'atto sterilizzante come una mutilazione lesiva dell'integrità fisica e psicologica della persona che la subisce. Nel nostro Paese, tale concezione ha esercitato una notevole influenza anche sugli aspetti giuridici della questione, tanto che nel passato si rese necessario operare una marcata distinzione tra la sterilizzazione praticata per ragioni strettamente terapeutiche e la sterilizzazione attuata per altri motivi non strettamente terapeutici. Attualmente nessuna distinzione di tal genere merita di essere fatta, atteso che la finalità dell'intervento deve essere comunque tesa sempre al miglioramento della salute, anche psichica, del soggetto richiedente e, in senso più ampio, della coppia.

Nell'attuale ordinamento giuridico italiano la tutela dell'integrità psico-fisica degli individui è dettata dalle disposizioni previste dagli artt. 575-593 del codice penale, collocate sotto il Capo I del Titolo XII (Dei delitti contro la persona): "Dei delitti contro la vita e l'incolumità individuale". Da tali disposizioni emergono i due interessi che il legislatore ha voluto proteggere stabilendo una sanzione penale: la vita e l'integrità della persona.

I concetti giuridici di vita e di incolumità psico-fisica della persona sono assoggettati, a prescindere dal dato normativo, ad un diverso grado di disponibilità da parte del soggetto titolare valutabile in base a quanto disposto dall'art. 50 c.p. relativo al "Consenso dell'avente diritto"[§].

Per l'intero ordinamento giuridico italiano, risultano lecite la lesione o la messa in pericolo di un bene protetto laddove sia espresso il consenso di chi può validamente disporre del medesimo bene. Il diritto alla vita risulta sottratto a qualsiasi profilo di disponibilità, e la discussione di questo particolare aspetto, seppur di grande interesse, non è strettamente pertinente

[§] Art. 50 c.p.: Consenso dell'avente diritto. Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporre.

all'argomento trattato. Il diritto all'integrità della persona, al contrario, può essere inteso in senso estensivo, ovvero riferibile alle ipotesi di nocimento non solo fisico ma anche incidente sulla sfera psichica della persona, come disposto dell'art. 582 c.p.^h.

Un'ulteriore disposizione che affronta il problema appena delineato, è contenuta nell'art. 5 del codice civileⁱ il quale vieta gli atti dispositivi del proprio corpo che comportino una diminuzione permanente dell'integrità fisica. L'attuale orientamento giuridico appare volto a considerare prevalente il "beneficio alla salute" offerto dalla sterilizzazione volontaria rispetto alla "diminuzione dell'integrità psico-fisica" da questa cagionata, e peraltro, al divieto imposto dall'art. 5 del c.c., il Legislatore ha più volte derogato (donazione d'organo tra viventi, abolizione art. 552 c.p., rettifica anagrafica del sesso, ecc.).

In passato, il testo originario del codice penale (il Codice Rocco del periodo fascista rimasto in vigore fino al 1978) prevedeva un autonomo Titolo X relativo ai "Delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe" che includeva tra gli altri, all'art. 552, il delitto di "Procurata impotenza alla procreazione", in base al quale veniva punito con la reclusione da 6 mesi a 2 anni "*chiunque compia su una persona, dell'uno o dell'altro sesso, col consenso di questa, atti diretti a renderla impotente alla procreazione; alla stessa pena soggiace chi ha acconsentito al compimento di tali atti sulla propria persona*"⁴². Tale articolo, quindi,

vietava non solo il ricorso a pratiche di contraccezione e aborto, ma anche quello alla sterilizzazione chirurgica. Era pertanto sancita l'indisponibilità assoluta della *potentia generandi*, la cui offesa era punita, anche nella semplice ipotesi del tentativo e nonostante il consenso dell'interessato^j.

Il Titolo X è stato interamente abrogato dall'art. 22 della legge 194/1978, in materia di disciplina dell'interruzione volontaria di gravidanza. Tuttavia, il problema della sterilizzazione chirurgica non è stato successivamente approfondito dal punto di vista giuridico e pertanto i nodi non dissipati relativi alla questione sono ancora numerosi.

Molta dottrina giuridica ha interpretato l'abrogazione dell'art. 552 c.p. e il conseguente vuoto legislativo come un indiretto riconoscimento della liceità della sterilizzazione, ma non è mancato chi ha inteso evidenziare come negli articoli 582 c.p. (Lesioni Personali) e 583 c.p. (Circostanze Aggravanti) sia contemplata la circostanza aggravante relativa alla perdita della capacità di procreare^k. Da questo scontro sono emerse due differenti impostazioni interpretative, una che sancisce la liceità della sterilizzazione chirurgica, e l'altra che ravvede il reato di lesioni personali nell'esecuzione di tale pratica. Una parte della giurisprudenza ha ritenuto che tra le due norme non vi fosse un rapporto di specialità, basandosi sulla differente oggettività giuridica tutelata dalle disposizioni in esame, ovvero l'integrità della stirpe in un

^h Art. 582 c.p.: Lesioni Personali. Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da 3 mesi a 3 anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli artt. 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel n. 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa.

ⁱ Art. 5 c.c.: Atti di disposizione del proprio corpo. Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume.

^j È evidente la natura propagandistica di tale disposizione, soprattutto se affiancata ad altri interventi di carattere normativo volti ad incrementare le nascite, quale l'introduzione della tassa sul celibato, l'incoraggiamento alla maternità secondo lo slogan: "La maternità sta alla donna come la guerra sta all'uomo", scritto sui quaderni delle Piccole Italiane. Le mogli prolifiche venivano insignite di apposite medaglie, mentre quelle 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 un valido mezzo terapeutico, tanto che Giuseppe Tesoro nel 1938, durante il 35° Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, 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*"⁴³.

^k Art. 583: Circostanze Aggravanti. La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da 6 a 12 anni, se dal fatto deriva: 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile; 2) la perdita di un senso; 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; 4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso; 5) l'aborto della persona offesa.

caso e l'integrità fisica della persona nell'altro. Pertanto, l'abrogazione dell'art. 552 c.p. avrebbe determinato l'eliminazione, per l'ordinamento giuridico, di qualsiasi disvalore rispetto alla pratica della sterilizzazione consensuale, sancendone la piena liceità attraverso una *abolitio criminis* ex art. 2, 2° comma, del codice penale. Vale, in altre parole, il "*nullum crimen ac nulla poena sine lege*", principio definito di "stretta legalità" e sancito nell'art. 1 c.p.¹ e riaffermato nel 2° comma dell'art. 25 della nostra Carta Costituzionale^m. Dunque, è fatto espresso divieto al Giudice l'applicazione di pene per via analogica e l'erogazione di sanzioni non previste dalla legge; in estrema sintesi, nessuno può essere punito per un fatto che non è previsto dalla legge come reato (senza reato non vi è pena).

Di conseguenza sarebbe antigiuridico ritenere il fatto previsto dall'abrogato art. 552 c.p. sotto la previsione dell'ultima parte dell'art. 583 c.p. che prevede la procurata incapacità a procreare quale aggravante del reato di lesioni personali volontarie al di fuori, dunque, del consenso della vittima del reato medesimo. I fatti previsti, quindi, dall'abrogato art. 552 e dall'art. 583 c.p. risultano del tutto diversi.

