

La fabbricazione del figlio tra genetica e diritto

Il corpo femminile quale laboratorio biopolitico

Fiorella Giacalone

Abstract. Assisted Reproductive Technologies (ART/PMA) are changing the very concept of filiation and kinship, including the role of mother. If contraception has freed women from unwanted pregnancies, separating sexuality from procreation, ART separate reproduction from sexuality, creating more roles related to motherhood and paternity. A technocratic model of birth comes along, starting from a mechanistic view of the body, in which places, times and procedures are standardized and the woman is seen more as a patient. Even "surrogacy" raises important ethical, legal and cultural issues, which also involves the LGTB movement. The essay investigates these problems starting from the critical observations of anthropologists, jurists and gender theorists. The contrast to medicalization does not arise as an opposition to scientific development, but from the experience of working and reading scientific data of many operators in the maternal and child area. Women can passively live the socially constructed conception of the body, or question it, and elaborate forms of critical subjectivity with respect to the medical approach.

Keywords: assisted reproductive technologies, medical anthropology, artificial uterus, gender studies, technocratic model of birth.

1. Un corpo medicalizzato

All'epoca in cui Caterina de Medici stava tentando di restare incinta, nella prima metà del Cinquecento, la maggior parte dei medici si atteneva ancora alle idee classiche della riproduzione, ormai vecchi di duemila anni. La tesi dell'incredibile potere dello sperma ispirò anche le idee dello scienziato divenuto noto con il nome di Paracelso, che studiò medicina vicino Firenze, la città natale di Caterina, proprio nel periodo in cui nasceva la futura regina

[...] Secondo una sua ricetta, bisognava sigillare ermeticamente il seme maschile in un'ampolla di vetro, seppellirlo sotto il letame di cavallo per quaranta giorni, poi tirarlo fuori e magnetizzarlo. Paracelso era convinto che il seme sepolto avrebbe cominciato a vivere e a muoversi, fino ad assemblarsi in una forma umana traslucida in miniatura, l'*homunculus*, simile al feto atomistico immaginato secoli prima dai greci. Dopo essere stato disseppellito, l'*homunculus* doveva essere nutrito tutti i giorni con *arcanum sanguinis hominis* – cioè sangue umano - e tenuto alla temperatura costante del grembo di una giumenta per quaranta settimane. Questo procedimento avrebbe dato un bambino normale, simile a qualunque figlio nato da una donna [Prasad 2014, 30].

Prasad riporta le idee di Aristotele sulla fecondazione, per cui solo il seme maschile contiene il necessario per creare un essere umano, mentre il corpo della madre è visto solo come matrice; la mancata fecondazione era da attribuirsi al sistema di incubazione: la donna o lo sterco di cavallo, a seconda dei casi, serviva a incubare il seme. Dunque, lo sterco di cavallo prende il posto del “suolo” uterino. Questo esempio storico ci dice quanto poco fosse conosciuto il corpo femminile, e come vi fossero già tentativi di far nascere bimbi in provetta¹.

Il tema della medicalizzazione della riproduzione è oggetto di riflessioni in più ambiti, in particolare dell'antropologia medica, per l'impatto che la biomedicina e la genetica hanno sugli aspetti socio-culturali della riproduzione, ma si sono sviluppate molte critiche in ambito bioetico per la delicatezza delle questioni che pongono in merito alla denaturalizzazione delle fecondazione. Un altro settore che ha visto uno sviluppo importante è quello degli studi di genere, nei quali si affrontano le forme di libertà ma anche le nuove modalità di oppressione sociale sulle donne. L'antropologia medica ha sviluppato una visione critica sull'uso e l'abuso della tecnologia in campo medico-sanitario [Lock 1996, 2003; Scheper-Hughes, Lock 1987; Ragoné 2000; Martin 2001; Charis 2005; Gribaldo 2005; Bamford-Leach 2009; Ranisio 2010, 2012]; la Strathern, già negli anni Novanta, rifletteva sugli aspetti complessi della tecnologia della riproduzione [Strathern 1995].

Margaret Lock ricorda come in occidente, dal positivismo in poi, la tecnologia sia indicata quale elemento di progresso e di vittoria contro la natura e le malattie. Ella sottolinea come la tecnologia umana sia la manifestazione dei diversi modi con cui l'umanità ha definito nel tempo le finalità dell'esistenza,

¹ Sulla concezione dell'apparato riproduttivo femminile, che viene descritto come il rovescio interno di quello maschile, di derivazione aristotelico-galenica, si veda un trattato cinquecentesco in volgare: Mercurio Girolamo, *La Commare o raccogliatrice*, 1606, in: *Medicina per le donne nel Cinquecento*, Milano, Utet, 1992. Il testo, con dovizia di immagini, riporta la concezione aristotelica della donna come “maschio mancato”, per cui l'apparato genitale femminile è il “rovescio” dell'organo sessuale maschile, una sorta di verga interna al corpo, corredata dai lati da due testicoli, nonostante che Gabriele Fallopio, nel 1561, avesse già descritto le tube uterine, aprendo lo studio per il riconoscimento delle ovaie. Per la concezione della riproduzione in ambito aristotelico-galenico, anche in epoca cristiana, rimando a Giacalone 2012.

della vita e della morte [Lock 1996, 31], e rammenta quante connessioni siano presenti tra potere e tecnologia, in linea con le teorie di Foucault sul biopotere [Lock 1996; 2003; Scheper-Hughes, Lock 1987].

Siamo portati a dare grande rilevanza alle conoscenze scientifiche, considerandole neutrali e indipendenti dal potere, poiché tese al miglioramento della nostra condizione di salute. Gli utenti dei servizi sanitari mettono in atto, nei confronti della medicalizzazione, una relazione ambivalente, perché la tecnologia può migliorare, ma anche peggiorare le condizioni di vita (pensiamo alle forme di accanimento terapeutico). La gran parte delle donne ritiene che sia utile accettare le possibilità che la scienza medica offre, per soddisfare bisogni personali (decidere se e quando avere un figlio, come partorirlo) o per sottrarsi al dominio che la biologia esercita sulla loro vita, in un'epoca in cui non è più determinante diventare madre, mentre si ritiene prioritario soddisfare il bisogno di salute e di sicurezza sanitaria [Ranisio 2012; Giacalone 2013]².

È importante riflettere come la tecnologia stia cambiando la cultura della procreazione, il concetto di filiazione e le forme di parentela. Le donne stanno modificando la concezione del corpo, ricorrendo al linguaggio medico, che spezzetta il processo creativo in più fasi, nei quali compaiono ovociti, gameti, spermatozoi, embrioni, frutto di più soggetti. Sembra che nelle tecniche relative alla riproduzione si sia dato mandato alla medicina e ai laboratori di analisi di rispondere a bisogni umani profondi, che richiedono risposte culturali più ampie del solo ambito sanitario [Ranisio 2010, 186; Gribaldo 2005]. Il corpo della donna sembra diventato un vero e proprio oggetto di "biomedicalizzazione", sul quale intervengono discipline quali la biologia molecolare, la biotecnologia, la genetica e l'eugenetica, la ricerca farmacologica, al confine tra scienza medica e tecnologia.

Hanno contribuito a sviluppare questo processo le donne stesse, per la richiesta di un attento controllo della salute in gravidanza; nel desiderio di partorire il figlio perfetto, si affidano a tutte le tecniche possibili, a esami invasivi come a rischi iatrogeni. Si percepiscono bisognose di tutele, di controlli, come se nel percorso di maternità il corpo fosse un organo riproduttivo staccato dalla mente, con tutte le sue implicazioni emotive, personali e culturali. Se in passato la donna era inchiodata al ruolo materno come suo destino ineluttabile e prioritario nella definizione dell'identità, oggi le donne possono scegliere se diventare madri, ma questa scelta consapevole è accompagnata da troppe informazioni spesso contraddittorie (attraverso

² Negli ultimi anni ho avuto più volte modo di svolgere ricerche su gravidanza-parto-cure materne e sull'accesso ai servizi sanitari (come alle loro criticità) in alcuni ospedali dell'Umbria. In queste ricerche ho posto al centro le storie di maternità di donne italiane e straniere, ma anche le riflessioni del personale ospedaliero (ginecologi/che, ostetriche) in merito ai percorsi di medicalizzazione della gravidanza e del parto: vedi Giacalone 2013, 2018.

pubblicazioni e siti internet), che possono disorientarle e confonderle [D'Aloisio 2012].

È altrettanto vero che i processi di medicalizzazione creano consenso da parte degli utenti della sanità (sia pubblica che privata), poiché si ritiene che la gravidanza sia diventata un percorso di malattia e non un processo fisiologico; si “pretende”, inoltre, che la medicina risponda ad ogni richiesta, soprattutto quando la natura prospetta maternità a rischio e neonati disabili. La salute è percepita come un dovere, per il cui mantenimento si svolgono continui controlli e analisi, ma anche come un diritto, a cui la medicina, in tutte le sue diverse articolazioni, deve rispondere. Sembra che non ci debba essere più spazio per una natura “matrigna” che decida della nostra condizione, e non si accettano dolori e perdite dovute al margine di rischio che la vita stessa comporta.

