

Infertilità, Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) e sessualità: un sistema unico

Stefania Traini*; Massimo Esposito**

* S.I.R.U. Società Italiana della Riproduzione Umana; Donor Conception Network; Gruppo AIS SITCC

** V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso Roma; Associazione di Terapia Cognitiva Cagliari; Gruppo AIS SITCC

1. Introduzione

L'infertilità non è soltanto una diagnosi medica, ma un'esperienza **biopsicosociale complessa e politicamente situata**: è un'esperienza corporea, identitaria, relazionale e sessuale, con implicazioni transgenerazionali, sociali e culturali. Inoltre, ha una natura profondamente intersezionale perché il peso dell'infertilità e le possibilità di cura cambiano radicalmente in base alla combinazione di genere, reddito, etnia, cultura, stato civile, orientamento sessuale, geografia e accesso ai servizi.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 2023) l'infertilità è un problema di salute e sanitario globale, e quindi anche sociale, di grande rilevanza e attualità, che coinvolge circa 186 milioni di persone e 121 milioni di coppie (tra l'8 e il 12%) in età riproduttiva nel mondo. Le stime epidemiologiche a livello globale indicano che circa una persona su sei sperimenta difficoltà nel concepire un figlio nel corso della propria vita riproduttiva, indipendentemente dal contesto geografico di appartenenza o dalle risorse socioeconomiche disponibili. La prevalenza stimata è pari al 17,5% nell'arco della vita e al 12,6% nei dodici mesi precedenti (OMS 2023).

La definizione clinica più usata è il mancato ottenimento di una gravidanza dopo **12 mesi o più di rapporti sessuali regolari non protetti**.

Nelle coppie che vivono una condizione di infertilità, la sessualità è spesso oggetto di un processo di medicalizzazione e de-erotizzazione, nel quale il rapporto sessuale rischia di perdere progressivamente le proprie funzioni di piacere, intimità e connessione affettiva, trasformandosi in una mera "prestazione riproduttiva". Tale processo si accompagna al rilevante carico psicologico, relazionale e sociale connesso alla diagnosi e ai trattamenti per l'infertilità, contribuendo a compromettere ulteriormente la qualità della vita e il funzionamento della relazione di coppia.

Le revisioni sistematiche presenti in letteratura (Brigitte Leeners et al, 2023; Capela et al., 2024, Liu Y et al.) indicano che le coppie in condizione di infertilità presentano un rischio aumentato di disfunzioni sessuali; tra le più frequenti emergono **calo del desiderio, disfunzione erettile, eiaculazione precoce, difficoltà orgasmiche, dolore genito-pelvico e ridotta soddisfazione sessuale**.

2. Prevalenza delle disfunzioni sessuali nelle coppie infertili

Nelle donne infertili, le disfunzioni sessuali sono riportate con prevalenze molto variabili, spesso tra **35,6% e 87,1%**, a seconda del campione, del contesto culturale, dello strumento usato e della fase del trattamento. Una metanalisi (Mendonça et al., 2017) su donne infertili ha evidenziato un peggioramento della funzione sessuale, soprattutto nei domini di **lubrificazione, orgasmo e soddisfazione**, mentre il desiderio non risultava sempre significativamente ridotto.

Le evidenze provenienti da una recente revisione sistematica con meta-analisi (Capela et al., 2024) indicano che le donne con infertilità riportano punteggi significativamente più bassi al *Female Sexual Function Index* (FSFI) rispetto ai controlli fertili. Le principali compromissioni riguardano le dimensioni del desiderio, dell'eccitazione, della lubrificazione, dell'orgasmo, della soddisfazione

sessuale e del dolore coitale, delineando un impatto diffuso dell'infertilità sul funzionamento sessuale femminile.

Negli uomini infertili, la disfunzione sessuale è anch'essa frequente. Una revisione sistematica e metanalisi del 2022 (Liu Y et al.) ha evidenziato che gli uomini infertili hanno una probabilità di disfunzione sessuale significativamente più alta rispetto ai controlli (OR = 2,66), documentando come infertilità, pressione riproduttiva, stress psicologico, ansia e trattamenti PMA contribuiscano alla vulnerabilità sessuale maschile; le aree più colpite sono: **desiderio sessuale, orgasmo e funzione erettile**.

