

La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide

Generi, tecnologie
e disuguaglianze

A cura di
Lia Lombardi
e Silvia De Zordo

E SALUTE

SCIENZE



FORMAZIONE

FrancoAngeli

Il rapporto sempre più autonomo e responsabile che il cittadino intrattiene oggi con il proprio benessere fa di salute e malattia il terreno su cui si misurano bisogni individuali e collettivi, esigenze relazionali e alterazioni biofisiche, richieste di intervento di apparati normalizzanti (il complesso sanitario).

La ricaduta di tali eventi nel quotidiano richiede chiavi di lettura coerenti che ne determinino il significato in rapporto sia al campo disciplinare di interesse che al contesto in cui maturano, dove si generano comportamenti non comprensibili a partire da un'ottica meramente sanitaria.

D'altro canto il diritto alla salute, diventato parametro di qualità della vita, investe di nuove responsabilità il sistema di cura sia esso pubblico, privato o di terzo settore aprendo al tempo stesso nuovi scenari occupazionali. Tutto ciò richiede attenzione e impegno sia nel campo della formazione delle figure che promuovono la salute, sia della produzione di testi per gli operatori, come è fondamentale che le diverse discipline concorrano a definire di volta in volta che cosa sia "salute" e attraverso quali azioni possa essere efficacemente promossa nel mutato contesto sociale.

Di qui l'urgenza di una collana che, seguendo più direzioni (*Teorie, Ricerca, Formazione, Comunicazione e Saperi transculturali*) e avvalendosi anche di apporti internazionali, contribuisca ad abbattere gli steccati disciplinari in cui la salute è stata rinchiusa e ne promuova una concezione più ampia.

Comitato editoriale della collana

Roberto Beneduce, Etnopsichiatria, Università di Torino; *Gilles Bibeau*, Antropologia, Mc Gill University, Università di Montreal; *Albino Claudio Bosio*, Psicologia medica, Università Cattolica di Milano; *Mario Cardano*, Metodologia della ricerca, Università di Torino; *Cesare Cislighi*, Economia sanitaria, Università di Milano; *Giorgio Cosmacini*, Università Vita-Salute dell'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele; *Antonio de Lillo*, Metodologia della ricerca, Università di Milano-Bicocca; *Pierpaolo Donati*, Sociologia della salute, Università di Bologna; *Claudine Herzlich*, Sociologia della medicina, CNRS-Ecoles Hautes Etudes en Sciences Sociales; *Marco Ingrosso*, Promozione della salute, Università di Ferrara; *Florentine Jaques*, Fitofarmacologia, Università di Metz; *Michele La Rosa*, Organizzazione sanitaria, Università di Bologna; *Sergio Manghi*, Sociologia della conoscenza, Università di Parma; *Mario Morcellini*, Scienze della comunicazione, Università di Roma; *Antonio Pagano*, Igiene e Medicina preventiva, Università di Milano; *Mariella Pandolfi*, Antropologia medica, Università di Montreal; *Benedetto Saraceno*, Riabilitazione, OMS, Ginevra; *Mara Tognetti*, Politiche socio-sanitarie, Medicine complementari, Università di Milano Bicocca, coordinatore della collana; *Giovanna Vicarelli*, Professioni sanitarie, Università Politecnica delle Marche; *Paolo Giovanni Vintani*, Farmacista in Barlassina (Mi).

I titoli della collana Scienze e salute sono sottoposti a referaggio anonimo.

Referenti della sezione *Saperi transculturali*

Alfredo Ancora, coordinatore della sezione, Psichiatria transculturale, Università di Siena; *Enzo Colombo*, Sociologia dei processi culturali e comunicativi, Università di Milano; *Antonella Delle Fave*, Psicologia generale, Università di Milano; *Bruno Callieri*, Psichiatria, Università di Roma; *Massimo Buscema*, Direttore Centro ricerche di scienze della comunicazione “Semeion” Roma; *Carla Corradi Musi*, Filologia Ugro-Finnica, Università di Bologna; *Franco Voltaggio*, Filosofia della scienza, Università di Macerata; *Marie Rose Moro*, Professore di Psichiatria infantile, Università Parigi 5; *Pierluigi Sacco*, Economia della cultura, Università Iuav di Venezia; *Mario Antonio Reda*, Psicologia generale e clinica, Università di Siena; *Mario Galzigna*, Storia della scienza ed epistemologia clinica, Università di Venezia; *Andrea Damascelli*, Storia delle religioni, Roma; *Eugenio Imbriani*, Antropologia culturale, Università di Lecce.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità

La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide

**Generi, tecnologie
e disuguaglianze**

A cura di
Lia Lombardi
e Silvia De Zordo

E SALUTE

FORMAZIONE

SCIENZE

FrancoAngeli

In copertina: disegno di Victoria Braile

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione, di <i>Lia Lombardi</i> e <i>Silvia De Zordo</i>	pag. 7
---	--------

Parte prima
Che “genere” di riproduzione?
Infertilità e relazioni di genere nell’epoca della PMA

1. Le sfide sociali della procreazione assistita: come mutano le relazioni di genere?, di <i>Lia Lombardi</i>	» 31
2. L’infertilità: tendenze, fattori e rimedi, di <i>Antonella Pinnelli</i> e <i>Francesca Lariccia</i>	» 52
3. La procreazione politicamente assistita: ordine, disordine e restaurazione dei confini sociali, di <i>Milena Marchesi</i>	» 69
4. Infertilità e Psiche. Attese di ruolo, differenze di genere, sequele psicologiche: uno sguardo all’uomo, di <i>Chiara Labadini</i>	» 78