Barbara Duden, già nel 1994, parlava del corpo delle donne come “luogo pubblico”, luogo di sperimentazione genetica e di interventi tecnologici. Giuristi, uomini di chiesa, ginecologi, tutti si sentono autorizzati a parlare e decidere di ciò che avviene all'interno dell'apparato riproduttivo femminile. Le discussioni, teologiche e genetiche, su quando e come inizi la vita, travalicano i corpi delle donne, diventando oggetto di dispute bioetiche, per porre in atto discriminazioni nei confronti di chi non desidera diventare madre, ma anche nei confronti degli ostetrici che praticano gli aborti, sempre più isolati nelle cliniche ginecologiche. Immagini di embrioni e di feti, che sembrano vivere di vita propria, senza il legame con la donna che li nutre o li rifiuta, sono diventati, appunto, luoghi pubblici di confronto e di scontro tra la scelta della donna su come e quando diventare madre e interi apparati istituzionali (medicina, religione, diritto) pronti a pronunciarsi sul senso della vita e della morte.

Il grembo [della donna] diventa scientificamente e attraverso una mediazione professionale, l'utero pubblico. Il corpo della donna diventa il luogo nel quale si compie un processo che riguarda direttamente lo Stato, la salute pubblica, il corpo pubblico, nonché la Chiesa e il marito [...] Il vissuto diventa un fatto privato e il fatto scientifico dell'annidamento dell'ovulo assume una funzione sociale [Duden 1994, 107]³.

2. La tecnologia della riproduzione

Si stima che una coppia su quattro, nei paesi occidentali, abbia problemi di infertilità. Biologi e medici sostengono che ciò sia dovuto all'inquinamento ambientale, all'uso eccessivo di estrogeni negli alimenti e nelle materie plastiche. Se l'infertilità maschile, all'inizio del Novecento, era stimata

³ Sulla storia della maternità e sulle politiche di controllo del corpo materno in età moderna e contemporanea si vedano i lavori di Nadia M. Filippini [Filippini 2002; 2017].

all'uno per cento, alla fine del secolo era del venticinque per cento, dovuto ad uno declino qualitativo dello sperma. Le sostanze chimiche cui siamo esposti, prima e dopo la nascita, producono un effetto negativo sul sistema endocrino, immunitario e riproduttivo: è stata provata la relazione tra interferenti endocrini e aumento dei rischi riproduttivi. «Alcune sostanze chimiche possono avviare processi patologici in fase prenatale, che si manifesteranno solo decenni più tardi, dall'infertilità a forme tumorali» [Di Pietro, Tavella 2006, 27]. Le tecniche di procreazione assistita, dunque, si sono sviluppate a partire da questo dato, frutto dello sviluppo tecnologico, che lega interessi economici e ricerche scientifiche, facendo dei corpi luoghi di sperimentazioni.

Un lungo e ampio dibattito è legato al varo della legge 40/2004⁴, che introduce la fecondazione omologa (la eterologa sarà ammessa dalla Corte Costituzionale nel 2014), regola la procreazione medicalmente assistita, (cercando di superare i problemi d'infertilità e sterilità di adulti di ambo i sessi), modifica le norme della filiazione, dando una grande rilevanza alla tutela dell'embrione e del nascituro [Pioggia 2018, Valongo 2017].

Le tecniche di PMA⁵ stanno modificando radicalmente il rapporto tra natura e cultura, tra genitore genetico e genitore biologico, ridisegnando modi diversi di rappresentare il corpo e le sue funzioni. Anche sul piano giuridico, vengono ridefinite le relazioni di filiazione e di parentela: si può avere una madre genetica, una biologica e una sociale, un padre genetico e un padre sociale. Non basta più mettere al mondo un figlio per diventare madri come non basta più nascere per diventare figli [Parisi 2017].

Le nuove tecnologie portano la procreazione ad autonomizzarsi dalla sessualità, scindono la genitorialità in una "pluriparentalità", introducono cambiamenti della cultura della riproduzione poiché si offre la possibilità di manipolare artificialmente modelli procreativi che sembravano fissi e radicati nella biologia.⁶ La scissione tra la dimensione sessuale e quella riproduttiva comporta una maggiore libertà e autodeterminazione per la donna (già presente nella legge 194/1978), ma, d'altro canto, affida ai tecnici della riproduzione un potere sulla fecondazione e la nascita che diventa strumento, medico e sociale, di controllo sul corpo. Una relazione di potere viene esercitata sull'apparato genitale femminile, mentre non esiste la stessa manipolazione verso quello maschile [Lombardi 1999]. In questa direzione

⁴ “Norme in materia di procreazione medicalmente assistita”, 24 febbraio 2004.

⁵ Procreazione Medicalmente Assistita. Oggi si usa anche Tecniche della Riproduzione Artificiale (TRA). Sulla storia della fecondazione artificiale si rimanda a Betta, 2012.

⁶ Non è possibile in questa sede ripercorrere gli studi sulle profonde trasformazioni della famiglia e i modelli genealogici, né è l'obiettivo di questo saggio. Per una bibliografia ampia sull'argomento si rimanda a Solinas 2014; Parisi 2017; Bamford- Leach 2009. Per una riflessione sul genere in ambito antropologico e sulla gerarchia dei generi, si rimanda a Héritier 2004; Busoni 2015.

l'intero processo riproduttivo è ridotto alla singola funzione genetica-biologica ed è privato delle componenti culturali, sociali e relazionali.

La svolta scientifica avviene nel 1978, quando nasce Louise Joy Brown, la prima bambina “in provetta”. La madre Lesley aveva le trombe di Falloppio occluse, cosa che le impediva di rimanere incinta. Il fisiologo Edward, dopo aver prelevato un ovulo dalla donna e averlo fecondato con lo sperma del marito, li mise in provetta, dove li vide dividersi in cellule; dopo solo due giorni iniettò l'ovulo fecondato nell'utero di Lesley, che si attaccò alla parete uterina fino al compimento della gravidanza, dopo una serie di prove precedenti fallite [Prasad 2014].

Oggi esistono tecniche di I e II livello. Le tecniche di base o di I livello richiedono l'introduzione del seme maschile all'interno della cavità uterina, cercando di facilitare, successivamente, quanto più possibile la fecondazione. Può essere attuato senza alcuna terapia di stimolazione ovarica o attraverso un'induzione farmacologica dell'ovulazione⁷.

Le tecniche di II livello necessitano, inizialmente, della fecondazione dell'ovulo femminile da parte del seme maschile “in vitro” e poi il trasferimento dell'embrione all'interno dell'apparato genitale femminile. Possiamo avere la Fecondazione in Vitro e Trasferimento dell'Embrione (FIVET); la Microiniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI); il Trasferimento intratubarico di gameti (GIFT); il Trasferimento intratubarico di zigoti od embrioni (ZIFT - TET).

Le modalità utilizzate (in vivo) prevedono l'iniezione degli spermatozoi (omologa se del partner, eterologa se è di un donatore esterno) nella vagina della donna, o la GIFT (*gamete intra-fallopian transfert*) che avviene con il trasferimento nelle tube dei gameti, cioè gli spermatozoi e le cellule uovo (della donna o di una donatrice esterna)⁸. Nella fecondazione in vitro, viene prelevato l'ovulo di una donna, che viene messo ad incubare con cinquantamila spermatozoi: la formazione delle cellule embrionali non avviene all'interno di una donna, ma in un laboratorio.

Per far sì che lo spermatozoo incontri l'ovulo, si utilizza la tecnica del FIVET (fecondazione in vitro ed embrio-transfert). È necessario prima aver stimolato le ovaie a produrre più follicoli e quindi aver ottenuto più ovociti, si esegue

⁷ Quando viene effettuata una terapia di induzione dell'ovulazione è importante effettuare il monitoraggio ecografico e/o ormonale della crescita follicolare (vengono, infatti, effettuate una serie di ecografie, all'incirca ogni due giorni, per verificare la crescita dei vari follicoli che daranno luogo agli ovociti; inoltre possono essere eseguiti dei prelievi di sangue al fine di valutare la secrezione ormonale che corrisponde alla crescita dei follicoli nell'ovaio). Viene poi effettuata la preparazione del campione seminale per procedere all'introduzione degli spermatozoi nella cavità uterina.

