

COLTIVARE LA VITA:
LA RIPRODUZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA E LE SUE SFIDE

di *Elena Rebecca Cerri*

[cirsde] centro interdisciplinare di ricerche e studi delle donne e di genere

UNIVERSITÀ DI TORINO

SG STUDI DI GENERE

Studi di Genere
& Quaderni di Donne Ricerca
n.14

Elena Rebecca Cerri

Coltivare la vita: la riproduzione medicalmente assistita e le sue sfide

Collana "Studi di Genere. Quaderni di Donne & Ricerca" - Vol. 14

2024

CIRSDe – Centro Interdisciplinare di Ricerche e Studi delle Donne e di Genere

Università degli Studi di Torino

www.cirsde.unito.it

cirsde@unito.it

Copertina: format grafico a cura di Simonetti Studio; realizzazione a cura del CIRSDe.

Immagine di copertina: Foto di Elena Έλενα Kontogianni Κοντογιάννη da Pixabay.

ISBN: 9788875903299

ISSN: 2533-2198

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale

Indice

Prefazione 4
Coltivare la vita: la riproduzione medicalmente assistita e le sue sfide 7
Introduzione 7
Premessa: questioni metodologiche 10
1. Una storia plurale 14
    1.1. Dalla fattoria alla clinica 14
    1.2. L'atto medico: tra natura e cultura 19
2. La presa in carico della coppia: in fondo al desiderio 24
    2.1. Nascita di una madre e di un padre 29
    2.2. Dibattiti genitoriali 36
3. «Il viaggio è altrettanto importante della meta» 45
    3.1. L'accompagnamento: «rimettere le cose nella giusta prospettiva» 45
    3.2. La relazione che (potenzialmente) cura 48
Conclusioni 57
Bibliografia 61
Sitografia 68
Abstract 70
Note bio-bibliografiche 72

Prefazione

I sistemi di parentela euroamericani sono stati tradizionalmente concettualizzati come interpretazioni sociali dei fatti biologici della riproduzione. Nonostante tale modello sia stato decostruito, sia concettualmente che empiricamente, l'idea di natura alla base delle relazioni parentali rimane oggi prevalente. Lo sviluppo delle tecnologie riproduttive ha indubbiamente alterato il linguaggio naturalizzato della parentela (Gribaldo, 2005). La "tecnologizzazione della natura" (Carsten, 2004) ha mischiato il dominio del "dato" con quello del "fatto" (inteso come prodotto, fabbricato, ricercato, voluto). I legami che fino a qualche ventennio fa venivano rappresentati come prodotti su basi naturali, sono sempre più espressi mediante la formula della scelta.

Si può affermare che l'elemento più manifesto messo in scena dalla procreazione medicalmente assistita (PMA) sia la scomposizione dell'evento riproduttivo che porta in primo piano una sorta di fenomenologia della riproduzione (Gribaldo, 2005), in cui fecondazione e concepimento possono avvenire sia in momenti distinti che in luoghi a sé distanti. Ogni evento ha vita propria, un inizio ed una fine; alcuni passaggi possono andare a buon fine, altri possono solo parzialmente raggiungere gli obiettivi prefissati, altri ancora possono fallire. Seppur la PMA è presente in moltissimi contesti, presenta sfaccettature del tutto peculiari poiché essa si intreccia a questioni culturali, religiose, etiche e politiche. Una sfera particolarmente rilevante, da tenere in considerazione quando si analizzano i percorsi riproduttivi, è la politica della salute procreativa che, istituendo fattibilità e limitazioni, regolamenta accessi e divieti alla procreazione. In Italia solo una tipologia ben precisa di persone ha accesso alla PMA. Il parlamento italiano aveva approvato la prima legge nazionale in materia di procreazione medicalmente assistita (comunemente nota come "legge 40") nel febbraio del 2004, dopo un acceso dibattito pubblico e politico. Il testo della legge è stato riconosciuto come uno dei più restrittivi d'Europa, caratterizzato da una lunga lista di divieti, dove l'accesso alle tecniche era riservato esclusivamente a coppie eterosessuali con comprovati problemi di infertilità (Zanini in Lombardi e De Zordo, 2013); prima del 2014, cioè prima della parziale declaratoria di incostituzionalità, era considerata lecita solo ed esclusivamente la fecondazione omologa (che prevedeva l'impiego di gameti appartenenti alla coppia). Dal 2014 in poi, invece, è possibile accedere anche a programmi di fecondazione eterologa,

seppur rimanga invariato il presupposto che sia una coppia eterosessuale ad avviare il percorso. Il legislatore italiano ha così garantito l'accesso alle cure riproduttive esclusivamente a coppie eterosessuali sposate o conviventi, con espressa esclusione delle persone single, omosessuali e transgender. L'Italia è un terreno di ricerca particolarmente importante e sono pochi gli studi che sono stati condotti sul suolo nazionale; per questa ragione, ma non solo, il lavoro della Dott.ssa Elena Rebecca Cerri risulta fondamentale. Cerri ha svolto una ricerca nel perimetro della PMA in Italia, esplorando un punto di vista specifico, quello degli operatori. L'antropologa ha esaminando come i professionisti sanitari interpretano e utilizzano le aree di autonomia e discrezionalità previste dalla *legge 40* del 2004. Attraverso interviste semi-strutturate, Cerri ha indagato le esperienze, i valori e le percezioni dei professionisti sanitari, cercando di capire come costruiscono la realtà clinica sotto l'influenza di variabili sociopolitiche e culturali. La ricerca di Cerri è pertanto importante perché va ad analizzare la PMA partendo dalle rappresentazioni degli operatori che lavorano nel settore, mostrando come bioetica e il biodiritto sono stati fondamentali nel regolamentare questo settore, definendo i confini delle pratiche biomediche e le modalità consentite di relazione e parentela. È fornita pertanto una panoramica puntuale delle complesse dinamiche della riproduzione medicalmente assistita, evidenziando l'interazione tra tecnologia e biologia, che mette in discussione le concezioni dominanti di "natura" e "cultura" e genera nuove forme di soggettività e relazioni sociali. Particolarmente interessanti sono le rappresentazioni di genere che emergono dalla ricerca e il modo in cui i soggetti che si affidano alle cure riproduttive nel contesto italiano sono seguiti.

In conclusione, lo studio di Elena Rebecca Cerri ci invita a riflettere su come le interazioni tra legge, etica, tecnologia e cultura stiano plasmando nuove realtà sociali e personali. La riproduzione medicalmente assistita, lungi dall'essere un semplice atto medico, diventa così un terreno di esplorazione per comprendere le trasformazioni in atto nella nostra società e le nuove forme di relazioni parentali che ne emergono - accennati in apertura a questa prefazione.

Corinna S. Guerzoni

Ricercatrice presso il Dipartimento di Beni Culturali - Università Alma Mater Studiorum Bologna

Professoressa di Antropologia - Istituto Europeo di Design

COLTIVARE LA VITA: LA RIPRODUZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA E LE SUE SFIDE

Elena Rebecca Cerri

Introduzione

La riproduzione medicalmente assistita è un crocevia di molteplici discorsi, prospettive, applicazioni, conoscenze, pratiche, idee e relazioni, che toccano, in primis, gli ambiti della biomedicina[1], della tecnica, della riproduzione e della parentela. È un campo, inteso come spazio sociale regolato da rapporti di potere (Bourdieu, 1992), che, dal 1978, anno in cui in Gran Bretagna è nata la prima bambina grazie alla fertilizzazione in vitro, Louise Brown, conta nove milioni di nascite in tutto il mondo (Kuhnt e Passet-Wittig, 2022). È uno spazio di applicazione e, simultaneamente, di costruzione di varie forme di tecniche biomediche, quali, ad esempio, l'inseminazione intrauterina, la fecondazione extracorporea, in vitro, e la crioconservazione di ovociti ed embrioni, al fine di realizzare e riprodurre la riproduzione umana (Franklin, 2013). È il frutto di una lunga storia, i cui primi passi si riflettono nell'interesse degli esseri umani per la nascita e la riproduzione, per la vita e la sua generazione, il suo inizio e la sua emersione, che vede nelle sperimentazioni avvenute nel corso del Settecento i primi tentativi di realizzazione sugli animali, e nell'Ottocento sugli umani. È una storia di ibridazioni, di tentativi, di fallimenti e di successi, che si intersecano con la legislazione, i dibattiti bioetici, e il progressivo

[1] Dal punto di vista antropologico, la (bio)medicina – contrazione di "medicina biologica" – designa una forma peculiare di sistema medico, che si caratterizza per «privilegiare l'aspetto biologico e a ridurre, o addirittura, a negare, la dimensione socioculturale della malattia» (Pizza 2021, 125). In linea con Tullio Seppilli, questa si configura come «uno fra i tanti sistemi medici che si sono via via costituiti nel mondo, diverso, certo, perché fondato sul metodo scientifico, ma al tempo stesso, come gli altri, istituzione sociale e struttura di potere, e come gli altri, in ogni caso, apparato ideologico-culturale e organizzativo storicamente determinato» (1996, 15). Essa, dunque, non solo è un sistema culturale fra tanti (Kleinman, 1978), ma è un campo (Bourdieu, 1992) attraversato da pratiche culturali (ciò che gli attori e le attrici sociali "fanno"), abitato da soggetti che operano in un contesto istituzionale, regolato da rapporti di forza e relazioni di potere (Pizza 2021).

ampliamento dei punti di applicazione dello sguardo biomedico, che, insieme al discorso religioso cattolico e protestante, va a indagare la sessualità, la riproduzione e i corpi, in particolar modo quelli femminili. Infine, è la storia dell'avvicendarsi di idee sulla parentela, sulle forme considerate lecite e illecite dello stare in relazione, sui ruoli e le aspettative di genere, nonché sul rapporto tra naturale e artificiale. Per queste ragioni, le tecniche di riproduzione medicalmente assistita vengono identificate come uno degli ambiti più significativi per affrontare alcune questioni cruciali per la contemporaneità (Rapp, 1999; Thompson, 2005; Franklin, 2013), come i modi in cui in esso hanno cittadinanza e si esprimono le relazioni tra natura/cultura, biologia/tecnica, le modalità con cui le società pensano «la famiglia e le sue relazioni interne ed esterne» (Betta, 2012, 12), in cui si costruiscono e prendono forma specifiche visioni di genere e di genitorialità, e, trattandosi di un contesto che rientra nello spazio di indagine e di applicazione della biomedicina, permette di interrogarsi sui ruoli, le logiche e le possibilità di quest'ultima, sui discorsi, sugli immaginari, sulle rappresentazioni e sulle pratiche che investono i processi corporei, la corporeità e le relazioni di cura. Infatti, nella riproduzione medicalmente assistita le tecniche, il sapere e le pratiche biomediche si co-costituiscono nel tentativo di porre miglioramento alle condizioni umane, di esaudire desideri e necessità, andando a produrre nuove concezioni di corpi, nuove possibilità e soggettività. Tale ambito è stato fortemente indagato dalle scienze sociali, soprattutto nel contesto anglosassone. In particolare, due studiose hanno interrogato la riproduzione medicalmente assistita adottando una prospettiva di genere: Sarah Franklin (1997; 2001; 2013) e Charis Thompson (2005). La prima definisce le tecnologie della riproduzione e le pratiche cliniche che le abitano come una «scienza dell'intimità», che include una «naturalized and normalized logic of kinship, parenthood, and reproduction» (2013, 4), e tiene insieme differenti saperi e pratiche professionali, interessi sociali e finanziari, pubblici e privati, valori morali collettivi e norme legislative. La seconda nomina tale tessitura di molteplici aspetti e variabili come una «ontological choreography» (2005, 8), ovvero quasi una danza ritmata, equilibrata, di aspetti «considered parts of different ontological orders (part of nature, part of the self, part of society)» (ibidem). Successivi tasselli alla comprensione sono forniti dai lavori di Alessandra Gribaldo, che ha condotto un'etnografia del «processo microriproduttivo» (2005, 57), nel senso di «una riproduzione che avviene a livello microscopico, invisibile» (ibidem), ove quest'ultima,

comunemente intesa come una capacità naturale dei corpi, «diventa cultura» (ivi, 177) e «mette "al lavoro" la nuda vita, la natura, gli organi, i corpi» (ivi, 191), e, soprattutto, i corpi femminili.

Partendo da queste riflessioni, la seguente indagine si è costruita a partire dall'osservazione di un piccolo spazio vuoto, o comunque lievemente abitato dalla letteratura in materia: in primo luogo, si è concentrata sulla realtà della riproduzione medicalmente assistita quale ha cittadinanza nel territorio italiano; in secondo luogo, si è focalizzata su un punto di vista specifico, ovvero, quello degli operatori e delle operatrici sanitari/e che lavorano in tale ambito.

In Italia la riproduzione medicalmente assistita è un settore altamente regolamentato: disciplinato, nello specifico, dalla *legge 40* del 2004, *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*, che ne governa l'attuazione, stabilendo quali pratiche possono essere realizzate, l'iter necessario per implementarle, i soggetti che possono accedervi, nonché gli spazi di azione e di autonomia degli operatori e delle operatrici sanitari/e implicati/e. L'obiettivo di questo studio è indagare come vengono abitati da questi/e ultimi/e tali spazi di autonomia e discrezionalità e in quali modi si realizza e quali aspetti si intersecano nella «costruzione clinica della realtà» (Taussig, 1980, 12-13) – ad esempio, delle esperienze, dei corpi, dei generi, della genitorialità e della parentela - nell'ambito della riproduzione medicalmente assistita in Italia. Considerando quest'ultima come un processo sociopolitico, storicamente e culturalmente informato, frutto di negoziazioni e di contrattazioni delle stesse nozioni di corporeità, di vita, di riproduzione, di parentela e delle possibilità della biomedicina, quali sono le variabili che agiscono e subentrano nei discorsi e nelle pratiche degli operatori e delle operatrici sanitari/e e nelle relazioni che vengono intessute con le coppie? Come rappresentano e significano e quali funzioni attribuiscono alle pratiche da loro svolte e alle esperienze vissute nell'ambito della riproduzione medicalmente assistita?

Nel tentativo di rispondere a tali quesiti, l'elaborato si costituisce di quattro parti. Inizialmente, nella breve premessa metodologica, vengono esplicitati il disegno di ricerca, il metodo utilizzato e i soggetti le cui parole e narrazioni hanno dato forma e sostanza a questa analisi, riflettendo, inoltre, sul mio posizionamento rispetto alla ricerca[2], al

[2] In linea con la prospettiva femminista in cui si situa questo studio, è necessario esplicitare il posizionamento di chi lo conduce, come punto di partenza analitico, in grado di rendere conto delle geometrie di potere di cui si fa esperienza, come dei privilegi di cui si gode (Rich, 1984). Infatti, «Il

processo di realizzazione della stessa, alle relazioni con le persone coinvolte e alle politiche di rappresentazione. Nel primo capitolo, partendo dalla storia della riproduzione medicalmente assistita, si discuterà di come essa sia stata oggetto progressivo di molteplici discorsi: dalla biomedicina alla biologia, dalla bioetica al biodiritto. In seguito, nel secondo capitolo, si entrerà nei principali luoghi deputati all'applicazione delle tecniche di riproduzione medicalmente assistita, quali le cliniche e le strutture pubbliche, interrogandosi su quali modelli genitoriali e parentali, e su quali visioni dei ruoli e delle relazioni di genere prendono forma nella relazione tra le coppie e il personale sanitario. Nel terzo capitolo si affronteranno, infine, le funzioni e il senso che gli operatori e le operatrici sanitari/e attribuiscono alle pratiche da loro svolte.

Premessa: questioni metodologiche

A fronte delle domande di ricerca attorno alle quali si delinea il seguente elaborato, il campo di indagine, secondo la processualità caratteristica della costruzione del campo etnografico (Pozzi, 2020), si è delimitato a partire da due nodi focali: il contesto italiano, con le sue specificità, in primo luogo, legislative, ma anche politiche e sociali; i soggetti che abitano, in quanto luogo di lavoro, l'ambito della riproduzione medicalmente assistita, quali gli operatori e le operatrici sanitari/e. È stata quindi identificata come principale metodologia di ricerca[3] l'intervista semi-strutturata (Natali in Marchignoli, 2018), intesa non solo come strumento per cogliere le storie dei soggetti, le narrazioni che esplicitano per qualificare le loro esperienze, il senso a esse dato, ciò che essi pensano di compiere, quali valori sentono propri e quali concezioni affermano, ma anche come spazio di ascolto, di incontro creativo e di produzione di significati e rappresentazioni:

posizionamento si focalizza sulla possibilità e sulla necessità di localizzare il soggetto in relazione al genere, alla classe e alla razza quali gerarchie del sistema capitalista che disciplinano e dividono la società. Per mezzo di tali gerarchie, il soggetto è dunque situato in una determinata posizione di oppressione o privilegio nel mondo; non si tratta più dunque di un soggetto astratto, universale o universalizzato, ma di un soggetto incarnato in una data materialità» (Sabatini & Palermo, 2021).

[3] Le difficoltà di accesso agli spazi clinici, ove si realizzano le tecniche, causate dal dilagare del Covid-19, come da frontiere burocratiche che eccedono gli obiettivi di questo studio, mi hanno condotta a escludere momenti di osservazione partecipante all'interno delle strutture sanitarie, inizialmente pensati come strumento per cogliere le potenziali discontinuità tra un dire, un raccontare, e un fare, un praticare, nonché come possibilità di afferrare nel momento etnografico le interazioni tra i vari soggetti (pazienti, sanitari, tecnologie e sostanze) presenti sulla scena.

l'intervista, dunque, come evento unico e irripetibile, cooperativamente e dialogicamente costruito (Pistacchi, 2010). Per tali ragioni, il campo etnografico ha preso le forme di un mosaico, di una rete diffusa, estesa, che attraversa la penisola italiana e i cui tasselli sono rappresentati dalle voci e dalle riflessioni degli/lle intervistati/e. Questi/e ultimi/e sono stati/e individuati/e mediante una mappatura delle cliniche private e delle istituzioni pubbliche che realizzano la riproduzione assistita sul suolo italiano. In particolare, i contatti sono stati presi attraverso l'attivazione di canali informali e l'utilizzo di piattaforme online, quali i siti e le pagine social delle cliniche. Dunque, il campo si è dapprima strutturato virtualmente. L'accesso alle loro parole si è poi declinato a partire da un iniziale scambio di e-mail e telefonate, al fine di condividere gli obiettivi, le domande e le modalità della ricerca. A fronte della dispersione a macchia di leopardo dei soggetti coinvolti sul territorio italiano, la maggior parte delle interviste si è svolta online; solamente in due casi c'è stata la possibilità di entrare fisicamente nelle sale d'attesa delle cliniche. Ciò ha permesso, seppur limitatamente, di constatare l'atmosfera che si respira in tali luoghi, di osservarne la fisionomia, l'organizzazione e i modi in cui gli spazi, gli oggetti e il mobilio da essi contenuti comunichino con chi li abita. Da questo punto di vista, anche le interviste svolte online non sono state mute. Più volte, infatti, gli/le intervistati/e hanno svolto le conversazioni situandosi all'interno delle strutture sanitarie di lavoro, in particolare nei propri uffici; sono apparsi/e, in questo modo, immersi/e nel flusso della quotidianità lavorativa. Perciò, hanno offerto brevi spaccati di relazioni, di dialoghi e di impegni, che costituiscono una parte integrante della concretezza della riproduzione medicalmente assistita. Un'altra questione fondamentale riguarda il mio posizionamento rispetto alla ricerca, e la sua declinazione durante le interviste. Infatti, la postura riflessiva, quale «osservazione costante della propria partecipazione» (Pozzi, 2020, 29), si configura come una strategia metodologica rilevante al fine di costruire un rapporto trasparente e onesto sia con gli/le intervistati/e, sia per ciò che concerne la costruzione e la produzione dell'analisi antropologica. La dichiarazione degli intenti, delle motivazioni e delle finalità della ricerca è stata, fin da subito, parte integrante della mia presentazione nei confronti delle/i partecipanti. Conscia che «generalmente, quando due persone si incontrano, tutti e due sono osservatori e tutti e due sono osservati» (Pistacchi, 2010, 4), ho tentato di mantenere una postura da rabdomante, ovvero di chi si trova in una condizione di costante ricerca, senza pretendere di possedere già un sapere,

ma, allo stesso tempo, senza annullare la componente costruttiva e creativa insita nell'incontro dialogico, quale è l'intervista. A tal proposito, è necessario accennare alle dinamiche di potere incontrate in queste occasioni. Da un lato, infatti, la mia posizione era caratterizzata dall'essere la conduttrice dell'intervista, in possesso, quindi, almeno inizialmente, degli strumenti e dei tempi della stessa. Ancora più importante, forse, più che l'atto di condurre, la potenzialità, successiva, di rappresentare, di operare il lavorio di bricolage e di ricostruzione propri del racconto etnografico. Dall'altro, la scelta di confrontarmi con operatori/rici sanitari/e ha richiesto molteplici riflessioni. Se, in generale, «nel momento dell'intervista il controllo sta dalla parte dell'intervistato, perché è lui che possiede sia le informazioni che cerchiamo, sia la storia che vuole raccontare» (ibidem), in questo caso specifico, ciò vale ancora di più. Infatti, data la natura altamente tecnica e specializzata dell'ambito della riproduzione medicalmente assistita, il possesso di una conoscenza pratica, vissuta, quotidiana, e soprattutto ampliamente riconosciuta come forma autorevole[4] (Jordan, 1997), da parte degli e delle intervistati/e, eccedeva di gran lunga la mia conoscenza compilativa e teorica. Inoltre, molteplici sono stati i quesiti scaturiti riguardo la postura da mantenere nel momento in cui lo sguardo critico, tra le finalità di questa analisi antropologica, si è interfacciato ed è entrato in conflitto con chi, in una posizione dominante, si è mostrato/a disponibile a mettersi in gioco e partecipare alla ricerca. Se la scelta di privilegiare e di situarsi, volenti o nolenti, dalla parte dei gruppi subalterni (in questo caso, in riferimento a un potere che si definisce in base al possesso e all'esercizio di un sapere) appare, spesso, ma non sempre, come la spinta e la motivazione di un'antropologia critica, come situarsi, come agire nei casi in cui quello «speaking nearby»[5], di cui parla Trinh T. Minh- ha (Chen, 1992), assume le voci di un'egemonia, seppur contradditoria, frammentaria e conflittuale? Ma, soprattutto, come farlo senza tradire una disponibilità, una cooperazione, e pur mantenendo uno spirito critico? Per iniziare a rispondere a questi quesiti, è stato necessario richiamarsi a uno sociologo, che ha tracciato il percorso per viaggiare nei mondi della scienza e della tecnologia, e a un antropologo, che ha sviluppato ampie riflessioni sul processo di conoscenza etnografica. Il primo, Bruno Latour, che, nel celebre testo *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*, sottolinea come, al fine di cogliere e attraversare la produzione scientifica dall'esterno, sia necessario dotarsi di un equipaggiamento libero da pregiudizi e sospendere le proprie conoscenze rispetto ai modi

di costruzione del sapere. «Abandon knowledge about knowledge all ye who enter here» (Latour, 1987, 12), scriveva, citando Dante, e rivolgendosi agli outsider interessati ai processi di fabbricazione della scienza e della tecnologia. Da non confondere con una postura di perenne sospensione del giudizio, tale abbandono assume le forme di una progressiva attenuazione di archetipi e acquisizioni, e di uno stato di apertura all'occasione, alla serendipità. Così, si rivela necessario mettere in atto quella pratica volta all'esplorazione, che Leonardo Piasere ha definito «impregnazione» (2002, 160), per cui l'etnografo/a, «quasi come una spugna, si impregna di esperienze altrui, di schemi altrui, di analogie altrui, di emozioni altrui, di posture altrui» (ibidem). È, poi, cruciale ricordarsi la ragione per cui si sta realizzando l'intervista, e tentare di accogliere quell'imperfezione etnografica che rende l'antropologa perfetta - colei che ha raggiunto una coincidenza assoluta con "l'altro" - un risultato non sono impossibile, ma da evitare. Quindi, ripescare quegli strumenti, della cui voce si aveva temporaneamente abbassato il volume, senza arrivare a silenziarla, per interrogare e riflettere sulle parole udite, dette e scambiate. Come in un percorso a ritroso, riportare alla luce le domande di cui si cerca risposta, le motivazioni che hanno fatto nascere tali quesiti e il cammino che lì ha condotto. A tal proposito, sono particolarmente significative le parole di Edward Said in *Dire la verità. Gli intellettuali e il potere* (1995), affermanti che l'intellettuale e, in questo caso, l'antropologo/a «non è né un pacificatore né un artefice del consenso, bensì qualcuno che ha scommesso tutta la sua esistenza sul senso critico» (ivi, 91). Dunque, sollecitare e accogliere il dubbio, dare cittadinanza alle contraddizioni, evitare lo sguardo che essenziale e riduce il soggetto a un monolite, dare spazio alle complessità altrui e alla propria incertezza, infine, «mantenere uno stato di vigilanza costante» (ibidem). Il mio posizionamento nel corso della ricerca e, nello specifico, durante le interviste, ha tentato di cibarsi di queste due tendenze: da un lato, un'apertura allo stupore, all'inaspettato, una postura che potesse essere risonante rispetto agli sguardi e alle visioni altrui; dall'altro, l'attivazione di una tensione critica, riflessiva, che, in linea con Piasere, costituisce il terreno fertile, lo strumento essenziale per l'etnografo incompleto, il quale «per colmare le sue lacune (allora interpretate come conoscenze) ha bisogno di fare interpretazioni e di proporle ai suoi lettori» (2002, 182).