Parte seconda
La legge sulla PMA:
il dibattito giuridico in Italia e in Europa

5. La fecondazione artificiale fra legislatore e giudici, di <i>Mari-lisa D’Amico</i>	» 91
---	------

6. Le questioni sottoposte al controllo di legittimità della Corte Costituzionale. La pronuncia della Corte e le connessioni tra la legge n. 40 sulla fecondazione assistita e la legge n. 194 sull'interruzione di gravidanza, di <i>Ileana Alesso</i>	pag. 105
7. Leggi e norme sulla PMA: il panorama legislativo europeo, di <i>Antonella Piga</i>	» 111

Parte terza **Infertilità/sterilità: un problema medico,** **psicologico o sociale?**

8. Epidemiologia dell'infertilità/sterilità nel mondo e PMA: benefici e rischi delle tecnologie riproduttive, di <i>Letizia Parolari e Walter Costantini</i>	» 129
9. L'evoluzione delle tecniche di procreazione assistita e gli effetti della legge 40, di <i>Elisabetta Chelo</i>	» 144
10. Sterilità e differenze di genere. Il disagio psicologico, di <i>Simona Capurso e Cristiana D'Orsi</i>	» 153

Parte quarta **PMA, disuguaglianze e mercato:** **uno sguardo transnazionale**

11. Riproduzione transnazionale: single e coppie omosessuali in viaggio verso la genitorialità, di <i>Giulia Zanini</i>	» 167
12. Il mercato dei donatori. Peculiarità della procreazione medicalmente assistita negli Stati Uniti, di <i>Antonio Maturo</i>	» 178
13. Dalla camera da letto al laboratorio. L'uso delle tecnologie riproduttive del concepimento in Brasile, di <i>Martha Ramírez-Gálvez</i>	» 189
14. L'altra faccia dell'infertilità e della medicalizzazione della riproduzione. Sterilizzazione, prevenzione dell'infertilità e NTR in Brasile, di <i>Silvia De Zordo</i>	» 201
Gli autori	» 213
Bibliografia	» 215

Introduzione

di Lia Lombardi e Silvia De Zordo

Premessa

L'idea di riproporre un libro sulla Procreazione medicalmente assistita (PMA), dopo diversi anni (Pizzini, 1992; Pizzini, Lombardi, 1994; Pizzini, Lombardi, 1999) è scaturita dall'approvazione della L. 40/2004 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" e dal dibattito molto vivo e controverso che la normativa riaprì all'epoca dando vita, l'anno successivo, a un referendum abrogativo che non raggiunse il quorum degli elettori. Questa legge, come sottolineano diversi saggi del volume (D'Amico, Alesso, Piga, Chelo, Parolari e Costantini, Zanini) è restrittiva se la si paragona ad altre Leggi europee sulla PMA rispetto, in particolare, alla donazione di gameti e all'accesso alla PMA delle persone *single* e omosessuali.

Al tempo stesso, come dimostra la ricchezza e la varietà dei contributi raccolti in questo volume, la discussione politico-mediatica sulla PMA, da cui è scaturita la Legge 40/04, ha avuto alcuni effetti positivi: 1. ha stimolato la ricerca e la riflessione accademico-scientifica sulla infertilità/sterilità e la PMA in Italia; 2. ha aperto la discussione e il dibattito tra decisori politici, operatori e Associazioni di utenti della PMA, che hanno dato visibilità ai bisogni e ai problemi delle persone che chiedono di accedere alla riproduzione assistita, attraverso numerose attività e pubblicazioni (Bartolucci¹, Marabelli, 2004; Monti, Bartolucci, Franzese, 2005; Baldini, Soldano², 2007, 2011); 3. ha portato all'istituzione del Registro nazionale della procreazione medicalmente assistita (RNPMA) con obbligo di relazione

1. Rossella Bartolucci è presidente di SosInfertilità, l'associazione ONLUS che nasce nel 2006, a Milano, dall'esperienza di un gruppo di coppie che sono riuscite a condividere un percorso comune, partendo dalla difficile realizzazione del desiderio di avere dei figli.

2. Monica Soldano è presidente dell'Associazione Madre Provetta che nasce a Roma nel 1994, per opera di alcune donne, parlamentari, studiose e giornaliste interessate ad indagare l'ambito della PMA dal punto di vista scientifico, culturale e politico.

periodica al Parlamento e allo stanziamento di fondi per la ricerca e la prevenzione dell'infertilità e della sterilità.

Come si evince dalla prima relazione del registro nazionale al Parlamento del 2007, tuttavia, quasi tutte le risorse sono state destinate ai centri di ricerca medico-scientifica e molto pochi a quella socio-culturale e educativa. Una delle conseguenze visibili della marginalizzazione della ricerca socio-culturale e degli scarsi investimenti nell'area educativa è che sono ancora pochi, e spesso non efficaci, gli interventi e le campagne mirate alla prevenzione dell'infertilità e della sterilità (basate sull'individuazione e la prevenzione dei comportamenti cosiddetti "a rischio" che possono provocare malattie sessualmente trasmissibili) e sull'informazione e l'educazione alla salute. Un altro problema è che, come sottolineano Parolari e Costantini nella terza parte di questo volume, la ricerca scientifica investe molto di più sullo studio e lo sviluppo di nuove tecnologie riproduttive che sullo studio delle cause dell'infertilità femminile e maschile, che rimangono ancora poco indagate.

Se sul fronte della prevenzione dell'infertilità-sterilità, dunque, non vi sono stati necessariamente dei progressi, sul fronte della Legge, invece, vi sono stati alcuni cambiamenti positivi negli ultimi anni. Diverse sentenze hanno dichiarato parzialmente illegittimi i commi 2 e 3 dell'articolo 14 (sentenza 151/09 della Corte Costituzionale) che prevedono, rispettivamente, un limite di produzione di embrioni *"comunque non superiore a tre"* e l'obbligo di *"un unico e contemporaneo impianto"*; e la crioconservazione degli embrioni solo *"qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione"*.