⁸ Il *Trasferimento intratubarico di gameti (GIFT)* prevede il prelievo degli ovociti per via transvaginale ecoguidata o per via laparoscopica e il trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili per via laparoscopica o transvaginale (ecoguidata o isteroscopica).

poi il prelievo degli ovociti con un intervento per via transvaginale, sotto controllo ecografico e in anestesia locale o sedazione profonda. Viene eseguita la preparazione del liquido seminale e vengono scelti gli ovociti da fecondare. Si procede, quindi, all'unione e coltura extracorporea dei gameti (ovociti e spermatozoi) e, dopo aver verificato l'avvenuta fecondazione degli ovociti, si trasferiscono in utero gli embrioni. Tale pratica è particolarmente pesante per le donne, perché devono sottoporsi prima a trattamenti farmacologici che inducono l'ovulazione, a dosaggi ormonali, a monitoraggi ecografici, ad anestesi locali o totali per il prelievo degli ovociti per via transvaginale e per il trasferimento intratubarico degli embrioni per via laparoscopica o transvaginale [Flamigni 2012].

Una delle conseguenze possibili è la “sindrome da iperstimolazione ovarica” (*Ovarian hyper-stimulation syndrome*) che può causare lo sviluppo di un numero eccessivo di follicoli, producendo un forte ingrossamento delle ovaie, che può generare a sua volta l'accumulo di liquido nell'addome (ascite) o a versamento nei polmoni⁹. Si può arrivare a complicanze respiratorie, cardiache, renali, sintomi che vanno riconosciuti e trattati in ospedale. Manifestazioni più leggere sono: nausea, vomito, dolori addominali, stanchezza, cefalea, come segnalato dal sito del Ministero della salute.

Un nuovo versante delle bioingegneria è la creazione di un utero artificiale, che si sviluppa a partire dall'evoluzione delle incubatrici, che ancora non riescono a sostituire il ventre materno in termini di sicurezza, in particolare per evitare infezioni attraverso i tubicini esterni che nutrono il bambino. Per poter salvare neonati prematuri va infatti creata una macchina simile all'utero: l'incubatrice-utero nasce dalla conoscenza di come gli embrioni si impiantano nell'utero attraverso gli studi sugli aborti. L'idea è quella di creare embrioni in laboratorio (fecondazione in vitro) attaccarli ad una placenta di un utero artificiale e tenerli in gestazione. La difficoltà sta proprio nella costruzione di una placenta artificiale, poiché è l'organo che difende il feto dalle infezioni e che gli fornisce nutrimento¹⁰.

Queste brevi descrizioni dimostrano quanto le tecnologie della riproduzione siano ormai molto avanti nella possibilità di ottenere il processo di fecondazione al di fuori di una sessualità “naturale”, ampliando le possibilità di una scelta di maternità o di paternità un tempo impensabile. Anche la scelta di una donazione eterologa, consentita attraverso la sentenza della Corte

⁹ Purtroppo, la cronaca riporta anche casi di morte, come quello di Accursia Attardi, siciliana trentunenne, che si è sottoposta alla fecondazione assistita a Bologna. Dopo qualche giorno, si è sentita male ed è stata ricoverata in un ospedale di Palermo, dove è morta per embolia polmonare, causata dalla iperstimolazione ovarica [Di Pietro, Tavella 2006, 82].

¹⁰ Vi sono già stati a proposito esperimenti in Giappone nel 2002 con feti di capre che sono sopravvissuti tre settimane in un'incubatrice artificiale [Prasad 2014, 206]. Si può arrivare a ipotizzare che si potranno fare figli da soli, anche per gli uomini e non solo per le donne.

Costituzionale del 2014, amplia la possibilità di libertà rispetto al desiderio di diventare madre. È altrettanto vero che il corpo femminile è diventato una sorta di laboratorio biochimico, nel quale sperimentare opportunità e variabili d'inseminazione assistita, spesso con grandi sofferenze, fisiche e psicologiche. Data la complessità del tema, cercherò di proporre alcune riflessioni al dibattito, a partire dal piano giuridico, per sviluppare una analisi antropologica e di genere.

3. Aspetti giuridici

La legge 40/2004, anche molto contestata nella sua prima applicazione, è stata modificata dalla Corte Costituzionale, su pressione di filosofe, giuriste, politiche. Nella legge viene posto al centro la tutela dell'embrione, riconosciuto come soggetto nel processo riproduttivo e dunque portatore di diritti, anche con conseguenze normative [Boccia 2004; Filippini 2017, 303]. Il principio di responsabilità per la procreazione (art. 9, comma 1) prevede che chi presta consenso alla fecondazione è giuridicamente il padre del nato e non può disconoscere la paternità. Dunque, la genitorialità non è più legata alla discendenza genetica ma diventa di tipo relazionale, fondata sulla volontarietà del soggetto e su un progetto di famiglia condiviso con la partner [Valongo 2017, 27].

L'art.8 della legge 40 riconosce ai soggetti nati da PMA una condizione di parità con i figli nati da procreazione naturale, perché hanno lo "stato di figli legittimi o di figli riconosciuti dalla coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime", condizione che si applica anche ai conviventi non uniti in matrimonio. Quanto alla determinazione di paternità, se cioè vada considerato padre il donatore del seme (donazione eterologa) o il soggetto che presta il consenso alla fecondazione eterologa (padre sociale), la giurisprudenza ha riconosciuto lo status di figlio legittimo del padre sociale (partner della madre). Dunque, i gameti utilizzati per la formazione dell'embrione appartengono a coloro che hanno scelto di diventare genitori e non ai donatori esterni. La Corte di Cassazione afferma, infatti, (pronuncia n. 2315 del 16 marzo 1999) che le persone sono responsabili delle conseguenze che derivano dalle pratiche di fecondazione, indipendentemente dal vincolo genetico. L'uomo che dà consenso all'inseminazione della moglie con donazione eterologa, non può disconoscere il bambino che nasce, per il bene del nascituro.

La riforma della filiazione (legge n. 219/2012) fa sì che si dia più importanza al ruolo educativo ed affettivo, rispetto a quello genetico, per una idea di famiglia fondata sulla cura, nell'interesse del minore, superando la differenza tra figli legittimi e naturali. Si modifica dunque il concetto di filiazione, di genitorialità e di parentela [Pioggia 2018, 45-46].

Non solo cambia il concetto di padre (da *genitor a pater*, o padre sociale), ma anche quello di madre, poiché non è più quella che partorisce (come nel caso della maternità surrogata), ma anche chi presta il consenso alla fecondazione. Si diventa dunque genitori indipendentemente dalla relazione genetica, come già avviene per l'adozione. Con decreto 162/2014, la Corte Costituzionale dà accesso alla PMA anche per le coppie fertili che vogliono evitare il rischio di trasmettere malattie genetiche ai figli; consente di effettuare la diagnosi genetica preimpianto¹¹; dà consenso anche alla fecondazione eterologa prima vietata [Valongo 2017, 39].

Le giuriste pongono al centro, come positivo, il diritto alla realizzazione della persona, il desiderio di procreare attraverso l'erogazione delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale; per questo il diritto alla libertà deve coniugarsi con il benessere della persona. Lo stato ha il dovere di astenersi da intrusioni nella scelta della coppia (nuova concezione della genitorialità) e di garantire strutture e laboratori che rendano possibile la procreazione assistita, ampliando il diritto all'autodeterminazione, come ambito della salute intesa nella sua accezione più globale, anche sul piano psico-culturale, oltre che fisico [Pioggia 2018, 52].

Aumenta dunque l'ambito dell'autonomia nella sfera riproduttiva, anche se questo prevede l'intervento dei pubblici poteri (la sanità pubblica) nella sfera intima della persona. Questa libertà, però, comporta dei rischi: è impossibile diagnosticare tutte le patologie genetiche del donatore/donatrice; perciò anche la maternità ottenuta con le PMA comporta rischi di carattere genetico sul nascituro [Pioggia 2018, 53]. Va detto che la donna può revocare la scelta fino al momento della fecondazione dell'ovulo (art. 6, comma 3); una volta fatta l'operazione, non viene concessa la possibilità di rifiutare il percorso di gravidanza e la conseguente nascita. Il divieto di revoca, dopo la fecondazione dell'ovulo, che riguarda anche il coniuge, espone la donna a partorire un bambino con anomalie o disabilità. La legge 40 infatti pone come prioritario il diritto dell'embrione ma alla donna resta la possibilità di abortire, complicando il suo percorso psico-fisico e sanitario¹².

La giurisprudenza pone al centro l'importanza della scelta della donna, ed è vero che nella ricerca delle PMA emerge una forte volontà di diventare madre.

¹¹ La diagnosi preimpianto consiste nel prelievo di una cellula dall'embrione per analizzare l'eventuale presenza di alcune malattie e scartare gli embrioni portatori. Il margine di errore pare oscillare tra il 3 e il 10% e perciò costringe all'amniocentesi per ulteriori accertamenti (sito della Sismar, Società Italiana Studi di Medicina della Riproduzione).