Facendo quindi tesoro delle riflessioni sopra citate, al fine di rispondere alle domande di ricerca, sono state realizzate 14 interviste, suddivise in tal modo: 5 ginecologi/he, 7

embriologi/he, 1 androloga, 1 ostetrica[4].

1. Una storia plurale

1.1. Dalla fattoria alla clinica

La procreazione medicalmente assistita si inserisce all'interno di un più ampio processo di biomedicalizzazione delle società (Clarke et al., 2003) che, sulla scia del fenomeno della medicalizzazione della vita quotidiana (Conrad, 1992), è caratterizzato dall'ibridazione tra sapere biomedico e tecnologie, ove la conoscenza biomedica si incarna, sempre più, negli strumenti che utilizza e le tecnologie delineano i campi di applicazione dello sguardo biomedico. Tale processo corre di pari passo alla «trasformazione del corpo della donna in luogo pubblico, che faceva della riproduzione l'esito della presenza determinante di un terzo soggetto, il medico, e di una normazione che ha assunto, in diversi casi, carattere fortemente vincolante» (Betta, 2012, 21). In questo senso, essa è caratterizzata dalla presenza di molteplici figure esterne alla coppia: su tutte quello che Léa Linconstant definisce «le corps médical» (Linconstant, 2019, 3). Infatti, dal momento in cui l'infertilità e la sterilità di coppia vengono definite come problematiche[5] medicalmente e tecnologicamente trattabili, esse rientrano nel campo

[4] Avendo deciso, in accordo con gli e le intervistate, di adottare una pseudonimizzazione nel collocare all'interno della ricerca le loro narrazioni e riflessioni, i nomi inseriti per riferirsi a essi/e sono degli pseudonimi, mentre i riferimenti a luoghi, persone e/o fatti a essi/e riconducibili sono stati anonimizzati.

[5] Nel corso della storia, la sterilità è stata oggetto di sguardi e teorizzazioni da parte di teologi, filosofi e medici. Inizialmente considerata come una condizione unicamente femminile, frutto di comportamenti riprovevoli dal punto di vista morale e religioso o effetto di una costituzione fragile, a partire dall'Ottocento, attraverso l'apporto delle scienze naturali e della medicina, essa viene ricondotta a malfunzionamenti o alterazioni fisiologiche, legati anche a fattori maschili. Tali studi hanno portato, nel Novecento, a individuare quattro aree di indagine che hanno contribuito all'attuale definizione della sterilità: «[1] diagnosis of tubal patency; [2] study of spermatozoa, [3] state of knowledge regarding sex hormones, and [4] determination of the time of ovulation» (Chen e Wallach, 1994, 666). Negli anni Sessanta, periodo nel quale vennero costituiti i primi centri per occuparsi e "curare" tale condizione, si parlava genericamente di sterilità, intesa come: «l'inettitudine, in individui (umani o animali) in età normalmente feconda, a concepire o fecondare, dovuta a molteplici cause» (Enciclopedia Italiana Treccani, 'Sterilità'). Oggi, invece, tale termine viene riservato solamente ai casi in cui «si diagnostica una totale o irrimediabile impossibilità a concepire» (Parolari e Costantini in Lombardi e De Zordo, 2013, 132), mentre genericamente si è passati all'uso del concetto di infertilità. Quest'ultima è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come «the inability of a couple to achieve conception or to bring a pregnancy to term after a year or more of regular, unprotected intercourse» (Thompson 2005, 2). Si

discorsivo[6] della biomedicina, diventando oggetti di sguardi e trattamenti da parte di figure specifiche deputate a interrogarle e a indagarle. L'atto generativo può essere dunque pensato come un «lavoro di costruzione collettivo» (Grilli, 2019, 191), all'interno del quale hanno cittadinanza una vastità di figure del campo biomedico e delle scienze biologiche, quali il/la ginecologo/a, il/la embriologo/a, il/la genetista, l'andrologo/a e l'ostetrico/a. Costoro, infatti, sono deputate alla gestione, alla realizzazione e all'implementazione delle tecniche di fecondazione assistita, in quanto in possesso della conoscenza e della liceità per poterle applicare (Ragoné e Willis, 2000). D'altronde, la parola biomedica non può venire da chiunque, ma è pronunciata da un soggetto autorizzato, investito del potere, del capitale simbolico, della legittimità e della possibilità di espressione di un certo discorso (Bourdieu, 1988).

Tra questa vastità di expertise, sono due i domini che si configurano come aghi della bilancia della riproduzione medicalmente assistita, quali la componente clinica e quella laboratoristica:

> Io dico sempre che [la procreazione medicalmente assistita] è una Ferrari, dove al volante c'è il ginecologo, perché il volante ce l'ha il ginecologo e la paziente ha come primo approccio il ginecologo, che è quello che coordinerà tutto il team. Ma ci sono tantissimi tecnici che devono far portare avanti la Ferrari. Tu lo sai che la Ferrari non è che vince il premio per il pilota, ma vince il premio per il team. [...] Poi c'è il motore, il motore è il laboratorio, perché se il motore non va, tu puoi essere il più bravo pilota del mondo, ma la Ferrari non vincerà il premio. Quindi il motore è fatto proprio dal laboratorio, che deve far correre la macchina, far sfruttare al meglio la qualità dei gameti che arrivano. Più team di così, io vedo proprio il cambio gomme durante un Formula 1 (Federica, 53 anni, embriologa, direttrice di laboratori di embriologia, andrologia e crioconservazione, cliniche private, Centro Italia).

La generazione diventa, dunque, un lavorio che supera «la simmetria della coppia per diventare triangolare e plurale» (Betta, 2012, 21).

I molteplici saperi che si occupano della riproduzione assistita si sono strutturati, incontrati e intrecciati storicamente, viaggiando tra luoghi geografici e superando confini

costituisce, dunque, come una condizione che presuppone l'esistenza di una coppia e che ha come necessaria partenza il desiderio di genitorialità (Pinnelli e Laccarica, in Lombardi e De Zordo, 2013).

[6] Per una rassegna delle teorizzazioni del filosofo Michel Foucault sul concetto di discorso (a cui si fa riferimento): Foucault Michel, *L'archeologia del sapere*, RCS Rizzoli Libri, Milano, 1971; Foucault Michel, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1998; Foucault Michel, *Il discorso, la storia, la verità*, Einaudi, Torino, 2000; Foucault Michel, *La volontà di sapere. Storia della sessualità 1*, Feltrinelli, Milano, 2008; Foucault Michel, *Il filosofo militante*, Feltrinelli, Milano, 2017.

disciplinari. Tale percorso di strutturazione è avvenuto simultaneamente e all'interno di ulteriori processi, primo fra tutti, il graduale ampliarsi, in ambito europeo, ma non solo, dello sguardo medico su aspetti inerenti alla sessualità e alla riproduzione, in precedenza prerogative del discorso religioso. In tal modo, queste sono diventate il crocevia di interessi plurali, giocandosi su di esse una partita di legittimazione e di presa di potere e di parola, non solamente da parte delle scienze biologiche e biomediche, ma anche della politica, dell'economia e dell'etica. Attenzione riservatele ancora oggi sotto forma di normative, incitazioni a parlarne e dibattiti sulle possibilità e sui limiti delineatesi nel corso degli anni. Oggi, addentrandosi nelle cliniche italiane, come afferma l'embriologa Federica, sono soprattutto due i discorsi che hanno la possibilità concreta di esperire quotidianamente e realizzare le tecnologie di riproduzione: la biologia e la biomedicina. Voltandosi indietro, l'importanza delle suddette discipline nell'ambito della riproduzione medicalmente assistita, e la loro legittimazione e autorità per potersene occupare, sono frutto di una storia che parte da lontano. Infatti, il motore e il guidatore della Ferrari, la biologia, che poi si indirizzerà nell'embriologia[7], e la medicina, si sono storicamente costituite come principali, anche se non uniche, protagoniste dei processi e delle scoperte che hanno formato il campo della riproduzione "artificiale". Già nel Settecento i mondi della medicina e delle scienze naturali erano attraversati da teorie, ipotesi e studi sui meccanismi che regolano la generazione umana. Da un lato, i naturalisti europei svolgevano esperimenti sugli animali, arrivando a realizzare esempi di riproduzione "artificiale", tramite i quali partecipavano al dibattito sui modi di funzionamento della riproduzione degli esseri umani. Nei laboratori di tutta Europa si tentavano di verificare le ipotesi su tali meccanismi; fra tutti, vi è il biologo Spallanzani, che condusse degli esperimenti di inseminazione artificiale su pesci e batraci, dalla cui osservazione dimostrò che la generazione è frutto del contatto tra gameti femminili e maschili (ivi, 26). È l'inizio di quel processo che, secondo Foucault (2008), caratterizza la biologia moderna rispetto alla sua episteme antecedente: dallo studio degli esseri viventi e delle loro qualità, tra cui la capacità di riprodursi, è passata all'analisi della vita stessa, osservando «proprio nel meccanismo della riproduzione quel che introduce alla dimensione biologica: matrice non

[7] Il padre dell'embriologia scientifica viene considerato Christian Heinrich von Pander (1794-1865), che condusse delle ricerche su alcuni abbozzi embrionali di pollo, che lo portarono a sviluppare la teoria dei foglietti embrionali. Egli scoprì, infatti, che l'embrione è costituito da diversi foglietti da cui scaturiscono tessuti differenziati nell'adulto. I suoi studi furono successivamente approfonditi da Karl Ernst von Baer, ritenuto il fondatore dell'embriologia moderna (Betta, 2012).

solo dei viventi, ma della vita» (ivi, 70). Dall'altro lato, comincia ad affermarsi la figura del chirurgo-ostetricante, deputato all'assistenza al parto, fino a quel momento palcoscenico delle levatrici, e si assiste a una messa in rilievo dell'ostetricia come settore della medicina. Progressivamente, nelle capitali europee si diffondono ospedali per partorienti e cliniche ostetriche, «con lo scopo precipuo di fornire ai chirurghi non solo conoscenze teoriche o sezioni anatomiche, ma possibilità di osservazioni dirette del parto» (Filippini, 2017, 198)[8]. In questo modo, la medicina conquista spazi inediti, sempre più ampi, intersecandosi con aspetti di interesse politico ed economico. Infatti, fin dall'Illuminismo, si costituisce e si diffonde un'idea di Stato come corpo sociale, la cui sopravvivenza è associata, in primis, al numero di abitanti e allo stato di salute della popolazione. È su questo terreno fertile che, secondo le analisi di Michel Foucault, contenute in *La volontà di sapere. La storia della sessualità,* vol. 1 (2008), si sviluppa una specifica forma di potere, un potere sulla vita, che si esprime mediante «un'anatomo-politica del corpo umano» (ivi, 123) e una «biopolitica della popolazione» (ibidem). Mentre la prima si configura come una disciplina del corpo in quanto macchina[9], nella seconda la regolazione e il controllo si attuano sulla popolazione, in quanto specie biologica. È il potere biopolitico che si esercita nel governarla e nell'assicurarsi la sua persistenza, rendendola oggetto di stime e calcoli, di studi sulle sue condizioni di esistenza, sull'igiene individuale e sulla salute collettiva, sulla riproduzione e sulla sessualità. L'obiettivo è quello di preservare e incrementare le file della forza lavoro; a tal fine, tutte le istituzioni si cimentano nell'assicurare la salute e il benessere fisico della popolazione (ivi, 191). Inizia ad affermarsi quel processo che Foucault definisce «tecnologia della popolazione» (Foucault, 2017, 192), che, interessata alle sue dimensioni, si concentra anche sulla natalità e sulla riproduzione (ivi, 192). In tal modo,

[8] Questi studi portarono, nella prima metà dell'Ottocento, a stabilire il ruolo dello spermatozoo – scoperto nel 1677 da von Leeuwenhoek - a opera del tedesco Prévost e del francese Dumas, mentre l'ovulo venne scoperto nel 1827 dall'embriologo Karl Ernst von Baer (Betta, 2012). Sempre nell'Ottocento, all'interesse per i meccanismi della generazione umana si aggiunse l'opportunità di vedere negli studi, nelle scoperte e nelle sperimentazioni che stavano avvenendo la possibilità di affrontare la sterilità mediante gli strumenti che la riproduzione assistita avrebbe fornito in futuro. Si afferma, infatti, come «il fine terapeutico per la cura della sterilità e dell'impotenza costituisse di per sé l'elemento determinante per legittimare l'impiego di questa soluzione e per cancellare qualsiasi dubbio di natura morale e professionale» (ivi, 40). Per un quadro della storia dei rapporti tra riproduzione e scienza si vedano: Betta 2012; Filippini 2017; Franklin 2013. Per quanto concerne il ruolo del sapere medico nell'organizzare un campo del sapere specifico, e i suoi legami con la politica, l'economia, la demografia e il potere: Foucault 1984a; 1984b; 2008; 2018.

[9] Sul corpo umano, secondo Foucault, si concentrano dei meccanismi di potere che hanno l'obiettivo di disciplinarlo, ovvero di estrarre da esso utilità, forza e potenza, al fine di renderlo integrabile in «sistemi di controllo efficaci ed economici» (2008, 123).

esse diventano questioni di interesse politico, economico, collettivo. Tra le istituzioni che esercitano il potere sulla vita, un posto dominante, sostiene il filosofo, è svolto dalla medicina, la quale ha concorso nel problematizzare la salute e la malattia come questioni che richiedono una presa in carico collettiva, ma ha anche portato al prodursi di una "scientia sexualis". In particolare, a partire dal XIX secolo, la medicina si appropria di un ruolo svolto fino a quel momento dalla confessione cristiana, una pratica che predisponeva un far parlare di sé, della propria intimità, dei propri desideri sessuali; un dire la verità sul sesso e sul piacere. La medicina, secondo il filosofo, ha ricodificato nella relazione clinica e nelle operazioni terapeutiche gli effetti del rito della confessione, sottoponendoli alle regole, alla griglia e all'applicazione di un sapere specifico, quello medico. È il medico che, per garantire la sicurezza pubblica e lo sviluppo economico, legati a doppio filo alle politiche per la famiglia, per la natalità, per la riproduzione, è deputato alla sorveglianza della salute del corpo sociale.

Tuttavia, la storia della riproduzione assistita non è solamente frutto dell'operato della biomedicina e della biologia, ma è attraversata da una molteplicità di altre storie. Essa si è composta della combinazione e dell'accumulazione di conoscenze appartenenti al mondo della zootecnica e della veterinaria - noto è il caso del biologo russo Ivanov, che aveva applicato il metodo dell'inseminazione "artificiale" sugli equini, portando a diffondere la pratica all'interno degli ambiti dell'allevamento e della veterinaria - di sviluppi di nuove tecnologie e della loro applicazione su corpi, organi e sostanze, di tentativi falliti e tentativi riusciti, che hanno fatto della generazione e della riproduzione questioni di interesse pubblico e collettivo. Infatti, poiché lo sviluppo delle biotecnologie ha investito «le basi elementari della natura vivente, i confini dell'individualità biologica e umana (nascita e morte) e il loro stesso significato» (D'Aloia, 2004, 4), l'operato che si realizza in questo campo è confluito «nel mare aperto del dibattito pubblico» (ibidem), e ha richiesto un «nuovo diritto, appunto un bio-diritto» (ibidem), divenendo oggetto di legislazioni e di dibattiti bioetici. Le disposizioni attualmente in vigore regolano, dunque, il campo della riproduzione medicalmente assistita, delineando la cornice entro cui si muovono i soggetti interessati, stabilendo le "autorità" che possono occuparsene e tracciando le possibilità e i limiti delle pratiche biomediche. Pertanto, non solamente nelle cliniche, negli ospedali e nei laboratori, istituzioni principalmente deputate a dare cittadinanza a tali tecniche, ma anche nei governi, nelle aule di tribunale e nelle

associazioni della società civile si struttura il campo e si profilano le possibilità, i limiti, la legittimità e l'illeceità della fecondazione medicalmente assistita.

1.2. L'atto medico: tra natura e cultura

La bioetica è definibile come una riflessione morale intorno alle questioni che concernono tre fasi della vita: nascere, vivere e morire. In particolare, essa rivolge la sua attenzione all'operato, in potenza e in atto, delle scienze della vita. Da questo punto di vista, la riproduzione è divenuta oggetto di riflessioni bioetiche proprio a fronte della sua conseguibilità tramite l'utilizzo della tecnica e delle possibilità che quest'ultima pone in essere per quanto concerne le forme dello stare in relazione e, in particolare, i rapporti di parentela. Nello specifico, l'aspetto che desta interesse è la congiunzione tra ciò che è considerato appartenere alla sfera biologica e ciò che si definisce come tecnologico. Da un lato, l'utilizzo di strumenti per ricostruire (remake) o imitare la biologia; dall'altro, quest'ultima che, attraverso «the use of biological bits and pieces as tools to reengineer other biological systems» (Franklin, 2013, 3), è diventata una forma di tecnologia, tanto da produrre un'indeterminatezza sui supposti confini naturali che le separano. La riproduzione medicalmente assistita sembra mettere in discussione questi confini, attraverso una biologia denaturalizzata, e una tecnologia che si fa biologica. Tuttavia, le narrazioni degli/lle intervistati/e sembrano raccontare un'altra storia. In un ambito come quello della riproduzione e della parentela, in cui alcune forme di unione e alcuni tipi di famiglia vengono investiti di liceità a discapito di altri, sulla base della loro supposta naturalità, ciò che viene etichettato come "artificiale" è considerato come inferiore al naturale. La stessa concezione di naturalità, che conferisce legittimità agli oggetti a cui viene associata, diventa, anche in questo caso, fonte di liceità e possibilità di azione:

> Perché il nostro lavoro, che spesso viene, diciamo, ingabbiato dentro il termine "fecondazione artificiale", in realtà, di artificiale non ha niente, perché quello che noi facciamo è di rendere possibile l'incontro tra i gameti, quello maschile e quello femminile, superando tutte quelle barriere che impediscono in vivo di poter permettere ai due gameti di incontrarsi. Ma, nel momento in cui realizziamo questo incontro, le fasi successive sono assolutamente *fisiologiche, spontanee*, e noi stiamo lì a osservarle, a verificare che tutto

proceda secondo quello che, alla luce delle attuali conoscenze, ci sembra *normale* (Paolo, 57 anni, embriologo, responsabile laboratorio PMA, clinica privata, Sud Italia).

In questo scenario, la riproduzione non cessa di essere vista come un processo naturale, anzi, la stessa riproduzione assistita viene ricondotta a una forma di naturalità. Ciò è legato ai modi in cui la conoscenza, comprensione e spiegazione dell'essere nel mondo si sono strutturate nel corso dei secoli all'interno del contesto occidentale. Infatti, da un lato, l'adozione della dicotomia natura/cultura[10] e, in questo caso, biologia/tecnica, propone una cosmologia e una ontologia per cui i due domini sono separati e contrapposti, andando, dunque, a segmentare i fenomeni e l'esperienza secondo tale binarismo; dall'altro, ciò produce concezioni di riproduzione, di sessualità e di parentela definibili, e poi normabili, come più o meno lecite. Pertanto, nel momento in cui la prima confluisce nella seconda, e la seconda nella prima, e a fronte dell'estensione di questo intreccio e dei significati che esso ha nella produzione della vita, viene dato l'allarme e vengono richieste nuove forme di riflessione e di regolamentazione. Tuttavia, le intersezioni fra natura e cultura non sono esclusive della contemporaneità, anzi, dice Latour (2018), non siamo mai stati veramente moderni, in quanto una qualche forma di congiunzione e intersezione tra esse vi è sempre stata.