Precedentemente, il TAR Lazio, con sentenza 398/08, dichiarava anche illegittimo il divieto di diagnosi pre-impianto previsto dalle Linee Guida Ministeriali (D.M. 21.7.2004). Oggi, dunque, in Italia è possibile produrre più di tre embrioni e crioconservarli. Gli embrioni prodotti, inoltre, non devono essere impiantati contemporaneamente, come accadeva in precedenza, senza tenere in considerazione né la volontà della donna e della coppia, né i rischi connessi alle gravidanze plurime e alle eventuali malattie genetiche, di cui alcuni degli embrioni prodotti potevano essere affetti.

Nonostante i recenti cambiamenti della Legge 40 abbiano ristabilito la centralità dell'autodeterminazione e della salute psico-fisica delle persone, e delle donne in particolare, la Legge italiana sulla PMA rimane più restrittiva di altre Leggi europee, come sottolinea A. Piga nel suo saggio. Infatti, essa continua a vietare la fecondazione eterologa e, quindi, la donazione di gameti³, e

3. Il Tribunale civile di Milano, con un'ordinanza depositata il 29 marzo scorso, ha stabilito che il divieto di fecondazione eterologa si pone in contrasto con alcuni principi costituzionali, tra cui il diritto fondamentale all'autodeterminazione della coppia, il principio di eguaglianza tra coppie e il diritto alla salute (*Quotidiano.Net*, 4/4/2013).

a non riconoscere la legittimità del desiderio di maternità e paternità delle coppie gay e delle persone non in coppia, nonostante che negli ultimi decenni si siano costruite e diffuse nuove consapevolezze, rappresentazioni e domande di genitorialità che, nella società italiana, si manifestano sempre più apertamente, come mostra Zanini nel suo saggio.

In Italia, come in altri paesi europei ed extraeuropei, non esiste più soltanto la famiglia monogamica e eterosessuale ma, come dimostrano ricerche e studi socio-antropologici recenti (Lombardi, 2008b; Trappolin, 2008; Danna, 2009; Barbagli, Dalla Zuanna, Garelli, 2010; ISTAT, 2011b), esistono una diversità e pluralità di comportamenti, di relazioni sessuali, affettive e familiari e di scelte procreative che riguardano, sia le cittadine e i cittadini italiani sia le donne e gli uomini straniero/i residenti e/o immigrate/i (Tognetti Bordogna, 2007, 2011, 2012; Farina, Ortensi, 2010; Lombardi, 2011a; Ambrosini, Bonizzoni, 2012).

All'interno di questo contesto sociale, culturale e legislativo in trasformazione, le autrici e gli autori del volume esaminano le implicazioni giuridiche, sociali, culturali, mediche e psicologiche della procreazione assistita in Italia, a vari livelli: individuale, relazionale, familiare, istituzionale e comunicativo, utilizzando la prospettiva di genere e quella comparativa. La prospettiva di genere e l'attenzione alle disuguaglianze sociali costituiscono il "filo rosso" che collega tutti gli studi considerati.

I contributi al testo fanno prevalentemente riferimento al caso italiano, motivo per cui la maggior parte di essi tratta l'infertilità e il rapporto con la PMA delle coppie eterosessuali che possono legalmente accedere alle tecniche riproduttive, nel nostro Paese. L'ultima sezione del volume raccoglie, tuttavia, anche alcuni contributi e ricerche di altri paesi europei e extraeuropei, che permettono di confrontare casi e approcci differenti.

1. Obiettivi e struttura del libro

La letteratura italiana più recente è stata molto nutrita di pubblicazioni sulla PMA ma con studi e approcci soprattutto di tipo giuridico, come si può evincere dai riferimenti bibliografici di questo testo; diverse sono state anche le pubblicazioni con taglio psicologico e medico a cui si sono ispirati i saggi delle nostre autrici e autori; alcune pubblicazioni, infine, sono riferibili alla riflessione sulla bioetica⁴. Le ricerche e le analisi sociologiche e antropologiche sul tema risultano, invece, scarse, soprattutto per ciò che concerne la prospettiva di genere e l'approccio critico alla medicaliz-

4. Si vedano, per citarne alcuni: Flamigni, Mori, 2005; Franco, 2005; D'Agostino, 2005; Flamigni, 2011; Giarelli, 2011; Borini, Flamigni, 2012.

zazione della riproduzione umana. Diversamente accade nella letteratura estera, dove la sociologia e l'antropologia si spendono molto sul tema della riproduzione umana, delle tecnologie riproduttive e delle differenze e disuguaglianze di genere, sollevando una particolare lettura critica della medicalizzazione della riproduzione. A questi studi s'ispirano i contributi socio-antropologici del volume (Lombardi, Marchesi, Maturo, Zanini, Ramirez Galvez, De Zordo).

Questo libro, presentato e coordinato con un taglio sociologico e antropologico e ispirato alla sociologia e all'antropologia medica e agli studi di genere, intende, perciò, discutere gli aspetti critici delle tecnologie riproduttive e analizzare l'impatto della PMA sulle donne, sugli uomini e sui percorsi genitoriali, tenendo sempre presente la questione, cruciale, delle disuguaglianze e dei rapporti di potere insiti nelle relazioni tra i generi, così come nella relazione tra medico e paziente, e tra legislatore e cittadino/a.