La seconda interpretazione invece, di matrice prettamente dottrinale, è favorevole a configurare una successione di leggi penali ex art. 2, 3° comma, del codice penale: i contenuti dell'art. 552 c.p. sarebbero stati speciali rispetto all'ipotesi di cui all'art. 583 c.p., 2° comma, n. 3, similmente a quanto ancora oggi è dato riscontrare nel rapporto tra omicidio volontario e omicidio del consenziente. Secondo tale impostazione, l'abrogazione operata dalla legge 194/1978, lungi dal voler realizzare una *abolitio criminis*, avrebbe determinato la riespansione della norma base dettata in tema di lesioni personali nella forma aggravata come specificato nell'art. 583 c.p. Ma se da un lato la sterilizzazione consensuale potrebbe essere inclusa tra gli atti cagionanti una diminuzione permanente dell'integrità fisica, e quindi insuscettibili di consenso scriminante dell'avente diritto, il concetto d'integrità fisica

può essere riletto in correlazione col significato assunto dall'art. 32 della Costituzioneⁿ. Secondo tale norma, ormai considerata dalla giurisprudenza come immediatamente precettiva, la salute dell'individuo non coincide soltanto con la sua integrità psico-fisica ma ricomprende un più ampio concetto di benessere della persona. Si apre quindi il problema di valutare quando la sterilizzazione contraccettiva volontaria nasca da una percezione soggettiva di salute, nella sua accezione più ampia, al fine di superare uno stato di malessere psicofisico. Risolutiva appare in questa direzione la sentenza del Tribunale di Milano datata 20/10/1997 che così recita: "*Non è illecito l'accordo relativo alla esecuzione di un intervento di vasectomia giacché nel nostro ordinamento non è vietata la sterilizzazione cosiddetta edonistica quando essa corrisponda ad una scelta non contraria all'ordine pubblico ed al buon costume ma legata alla realizzazione della salute anche solo psichica*"^o.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel suo Atto Costitutivo del 22 luglio 1946, definisce la salute come "uno stato di benessere fisico, mentale e sociale", e non semplicemente come assenza di malattia o infermità. Il benessere dell'individuo quindi, tenuto conto dei mutamenti del costume nella collettività, non risulterebbe menomato da una volontaria rinuncia alla capacità di generare per finalità puramente anticoncezionali o, nel caso di chi sia portatore di patologie geneticamente trasmissibili, con l'intento di non trasmettere tare ereditarie ad eventuali discendenti. L'attività del sanitario che procede ad una sterilizzazione chirurgica volontaria risulterà, quindi, resa lecita dall'art. 50 del codice penale (Consenso dell'avente diritto).

Fu proprio seguendo questa ultima tesi interpretativa che nel 1987 la Corte Suprema si espresse, per la prima volta in Italia, sul caso di un medico fiorentino che aveva praticato numerosi interventi di vasectomia previa richiesta degli interessati. La Corte di Cassazione, esonerando espressamente il giudizio da ogni implicazione etica ed ideologica, affermò che la

¹ Art. 1 c.p.: Reati e pene: disposizione espressa di legge. Nessuno può essere punito per un fatto che non sia espressamente preveduto come reato dalla legge, né con pene che non siano da essa stabilite.

^m Art. 25 Carta Costituzionale. Nessuno può essere distolto dal giudice naturale precostituito per legge. Nessuno può essere punito se non in forza di una legge che sia entrata in vigore prima del fatto commesso. Nessuno può essere sottoposto a misure di sicurezza se non nei casi previsti dalla legge.

ⁿ Art. 32 della Costituzione: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

^o In Resp. Civ. Prev., 1998, 1144, nota Gorgoni M.

sterilizzazione volontaria non costituisce un'infra-azione del codice penale^P. La Corte giunse a questa conclusione negando esplicitamente la traslazione dell'ipotesi delittuosa dall'ambito dell'abrogato art. 552 c.p. a quello del vigente art. 583 c.p., e ritenendo che non vi fosse alcun carattere di specialità della prima norma rispetto alla seconda, vista anche la diversità dei beni-interessi tutelati (la potenza della Nazione e della stirpe nel primo articolo, e l'incolumità personale nel secondo). Inoltre, la Corte analizzò l'incidenza dell'art. 5 c.c. sulla ricorribilità della scriminante del consenso prevista dall'art. 50 c.p., argomentando come anche l'art. 32 della Costituzione non contrasti con la suddetta norma civile, ma ne autorizzi una più corretta chiave di lettura. Infatti, come già evidenziato in precedenza, il concetto di integrità fisica e di salute non sempre coincidono, potendo quest'ultima esigere atti riduttivi della prima se rispondenti ad una scelta dell'individuo per un proprio fine di salute, anche solo psichica. Questo è il caso tipico dello sterilizzando il quale mira ad una maggiore distensione e serenità nei rapporti sessuali per finalità socialmente apprezzabili (evitare un numero eccessivo di figli o la trasmissione ad essi di malattie) o indifferenti (motivazione edonistica, non esclusa per altro dal nostro ordinamento). Questi fattori, pertinenti al solo equilibrio psichico dell'individuo, o anche della coppia, non interferiscono sull'interesse collettivo, né vi arrecano nocumento. Peraltro, puntualizza la Corte, neppure influisce un'irreversibilità dell'intervento come fattore impeditivo dello *ius poenitendi* poiché una libertà attuale non può essere inibita da una futura preclusione della libertà di ripensamento⁴⁴. Assodata la liceità dell'intervento di sterilizzazione volontaria, la sentenza conclude suggerendo di stabilire l'età minima a cui il paziente può sottoporsi all'intervento, di assicurare un adeguato consenso informato, e di tutelare i diritti della partner, sia essa attuale o futura, che deve essere opportunamente informata⁴⁵.

Tale giudizio, primo in Italia in materia, è di grande rilievo in quanto, pur in assenza di una esplicita legittimazione della attività di sterilizzazione, costituisce il precedente giurisprudenziale positivo per le successive

sentenze, e rappresenta un importante prologo ad un auspicabile intervento legislativo per la definitiva regolamentazione giuridica di queste attività chirurgiche. Inoltre offre altri importanti spunti di riflessione, quali ad esempio la tutela della salute sessuale di coppia e l'irrelevanza, sul piano giuridico, del concetto di irreversibilità dell'intervento. Quest'ultimo è un punto nevralgico degli aspetti medico legali della vasectomia. In passato si è voluta operare una marcata distinzione tra sterilizzazione consensuale "reversibile", alla quale è possibile porre termine su richiesta dell'interessato ed a cui veniva riconosciuta l'efficacia scriminate del consenso dell'avente diritto, e sterilizzazione consensuale "irreversibile", tale da non assicurare il ripristino della capacità procreativa. La prima era da considerarsi lecita in quanto causa di una diminuzione riparabile della integrità fisica; la seconda, invece, era da ritenersi una pratica configurante gli estremi del delitto di lesioni gravissime e quindi vietata⁴⁶. Oggi, questa distinzione meriterebbe una revisione nell'ottica di una semplice vasectomia a scopo contraccettivo, poiché spostando le argomentazioni dall'ambito giuridico a quello medico, è possibile affermare che, allo stato attuale dell'arte medica, sussiste la possibilità tecnica di poter ricorrere, con una buona percentuale di successo al ripristino della fertilità o all'ottenimento di una gravidanza mediante le tecniche descritte in precedenza. Questo dato fornisce importanti spunti di riflessione in merito al concetto giuridico di irreversibilità del trattamento, ancora oggi legalmente considerato.

In linea con quanto esposto circa liceità della sterilizzazione volontaria risultano anche le indicazioni riportate nel vigente codice deontologico (dicembre 2006), in particolare negli articoli 18 e 42. L'art. 18 precisa che "*i trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica possono essere attuati al solo fine di procurare un beneficio clinico*", mentre l'art. 42 dispone che *ogni atto medico in materia di sessualità e riproduzione è consentito unicamente al fine della tutela della salute*".