Nel caso della riproduzione assistita, inoltre, si assiste a una vera e propria «produzione tanto materiale[11] quanto simbolica» (Gribaldo, 2005, 22), che investe i corpi e le loro rappresentazioni, nonché i significati stessi di riproduzione. Le modificazioni in questo senso sono molteplici: dalla mancanza dell'atto sessuale, non più necessario, alle

[10] Tale ripartizione, che si è accompagnata ad altre forme di opposizione, come mente/corpo, soggetto/oggetto, individuo/società, uomo/donna, non è l'unico modo di rappresentare, conoscere e spiegare l'essere nel mondo - come ben documentano Philippe Descola (2014) e Eduardo Viveiros de Castro (2017) – ma essa è un prodotto storico, frutto dello svilupparsi di una certa cultura e di un certo discorso, quelli europei, caratterizzati da una tendenza a universalizzare le proprie categorie e tassonomie. Pertanto, la distinzione tra natura e cultura non è avulsa dal contesto e dalle relazioni di potere in cui si costituisce, ma è l'esito di svolgimenti e travolgimenti storici, economici, sociali e politici.

[11] Il terreno di coltura, un composto chimico fondamentale per la sopravvivenza dei gameti e lo sviluppo degli embrioni in vitro, richiama l'atto di "coltivare", termine derivante dal latino "colĕre", a sua volta radice etimologica della parola "cultura". Qualcosa, dunque, che gli esseri umani costruiscono, fanno. L'arte della tecnica passa dalla coltivazione dei campi alla coltivazione di gameti ed embrioni; in entrambi i casi, componenti naturali sono combinate con l'agire e gli strumenti umani. Tuttavia, nella coltura dei gameti, ciò che appare come strumento biologico è parte del corpo umano stesso, e, inoltre, ha in sé la potenzialità di produrre un altro corpo umano. Nel caso della procreazione medicalmente assistita, la cultura, la coltivazione, portano, insieme alle sostanze biologiche, alla creazione della vita. Una riproduzione tecnologicamente e biologicamente possibile che è primariamente e direttamente una produzione.

concezioni sul rapporto tra natura e cultura, dalle possibilità inedite fornite dalla fecondazione eterologa[12] e dalla gestazione per altri[13], che aprono lo spazio a nuove forme dello stare in relazione (Grilli, 2021), alla presenza di una pluralità di soggetti coinvolti nel tentativo di ottenere la riproduzione. Pertanto, insieme alla pluralità di figure e regimi discorsivi (Foucault, 1971) che costruiscono il campo della riproduzione assistita, quali la biomedicina, l'embriologia e la biopolitica, che si occupa della sopravvivenza della popolazione, del suo disciplinamento, e quindi della nascita, della sessualità e della vita, si accompagnano la bioetica, che si interroga sugli spazi di indagine delle scienze della vita, sulle loro potenzialità e sugli effetti del loro agire, e il bio-diritto, che, da parte sua, regolamenta questi spazi, definendo ciò che, in ultima istanza, è possibile o meno compiere. Nel caso italiano, tutto ciò si concretizza nelle relazioni tra personale sanitario e pazienti, a fronte delle funzioni fondamentali e peculiari che la *legge 40* individua e assegna all'atto medico[14]. In primo luogo, è un atto medico che documenta[15], certifica e accerta l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive alla procreazione, i casi di sterilità o infertilità spiegate o meno (articolo 4, comma 1), che, insieme ai requisiti soggettivi, «coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, di cui entrambi i membri debbano essere in vita» (articolo 5, comma 1), rappresentano i criteri di accesso alle tecniche, nel territorio italiano[16]. Nella

[12] Con "fecondazione eterologa" si intende l'ottenimento di un concepimento a partire dai gameti provenienti da almeno un donatore o una donatrice esterno/a alla coppia.

[13] La gestazione per altri, anche nota come maternità surrogata, è una pratica rientrante nell'ambito della riproduzione assistita nella quale una donna porta avanti la gravidanza per altre persone.

[14] Prendendo in considerazione la componente clinica, gli attori e le attrici principali sono certamente i e le ginecologi/he, che accompagnano i pazienti dall'inizio alla fine del percorso. A questi/e si affiancano, poi, anche una pluralità di altre figure, quali il personale di laboratorio, il personale della segreteria, che si occupa di questioni burocratiche, logistiche e amministrative, e gli e le infermieri/e e gli e le ostetrici/he, che svolgono le attività di pre e post-operatorio. In ultimo, secondo le indicazioni contenute nelle *Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita* (2015), le cliniche devono dare la possibilità alle coppie di ricevere un sostegno psicologico durante il percorso.

[15] Nello specifico, come recitano le *Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita*: «La certificazione dello stato di infertilità o sterilità per l'accesso alle tecniche di riproduzione assistita è effettuata dal medico Responsabile del centro o dagli specialisti medici di volta in volta competenti, quali: uno specialista in genetica medica, per le patologie genetiche; un ginecologo, per le patologie femminili; un endocrinologo con competenze andrologiche, ovvero un urologo con competenze andrologiche per le patologie maschili» (2015, 3). Molteplici sono, dunque, le figure di dottori e dottoresse che operano nei centri di riproduzione medicalmente assistita, ma, come si vedrà più avanti, i ginecologi e le ginecologhe ne sono gli attori e le attrici principali, sempre per quanto concerne l'ambito clinico.

[16] Per una critica alla riproduzione medicalmente assistita come ambito che riafferma la superiorità di una parentela formata da legami biologici rispetto ad altri modi di fare famiglia, e che promuove la filiazione

istituzione di tali accessi, in linea con Ferrero e Pulice (2021), si costruiscono dei margini di discrezionalità professionale, ove "l'atto medico" è abitato da molteplici variabili, considerazioni di natura etica e di concezioni, e dunque aspettative, di parentela e di famiglia. In questo senso, la riproduzione assistita si inserisce all'interno di un più ampio dibattito, caro al mondo antropologico, sulla parentela. Se, da un lato, la prima delinea inedite concezioni della seconda, come nel caso della donazione di gameti, elicitando riflessioni su quali relazioni siano significative da questo punto di vista, sottolineando il valore della scelta di avere dei figli, opzione oggi non più data per scontata, e slegando la riproduzione dal rapporto sessuale e dal concepimento fisiologico, costituendo, di fatto, una discontinuità rispetto al modello di parentela euroamericano[17], dall'altro riafferma la «differenza sessuale a livello riproduttivo in quanto tutte le pratiche mediche si focalizzano sul corpo delle donne o meglio sugli organi riproduttivi femminili» (Gribaldo 2005, 49), come, ad esempio, l'età e la riserva ovarica della donna, quali fattori determinanti nella possibilità di ottenere una gravidanza, e ripropone altre narrazioni dominanti legate alla rappresentazione della parentela, come «an older pattern by "marrying up" a biological model of sexual reproduction with a biologically based system of descent and family formation […] the naturalness of reproduction and the universal desire for parenthood» (Franklin, 2013, 6). Inoltre, nel caso specifico della fecondazione eterologa, divenuta lecita sul territorio italiano a partire dal 2014[18], per evitare la possibilità di costituzione di ulteriori legami "inediti", come le relazioni che chiamerebbero in causa i donatori e le donatrici, sempre nel 2014, la Conferenza delle regioni ha pubblicato e implementato il *Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della Corte costituzionale n°162/2014*, ove si afferma «Il principio di anonimato del donatore e la sua deroga esclusivamente per esigenze di salute del nato» (2014, 2). Pertanto, dal 2014 la fecondazione eterologa è

senza considerare gli effetti demografici sul cambiamento climatico, si segnala il testo: Clarke Adele e Haraway Donna, *Making kin. Fare parentele, non popolazioni*, DeriveApprodi, Roma, 2022.

[17] Si veda: Capitolo 2.2. Dibattiti genitoriali.

[18] Il divieto di eterologa, precedentemente affermato nella *legge 40* del 2004, è stato revocato nel 2014 da una sentenza della Corte costituzionale, perché determinava l'esclusione delle coppie più sterili, ovvero quelle per cui le tecniche omologhe non sono sufficienti al fine di ottenere una gravidanza. In questo caso, «il legislatore avrebbe deliberatamente negato a una categoria di coppia in ragione del grado di sterilità la possibilità di diventare genitori, violando così il principio di eguaglianza (art. 379 Cost), oltre che il diritto alla salute (art, 32 Cost)» (D'Amico in Lombardi e De Zordo, 2013, 92).

realizzabile anche sul suolo italiano, seguendo il modello della gratuità e dell'anonimato della donazione del sangue, ove le sostanze biologiche non sono considerate dei vettori identitari e i donatori/le donatrici mostrano «la loro estraneità rispetto alle sostanze donate» (Grilli, 2021, 203). Interessante notare, dunque, il quadro che viene dipinto oggi, per cui, da un lato, le sostanze biologiche, i gameti, sono considerate elementi fondativi della parentela, i legami biologici sono le basi prioritarie per la costituzione di relazioni familiari, e da ciò ne consegue la promozione della parentela euroamericana come modello da perseguire e riprodurre; dall'altro, nel momento in cui i gameti provengono da componenti terzi rispetto alla coppia monogamica, essi perdono il titolo di veicoli di parentela e di identità sociale, venendo assimilati alla donazione disinteressata e non latrice di legami, come nel caso del sangue. La finalità del dono, ovvero la nascita, viene equiparata alla finalità di curare una patologia (ivi, 219). In ultimo, con il divieto per coppie omosessuali e single di ricorrere alla riproduzione medicalmente assistita, la *legge 40* si fonda su un assunto ben preciso: «un'idea di famiglia legittima delineata in termini esclusivi sulla coppia eterosessuale, stabile e, auspicabilmente, sposata» (Betta, 2012, 210). In tal senso, in linea con Guerzoni, «si può leggere una sorta di tabù nei riguardi di tutte quelle forme di genitorialità che non riproducono o poco aderiscono al modello (eterosessuale) dominante» (2020, 90). In questo modo, la legislazione, con la promulgazione della *legge 40/2004*, seguita dalle *Linee guida* e i successivi interventi della Corte costituzionale[19], non ha "solamente" regolamentato un ambito biomedico e tecnico, ma ha legittimato specifiche forme dello stare in relazione e determinate visioni di persona, di riproduzione e di parentela. Ma quali sono, invece, secondo il personale sanitario, quelle forme di genitorialità ritenute legittime e, quindi, perseguibili?

[19] La *legge 40*, considerata ideologica e restrittiva (D'Amico in Lombardi e De Zordo, 2013, 36-43), frutto di «valutazioni di pura discrezionalità politica del legislatore» (Carrato, 2021, 14) è stata oggetto di molteplici interventi (2009, 2014 e 2015) operati dalla Corte costituzionale, la quale ha rimosso alcuni divieti considerati incostituzionali: in particolare, il divieto di produzione di più di tre embrioni, l'obbligo contemporaneo di impianto di tutti gli embrioni prodotti, il divieto di fecondazione eterologa e il divieto di diagnosi preimpianto.

2. La presa in carico della coppia: in fondo al desiderio[20]

La motivazione principale che forniscono le figure sanitarie intervistate rispetto a ciò che le spinge a lavorare nell'ambito della riproduzione assistita è la volontà di aiutare delle coppie ad avere una prole, a costruire una famiglia. In Italia, l'intervento del personale sanitario può attuarsi solamente «quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico» (*Norme in materia di procreazione medicalmente assistita 2004*, articolo 4, comma 1). Il centro che ospita le pratiche di riproduzione medicalmente assistita si configura, primariamente, come un luogo deputato ad affrontare e a eccedere delle difficoltà, se non vere e proprie impossibilità, nell'ottenere una gravidanza. Queste ultime, infatti, sono criteri imprescindibili e necessari per accedervi. A un primo sguardo si potrebbe affermare, dunque, che ciò che viene realizzato nei suddetti centri sia la semplice applicazione di un trattamento e di una tecnica medica al fine di curare una condizione vissuta e concepita come problematica, ovvero l'infertilità. Tuttavia, se si considera la stessa definizione di infertilità, ovvero l'impossibilità di ottenere una gravidanza dopo un anno o più di rapporti non protetti (Thompson, 2005), la questione si complica. Essa presenta due presupposti necessari: in primis, l'esistenza di una coppia che cerchi di ottenere una gravidanza. L'embriologa Federica, infatti, la descrive in tal modo: «È una patologia di coppia dove si identifica uno degli aspetti che, per esempio, è il liquido seminale. Perché se non esiste la coppia, non esiste la patologia, quindi è sempre qualcosa che deve essere un legame tra i due».

Inoltre, la ricerca di una gravidanza è frutto del desiderio di avere una prole. Per ottenere informazioni in merito, e quindi legittimare la pratica, è necessario che il/la medico/a vada a indagare nell'intimità della coppia, nella frequenza dei rapporti sessuali, nella volontà di avere un figlio o una figlia, nelle ragioni di questo desiderio. D'altronde, all'articolo 6, comma 3 della *legge 40*, si afferma che «la volontà di entrambi i soggetti di accedere alle

[20] "In fondo al desiderio" è il titolo di un libro di testimonianze di donne che si sono rivolte alla riproduzione medicalmente assistita; nello specifico: Vianello Maddalena, *In fondo al desiderio. Dieci storie di procreazione assistita*, Fandango, Roma, 2021.

tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura». Ne consegue che il/la medico/a viene incaricato/a di verificare e di accertare la veridicità della domanda di parentela, il desiderio e le motivazioni della coppia, dando vita a ciò che Dominique Memmi definisce un dispositivo di «sollecitazione autobiografica» (2003, 28). La richiesta della coppia è, dunque, da verificare: si ricerca nei vissuti dei/lle pazienti se essi/e possiedano i requisiti necessari al fine di legittimare l'intervento del personale medico. Pertanto, durante le consultazioni, si indagano e si esprimono le ragioni accettabili affinché si possa accedere e si possa realizzare la riproduzione medicalmente assistita; queste devono essere in accordo con l'espressione del desiderio di genitorialità e con il riscontro dell'impossibilità di ottenerla senza l'intervento medico/tecnico.

Infatti, è soltanto nel momento in cui la ricerca prole, che avviene tramite la ripetizione di rapporti sessuali non protetti, supera determinate tempistiche senza apportare alcun risultato, che si delineano le possibilità per accedere alla riproduzione medica. A quel punto, l'iter di presa in carico della coppia comincia con la verbalizzazione di questo desiderio di fronte al personale sanitario: con esso si struttura una comunicazione che si immerge nella biografia, nel vissuto comune della coppia.

Quando due persone vengono, innanzitutto, bisogna cercare di capire il contesto, come ti ho detto prima. Il contesto è dato dall'età della donna, le due cose più immediate, anche di facile deducibilità. "Quanti anni hai?", la domanda facile. "Quarantadue". Eh, quarantadue sono quarantadue. Venticinque sono venticinque, giusto? Quindi, innanzitutto, l'età della donna. Seconda domanda: "Ma voi da quanto tempo cercate un figlio?". Allora, quando fai questa domanda, è importantissimo capire cosa significa per loro cercare un figlio. Alcuni ti dicono "No, ma noi abbiamo un rapporto due volte al mese". Ok, quant'è la frequenza dei rapporti? In che modo voi pensate di poter dire che è trascorso X tempo in cui questo desiderio riproduttivo si è dimostrato essere inappagato? Questo disegna un contesto (Raoul, 60 anni, ginecologo, clinica privata, Sud Italia).

Mah, allora, la partenza semplice, va beh, io chiedo nome e cognome di entrambi, l'età, perché partiamo anche da lì a fare tutto un discorso, da quanto tempo cercano una gravidanza e quindi anche lì cominci a mettere qualche puntino, perché l'età della donna è fondamentale. Poi il tempo di ricerca, perché io dico sempre che se il tempo di ricerca è poco, anche se una coppia già di una certa età ha una prognosi, se io ho una coppia giovane – capita - e mi dice di cinque, sei, sette anni che cercano un figlio, non è mai arrivato, non hanno fatto quasi niente, già... Lì parte un po' il discorso, magari con qualche battuta, qualche sorriso. Poi, noi dobbiamo entrare nei particolari, nell'attività sessuale, questo è un altro problema, secondo me,

che va valutato. Oggi, rispetto al passato in cui avevamo la cartella con "quanti rapporti sessuali ha la coppia alla settimana" - a parte che l'abbiamo tolto, perché lì poi nascevano tutte delle incomprensioni, a volte ci ridevi sopra, perché lui diceva una cosa, lei sparava dei numeri diversi - però, in realtà, [è chiaro] che ci sia un problema di frequenza dei rapporti di coppia che è il fondamento per poter avere un figlio... (Lucrezia, 50 anni, ginecologa, clinica privata, Nord Italia).

Il primo consulto con il/la ginecologo/a diventa un momento di domande e risposte, con l'obiettivo di delineare un quadro, un contesto da cui partire per poter tratteggiare i passi successivi, gli esami da compiere e gli accertamenti da realizzare. Le *Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita* (2015) affermano, infatti, che «Il percorso e la durata degli accertamenti devono tenere conto dei desideri della coppia, dell'età della donna e del partner, della durata dell'infertilità/sterilità e dei dati personali emersi dall'anamnesi e dall'esame obiettivo. Deve essere compilata una scheda clinica, contenente le valutazioni e i dati pertinenti della coppia, che sarà conservata a cura del centro» (ivi, 111). La narrazione si concentra, dunque, sulle motivazioni che hanno condotto la coppia al centro, e, nel cercare di incasellare la situazione nella definizione di "infertilità" precedentemente esposta, sul senso che la coppia pone al concetto di "ricerca prole". Quest'ultimo, infatti, appare investito di diversi significati sulla base di due variabili: frequenza dei rapporti sessuali ed età della donna. Nel primo caso, come afferma la ginecologa Lucrezia, l'attenzione sui rapporti sessuali è legittimata in quanto essi costituiscono il fondamento per avere una prole senza intervento medico. Tuttavia, non appare sempre chiaro quali siano i punti di riferimento e i criteri per definire una certa frequenza come più o meno problematica rispetto al suddetto obiettivo. A partire dalla variabile del tempo si osservano, infatti, degli atteggiamenti discrepanti. Da un lato, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stabilisce due anni come lunghezza del periodo di esposizione al rischio di rimanere incinta, prima di poter parlare di infecondità; dall'altro, in ambito clinico, «una coppia viene definita infeconda già[21] dopo dodici mesi di rapporti sessuali in assenza di

[21] Sull'interventismo del personale clinico rispetto ai criteri per la definizione della condizione di infecondità, Pinnelli e Lariccia affermano che: «da una parte i clinici possono essere accusati di eccessiva imprenditorialità e di conflitto di interessi poiché spingono verso cure precoci coppie normalmente fertili o sub-fertili che avrebbero concepito naturalmente nei successivi 12 mesi; d'altra parte, le coppie in questione sono spesso in età avanzata e i clinici sono restii ad attendere per un secondo anno di gravidanza spontanea e a posticipare l'accesso alla PMA» (in Lombardi e De Zordo, 2013, 53). Per quanto concerne il primo punto, ovvero l'eccessiva imprenditorialità e il conflitto di interessi, un intervistato ha riportato: «Io ho dovuto combattere sul fatto che se una coppia accedeva in clinica le veniva già dato il consenso per la

contraccezione» (Pinnelli e Lariccia in Lombardi e De Zordo, 2013, 52). Inoltre, le coppie, spesso, ricorrono alla possibilità fornita dai cosiddetti "rapporti mirati", ovvero la concentrazione dei rapporti in fase ovulatoria per poter aumentare le probabilità di rimanere incinta. Nel caso della riproduzione medicalmente assistita ciò può avvenire sia su ciclo spontaneo, sia su ciclo stimolato tramite farmaci. Tuttavia, anche in questo caso, emergono diverse problematiche:

> Cosa fanno le donne per cercare di mirare il più possibile? O cercano di usare dispositivi domestici, oppure misurano la temperatura vasale, oppure, con grande gioia dei ginecologi, vanno a farsi i monitoraggi dell'ovulazione, perché glielo deve dire il ginecologo quando avere rapporti. E là incominciano le prime entrate a gamba tesa della medicina sulla vita sessuale della coppia. In cui, poi, oggettivamente, non c'è alcuna dimostrazione che mirare i rapporti in un monitoraggio aumenta i tassi di gravidanza. Se una coppia ha rapporti tre volte alla settimana per tre settimane al mese, considerando che gli spermatozoi sopravvivono settantadue ore nel fornice vaginale, non c'è nessun motivo di andare da nessuno a farsi dire che sta ovulando (Raoul, 60 anni, ginecologo, clinica privata, Sud Italia).

Nei rapporti mirati, il ruolo del medico si istituisce come determinante e fondamentale: poiché la pratica del monitoraggio dell'ovulazione richiede l'utilizzo di strumentazioni biomediche come l'ecografia, è il/la medico/a che fornisce alla coppia le informazioni per organizzare l'attività sessuale. Inoltre, a esso/a viene affidato il compito di decidere quando terminare il tentativo e consigliare alla coppia il passaggio o l'implementazione di ulteriori esami e/o delle tecniche di riproduzione assistita. Tuttavia, anche in questo caso, quali sono le valutazioni del tempo e della frequenza che vengono prese in considerazione per decretare l'inizio o il termine del tentativo? In breve, dopo quanto tempo una certa frequenza di rapporti mirati può dirsi insoddisfacente e quindi portare

---

tecnica, prima ancora di essere visto dal medico, che vuol dire che tu proprio la butti subito in trattamento. E questo non va bene. Mica sta scritto da nessuna parte che tutti la devono fare. Non sta scritto proprio da nessuna parte. Prima si fa una visita, prima si fa una diagnosi, poi si dà un'indicazione, e poi si fa una strategia di trattamento e la paziente deve conoscere tutti questi aspetti prima di esprimere un consenso. Non che mandi il consenso prima ancora di aver parlato con il medico» (Raoul, 60 anni, ginecologo, clinica privata, Sud Italia). In questo caso, dunque, non è tanto il personale sanitario a prodigarsi in un interventismo precoce, quanto la componente amministrativa della clinica, secondo le indicazioni della direzione. Ciò si inserisce all'interno di un contesto rispondente a logiche che il medico definisce della «grande distribuzione», ove poche firme possiedono numerose cliniche, andando a costituire un oligopolio che ha come obiettivo, sempre di più, un riscontro economico, dato non dalla riuscita della tecnica, ma dalla quantità di accessi. Secondo Raoul, anche l'infecondità viene, dunque, inserita in un processo (che definisce «sistema») di capitalizzazione e mercatizzazione, ove «tu non fai a tempo a fare una cosa che subito il sistema se ne impossessa, lo manipola, lo strumentalizza, lo fa suo e lo rende gradevole».

all'implementazione di ulteriori pratiche biomediche? A questo proposito, la ginecologa Giovanna afferma che «Nel momento in cui la ricerca di un figlio attraverso rapporti mirati - poi lì dipende da operatore a operatore - ma di uno o due anni, che non porti a gravidanza, si consiglia poi di rivolgersi, di intraprendere trattamenti di PMA». Si strutturano, dunque, dei margini di discrezionalità nel definire il tempo e la frequenza, tanto che l'interpretazione del caso specifico varia da operatore/rice a operatore/rice.