Il volume è, inoltre, caratterizzato da un approccio multidisciplinare, in cui prendono parola ricercatrici/ori e studiose/i di diverse discipline e professioniste/i di questo ambito specifico della salute riproduttiva, avvalendosi del contributo di alcune studiose straniere e di ricerche svolte all'estero.

Come sottolineano i saggi qui raccolti, nel campo della riproduzione e della vita quotidiana ci sono frizioni, incongruenze e, a volte, conflitti aperti, non solo tra legislatore politico e società civile, ma anche tra norme sociali e morali dominanti e pratiche e relazioni vissute nella quotidianità.

Le autrici e gli autori del presente volume riflettono, perciò, su queste frizioni e incongruenze da diverse prospettive disciplinari, attraverso l'analisi di ricerche e studi realizzati in contesti geo-politici e socio-culturali diversi: dall'Italia, agli Stati Uniti, al Brasile.

Il testo cerca di offrire delle risposte a domande come: quali cambiamenti tecnologico-scientifici, sociali e culturali produce la PMA, all'interno del processo di medicalizzazione della riproduzione, dei corpi e delle relazioni? Di che genere di innovazione possiamo parlare? In che termini lo sviluppo medico, scientifico e tecnologico modifica i rapporti tra i generi, tra le generazioni, tra le persone in diversi contesti geo-politici, sociali e culturali? Le autrici e gli autori affrontano, con i loro contributi, questi quesiti analizzando i diversi aspetti della medicalizzazione della riproduzione umana, ed esaminando come le tecnologie riproduttive contribuiscano alla costruzione sociale e culturale dei corpi riproduttivi, delle relazioni tra generi e generazioni e della genitorialità.

La PMA rappresenta il momento apicale del processo di medicalizzazione della riproduzione e del corpo femminile, evidenzia L. Lombardi nel suo saggio, e questo processo ha progressivamente coinvolto tutto il ciclo della vita riproduttiva delle donne, inscrevendo nel campo della patologia eventi fisiologici come la nascita, la procreazione, le relazioni sessuali, la menopausa. Genere, tuttavia, non è sinonimo di donne o di femminile:

i modelli di genere – sottolineano Popay e Groves (2001) – sono da considerare disuguaglianze, ovvero modelli che riflettono e prendono origine da una distribuzione non equa del potere e del controllo, i quali sono però suscettibili di cambiamento attraverso l'azione politica (Lombardi, 2008a, 2008c, 2011a).

Il presente libro è strutturato in quattro parti tematiche, all'interno delle quali si articolano i contributi di autrici e autori che ragionano sullo stesso tema a partire dalle proprie prospettive disciplinari.

La prima parte discute, da un lato, le cause e gli effetti sociali, psicologici e culturali della medicalizzazione e patologizzazione dell'infertilità/sterilità in un'ottica di genere; dall'altro l'impatto della PMA sulle relazioni di genere, familiari e sociali in Italia.

L. Lombardi e A. Pinnelli e F. Lariccia mostrano come le differenze sociali e di genere influiscono sui comportamenti riproduttivi delle donne e degli uomini, e quindi sulla fecondità e fertilità, in Italia e in Europa. M. Marchesi analizza, invece, la PMA e la sua regolamentazione giuridica in Italia in una prospettiva antropologica e mostra come attraverso la Legge 40/2004 si riaffermi la centralità e il valore della famiglia eteronormativa, garante di discendenze legittime e di cittadinanza, rinforzando così distinzioni e confini sociali non solo di genere, ma anche di nazionalità, o di "razza". C. Labadini, infine, analizza il diverso vissuto psicologico dell'infertilità di uomini e donne, e esamina in particolare gli effetti negativi della PMA sulla psiche maschile, dovuti alla marginalizzazione degli uomini durante i cicli di PMA.

La seconda parte del volume è dedicata agli aspetti giuridici della procreazione assistita: M. D'Amico e I. Alesso esaminano l'iter legislativo della Legge 40, mentre A. Piga la pone a confronto con le indicazioni dell'Unione Europea e con gli orientamenti giuridici di altri paesi d'Europa.

Come spiega la giurista D'Amico, la Legge 40 è problematica e restrittiva perché "compie, nel disciplinare la materia della procreazione assistita, una scelta 'di principio' che intende tutelare l'embrione al di sopra di tutti gli altri soggetti coinvolti" (p. 91)⁵. Questa scelta, sottolinea l'autrice, rende ideologico l'approccio della legge alle problematiche mediche e scientifiche, e isola l'Italia dal contesto europeo. L'avvocata Alesso, d'altra parte, discute la medesima legge e le successive sentenze della Corte Costituzionale attraverso un interessante approccio comparativo con la L. 194/78 sull'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg), e rileva che la discussione sullo statuto giuridico dell'embrione *versus* lo statuto giuridico della donna ha riportato al centro del dibattito giuridico e politico italiano la questione dell'Ivg e dell'autodeterminazione delle donne.

5. Cfr. anche D'Amico, 2008; Villani, 2004.

La terza parte è dedicata agli aspetti medico-psicologici dell'infertilità-sterilità e della PMA, di cui parleremo più ampiamente nella prossima sezione, e dà voce alle operatrici e operatori che lavorano quotidianamente con le persone (infertili e non) che chiedono sostegno e risposte alla loro domanda procreativa e genitoriale. Ancora una volta la prospettiva trasversale è quella della differenza di genere.

L'ultima parte del volume, infine, è dedicata all'analisi delle disuguaglianze, sociali e di genere, che la PMA rinforza e riproduce nella tensione tra “Nord” e “Sud” del mondo, ed esamina il fenomeno della mercificazione del corpo e della riproduzione in paesi in cui sono legali la compra-vendita di gameti e la maternità surrogata. Nelle prossime pagine analizzeremo più approfonditamente alcuni dei temi che vengono trattati nel volume.