In conclusione, pur mancando una specifica previsione normativa, la sterilizzazione volontaria (finalizzata al miglioramento della salute nell'eccezione più ampia del termine) è attualmente considerata atto le-

^P Sez. 5 sent. 07425 del 18/06/1987 (ud. 18/03/1987) Pres. Marvasi - Rel. Ventrella - P.M. Cucco.

cod.pen. art. 15 - cod.pen. art. 552 - cod.pen. art. 583 comma 2 n. 3 legge del 22/5/1978 num. 194 art. 22

"La disposizione contemplante la procurata impotenza alla procreazione non era speciale rispetto a quella di cui all'art. 583 capoverso n. 3 cod. pen. Ne consegue che, dopo l'abrogazione, ad opera dell'art. 22 della legge 22 maggio 1978 n. 194, dell'art. 552 cod. pen., l'illeceità penale della sterilizzazione volontaria (cosiddetta vasectomia) è venuta definitivamente meno né può essere affermata con riferimento al reato di lesioni gravissime non scriminabili dal consenso dell'avente diritto".

cito allorquando sostenuta da un esplicito, libero, informato e valido consenso.

Il consenso informato

Alla luce di quanto discusso, assume un'importanza fondamentale il consenso informato.

Tale documento deve essere redatto con estrema diligenza e deve essere preceduto da una dettagliata informazione da parte del medico, sul quale grava anche l'obbligo di effettuare ripetuti controlli post-operatori, tenuto conto che potrebbe presentarsi un'eventuale gravidanza non voluta. Durante i colloqui con il paziente, e nel documento informativo, è necessario specificare che la pratica della sterilizzazione chirurgica è una tecnica che il paziente dovrà considerare assolutamente definitiva e che dopo l'intervento gli sarà preclusa la possibilità di fecondare. È evidente che i progressi compiuti dalla medicina, in particolare in materia di Procreazione Medicalmente Assistita, non precludono a priori la possibilità di avere un figlio anche a chi si sia volontariamente sottoposto a sterilizzazione chirurgica. La donna sterilizzata, ad esempio, continua a disporre di ovaie funzionali e, oltre a poter ricorrere al tentativo di ricostruzione tubarica, può essere sottoposta ad intervento di *pick-up* ovocitario dopo opportuna stimolazione ormonale, e successiva FIVET. Allo stesso modo, il maschio vasettomizzato può essere trattato chirurgicamente come un paziente affetto da Azoospermia Ostruttiva e quindi essere sottoposto ad intervento di recupero di gameti dal parenchima testicolare o dall'epididimo (mediante le varie tecniche attualmente disponibili: MESA, PESA, TESE, MicroTESE) da utilizzare per tecniche di fecondazione *in vitro*. Contestualmente a tale intervento si dovrebbe tentare anche la ricostruzione microchirurgica dei dotti deferenti per ristabilire la pervietà delle vie seminali e per dare la possibilità alla coppia di ottenere un concepimento per vie naturali. Tutto ciò nel rispetto della nuova normativa sulla P.M.A. (Legge 40/2004) che impone la gradualità degli interventi terapeutici medici e/o chirurgici nella coppia prima di iniziare il programma riproduttivo.

I dati riportati in letteratura segnalano che, tra le precauzioni da adottare prima di procedere ad intervento di sterilizzazione maschile, c'è quella di proporre al paziente la crioconservazione di campioni di liquido seminale⁴⁷⁻⁵⁰. Questa procedura, se da un lato contrasta con le forti motivazioni che il paziente è tenuto ad

addurre prima di essere sottoposto a vasettomia, inclusa la piena consapevolezza della pratica quale metodo contraccettivo definitivo, dall'altro tiene conto delle numerose evidenze e dell'esperienza di molti medici, in particolare di quelli che si occupano di patologie andrologiche, che fanno notare come vi sia un significativo aumento delle richieste di ripristino della fertilità parallelamente all'incremento di domande di vasettomia. Va da sé che non è possibile prevedere concretamente quali circostanze future potrebbero spingere il soggetto a rimpiangere la decisione presa. La morte di un figlio o una nuova relazione sono eventi che possono suscitare pentimento per aver voluto rinunciare, potenzialmente per sempre, alla funzione riproduttiva. Dalla letteratura emerge che nel paziente possono instaurarsi patologie psico-sessuologiche di varia entità quali senso di rammarico, tendenza ad affermare la propria virilità in forma aggressiva, difficoltà a raggiungere l'orgasmo, frigidity nella donna e impotenza nell'uomo. Data la complessità della materia, si suggerisce che la valutazione uro-andrologica del paziente sia supportata da figure specialistiche (psicologo, sessuologo, psichiatra) in grado di utilizzare correttamente strumenti di indagine dell'area psicologico-emotiva, in modo da porre l'intervento di vasettomia al termine di un percorso di accompagnamento e approfondimento del problema⁹.

Il *counseling* psicologico del maschio che intende sottoporsi all'intervento deve far risaltare il concetto della potenziale irreversibilità del trattamento, del possibile pentimento da parte del paziente e della coppia, e dovrebbe coinvolgere anche la partner. È opportuno, pertanto, informare il soggetto sulla possibilità del congelamento dei gameti, così come viene fatto, o dovrebbe essere fatto, nei centri oncologici ove si eseguono terapie inevitabilmente sterilizzanti. Sarà il paziente a decidere se adottare questa misura preventiva e quindi provvedere alla crioconservazione del proprio patrimonio genetico in una banca del seme, per far fronte all'eventuale pentimento in cui può umanamente incorrere anche il più motivato dei pazienti.

Le informazioni generali che il medico deve tener presente e delle quali deve necessariamente discutere con il paziente sono rappresentate dai seguenti punti: la vasettomia è consigliata in coppie consolidate (≥ 35 anni) e con figli (≥ 2); il maschio deve essere ben motivato (valutazione psicologica); il paziente deve essere a conoscenza delle possibili sequele post-operatorie (ematoma, infezione, dolore), della possibilità d'insuccesso, di ricanalizzazione spontanea e di produzio-

⁹ Vedi nota a.

ne di ASA; inoltre il paziente deve comprendere pienamente la necessità di sottoporsi a controlli seminali ripetuti nel tempo prima di considerare l'intervento di sterilizzazione pienamente riuscito e quindi la necessità di ricorrere a metodi contraccettivi alternativi fino ad allora¹. Il paziente deve essere pienamente consapevole dell'irreversibilità del trattamento dal punto di vista motivazionale, ma dal punto di vista meramente tecnico, e alla luce delle più recenti acquisizioni in tema di ricanalizzazione microchirurgica dei deferenti e di PMA, la possibilità di un futuro concepimento non può essere esclusa in modo completamente definitivo. Nel rispetto quindi dello *ius poenitendi* del paziente, riteniamo utile informare il paziente su questa possibilità offerta dalla medicina e su quelle che sono le reali possibilità di successo di tali tecniche.

Infine, sebbene lo scopo ultimo dell'intervento di vasectomia sia quello di evitare definitivamente l'insorgenza di gravidanze, è opportuno, a nostro avviso, evidenziare nel consenso informato la proposta dei sanitari di crioconservare preventivamente l'eiaculato, e riportare la relativa accettazione o rinuncia di tale procedura preventiva da parte del paziente.

Il consenso informato deve essere consegnato al paziente dopo l'esauriente colloquio informativo, e può essere utile fornire anche un questionario di autovalutazione in modo da indurre il soggetto, e la coppia, a riflettere sulle proprie motivazioni all'atto di sterilizzazione. Tali documenti verranno poi riconsegnati al medico in un successivo incontro per stabilire la fattibilità dell'intervento alla luce del periodo di riflessione richiesto.

Si allega proposta di Scheda di Autovalutazione e Foglio informativo (all. 1) e Dichiarazione di Consenso Informato (all. 2).

Considerazioni finali e spunti di riflessione

Come precedentemente descritto in questo lavoro, e come riportato unanimemente dalla letteratura inter-

nazionale, dal punto di vista strettamente chirurgico la vasectomia è una procedura di minima invasività, di semplice esecuzione, con una ridottissima incidenza di complicanze post-operatorie e che non presenta particolari rischi per la salute del soggetto.