In ogni caso, al fine di ottenere delle indicazioni per definire il tempo di ricerca prole e la frequenza dei rapporti sessuali, è necessario andare a cercare queste informazioni, in primo luogo, nella biografia della coppia: lo sguardo clinico va a indagare, dunque, nell'intimità di quest'ultima. L'indagine di un sapere nei confronti della vita sessuale non è una novità della riproduzione medicalmente assistita, come non lo è se a compierla si prodiga il sapere biomedico. La storia di questa esplorazione è esposta e analizzata in *La volontà di sapere. Storia della sessualità 1* (2008), ove il filosofo Michel Foucault individua nella pratica della confessione cristiana[22] la strutturazione di un dispositivo di indagine, che domanda e vuole risposte sulla vita sessuale dei/lle confessanti. Si delinea un «discorso destinato a dire la verità sul sesso» (ivi, 13), in cui «i suoi aspetti, le sue correlazioni, i suoi effetti devono essere seguiti» (ivi, 21). Insomma, sulla condotta sessuale, «tutto deve essere detto» (ibidem). A partire dal XIX secolo, secondo lo studioso francese, la medicina si sarebbe inserita in questo processo, che fa parlare, che vuole che ci si dica, ci si racconti, indirizzando tale esporsi nelle specificità della griglia biomedica. Foucault, infatti, parla di una «codificazione clinica del "far parlare"» (ivi, 60), che si caratterizza per «combinare la confessione con l'esame, il racconto di sé stessi con il dispiegamento di un insieme di segni e sintomi decifrabili; l'interrogatorio, il questionario rigoroso [...]: altrettanti mezzi per far rientrare la procedura della confessione in un campo di osservazioni scientificamente accettabili» (ibidem). Nel caso della riproduzione medicalmente assistita, la trasposizione clinica della confessione cristiana si realizza a

[22] Già Paolo di Tarso scriveva «Dio giudicherà i segreti degli uomini» (Romani, 2, 16). Tuttavia, solamente con la confessione cristiana non solo gli atti, ma anche i pensieri considerati illeciti vengono verbalizzati, per poter essere espiati successivamente tramite la penitenza. Con il Concilio Lateranense IV (1215) si afferma l'obbligo della confessione quaresimale per tutti i fedeli. Tra ciò che può essere indagato dal confessore vi sono anche comportamenti di natura sessuale, piaceri, desideri e immaginari, a cui oggi facciamo riferimento tramite il concetto di "sessualità". Inoltre, in occasione del Concilio di Trento (1545-1563), si istituiscono l'obbligo della confessione annuale per i fedeli e la conferma della natura sacramentale della penitenza (*Conc. Trident. Decreto sul peccato originale*, 1546*; Riforma del sacramento della penitenza*, 1547, 1551), andando a delineare, sempre di più, l'esigenza di confessare atti e pensieri, trasformando «il proprio desiderio in discorso» (Foucault 2008, 21).

fronte della necessità di verificare la presenza di un desiderio di genitorialità da parte della coppia, come di indagare in quali modi esso si è espresso e concretizzato nei rapporti sessuali. Inoltre, considerando gli effetti potenziali e ricercati nella riproduzione assistita, ovvero l'ottenimento di una gravidanza e la nascita di una prole, nonché, dunque, la creazione di legami parentali, la biografia dei/delle pazienti è scandagliata, nel tentativo di coglierne l'adeguatezza in quanto futuri genitori. Tale raccolta di narrazioni viene definita da Dominique Memmi come un dispositivo di «sollicitation autobiographque» (Memmi, 2003, 33), che esige, nel corso di incontri e consultazioni, l'espressione di «motivations acceptables» (ibidem), la cui legittimità viene esaminata dal personale sanitario. Pertanto, quest'ultimo viene investito e delegato dallo Stato del ruolo di esaminatore «de la conformitè biographique» (ivi, 45). Le biografie vengono, dunque, ricondotte alla dicotomia legittimo/illegittimo, secondo considerazioni di natura biomedica, ma anche sociale, etica e morale, come nel caso del desiderio genitoriale, che si convalida, in primo luogo, come desiderio di maternità, e dell'età dei membri della coppia, la cui valutazione chiama in causa non solo parametri biomedici, ma anche specifiche visioni di famiglia e genitorialità. Fino a che punto, dunque, nella riproduzione medicalmente assistita le valutazioni del personale sanitario sono di natura prettamente "tecnico-scientifica"?

2.1. Nascita di una madre e di un padre

Le désir de l'homme c'est le désir de l'Autre (Balbure in Lacan, 2004, 14)

Al fine di poter realizzare le tecniche di riproduzione assistita, ma anche che si possano identificare delle condizioni e situazioni di infertilità, è indispensabile che vi sia una premessa: l'espressione del desiderio di avere una prole. Su questo sfondo, le tecniche, il sapere e le pratiche biomediche si co-costruiscono nel tentativo di porre miglioramento alle condizioni umane, di esaudire desideri e necessità, più che di guarire. In questo senso, Lombardi e De Zordo sostengono che l'applicazione della procreazione assistita sia l'affermazione del diritto, in primo luogo, ad avere un/a figlio/a, in secondo luogo, che grazie a questo si possano istituire dei «legami corporei e di sangue» (2013, 14). Un diritto, dunque, a una prole biologica, che è, prima di tutto, un desiderio, che non trova soddisfazione in pratiche come l'adozione. Quest'ultima, infatti, viene concepita

principalmente come la possibilità di offrire una famiglia a chi ne è privo/a, e non come la realizzazione del desiderio di avere una prole. Entrambe le pratiche costruiscono le condizioni per la realizzazione di una genitorialità; tuttavia, solamente nella riproduzione assistita il/la bambino/a viene concepito/a come "veramente della coppia", in quanto biologicamente legato/a a essa:

> Una cosa è l'adozione di un bambino che è stato abbandonato, una cosa è un bambino che nasce, che tu vuoi, aiutato un po' dalla medicina ma, nella maggior parte dei casi, è figlio della coppia. Sono due cose che non possono essere sostituite una dall'altra. Se uno vuole adottare un bambino non lo deve fare perché non ha figli... (Giovanna, 70 anni, ginecologa, responsabile clinica privata, Centro Italia).

La possibilità stessa di partecipare all'evento della nascita[23] si delinea come elemento di discrepanza rispetto all'adozione. Inoltre, «poiché non c'è nascita senza la gravidanza e il parto di una donna» (Filippini, 2017, 15), il corpo protagonista della riproduzione assistita è un corpo femminile: «è corpo senza genere ma fortemente connotato dal punto di vista del sesso: è un corpo di sesso femminile, sebbene frammentato e rarefatto nei suoi organi e nelle sue funzioni, che esiste per il suo interno: l'interno della donna diventa luogo pubblico» (Lombardi e De Zordo, 2013, 41). In questo senso, si marca una differenziazione del percorso tra il membro della coppia femminile e quello maschile. Infatti, se è vero che l'infertilità è considerata una patologia di coppia, le tecniche biomediche si realizzano quasi interamente sul corpo femminile, è l'età della donna, e non quella dell'uomo, che viene presa in considerazione durante le consultazioni con il personale sanitario e il desiderio di avere una prole vi appare come, in primo luogo, desiderio di maternità. Lo sbilanciamento[24] sulla componente femminile della coppia è espresso anche da parte di alcune dottoresse intervistate: con questa esse rivendicano, a

[23] La nascita si configura come un'esperienza cruciale, investita di significati sociali e culturali, di valenze simboliche, oggetto di sguardi da parte di istituzioni politiche e religiose, e di molteplici saperi, rituali e pratiche terapeutiche: come afferma lo storico francese Jacques Gélis, «A sa manière d'accueillir le nouveau, une société révèle ses ressorts profonds, sa conscience de la vie» (Gélis, 1988, 9). Per un'analisi antropologica della nascita: Maffi, I. (2010), "Nascita", in *Antropologia*, n°12, Milano: Ledizioni.

[24] È interessante notare come nell'andare a identificare e contattare i/le potenziali partecipanti alla seguente ricerca, sia stato riscontrato un forte sbilanciamento di genere, in particolare per quanto concerne il personale dei laboratori. In effetti, Chiara, 44 anni, embriologa clinica, commenta, a questo proposito:
Ho capito. Invece, all'interno della clinica, nel vostro lavoro, il genere influisce in qualche modo?
Eh, siamo quasi tutte donne, quindi influenza. È un lavoro principalmente per donne, a quanto pare. Non so perché, però, sì.
Guardando sui siti delle varie cliniche, in laboratorio la maggior parte sono spesso donne...
Noi abbiamo avuto due biologi in tutta la nostra storia, se no la maggior parte sono donne.

fronte del riconoscimento nel medesimo genere, un senso di vicinanza e un sentire comune rispetto a questioni come il desiderio di avere dei figli e la maternità:

Mah, forse l'ho scelto perché, penso anche dentro di me, la motivazione è che, come donna, mi piacerebbe cercare di capire meglio le donne. E quindi aiutarle in qualche percorso che, a volte, da maschietto, possiamo dire così, fanno più fatica a capirlo, perché vivere in prima persona determinate situazioni...[...] Mi piaceva entrare in una certa sintonia con le donne che avevano questo problema, è importante (Lucrezia, 50 anni, ginecologa, clinica privata, Nord Italia).

Non si può augurare di più, penso poi, soprattutto a una donna. Le donne che aiutano altre donne a fare i bambini è qualcosa di ancestrale (Federica, 53 anni, embriologa, direttrice di laboratori di embriologia, andrologia e crioconservazione, cliniche private, Centro Italia).

Il richiamo al rapporto tra la partoriente e la levatrice va a delineare un potenziale legame particolare tra la dottoressa e la paziente donna. Quest'ultimo si afferma anche a fronte della condivisione delle medesime esperienze incorporate, tra cui, la maternità; in passato, ad esempio, il requisito primario e fondamentale per svolgere la professione di levatrice era proprio aver vissuto l'esperienza del parto[25] (Filippini, 2017). In questo quadro, anche il desiderio di genitorialità – requisito necessario per accedere alle tecniche - si configura come, prima di tutto, desiderio di maternità. Quest'ultimo assume, nel caso della riproduzione assistita, molteplici significati. In primo luogo, esso appare come elemento costituivo dell'essere donna e dell'identità femminile, in quanto è «l'ideale naturale del desiderio di figli della donna che la definisce in quanto madre» (Gribaldo, 2005, 122): è il suo destino naturale. In un contesto in cui la maternità biologica può essere parziale, limitata di fronte a vincoli biologici, è il desiderio di maternità, che non si ferma davanti a nulla, che diventa la condizione fondamentale per superare questi limiti. Quando la naturalità rappresenta una fonte di legittimità, ciò che diventa biologico è dunque il desiderio: esso è primariamente un desiderio tutto naturale, un "istinto":

[25] La storica Nadia Maria Filippini racconta, infatti, come già nel Teeteto (148-149) si citasse la figura della levatrice. Platone riporta alcune parole di Socrate, il quale, comparando l'arte della maieutica alla pratica della levatrice, ne delinea le caratteristiche. In particolare, «La levatrice era innanzitutto una donna *gennaìa* (nobile), cioè stimata e apprezzata dalla comunità, che aveva esperienza diretta della maternità per essere stata a sua volta madre» (2017, 161).

Sfugge il motivo di base. La necessità, l'istinto di avere, di desiderare un figlio, non è paragonabile al desiderio di avere un bene di lusso, la borsa di Gucci o la macchina BMW dell'ultimo modello, è un istinto primordiale, va paragonato alla fame e alla sete. Se tu hai fame, la fame vera dico, se tu hai sete, quella sete che sei nel deserto e non bevi da due giorni, o bevi o muori, tu hai bisogno di bere ed è una roba di sopravvivenza forte. L'istinto di riprodursi è un istinto animale, molto forte, primordiale, che non può essere ignorato e non può essere paragonato a un vezzo o a un capriccio di una persona. Quindi queste sono persone che arrivano che un bisogno così forte, che parte veramente dall'inconscio, che va, innanzitutto ascoltato. In più, nessuno si diverte ad andare a un centro di procreazione medicalmente assistita per avere un figlio, ci sono modi naturali molto più piacevoli, molto più divertenti, tutti sognano di concepire il proprio figlio in una vasca da bagno, però, quando questo non funziona, non è possibile, e diventa necessario rivolgersi alla medicina, alla scienza. Non è mai una scelta di primo acchito felice (Veronica, 56 anni, embriologa, clinica privata, Nord Italia).

Nel momento in cui il desiderio di maternità viene ricondotto a qualcosa di naturale, radicato nell'essere donna, pertanto difficilmente mutabile, le tecniche di riproduzione medicalmente assistita acquisiscono la propria legittimità: come negare l'acqua a chi ha sete? Come negare il cibo a chi ha fame? La posta in gioco, in questi casi, si costituisce in termini di sopravvivenza. L'ottenimento di una gravidanza per una donna[26] che desidera diventare madre è paragonata al soddisfacimento della fame, della sete. Tale visione acquista sempre più forza soprattutto a fronte del fatto che le tecniche di riproduzione si concentrano quasi totalmente su di essa, sul suo corpo: «Il problema è che la cura per la fertilità, anche se l'indicazione è di origine maschile, sarà quasi tutto sulla donna, perché è la donna che dovrà - sempre nella fecondazione assistita – è la donna che deve essere prestata, la donna che dovrà fare la stimolazione, la donna che dovrà fare l'intervento chirurgico per recuperare gli ovociti» (Federica, 53 anni, embriologa, direttrice di laboratori di embriologia, andrologia e crioconservazione, cliniche private, Centro Italia). Pertanto, per esaudire il desiderio di diventare madre tramite la riproduzione assistita, il cammino è lungo e tortuoso: ecografie, stimolazioni, prelievi e impianti sono le pratiche di cui è oggetto il corpo femminile. La maternità diventa una vera e propria conquista: «the having of children is no longer a taken-for-granted aspect

[26] Tuttavia, il desiderio di maternità non è sempre e comunque considerato lecito - come verrà esposto successivamente. In generale, uno dei criteri per definire la sua legittimità è, ad esempio, lo stato coniugale: «Le donne sono definite egoiste se fanno un figlio o se non lo fanno a seconda del loro stato coniugale: una donna sola se desidera un figlio, una donna coniugata se non lo desidera» (Gribaldo, 2005, 29). D'altronde, in Italia, la *legge 40* del 2004 non permette alle donne single – come alle donne lesbiche - di accedere alle tecniche di riproduzione medicalmente assistita.

of marriage that "just happens", but has become an achievement based on techniques of motherhood that are both newly proliferating and increasingly scrutinized» (Franklin 2013, 242). In questo percorso a ostacoli, l'antropologa Sarah Franklin sostiene non vi sia solo la possibilità di conformarsi alle aspettative di genere, ove l'essere donna coincide con il voler essere madre, ma anche «the opportunity to become gender heroic» (ibidem). La riproduzione assistita va, dunque, a riprodurre delle specifiche visioni, norme sociali e concezioni dei ruoli di genere.
La figura maschile della coppia vi appare, invece, come «rarefatta, il suo corpo praticamente esente dal processo riproduttivo» (Lombardi e De Zordo, 2013, 40).

L'uomo, anche se ha una severa patologia del liquido seminale, deve eiaculare, e solo in rari casi, quando c'è una azoospermia, si deve sottoporre anche lui a un intervento chirurgico. Però, diciamo, il peso del trattamento sicuramente ricade molto di più sulla donna che sull'uomo, a prescindere dall'indicazione. E questo è un problema per entrambi i membri della coppia, eh. Pensa, per l'uomo non è facile essere tra virgolette responsabile della patologia, e poi non esser curato lui, ma essere curata la sua compagna (Federica, 53 anni, embriologa, direttrice di laboratori di embriologia, andrologia e crioconservazione, cliniche private, Centro Italia).

Il momento in cui l'uomo acquista un suo protagonismo è sicuramente la raccolta del seme, necessaria sia per la realizzazione dello spermiogramma, l'esame di base per valutare l'infertilità maschile, che per l'attuazione delle tecniche di fecondazione. In tal modo, il suo ruolo e la sua partecipazione vengono ricondotti e ridotti alla pratica di eiaculazione. La raccolta del liquido seminale, tranne in alcuni casi[27], avviene nelle stanze dedicate all'interno delle strutture di procreazione assistita. Questa situazione, come l'esecuzione dello spermiogramma, viene identificata dagli/dalle intervistati/e come un evento critico per la componente maschile della coppia. Infatti, se nel caso della donna l'infertilità va a toccare direttamente il desiderio di maternità, per l'uomo, essa influisce sull'ideale[28] di maschilità (Connell, 2020). La capacità di fecondare una donna, simboleggiata dal liquido seminale, è fondamentale per l'affermazione della sessualità

[27] Ad esempio, qualora a dover raccogliere il liquido seminale siano ragazzi giovani che soffrono di una malattia oncologica.
[28] Per un'analisi della costruzione dei modelli di maschilità e femminilità nelle società occidentali, e, in particolare, in Italia si veda: Ghigi Rossella e Sassatelli Roberta, *Corpo, genere e società*, il Mulino, Bologna, 2018. Riguardo, invece, la costruzione degli ideali di genere come performanti e performativi: Butler Judith, *Corpi che contano. I limiti discorsivi del «Sesso»*, Feltrinelli, Milano, 1996.

maschile etero-normativa, a sua volta costitutiva del concetto di virilità[29]. L'esame degli spermatozoi, che ne verifica il numero, la forma e la motilità, rappresenta l'occasione per appurare la potenza sessuale maschile. Qualora essa sia minacciata, a essere minato è lo stesso ideale di uomo: «Se non puoi essere padre, poiché non sei in grado di fecondare una donna, non puoi essere veramente un uomo» (Thompson, 2005). Da ciò deriva una forte reticenza da parte delle figure maschili a sottoporre la propria sessualità allo sguardo biomedico. La costruzione della maschilità (Connell, 2020) come equivalente, in primo luogo, alla potenza sessuale e alla capacità di fecondare, e dunque la riduzione a questo della partecipazione maschile nelle tecniche di riproduzione assistita, ha degli effetti importanti sul percorso della coppia. Da un lato, la minaccia è talmente forte che «in alcuni casi ho visto rompersi degli equilibri di coppia. Soprattutto con la sessualità, perché l'uomo spesso identifica il numero di spermatozoi, la mobilità, la forza di questi, con la virilità, cosa che non è così» (Lucrezia, 50 anni, ginecologa, clinica privata, Nord Italia). Dall'altro, l'esclusione dal lavoro riproduttivo, se non nei termini di capacità sessuale, produce sentimenti di sconforto e umiliazione: «Per un uomo è una grande umiliazione non poter fare l'unica cosa che ti si richiede» (Valentini in Lombardi e De Zordo, 2013, 42). Nella riproduzione medicalmente assistita, dunque, si riaffermano e riproducono degli ideali di femminilità, in cui l'esser donna coincide con l'essere madre, e di maschilità, ove la virilità si concretizza, in primo luogo, nella capacità sessuale. In linea con Lombardi, ciò porterebbe a una continua «deresponsabilizzazione maschile dalla scelta genitoriale, dalla presa in carico (anche corporea) della difficoltà di procreare» (ibidem), mentre il peso dell'attuazione della riproduzione graverebbe tutto sulla donna. L'esclusione del corpo e della figura maschile dal percorso di riproduzione assistita si evince anche nelle classificazioni biomediche legate all'infertilità maschile. Nel *Report sull'attività del Registro Nazionale Italiano della Procreazione medicalmente assistita* (2018), ad esempio, le cause di infertilità maschile non sono denominate e riportate nel

[29] Parlando di virilità, Sandro Bellassai afferma:
Tradizionalmente, la virilità è considerata una sorta di quintessenza identitaria del genere maschile. Virile sta anche e soprattutto per vero uomo: essere virile significa essere sicuramente, incontestabilmente maschio nel senso più tradizionale del termine. Secondo i più comuni dizionari, i vocaboli virile e virilità esprimono almeno tre significati. In senso figurato, rimandano ad attributi fisici e morali quali forza, coraggio, vigore, decisione; più letteralmente, vengono utilizzati tanto per indicare la potenza sessuale, quanto per caratterizzare una condizione maschile adulta. In quest'ultima accezione, in particolare, virile si specifica per contrasto con femminile, da un lato, e con immaturo, fanciullesco dall'altro (in Turri, 2013, 225).

dettaglio, ma sono riunite sotto etichette generiche, come "infertilità maschile" (fig.1). Al contrario, l'infertilità femminile viene ampiamente frammentata, definita e specificata.

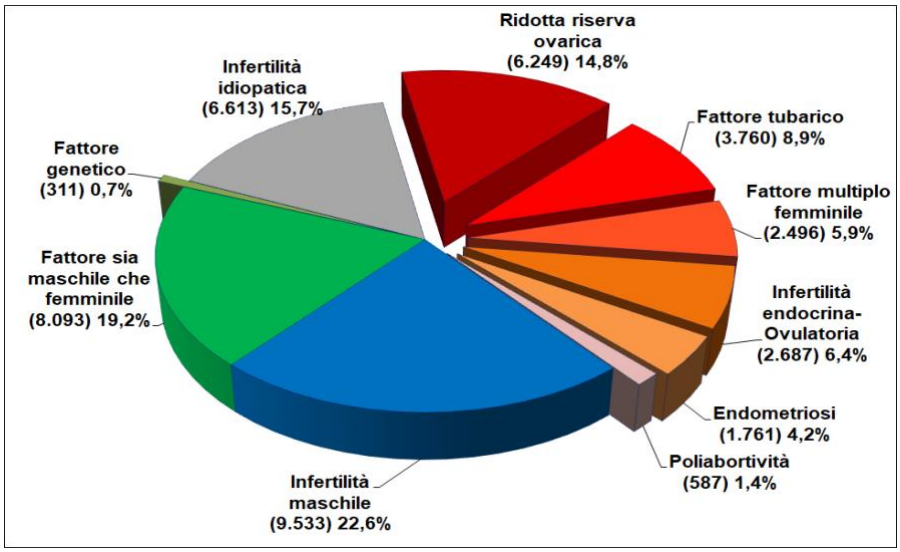

Figura 1: Distribuzione delle coppie trattate con cicli a fresco senza donazione di gameti, secondo le cause di infertilità - anno 2018. (su un totale di: 42.090 coppie).