2. Differenze di genere, salute e riproduzione umana

I ruoli e le identità di genere socialmente costruite e le ineguaglianze di opportunità e di risorse disegnano in maniera diversa le vite delle donne e degli uomini e il loro stato di salute. In generale, gli uomini vivono condizioni di salute migliore rispetto alle donne, ma la loro speranza di vita è inferiore.

Le differenze di genere non riguardano solo gli stati di salute ma anche gli approcci di cura e i servizi sanitari: per esempio, mentre si evidenzia molta preoccupazione per gli effetti delle terapie tumorali sulla capacità riproduttiva femminile, minore attenzione è invece riservata alla perdita della fertilità maschile e della potenziale paternità. Come sottolineano Parolari e Costantini nella terza parte del volume, le ricerche in questo campo dimostrano che le cause possibili dell'infertilità maschile sono diverse: l'età, le malattie sessualmente trasmissibili, lo stile di vita e l'inquinamento ambientale possono contribuire a capire le origini del fenomeno e a prevenirlo. Tuttavia, sarebbero necessari studi più approfonditi per poter comprendere meglio l'andamento del fenomeno e avviare campagne di prevenzione efficaci, mentre la ricerca è sempre più concentrata sulle tecnologie della procreazione assistita e non sulle cause dell'infertilità e della sterilità. Si tratta di interventi biomedici tesi al funzionamento, all'efficienza, alla capacità di fare, piuttosto che alla rimozione delle cause dell'infertilità (Pitch, 2006).

Un altro problema sottolineato da alcune delle nostre autrici e autori (Lombardi, Marchesi, Maturo) è che la PMA fa emergere ed enfatizza solo gli aspetti biologici dell'infertilità/sterilità, mentre essa è prima di tutto un'esperienza socialmente e culturalmente costruita, come discute L. Lombardi nel suo saggio: un'esperienza dei corpi e delle vite delle persone che solo talvolta è riferibile a disturbi, mancanze, malattie dell'apparato riproduttivo. Infatti, molte infertilità non sono riconducibili a fattori strettamente bio-medici o, per lo meno, che la bio-medicina non sa spiegare.

Si rende, perciò, necessaria un'analisi più profonda, che prenda in considerazione anche i disagi relazionali e psicologici del singolo e della coppia. Notiamo, però, che in buona parte delle ricerche e degli studi correnti, gli uomini sono spesso dimenticati o marginalizzati, come emerge dagli articoli delle psicologhe S. Capurso e C. D'Orsi e C. Labadini.

Le tecniche di PMA si focalizzano principalmente sul corpo delle donne, o meglio sui suoi organi riproduttivi: le ovaie, l'utero e il loro "lavoro". La partecipazione maschile alla riproduzione passa, così, in secondo piano: lo sperma emerge, infatti, come una sostanza separata dal corpo dell'uomo (Gribaldo, 2005) che scompare dallo scenario creato dalle tecniche della PMA, come evidenzia L. Lombardi nel suo saggio.

Il fatto che il corpo femminile sia coinvolto in modo molto più intenso ed invasivo del corpo maschile non è, tuttavia, un privilegio per le donne. Come evidenziano L. Parolari e W. Costantini vi sono, infatti, numerosi rischi legati all'uso delle tecniche di PMA più invasive, che spesso non vengono considerati e che sono poco studiati. Sono ancora poche e non conclusive, infatti, le ricerche scientifiche sui possibili effetti della stimolazione ormonale sulla salute delle donne, usata sia per produrre ovociti per la donazione, sia per preparare l'utero all'impianto embrionale, durante il ciclo di fecondazione artificiale o in caso di maternità surrogata (cfr. Chavkin, 2008).

Questa enfasi sul corpo femminile materno ha specifiche ripercussioni sociali e culturali sui rapporti tra i generi, sulla genitorialità e sulle diverse percezioni e pratiche della maternità e della paternità. Come discute L. Lombardi nel suo saggio, pratiche sociali e pratiche mediche di PMA sembrano convogliare nella riproduzione di stereotipi genitoriali e di genere che non vanno nella direzione della parità e dell'uguaglianza, a fronte di strutture familiari e sociali in continuo mutamento, come dimostrano anche A. Pinnelli e F. Lariccia nel loro contributo.

2.1. *La riflessione femminista sulle tecnologie riproduttive*

La riflessione sulle differenze e disuguaglianze di genere e sulla relazione tra genere, salute, medicina e tecnologie è iniziata negli anni '60 con le ricercatrici e studiose femministe, sia italiane sia straniere. Come è noto, tale dibattito ha posto l'accento sui temi del *corpo*, della *sessualità*, della *procreazione*, della *doppia presenza*, dei *tempi*, delle *relazioni* e dei *ruoli* femminile/maschile⁶.

Rispetto al tema del corpo e delle differenze di genere la riflessione delle ricercatrici e studiose femministe sulla procreazione medicalmente assisti-

6. Su questo tema si vedano anche: Lombardi, 1992; Pizzini, Lombardi, 1994; Pizzini, 1999; Lombardi, 2005, 2009).

ta è paradigmatica: essa apre, infatti, a partire dalla storia della medicalizzazione, un nuovo sguardo sulla procreazione, sul corpo e sulle pratiche sociali ad essa connesse (Oakley, 1984; Jordan, 1985; Corea, 1985; Stanworth, 1987; Pizzini, 1992; Farquhar, 1996; Davis Floyd, 1997; Chavkin, 2008, 2010, Inhorn, 2007, 2012; Inhorn, Tremayne, 2012). La medicalizzazione del corpo femminile, nell'analisi di molte autrici, può essere interpretata come la risposta della modernità alla necessità di controllo sociale dell'attività riproduttiva delle donne, una necessità riscontrabile in tutte le culture e che assume modalità e forme specifiche nel contesto globale contemporaneo⁷.