¹² La legge 40/2004 attribuisce un valore etico all'embrione, visto con un'esistenza autonoma che va tutelata. Nei dibattiti legislativi che riguardano le PMA questa è una delle questioni centrali. Il conflitto è tra due diverse visioni: una che vuole tutelare l'embrione fino alla nascita del bambino, come se fosse un soggetto titolare di diritti, l'altra che vede l'embrione solo all'interno del corpo di una donna, che, come tale, non può che decidere della sua salute e di quella del feto. L'embrione dipende dal corpo della donna, non può essere pensato con un'esistenza autonoma, visto che non è ancora una persona (lo stesso dibattito riguarda l'aborto).

Poiché queste tecniche separano la sessualità dalla procreazione, è evidente che la scelta di sottoporvisi è ragionata, meditata, dato che si allontana l'intenzione di maternità dalla dimensione erotico-sessuale. Inoltre, la scelta della procreazione assistita da parte delle donne di avere un figlio fa sì che diventi un'attività pubblica e non più privata, coinvolgendo giuristi, medici, tecnici [Lindemann Nelson 2005, 115-116].

4. Intorno al concetto di “dono”

Esistono¹³ varie tipologie di donazioni, come l'*egg sharing* (dividere parte dei propri ovuli con donne in lista d'attesa), l'*egg giving* (donare tutti gli ovuli al primo intervento), l'*egg selling* (vendita di ovociti a pagamento), pratica molto diffusa nel terzo mondo, il che dimostra le variabilità ed estensioni di tali pratiche. La relazione che si viene a stabilire tra donatori/trici e coppia ricevente, crea differenze se questo atto venga pagato, e dunque mercificato, o se venga donato, con il desiderio/impossibilità di poter ricambiare. Come ricorda Carone, che a questo tema ha dedicato uno studio specifico, esistono intermediari istituzionali (laboratori, cliniche) che si pongono tra donatori e riceventi, depersonalizzando il dono stesso. Egli sottolinea come in particolare per le donne la donazione degli ovuli richieda uno sforzo maggiore rispetto al seme maschile, e come queste si sentano più coinvolte nel percorso relativo alla nascita, sotto l'aspetto altruistico (aiutare donne infertili) [Carone 2016, 39].

Le operazioni che avvengono nel donare e ricevere gameti confondono la distinzione tra dono e scambio di materie prime. Ovuli e semi sono separabili dai donatori e trasferibili a un'altra persona, e quindi trattabili come una risorsa da scambiare sul mercato [...] Una volta donati poi, i gameti possono diventare parte di una sorta di archivio comune (una banca del seme o di ovuli) da cui altri possono ottenere ciò che vogliono o ciò di cui hanno bisogno [Carone 2016, 32].

Esiste poi tutto il versante della gestazione per altri (GPA), tema complesso e controverso, sul quale alcuni gruppi femministi, parte della comunità LGTB non sono concordi, anche per lo sfruttamento cui sono sottoposte molte donne del sud del mondo. Certamente nascono nuove tipologie di famiglie, e non solo omogenitoriali¹⁴.

¹³ Non è qui possibile affrontare in profondità la questione del dono parlando di gameti, ovuli e uteri, ma è altrettanto vero che il tema non è eludibile sul piano antropologico.

¹⁴ Ne è un esempio il caso di due bambine, chiamate dalla madre le “gemerelle”, che sono nate a New York nel 2010. La donna, dopo essersi sottoposta inutilmente alla fecondazione in vitro per quattro volte, ha deciso di usare gli ovuli di una donatrice, lo sperma del proprio marito e due madri surrogate, che hanno avuto una gestazione parallela; per questo le bambine sono nate nello

Una questione che merita riflessione è quella relativa al dono, tenendo conto del dibattito nato in ambito antropologico in seguito al famoso saggio di Marcel Mauss su dono e reciprocità [1924] e per le successive e ricche suggestioni portate sul tema dagli studiosi del MAUSS (Movimento Antiutilitarista nelle Scienze Sociali) [Caillé 1998].

Partendo da Mauss, possiamo ricordare che per lui il dono (nelle società etnologiche) aveva specifiche caratteristiche: era una forma di scambio non legata a logiche di mercato, una pratica pubblica definita da ritualità specifiche, un “fatto sociale totale” che coinvolgeva molti aspetti del sociale (dare, ricevere, restituire); dunque si pone al tempo stesso come un obbligo e una libertà. L’aspetto centrale per Mauss era la costruzione di legami sociali vincolanti, legati al concetto di reciprocità, e l’importanza dello “spirito del dono” (*hau*), che rimane a fondamento dell’atto; il dono è un vincolo che si crea attraverso le cose, ma lega le “anime”, poiché sviluppa un legame profondo tra gli individui che lo praticano.

Da ciò deriva che regalare qualcosa a qualcuno equivale a regalare qualcosa di se stessi [...] render altrui ciò che è in realtà una particella della sua natura e della sua sostanza; accettare infatti, qualcosa da qualcuno equivale ad accettare qualcosa della sua anima, della sua essenza spirituale [Mauss 1924, 172].

Oggi esiste una relazione, certamente più complessa, tra stato e mercato, poiché lo stato si fa mediatore, attraverso i servizi sanitari, del dono di sangue, di organi, di gameti e ovuli. Questa intermediazione fa sì che lo scambio sia controllato sul piano sanitario, che vi sia una gestione pubblica. Come ricorda Dei, citando Titmuss sulla donazione di sangue, in molti paesi il dono di questi particolari “beni” (non possiamo chiamarli cose) sono gratuiti, volontari e anonimi; non solo perché si parla di corpo umano, ma anche perché

la natura anonima modifica la catena del dare-ricevere-restituire: il ricevente non deve conoscere il donatore, dunque non può esservi reciprocità, [...] i vincoli che si costruiscono in tal modo non sono privati ma comunitari, con lo Stato che svolge la funzione di intermediario [Dei 2012, 199].

In questa logica funzionano le associazioni di volontariato come l’AVIS, ma nel caso dei gameti e ovuli, si pone una questione: conoscere il donatore consente di risalire alle sue eventuali malattie genetiche, in caso di rischi per il bambino nato in provetta. Inoltre, il legame che si viene a creare tra ricevente e madre partoriente, rispetto alla madre o padre genetico, è un legame che rimane impresso nel corpo del bambino e, nella sua storia genetica, si configura come un dono totalizzante, che incide anche sull’ambito

stesso periodo da madri diverse. Le madri surrogate hanno continuato ad essere coinvolte nella vita delle bambine [Prasad 2014, 259]. Dunque, si possono avere tre o quattro genitori genetici, due madri biologiche, una madre giuridica, con variazioni notevoli. In questa sede non verrà affrontata anche la questione della GPA, che richiede un ambito specifico, sia che sia trattata di coppie eterosessuali, sia omosessuali. Si vedano, tra altri: Grilli-Parisi 2016; Taurino 2016.

psicosociale dei diversi attori. Si vengono a creare così delle relazioni, che, anche se mediate dal mercato e dallo stato, entrano profondamente nella sfera intima delle persone coinvolte.

Alain Caillé sottolinea come il dono rientra nelle concezioni interazioniste, poiché costruisce legami sociali, genera capitale sociale, e diventa strumento di costruzione dell'identità, perché riconosce l'altro facendogli un dono e nello stesso tempo si viene riconosciuti in quanto donatori [Montesi 2011, 26]. Secondo Caillé il paradigma del dono può essere compreso nel "paradigma del riconoscimento", che si crea tra due soggetti che vogliono essere riconosciuti nel loro valore di persone e dunque nell'obbligo di dare, ricevere, restituire. Caillé sottolinea come nel campo della società primaria, che è quello dell'amicizia e dell'amore, vige il principio dell'*aimance* (una sorta di empatia), che afferma il primato dell'interesse per gli altri, i valori della libertà su quelli dell'obbligo [Caillé 2011, 50]. L'*aimance* è quel sentimento che spinge un soggetto a donare i propri gameti o ovuli perché una donna/coppia possa portare a termine il desiderio di un figlio.

Quale è il valore del bene? Le coppie infertili sono grate ai donatori, ma è difficile capire quanto e come possano ricambiare il dono avuto, se non nel riconoscimento dell'atto compiuto, atto che costruisce la loro stessa identità di madre o di padre: la PMA crea genitori (sociali o biologici) che la natura non avrebbe permesso, crea un'identità prima negata. Dunque, si mette in atto la risposta ad un desiderio profondo e insoddisfatto. Quando parliamo di gravidanza per altri, in che senso possiamo parlare di dono?