Una invited review del 2026 (David Shin et al.) rileva che le prevalenze riportate di disfunzione sessuale negli uomini infertili sono molto variabili, tra **17,8% e 61,6%**, a seconda degli studi e dei criteri utilizzati. Evidenzia come la gestione dell'infertilità tenda spesso a concentrarsi sul corpo femminile e sugli aspetti riproduttivi, **trascurando** di contro **la sessualità maschile**. Sottolinea, infine, che la disfunzione sessuale può essere sia **causa** sia **conseguenza** dell'infertilità e dei trattamenti, raccomandando dunque una presa in carico integrata, capace di trattare insieme fertilità, sessualità, salute psicologica, relazione e salute generale della coppia.

3. “Inferto-sex syndrome”: quando riproduzione e sessualità si intrecciano

Ancora oggi, infatti, troppo spesso la medicina della riproduzione e quella della sessualità procedono su binari paralleli e ben poco collegati. In realtà fra infertilità e sessualità esiste una stretta relazione circolare: se da una parte le disfunzioni sessuali maschili e femminili possono essere una causa, non sempre ben studiata e riconosciuta, dell'infertilità di coppia; la stessa condizione di infertilità e il suo trattamento, se non gestite da un team che preveda anche la figura del sessuologo,

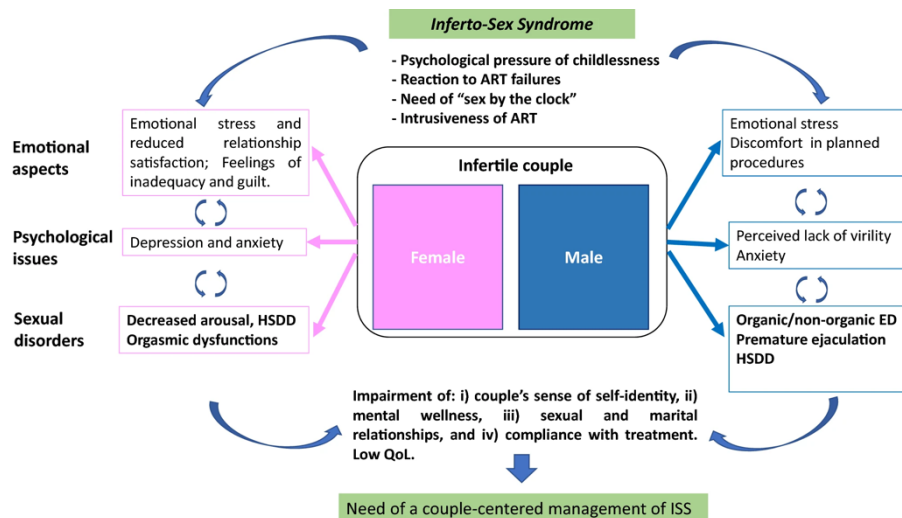


Figura 1 L'infertilità rappresenta una vera sfida per la vita sessuale e le DS (disfunzioni sessuali) sono un paradigma emergente come un tipico "disturbo di coppia", specialmente nell'esclusivo set psicosociale di trattamento ART per l'infertilità. Un approccio incentrato sulla coppia nel piano di trattamento dell'infertilità è obbligatorio, basato su un team multidisciplinare per la gestione completa della SIS, come tutti gli aspetti emotivi, relazionali e, inevitabilmente, sessuali delle coppie sterili. Tecnologia di riproduzione assistita ART. Disfunzione erettile ED. Disturbo del desiderio sessuale ipoattivo HSDD. **Sindrome ISS Inferto-Sex.** Fonte: <https://rdcu.be/fjvqX>.

possono generare in entrambi sintomi sessuali con un grande impatto sulla salute psicosessuale.

Il nuovo termine diagnostico **‘Sindrome Inferto-Sessuale’ (SIS)**, coniato dal gruppo di specialisti del prof. Emmanuele Jannini (Università di Roma Tor Vergata) e del prof. Giovanni Luca (Università degli Studi di Perugia) identifica proprio questo **circolo vizioso**, complesso e multidimensionale in cui stress riproduttivo, sofferenza psicologica, relazionale e sessuale, procedure mediche e aspettative sociali si influenzano reciprocamente all'interno della coppia.

La letteratura mostra che l'infertilità può trasformare il sesso da esperienza erotica e affettiva a comportamento finalizzato, controllato, monitorato e spesso caricato di ansia. Il rapporto sessuale può diventare: **programmato** ("sex by the clock"), perché legato all'ovulazione o ai protocolli clinici; **valutato**, perché connesso al successo o fallimento riproduttivo; **performativo**, soprattutto per l'uomo, quando il seme diventa oggetto di analisi; **medicalizzato**, perché integrato in procedure, monitoraggi, farmaci, ecografie, prelievi e transfer; **emotivamente ambivalente**, perché desiderio, speranza, paura, lutto e vergogna convivono.