Nei processi tecnologici riproduttivi, infatti, non è coinvolto solo il corpo biologico, bensì il corpo sociale e culturale espresso nella sessualità, nella genitorialità, nelle relazioni sociali, generazionali e di genere. Dagli anni '60 assistiamo ad un processo di progressiva separazione della sessualità dalla procreazione: con la diffusione dei metodi anticoncezionali, la sessualità si è resa indipendente dalla riproduzione, mentre nella seconda metà degli anni '70 la riproduzione si è resa tendenzialmente autonoma dalla sessualità, grazie alla procreazione medicalmente assistita.

L'esistenza stessa di queste tecnologie stimola a ricercare altri modi di procreare e altri quadri in cui curare ed allevare i bambini (come la genitorialità di persone singole e coppie omosessuali).

Possiamo allora constatare che l'avvento della PMA produce un cambiamento epocale nelle relazioni tra i generi e rispetto alla genitorialità, facendo emergere almeno due nuove condizioni:

- l'allontanamento della capacità e dell'esperienza riproduttiva dai corpi: i corpi, cioè, sono coinvolti in un processo riproduttivo medico-tecnologico, ma non sperimentano la propria capacità riproduttiva nell'incontro con il corpo dell'altro/a;
- la procreazione assistita è caratterizzata da un paradosso: se da un lato mette in discussione i legami corporei e di sangue, dall'altro è proprio su questi che fonda la sua legittimazione, spostando la filiazione "dal registro sociale a quello individuale". Non più una famiglia da offrire a chi ne è privo, ma un'affermazione del "diritto ad avere un figlio biologico".

Questi comportamenti e aspettative si inseriscono, secondo alcune autrici, in quel processo sociale e culturale che, dopo gli anni '70, vede entrare in scena il "grande ritorno del privato": il personale non è più pubblico, come si concettualizzava negli anni '70, ma è solo privato (Percovich, 2005). Di conseguenza, la sterilità e l'infertilità diventano un problema di assoluta competenza medica, in cui le dimensioni relazionale e sociale sono rimosse, come dimostrano L. Lombardi e M. Ramirez Galvez nei loro contributi al testo.

7. Si vedano in questo volume i saggi di: Lombardi, Marchesi, Zanini, Maturo, Ramirez Galvez.

Il pensiero delle ricercatrici femministe sullo sviluppo delle tecnologie riproduttive non è univoco e, pur affermando la centralità del “soggetto donna”, interpreta in maniera diversa sia la gestione sia l'utilizzo delle stesse.

Troviamo così un orientamento che si identifica nella “Bioetica al femminile”, come spiega R. Tong (1997), che si concentra sulla specificità del soggetto donna, in cui sinergizzano tra loro diverse politiche, ontologie, epistemologie ed etiche che tendono a valorizzare la specificità femminile e l'etica del “prendersi cura”. Questo approccio sviluppa un pensiero critico sull'impatto delle tecnologie riproduttive sulla corporeità e sulla maternità e guarda alle tecnologie riproduttive come alla massima espressione del processo di medicalizzazione, che tende ad espropriare la riproduzione al corpo delle donne e anche degli uomini. Le funzioni riproduttive, sostengono le autrici che appartengono a questa corrente di pensiero, vengono estrapolate dai corpi e rese neutre, cioè né maschili né femminili, ma medico-scientifiche, e i corpi e le loro funzioni vengono tradotte dalle tecnologie riproduttive in “entità dissociate, oggettivate e intercambiabili”⁸.

Accanto a queste posizioni critiche, ve ne sono altre che fanno un'analisi diversa dell'ingerenza tecnologica nei corpi e nella riproduzione. La psicanalista francese Geneviève D. De Parseval (1988, 2008), per esempio, non si preoccupa dell'intervento medico-tecnologico in sé ma del suo biologismo e riduzionismo e dell'eclissamento dei corpi e delle relazioni, e ritiene importante riconoscere, sul piano sociale, la necessaria partecipazione di altre persone (i donatori) al processo procreativo. La studiosa elabora quindi il concetto di riproduzione in *collaborazione*, introducendo la nozione di *aggiunta* (cioè il terzo procreatore)⁹:

nella nostra società, il dono di un bambino o l'adozione sono letti in negativo, in quanto manifestazioni di un abbandono e non di una accumulazione. Perché non conferire al donatore, alla donatrice, alla madre surrogata uno status di genitorialità addizionale? (De Parseval, 1988, p. 141).

La realizzazione della riproduzione in collaborazione darebbe vita ad un reale scambio tra individui sterili e individui fertili, ad una circolazione di bambini attraverso il dono¹⁰, o il prestito.

8. Su questa prospettiva si vedano anche: Lombardi, 1992, 2005; Pizzini, 1999.

9. Vi sono paesi (Svezia e Austria) che già da tempo hanno abolito il segreto e l'anonimato dei donatori/trici, promuovendo così una forma di genitorialità “allargata” (cfr. Piga in questo volume).

10. La legge francese sulla PMA ha istituito un sistema di dono e contro-dono che mette in relazione donatori/trici e riceventi, ponendo in rilievo anche il senso di responsabilità derivante dal dare e ricevere un “dono”, che contiene in sé potenzialità generative (cfr. Piga in questo volume).