Se nel caso di altri settori della biomedicina, il corpo che fa da modello e riferimento per la ricerca, gli studi e i trattamenti è quello maschile[30], nella riproduzione assistita, è il corpo femminile che viene indagato, scandagliato e che diventa il soggetto principale delle tecniche: «Women's bodies are not only the recipients of so-called treatments for infertility like in vitro fertilization […] our bodies actually become infertility treatments» (Thompson, 2005, 77). L'uomo è, invece, il grande assente, quasi un «terzo incomodo fra la moglie e il medico» (Lombardi in Lombardi e De Zordo, 2013, 42). Per la medicina riproduttiva il corpo maschile non suscita curiosità: «non solo perché dentro non "succede" niente, ma perché non si presta concettualmente a questa operazione di disvelamento della verità interna: il seme maschile non ha bisogno dei medici per essere

[30] «Per i modelli sperimentali la medicina occidentale per secoli si è basata solo sul corpo maschile, o meglio sul corpo di un giovane uomo di razza caucasica. La donna [...] si è sempre dovuta adattare a dei semplici aggiustamenti» (Giorgino, 2009, 2). Il corpo femminile, infatti, è stato considerato una variante del corpo maschile, anche per quanto concerne gli organi sessuali: Galeno stesso sosteneva che i genitali femminili fossero i genitali maschili ritratti all'interno del corpo. Secondo questa visione, le ovaie erano i testicoli femminili. Si afferma, dunque, il paradigma del corpo unico, ove a fungere da modello è il corpo maschile.

prelevato, non necessita di stimolazioni per essere potenziato, nel corpo maschile non si annidano embrioni e non si sviluppano feti» (ivi, 41). Su questo sfondo, dunque, i pazienti maschili si ritrovano a dover negoziare, proteggere e continuamente riaffermare la propria identità: il loro corpo non è indagato internamente, esso non è il terreno per l'applicazione delle tecniche di riproduzione, ma «il contributo maschile alla riproduzione è appunto solo un "contributo"» (Gribaldo, 2005, 66).
L'esclusione del maschile viene riaffermata anche dall'attenzione predominante che viene posta nei confronti dell'età della donna, durante la presa in carico della coppia; in questo caso, esse diventa particolarmente significativa sia per questioni biomediche, sia per considerazioni di natura sociale ed etica.

2.2. Dibattiti genitoriali

> Oggi si pensa si può fare tutto, sempre, in qualunque momento, schiacciando un bottone, perché probabilmente la tecnologia ci ha insegnato che possiamo... Pensare che oggi io posso vedere una distanza tra casa mia e dove devo andare in cinque secondi, cliccando... Se me lo avessero detto quando avevo quindici anni, avrei detto "Macché, siete matti?". Quindi, è vero, si sono fatti tanti raggiungimenti, ma i limiti biologici sono rimasti [...] Poi, cosa succede, più posticipi, più sei infertile e quindi più avresti bisogno della procreazione medicalmente assistita, che non ripara, non inverte eh (Federica, 53 anni, embriologa, direttrice di laboratori di embriologia, andrologia e crioconservazione, cliniche private, Centro Italia).

> Prima di tutto bisogna riuscire a sfatare il mito che si può avere un bambino in qualunque età, perché molte delle coppie che noi trattiamo sono coppie che hanno un'infertilità per età avanzata, perché hanno subito una comunicazione distorta, utilizzando anche dei testimonial che hanno costruito l'idea che un figlio si può fare in qualunque età (Paolo, 57 anni, embriologo, responsabile laboratorio PMA, clinica privata, Sud Italia).

Le tecniche e le tecnologie che abitano la contemporaneità delineano le condizioni per l'attuazione di possibilità inedite, tra cui, nel caso in oggetto, la potenzialità di dar seguito a un desiderio genitoriale. Quest'ultimo, tuttavia, non è considerato sempre ugualmente lecito: solamente quando le capacità della tecnica incontrano le forme dello stare in relazione considerate socialmente legittime. Inoltre, esse hanno a che vedere con la temporalità e la percezione del tempo: le tecnologie velocizzano dei processi, come nel caso dei mezzi di trasporto e delle comunicazioni, producendo quella compressione del

tempo e dello spazio analizzata da Zygmunt Bauman in *Modernità liquida* (2011); in altri casi, li immobilizzano, li rallentano. La riproduzione medicalmente assistita si situa all'interno di questo secondo filone. Infatti, tramite le tecniche di crioconservazione, come attraverso «la discontinuità introdotta dalle diverse sequenze nel processo riproduttivo: dal trattamento ormonale, al prelievo ovocitario, alla fecondazione, al trasferimento dell'embrione» (Gribaldo, 2005, 61), esse producono «la fantasia di una materia fuori dal tempo» (ibidem).

In particolare, la pratica del social freezing - ovvero il congelamento degli ovociti in età considerata maggiormente fertile, al fine di conservarli per un concepimento futuro - permette di preservare, insieme ai gameti, la propria fertilità. In questo modo, corpo e gameti vengono collocati in due ordini temporali differenti: mentre il primo esperisce lo scorrere del tempo, per i secondi esso è rallentato, congelato. Ciò non significa, tuttavia, «necessariamente mettere la gravidanza in tasca… Congelando gli ovociti non significa che, poi, tu riesca a riprenderla dalla tasca» (Antonella, 50 anni, ginecologa, clinica privata, Centro Italia). Questa pratica si inserisce nel tentativo di rispondere al progressivo aumento dell'età delle coppie e, in particolare, delle donne[31], che decidono di voler avere una prole. L'età della donna è, infatti, uno degli elementi indagati durante le consultazioni con il personale medico. Essa viene valutata secondo due prospettive: la prima, al fine di decidere quali tecniche realizzare, in quanto influisce sulla riserva ovarica e aumenta i rischi ostetrici; la seconda, prende in considerazione, invece, il futuro del/la potenziale bambino/a, e appare riflettere specifiche idee di genitorialità e di famiglia.

In primo luogo, infatti, «è tutto legato all'età della paziente, all'età dell'ovocita» (Giovanna, 70 anni, ginecologa, responsabile clinica privata, Centro Italia). L'età della donna corrisponde, prima di tutto, all'età delle ovaie, «che possono avere dei tempi diversi da quelli del corpo nella sua totalità» (Gribaldo, 2005, 62). In Italia, ad esempio, l'età media in cui si raggiunge la menopausa è di cinquantuno anni, mentre il calo della fertilità comincia molto prima, a circa trentacinque anni (Ferrero e Pulice, 2021). Sebbene l'età della donna venga considerata dagli operatori e dalle operatrici sanitari/e come il fattore principale che riduce le probabilità di gravidanza, dal punto di vista legislativo, la *legge 40* non ha fissato un limite di età per l'accesso alle tecniche. Ciò ha portato a

[31] L'Italia è il paese europeo dove si partorisce più tardi: la media italiana nel 2020 era di 31,4 anni (*Report Natalità e fecondità della popolazione residente*, 2020, 1). Negli ultimi settant'anni l'età media al primo figlio/a è cresciuta di quasi sette anni.

numerose differenze regionali e tra centri pubblici e privati nel gestire tale fattore. Ogni regione, infatti, stabilisce dei limiti d'età qualora le tecniche vengano realizzate a carico del Sistema Sanitario Nazionale: per il Friuli Venezia Giulia, per la Lombardia e per il Lazio, come criterio di accesso «sia per l'omologa che per l'eterologa è stabilito un limite di età per la donna fino al compimento dei quarantatré anni» (Delibera n°61, 2015, 2); il Veneto, invece, ha sancito come limite alla possibilità di ricorrere alla procreazione assistita omologa ed eterologa il cinquantesimo anno d'età della donna (Delibera n°904, 2019). Per quanto concerne i centri privati, invece, è il personale medico che decide caso per caso, anche se nella maggior parte delle occasioni incontrate, l'applicazione delle tecniche di fecondazione assistita trovava un limite di età nelle coppie ove la componente femminile avesse superato i cinquant'anni. Tuttavia, già a partire dai quarant'anni vengono comunicati alle pazienti i rischi ostetrici per la gravidanza e per il parto in età avanzata. In questo senso, c'è chi sottolinea l'importanza che il personale sanitario si concentri solamente sulle problematiche di carattere clinico e biomedico, affermando la necessità di astenersi[32] da un giudizio morale sul desiderio e le scelte di avere una prole in età "avanzata":

> Noi possiamo parlare solo di rischi da un punto di vista sanitario, ma non abbiamo il diritto di stabilire se una donna a quarantacinque, quarantasei, quarantasette anni ha visto il suo orologio biologico cessare di funzionare, perché la quarantasettenne, quarantottenne, quarantanovenne oggi, rispetto alla quarantanovenne di cinquant'anni fa o di cent'anni fa che era già nonna di quattro, cinque nipoti, oggi è una persona che, per mille ragioni, position, carriera, formazione universitaria, può concretizzare il desiderio di relazione. Noi non abbiamo il diritto di giudicare la quarantacinquenne che cerca un figlio. Io, da medico, le posso spiegare quali sono i rischi ostetrici, perché una gravidanza possa anche andare a finire male, quali sono i rischi per il suo stato di salute ad affrontare una gravidanza in età materna avanzata, ma non posso impedirle di accedere alla tecnica. Le posso dire che non lo può fare con le sue uova, certo, questo non è difficile, perché i rischi sono legati al fallimento della stessa, e quindi la prestazione non ha probabilità di successo, e quindi non ha senso che venga percorsa (Raoul, 60 anni, ginecologo, clinica privata, Sud Italia).

[32] Riguardo la reticenza del personale sanitario a occuparsi di questioni che eccedono l'ambito strettamente medico-sanitario, Dominique Memmi sottolinea come tale cautela sia comunque rivelatrice della possibilità che esso vada a «bien imposer aux patients un arbitraire social dont on fait d'eux les gardiens» (2003, 147). Ciò avverrebbe, principalmente, in due modi: attraverso la delega della valutazione a degli agenti esterni (come gli psicologi), o andando a ricondurre ogni questione all'interno del discorso medico, in modo da mostrare di non eccedere il proprio ambito di competenza.

La scelta di "ritardare" la concretizzazione del desiderio di avere una prole viene intesa come conseguenza dei cambiamenti che hanno investito la società italiana, ove si è passati, a partire dagli anni Sessanta, con la seconda transizione demografica[33], dalla «scelta di contenere il numero dei figli, a un sistema in cui ciò che si decide è se fare un figlio» (Grilli, 2021, 52). Quest'ultima appare investita di un potente senso di responsabilità, e vissuta come «accessibile solo a coloro che si sentono pronti, maturi, per aver raggiunto una sicurezza economica, un certo standard abitativo, perché dispongono di una rete sociale di sostegno» (ivi, 55). Per il personale sanitario, infatti, lo stile di vita delle coppie e, in particolare, della componente femminile, diventa significativo nella misura in cui la riproduzione non ne rappresenta la priorità, ma comincia a subentrare nell'orizzonte femminile e/o maschile solamente dopo il conseguimento di una serie di tappe, come la realizzazione professionale e personale. In questo modo, la genitorialità viene concepita su un piano prettamente individuale, legato alle scelte di ognuno/a, escludendo, di fatto, il piano collettivo, che chiama in causa l'offerta e l'accessibilità dei servizi di cura, nonché il mercato del lavoro e le possibilità economiche della società che si abita[34]. A ciò consegue l'innalzamento dell'età in cui si diventa genitori e un

[33] In linea con Grilli:
la seconda transizione non ha solo finito per riguardare i comportamenti demografici in senso stretto (drastica riduzione della natalità, della mortalità, della nuzialità, aumento progressivo delle speranze di vita ta) ma ha investito direttamente i modelli di formazione della famiglia, con l'affermarsi della nuclearizzazione dei gruppi domestici e il consolidarsi progressivo di altri modi di fare famiglia, come le convivenze, sia etero che omosessuali, le famiglie ricomposte derivate dal divorzio, insieme all'aumento dei figli nati fuori del vincolo matrimoniale (Grilli, 2021, 48).

[34] Alcuni/e tra gli/le intervistati/e hanno sottolineato come la scelta di ritardare la concretizzazione della volontà di avere una prole sia il risultato di una mancata offerta di servizi rispondenti alle necessità che una tale decisione possa determinare per i genitori, evidenziando, dunque, la responsabilità sociale:
Il ministro era Lorenzin, all'epoca, promosse questa campagna e uno degli spot era una clessidra, una clessidra che faceva vedere come passa il tempo diminuiva la possibilità di ottenere una gravidanza. E dissi "Beh, è un messaggio che dovrebbero già dare i ginecologi e non lo danno". Loro dicono "Ah, ma stai tranquilla, non ti preoccupare", c'è questo approccio paternalistico, invece dovrebbero dire "No, guardi, a trentasei anni comincia il calo della capacità riproduttiva, a trentanove il calo diventa significativo, a quarantaquattro abbiamo finito la benzina". Questa campagna suscitò delle polemiche molto aspre, in quanto la critica fu "Certo, tu, Stato mi dici che io devo riprodurmi, poi tu non mi dai gli strumenti per aiutarmi. Il lavoro è quello che è, i sussidi sono quello che sono", e via dicendo. Quindi, questa campagna fu precipitosamente ritirata. Quindi è delicato concentrarsi soltanto sull'aspetto biologico. Perché, in realtà, essendo tutti noi immersi nella società, dobbiamo fare i conti con quelli che sono le regole e le dinamiche del paese, quindi... Ancora una volta, è la politica, che poi c'è poco da inventare... (Giulio, 72 anni, ginecologo, responsabile di una clinica privata, Centro Italia).
La campagna a cui fa riferimento il ginecologo è stata messa in atto nel 2016 dal Ministero della Salute; per un riferimento:
https://www.salute.gov.it/portale/fertility/dettaglioVideoFertility.jsp?lingua=italiano&menu=multimedia&p=video&id=1689 (ultima consultazione in data 22 dicembre 2022).

abbassamento del numero di figli per donna[35] – le più caricate della responsabilità genitoriale, in quanto su di esse ricade maggiormente l'impegno di accudimento e di cura dei figli/e.

Tuttavia, l'età della donna non è valutata unicamente rispetto a parametri clinici, ma viene inserita all'interno di un più ampio quadro di considerazioni legate ai modelli genitoriali, alle aspettative sulle forme di parentela e alla tutela del/la nascituro/a. La narrazione di alcuni/e tra gli/le intervistati/e si concentra, infatti, anche sulle implicazioni sociali ed etiche nel partorire un bambino o una bambina in età "avanzata", chiamando in causa, dunque, le idee e i valori legati alla genitorialità e alla parentela. Un'età "troppo avanzata" viene valutata negativamente rispetto alle potenziali implicazioni sulla crescita della prole:

> Noi, di solito, sempre sotto i cinquant'anni, sopra, no. Ma anche lì, è giusto che una cinquantenne arrivi a fare un figlio con ovociti di altri e poi comunque ha un figlio a cinquantuno anni? Questo è uno dei quesiti che uno si pone. Perché questo bimbo nasce con una mamma che ha cinquantuno anni, quindi quando lui ne avrà venti lei ne avrà già settantuno. Va bene? Non è una bella cosa. Secondo me non è una bella cosa, nel senso che lui si trova a vent'anni che ha tutto da fare e due genitori da accudire, perché cominciano a essere magari con i problemi... Non è un giudizio che sto esprimendo, sono i quesiti etici che uno si può porre (Giada, 48 anni, embriologa, clinica privata, Nord Italia).

> Nei paesi dell'Est europeo si arriva fino oltre ai sessanta. Questo mi sembra un po' una forzatura, perché il cucciolo che deve essere cresciuto dalla mamma, che deve essere svezzato, è un po' il contrario. A dieci anni avrà una nonna con il bastone, è poco fisiologico. Noi dovremmo seguire il più possibile la fisiologia (Lucrezia, 50 anni, ginecologa, clinica privata, Nord Italia).

In questi casi, le parole dei dottori e delle dottoresse riflettono delle visioni di parentela, di maternità e di paternità, ove la natura e la biologia rappresentano sempre il punto di riferimento. Queste ultime, non potendo più essere date per scontate, vengono comunque ricercate e prodotte tramite le tecnologie riproduttive. Il modello di parentela che funge da norma e che si vuole riprodurre è quello definito "euroamericano" (Schneider, 1968). Questo è caratterizzato dalla centralità che viene conferita alla condivisione biogenetica quale fondamento per la costituzione di un legame familiare: dalla «congiunzione tra la

[35] Secondo l'ISTAT, nel 2020 il numero di figli/e per donna era di 1,24 (*Report Natalità e fecondità della popolazione residente, anno 2020*, 1). Nel 1950 ammontava a 2,4.

natura e la legge, [che] trova nell'atto sessuale e procreativo [...] un legame scontato tra la sostanza biogenetica, permanente e oggettiva, e il sentimento duraturo della solidarietà parentale» (Grilli, 2021, 77). In tal modo, si costituisce un parallelismo tra la riproduzione naturale e l'istituzione sociale della parentela, ove il padre è colui che ha fornito il gamete maschile, e la madre è colei a cui appartiene il gamete femminile e che porta avanti la gravidanza. Il legame biologico costituisce la base per la costruzione del legame sociale[36]. Il modello riproduttivo che viene considerato naturale è, dunque, quello rappresentato dalla coppia eterosessuale, che si riflette, come riaffermato nella *legge 40* (articolo 5, comma 1), nelle istituzioni sociali del matrimonio e della convivenza. Inoltre, quando nel 2004 venne promulgata la legge, l'importanza della condivisione di sostanze biologiche era attestata dall'impossibilità di ricorrere alla fecondazione eterologa. Nonostante il divieto di eterologa sia stato revocato nel 2014 da una sentenza della Corte costituzionale, essa appare comunque come "l'ultima spiaggia", la tecnica da prendere in considerazione qualora non vi siano altre possibilità (secondo il criterio[37] di "gradualità" delle tecniche). Tuttavia, anche nella tecnica di fecondazione eterologa, la condivisione di sostanze biogenetiche con almeno uno dei componenti della coppia viene ritenuta fondamentale. E, poiché la donna è necessariamente la gestante - con la possibilità, dunque, di vivere l'esperienza di portare avanti una gravidanza, pratica che, in alcuni casi, viene ritenuta

[36] È necessario sottolineare come, d'altro lato, nel caso specifico dell'eterologa si delineino le condizioni per l'innescarsi anche di altre possibilità di legami. In questa pratica, il parallelismo "natura/istituzione sociale" viene meno: il padre e la madre biologica possono non corrispondere al padre e alla madre sociale/di intenzione. Infatti, subentrano figure terze, come i donatori e le donatrici, che danno a disposizione i propri gameti per la filiazione altrui. In questa situazione, il legame naturale, che si esprime nella condivisione biogenetica, non corrisponde al riconoscimento legale. L'equazione natura-legge non è riconosciuta. Il donatore e la donatrice, infatti, non sono ritenuti i genitori dei nascituri. Nonostante ciò, la loro collocazione relazionale nei confronti della coppia, come quella dei loro figli, può variare. Costoro, infatti, possono sviluppare dei legami affettivi, in virtù della loro partecipazione a un percorso tanto delicato, con i genitori di intenzione, come con i nascituri. Tuttavia, in Italia, proprio a fronte di queste possibilità di costituzione di legami parentali inediti, vi è l'obbligo che donatori e donatrici rimangano anonimi. Gli stessi dottori e dottoresse, quando la tecnica ha successo, vengono integrati/e, in diversi modi, spesso come padrini/madrine, all'interno della famiglia costituitasi, a testimonianza del legame creatosi e del ruolo che hanno avuto durante il processo riproduttivo. Si costituiscono, dunque, delle relazioni senza nome che scompongono la corrispondenza tra natura e legge, mostrando come le concezioni di parentela siano dei veri e propri modelli sociali e simbolici, tanto descrittivi quanto normativi (Grilli, 2021). La tecnica di riproduzione assistita incarna, è vero, desideri, valori della società e specifiche visioni del mondo, ma produce anche nuove possibilità.

[37] La *legge 40* del 2004 afferma, infatti, che uno dei principi in base ai quali si vanno a realizzare e a somministrare le tecniche di riproduzione medicalmente assistita sia la gradualità, «al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i destinatari, ispirandosi al principio della minore invasività» (articolo 4, comma 2). Pertanto, devono essere prese in considerazione e applicate primariamente le tecniche considerate di minore invasività fisica e psicologica.

già come un atto di "mothering" (Stanworth, 1987) - è l'uomo, qualora sia necessario un donatore esterno alla coppia, che ne patisce le maggiori conseguenze:

> È più facile che una donna accetti l'ovodonazione che un uomo accetti la donazione del seme. E questo è sempre così, eh. Cioè, ha maggiore resistenza l'uomo. Perché l'uomo identifica negli spermatozoi la potenza sessuale, il passaggio nella progenie di qualcosa di sé, capito? [...] Anche perché la donna è gestante, l'uomo no. Cioè la donna nel momento in cui è gestante e porta in sé il prodotto del concepimento, ne è mamma ed è mamma perché partorisce. È mamma colei che partorisce e non che concepisce. L'uomo, invece, se ha cambiato gli spermatozoi, ha una maggior difficoltà di identificazione con il figlio. Perché questa cosa di aver utilizzato il seme del donatore se la porta di più appresso. Tu pensa che prima dell'avvento della 191, che norma i criteri di utilizzazione dei gameti, si faceva cinquanta e cinquanta, cioè, siccome gli uomini avevano necessità di avere questa identificazione, era previsto che usavi un po' di spermatozoi, rari, quei pochi che aveva l'uomo, e poi un po' di seme del donatore, in modo tale da lasciare quel margine di dubbio, che potevi chiarire solo con l'accertamento di paternità successivo, che noi avessimo utilizzato gli spermatozoi suoi o quelli del donatore. Capito? Questo era un trucchetto per far accettare meglio la procedura da parte degli uomini. Adesso non la puoi più fare perché devi avere la tracciabilità di tutto (Raoul, 60 anni, ginecologo, clinica privata, Sud Italia).

Pertanto, la riproduzione medicalmente assistita ripropone alcune narrazioni dominanti legate alla rappresentazione della parentela, quali, ad esempio, la predominanza della coppia eterosessuale, la costruzione di una specifica maschilità che si identificata con la potenza sessuale, e la rappresentazione sociale dell'essere donna che coincide con l'essere madre, nonché i significati di maternità e paternità.