Nell'ottica di una scelta anticoncezionale di coppia, la vasectomia offre risultati contraccettivi molto più sicuri rispetto ad altri metodi antifecondativi, e sicuramente la chirurgia dei deferenti è da considerarsi meno invasiva rispetto alla chirurgia tubarica della donna. La scelta di sterilizzazione chirurgica può ricadere sul partner maschile anche in seguito al riscontro di limitazioni mediche alla gravidanza o alla contraccezione della donna, come può essere una controindicazione alla chirurgia tubarica o all'uso della pillola contraccettiva.

Sebbene vi siano pareri discordanti sulla liceità della procedura di sterilizzazione volontaria del maschio, in Italia l'orientamento giurisprudenziale appare volto a ritenere pienamente lecita la sterilizzazione consensuale ai fini contraccettivi e a non sanzionare il sanitario che la pratica.

Poiché la legittimazione della sterilizzazione volontaria è nata da una costola della legge sulla interruzione volontaria della gravidanza, la quale introduce anche la "obiezione di coscienza" per i medici che non ritengano, per proprie convinzioni morali, di poterla praticare, è ragionevole ritenere che il diritto all'obiezione si debba estendere alla pratica di sterilizzazione volontaria.

È inevitabile sottolineare a gran voce come, ancora oggi, manchi nel sistema normativo italiano un'organica regolamentazione di tale attività medico-chirurgica, nonostante vari progetti di legge siano già stati presentati nelle sedi competenti⁵. Il vuoto legislativo in materia solleva numerose perplessità nei medici che si trovano a far fronte alla richiesta di vasectomia da parte di un paziente fortemente motivato il quale viene spesso liquidato con atteggiamento di disinteresse o indisponibilità verso la domanda.

Vale qui la pena esporre alcune considerazioni in merito all'assistenza al cittadino da parte del SSN per

¹ Con una sentenza del 17 luglio 2001, il Tribunale di Busto Arsizio ha condannato un medico a risarcire una coppia per una nascita indesiderata dopo intervento di vasectomia. Nella sentenza si legge che al riguardo la giurisprudenza ha avuto modo più volte di precisare che sul prestatore d'opera gravano qualificati obblighi di informazione nei confronti del cliente per rendergli noti i rischi e le possibilità di successo della prestazione (Cass. 8/08/85 n.4394, Giust. Civ. 1986,I,1432). In particolare detti obblighi di informazione assumono particolare importanza nelle professioni sanitarie, ove si è affermato il dovere del medico di informare il paziente dell'esistenza di rischi e delle conseguenze dell'intervento. Peraltro l'informazione, oltre ad essere chiara e completa, deve essere globale, tale cioè da coprire l'intervento nel suo complesso, in ogni singola fase dello stesso, e quindi, anche quella post-operatoria.

⁵ Camera dei Deputati, VII legislatura. Proposta di legge d'iniziativa dei Deputati Del Pennino ed Agnelli, presentata

questo tipo di intervento. Nell'ambito di una procedura di sterilizzazione femminile, il SSN prevede l'assistenza al cittadino ed un rimborso alla struttura sanitaria, in quanto ricoverando una donna ai fini della Sterilizzazione (cod. V25.2)¹ e procedendo con una "Legatura bilaterale delle tube" (cod. 66.22), o con "Altra demolizione od occlusione bilaterale delle tube - Intervento di sterilizzazione femminile" (cod. 66.39), o con la "Rimozione di entrambe le tube nello stesso intervento" (cod. 66.51), risultano rispettivamente i DRG 362 (occlusione endoscopica della tube), 361 (laparoscopia ed occlusione laparotomica delle tube) e 359 (interventi su utero ed annessi non per neoplasie maligne, senza cc).

Gli aspetti burocratici relativi alla sterilizzazione maschile, invece, sono ben diversi, perché sebbene nell'elenco delle procedure rimborsabili siano state inserite le voci relative a "vasectomia" e "sterilizzazione dell'uomo", il SSN non prevede una tariffa specificatamente riferita all'intervento chirurgico di sterilizzazione maschile e non è possibile combinare i codici delle diverse procedure per ottenere un DRG valido ai fini del rimborso. Infatti, ricoverando il paziente con il già citato codice di diagnosi "V25.2", valido nella sua dizione anche per l'uomo, e codificando l'intervento di interruzione dei deferenti con il cod. 63.70 (intervento di sterilizzazione dell'uomo), o con il cod. 63.73 (vasectomia), si ottiene il DRG 351, che non è valido ai fini del rimborso alle strutture pubbliche o private accreditate ("tariffazione nulla o non prevista dal tariffario applicato"). Si dovrebbe pertanto ricorrere al cod. 63.99 (altri interventi sul cordone spermatico, sull'epididimo e sui dotti deferenti) per ottenere il DRG 339 (interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 17 anni), valido ai fini del rimborso.

La classificazione composta da codici alfanumerici che iniziano con la lettera "V" è utilizzata per descrivere circostanze che, seppur diverse da malattie e traumatismi, rappresentano motivo di ricorso a prestazioni sanitarie ed esercitano un'influenza sulle condizioni di salute del soggetto.

L'individuo che fa richiesta di vasectomia può essere motivato da una condizione di disagio psicologico nel sapersi capace di procreare, analogo speculare della sofferenza psicologica di sapersi incapace di generare. È evidente che l'alterato equilibrio psicologico rientra nel concetto di malattia e, in ogni caso, di "non salute", specie in quelle coppie in cui la gravidanza, o altri metodi contraccettivi, potrebbero comportare dei rischi per la salute della donna. Il medico è dunque investito della responsabilità morale e legale di assicurarsi che il paziente che chiede di ricorrere ad un intervento di vasectomia sia pienamente consapevole delle reali motivazioni alla base della richiesta, e comprenda ogni aspetto medico-legale della procedura che verrà effettuata e delle sue conseguenze.

È naturale chiedersi se spetta al SSN sostenere la spesa dell'intervento di vasectomia, e quindi farsi carico di spese non strettamente pertinenti la sua funzione di tutela della salute collettiva e individuale. A nostro avviso il principio della "buona medicina", per la quale le esigenze del cittadino-malato ed il suo benessere psicofisico diventano il presupposto fondamentale per le scelte terapeutiche dei sanitari, induce a concludere che spetterebbe anche al SSN farsi carico delle spese sanitarie relative all'intervento di sterilizzazione chirurgica maschile, da intendersi come attività chirurgica inerente alla sua funzione istituzionale di tutela della salute individuale e collettiva².

"L'intelligente controllo della propria attività procreativa è stato da sempre il sogno dell'homo sapiens per consentirgli così di distinguere l'imperativa pulsione sessuale da una delle più ragionate scelte della vita. Questa esigenza è stata riconosciuta come un'irrinunciabile componente del concetto di salute riproduttiva, definita nel 1994 dalla conferenza ONU del Cairo come lo stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale in tutto ciò che attiene il sistema riproduttivo, le sue funzioni ed i suoi meccanismi, per cui l'individuo sia in grado di avere una soddisfacente e sicura vita sessuale, la possibilità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quan-

¹ l'11 dicembre 1978: *Norme relative alla sterilizzazione volontaria*. La proposta fu ripresentata anche nel 1979.

Camera dei Deputati, IX legislatura. Proposta di legge d'iniziativa dell'on. Testa, presentata il 13 marzo 1986: *Norme a favore della sterilizzazione*.

Senato della Repubblica, XIII legislatura. Disegno di legge n. 194 d'iniziativa dei Senatori Salvato e Bettoni Brandanti, comunicato alla presidenza il 9 maggio 1996: *Norme relative alla sterilizzazione volontaria*.