Altre autrici hanno sottolineato, infine, come le tecnologie riproduttive e il loro impatto sociale e culturale possano e anzi debbano essere lette all'interno di un rapporto nuovo tra corpo e macchina che apre a nuove possibilità di esperienza, di vita e di pensiero. Donna Haraway (1995, 1997), per esempio, propone una nuova elaborazione del rapporto tra corpo e macchina che permetta di superare ataviche divisioni e identificazioni, sia in relazione ai generi sia in relazione ad altre dimensioni.

Dall'incontro costruttivo tra corpo e macchina nasce il *mito cyborg*:

Cyborg è un composto di cyberg e organism: significa organismo cibernetico e indica un miscuglio di carne e tecnologia che caratterizza il corpo modificato da innesti di hardware, protesi e altri impianti (Haraway 1995, p. 11).

In questo modo si sostituisce alla ricerca delle identità fisse quella delle *affinità*, mettendo fine a una lunga fase storica in cui la ricerca di identità stabili, contrapposte a quelle dell'"altro/a", del "diverso" (donna/uomo, eterosessuale/omosessuale, bianco/nero), è stata centrale. Questa nuova ricerca apre, secondo D. Haraway, possibilità inedite di relazione e comunicazione, decostruendo le barriere create dal pensiero dicotomico occidentale. Alla visione dicotomica, l'autrice sostituisce un'immagine reticolare, che suggerisce la profusione di spazi e di identità e la permeabilità dei confini del corpo personale e del corpo politico.

A proposito del rapporto donna-tecnologia, anche Rosy Braidotti (1996b) sostiene che

Occorre prendere atto che questa dimensione ci appartiene come una seconda pelle e che a partire dalla sua implosione è forse possibile disegnare prospettive diverse, contribuendo creativamente dal di dentro all'invenzione di nuovi universi di significazione, di altri ordini simbolici in cui la tecnologia non sia strumento di potere ma di soddisfacimento di bisogni (ib., p. 33).

Ma possiamo davvero affermare che il connubio corpo-macchina sia sempre strumento di soddisfacimento dei bisogni, di libertà di scelta, di costruzione di uguaglianze? Ci sembra necessario ricordare che la tecnologia non è neutra, ma costruita e praticata all'interno di contesti e di dinamiche di potere politico e di mercato che sono disuguali e produttrici di disuguaglianze, come ricordano T.S. Kuhn (1978) e E. Fox Keller (1987) e come i contributi delle nostre autrici e autori, di cui parleremo più approfonditamente nelle prossime pagine, sottolineano.

3. La PMA tra locale e globale: medicalizzazione dei corpi e disuguaglianze sociali e di genere

“La medicalizzazione”, scrive Antonio Maturo citando Conrad (2007), è “la trasformazione di condizioni umane in problemi medici” (Maturo in questo volume, p. 179) e la medicalizzazione dell’infertilità, spiega L. Lombardi, nel suo contributo al volume, è l’ultimo “step” del processo storico di progressiva medicalizzazione della riproduzione che ha raggiunto il suo apice con la PMA: dal parto, alla gravidanza, alla contraccezione, fino al concepimento. Come i sociologi L. Lombardi e A. Maturo evidenziano nei loro saggi, è all’interno del processo di progressiva medicalizzazione della vita quotidiana, dei corpi, delle relazioni e dei desideri (incluso il desiderio di genitorialità) che l’infertilità viene *costruita* come problema suscettibile di trattamento medico, di cui le tecniche di procreazione assistita sono la “cura”. In realtà la PMA non “cura” l’infertilità o la sterilità ma, nella migliore delle ipotesi, contribuisce alla “produzione” dei bambini. Gli stessi autori utilizzano la nozione di “bio-medicalizzazione”, introdotta da Clarke *et al.* (2003), per descrivere l’intervento sempre più invasivo della medicina e delle bio-tecnologie, che vengono oggi adottate per migliorare le condizioni umane in senso lato, più che per guarire corpi malati.

Oggi, infatti, la salute non è più intesa soltanto come superamento o rimozione di patologie fisiche ben definite, ma come condizione di benessere generale degli individui. Le persone domandano quindi alla medicina e alle biotecnologie di realizzare i loro desideri, e non più, o non solo, di guarirli da un disturbo o da una malattia.

Una delle conseguenze dell’espansione delle capacità d’intervento e di trasformazione biomedica dei corpi e dei comportamenti umani è che una serie di condizioni o comportamenti che un tempo erano considerati “normali” o, al contrario, “devianti”, in termini sociali o morali, sono oggi patologizzati e, di conseguenza, medicalizzati. Come osserva A. Maturo, assistiamo ad un proliferare di sindromi e sintomi ai quali la medicina risponde con trattamenti farmacologici e bio-tecnologie sempre più sofisticate, ma non sempre efficaci, mentre non si indagano sufficientemente le cause di questi disturbi o patologie. Gli esempi, nel campo della salute sessuale e riproduttiva sono numerosi: dall’impotenza maschile, alla tensione pre-mestruale, alla depressione *post-partum*, le sindromi e patologie legate a sessualità e riproduzione si sono moltiplicate, nella seconda metà del ’900. Farmaci più o meno efficaci vengono offerti a uomini e donne per eliminare queste sindromi o disturbi, mentre ci si interroga molto poco sulle loro possibili cause extra-biologiche. Questo accade anche nel caso dell’infertilità e della sterilità, che in una percentuale importante di casi, come abbiamo ricordato precedentemente, non sono spiegabili dal punto di vista bio-medico.