In primo luogo, si è detto, la donna è identificata con le sue funzioni riproduttive[38]: essa, dunque, è, prima di tutto, madre. Pertanto, il suo compito è accudire la prole; anche da ciò derivano i limiti all'accesso imposti secondo il criterio dell'età della donna. Infatti, in quanto figure principalmente incaricate di prendersi cura dei figli/e, le donne devono diventare madri abbastanza giovani per essere in grado di rispondere alle esigenze e alle necessità di accudimento. Anche in questo caso, la fisiologia funge da modello, da punto

[38] Tale visione è stata analizzata dall'antropologa Sherry Ortner nel noto saggio *Is Female to Male as Nature Is to Culture?* (1974), ove essa sostiene che: «woman's body seems to doom her to mere reproduction of life; the male, in contrast, lacking natural creative functions, must (or has the opportunity to) assert his creativity externally, "artificially," through the medium of technology and symbols. In so doing, he creates relatively lasting, eternal, transcendent objects, while the woman creates only perishables – human beings» (ivi, 75). Il processo sociale e culturale di identificazione della donna con le proprie funzioni riproduttive, «excludes her from equal authorship of cultural, political, and social institutions. In other words, her inferiority is derived not from a biological function but from a grammatical one» (Franklin, 2013, 163).

di riferimento: se il periodo di maggior fertilità femminile è tra i venti e i trent'anni, sarà a quell'età che la donna dovrà diventare madre. A una donna di cinquant'anni che desidera divenire madre non vengono date possibilità dalle tecniche di riproduzione assistita: in questo caso, i limiti della biologia non vogliono essere valicati. Si costituisce, invece, una sorta di «conflitto tra immaginario della prassi e del desiderio rispetto a quello della biologia» (Gribaldo, 2005, 105). Il divario eccessivo che si creerebbe tra la madre e il/la figlio/a diventa un ostacolo per la realizzazione delle tecniche: «si tratta di un limite "soggettivo", che non riguarda i corpi biologici, ma i corpi sociali» (ivi, 64).

Il caso del padre è differente. Infatti, la rilevanza dell'età maschile si limita a considerazioni di natura biomedica. Tuttavia, il corpo biologico non assume particolare significato, in quanto: «Nell'uomo non è dimostrato un limite di età che possa interferire» (Paolo, 57 anni, embriologo, responsabile laboratorio PMA, clinica privata, Sud Italia). Dunque, i limiti d'età per l'accesso alle tecniche non valgono per la componente maschile della coppia. Non sarà forse che il ruolo del padre nell'accudire la prole non è ritenuto così fondamentale, e, quindi, il divario d'età non è più rilevante? Su questo punto, alcune intervistate hanno sottolineato la necessità di prendere in considerazione anche l'età del partner maschile, poiché, nella costruzione della genitorialità, «madre e padre contribuiscono in egual misura alla nascita di un figlio, sebbene ognuno con la sua specificità» (Gribaldo, 2005, 64).

> Sulla donna è regolamentato, a livello locale di ogni centro, ma sull'uomo no. Perché? Sull'uomo non c'è un limite di età, uno può arrivare anche a sessanta, settant'anni. Addirittura, a volte arrivano degli ultrasettantenni con le quarantenni, avoja arrivano. E lì lo può fare, però, comunque, questo bambino avrà sempre un padre di settant'anni. Ok, la mamma avrà un ruolo diverso, ma comunque un padre anziano... Perché lì non è regolamentato, dovrebbe essere regolamentato (Giada, 48 anni, embriologa, clinica privata, Nord Italia).

Nonostante alcune voci contrarie, il quadro, tanto legislativo, quanto rappresentativo, delinea delle forme dello stare in relazione più lecite di altre; e solamente le prime possono essere riprodotte.

La riproduzione medicalmente assistita, quale ha cittadinanza in Italia, mette in atto, dunque, una forma di normalizzazione della parentela, «that allows new technology to coevolve with existing sexual, gender, and kinship norms, adding a degree of flexibility

to the reproduction of reproduction, while largely keeping the structure of bilateral, biological kinship norms intact» (Franklin, 2013, 7). Essa, infatti, riproduce delle specifiche istituzione sociali, come la parentela biologica e l'unione eterosessuale. Ciò a fronte del fatto che gli operatori e le operatrici sanitari/e, in quanto attori e attrici del processo di riproduzione «si sentono chiamati in causa nell'immaginare le famiglie che contribuiscono a creare» (Ferrero e Pulice, 2021, 179). Pertanto, essi/e sviluppano delle riflessioni sulle figure che potrebbero andare, in futuro, ad assumere il ruolo di genitori di una prole che hanno contribuito a creare. Al fine di tutelare il/la nascituro/a, i dottori e le dottoresse si pongono numerosi interrogativi e prendono in considerazione molteplici caratteristiche della coppia, andando, dunque, a valutare gli accessi caso per caso.
Innanzitutto, è fondamentale tenere conto delle condizioni di salute dei potenziali genitori. Queste ultime non sono considerate solamente rispetto a una diretta relazione con le probabilità di successo delle tecniche, come nel caso della riserva ovarica o dei possibili rischi ostetrici nel portare avanti una gravidanza, ma sono ritenute rilevanti anche per quanto concerne l'accudimento della prole: ne sono un esempio pazienti con l'HIV o il cancro. In queste rientrano anche condizioni psichiatriche, come la depressione, e comportamenti definiti "patologici", quali la tossicodipendenza:

> Devo dire, sì, ci sono state alcune occasioni in cui abbiamo avuto qualche dubbio, ma chi siamo noi per giudicare? Abbiamo cercato, in certi casi, il colloquio con la psicologa. Persone con comportamenti patologici seri, un pregresso di tossicodipendenza, no. C'era una metodica per cui le coppie tossicodipendenti, quelle con l'HIV positivo, facendo alcuni trattamenti, potevano evitare di trasmettere il virus al partner (Giovanna, 70 anni, ginecologa, responsabile clinica privata, Centro Italia).

> Io ho avuto adesso diverse coppie con problematiche... L'ultima, se va bene anche fare esempi concreti: lui con una familiarità di suicidi, in terapia psichiatrica con una depressione importante, cinquantadue, cinquantatré anni, lei una bella ragazza, molto più attiva, più vivace, ma anche lei con qualche problema psichiatrico, tant'è che era in terapia, molto più giovane perché aveva tra i trentasei e i trentasette anni, e cercavano un figlio. E io mi chiedo: "Ma questa coppia, un conto se rimane incinta spontaneamente, ma se sono io ad aiutarli a rimanere incinta, cioè a ottenere una gravidanza, io mi pongo qualche problematica". A parte che adesso lui ha provato a fare la raccolta del seminale e ci è andata bene che non riesce neanche (Lucrezia, 50 anni, ginecologa, clinica privata, Nord Italia).

Qualora il personale sanitario avesse dei dubbi in merito alla genitorialità e alla tutela del nascituro, la prassi è quella di delegare la risoluzione della problematica ad altri

specialisti, come psicologi/he o psichiatri/e. Nonostante ciò, è evidente come nella presa in carico di una coppia si annidino una molteplicità di questioni, che esulano dalla dimensione strettamente medico-sanitaria, per interpellare visioni sul futuro della potenziale famiglia e sulle caratteristiche dei genitori. Pertanto, il personale sanitario si trova, spesso, a confrontarsi con dubbi etici e morali legati alla responsabilità di cui è investito, esperendo un vero e proprio «spaesamento etico» (Ferrero e Pulice, 2021, 167), che tenta di risolvere appellandosi alla clinica o alla psicologia. Infatti, come affermano le *Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita* (2015): «Al riguardo, come previsto all'art. 6, comma 4, della legge n. 40/2004, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario. In tale caso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione». Pertanto, si mette in atto una dissimulazione, un mascheramento delle interpretazioni e delle definizioni sociali che sottendono alcuni tra gli sguardi e le scelte cliniche nella presa in carico della coppia. In questo senso, sostiene ancora Memmi, «la règulation prend l'apparence distanciée du positivisme médical, un positivisme de l'oeil et qui vaut comme discours de vérité face au regard profane» (2005, 162).

3. «Il viaggio è altrettanto importante della meta»

> A volte un gesto, un semplice gesto, è un'epifania che fa riapparire, ristabilisce o ricostruisce un'idea di umanità che occorre sostenere perché potrebbe scomparire, mentre invece è il fondamento dell'esistenza di noi tutti (La Capria, 2009, 24).

3.1. L'accompagnamento: «rimettere le cose nella giusta prospettiva»

Una volta che le coppie abbiano svolto le prime consultazioni con il personale medico, e che quindi quest'ultimo abbia delineato il contesto di partenza – età della donna e tempo di ricerca prole – vengono svolti i primi esami clinici al fine di inquadrare l'eventuale problematica.

I pazienti hanno una serie di esami, sia per lei, sia per lui; quindi, passa un periodo diagnostico dove noi abbiamo una valutazione, per lui di dosaggio ormonale e di qualità del seme, per lei diversi esami, dosaggio ormonale, ecografia, si segue un ciclo, si possono fare diversi esami che riguardano la cavità uterina e poi un secondo consulto [...]. Quando i pazienti hanno raccolto tutti i loro esami, si fissa il secondo consulto e si decide quale sarà il percorso da fare, in funzione dell'età, della loro storia precedente, il percorso più rapido per ottenere una gravidanza [...] e questo è un momento di decisione. Si fa anche là una valutazione della capacità riproduttiva (Filippa, 54 anni, embriologa, responsabile laboratorio, clinica privata, Sud Italia).

Si vanno a ricercare, dunque, i motivi fisiologici che possono determinare l'infertilità della coppia, come quelle che sono definite disfunzioni anatomiche, ormonali, immunitarie o genetiche. L'infecondità può essere ricondotta anche a «infezioni sessualmente trasmissibili, stili di vita a rischio, esposizione ad agenti tossici o nocivi legati alle condizioni ambientali o occupazionali» (Mc Donald in Lombardi e De Zordo, 2013, 53). Tuttavia, quasi il 20% dei casi di infertilità sono idiopatici, ovvero hanno un'origine ignota: essi sono, dunque, inspiegabili. Durante il percorso, dai primi consulti agli esami diagnostici, dalla decisione rispetto alle tecniche da implementare alla concretizzazione di queste ultime, il personale medico accompagna la coppia, prescrivendole dei comportamenti e delle regole, e dandole dei consigli al fine di aumentare le probabilità di successo delle pratiche realizzate. La riproduzione medicalmente assistita, dunque, non offre solamente delle prestazioni, ma «prescrive comportamenti, regole, procedure» (Lombardi in Lombardi e De Zordo, 2013, 19), andando a implementare una forma di normalizzazione dei comportamenti. Quest'ultima si sviluppa per mano, in prima istanza, della legislazione, che nel definire i requisiti per l'accesso, le pratiche lecite e illecite, e nel circoscrivere le possibilità della tecnica e della biomedicina, come dei suoi attori e delle sue attrici, si esprime, di fatto, promuovendo determinati comportamenti rispetto ad altri, particolari forme di parentela e di famiglia rispetto ad altre, nonché favorendo specifiche relazioni, pratiche biomediche e concezioni della tecnica rispetto ad altre. La legislazione delega, successivamente, agli operatori e alle operatrici sanitari/e e ai/alle pazienti la concretizzazione e l'implementazione di tali visioni nell'ambito della riproduzione medicalmente assistita. In questo senso, Dominique Memmi sostiene che la normalizzazione delle condotte si realizza tramite l'esercitarsi di un governo della parola che si attua mediante delle forme di autocontrollo, tanto delle coppie, quanto del personale sanitario. Prendendo in considerazione i/le

pazienti, Memmi individua tre momenti in cui si concretizza tale normalizzazione: in primo luogo, durante la presa in carico, la coppia deve impegnarsi in pause di riflessione, spesso interposte tra le consultazioni mediche, in modo da «introduire du temps entre soi et l'objet de son désir» (2003, 49). Nel caso italiano, la legge 40 prevede, ad esempio, che «tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni» (articolo 6, comma 3). In secondo luogo, essa deve essere disposta ad assumere una posizione di indagine e riflessione sulla propria biografia, in modo da essere pronta a giustificare la richiesta di accedere alle tecniche. In ultimo, « le patient se voit fortemente incitè à "parler" son rapport au corps, à le "symboliser", c'est-à-dire, sous relative contrainte, à administrer par la parole son rapport aux pulsions, aux affects, bref à l'inconscient intensément mobilisé par cette zone de rapport de soi à soi» (Memmi, 2003, 49). Si istituisce una sorta di incitazione alla psico-analisi[39], delegata, in questo caso, a ginecologhe e ginecologi. Costoro partecipano al dispositivo di governo della parola tramite l'incorporazione di specifiche condotte: anch'essi/e devono parlare, simboleggiare, spiegare, consigliare, al fine di far parlare. E qui vi è tutta la differenza. Infatti, la reciprocità dei racconti di vita è disattesa: il personale sanitario domanda, consiglia, prescrive, mentre i/le pazienti narrano la propria intimità, si mettono a nudo, metaforicamente e concretamente. Si passa dalla «rècit de vie» (ivi, 59), che, nel corso delle consultazioni mediche assume la forma dell'anamnesi, a un primo inquadramento della problematica e dei modi attraverso cui poterla affrontare. Ecco che, nel raccogliere le parole e le narrazioni, il personale medico produce anche delle raccomandazioni sull'attività sessuale e sulle azioni da intraprendere (come nel caso dei rapporti mirati): «Devi, anche in quel senso lì, dargli un po' una mano a rimettere le cose nella giusta prospettiva» (Eugenia, 46 anni, androloga, clinica pubblica, Centro Italia). In questo senso, il controllo delle condotte si esprime, secondo Dominique Memmi, anche attraverso una forma di "counseling", ovvero: «l'obligation d'être confrontè à une ou plusieurs figures, chargées de prodiguer informations et conseils à un sujet laissè ensuite à une maturation capable des dècisions souveraines en connaissance de cause. Conseil assurè par des individus mis en position d'experts, il s'accompagne cependant d'un

[39] Così commenta un ginecologo rispetto al ruolo degli/lle psicologi/he nell'ambito della riproduzione medicalmente assistita: «Non perché sia lo psicologo che ti debba dire se puoi o non puoi fare un figlio, ma perché ti debba profilare meglio per dare quegli strumenti al medico per capire meglio i tratti della personalità che stanno dietro a quella paziente e che cosa sta realmente dietro a quel desiderio riproduttivo» (Raoul, 60 anni, ginecologo, clinica privata, Sud Italia).

contrôle des motifs » (Memmi, 2003, 26). Ciò che acquisisce la valenza dell'obbligatorietà sono, in ultima istanza, le consultazioni stesse, dalle quali scaturiscono racconti di vita che, a loro volta, rappresentano le colonne portanti della strutturazione clinica del percorso di riproduzione medicalmente assistita. Sulla legittimità dei racconti, definita non solamente sulla base della legislazione o di motivazioni medico sanitarie, ma osservati anche con occhi carichi di valori sociali, visioni di parentela e genitorialità, si gioca la possibilità di accesso alle tecniche. Tuttavia, l'accertamento e la verifica della domanda di parentela, come la costruzione del contesto entro cui essa si struttura, sono i punti di partenza di un cammino irto e tortuoso, ove, ancora una volta, la relazione con il personale sanitario si fa chiave di volta.

3.2. La relazione che (potenzialmente) cura

I momenti di collezione della storia della coppia, come delle condizioni fisiologiche dei/lle pazienti, si costituiscono come occasioni fondanti i ruoli dei/lle ginecologi/he, come degli/lle ostetrici/he, nel campo della riproduzione medicalmente assistita. Questi/e, infatti, sostengono che la complessità del proprio lavoro non sia data dagli interventi chirurgici, dai prelievi o dalle inseminazioni, quanto dalla capacità di costruire uno sguardo diagnostico sulla coppia specifica e, soprattutto, sulla creazione di una relazione forte, fiduciosa e sincera con essa. Infatti, «l'accompagnamento in questo campo è, forse, altrettanto importante della tecnologia che si mette in piedi» (Federica, 53 anni, embriologa, direttrice di laboratori di embriologia, andrologia e crioconservazione, cliniche private, Centro Italia). La riproduzione medicalmente assistita si costruisce su questo: «non è un intervento chirurgico complesso, è banale, non è assolutamente difficile dal punto di vista manuale fare un prelievo ovocitario, è una cosa abbastanza semplice. Il fatto di avere appreso la manualità è forse l'ultima delle cose, la cosa più importante è quella di riuscire ad avere una visione diagnostica globale» (Giulio, 72 anni, ginecologo, responsabile di una clinica privata, Centro Italia).

Gli operatori e le operatrici sanitari/e si trovano, dunque, a svolgere, da un lato, la funzione di sollecitatori biografici, nel cercare di ottenere quelle informazioni che possano divenire utili al fine di delineare il quadro diagnostico. In questo senso, essi/e diventano anche i/le responsabili etici/he e morali dell'attuazione delle tecniche: a fronte

della loro implicazione nel processo che si conclude potenzialmente con la nascita di una prole e la formazione di una famiglia, essi/e si sentono investiti/e della responsabilità di indagare la scelta e la biografia dei futuri genitori per assicurare la tutela del/la nascituro/a. Dall'altro lato, durante tutte le fasi della messa in opera della riproduzione medicalmente assistita, costoro esercitano il ruolo di consulenti e consiglieri, nonché di supporto psicologico ai/alle pazienti. Infatti, «esistono delle coppie che vengono al centro per un consulto dopo una lunga storia» (Filippa, 54 anni, embriologa, responsabile laboratorio, clinica privata, Sud Italia), spesso caratterizzata da numerosi tentativi e fallimenti, nonché, dunque, da frustrazioni e delusioni. Proprio a fronte dell'estremo coinvolgimento emotivo e psicologico delle coppie che esperiscono delle problematicità nell'esaudire il desiderio di maternità e paternità, l'infertilità viene considerata da alcuni/e intervistati/e come «una patologia, ma non è una malattia fisica della persona, è più uno stato patologico della psiche, perché è lì che si gioca poi il desiderio di avere il figlio, è lì che si gioca l'impossibilità di averlo. È più un problema psicologico che un problema medico [...] Quanto meno, c'è un 50% di problematica psicologica da gestire e un 50% di problematica medica» (Giulio, 72 anni, ginecologo, responsabile di una clinica privata, Centro Italia). Pertanto, l'accompagnamento del personale medico acquisisce le forme di un sostegno che tenta di rispondere e alleviare momenti di tensione emotiva, di forti inquietudini, preoccupazioni e ansie. Il desiderio di genitorialità è percepito come un bisogno generativo, il quale, nel momento in cui non trova riscontro e possibilità nei tentativi della coppia, assume le caratteristiche di una condizione di profonda sofferenza. A questa urgenza tentano di rispondere le tecniche di riproduzione medicalmente assistita, mediante la delineazione di un percorso costituito da molteplici tappe. La cifra che lo caratterizza è, infatti, la ripetizione: non solo vengono replicati gli incontri e le consulenze, ma anche gli esami, le tecniche, le operazioni, andando a strutturare un «"multiple cycle approach", cioè è un percorso insieme che può richiedere più trattamenti. Non dobbiamo puntare tutto su di un singolo trattamento, se no la coppia, al primo fallimento, abbandona. Mentre se tu gli hai fatto un progetto, capisce meglio il fatto che lo deve ripetere» (Federica, 53 anni, embriologa, direttrice di laboratori di embriologia, andrologia e crioconservazione, cliniche private, Centro Italia). La diagnosi di infertilità, momento già di per sé denso di significati che si ripercuotono sulla vita emotiva, psicologica e sociale della coppia, è, dunque, solo l'inizio di un cammino, composto da

numerosi ostacoli da affrontare e tappe da superare: il racconto della vita intima e sessuale, il monitoraggio continuo del corpo femminile, le speranze e le aspettative che si incontrano e, spesso, scontrano con le stimolazioni ormonali, i prelievi, l'attesa di notizie dal laboratorio, le fecondazioni mancate, ecc. L'elevato contenuto emotivo di tale ambito è legato anche alla consapevolezza del fatto che «ognuna di queste contiene in sé la probabilità di dover tornare sulla "casella di partenza", rischiando di vanificare di fatto le fatiche intraprese fino a quel momento» (Monacelli et al. in Di Trani e La Mesa, 2017, 84). Dalla complessità e dalla difficoltà del cammino deriva la presenza costante del personale medico, che attua un vero e proprio «accompagnamento emotivo» (ivi, 85) delle coppie, attraverso ogni gradino.

Ci sono pazienti che necessitano di parlare e di essere ascoltati; infatti, io mi prendo sempre tanto tempo per fare la prima visita, spesso sforo, proprio perché hanno bisogno di raccontarsi, dire dettagli che a loro avviso sono importanti, magari poi non lo sono realmente o non aggiungono o non tolgono nulla a me, nel momento in cui mi metto a gestire il loro caso, ma per loro è importante che tu sappia tutto e hanno bisogno di sentire empatia, hanno bisogno di consigli, hanno bisogno di rassicurazioni (Veronica, 56 anni, embriologa, clinica privata, Nord Italia).

Ho sempre detto loro [ginecologi e ginecologhe] che avrebbero imparato senz'altro il tecnicismo dell'iter terapeutico, una cosa che sarebbe stata più difficile da imparare e ci sarebbe voluto del tempo è l'approccio psicologico. Un 50% almeno del successo è il legame che si riesce a creare con la coppia, perché non sono tutte rose e fiori, ci sono dei fallimenti. La gestione del fallimento è una delle problematiche maggiori. Io spesso dico "Siamo sulla stessa barca, noi tre", quindi possiamo andare avanti insieme e riuscire insieme, poi, se ci sono problemi, li abbiamo tutti e tre (Giulio, 72 anni, ginecologo, responsabile di una clinica privata, Centro Italia).