² "V25.2: Sterilizzazione. Ricovero per l'interruzione delle tube di Falloppio o dei vasi deferenti." Questo codice rientra nella categoria definita "Persone che ricorrono ai servizi sanitari in circostanze connesse alla riproduzione e allo sviluppo, facente parte dell'argomento "Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari".

³ Vedi nota a.

te volte farlo. Molti ritengono la scoperta e la planetaria diffusione della contraccezione la più importante conquista fatta dall'uomo nel secolo scorso”^v.

Ringraziamenti: gli Autori ringraziano i proff. Giovanni Maria Colpi e Guido Piediferro, il cui lavoro sulla contraccezione maschile⁴ ha rappresentato una guida fondamentale per la stesura di questo articolo; il prof. Lamberto Coppola per le notizie storiche relative alla vasectomia e

per l'apporto clinico-andrologico al tema trattato; il prof. Paolo D'Agostino, giurista e penalista della Facoltà di Scienze Giuridiche dell'Università di Torino, il prof. Raffaele Coppola, avvocato rotale ed ordinario di Diritto Ecclesiastico dell'Università di Bari e l'avv. Enzo Perrella per il fondamentale apporto nella revisione degli aspetti giuridici e medico-legali; la dott.ssa Flavia Toma per il prezioso contributo nella traduzione di articoli originali e nella revisione della bozza.

Bibliografia

- ¹ Drake MJ, Mills IW, Cranston D. *On the chequered history of vasectomy*. BJU International 1999;84:475-81.
 - ² Schwingl Pamela J, Guess Harry A. *Safety and effectiveness of vasectomy*. Fertil Steril 2000;5:923-36.
 - ³ Barone MA, Hutchinson PL, Johnson CH, Hsia J, Wheeler J. *Vasectomy in the United States, 2002*. J Urol 2006;176:232-6.
 - ⁴ Piediferro G, Colpi GM, Castiglioni F, Grugnetti C. *Contraccezione Maschile*. Minerva Ginecol 2004;56:469-78.
 - ⁵ Ehn BE, Liljestrand J. *Experience of legal sterilization in Scandinavia*. Contraception 1993;48:157-67.
 - ⁶ O'Dunmoye J, Moodley M, Popis O. *Vasectomy in developing countries*. J Obstet Gynaecol 2001;21:295-7.
 - ⁷ Ortensi A, Marchese V, D'Orazi V, Fabi F, Toni F, Panunzi A, et al. *Ruolo della microchirurgia nel trattamento del Dolore Testicolare Cronico incoercibile*. In Atti XXII Congresso Nazionale SIA – Arzachena (SS) 2005. It J Sex Repr Med 2005;12(Suppl 1):S23-123.
 - ⁸ Levine LA, Matkov TG. *Microsurgical denervation of the spermatic cord as primary surgical treatment of chronic orchialgia*. J Urol 2001;165:1927-9.
 - ⁹ Granitsiotis P, Kirk D. *Chronic testicular pain: an overview*. Eur Urol 2004;45:430-6.
 - ¹⁰ Li S, Goldstein M, Zhu J, Huber D. *The no-scalpel vasectomy*. J Urol 1991;145:341-4.
 - ¹¹ Aradhya KW, Best K, Sokal DC. *Recent developments in vasectomy*. BMJ 2005;330:296-9.
 - ¹² Weiske WH. *Vasectomy*. Andrologia 2001;33:125-34.
 - ¹³ Labrecque M, Dufresne C, Barone MA, St-Hilaire K. *Vasectomy surgical techniques: a systematic review*. BMC Med 2004;2:21.
 - ¹⁴ Chen-Mok M, Bangdiwala SI, Dominik R, Hays M, Irsuta B, Sokal DC. *Termination of a randomized controlled trial of two vasectomy techniques*. Control Clin Trials 2003;24:78-84.
 - ¹⁵ Labrecque M, Nazerali H, Mondor M, Fortin V, Nasution M. *Effectiveness and complications associated with 2 vasectomy occlusion techniques*. J Urol 2002;168:2495-8.
 - ¹⁶ Song L, Gu Y, Lu W, Liang X, Chen Z. *A phase II randomized controlled trial of a novel male contraception, an intra-vas device*. Int J Androl 2006;29:489-95.
 - ¹⁷ Kirby D, Utz WJ, Parks PJ. *An implantable ligation device that achieves male sterilization without cutting the vas deferens*. Urology 2006;67:807-11.
 - ¹⁸ Levine LA, Abern MR, Lux MM. *Persistent motile sperm after ligation band vasectomy*. J Urol 2006;176:2146-8.
 - ¹⁹ Leungwattanakit S, Lertsuwannaroj A, Ratana-Olarn K. *Irrigation of the distal vas deferens during vasectomy: does it accelerate the post-vasectomy sperm-free rate?* Int J Androl 2001;24:241-5.
 - ²⁰ Wood BL, Doncel GF, Reddy PR, Sokal DC. *Effect of diltiazem and methylene blue on human sperm motility, viability and cervical mucus penetration: potential use as vas irrigants at the time of vasectomy*. Contraception 2003;67:241-5.
 - ²¹ Hancock P, McLaughlin E. *British Andrology Society guidelines for the assessment of post vasectomy semen samples (2002)*. J Clin Pathol 2002;55:812-6.
 - ²² International Planned Parenthood Federation. *International Medical Advisory Panel (IMAP) Statement on Voluntary Surgical Sterilisation*. London: 1999.
 - ²³ Monoski MA, Li S, Baum N, Goldstein M. *No-Scalpel, No-Needle Vasectomy*. Urology 2006;68:9-14.
 - ²⁴ Lee RK, Li S, Goldstein M. *Simultaneous Vasectomy and Varicocelectomy: Indications and Technique*. Urology 2007;70:362-5.
 - ²⁵ Leslie TA, Illing RO, Cranston DW, Guillebaud J. *The incidence of chronic scrotal pain after vasectomy: a prospective audit*. BJU Int 2007 [Epub ahead of print].
 - ²⁶ McLachlan RI, Royce R. *The medical consequences of vasectomy*. Curr Obstet Gynaecol 1996;6:107-110.
 - ²⁷ Raspa RF. *Complications of vasectomy*. Am Fam Physician 1993;48:1264-8.
 - ²⁸ Labrecque M, Hays M, Chen-Mok M, Barone MA, Sokal D. *Frequency and patterns of early recanalization after vasectomy*. BMC Urol 2006;6:25.
 - ²⁹ Chen TF, Ball RY. *Epididymectomy for post-vasectomy pain: histological review*. Br J Urol 1991;68:407-13.
 - ³⁰ Rajan RR, Cuesta KH, Squadrito J Jr. *Vasovenous fistula after vasectomy*. J Urol 1997;158:2243.
- ^v “La Rivoluzione Contraccettiva”. Relazione del prof. P.G. Crosignani al IX Week-End Clinico della Società Italiana della Riproduzione (SIdR) “Contraccezione: rilevanti aspetti clinici, recenti acquisizioni e nuovi comportamenti”. Atti pubblicati in Repronews, numero 8.2. Ottobre.