4. Rapporti programmati e perdita del desiderio spontaneo

Uno dei fattori più specifici è il **timed intercourse**, cioè il rapporto sessuale programmato nei giorni fertili. Secondo quanto riportato da Dasgupta (2024), la pianificazione dei rapporti sessuali finalizzata al concepimento si associa a un rischio significativamente maggiore di sviluppare disfunzioni sessuali rispetto ai rapporti non programmati. Tale fenomeno interessa entrambi i partner e si manifesta, negli uomini, con una maggiore incidenza di disfunzione erettile, eiaculazione precoce e riduzione del desiderio sessuale, mentre nelle donne si osserva un incremento dei disturbi del desiderio e dell'eccitazione sessuale, oltre a una maggiore frequenza di difficoltà orgasmiche.

Il paradosso clinico è che ciò che dovrebbe aumentare le probabilità di concepimento può, in alcune coppie, ridurre la qualità del rapporto, la frequenza sessuale spontanea e il senso di connessione.

5. Impatto della PMA sulla sessualità

La PMA può rappresentare una risorsa fondamentale, ma anche una fonte di stress sessuale e relazionale. In Europa, i dati dell'European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) indicano che nel 2020 i tassi medi di gravidanza per embryo transfer erano circa **33,2% per IVF, 33,0% per ICSI, 35,9% per transfer da embrioni congelati e 51,3% per ovodonazione**, con risultati migliori nelle pazienti più giovani.

Questi dati aiutano a comprendere il carico psicologico della PMA: le probabilità di successo non sono mai certe, e ogni ciclo può diventare un'alternanza di speranza, ipervigilanza corporea, attesa e possibile lutto.

Le evidenze dimostrano che il tipo di protocollo può influenzare il desiderio sessuale in entrambi i partner: le coppie sottoposte a IUI (Intrauterine Insemination) e FIVET (Fecondazione In Vitro con Embryo Transfer) presentano più disturbi del desiderio sessuale rispetto alle coppie sottoposte a procedure di procreazione assistita con donatore.

Le evidenze provenienti dalla recente letteratura qualitativa suggeriscono che l'inizio dei percorsi di procreazione medicalmente assistita, associato alla progressiva riduzione dei preliminari e della varietà erotica, possa favorire una compromissione della funzione orgasmica femminile, incidendo negativamente sul piacere sessuale, sul desiderio, sul funzionamento sessuale globale e sull'esperienza soggettiva del proprio corpo.

6. Differenze di genere

Le donne tendono a riportare maggiormente: riduzione della soddisfazione sessuale, dolore o evitamento del rapporto, calo dell'autostima corporea, vissuti di colpa, di fallimento o di inadeguatezza, riduzione della spontaneità erotica, aumento di ansia e di depressione.

La compromissione può essere amplificata da diagnosi come endometriosi, insufficienza ovarica, sindrome dell'ovaio policistico, abortività ripetuta, precedenti fallimenti PMA, età riproduttiva avanzata e trattamenti ormonali.

Negli uomini infertili, il disturbo sessuale è spesso legato a: pressione prestazionale, diagnosi di fattore maschile, vergogna associata alla qualità dello sperma, riduzione della virilità percepita, ansia da prestazione e difficoltà nella raccolta del campione seminale.

La letteratura segnala che gli aspetti psicologici maschili e la salute sessuale maschile sono storicamente trascurati, sotto studiati e sotto trattati, perché l'attenzione clinica tende a concentrarsi sul corpo femminile e sulle procedure ginecologiche.

7. Meccanismi psicologici e relazionali

La compromissione della sessualità non dipende solo da fattori organici. I principali mediatori psicologici sono: stress infertilità-specifico, ansia anticipatoria, depressione, vergogna e stigma, lutto riproduttivo, perdita del senso di controllo, confronto sociale con coppie fertili, iper-monitoraggio corporeo, pressione familiare o culturale e riduzione della comunicazione erotica.

Una revisione narrativa pubblicata su *Fertility and Sterility* nel 2024 conferma che infertilità, depressione, ansia, stress e qualità di vita sono strettamente interconnessi.

Sul piano della coppia, possono emergere due pattern opposti: **ipercoinvolgimento riproduttivo**, in cui tutta la vita sessuale ruota attorno al concepimento; **evitamento sessuale**, in cui il sesso viene associato a fallimento, dolore, conflitto o tristezza.