Non sono tanto le operazioni[40] e le applicazioni cliniche della tecnica a essere i punti centrali dell'intervento clinico, quanto la gestione del percorso dal punto di vista relazionale. La caratteristica fondamentale del rapportarsi del personale medico nei

[40] «L'atto chirurgico è veramente a bassissimo rischio, a bassissima invasività, la stimolazione ormonale, oggi, con i nuovi farmaci, con la nuova combinazione di farmaci, è bassissimo impatto, ma viene percepito come una tragedia. Ma questo proprio in letteratura, viene percepito come uno stravolgimento a 360 gradi, ma perché? Perché la donna sta investendo nel progetto della sua vita. Ecco perché l'accompagnamento psicologico è molto importante» (Federica, 53 anni, embriologa, direttrice di laboratori di embriologia, andrologia e crioconservazione, cliniche private, Centro Italia). Infatti, l'infertilità è un'esperienza sociale, culturale, relazionale, un'esperienza dei corpi, che va a impattare direttamente i progetti di vita e, quindi, l'orizzonte di senso dei soggetti coinvolti.

confronti delle e dei pazienti è considerata l'empatia. Tale concetto rimanda all'idea di "sentire dentro", ovvero di «entrare nel mondo di un'altra persona» (Rogers in Piasere, 2002, 150), che riflette, dunque, ««una condizione ed uno stato interiore di apertura, di disponibilità, di ricettività e permeabilità affettiva» (Eisenber e Strayer in Piasere, 2002, ibidem). Gli operatori e le operatrici sanitari/e sono chiamati/e a mettere in campo questa modalità relazionale, al fine di accogliere al meglio le sensibilità e i bisogni della coppia. Ne consegue che il momento del fallimento diventa un evento in cui «Crolla il mondo addosso a tutti tre: alla coppia, ma crolla il mondo addosso anche al medico» (Raoul, 60 anni, ginecologo, clinica privata, Sud Italia). Tuttavia, a fronte del ruolo di cui sono investiti/e gli operatori e le operatrici sanitari/e e l'obiettivo che si prefiggono di raggiungere, per evitare di "disorientarsi" nelle aspettative e nelle intense emozioni implicate nel processo di riproduzione medicalmente assistita, alcuni tra gli/le intervistati/e hanno sottolineato la necessità di trovare un equilibrio tra un profondo coinvolgimento nelle vicende emotive dei pazienti e il completo distacco[41]. I momenti di decisione, come la gestione dei fallimenti, sono considerati, proprio perché particolarmente carichi emotivamente, tra i più complessi da gestire. Gli e le intervistate sottolineano, dunque, come siano chiamati/e a svolgere un articolato bilanciamento, che deve tenere insieme il coinvolgimento emotivo e relazionale nei confronti dei/lle pazienti e la necessità di operare la scelta "migliore" rispetto al fine prefissato.

> Bisogna sempre essere un po' delicati, mai troppo taglienti, non si può dire "No, così non si arriva a una gravidanza". No, si può dire che così ce ne sono pochi, ma si può vedere cosa si può fare, si può cambiare, si può vedere l'andrologo per vedere cosa ci può dare come possibilità terapeutiche. Ecco, lasciare sempre un po' uno spazio, una speranza. [...] C'è sempre questo aspetto quando viene una coppia a chiederti aiuto, tu dall'altra parte devi essere un po' sincero, un po' sì, un po' no, per cercare di capire dove si può arrivare (Lucrezia, 50 anni, ginecologa, clinica privata, Nord Italia).

[41] In questo caso, è necessario tener conto della natura della seguente ricerca e della sua metodologia. Infatti, le narrazioni raccolte nelle interviste non equivalgono necessariamente alla loro messa in pratica. Per avere un quadro più completo della relazione tra il personale sanitario e i pazienti, prendendo in considerazione, dunque, anche le esperienze di questi ultimi, nel caso della riproduzione medicalmente assistita, rimando a: Franklin, 1997; Guerzoni, 2020; Gribaldo, 2005. Inoltre, da questo punto di vista, un'intervistata ha affermato «Poi, mi rendo conto che i centri grossi, io sono stata in due centri grossi, in tutti i due posti i medici venivano accusati di poca empatia. Questo deriva dal fatto che quando hai tanti i numeri, i medici, poveretti anche loro non è che... Però, in tutti i posti si cerca sempre di tornare indietro, di fare un minimo di correzione di comportamenti che potrebbero essere un poco, non dico professionali, perché professionali lo sono sempre, ma empatici, ecco» (Barbara, 58 anni, embriologa, centro pubblico, Nord Italia).

Gli operatori e le operatrici sanitari/e sottolineano, dunque, l'intersezionalità del loro ruolo: essi/e svolgono contemporaneamente le attività di raccolta di storie, e quindi di indagine nell'intimità delle coppie, di consiglieri/e, investiti del compito di prescrivere e indirizzare modi di comportamento e possibilità, e di accompagnatori/ici empatici rispetto alle necessità della coppia e nei momenti di difficoltà e insuccesso. Il fallimento di un tentativo, di un ciclo di applicazione di una tecnica specifica, viene identificato dal personale sanitario come uno tra i momenti più complessi da affrontare e gestire. Infatti, per le coppie che arrivano a decidere di intraprendere tale opzione, le tecniche di riproduzione rappresentano «the only chance of having a child» (Franklin, 1997, 202). Per questa ragione, esse proiettano potenti speranze e grandi aspettative sulla riuscita delle tecniche: una fiducia miracolosa avvolge le possibilità di cui sarebbe portatrice la tecnica stessa. Tuttavia, le statistiche[42] riportate dai centri di riproduzione medicalmente assistita rispetto alle probabilità di successo dell'applicazione della tecnologia medica raccontano un'altra storia:

> Uno degli errori è di non spiegare bene che a questa tecnica non corrisponde necessariamente un risultato positivo. Spesso dico che non è come l'appendicectomia che leva via l'appendice e in vita sua non avrà più appendiciti. Quindi, scusa, è diverso. Noi facciamo un tentativo, applichiamo la tecnica di fecondazione assistita, questa tecnica può dare un risultato, può non darlo, anzi, è più probabile che non lo dia, perché in natura, su dieci embrioni che arrivano nell'utero di ogni donna, tre si impiantano e sette no. È una legge naturale che viene rispettata anche nei casi di fecondazione assistita, qui, ovviamente, le percentuali sono superiori, però, il 100% non esiste da nessuna parte del mondo. Questa è una cosa importante perché la coppia sia attrezzata anche alla gestione dell'insuccesso, perché la cosa più problematica è quando la coppia ha un'aspettativa magica nei confronti della fecondazione assistita quando non va, crolla il mondo addosso (Giulio, 72 anni, ginecologo).

Secondo l'antropologa Sarah Franklin, la forte speranza che investe le tecnologie di riproduzione medicalmente assistita, nonostante le basse probabilità di ottenimento di una gravidanza, è legata alla retorica che avvolge il progresso scientifico. In questo senso, essa sostiene che tale ambito sia attraversato da «a narrative of hope: hope for children via scientific progress», realizzata attraverso «the depiction of techniques such as IVF in

[42] Nel 2020, secondo i dati riportati dal *Report attività del Registro nazionale italiano della PMA*, la percentuale di parti ottenuti tramite la crioconservazione di gameti è stata di 12,7%, che sale a 21,8% se a essere crioconservati sono stati gli embrioni (2020, 42).

terms of a series of progressive stages» (1997, 12). Il progresso scientifico è, infatti, rappresentato come una storia di esplorazioni e scoperte, di indagini che, passo dopo passo, tentativo dopo tentativo, portano a rivelazioni e trionfi. In questo senso, ogni ciclo fallito contiene la possibilità di un futuro successo: «success is only one step away. Hence, the certainty of resolution—one way or another—which often characterises the decision to undertake IVF can be seen to dissipate over the course of serial failure» (ibidem). La riproduzione medicalmente assistita fornisce e simboleggia dunque una speranza, un'opportunità, spesso accompagnata da aspettative miracolose sulle potenzialità dei trattamenti medici e della tecnica.

Nelle parole degli/lle intervistati/e si coglie un'ulteriore sfaccettatura di questa analisi: non è solamente la speranza nella scienza e nelle potenzialità miracolose della tecnica a spingere le coppie a continuare un percorso denso di ostacoli e fallimenti, ma la consapevolezza di aver provato, di aver tentato di attuare quello che si esperisce come un progetto di vita:

> Il fatto di fare qualcosa, arrivare a fare un'inseminazione intrauterina, una fecondazione assistita, se ci sono i criteri - perché non è che lo faccio a chiunque - con una percentuale anche bassa, sotto il 5%, capisco che è importante, anche con un 95% di insuccesso, dire "Io comunque ho provato a fare qualcosa, anche se mi gioco una piccola percentuale", e questo li fa stare un po' più sereni» (Lucrezia, 50 anni, ginecologa, clinica privata, Nord Italia)[43].

È nel percorso, dunque, che si costituisce, in alcuni casi, l'attuazione di una pratica di accompagnamento, di ascolto, di attenzione e di sostegno nei confronti dei/lle pazienti resi/e fragili dalla condizione di infertilità. Pertanto, l'interfacciarsi della coppia con il centro di riproduzione medicalmente assistita si costituisce come un vero e proprio cammino, fatto di molteplici incontri e di ripetizioni, che trova nell'accompagnamento da parte degli operatori e delle operatrici sanitari/e la cifra portante: «Il percorso lo si fa se si è accompagnate. Si dice "Il viaggio è altrettanto importante della meta"; ecco, in PMA,

[43] La stessa ginecologa sottolinea, poi, come sia necessario che il personale sanitario, a un certo punto, dia un limite ai tentativi, ponendo fine al percorso. Infatti, essa sostiene che la possibilità di "tentare il tutto per tutto" può diventare, in alcuni casi, «un'arma a doppio taglio», andando a implicare, da parte della coppia, un accanimento nei confronti di una terapia che ha già mostrato la sua inefficacia. Ciò porterebbe anche, continua Lucrezia, a «rompere un equilibrio di coppia. Perché quello che aveva il problema diceva "è colpa mia, quindi tu potresti andare con qualcun altro e avere un figlio"».

il viaggio è altrettanto importante della meta. Perché se il viaggio è piacevole, l'accompagnamento è giusto, la paziente ripeterà e alla meta arriverà» (Federica, 53 anni, embriologa, direttrice di laboratori privati di embriologia, andrologia e crioconservazione nel Centro Italia). Infatti, se, da un lato, il viaggio è altrettanto importante della meta, poiché è solamente tramite esso che la coppia ha la possibilità di ottenere la gravidanza; dall'altro, anche qualora non si arrivi alla meta sperata, la relazione diventa significativa in sé stessa. D'altronde, come afferma Franklin (2013), nella riproduzione medicalmente assistita «success is not only, or even mainly, what it offers» (ivi, 203). In quanto possibilità che si esperisce alla fine di un lungo percorso di tentativi e fallimenti, la riproduzione assistita è percepita come l'ultima occasione per avere una prole: le ripetizioni sono spesso vissute dalle coppie come opportunità di poter tentare "il tutto per tutto". Il senso della riproduzione medicalmente assistita non si esperisce, quindi, solamente nell'ottenimento di una gravidanza, ma nel percorso stesso, che può assumere dei contorni positivi dati dalla consapevolezza di aver provato, con ogni mezzo possibile, ad avere un/una figlio/a: «comunque dobbiamo sapere che abbiamo fatto tutto e che non dobbiamo rimproverarci niente, né lei [la paziente], né il medico» (Giulio, 72 anni, ginecologo, responsabile di una clinica privata, Centro Italia). In questo percorso, l'accompagnamento degli operatori e delle operatrici sanitari/e rappresenta sia una componente fondamentale del successo, inteso come ottenimento di una gravidanza, sia come atto curativo che aiuta a conferire senso a un'esperienza spesso emotivamente tormentata[44]. In questo contesto, con il termine "cura" si fa riferimento a un processo «che rientra nell'esperienza complessiva dei rapporti umani e dello scambio sociale» (Pizza

[44] Da parte di molti/e fra gli/le intervistati/e, si è riscontrata un'attenzione particolare nei confronti della relazione con i/le pazienti, quasi che concepissero il loro obiettivo come, in primo luogo, rendere gradevole e meno frustrante possibile il percorso, più che portarlo necessariamente a compimento. Da ciò deriva il desiderio di attuare delle pratiche di cura sempre più umanizzanti (Scheper-Hughes & Lock, 1987; Imbasciati, 2008; Lupo; 2014; Busch et al., 2019). In questo senso, viene data maggior importanza alla qualità del rapporto più che alla quantità di pazienti seguiti. Tuttavia, è necessario sottolineare che, in molti casi, l'estrema attenzione nei confronti delle coppie è resa possibile anche dalla selezione degli accessi a fronte degli elevati costi della prestazione: la maggior parte degli/lle intervistati/e lavora in centri privati o privati convenzionati (anche se sono state riscontrate le medesime intenzioni da parte di coloro che lavorano nei centri pubblici). Secondo un'indagine Censis, *Diventare genitori oggi: il punto di vista delle coppie in PMA* (2016), il costo medio di un ciclo di procreazione medicalmente assistita in un centro privato si aggira, infatti, intorno ai 4.000 euro (4200 euro al Nord, 5200 al Centro, 2900 al Sud). Da questo punto di vista, vi sono molteplici studi (Ginsburg e Rapp, 1995; Lombardi e De Zordo, 2013), che pongono uno sguardo critico nei confronti della riproduzione assistita, definendola una «stratified reproduction» (Lombardi e De Zordo, 2013, 20), ovvero una pratica che avviene «differentemente e in modo ineguale a seconda della classe sociale, del genere e del contesto socio-politico» (ivi, 211).

2021, 229), che, dunque, non richiede necessariamente il superamento di una patologia – in questo caso, la guarigione da una specifica condizione minante il benessere o la salute della coppia - , ma «può indicare una costante pratica di attenzione [...] basata sulla dialettica fra la prossimità e la distanza, fra la parola e il silenzio, sulla consapevolezza dell'impossibilità di separare nel gesto l'aspetto tecnico da quello simbolico ed emozionale, su una comunicazione corporea e sulla dimensione emozionale e politica che questa relazione comporta» (ibidem). Infatti, di fronte a condizioni di sofferenza, quale l'impossibilità di avere dei figli o delle figlie, la possibilità di fornire un nome e un'origine a tale condizione, come i tentativi di superarla qualora l'infertilità sia idiopatica, permettono di «dare forma al dolore» (Good in Quaranta 2006, 238) e, tessendo una narrazione, di fornire «la struttura simbolica per la ricostruzione del mondo» (ivi, 253), divenuto fortemente controverso a fronte della difficoltà di realizzare quello che è considerato un progetto di vita, come diventare genitori[45].

Pertanto, qualora la terapia, intesa come «ogni trattamento prescritto destinato a ripristinare lo stato di benessere» (Pizza 2021,235), quindi l'insieme delle pratiche cliniche e tecniche attuate al fine di sovrastare e superare l'impossibilità di avere una prole, non dovesse funzionare, non è detto che una certa forma di cura non sia stata comunque realizzata. Il personale medico e le coppie si trovano, infatti, implicati in un rapporto, seppur con posizioni di potere e capitali di conoscenza asimmetrici, di costruzione di significati, che apre la possibilità di ridefinire e qualificare la propria esperienza di vita nonostante il non ottenimento dell'obiettivo inizialmente prefissato.

> Sapere che c'è una modalità di trovare un equilibrio, trovare una serenità che è indipendente da quella di trovare il risultato è, secondo me, un'opzione che bisognerebbe sempre dare, perché, comunque, anche quando un paziente va via, senza aver ottenuto un risultato, il fatto di avergli dato uno strumento per decidere di smettere... Ad esempio, perché molte persone dicono "Io non mi voglio accanire. Voglio fare questo qui e poi mi voglio fermare", ecco, perfetto. Si fa tutto quello che si concorda di fare, a un certo punto ci si fermerà, è possibile ottenere un risultato, ma se non dovesse arrivare il risultato, l'obiettivo di raggiungimento di serenità è comunque raggiunto (Giulio, 72 anni, ginecologo, responsabile di una clinica privata, Centro Italia).

[45] Sul ruolo della narrazione come strumento di cura in ambito medico, si vedano: Good Byron J. e Del Vecchio Mary-Jo, 1981; Kleinman Arthur, 1988; Good Byron J., 1994.

In questi casi, il percorso di riproduzione medicalmente assistita può configurarsi come uno spazio relazionale curativo di per sé; quasi un rito di passaggio[46] che, attraverso l'immersione in un contesto altamente normato, ove è necessario compiere specifici gesti e comportamenti, agisce direttamente sull'esperienza dei soggetti implicati, non solo per quanto concerne il vissuto e l'immaginario corporeo e identitario, soprattutto per quanto riguarda la componente femminile, ma anche sul progetto di vita e sull'orizzonte delle scelte familiari della coppia. In tale quadro, la narrazione assume un ruolo fondamentale[47]: il personale sanitario fa, infatti, partecipare le coppie alla costruzione di una situazione, a una narrazione positiva o negativa della loro condizione e del loro percorso. In questo modo, pazienti e operatori e operatrici sanitari/e sono implicati/e in una co-costruzione di significati che permette di tradurre a parole un'esperienza deformante, di forzare la sofferenza, oggettivandola e rendendola, dunque, accessibile, nonché di dare senso all'esperienza di infecondità, andando a ricostruire un mondo da essa altamente minato (Good in Quaranta, 2006). Pertanto, è la rete simbolica, delineata dal personale sanitario congiuntamente alle coppie, che permette di pensare una condizione fortemente dolorosa, di renderla, dunque, comprensibile e di conferirle significato. Ed ecco concretizzarsi l'efficacia della cura, nonostante non si sia prodotta simultaneamente l'efficacia terapeutica. Quest'ultima, intesa come «andamento a buon fine della terapia» (Pizza, 2021, 203), viene comunque perseguita e individuata come obiettivo principale da parte della maggioranza degli/lle intervistati/e.

[46] I riti di passaggio sono definiti da Van Gennep (1909) come quell'insieme di meccanismi rituali che segnano il passaggio di un soggetto da una fase all'altra della propria vita (come il battesimo cristiano, il matrimonio, il funerale, etc.). Nella loro struttura essi presentano, secondo l'antropologo francese, delle fasi comuni: una separazione (dalla condizione passata), una transizione (uno status liminale tra passato e futuro) e una reintegrazione sociale (con un nuovo posizionamento).

[47] Sull'importanza della narrazione e del rituale, intesi come dispositivi attraverso cui si costruisce l'esperienza stessa (Quaranta 2006), nell'ambito della salute, e, in particolare, della riproduzione, è interessante richiamare l'analisi dell'antropologo Claude Lèvi-Strauss esposta nel testo *L'efficacia simbolica (L'efficacité symbolique)* (1966), nel quale racconta i modi in cui gli sciamani, presso la popolazione Cuna a Panama, ottenevano la guarigione del/la paziente. Tra questi, un caso, analizzato dall'antropologo, è particolarmente evocativo: nello specifico, si tratta del canto sciamanico realizzato per alleviare le sofferenze del parto e portare quest'ultimo a compimento. Il canto intonato dallo sciamano è la costruzione di un mondo fantastico, di un viaggio sovrannaturale che richiama metaforicamente l'esperienza che sta vivendo la partoriente. In questo senso, lo sciamano agisce sul piano immaginario, andando a «rendere accettabile alla mente dolori che il corpo si rifiuta di tollerare» (ivi, 222). In definitiva, dunque, «l'efficacia della cura consiste nel costruire una rete simbolica che rende pensabile una situazione che si presenta all'inizio nei termini del dolore fisico e dell'afflizione» (Pizza, 2021, 207).

Conclusioni

L'aspetto che, secondo gli operatori e le operatrici sanitari/e coinvolti/e nella ricerca, caratterizza maggiormente l'ambito della riproduzione medicalmente assistita è la molteplicità di questioni che lo attraversano. Esso, infatti, è frutto di un processo storico che ha visto intersecarsi gli ambiti della biomedicina e dell'embriologia e lo sviluppo di conoscenze e strumentazioni tecnologiche, che hanno permesso di realizzare le tecniche, dapprima, sugli animali, successivamente, sugli esseri umani. La riproduzione umana ha da sempre raccolto grande interesse da parte di filosofi, medici e biologi, che ne teorizzavano i meccanismi, ne studiavano le caratteristiche e ne indagavano le componenti. In particolare, il corpo femminile, in quanto "naturalmente" predisposto alla generazione, era oggetto di sguardi, tutti maschili, che lo esploravano, lo setacciavano, tanto che, nel 1929, Virginia Woolf domandava a una platea di studentesse, «Vi rendete conto di essere, forse, l'animale più discusso dell'universo?» (2016, 53). Cinquant'anni dopo, la nascita del primo essere umano in vitro; un avvenimento delineante un prima e un dopo, in cui la riproduzione, un aspetto della vita considerato naturale e unicamente biologico, si trova a essere conseguita tramite strumenti tecnici. In essa, infatti, sostanze biologiche e strumentazioni tecniche vengono congiunte al fine di ottenere una gravidanza. La fecondazione assistita è ri-produttiva anche dal punto di vista delle soggettività e dei legami che produce. In primo luogo, tra i/le pazienti e gli operatori e le operatrici sanitari/e implicati/e. Infatti, il ricorso alla scienza al fine di ottenere una gravidanza è un percorso impervio, lungo, composto da successi e fallimenti, ma, soprattutto, da numerose tappe e ripetizioni. In questo senso, l'accompagnamento è individuato come la cifra portante del percorso clinico; in esso, gli incontri e le consulenze con i ginecologi e le ginecologhe ricoprono un ruolo fondamentale. La presa in carico della coppia comincia, infatti, proprio con una serie di consulenze con il personale medico, durante le quali sono indagate le motivazioni che hanno portato la coppia a ricorrere alla riproduzione assistita, e ove si delinea un quadro delle condizioni dei/lle pazienti, al fine di definire il percorso da intraprendere. In particolare, a essere investigati sono la vita intima della coppia e la frequenza dei rapporti sessuali, nonché il desiderio di genitorialità. Si costituisce, dunque, un dispositivo di sollecitazione autobiografica (Memmi, 2003), in cui si indagano desideri e volontà, comportamenti e rapporti sessuali,

e ove tutto deve essere detto. La richiesta della coppia è, dunque, da verificare: si ricerca nei vissuti dei/delle pazienti se essi/e possiedano i requisiti necessari al fine di legittimare l'intervento del personale medico. Tra questi requisiti, vi è anche l'età dei componenti della coppia, e, in particolare, della donna. È sul corpo femminile, infatti, che ricade quasi interamente il peso della riproduzione assistita, mentre la componente maschile appare esclusa dal lavoro riproduttivo. Quest'ultima è chiamata in causa solamente rispetto alla sua capacità di fecondare la donna, simboleggiata dal liquido seminale. In questo senso, la riproduzione medicalmente assistita riproduce dei ruoli di genere in cui la donna è identificata con le sue funzioni riproduttive: essa, dunque, è, prima di tutto, madre; mentre viene riaffermata una costruzione della maschilità come equivalente alla potenza sessuale. Pertanto, il compito della donna è accudire la prole, quello dell'uomo è fecondare la donna; anche da ciò derivano i limiti all'accesso imposti secondo il criterio dell'età della donna, ma non dell'uomo.