Negli USA il dibattito è da anni oggetto di riflessioni da parte di antropoghe, come Charis Thompson e Helena Ragoné, che hanno svolto ricerche etnografiche sul tema del dono legato alle biotecnologie. Charis Thompson, attraverso dati etnografici, sottolinea come le biotecnologie svolgono un ruolo importante nella società, poiché creano un forte intreccio tra riproduzione biologica e i suoi significati personali e politici. Le PMA dimostrano una tendenza a trasformare i problemi sociali in questioni biomediche: producono contemporaneamente neonati e genitori, modificano le relazioni tra le scienze mediche e la società [2005]. Thompson parla di una "coreografia ontologica delle tecniche riproduttive", poiché propongono una tecnologia "miracolosa", che crea identità di genere, ruoli maschili e femminili, creando una sorta di naturalizzazione della parentela.

Helena Ragoné attraverso ricerche dirette nel mondo delle ART (*Assisted Reproductive Technologies*) esplora il paradosso tra dono e compenso monetario, facendo riferimento alle questioni di genere, per il coinvolgimento delle donne nella maternità surrogata tradizionale (dove la donna contribuisce all'ovulo) e nella maternità surrogata gestazionale [1994, 2000]. In un saggio molto interessante, (*The Gift of Life: Surrogate Motherhood, Gamete Donation, and Construction of Altruism*, 2000) esplora il concetto di dono

alla luce delle riflessioni di Mauss, che sottolineava l'aspetto emotivo, e non solo materiale, delle cose donate¹⁵.

Dalle sue ricerche svolte tra le donne che praticano la gestazione per altri, emerge che il pagamento che ricevono è un risarcimento insufficiente, poiché, secondo quanto esse stesse affermano, «i bambini sono doni e quindi hanno un valore inestimabile». Molte sono disposte a farlo senza compenso, poiché trascende il valore materiale ed economico («i bambini sono senza prezzo»). La gestazione per altri viene vista come forma di altruismo verso persone che sono infertili; questo atteggiamento è anche conseguenza della disapprovazione sociale nei confronti delle donne che lo praticano.

Ragoné sottolinea come, quando il più grande programma per madri surrogate ha cambiato la pubblicità sui giornali da "Aiutare una coppia infertile" a "Dare il dono della vita", la nuova formula ha ricevuto un volume maggiore di risposte da donne potenzialmente interessate ("Volevo fare l'ultima cosa per qualcuno, dare loro il regalo perfetto", Ivi, 134). A livello simbolico la remunerazione sminuisce l'immagine idealizzata delle madri come disinteressate e altruiste; se queste donne dovessero riconoscere il denaro come uno scambio equo o un compenso sufficiente per il loro lavoro riproduttivo, perderebbero la sensazione che il loro sia un dono che non può essere compensato monetariamente. Nel bisogno di compensare la donna, molte coppie fanno regali, spesso oggetti di gioielleria, durante la gestazione. I doni di pietre preziose servono a "materializzare" una relazione duratura tra i soggetti coinvolti, trascendendo la vita dei donatori e dei riceventi.

Nel caso di donazione di ovuli, invece, mentre le donne lo mettono in atto come un'esperienza altruistica, per i riceventi questa azione è solo un mezzo, la donna è come un "forno" (*she was an oven*), non è la madre. Il concetto di "forno" ci rimanda, ancora una volta, alle concezioni aristoteliche della donna contenitore.

L'autrice sottolinea come la relazione tra genere e dono rafforza l'idea dell'altruismo femminile, anche per le donatrici di ovuli. Infatti, non è raro che le donatrici giustificano in qualche modo il compenso avuto per il loro lavoro riproduttivo, in parte vergognandosi del risarcimento ottenuto. Infatti dalle intervistate viene paragonato alla donazione di sangue, come un atto per salvare la vita.

Per i donatori di sperma invece il compenso finanziario è la motivazione principale, anche perché non devono affrontare la disapprovazione sociale, come le donne donatrici. Sono spesso interessati a sapere se la coppia

¹⁵ I dati riportati nel saggio sono il risultato di nove anni di ricerca etnografica. Sono state condotte ventisei interviste a madri surrogate gestazionali, oltre a dodici interviste con singoli membri di coppie (cioè individui che hanno utilizzato i servizi ART), oltre a cinque donatrici di ovuli. Il programma di donazione di ovuli negli Stati Uniti è particolarmente ampio, con oltre trecento donatrici selezionate in archivio.

ricevente ha avuto un figlio e dimostrare la propria potenza riproduttiva. È invece importante sottolineare che donare ovuli, per le donne, è una scelta sofferta, che richiede pratiche mediche, è qualcosa che fa parte della sfera più intima, è dunque un dono di parti di sé.

Nella cultura americana, in cui la commercializzazione penetra quasi tutti i settori, non si può non rimanere colpiti dagli usi diversi a cui è stato applicato il tema del "dono della vita". Il significato culturale del tema del dono risiede nella sua capacità di fornire sia un contrappunto letterale che simbolico alla crescente mercificazione della vita moderna¹⁶.

5. La scelta delle nuove tecnologie

Tra le studiosi di genere, vi sono alcune esponenti che teorizzano la “denaturalizzazione dell’umano” e vedono positivamente le nuove tecnologie, perché hanno l’effetto di emancipare le donne dalla loro natura sessuata e dalla procreazione. Shulamit Firestone già negli anni Settanta riteneva che l’obiettivo del femminismo dovesse essere quello di porre fine alla distinzione dei sessi e di agire per il recupero del controllo della donna sulla propria capacità riproduttiva. Il sesso viene privato dalle sue caratteristiche essenziali, vale a dire la capacità di generare e la tecnologia medica viene vista come una vittoria sulla natura, poiché libera la donna dalla schiavitù della sua condizione sessuata. La Firestone definisce infatti barbarica la gravidanza, una «temporanea deformazione dell’individuo nell’interesse della specie». Il neo-liberismo vede l’emancipazione dalla natura come gesto di libertà e di autonomia della persona, che ha come correlato un “esasperato individualismo”, allo scopo di annullare i legami

¹⁶ Al tempo stesso, la psicoanalisi da anni esplora il mondo intrauterino, e i profondi legami che si creano tra gestante e nascituro: vengono incoraggiate le gestanti a parlare ad alta voce, a fare ascoltare la musica ai feti, prima della nascita. Le madri surrogate vengono invitate a non attaccarsi al bambino che si sviluppa al loro interno, non è confermato che questo avvenga. Anche in riferimento alle prime fasi di vita del neonato, è altrettanto comprovata l’importanza di una relazione corporale e affettiva con la madre, o donna partoriente. È quanto sostiene lo psicologo Nicolais, che a questo tema ha dedicato recentemente un testo e che invita ad una riflessione scientifica più articolata rispetto ad un tema divisivo [Nicolais 2018; si veda anche Muraro 2016]. Altri autori sottolineano il legame psicobiologico che si stabilisce tra feto e gestante, e la bidirezionalità del chimerismo fetale, per cui cellule materno-fetali persistono anche in individui adulti e che definiscono la GPA come complessa anche sul piano biologico [Fischbach, Loike 2014, Carone 2016]. L’altra questione, non meno importante, riguarda le ultime scoperte su come una donna condiziona la genetica del figlio tramite l’epigenetica, ovvero i cambiamenti del DNA che sono di carattere ambientale e che definiscono l’imprinting genetico, che consiste in una selezione sessuale che blocca altri geni; tale operazione è operata dalla placenta [Prasad 2014, 132-133]. Dunque, anche una madre surrogata influenza il bambino che porta in grembo attraverso l’epigenetica, mentre l’utero artificiale non avrebbe alcuna influenza sul feto e non sappiamo cosa ciò comporti [Prasad 2014, 210-211].

considerati opprimenti [Russo 2005, 50; Firestone 1971]¹⁷ dunque la sua gestione in laboratorio, compresa la realizzazione di un utero artificiale, libererebbe le donne dalla schiavitù imposta al loro corpo [Donchin 2005, 71].

Una posizione ancora più marcata in favore delle PMA viene espressa da Donna Haraway, che considera la tecnologia come una possibilità di emancipazione della donna dai vincoli biologici, in favore di un ingresso nel regno del cyborg e del post-umano. Tale posizione ripropone la dialettica natura/cultura, natura/tecnologia, in un'ottica di esaltazione della bioingegneria [Haraway 1995].

Ma questa prospettiva solleva nuovi interrogativi: la maternità è sempre un ostacolo alla realizzazione delle donne o non è anche un potere? La maternità biologica toglie o dà alla donna?

È altrettanto vero che esiste un desiderio delle donne di diventare madri, quando la natura sembra porsi come nemica del desiderio e si ritiene che la medicina sia un'alleata, né si può demonizzare la tecnologia quando la richiesta delle donne continua ad essere significativa a riguardo. Ma il punto è capire quanto questo desiderio sia condizionato culturalmente e la sterilità sia vissuta come uno stigma.