- ³¹ Auman JR. *Spermatic cord arteriovenous fistula: an unusual complication of vasectomy*. J Urol 1985;134:768.
- ³² Dondero F, Cerasaro M, Giovenco P, Lenzi A, Mazzilli F, Radicioni A. *Implicazioni seminologiche ed immunologiche della vasectomia*. Attualità di Andrologia Chirurgica – Rome. Field Educational Italia ACTA Medica, 1983.
- ³³ Sharlip ID. *What is the best pregnancy rate that may be expected from vasectomy reversal?* J Urol 1993;149:1469-71.
- ³⁴ Belker AM, Thomas AJ Jr, Fuchs EF, Konnak JW, Sharlip ID. *Results of 1,469 microsurgical vasectomy reversals by the Vasovasostomy Study Group*. J Urol 1991;145:505-11.
- ³⁵ Giovannucci E, Ascherio A, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC. *A prospective cohort study of vasectomy and prostate cancer in US men*. JAMA 1993;269:873-7.
- ³⁶ Rohrmann S, Paltoo DN, Platz EA, Hoffman SC, Comstock GW, Helzlsouer KJ. *Association of vasectomy and prostate cancer among men in a Maryland cohort*. Cancer Causes Control 2005;16:1189-94.
- ³⁷ Patel DA, Bock CH, Schwartz K, Wenzlaff AS, Demers RY, Severson RK. *Sexually transmitted diseases and other urogenital conditions as risk factors for prostate cancer: a case-control study in Wayne County, Michigan*. Cancer Causes Control 2005;16:263-73.
- ³⁸ Manson JE, Ridker PM, Spelsberg A, Ajani U, Lotufo PA, Hennekens CH. *Vasectomy and subsequent cardiovascular disease in US physicians*. Contraception 1999;59:181-6.
- ³⁹ Goldacre MJ, Wotton CJ, Seagroatt V, Yeates D. *Cancer and cardiovascular disease after vasectomy: an epidemiological database study*. Fertil Steril 2005;84:1438-43.
- ⁴⁰ Cox B, Sneyd MJ, Paul C, Delahunt B, Skegg DC. *Vasectomy and risk of prostate cancer*. JAMA 2002;287:3110-5.
- ⁴¹ Dennis LK, Dawson DV, Resnick MI. *Vasectomy and the risk of prostate cancer: a meta-analysis examining vasectomy status, age at vasectomy, and time since vasectomy*. Prostate Cancer Prostatic Dis 2002;5:193-203.
- ⁴² Murru G. *La tutela dell'integrità della persona nell'attuale sistema penale*. In: <http://www.sarannomagistrati.it>
- ⁴³ Coppola L, Caroli Casavola E, Chianella E, Coppola GA, Luperto A, Presicce G, et al. *La Medicina di Eva, ovvero il percorso socioantropologico del Ginecologo nel XX secolo*. Atti 81° Congresso della Soc. Italiana di Ginecologia ed Ostetricia Vol. LXXXI.
- ⁴⁴ Leoni M. *Sulla sterilizzazione consensuale*. Giust Pen 1987;1:348-52.
- ⁴⁵ Dourlen-Rollier AM. *Vasectomy: legal recognition in Italy, opposition to change in France*. Fertil Contracept Sex 1988;16:252-4.
- ⁴⁶ Mantovani F. *Problemi giuridici della sterilizzazione*. Riv It Med Leg 1983;V:840-7.
- ⁴⁷ Coppola L. *Tecniche di Crioconservazione del Liquido Seminale Umano*. Giornale Italiano di Patologia Clinica 1990;5-6.
- ⁴⁸ Lombardo F, Gandini L, Lenzi A, Tsamatropoulos P, Dondero F. *La crioconservazione del seme e del tessuto testicolare*. ReproNews: Organo Ufficiale della Società Italiana della Riproduzione (SIrR) 2005;7.2.
- ⁴⁹ Pirozzi Farina F, Fois ML, Curelli A, Pischetta A, Madonia M, Morgia G. *La banca del Seme a finalità conservativa: un'opportunità per il paziente a rischio di infertilità e per l'Andrologia*. Italian Journal of Sexual and Reproductive Medicine 2005;12:223-9.
- ⁵⁰ Risultati del Workshop su: "Linee Guida per la corretta gestione della banca del seme dedicata alla crioconservazione omologa". Roma, 5 feb 2005. Documento redatto dal Dipartimento di Fisiopatologia Medica dell'Università "Sapienza" di Roma.

Commento Editoriale

L'andrologia è sicuramente già nata come scienza destinata a sconvolgere e rinnovare molte opinioni, consuetudini, tradizioni; come tale è anche destinata a incontrare opposizioni: non posso evitare di ricordare che, allorché negli anni '70 iniziai un approccio pionieristico alla materia, il mio Direttore di Istituto, il professor Gianfranco Pellegrini, bocciò senza mezzi termini la mia iniziativa definendo "non morale" lo studio della sessualità.

Se la coscienza scientifica è, per fortuna, evoluta con l'evolversi di quella sociale, ne deriva che un argomento come la vasectomia volontaria (cosiddetta anche "edonistica"), che non avrebbe mai potuto essere affrontato nel passato, assurge finalmente a dignità e compiutezza scientifica.

Gli atteggiamenti giuridici, che seguono appunto le maturazioni di coscienza della società, sono invece destinati a essere sempre più lenti dell'evolversi civile e hanno faticato ad adeguarsi alla nuova realtà.

In materia di vasectomia volontaria bisogna aggiungere che è mancato un chiaro indirizzo legislativo e che la materia è stata ricompresa fra le pliche di altre disposizioni quali l'introduzione nell'ordinamento della Legge 194/78 con l'abolizione dell'art. 552 c.p. (procurata impotenza alla procreazione).

Peraltro il timore che potesse essere contestata la violazione dell'art. 5 c.c. (che vieta atti dispositivi del proprio corpo che comportino diminuzione permanente dell'integrità fisica) ha reso cauti molti Chirurghi e Direttori sanitari riguardo all'agire apertamente.

L'articolo si pone invece come un'intelligente e assai completa analisi della vasectomia volontaria sotto ogni suo aspetto (tecnico e giuridico innanzitutto, ma anche per l'analisi dei possibili DRG), costituendo un *up-to-date* italiano assolutamente preciso e documentato.

Di particolare rilievo l'enfasi attribuita (giustamente) al consenso informato, con i tempi rispettivi e il suggerimento della possibile crioconservazione del seme.

Rimarrebbe invece non risolta (richiederebbe probabilmente un dispositivo di legge) la problematica giuridica che potrebbe nascere dall'opposizione della partner o dal suo mancato coinvolgimento nella decisione (non è escludibile l'ipotesi che una donna possa richiedere un danno, almeno morale, per essere stata deprivata della possibilità di concepire all'interno della coppia): ad autotutela il modulo di consenso potrebbe prevedere, secondo alcuni, anche spazio per l'adesione della partner (se presente) o almeno la presa di coscienza della volontà dell'uomo, benché sia ovvio che la decisione finale spetta unicamente al maschio, in simmetria col diritto esclusivo della donna per l'IVG.

Maurizio Bruni

Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, Specialista in Chirurgia Generale, Urologia

Allegato 1 – Scheda di Autovalutazione e Foglio informativo circa la sterilizzazione maschile volontaria

Come medico ho l'obbligo deontologico di informarla riguardo l'intervento chirurgico da lei richiesto al fine di porla in grado di prendere una decisione attentamente valutata prima di sottoporsi, o meno, al trattamento. Riguardo la procedura di Sterilizzazione Volontaria è necessario ottenere il Suo consenso scritto non solo per ottemperare ad un principio morale, ma anche per attenersi a quanto disposto dalla Carta Costituzionale. Gli articoli 5 del Cod. Civile, e gli artt. 13 e 32 comma 2 della Costituzione Italiana, affermano infatti i principi della inviolabilità personale, intesa anche come libertà di tutelare la propria salute e integrità fisica, e della libertà di sottoporsi a trattamenti sanitari. Per questa ragione Le fornisco questo modulo informativo ove potrà rileggere quanto già ampiamente discusso verbalmente in occasione del nostro incontro e per offrirLe un'informazione corretta e commisurata alla sua richiesta. Inoltre è opportuno che Le ponga alcune domande utili per approfondire le Sue motivazioni.