8. Diagnosi di infertilità femminile, maschile o idiopatica

La causa dell'infertilità modifica il vissuto sessuale. Nelle donne, una diagnosi di infertilità può favorire la percezione del proprio corpo come "difettoso", inaffidabile o ostile. Negli uomini, invece, può tradursi in una minaccia alla propria identità virile, accompagnata da sentimenti di vergogna, ritiro emotivo o strategie di ipercompensazione. Nell'infertilità idiopatica, l'assenza di una spiegazione causale condivisa può generare frustrazione, sospetto reciproco, senso di ingiustizia e ipervigilanza.

Nei casi di sterilità assoluta o di indicazione a donazione di gameti, la sessualità può essere attraversata anche da temi identitari: continuità genetica, perdita, esclusione corporea, fantasie sul donatore o sulla donatrice, paura del giudizio sociale.

9. PMA, corpo femminile e desiderio

Nel percorso PMA il corpo femminile è spesso sottoposto a: stimolazioni ormonali, monitoraggi ecografici, prelievi ematici, pick-up ovocitario, transfer embrionario, attese beta-hCG, eventuali aborti precoci o fallimenti.

Questo può produrre una dissociazione tra corpo erotico e corpo medico. Il corpo diventa luogo di controllo, misura, sorveglianza e procedura. Il desiderio può ridursi non perché "la coppia non si ama", ma perché il corpo è sovraccaricato da dolore, invasività, stanchezza, ansia e aspettativa.

10. PMA e sessualità maschile

Negli uomini la PMA può generare un vissuto specifico: essere meno coinvolti nelle procedure ma molto esposti sul piano simbolico. La raccolta del liquido seminale, soprattutto in ambiente clinico, può produrre imbarazzo, ansia da prestazione e vissuti di oggettivazione.

In caso di ICSI per fattore maschile severo, il vissuto può essere ambivalente: sollievo perché la tecnica consente la fecondazione, ma anche dolore narcisistico per la percezione di non poter generare “naturalmente”.

11. Sessualità, qualità della relazione e stabilità di coppia

Nel contesto della relazione di coppia, la sessualità può funzionare come:

- **fattore di vulnerabilità**, quando diventa campo di conflitto, vergogna e colpa, o prestazione;
- **fattore protettivo**, quando resta luogo di vicinanza, conforto, alleanza e scambio vitale di piacere;
- **indicatore clinico**, perché il peggioramento sessuale può segnalare distress, depressione, ansia, evitamento o rottura della comunicazione.

Le coppie che riescono a mantenere una distinzione tra “sesso riproduttivo” e “sesso relazionale/erotico” sembrano più protette. Clinicamente è utile aiutare la coppia a recuperare forme di intimità non finalizzate al concepimento.

12. Strumenti di valutazione

Tra gli strumenti di valutazione maggiormente utilizzati in letteratura figurano: **FSFI – Female Sexual Function Index**, per desiderio, eccitazione, lubrificazione, orgasmo, soddisfazione e dolore; **IIEF – International Index of Erectile Function**, per funzione erettile, orgasmo, desiderio, soddisfazione sessuale e soddisfazione globale; **FertiQoL**, specifico per qualità di vita nell’infertilità; **HADS, BDI, STAI**, per ansia e depressione; **Dyadic Adjustment Scale** o strumenti equivalenti, per soddisfazione relazionale. Le evidenze disponibili suggeriscono che la valutazione della sessualità dovrebbe costituire una componente routinaria del percorso clinico, anziché essere demandata alla sola iniziativa spontanea della coppia.

13. Linee guida e cura psicosessuale

Le linee guida ESHRE sulla cura psicosociale nell’infertilità e nella PMA raccomandano che i centri integrino attenzione psicologica, comunicazione sensibile, informazione adeguata e screening dei bisogni emotivi lungo il percorso. Le linee guida contengono **120 raccomandazioni** per migliorare l’assistenza psicosociale nei trattamenti di infertilità e PMA.

ESHRE sottolinea che informazione, continuità di cura, competenza dello staff e tempi di consultazione non frettolosi sono associati a migliore benessere dei pazienti.

14. Interventi clinici utili

Data la sua complessità biopsicosociale la gestione dell’infertilità richiede un approccio integrato, sistemico e multidisciplinare, centrato sui bisogni specifici della persona o della coppia, coinvolgendo numerosi specialisti che sono chiamati a fare un lavoro di rete dal momento della prevenzione alla diagnosi e al trattamento.