Nella riflessione biopolitica che mette al centro le sperimentazioni sul corpo sterile, è evidente la disparità di potere tra le donne, i medici e i tecnici di laboratorio. La donna-paziente, all'interno di una mistica della maternità, si sottopone a trattamenti pesanti, con scarse probabilità di successo, e non è nella condizione di contrapporsi all'autorità del medico, da cui dipende. È possibile che le donne stesse accondiscendano alle prescrizioni mediche, guardando «se stesse dal punto di vista dell'osservatore medico, come mere potenziali riproduttrici che regolano i propri processi riproduttivi con distacco [...] Le tecnologie non sono strumenti politicamente neutrali e le scelte politiche sono già intessute nella struttura stessa delle tecnologie che vengono proposte sul mercato» [Donchin 2005, 88-89]. Dunque, è difficile per le donne percepire il forte condizionamento che la società opera nei loro confronti se non diventano madri, cogliere la propria soggettività e potenzialità oltre o senza la maternità.

Nella misura in cui la scienza s'iscrive in una prospettiva messianica, ci si attende che il male di vivere, che attanaglia il corpo e la mente dell'uomo, sia in un prossimo futuro completamente debellato. Per l'immaginario infatti non esistono limiti, è solo una questione di tempi e di modi, ma alla fine ogni problema troverà la sua soluzione. Si comprende quindi come la sterilità, *défaillance* della natura, costituisca ora una sfida per la medicina, per l'onnipotenza che le viene indebitamente attribuita [Vegetti Finzi 2004, 264].

¹⁷ Per un'analisi più dettagliata sui diversi orientamenti del pensiero della differenza e delle teoriche del gender sul tema della maternità e della medicalizzazione, rimando a Russo 2005.

Bisogna comprendere se le donne sono spinte all'inseminazione artificiale per proprio desiderio, o per bisogni indotti da un contesto sociale che vede la donna sterile come una donna a metà. È importante riflettere quanto siano attive forme di controllo sociale che spingono le donne verso le cliniche dell'infertilità per bisogno di accettazione familiare e sociale [Vegetti Finzi 2004, 74-75]. Sono spesso gli uomini infatti che spingono le partner a esami invasivi e complessi, per avere un figlio biologico. Il desiderio di diventare genitori è un bisogno, ma è anche diventato «il grimaldello che consente alle biotecnologie, [...] di essere accolte con entusiasmo come portatrici di salute e libertà» [Di Pietro, Tavella 2006, 42]. Su questa duplice opzione discute il movimento delle donne sin dagli anni Ottanta, con posizioni contrapposte. Non esiste una posizione unica sul significato sociale della maternità (maternità non più come obbligo né come definizione del femminile), sulla relazione tra maternità e potere, su come le istituzioni familiari e giuridiche costruiscono l'idea di maternità, su come la medicalizzazione condizioni e modifichi la costruzione di un figlio e l'idea stessa di maternità.

6. Critiche

Tra le studioshe attente al tema, Franca Pizzini sottolinea tre ambiti problematici: - la dissociazione tra procreazione e atto sessuale, tra genitorialità biologica e filiazione (dono di sperma e ovuli, maternità surrogata); - la dissociazione tra madre e feto, con spezzettamento della funzione materna, la dissociazione tra padre biologico e padre sociale; - l'oggettivazione dei corpi e delle loro funzioni. L'obiettivo è indurre un organo, avulso dalla persona, a compiere una funzione, nella percezione dell'intercambiabilità degli organi (ovulo di una donna nell'utero di un'altra) e delle funzioni (gestione di un embrione prodotto da altri). Dunque, i corpi e i suoi organi sono oggetto di scambio e di compravendita. Siamo di fronte ad una maternità "deflagrata": donatrice di ovuli, gravida, madre sociale.

L'intero processo riproduttivo umano, venendo a gravitare nell'ambito delle decisioni e istituzioni mediche, rischia di essere ridotto alla singola funzione fisico-biologica e deprivato dalle componenti culturali, sociali e relazionali (con la conseguenza che vengono lesi i diritti e gli spazi individuali, soprattutto delle donne, in campo procreativo) [Pizzini 1999, 84].

Nelle riflessioni di diverse antropologhe, storiche e filosofe vengono avanzate severe critiche all'approccio medicalizzato della riproduzione, visto come invasione (fisica e psicologica) nel corpo femminile, che appare sempre più luogo di una costruzione culturale su cui agiscono più poteri, un corpo espropriato e conteso tra dimensioni giuridiche, politiche e mediche. Anche Gribaldo si esprime in maniera critica sugli aspetti biologici, che nascondono quelli culturali.

Le tecniche riproduttive [...] fanno emergere nuovi “oggetti” riproduttivi (gameti, embrioni, organi riproduttivi) e “producono” il corpo femminile attraverso una serie di dispositivi politici e tecnologici che insistono sulla verità biologica del nostro essere [Gribaldo 2005, 10].

Salute e sicurezza sembrano diventati imperativi della società postmoderna, per cui è accettata ogni invasione sui corpi, in nome di forme di medicalizzazione sempre più presenti nella vita quotidiana. Le donne in gravidanza sono pronte ad ogni forma di controllo e di analisi, parlano del proprio corpo usando il linguaggio tecnico-scientifico, essendo state espropriate, da generazioni, dei saperi femminili sulla gravidanza e sul parto. Hanno imparato questo linguaggio che ha colonizzato il loro immaginario sulla gravidanza, così che i corpi sono regolati da discorsi professionali e laboratori di analisi. In questo passaggio, storico e tecnologico, sono passate dalla condizione di donne gravide (condizione fisiologica) a pazienti (gravidanza come malattia) [Meo 2012, 100].

Uomini e donne diventano organi riproduttivi e sostanze biologiche fungibili e i loro rapporti si trovano ad essere articolati schizofrenicamente su due livelli: il corpo intero ne veicola la dimensione affettiva, il corpo fatto a pezzi sempre più microscopici ne garantisce la riproduzione. Le relazioni personali e corporee tra i protagonisti della riproduzione sembrano diventare antiquate, non più necessarie “per fare bambini” [Meo 2012, 115].

E' altrettanto evidente come si sia creato un enorme mercato che vende prodotti biologici come oggetti, e costruisce il figlio alla stregua di un bene di consumo e non come una persona che ha una personalità e che ha diritto a conoscere le sue origini [Di Pietro, Tavella 2006, 53]. Come ricorda la psicoanalista Vegetti Finzi, le nuove tecnologie modificano l'«ordine simbolico familiare» e non sarà semplice ricomporlo [1997]. L'autrice sottolinea come la scienza si propone risolutrice del male di vivere, in un immaginario nel quale i limiti umani vengono superati e la malattia, ma anche la sterilità, vengono debellate. È altrettanto vero che la persona che si sottopone ad un trattamento, non modifica la sua realtà organica, ma raggiunge l'obiettivo di un'identità personale o di coppia confermata socialmente. La medicina, con la sua capacità diagnostica e le continue innovazioni tecniche, rischia di creare utenti insofferenti dei limiti naturali del corpo, incapaci di accettare il rischio e lo scacco. Poiché la richiesta di fertilità investe il senso dell'esistenza e il valore di sé, si cerca la propria realizzazione in un diritto alla felicità, anche inconscio, che vuole ottenere ciò che chiede. Se una persona chiede un figlio a qualunque prezzo, il medico risponderà fabbricando un figlio in qualunque modo [Vegetti Finzi 2004, 264-265]. Abbiamo donne che riducono il partner a materiale generativo, producendo una “madre-grembo” e un padre-nome (un figlio partenogenico); ma ci troviamo anche di fronte a donne che partoriscono non diventando madri, separando non solo procreazione da sessualità, ma anche gestazione

da genitorialità, facendo deflagrare la figura materna in una pluralità di soggetti [Vegetti Finzi 2004, 270-272]. La biotecnologia rende possibile il desiderio (prima solo inconscio) di generare in forme partogenetiche, per dare spazio al proprio desiderio narcisistico, insofferente dei limiti, che è presente sempre nel diventare genitori (una continuazione di sé), ma che oggi la scienza produce secondo nuove disponibilità genetiche e di corpi riproducenti. Quello che è messo in discussione non è il desiderio di avere un figlio, ma l'importanza attribuita al patrimonio genetico (di almeno uno dei due partner) rispetto all'adozione¹⁸.

Paradossalmente, mentre studi neurofisiologici e psicologici, che si avvalgono di metodologie sempre più raffinate, evidenziano la precocità e l'importanza di un'intensa relazione tra madre e feto a tutti i livelli, compresi quelli sensoriali, cognitivi, affettivi ed emozionali, si torna con questa Legge (Legge 40) all'antica immagine della madre come forno, giara, terra, materia, substrato reificato di una generazione essenzialmente maschile [Vegetti Finzi 2004, 290].