Quest'ultima, infatti, appare valutata secondo due prospettive: rispetto alla probabilità di ottenere una gravidanza e alla potenzialità di eventuali rischi ostetrici – maggiore è l'età femminile, minore è la fertilità e maggiori sono i rischi durante la gravidanza; per quanto concerne la tutela del nascituro e i modelli leciti di genitorialità. Rispetto a questi ultimi punti, oltre alle condizioni di salute dei potenziali futuri genitori, anche condizioni psichiatriche, come la depressione, e comportamenti definiti "patologici", quali la tossicodipendenza, sono ritenuti rilevanti al fine di un potenziale accudimento della prole. In questi casi, la prassi vuole che venga richiesto un consulto ad altri/e esperti/e, come gli/le psicologi/he o gli/le psichiatri/e. Pertanto, gli operatori e le operatrici sanitari/e riflettono costantemente sulle figure che potrebbero andare, in futuro, ad assumere il ruolo di genitori grazie al loro operato, in quanto «si sentono chiamati in causa nell'immaginare le famiglie che contribuiscono a creare» (Ferrero e Pulice, 2021, 179). Il rapporto con il personale sanitario non si esaurisce con le prime consultazioni, ma è presente e costante durante tutto il percorso: le consultazioni con esso sono, infatti, le colonne portanti della strutturazione clinica della riproduzione medicalmente assistita. Poiché l'infecondità è una condizione di grande sofferenza, fortemente connotata dal punto di vista emotivo, i ginecologi e le ginecologhe intervistati/e si sentono investiti/e del compito di ascoltare queste emozioni, di rispondere e alleviare momenti di preoccupazione, ansia e inquietudine. In questo modo, si costituisce una sorta di «accompagnamento emotivo»

(Monacelli et al. in Di Trani e La Mesa, 2017, 85) delle coppie. Come sottolinea l'embriologa Veronica, le coppie «hanno bisogno di sentire empatia, hanno bisogno di consigli, hanno bisogno di rassicurazioni». Il personale sanitario ha, dunque, molteplici compiti: dall'indagine e raccolta delle narrazioni delle coppie, all'indirizzamento verso modelli di comportamento e di genitorialità, fino all'accompagnamento delle stesse durante i momenti di successo, ma, soprattutto, di fallimento. Da questo punto di vista, infatti, le statistiche della riproduzione assistita raccontano una storia in cui il secondo è molto più probabile del primo. La gravidanza, infatti, non è mai "in tasca". Ma, allora, cosa spinge le coppie a intraprendere un percorso tanto difficile quanto incerto? Una prima risposta è fornita dall'antropologa Sarah Franklin (1997), che individua nella narrativa di speranza che circonda la scienza la motivazione per rivolgersi alla biomedicina. Secondo alcuni/e tra gli/le intervistati/e, tale ragione si interseca, inoltre, con la consapevolezza di aver tentato il "tutto e per tutto" al fine di avere una prole. In questo senso, dunque, comunque vada l'applicazione delle tecniche, il fatto di averci provato attraverso un percorso a ostacoli, si costituisce come elemento rasserenante. In linea con il ginecologo Giulio, «Sapere che c'è una modalità di trovare un equilibrio, trovare una serenità che è indipendente da quella di trovare il risultato è, secondo me, un'opzione che bisognerebbe sempre dare». Il rapporto che, spesso, si costruisce con il personale sanitario può diventare, dunque, centrale: tramite esso, si delinea una narrazione positiva o negativa della condizione e del percorso delle coppie. In questo modo, pazienti e operatori e operatrici sanitari/e sono implicati/e in un processo di co-costruzione di significati, che permette di dare senso all'esperienza di infecondità, andando a ricostruire un mondo da essa altamente logorato (Good in Quaranta, 2006). Il non ottenimento di una gravidanza non preclude, dunque, la possibilità di costruire una relazione che, potenzialmente, cura.

A fronte di ciò, l'intento di questo elaborato è di ritagliarsi un piccolo spazio dal quale poter riflettere su alcuni aspetti. Nello specifico, interrogare e indagare la riproduzione medicalmente assistita, quale ha cittadinanza in Italia, attraverso le prospettive di coloro che realizzano le tecniche, che, ogni giorno, abitano questo campo. Costoro non sono solamente chiamati/e a mettere in atto le tecniche e le pratiche, ma le costituiscono e concorrono a produrle. Attraverso le loro narrazioni, i loro racconti e le loro riflessioni, è, dunque, possibile entrare in contatto con rappresentazioni e immaginari dei mondi

sociali di appartenenza; la biomedicina e la tecnoscienza, in primo luogo. Infatti, poiché queste ultime sono istituzioni sociali e strutture di potere, culturalmente e storicamente determinate (Seppilli, 1996), costituiscono una finestra privilegiata per poter osservare ed esplorare specifiche epistemologie, ontologie e cosmologie, nonché le relazioni sociali, storiche e di potere dalle quali sono attraversate e nelle quali sono immerse. La riproduzione medicalmente assistita è uno spazio foriero di apparenti contrasti e, a sua volta, pare produrne molteplici: è biologia o è tecnica? È naturale o è artificiale? Si chiede l'embriologo/a in laboratorio; sarà una buona madre o non sarà una buona madre? Si domanda il/la ginecologo/a, mentre ascolta il racconto della paziente; nascerà o non nascerà e, nel caso, come nascerà? Si interrogano, tutti/e. Essa, dunque, contiene in sé numerose sfide e interrogativi su tematiche che percorrono in lungo e in largo la contemporaneità. Proprio per questo è necessario continuare a interrogarsi e osservare tale ambito, farselo raccontare e ascoltare chi lo vive e lo sperimenta ogni giorno. Poiché, se è vero che «è bene che gli scienziati non rimuovano le metafore di base su cui crescono i loro edifici» (Galimberti, 2006, 178), è altrettanto un bene che anche altre costruzioni vengano maggiormente sondate. Il ruolo, le funzioni e le modalità di agire della tecnica, ad esempio. L'intersezione tra questa e la biologia, che ha bisogno di nuovi modi per essere nominata, e quindi pensata e conosciuta. Allo stesso modo, è necessario fare spazio a nuove connessioni, relazioni di parentela e di cura, spesso misconosciute o delegittimate, poiché, secondo l'appello di antropologhe come Donna Haraway e Adele Clarke, abbiamo bisogno di *Fare parentele, non popolazioni* (2022).

Bibliografia

Bauman Zygmunt, *Modernità liquida*, Laterza, Roma, 1999.

Betta Emmanuel, *L'altra genesi. Storia della fecondazione artificiale*, Carrocci, Roma, 2012.

Bourdieu Pierre, *La parola e il potere*, Guida, Napoli, 1988.

Bourdieu Pierre, *Risposte. Per una antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

Busch Isolde et al., "Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review", in *The Patient*, vol.12, pp. 461–474, 2019.

Butler Judith, *Corpi che contano. I limiti discorsivi del «Sesso»*, Feltrinelli, Milano, 1996.

Carsten Janet, *After Kinship*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004.

Chen Nancy N., "Speaking Nearby. A conversation with Trinh T. Minh-ha", in *Visual Anthropological Review*, vol. 8, n°1, 1992, pp. 82-91.

Carrato Aldo, "La procreazione medicalmente assistita e le tematiche connesse nella giurisprudenza costituzionale", in *Servizio studi. Corte costituzionale*, 2021 pp. 1-54.

Chen Serena H. e Wallach Edward E., "Five decades of progress in management of the infertile couple", in *Fertility and Sterility*, Vol. 62, 1994, pp. 665-685.

Clarke Adele, Mamo Laura, Fishman Jennifer R., Shim Janet K., e Fosket, Jennifer Ruth, "Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine", in *American Sociological Review*, n°68, 2003, pp. 161–194.

Clarke Adele e Haraway Donna, *Making kin. Fare parentele, non popolazioni*, DeriveApprodi, Roma, 2022.

Connell Raewyn, *Masculinities*, Routledge, New York, 2020.

Conrad Peter "Medicalization and Social Control," in *Annual Review of Sociology*, n°18, 1992, pp. 209-232.

D'Aloia Antonio, *Bio-tecnologie e valori costituzionali. Il contributo della giustizia costituzionale*, Giappichelli Editore, Torino, 2004.

Descola Philippe, *Oltre Natura e Cultura*, SEID, Firenze, 2014.

Di Trani Michela e La Mesa Anna, "Lo sguardo dei professionisti della salute sulla PMA", in *In-fertilità. Un approccio multidisciplinare*, La Sapienza University Press, Roma, 2017.

Ferrero Laura e Pulice Elisabetta, *Scelte riproduttive e dibattiti sulla genitorialità*, il Mulino, Bologna, 2021.

Filippini Nadia Maria, *Generare, partorire, nascere. Una storia dall'antichità alla provetta*, Viella, Roma, 2017.

Foucault Michel*, L'archeologia del sapere*, RCS Rizzoli Libri, Milano, 1971.

Foucault Michel, *L'uso del piacere. Storia della sessualità* 2, Feltrinelli, Milano, 1984a.

Foucault Michel, *La cura di sé. Storia della sessualità 3*, Feltrinelli, Milano, 1984b.

Foucault Michel, *Nascita della clinica*, a cura di A. Fontana e M. Bertani, Einaudi, Torino, 1998.

Foucault Michel, *Il discorso, la storia, la verità*, Einaudi, Torino, 2000.

Foucault Michel, *La volontà di sapere. Storia della sessualità 1*, Feltrinelli, Milano, 2008.

Foucault Michel, *Il filosofo militante*, Feltrinelli, Milano, 2017.

Foucault Michel, *Le confessioni della carne. Storia della sessualità 4*, Feltrinelli, Milano, 2018.

Franklin Sarah, *Embodied Progress. A Cultural Account of Assisted Conception*, Routledge, London, 1997.

Franklin Sarah e McKinnon Susan, *Relative Values: Reconfiguring Kinship Studies*, Duke University Press, Durham and London, 2001.

Franklin Sarah, *Biological Relatives. IVF, Stem Cells and the Future of Kinship*, Duke University Press, Durham and London, 2013.

Galimberti Umberto, *Parole nomadi*, Feltrinelli, Milano, 2006.

Gélis Jacques, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Fayard, Paris, 1988.

Ghigi Rossella e Sassatelli Roberta, *Corpo, genere e società*, il Mulino, Bologna, 2018.

Ginsburg Faye D. e Rapp Rayna (1995), *Conceiving the New World OrderThe Global Politics of Reproduction*, University of California Press, Oakland, 1995.

Giorgino Francesco Libero, "Donne, Uomini, Medicina di genere", in *Salute Donna*, n°21, 2009, pp. 2-8.

Good Byron J. e Del Vecchio Mary-Jo, “The Meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice”, in Eisenberg Leon e Kleinman Arthur (a cura di), *The Relevance of Social Science for Medicine,* Reidel Publishing Company, Dordrecht, 1981, pp. 165-196.

Good Byron J., *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

Gribaldo Alessandra, *La natura scomposta. Riproduzione assistita, genere, parentela*, luca sossella editore, Roma, 2005.

Grilli Simonetta, *Antropologia delle famiglie contemporanee*, Carocci, Roma, 2021.

Guerzoni Corinna Sabrina, *Sistemi procreativi. Etnografia dell’omogenitorialità in Italia*, FrancoAngeli, Milano, 2020.

Imbasciati Antonio, *La mente medica. Che significa “umanizzazione” della medicina?,* Springer, Milano, 2008.

Jordan Brigitte, “Authoritative knowledge and its construction”, in Davis-Floyd Robbie E. e Sargent Fishel Carolyn (a cura di), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, University of California Press, Berkeley, 1997, pp. 55-79.

Kleinman Arthur, “Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici come sistemi culturali”, 1978, in Quaranta Ivo (a cura di) *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffello Cortina, Milano, 2006.

Kleinman Arthur, *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York, 1988.

Kuhnt Anne-Kristin e Passet-Wittig Jasmin, “Families formed through assisted reproductive technology: Causes, experiences, and consequences in an international context”, in *Reproductive Biomedicine* Online, vol 14, 2022, pp. 289–296.

La Capria Raffaele, *A cuore aperto*, Mondadori, Milano, 2009.

Lacan Jacques, *Le Séminaire: Livre X : L'Angoisse 1962-1963*, Parigi, Seuil, 2004.

Latour Bruno, *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*, Harvard University Press, Cambridge, 1987.

Latour Bruno, *Non siamo mai stati moderni,* Elèuthera, Milano, 2018.

Lévi-Strauss Claude, “L'efficacia simbolica”, in *Antropologia strutturale,* Il Saggiatore, Milano, 1966, pp.210-30 (ed. or. del saggio 1949).

Linconstant Léa, “Acquérir un statut de patient: une redefinition nécessaire des frontières de l’intime au cours des parcours d’assistance médicale à la procreation (AMP) en Italie (Lombardie)”, in *Enfances Familles Générations*, n°34, 2019, pp.1-25.

Lombardi Lia e De Zordo Silvia, *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze,* FrancoAngeli, Milano, 2021.

Lupo Alessandro, “Antropologia medica e umanizzazione delle cure”, in *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, vol. 16, 2014, pp. 105-126.

Maffi Irene, “Nascita”, in *Antropologia*, n°12, Ledizioni, Milano, 2010.

Memmi Dominique, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort,* la Découverte, Paris, 2003.

Ortner Sherry, “Is Female to Male as Nature is to Culture?”, in Rosaldo Michelle Z. e Lamphere Louise, *Woman, culture, and society*, Stanford University Press, Standford, 1974, pp. 68-87.

Piasere Leonardo, *L’etnografo imperfetto*, Laterza, Roma, 2002.

Pistacchi Massimo, *Vive voci. L’intervista come fonte di documentazione*, Donzelli, Roma, 2010.

Pizza Giovanni, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carrocci, Roma, 2021.

Pozzi Giacomo, *Fuori casa. Antropologia degli sfratti a Milano*, Ledizioni, Milano, 2020.

Quaranta Ivo, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.

Ragoné Helena e Willis Sharla K., “Reproduction and Assisted Reproductive Technologies”, in Albrecht Gary L., Fitzpatrick Ray e Scrimshaw Susan C. (a cura di), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, SAGE, London, 2000.

Rich Adrienne, “Notes Toward a Politics of Location”, in Myriam Diaz-Diocaretz et al., *Women, Feminist Identity and Society in the 1980’s*, John Benjamin Publishing Company, Utrecht, 1985.

Sabatini Francesca e Palermo Gabriella, “Posizionamenti transfemministi. Saperi situati e pratiche spaziali nel movimento Non Una di Meno”, in *Geography Notebooks*, vol.4, 2021, pp. 79-90.

Said Edward, *Dire la verità. Gli intellettuali e il potere*, Feltrinelli, Milano, 1995.

Scheper-Hughes Nancy e Lock Margaret "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work", in *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, 1987, pp. 6-41.

Schneider David M., *American Kinship. A Cultural Account,* Chicago University Press, Chicago, 1968.

Seppilli Tullio, "Antropologia medica: fondamenti per una strategia", in *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1996, pp. 7-22.

Stanworth Michelle, *Reproductive technologies: gender, motherhood, and medicine*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1987.

Taussig Michael, "Reification and the consciousness of the patient", in *Social Science and Medicine*, vol. 14B, 1980, pp. 3-13, (trad. it.) in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, 2006, pp. 75-106, Raffaello Cortina, Milano.

Thompson Charis, *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge, 2005.

Turri Maria Grazia, *Manifesto per un nuovo femminismo*, Mimesis, Milano, 2013.

Van Gennep Arnold, *Les rites de passage: Etude systématique des rites*, Editions A&J Picard, Paris, 1909.

Vianello Maddalena, *In fondo al desiderio. Dieci storie di procreazione assistita*, Fandango, Roma, 2021.

Viveiros de Castro Eduardo, *Metafisiche cannibali. Elementi di antropologia post-strutturale*, Ombre corte, Verona, 2017.

Woolf Virginia, *Una stanza tutta per sé*, Einaudi, Torino, 2016.

Sitografia

Censis, *Diventare genitori oggi: il punto di vista delle coppie in PMA* (2016), https://www.camera.it/temiap/t/news/post-OCD15-12365, (ultima consultazione dicembre 2022).

Corte costituzionale, sentenza n°151 del 2009, https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2009&numero=151 (ultima consultazione marzo 2024).

Corte costituzionale, sentenza n°162 del 2014, https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2014&numero=162 (ultima consultazione marzo 2024).

Corte costituzionale, sentenza n°96 del 2015, https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2015&numero=96(ultima consultazione marzo 2024).

Delibera n°61, Friuli-Venezia Giulia (2015), https://www.iss.it/documents/20126/0/Testo+integrale+della+Delibera+n+61-2015+e+allegati.pdf/9419c6f7-bec6-7c00-fc1f-0f3bd279bd3f?t=1608308936142,(ultima consultazione marzo 2024)

Delibera n°904, Veneto (2019), https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=398039, (ultima consultazione marzo 2024).

Enciclopedia Italiana Treccani, *Biodiritto*, https://www.treccani.it/enciclopedia/biodiritto_%28Lessico-del-XXI-Secolo%29/, (ultima consultazione marzo 2024).

Enciclopedia Italiana Treccani, *Sterilità*, https://www.treccani.it/vocabolario/sterilita/, (ultima consultazione marzo 2024).

Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, *Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita* (2004), https://www.iss.it/documents/20126/0/03.linee+guida+legge+40+anno+2004+G.U.pdf/5a68bdbf-3b1f-f3d7-3286-65983a09194f?t=1610641898719, (ultima consultazione marzo 2024).

Legge 19 febbraio 2004, n°40, *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*, https://www.parlamento.it/parlam/leggi/04040l.htm, (ultima consultazione marzo 2024).

Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (2015), https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_2148_listaFile_itemName_0_file.pdf, (ultima consultazione marzo 2024).

Ministero della Salute, *Fertility Day*, https://www.salute.gov.it/portale/fertility/dettaglioVideoFertility.jsp?lingua=italiano&menu=multimedia&p=video&id=1689, (ultima consultazione marzo 2024).

Report Natalità e fecondità della popolazione residente (2020), https://www.istat.it/it/files/2021/12/REPORT-NATALITA-2020.pdf, (ultima consultazione marzo 2024).

Report sull'attività del registro nazionale italiano della PMA (2020), https://www.iss.it/documents/20126/6898329/16°+Report+Attività+PMA+dati+2020+%281%29.pdf/396acc4c-bb2d-0238-7cd9-e2731860e9f8?t=1666598741153 (ultima consultazione marzo 2024).

Abstract

Assisted reproductive technology (ART) is a field that is doubly reproductive: it reproduces human generation through the convergence of practices, technical tools, and biological components, while simultaneously producing subjectivities, gender roles, bodies, and worldviews (Franklin, 2013). In this regard, ART functions as a vehicle for both preservation and transformation, particularly concerning four interrelated dimensions: the historical nature/culture dichotomy, gender, kinship, and care. This research aims to critically examine this dual production—both material and symbolic—by focusing on a specific perspective: that of healthcare professionals operating within the Italian context, which is characterized by its unique socio-cultural and legal features. Understanding ART as a socio-political, historical, and cultural process, which arises from negotiations and contestations surrounding concepts of body, reproduction, kinship, and the potential of biomedicine, allows for an exploration of the various factors shaping the discourses and practices of health professionals. Key questions include how these professionals represent and signify aspects of their work and what meanings they ascribe to their practices, experiences, and relationships with couples seeking assistance. To address these inquiries, the research is organized into four sections. The first chapter, following a brief methodological introduction, investigates the interplay between biology and technology within the ART field. This chapter traces the historical development of ART and its relationship with the evolving nature/culture dichotomy, highlighting how it has been the progressive subject of multiple discourses, from biomedicine and biology to bioethics and bio-law. The second chapter delves into the principal sites where ART is applied, such as clinics and public healthcare facilities, examining the patterns of kinship and parenting, as well as the prevailing views on gender roles and relations that emerge in the interactions between couples and healthcare personnel. Finally, the third chapter analyzes the functions and meanings attributed by health professionals to the practices and techniques they implement.

Keywords: technology, biomedicine, gender, kinship, reproduction, parenthood, biology, nature, culture, care, regulations, motherhood, fatherhood, infertility.

La riproduzione medicalmente assistita è un ambito che si configura come doppiamente riproduttivo: riproduce, con l'unione di pratiche, strumenti tecnici e componenti biologiche, la generazione umana, e, simultaneamente, produce soggettività, ruoli di genere, corpi e visioni del mondo (Franklin, 2013). In questo senso, è portatore tanto di conservazioni quanto di trasformazioni, in particolare per quanto riguarda quattro dimensioni, fortemente interrelate: la storica dicotomia natura/cultura, il genere, la parentela e la cura. Il seguente elaborato vuole, quindi, indagare queste molteplici (ri)produzioni, materiali e simboliche, interrogando un punto di vista specifico, ovvero quello del personale sanitario implicato, all'interno del contesto italiano, con le sue peculiarità socioculturali e legislative. Considerando la riproduzione medicalmente assistita come un processo sociopolitico, storicamente e culturalmente informato, frutto di negoziazioni e contrattazioni delle stesse nozioni di corporeità, di vita, di riproduzione, di parentela e delle possibilità della biomedicina, quali sono le variabili che agiscono e subentrano nei discorsi e nelle pratiche degli operatori e delle operatrici sanitari/e? Come rappresentano e significano e quali funzioni attribuiscono alle pratiche da loro svolte, alle esperienze vissute e alle relazioni con le coppie? In quali modi si realizza e quali aspetti si intersecano, quindi, nella «costruzione clinica della realtà» (Taussig 1980, 12-13) – ad esempio, delle esperienze, dei corpi, delle sostanze riproduttive, dei generi - nell'ambito della riproduzione medicalmente assistita in Italia?

Parole chiave: tecnologia, biomedicina, genere, parentela, riproduzione, genitorialità, biologia, natura, cultura, cura, norme, maternità, paternità, infertilità.

Note bio-bibliografiche

Elena Rebecca Cerri, originaria di Varese e classe 1998, ha conseguito la laurea triennale in Sociologia presso l'Università di Milano Bicocca, con un'esperienza di studi storico-culturali alla Sorbonne Université di Parigi. Successivamente, ha completato la laurea magistrale in Antropologia Culturale ed Etnologia presso l'Università Alma Mater Studiorum di Bologna. Attualmente, è ricercatrice nel Centro Ricerche di WeWorld Onlus, un'organizzazione attiva in 26 paesi nel mondo, tra cui l'Italia, dove porta avanti i suoi interessi legati alle relazioni di genere e alla salute sessuale e riproduttiva, sia livello nazionale che internazionale.