Data e firma del Medico _____

1. Per quale motivo vuole sottoporsi ad una sterilizzazione volontaria?

2. Quando e come è nato in Lei questo bisogno?

3. Ha già avuto dei figli? No Sì Quanti? _____

4. Come ha vissuto le nascite precedenti?

5. Perché ha preferito una scelta così radicale rispetto ad altri metodi contraccettivi?

6. Com'è venuto a conoscenza dell'intervento chirurgico di sterilizzazione?

7. Qual è stata la Sua prima reazione all'idea di sottoporsi a tale procedura?

8. Chi Le ha suggerito di sottoporsi a tale procedura? Se si tratta di una scelta di coppia, perché Lei?

9. Ha mai pensato che Lei, o la Sua partner, potreste desiderare nel futuro di avere un figlio?

10. Soffre di depressioni?

11. Ritiene che il sapersi sterile potrebbe modificare il Suo vissuto corporeo ed emotivo?

Data _____ Firma del paziente _____

È necessario che Lei comprenda che la sterilizzazione chirurgica non può essere considerata un sistema contraccettivo al pari degli altri, e non può costituire un metodo di pianificazione delle nascite. È un metodo drastico, definitivo, e pertanto richiede un'attenta valutazione prima della procedura chirurgica in quanto da un lato avrà il vantaggio di avere rapporti sessuali senza la preoccupazione di generare un figlio, ma Le sarà preclusa tale possibilità anche in futuro, a meno che di ulteriori interventi medici sulla Sua persona.

Come già ampiamente discusso verbalmente in occasione del nostro primo incontro, deve sapere che non è possibile escludere il verificarsi di complicanze legate alla procedura chirurgica e alle conseguenti alterazioni anatomico-patologiche delle vie seminali, sia nell'immediato (ad es. infezioni ed ematoma) sia a distanza di tempo (ad es. ricanalizzazione spontanea o orchialgia). Inoltre è importante sottolineare che potrebbero verificarsi complicazioni di tipo psicologico, anche quando l'intervento sia riuscito perfettamente e non presenti postumi fisici. Bisogna tener presente che al momento dell'intervento non è possibile prevedere concretamente quali circostanze future potrebbero spingerLa a pentirsi della decisione presa: la morte di un figlio o una nuova relazione sono eventi che potrebbero suscitare pentimento per aver voluto rinunciare, potenzialmente per sempre, alla funzione riproduttiva. A tal proposito La invito a riflettere anche sulla possibilità di crioconservare preventivamente il Suo liquido seminale in una Banca del Seme. Questo perché, sebbene la medicina offra la possibilità di un tentativo di ricostruzione microchirurgica dei deferenti (*reversal* di vasectomia), non è possibile assicurare il risultato di tale procedura né in termini di ripristino della via di deflusso, né in termini di ripristino della fertilità. Dalla letteratura emerge che nel paziente vasectomizzato potrebbe instaurarsi senso di rammarico per la scelta operata nel senso di una sterilizzazione definitiva. Inoltre qualsiasi decisione, anche quella liberamente adottata, può modificarsi con il passare del tempo ed il benessere conseguito con la sterilizzazione potrebbe diventare causa di malessere. Deve anche sapere che esistono conseguenze psicologiche circa l'adattamento post-operatorio alla nuova situazione fisiologica. Sono registrati casi di comportamenti stereotipati di aggressività, vissuta inconsapevolmente come compensazione per una percezione di sminuita virilità in conseguenza dell'intervento; si annoverano anche casi di soggetti che hanno difficoltà a raggiungere l'orgasmo ed una soddisfacente erezione. È noto, infatti, il persistere della sovrapposizione delle caratteristiche fertilità/virilità nell'immaginario individuale e collettivo, pertanto la stabilità della coppia potrebbe risentire di questo cambiamento. Per questo motivo, sarebbe opportuno, qualora non l'avesse già fatto, informare la partner della sua decisione, e che insieme partecipaste a colloqui appositi per una scelta maggiormente consapevole. Le conseguenze psicologiche negative si verificano più frequentemente quando il soggetto non comprende la procedura di sterilizzazione e quando, in caso di coppia instabile, si spera che la soluzione dei problemi derivi proprio dalla sterilizzazione.

Per queste ragioni la sterilizzazione chirurgica è generalmente controindicata nei seguenti casi, sebbene possano essere valutate singole eccezioni:

- soggetto di età inferiore a 35 anni;
- soggetto senza partner e/o senza figli;
- soggetto la cui partner non condivide pienamente questa scelta;
- soggetto che presenta sintomatologie sessuali correlate a situazioni di conflitto con il partner.

LA TECNICA CHIRURGICA

Previa infiltrazione di anestetico locale, si effettuano due piccole incisioni a livello dello scroto attraverso le quali si raggiungono i dotti deferenti, i canali attraverso cui transitano gli spermatozoi maturati nei testicoli. Dopo aver salvaguardato la componente vascolare del testicolo che decorre lungo il dotto deferente (arteria e vena deferenziale) si procede a sezione e legatura delle estremità distale e prossimale dei canali. In seguito a tale procedura gli spermatozoi non potranno più essere emessi all'esterno con l'ejaculazione.

RISCHI DELLA PROCEDURA

Come tutte le procedure chirurgiche, anche la vasectomia comporta dei rischi, sebbene la loro evenienza è molto rara. Subito dopo l'intervento potrebbero verificarsi situazioni quali infezione della ferita, tumefazione nella sede dell'incisione o all'interno dello scroto, soffiatura emorragica sottocutanea. Un evento che invece potrebbe verificarsi a distanza è una sensazione di tensione, talvolta tanto fastidiosa da dover richiedere un secondo intervento qualora secrezioni spermatiche dovessero fuoriuscire dai deferenti ed infiltrare i tes-

suti circostanti. È doveroso informarla inoltre sul fatto che la Letteratura segnala casi di ricanalizzazione spontanea dei deferenti, con conseguente rischio di paternità indesiderata, e la formazione di anticorpi anti-spermatozoi che potrebbero crearle una forma di sterilità di tipo immunologico qualora volesse tentare una ricanalizzazione microchirurgica dei deferenti o il prelievo di gameti testicolari ai fini di una procreazione medicalmente assistita.

RISULTATI

Il quadro di azoospermia, cioè l'assenza di spermatozoi nell'ejaculato e quindi il raggiungimento dell'obiettivo contraccettivo, si ottiene dopo circa 90 giorni dall'intervento e deve essere confermato da almeno 3 spermioqrammi consecutivi che rilevino l'assenza totale di spermatozoi. Fino ad allora dovrà ricorrere a misure contraccettive alternative (ad es. uso di profilattico). Lei continuerà ad avere erezioni ed eiaculazioni normali dal punto di vista qualitativo e quantitativo, ma il liquido seminale emesso al momento dell'orgasmo sarà privo di cellule in grado di fecondare l'ovulo. Le caratteristiche somatiche della Sua virilità non subiranno cambiamenti, né Lei sarà predisposto a contrarre malattie quali ad esempio cardiopatie, cancro prostatico e testicolare. La invitiamo comunque a sottoporsi a periodici controlli di natura uro-andrologica con particolare riferimento alla situazione prostatica.

Dopo averle fornito tutte le informazioni relative al trattamento da lei richiesto, la invito ad una pausa di riflessione di almeno un mese prima di prendere la decisione definitiva e di sottoporsi alla procedura.