La compenetrazione tra stato e mercato di fronte alla procreazione (dalla procreazione assistita, passando per ecografie, test diagnostici, fino al parto cesareo) delineano nuove forme di potere, nel quale i soggetti sono ridotti a gameti, ovuli, uteri, senza più la loro associazione metonimica con un corpo pensante. Siamo di fronte anche a nuove forme di colonialismo sui corpi delle donne del terzo mondo, disposte per denaro (a scapito della loro salute) a far “venire al mondo” figli per le donne del nord del mondo: si scambia ricchezza in cambio di fertilità¹⁹.

Foucault ci ricorda come il potere della cultura tecnologica sia spesso un potere disciplinare, che non si esprime con sanzioni o divieti, ma con una serie di pratiche quotidiane e tecniche che plasmano gli individui secondo principi e regole. Perché tale potere possa venire esercitato, è necessario coniugare la forza della legge (sovranità) con le pratiche culturali e le ideologie (le tecnologie): la mediazione tra questi due sistemi è data dalla medicina, dove si vengono ad incontrare i piani della disciplina e quelli della sovranità, la tecnologia con il diritto [Foucault 1977, 193]. Il potere si esprime in forme capillari, diffuse, articolate, costruendo dei soggetti e assoggettando i corpi. In questo senso il potere è «qualcosa che circola», non è localizzato, funziona attraverso «un'organizzazione reticolare»: così «tocca il loro corpo

¹⁸ Va ricordato che nella cultura cattolica, Giuseppe è un padre spirituale (o sociale) e non genetico, che le sacre scritture sono piene di coppie sterili che praticano l'“eterologa”, come Abramo con la schiava Agar.

¹⁹ I corpi delle donne indiane (Paese nel quale la pratica della maternità surrogata è ampiamente diffusa) sono ridotte a uteri, a matrici per produrre figli, in una nuova catena di montaggio che vede la mercificazione del corpo femminile delle donne povere. La miseria e le disuguaglianze di genere, come ricorda Farmer, creano sofferenza e forme di violenza strutturale, in molti paesi del terzo mondo. Nel contesto indiano già ricordato, le donne non sono tutelate da diritti e i loro corpi sono soggetti a vendita, per la “fabbricazione” di figli, come macchine di montaggio, sono dunque sfruttate due volte, in quanto povere, prive di assistenza sanitaria o d'istruzione e in quanto corpi fertili.

e s'inserisce nelle azioni e nei loro atteggiamenti». Al tempo stesso Foucault sottolinea come gli individui, anche se in una posizione subordinata,

non sono mai il bersaglio inerte o consenziente del potere, ne sono sempre gli elementi di raccordo. In altri termini, il potere transita attraverso, non si applica agli individui. Non si tratta di concepire l'individuo come [...] materia molteplice ed inerte sui cui verrebbe ad applicarsi o contro cui verrebbe a colpire il potere, che sottometterebbe gli individui o li spezzerebbe. Nei fatti, ciò che fa che un corpo, dei gesti, dei discorsi, dei desideri sono identificati e costituiti come individui, è già questo uno dei primi effetti di potere [...] Il potere transita attraverso l'individuo che ha costituito [Foucault 1977, 184].

In questa prospettiva la medicalizzazione dell'infertilità, attraverso le tecniche riproduttive, crea norme corporee, ma anche sociali, giuridiche, etiche: una donna sterile può essere normalizzata dalla società attraverso la fecondazione in vitro, che le costruisce la normalità della gravidanza. I dispositivi disciplinari, mediati dalla medicina, costruiscono io esterni alla persona, che pensa di scegliere seguendo i suoi desideri, mentre il potere della tecnologia produce paradigmi di ciò che è normale o desiderabile a livello personale e sociale, influenzando la scelta dei soggetti [Lindemann Nelson 2005, 120].

L'uso della tecnologia deve essere giustificato dalla libera scelta; il concetto di persona come costruito tecnologico richiede che l'ideologia della scelta guidi le tecnologie. L'autonomia diventa una parte dell'organizzazione a rete che s'iscrive con la forza nel corpo in modo da perpetrare questa forma di potere disciplinare. Noi siamo persone che scelgono, ma non perché scegliamo di essere. Noi siamo persone che scelgono in quanto la struttura disciplinare ci forza ad esserlo. La scelta è normale. La scelta è richiesta [...] Una società liberale, nella quale viene lasciata all'individuo la determinazione del suo concetto di bene, non può esistere senza le tecnologie che permettono di mettere in pratica le proprie idee [Lindemann Nelson 2005, 120-121].

Dunque i corpi sono il prodotto di un'ideologia, di una struttura reticolare pervasiva e gli individui ne diventano l'elemento di raccordo. In particolare il corpo femminile gravido, proprio in quanto generante vita e dunque capace di ricostruire il corpo sociale, è sempre stato oggetto di dinamiche di potere complesse e come tale oggetto di un'ampia riflessione critica [Douglas 1979, Duden 1994; Héritier 2004; Busoni 2015]. L'antropologia medica americana ha messo in discussione l'idea di un corpo solo passivo, per ipotizzare un corpo agente e attivo. Scheper-Hughes e Lock distinguono tre prospettive: il "corpo sociale" che rinvia agli usi rappresentativi del corpo in quanto simbolo naturale [Douglas 1979], il "corpo politico" che indaga sulle dinamiche di potere e sul controllo della sessualità e del genere [Foucault 1969; 1977], il "corpo personale" che è legato all'esperienza di un corpo cosciente. In questa ultima accezione l'autrice individua forme di resistenza nei confronti del potere, che può esprimersi attraverso espressioni di disagio o vere e proprie malattie. In questa prospettiva il corpo diventa soggetto attivo, un *mindful-body*, corpo pensante e consapevole dell'esperienza che vive [Scheper-Hughes; Lock 1987]. Se il corpo sociale è l'espressione dei forti

condizionamenti della cultura sulla costruzione dei generi, nella prospettiva del *mindful-body* il soggetto può fare del suo disagio una forma di protesta, un'arma politica, rispondendo in maniera creativa e oppositiva all'ordine sociale.

Poiché la maternità è al centro di poteri sociali forti (religione, diritto, medicina) e d'interessi economici, è bene che le donne rivendichino il potere della scelta su come e se diventare madri. Se la cultura costruisce i corpi delle donne e il potere della generazione è condizionato dall'ambito giuridico-medico, ciò non vuol dire che le donne debbano accettare l'invasione della tecnologia sui propri corpi. Chi vive l'esperienza delle PMA, vede il proprio corpo spezzettato in organi, gameti, e fa fatica a ricomporre se stessa come unità, con risultati procreativi variabili²⁰. Per questo è necessario capire il bisogno delle donne di “fabbricare” un figlio, cercando di decostruire un ruolo materno considerato prioritario dell'identità femminile. Smascherare la mistica della maternità può portare le donne ad una maggiore coscienza di sé e a scelte meno orientate.

Le ricerche che hanno messo al centro il racconto delle donne dimostrano la frustrazione e la pesantezza di queste pratiche, che incidono sulla salute psichica e fisica. Da parte degli operatori andrebbe posta in atto una maggiore sensibilità nei confronti del desiderio di maternità, che non sia solo routine laboratoriale, ma che venga vista nella dimensione psico-culturale più complessiva. Al tempo stesso non va nascosto il tentativo di liberarsi della madre: l'utero artificiale comporta di delegare interamente i corpi alle tecnologie, di fare a meno della sessualità, del corpo gravido, di dare vita a nuove generazioni attraverso un sistema riproduttivo impersonale, fuori dalle relazioni e dai vissuti emotivi. La possibilità di fare a meno della madre è in fondo un sogno lungamente coltivato da un intero sistema di pensiero che, a partire da Aristotele, ha sempre visto l'utero come una sorta di forno e la donna la “matrice” dei figli degli uomini [Boccia 2004].

7. Riferimenti bibliografici

Bamford S., Leach J. 2009, *Kinship and Beyond: the Genealogical Model Reconsidered*, New York- Oxford: Berghahn Books.

²⁰ Per quanto riguarda i dati sulle percentuali di successo delle PMA, è utile consultare la *Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 40/2004*, Ministero della salute, Roma, giugno 2018, con dati che si riferiscono al 2016. Dall'ampio documento presentato si evince la crescita esponenziale all'uso delle PMA in particolare per le donne sopra i 40 anni (35,2), mentre l'età media è di 36,8 anni. Sono state trattate 77.552 coppie e sono nati 13.582 bambini vivi. Gli esiti negativi (gravidezze non portate a termine) si riscontrano sulle donne sopra i 43 anni (53,6% d'insuccesso). La percentuale di successo oscilla tra il 16,3% e il 19,2%, a seconda delle tecniche utilizzate, che danno risultati diversi.

Betta E. 2012, *L'altra genesi. Storia della fecondazione artificiale*, Roma: Carocci.