Gli interventi più indicati includono: psicoeducazione sulla sessualità nei percorsi PMA; counselling sessuologico individuale e di coppia; terapia di coppia focalizzata su comunicazione, desiderio e alleanza; interventi cognitivo-comportamentali su ansia da prestazione e pensieri di fallimento; approcci compassion-focused per vergogna, colpa e autocritica; interventi body-oriented o mindfulness-based per riconnettere il corpo al piacere e non solo alla prestazione; lavoro sul lutto riproduttivo dopo fallimenti, aborti o diagnosi di sterilità.

15. Sintesi critica

La letteratura scientifica converge su alcuni punti:

1. L'infertilità aumenta il rischio di disfunzioni sessuali in entrambi i partner.
2. Nelle donne prevalgono le disfunzioni a livello di soddisfazione, lubrificazione, orgasmo e dolore.
3. Negli uomini sono frequenti la disfunzione erettile, l'eiaculazione precoce e la riduzione del desiderio.
4. La PMA può ridurre spontaneità, piacere e desiderio, pur rappresentando una risorsa riproduttiva.
5. Il rapporto sessuale programmato è uno dei principali fattori di medicalizzazione della sessualità.
6. Vergogna, stigma, depressione, ansia e lutto riproduttivo mediano gran parte dell'impatto sessuale.
7. La sessualità è ancora poco esplorata negli interventi clinici nell'ambito dell'infertilità e della PMA, nonostante sia clinicamente centrale.
8. La cura dovrebbe includere screening psicosessuale, counselling e interventi integrati di coppia.

15. Conclusione

Nelle coppie con infertilità o sterilità, la sessualità diventa spesso il luogo in cui si condensano diagnosi, speranza, fallimento, corpo, identità, vergogna, desiderio di genitorialità e relazione di coppia. La PMA non elimina questo intreccio: lo può sostenere, ma anche intensificare. Una presa in carico realmente efficace dovrebbe quindi considerare la sessualità non come tema secondario, ma come dimensione centrale della salute riproduttiva, psicologica e relazionale individuale e di coppia.

Bibliografia

Braverman A, Davoudian T, Levin I, Depression, anxiety, quality of life, and infertility: a global lens on the last decade of research, *Fertility and Sterility*, 2024.

Brigitte Leeners, Sibil Tschudin, Tewes Wischmann, Dimitrios Rafail Kalaitzopoulos, Sexual dysfunction and disorders as a consequence of infertility: a systematic review and meta-analysis, *Human Reproduction Update*, Volume 29, Issue 1, January-February 2023, Pages 95–125.

Capela E, Inácio M, Rosa M, Silva M, Nunes R, et al., The impact of infertility on female sexual function: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gynecol Obstet*, 2024.

Dasgupta S, Frodsham LC, Yap TL, Patra P, Chanda A. The negative impact of timed intercourse in infertile couples: A prospective cohort study. *Journal of Clinical Urology*. 2024;17(6):607-615.

David Shin, Andrea Sansone, Pramod Krishnappa, Abdulaziz Baazeem, Helen L Bernie, Mohammad Shamsul Ahsan, Nannan Thirumavalavan, Wayne J G Hellstrom, Rupin Shah, Sexual dysfunctions in male patients with infertility: recommendations from the Fifth International Consultation for Sexual Medicine (ICSM 2024), *Sexual Medicine Reviews*, Volume 14, Issue 1, 2026 Jan.

Gameiro S, Boivin J, Dancet E, de Klerk C, Emery M, Lewis-Jones C, Thorn P, Van den Broeck U, Venetis C, Verhaak CM, Wischmann T, Vermeulen N. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction-a guide for fertility staff. *Hum Reprod*. 2015 Nov; 30 (11):2476-85.

Luca G, Parrettini S, Sansone A, Calafiore R, Jannini EA. The Inferto-Sex Syndrome (ISS): sexual dysfunction in fertility care setting and assisted reproduction. *J Endocrinol Invest*. 2021 Oct; 44(10):2071-2102.

Liu Y, Wang Y, Pu Z, Wang Y, Zhang Y, Dong C, Zeng Y, Zhou S. Sexual Dysfunction in Infertile Men: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sex Med*. 2022 Aug.

Mendonça, C. R., Arruda, J. T., Noll, M., Campoli, P. M. de O., & Amaral, W. N. do, Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2017, 215, 153–163.