Data di consegna del documento _____

Firma del Medico _____

Firma del paziente _____

Allegato 2 – Dichiarazione di consenso alla sterilizzazione volontaria

Io sottoscritto _____ nato a _____
 il _____ residente a _____, dopo aver ricevuto
 informazioni chiare ed esaurienti dal dott. _____ sia al momento del-
 la prima visita avvenuta il _____, sia al momento del ricovero in data _____,
 riguardo l'intervento di vasectomia ai fini della sterilizzazione volontaria

DICHIARO

- di aver intrattenuto, con il dott. _____ un esauriente colloquio di chiarimento e approfondimento relativo alla mia libera richiesta di sterilizzazione chirurgica;
- di aver letto attentamente il foglio informativo sulla sterilizzazione chirurgica consegnatomi in data _____ e di averne compreso interamente il contenuto;
- di aver ricevuto dal dott. _____ tutte le spiegazioni da me richieste ed utili per la piena comprensione della procedura;
- di essere pienamente cosciente che l'intervento chirurgico di sterilizzazione è da considerarsi un metodo contraccettivo definitivo, con conseguente impossibilità a generare nel futuro, anche qualora le mie esigenze personali dovessero mutare rispetto ad oggi;
- di aver ben compreso le indicazioni fornite del medico secondo cui dovrò sottopormi ad almeno 3 spermio-grammi consecutivi a distanza di circa 90 giorni dall'intervento per verificare l'instaurarsi del quadro di azoospermia da me richiesto;
- di essere stato informato che sarà necessario utilizzare un metodo contraccettivo ausiliario finché non sarà confermata la totale assenza di spermatozoi nell'eiaculato e dopo una valutazione specialistica di natura uro-andrologica;
- di autorizzare liberamente e consapevolmente il dott. _____ ad effettuare l'atto chirurgico di Vasectomia bilaterale a scopo contraccettivo.

Dichiaro altresì di aver ben compreso il carattere definitivo di questo intervento, nonostante sia tecnicamente possibile tentare una ricanalizzazione dei deferenti (*reversal*) ed il prelievo di gameti dal testicolo ai fini di una procreazione assistita. Mi è stato prospettato che queste tecniche non possono garantire risultati sicuri in termini di ripristino della fertilità.

Ho ricevuto la proposta di crioconservare preventivamente i miei gameti in una Banca del Seme per far fronte ad un eventuale futuro pentimento. A tal proposito:

NON ACCETTO la proposta di crioconservazione

ACCETTO la proposta di crioconservazione

- Ciò premesso, io sottoscritto acconsento liberamente e senza nessuna forma di coercizione, in pieno possesso delle mie facoltà mentali e consapevole non solo dei vantaggi, ma anche dei rischi di questa procedura, ad essere sottoposto all'intervento chirurgico programmato e da me liberamente scelto.
- Autorizzo inoltre l'esecuzione di eventuali ulteriori procedure chirurgiche qualora, nel corso dell'intervento si dovessero evidenziare situazioni patologiche precedentemente non diagnosticate la cui risoluzione chirurgica non possa essere rimandata e siano indispensabili per salvare la vita o migliorarne la qualità.
- Non autorizzo la diffusione dei miei dati sensibili e sessuali a chiunque ne faccia richiesta.

Si autorizza - Non si autorizza la ripresa di immagini video o fotografiche durante l'intervento che verranno utilizzate al solo scopo di documentazione clinica ed in ambito clinico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel pieno rispetto della privacy.

Dichiaro altresì di aver ricevuto l'invito a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo documento e nei fogli informativi consegnatemi, e che quanto sottoscritto corrisponde pienamente a quanto già discusso verbalmente con il dott. _____.

Dichiaro di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato proposto e spiegato e di non avere ulteriori chiarimenti da chiedere.

Data _____

Firma del Paziente _____

Dichiarazione del medico precedente ad intervento di sterilizzazione maschile volontaria

Io sottoscritto, dott. _____, dichiaro di aver intrattenuto approfonditi colloqui con il sig. _____, nato a _____, il _____, al fine di approfondire e discutere gli argomenti riguardanti l'atto chirurgico in oggetto, e di aver raccolto un'accurata anamnesi clinica, personale e familiare, ponendogli domande volte ad accertare le motivazioni che lo hanno indotto a richiedere un atto mutilante quale la sterilizzazione chirurgica (vasectomia).

In base ai dati raccolti personalmente concludo che il paziente non presenta controindicazioni mediche e/o psicologiche alla procedura chirurgica di sterilizzazione volontaria, e sono convinto che l'intervento assume un carattere terapeutico in quanto correttivo di una patologia della sfera psicologico-relazionale non altrimenti rimediabile.

Ritengo che il paziente sia ben motivato ed informato in modo esaustivo su tale procedura e sui rischi ad essa connessi e che tale decisione sia frutto di una sua libera e personale scelta.

In fede

Data e firma del Medico _____

1: Si parla di *sterilizzazione contraccettiva o anticoncezionale* quando il fine perseguito è:

- a. La regolazione demografica della popolazione
- b. La salvaguardia della salute, anche psichica, del soggetto
- c. Il miglioramento della razza

2: Le stime mondiali sulla vasectomia parlano di:

- a. 22-50 milioni di uomini sterilizzati
- b. 42-60 milioni di uomini sterilizzati
- c. 62-80 milioni di uomini sterilizzati

3: Le indicazioni alla vasectomia sono:

- a. La sterilizzazione contraccettiva
- b. La prevenzione delle epididimiti dopo chirurgia prostatica
- c. Entrambe le precedenti

4: La tecnica di vasectomia attualmente più diffusa:

- a. Prevede l'Elettrocoagulazione dei monconi deferenziali
- b. È definita *No Scalpel Vasectomy*
- c. Prevede il posizionamento di Clips Vascolari sui monconi deferenziali

5: Il quadro di azoospermia, e quindi il raggiungimento dell'obiettivo contraccettivo, si ottiene dopo:

- a. Circa 30 giorni dall'intervento
- b. Circa 60 giorni dall'intervento
- c. Circa 90 giorni dall'intervento

6: Il quadro di azoospermia, e quindi il raggiungimento dell'obiettivo contraccettivo, deve essere confermato da almeno:

- a. Tre spermogrammi consecutivi
- b. Due spermogrammi consecutivi
- c. Uno spermogramma dopo tre mesi

7: Il fallimento di un intervento di vasectomia è ravvisabile quando:

- a. Il primo spermogramma di controllo evidenzia presenza di spermatozoi
- b. Sono presenti cellule della spermatogenesi nell'eiaculato dopo 1 mese dall'intervento
- c. Quando lo spermogramma rileva spermatozoi vitali e di buon grado morfologico dopo 6 mesi dall'intervento

8: Le principali complicanze post-operatorie a distanza sono quelle riconducibili a:

- a. Infezione
- b. Produzione di anticorpi anti-spermatozoi
- c. Tumore testicolare

9: L'intervento di vasectomia ha ripercussioni negative sulla virilità del soggetto?

- a. Sì, a causa dell'alterazione dei livelli di testosterone
- b. No, la virilità del soggetto rimane inalterata
- c. No, la virilità del soggetto aumenta

10: Quale di queste tecniche è la più indicata al fine di una ricanalizzazione delle vie seminali?

- a. Vaso-Epididimostomia
- b. Vaso-Vasostomia
- c. Tubulo-Vasostomia

11: L'articolo 552 riportato nel testo originario del codice penale, ovvero il Codice Rocco, vietava espressamente:

- a. Il ricorso a pratiche di contraccezione e aborto
- b. Il ricorso a pratiche di sterilizzazione chirurgica
- c. Entrambe le precedenti

12: Il Titolo X riportato nel testo originario del codice penale, ovvero il Codice Rocco, è stato abrogato:

- a. Nel 1968
- b. Nel 1978
- c. Nel 1988

13: La sterilizzazione non volontaria, intesa come Lesione Personale, è punibile in base agli articoli:

- a. 582 e 583 cod. penale
- b. 522 e 552 cod. penale
- c. 50 cod. penale e 5 cod. civile

14: È obbligatorio crioconservare i gameti maschili prima di procedere ad una vasectomia?

- a. Sì, è un obbligo da parte del medico
- b. No, non è necessario
- c. No, ma è consigliabile proporre la crioconservazione al paziente

15: Nel consenso informato la vasectomia deve essere intesa come una metodica:

- a. Reversibile
- b. Definitiva
- c. Rischiosa