Il genere emerge come un fattore determinante nella costruzione delle patologie sessuali e riproduttive: infatti, non vi è alcuna campagna medico-farmaceutica dedicata ai problemi sessuali delle donne che possa essere paragonata alle campagne e ai trattamenti proposti per risolvere il problema dell'impotenza maschile (Waggoner, Stults, 2010). Inoltre, come sottolinea Lombardi, nel suo saggio, mentre non vi sono specifiche patologie ascritte ai diversi momenti della vita riproduttiva maschile (dalla pubertà all'andropausa), tutta una serie di patologie o sindromi segnano ormai ogni singolo passaggio della vita riproduttiva della donna (dalla sindrome pre-mestruale, alla depressione post-partum alla menopausa). Anche gli studi sulle cause dell'infertilità-sterilità, osserva l'autrice, indagano maggiormente le patologie dell'apparato riproduttivo femminile, e molto meno quelle dell'apparato riproduttivo maschile. Il genere maschile è, infatti, associato prevalentemente alla sessualità, nella nostra cultura e società, mentre quello femminile continua ad essere associato alla riproduzione, nonostante i ruoli e i comportamenti sociali e riproduttivi di uomini e donne siano profondamente cambiati negli ultimi decenni. Agli uomini è quindi offerto il *vagra*, alle donne la *pillola* o i *trattamenti ormonali*.

Come sottolineano diversi autori, nella prima e quarta parte di questo volume, la medicalizzazione della riproduzione, giunta a compimento con la PMA, e la sua regolamentazione da parte dello Stato mettono in evidenza e spesso rinforzano e riproducono forme esistenti di disuguaglianza sociale e di genere, sia nel "Nord" sia nel "Sud" del mondo.

Nella prima parte del volume L. Lombardi riflette sulle tecnologie della riproduzione assistita nel contesto italiano, sul loro impatto sui corpi e sulle relazioni di genere, e su quanto esse siano interconnesse con il potere medico, politico e con la morale. La legge italiana sulla Procreazione medicalmente assistita (L. 40/2004), osserva Lombardi, e in particolare il suo art. 1, attribuisce, indirettamente, personalità giuridica all'embrione¹¹ e limita la capacità decisionale delle donne e delle coppie in funzione della sopravvivenza dell'embrione ad "ogni costo", valorizzando così il corpo femminile non nella sua funzione complessiva di *maternage*, ma in quella biologica di "contenitore" dell'embrione/feto. Non è anche questo, si domanda l'autrice, un modo di stabilire il controllo sociale e politico sul corpo delle donne?¹². Come osserva a questo proposito P. Borgna:

11. Così recita l'art. 1 della legge 40/2004: "al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, *che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito*".

12. Sull'argomento si vedano anche: Lombardi, Pizzini, 2004b; Aa.Vv., 2004.

Ogni proposta di legge incorpora infatti specifiche rappresentazioni del corpo: di quello dell'uomo, di quello della donna e delle loro funzioni riproduttive; del corpo del nascituro, oltre a rappresentazioni dei confini e della liceità d'uso di tutti questi (Borgna, 2005, p. 66).

L. Lombardi e M. Marchesi discutono, nei loro saggi, di come la Legge, lo Stato e la medicina assumano un ruolo di *regolatori* del buon comportamento sociale: ruolo molto chiaro soprattutto se riferito alla fecondazione assistita con gameti di donatore/trice o alla maternità surrogata, proibite in Italia. In questi casi il medico, osserva Marchesi è garante di “non adulterio”: regole e pratiche bio-mediche apparentemente “neutre” e “asettiche” annullano la percezione del “tradimento”. Le persone che si rivolgono alla procreazione assistita diventano dunque pazienti di un servizio che, nell'offrire prestazioni, prescrive *comportamenti, regole, procedure*, allontanando da sé l'esperienza individuale, somatica e esistenziale del corpo (Lombardi, 2005; 2009).

In particolare, rilevano ancora le autrici, il corpo della donna e la donna come soggetto scompaiono, o passano in secondo piano, nello scenario disegnato dalla PMA, mentre, contemporaneamente, l'embrione e il feto acquisiscono visibilità, status e diritti. Questo è uno degli effetti della medicalizzazione del corpo femminile, e in particolare dell'uso di tecnologie sempre più potenti che permettono di visualizzare il contenuto dell'utero femminile, cancellando il corpo della donna che lo contiene (Duden, 1994, 1999)¹³, quando, paradossalmente, è proprio il corpo femminile l'oggetto privilegiato delle tecniche di PMA più invasive e della frammentazione e parcellizzazione che esse comportano.

Mentre la donna è trasformata in mero “contenitore” e oggetto di intervento delle bio-tecnologie della riproduzione, il feto diventa cittadino: ma di quale feto stiamo parlando, si chiede M. Marchesi? In Italia, infatti, la fecondazione assistita è stata proibita a coppie omosessuali e a donne single dalla Legge 40, mentre la nascita di bambini italiani e comunitari da coppie eterosessuali è stata incoraggiata attraverso incentivi come i *bonus bebè*, argomenta ancora l'autrice. Al tempo stesso, i figli delle persone immigrate non comunitarie sono esclusi dalla cittadinanza e le leggi che regolamentano l'immigrazione rendono molto difficile la costituzione di nuclei famigliari stabili. Le donne immigrate, inoltre, sono spesso stigmatizzate da demografi e politici conservatori perché hanno tassi di fecondità più alti delle italiane, a loro volta stigmatizzate perché li hanno troppo bassi¹⁴.

13. Si vedano anche Pizzini, 1999; Lombardi, 2005, 2009.

14. Secondo i dati ISTAT del 2010 il tasso di fecondità delle donne straniere in Italia è pari a 2,1 figli per donna contro il 1,3 figli per donna delle italiane (Statistiche Report, ISTAT, 14 settembre 2011, www.istat.it/it/files/2011/09/natalita-fecondita.pdf).