Boccia M.L. 2004, *Tecniche e norme per liberarsi della madre*, in Boccia M.L. (et al.) 2004, *Un'appropriazione indebita. L'uso del corpo nella nuova legge sulla procreazione assistita*, Milano: Baldini Castoldi Dalai, 11-36.

Bonsignori S., Dominijanni I., Giorgi S. 2005, *Si può. Procreazione assistita, norme, soggetti, poste in gioco*, Roma: Manifestolibri.

Busoni M. 2015, *Genere, sesso, cultura. Uno sguardo antropologico*, Roma: Carocci.

Caillé A. 1998, *Il terzo paradigma. Antropologia filosofica del dono*, Torino: Bollati Boringhieri.

-- 2011, *Lo spirito del dono e del contro-dono: un nuovo tipo di pensiero*, in Lombardi A. (ed.) 2011, *I beni relazionali negli scambi sociali ed economici*, Milano: Franco Angeli, 37-56.

Carone N. 2016, *In origine è il dono. Donatori e portatrici nell'immaginario delle famiglie omogenitoriali*, Milano: Il Saggiatore.

D'Aloisio F. 2012, *Molte competenze per pochi figli. Etnografia di un corso di preparazione alla nascita in un consultorio napoletano*, in Ranisio G. (ed.) 2012, *Culture della nascita*, Napoli: Libreria Dante & Descartes, 59-88.

Dei F. 2012, *Antropologia culturale*, Bologna: Il Mulino; in particolare: *Il dono fra economia e antropologia*, 187-200.

Di Pietro A., Tavella P. 2006, *Madri selvagge. Contro la tecnorapina del corpo femminile*, Torino: Einaudi.

Di Pietro M. L., Sgreggia E. 2014, *Procreazione assistita e fecondazione artificiale tra scienza, bioetica e diritto*, Roma: La Scuola.

Donchin A. 2005, *Prospettive che convergono: le critiche femministe alla riproduzione assistita*, in *Nuove maternità*, Reggio Emilia: Diabasis, 69-108.

Douglas M. 1979, *I simboli naturali. Esplorazioni in cosmologia*, Torino: Einaudi (ed. or. 1973).

Duden B. 1994, *Il corpo della donna come luogo pubblico*, Torino: Bollati Boringhieri (ed. or., 1991).

Farmer P. 2006, *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*, in Quaranta I. (a cura di) 2006, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano: Cortina, 265-302.

Filippini N. M. 2002, *Rappresentazioni e politiche del corpo materno tra età moderna e contemporanea*, «La Ricerca Folklorica», n.46: 19-26.

-- 2017, *Generare, partorire, nascere: Una storia dall'antichità alla provetta*, Roma: Viella.

Firestone S. 1971, *La dialettica dei sessi: autoritarismo maschile e società tardo-capitalistica*, Firenze: Guaraldi.

Fischbach R.L., Loike J.D. 2014, *Maternal-Fetal Cell Transfert in Surrogacy: Ties that Bind*, «The American Journal of Bioethics», 14(5): 35-36.

Flamigni C. 2012, *La procreazione assistita*, Bologna: Il Mulino.

Foucault M. 1977, *Microfisica del potere*, Torino: Einaudi.

-- 1969, *Nascita della clinica*, Torino: Einaudi.

Giacalone F. 2012, *Impronte divine. Il corpo femminile tra maternità e santità*, Roma: Carocci.

-- 2013, *Il parto naturale tra medicalizzazione e nuove soggettività*, «Voci», anno X: 255-284.

-- 2018, *Maternità e medicalizzazione: una riflessione antropologica*, in Pacilli M.G.- Giacalone F. (eds) 2018, *Dal personale al politico. Il genere in un'ottica interdisciplinare*, Rimini: Maggioli, 15-38.

Gribaldo A. 2005, *La natura scomposta. Riproduzione assistita, genere, parentela*, Roma: Sossella.

Grilli E., Parisi R. 2016, *New Family Relationships: between Bio-genetic and Kinship Rarefaction Scenarios*, «Antropologia», numero tematico *At the Heart of Society: Anthropological Legacy and Human Future*, 3 (1), 29-51.

Haraway D. 1995, *Manifesto Cyborg*, Milano: Feltrinelli.

Héritier F. 2004, *Dissolvere la gerarchia. Maschile/femminile II*, Milano: Cortina.

Lindemann Nelson H. 2005, *Smitizzare la scelta: analogie, persone e nuove tecnologie riproduttive*, in *Nuove maternità*, Reggio Emilia: Diabasis, 109-128.

Lock M., 1996, *Ripensando il corpo della morte*, in Pandolfi M. (ed.) 1996, *Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Roma: Meltemi, 30-56.

-- 2003, *Medicalization and Naturalization of social Control*, in Ember C., Ember M. (eds.) 2003, *Encyclopedia of Medical Anthropology*, New York: Springer, 116-125.

Lombardi L. 1999, *Contesto medico e contesto sociale delle tecniche di riproduzione artificiale*, in Pizzini F., *Corpo medico e corpo femminile*, Milano: Franco Angeli, 79 – 144.

Martin E., 2001, *The Woman in the Body. A cultural Analysis of Reproduction*, Boston: Beacon Press.

Mauss M. 1924, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, «L'Année sociologique», seconda serie, 1 : 30-186 (tr. it. *Saggio sul dono*, in Mauss M., *Teoria generale della magia e altri saggi*, Torino: Einaudi, 1965, 153-292).

Meo M. 2012, *Il corpo politico. Biopotere, generazione e produzione di soggettività femminile*, Milano: Mimesis.

Montesi C. 2011, *L'interpretazione dello spirito del dono: le diverse concezioni*, in Lombardi A. (ed.) 2011, *I beni relazionali negli scambi sociali ed economici*, Milano: Franco Angeli, 23-36.

Muraro L., 2016, *L'anima del corpo. Contro l'utero in affitto*, Brescia: La Scuola.

Nicolais G. 2018, *Il bambino capovolto*, Milano: San Paolo.

Parisi R. 2017, *Uno sguardo antropologico sulla famiglia che cambia*, in Giacalone F. (ed.) 2017, *Il tempo e la complessità*, Milano: Franco Angeli, 152-187.

Pioggia A. 2018, *Il corpo "tiranno" e l'idea di maternità nella cultura giuridica*, in Pacilli M.G., Giacalone F. (eds) 2018, *Dal personale al politico. Il genere in un'ottica interdisciplinare*, Santarcangelo di Romagna: Maggioli, 3-14.

Pizzini F., Lombardi L. (ed.) 1994, *Madre provetta. Costi, benefici e limiti della procreazione artificiale*, Milano: Franco Angeli.

Pizzini F. 1999, *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa* (con Pia Lombardi), Milano: Franco Angeli.

-- 2000, *Maternità in laboratorio. Etica e società nella riproduzione artificiale*, Torino: Rosenberg & Sellier.

Prasad A. 2014, *Storia naturale del concepimento. Come la scienza può cambiare le regole del sesso*, Milano: Bollati Boringhieri.

Ragoné H., 1994, *Surrogate Motherhood. Conception in the Heart*, Boulder: Westview Press.

-- 2000, *The Gift of Life: surrogate Motherhood, Gamete Donation and Constructions of Altruism*, in Layne L. (ed.) 2000, *Trasformative Motherhood: on Giving and Getting in a consumer Culture*, New York: University Press, 132-176.

Raniso G. 2010, *Tecnologie della nascita e nuovi immaginari*, in Lombardi Satriani L.M. (ed) 2010, *RelativaMente. Nuovi territori scientifici e prospettive antropologiche*, Roma: Armando, 182-193.

-- 2012, *Corpo femminile e medicalizzazione*, in D. Cozzi (ed.) 2012, *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Perugia: Morlacchi, 67-84.

Russo M.T. 2005, *Differenze che contano. Corpo e maternità nelle filosofie femministe*, Novara: Ladolfi.

Scheper-Hughes N., Lock M. 1987, *The Mindful Body: a Prolegomenon to future Work in medical Anthropology*, «Medical Anthropology Quarterly», (1): 6-41.

Solinas P.G., 2014, *Mille famiglie normali*, «Voci», anno XI: 98-113.

Strathern M. 1995, *Displacing Knowledge: technology and consequences for kinship*, in Ginsburg F.D., Rapp R. (eds.) 1995, *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction*, Cambridge-New York: Cambridge University Press, 346-363.

Taurino A. 2016, *Due mamme, due papa. Sfatate I pregiudizi*, Molfetta: La Meridiana.

Thompson C. 2005, *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge, Massachusettes: Mit Press.

Valongo A. 2017, *Nuove genitorialità nel diritto delle tecnologie riproduttive*, Napoli: ESI.

Vegetti Finzi S. 1997, *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza*, Milano: Mondadori.

-- 2004, *Il desiderio procreativo tra libertà e responsabilità*, in *Un'appropriazione indebita*, Milano: Baldini e Castoldi, 263-295.